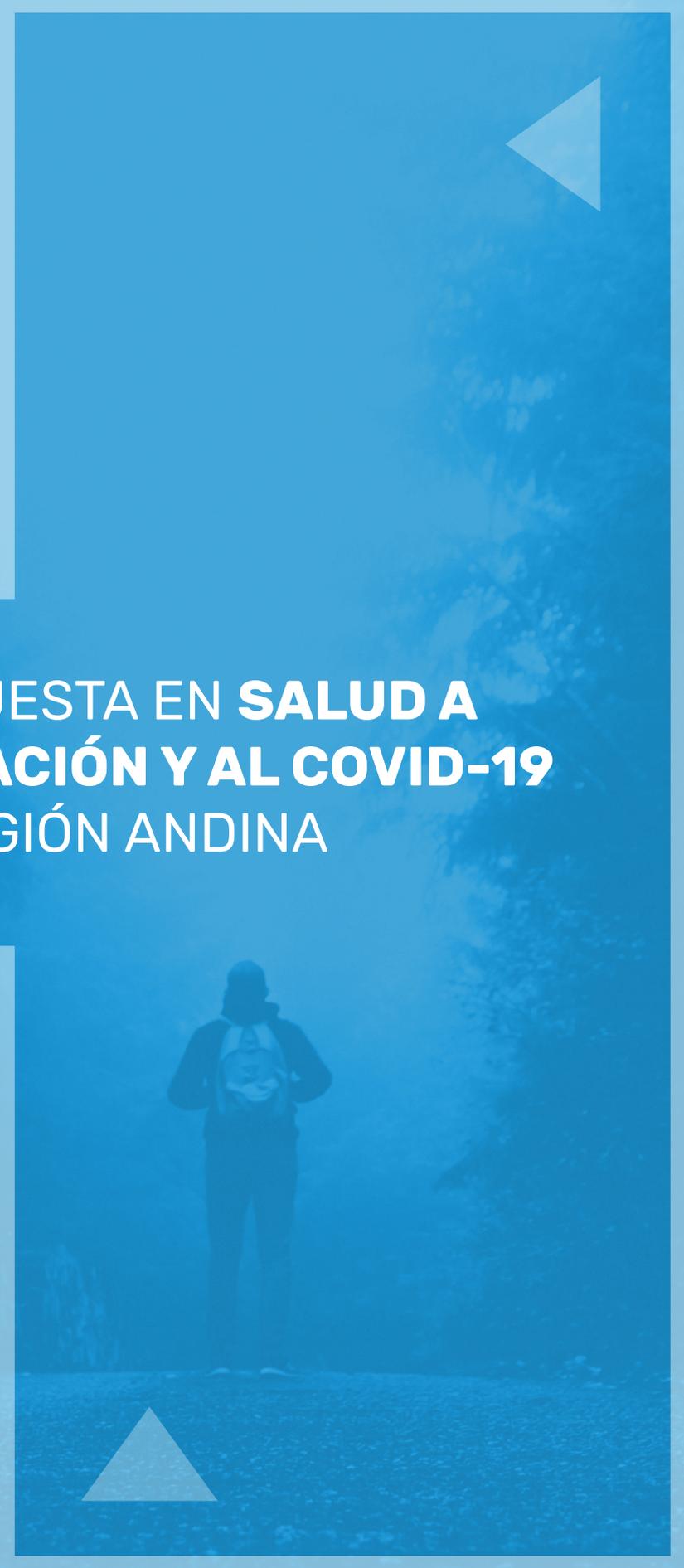


# LA RESPUESTA EN SALUD A LA MIGRACIÓN Y AL COVID-19 EN LA REGIÓN ANDINA





LA RESPUESTA EN **SALUD A**  
**LA MIGRACIÓN Y AL COVID-19**  
EN LA REGIÓN ANDINA  
**2020**

LA RESPUESTA EN SALUD A LA MIGRACIÓN Y COVID-19 EN LA REGIÓN ANDINA, 2020. ORAS-CONHU; 2021.

149 p.; ilus.tab

MIGRACIÓN/ REGIÓN ANDINA/ COVID-19/ FRONTERAS/ Inmigrantes/ Morbilidad/ Mortalidad/ Indicadores/Respuesta social/Estrategias

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-00752

ISBN: 978-612-45468-2-2



#### Comité Editorial:

**Dra. María del Carmen Calle Dávila.** Secretaria Ejecutiva.

**Dra. Marisela Mallqui Osorio.** Secretaria Adjunta.

**Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre.** Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional.

#### Equipo de Investigación:

##### Coautores

**Dra. Frida Quintino Pérez.**

Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

**Dr. René Leyva Flores.**

Director de Evaluación de Sistemas y Economía de la Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México

**Mtra. Jossette Iribarne.**

Jefa de Planificación y Análisis del Servicio de Salud de Osorno, Chile

**Citación recomendada:** Quintino PF, Leyva-Flores R, Iribarne WJ. La respuesta en salud a la migración y COVID-19 en la Región Andina, 2020. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, Editores. Lima, Perú. Agosto 2021.

#### Coordinadora de Publicación:

**Lic. Yaneth Clavo Ortiz.** Responsable del Área de Comunicaciones.

#### © ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2022

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

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org/>

[contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)

Primera Edición Digital, enero 2022

---

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>05</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>06</b>
<b>I. ANTECEDENTES</b> .....	<b>14</b>
<b>II. MARCO REFERENCIAL: MIGRACIÓN Y VULNERABILIDADES ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19</b> .....	<b>17</b>
<b>III. MÉTODOS</b> .....	<b>26</b>
3.1 Componente cualitativo del estudio	
3.2 Componente cuantitativo del estudio	
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1</b> Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19 en la Región Andina: análisis cualitativo	
4.1.1 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Bolivia	
4.1.2 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Chile	
4.1.3 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso del Perú	
4.1.4 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Ecuador	
4.1.5 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Colombia	
4.1.6 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Venezuela	
<b>4.2</b> Panorama epidemiológico de COVID-19 en población migrante en la Región Andina: análisis cuantitativo	
4.2.1 COVID-19 en los países andinos: morbilidad, mortalidad y riesgos	
4.2.2 Acceso a estrategias de promoción, prevención y atención de COVID-19 en población migrante	
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>98</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>105</b>
<b>VII. ANEXOS</b> .....	<b>113</b>
<b>VIII. AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>123</b>



# PRESENTACIÓN

El fenómeno de las migraciones masivas internacionales tomó una particular importancia en la Región Andina. El Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular; aprobado por aclamación en la Reunión de las Naciones Unidas en diciembre de 2018, en Marrakech; tiene un valor muy importante cuando, la base del mismo, es el respeto de los derechos humanos de todas las personas, incluyendo las migrantes y el compromiso de los estados a respetarlos y protegerlos.

El número de migrantes y frecuencia del tránsito de estos grupos han puesto en tensión a los servicios de salud de los distintos países, que se han visto rebasados en sus capacidades y normas, lo que obligó y obliga cumplir con los compromisos asumidos a nivel mundial, y los que derivan de otros inherentes a los derechos de las personas y a la aplicación de las normas que permitan la protección sanitaria de todos.

La migración ha sido abordada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) desde varias dimensiones y ámbitos, como son la salud en las fronteras, recursos humanos, sistemas de salud, economía de la salud, determinantes sociales, entre otros. Dado que el ORAS-CONHU existe en el marco de la integración andina y el derecho a la salud, la consideración de esta problemática ha sido una preocupación permanente que ha conllevado a desarrollar estudios sobre la migración en fronteras y realizar actividades concertadas que contribuyan a la integración andina y al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en zonas fronterizas, mediante la formulación de estrategias y mecanismos de articulación y complementación que faciliten la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, con enfoque de derechos, promoción, prevención, en el marco de las determinantes sociales y el respeto a la interculturalidad.

La elaboración del “Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia por COVID-19 en la Región Andina” tuvo como propósito generar información estratégica que contribuya a fortalecer las capacidades institucionales en la respuesta en torno al vínculo migración y salud.

Este documento tiene por finalidad, además de, analizar la situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales; caracterizar la respuesta de los sistemas públicos de salud para atender las necesidades de migrantes en el marco de la emergencia sociosanitaria y brindar recomendaciones orientadas a favorecer los esfuerzos regionales focalizados en el vínculo migración, salud, vulnerabilidad y la COVID-19.



# RESUMEN EJECUTIVO



## Introducción:

El ORAS-CONHU aprobó el “Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019-2022”, por resolución REMSAA Extraordinaria XXXII/2 de abril de 2019, el cual se sustenta en un enfoque de derechos humanos; aborda ejes temáticos estratégicos; a la vez que presenta flexibilidad para incorporar futuros desafíos (ORAS-CONHU, 2019).

Desde el 2020, a nivel mundial se ha experimentado una gran convulsión ante el surgimiento y los niveles alarmantes de propagación y gravedad de la enfermedad (COVID-19) causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. La pandemia por COVID-19 y las medidas de contención y mitigación han trastocado las dinámicas sociales, económicas y políticas de los países y regiones; a la vez que han profundizado las desigualdades preexistentes que afectan a las poblaciones más vulnerables. Las medidas implementadas en el marco de la crisis sociosanitaria, han comenzado a exacerbar las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos en salud que viven las poblaciones migrantes, desplazadas y refugiadas en un contexto en donde el apoyo humanitario es cada vez menos accesible (ONU, 2020).

Con base en este reconocimiento, y en el marco del “Plan Andino de Salud para personas Migrantes”, el ORAS-CONHU planteó la necesidad de desarrollar un *“Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia por COVID-19 en la Región Andina”*, con el propósito de generar información estratégica que contribuya a fortalecer las capacidades institucionales en la respuesta en torno al vínculo migración y salud.





un procedimiento metodológico novedoso basado en entrevistas que fueron autoaplicadas por los propios informantes clave. Asimismo, el Comité elaboró las guías de entrevista, elaboró el mapeo de informantes clave y realizó la gestión para incentivar la participación en las entrevistas programadas en el diagnóstico de situación.

Entre septiembre y noviembre del 2020, los informantes clave realizaron el procedimiento de autoaplicación de la guía de entrevista. Los seis países de la Región Andina enviaron los registros de entrevista; y en total se logró recabar 30 entrevistas: 9 a funcionarios de los servicios de salud de nivel central, 10 funcionarios de los servicios de nivel regional o territorial y 11 representantes de las organizaciones de la sociedad civil.

Para contextualizar la situación de las poblaciones migrantes y las especificidades de la respuesta social ante la pandemia por COVID-19, se consultaron las principales normas, decretos, planes y lineamientos emitidos por los gobiernos; y se realizó la revisión de artículos, publicaciones, material preventivo, boletines, resultados de evaluaciones e información estratégica disponible en las páginas web de las instituciones y agencias internacionales.

### Resultados:

Entre el 08 febrero y el 13 marzo de 2020, los seis países de la Región Andina, emitieron la declaración de la situación de emergencia sanitaria a nivel nacional por la pandemia de COVID-19; y comenzaron a implementar las medidas de contención basadas en las restricciones de la movilidad en el espacio público,

los controles de ingreso al territorio nacional y el cierre de fronteras. Asimismo, cada país emitió decretos, normativas, lineamientos y protocolos para la implementación del continuo de medidas de mitigación que consideran el aislamiento de los casos de personas con la infección por SARS-CoV-2, la cuarentena de las familias y el resguardo de las personas con mayor riesgo de cuadros graves y de muerte, así como las acciones orientadas al distanciamiento social de toda la población.

De acuerdo con la información oficial de los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en el periodo de enero a julio de 2020, se han registrado un total de 1,196,177 casos acumulados de COVID-19 en población nacional (47% mujeres y 53% hombres). Respecto a la situación en población migrante, en el mismo periodo se notificó un total de 45,833 casos acumulados de COVID-19; de los cuales, 46% fueron mujeres y 54% hombres. Los resultados de las pruebas de COVID-19 con PCR, muestran diferencias en la frecuencia de factores de riesgo, tasa de letalidad y comorbilidades entre nacionales y migrantes.

Tomadores de decisiones en salud de la Región Andina reconocen que la pandemia “tiene distintas caras: es sanitaria, pero también humanitaria, de salud, económica, social y ha tenido repercusiones políticas para todas las personas, sin distinción de nacionalidad; pero sin duda, los grupos más vulnerables, entre ellos las poblaciones migrantes, están sufriendo más las consecuencias de esta grave problemática” (CHSC2).

Las diferentes dimensiones de la pandemia y las medidas sanitarias que se han implementado para su mitigación han tenido un impacto sobre la movilidad de los flujos migratorios en la región; pero también, en el incremento de las necesidades de asistencia médica y en la agudización de las condiciones de vulnerabilidad y riesgo que enfrentan los trabajadores(as) migrantes intrarregionales y las poblaciones desplazadas y refugiadas.

Tal como ha ocurrido en otros contextos, en los países andinos se ha registrado una importante contracción económica que se agudizó con la pandemia, la cual ha tenido efectos adversos en el mercado laboral. Esta situación afectó de forma diferencial a la población migrante, uno de los grupos sociales con mayor vulnerabilidad. La crisis económica ha precarizado aún más las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones migrantes, dificultando la satisfacción de necesidades básicas, entre ellas las de salud.

Frente a la adversidad, los migrantes y sus familias desplegaron diversas estrategias para la supervivencia. A nivel regional se visibilizaron dos dinámicas de la población migrante: la migración de retorno o la permanencia en las sociedades de destino.

### *La movilidad y migración de retorno a los países de origen*

En los países de la Región Andina, la pandemia ha trastocado la dinámica de movilidad poblacional de dos

flujos migratorios: por un lado, ha puesto de relieve el fenómeno del retorno de miles de migrantes que se vieron afectados por el desempleo y la baja en los ingresos en las sociedades de destino de la región; por otro lado, están las poblaciones que se movilizan a otros puntos de la sociedad de destino u otros países de la región en búsqueda de oportunidades laborales. Estos flujos de personas se desplazaron hacia las principales regiones fronterizas de cada país, y en estos contextos enfrentaron los efectos del cierre de fronteras y los controles de movilidad poblacional, que se implementaron como parte de las medidas de contención y mitigación de la pandemia.

Durante el periodo más agudo de la contingencia sanitaria del año 2020, se registraron conglomeraciones y “represamientos” de poblaciones móviles y migrantes en los principales puntos fronterizos de los seis países andinos; lo cual, en algunos casos ocasionó una crisis humanitaria donde un amplio número de personas y/o familias migrantes tuvieron que pernoctar en espacios públicos, centros de atención y albergues, que vieron rebasada su capacidad instalada.

En los contextos fronterizos, los gobiernos de los países, en colaboración con algunas agencias internacionales de cooperación y con organizaciones locales, implementaron los protocolos orientados a la contención de la pandemia: la instalación provisional o ampliación de los albergues (Bolivia, Chile, Perú y Ecuador), así como el fortalecimiento de otros modelos de atención como por ejemplo, los Centros de Atención Transitoria de Tienditas (Colombia) y los Puntos de Atención Social Integral (Venezuela).

Estos modelos de respuesta presentaron diferencias en términos de sus tipo y número de acciones y de su capacidad instalada para brindar alojamiento y otro tipo de atención humanitaria. En algunos de estos espacios se aplicaron pruebas de SARS-CoV-2, y a los casos detectados (positivos) les facilitaron condiciones para el aislamiento. En otros casos, los sitios han funcionado como centros de cuarentena donde las personas -que salen o retornan- deben permanecer por 14 días.

### *La permanencia en el destino migratorio*

A pesar de la adversidad económica y la precarización de las condiciones de vida, amplios sectores de la población migrante prefirieron quedarse en las sociedades receptoras. Los motivos son diversos: algunos grupos poblacionales cuentan con una situación migratoria regularizada y/o forman parte de los flujos más consolidados, mayor estabilidad y cuentan con redes sociales de apoyo; otros no están dispuestos a interrumpir el proyecto migratorio pese a las circunstancias; y para otros el retorno no representa una alternativa dada la situación económica, política o la crisis humanitaria que se vive en el país de origen.

En estas poblaciones, la pandemia de COVID-19 acentuó las condiciones de vulneración de derechos en el ámbito laboral, pero también en sus condiciones de vida: se observaron importantes carencias

relacionadas con acceso a alimentos, a servicios básicos (luz y agua) y a arrendamiento de la vivienda. En estas circunstancias de pobreza son escasas las posibilidades para implementar las medidas preventivas ante la infección por el SARS-CoV-2.

Las personas migrantes irregulares enfrentaron mayores dificultades para adoptar las medidas de mitigación, como la cuarentena voluntaria, ya que la prioridad es salir a trabajar: “por lo tanto, quedarse en casa durante la pandemia es un lujo que muchos migrantes no se pueden permitir” (VESC1). Además, en todos los países se evidenciaron dificultades para la entrega de apoyos sociales gubernamentales (canastas familiares, bonos, subsidios de desempleo, entre otros) a la población migrante irregular.

### *Respuesta en salud*

Respecto a la respuesta en salud y migración, la región ha construido mecanismos de colaboración y alcances relevantes. En este ámbito destaca la respuesta social desarrollada en Chile, país que cuenta con una “Política de Salud de Migrantes Internacionales” sustentada en un enfoque de derechos humanos, equidad de género y el principio de no discriminación; así como el caso de Colombia que cuenta con un “Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno Migratorio”. Estas políticas, que son resultado de un proceso más amplio, han permitido sentar las bases para desarrollar modelos operativos de trabajo que, en el contexto actual, han facilitado la implementación de acciones preventivas y de atención de necesidades relacionadas con la COVID-19. Entre las acciones más relevantes destacan: coordinación de nivel central y territorial para garantizar la atención de migrantes; implementación de estrategias preventivas con enfoque multicultural, trabajo comunitario y campañas para la difusión de información y para reducir y enfrentar las situaciones de discriminación (por ejemplo, la campaña Anti-Xenofobia Somos Panas Colombia); testeo o diagnóstico de SARS-CoV-2, y alternativas para el aislamiento de los casos positivos (por ejemplo, la figura de las residencias sanitarias en Chile). En el caso de Perú, Bolivia y Ecuador también se han realizado acciones de coordinación con las autoridades regionales y agencias de cooperación, con el propósito de coadyuvar en la identificación de casos de COVID-19, promover campañas informativas para prácticas saludables, distribuir kits de higiene y abordar las comorbilidades asociadas y las necesidades de salud de las personas migrantes más vulnerables.

### **Discusión y recomendaciones**

El ORAS-CONHU, previo a la pandemia COVID-19, ya contaba con el “Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019-2022”, el cual tiene como objetivo general promover las acciones coordinadas y mecanismos a nivel regional para responder a las necesidades de salud de las personas migrantes, con un enfoque de derechos y conforme a las normativas vigentes en cada uno de los países miembros.

El Plan Andino contiene objetivos estratégicos y acciones específicas que sientan las bases para articular una respuesta regional a las necesidades de salud de las personas migrantes en el contexto de la pandemia por COVID-19. La evidencia generada en el diagnóstico sobre migración y COVID-19 muestra la importancia que tiene el alcance de estos objetivos y líneas de acción concertadas en el Plan Andino. Desde este enfoque se sugieren algunas recomendaciones orientadas a favorecer los esfuerzos regionales, focalizados en el vínculo migración y salud para responder a las condiciones de vulnerabilidad social de la población migrante ante la COVID-19:

**1) Definir un protocolo conjunto sobre salud y movilidad poblacional en situaciones de emergencia sanitaria en contextos fronterizos andinos, desde un enfoque de derechos humanos, el cual podría incluir los siguientes aspectos:**

- Implementar estrategias de testeo (COVID-19) que faciliten y agilicen la movilidad para casos negativos.
- Definir lineamientos para el manejo y atención integral para casos positivos.
- Potenciar las sinergias orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada de los albergues, campamentos, centros y puntos de atención de poblaciones migrantes en fronteras.
- Dar continuidad a las intervenciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada de los servicios públicos de salud ubicados en fronteras.

**2) Fortalecer los sistemas de información en salud, el intercambio y la gestión del conocimiento sobre migración y COVID-19 en la Región Andina, considerando:**

- Homologar a nivel regional, la definición de casos COVID-19 en personas migrantes.
- Dar continuidad a los esfuerzos orientados a estimar los denominadores poblacionales en migrantes.
- Fortalecer el registro de factores de riesgo asociados a COVID-19 en migrantes.

**3) Dar continuidad al desarrollo de acciones que faciliten el acceso a la atención integral en salud de migrantes en los contextos de origen, tránsito, destino y retorno, considerando dos tipologías para estructurar la respuesta:**

a) En aquellos países en donde se ha logrado la integración institucional de la población migrante en los protocolos nacionales para COVID-19, se sugiere:

o Dar continuidad a los procesos de implementación, monitoreo y evaluación de los lineamientos y estrategias operativas de promoción, prevención, detección, manejo de casos positivos y atención de casos críticos de COVID-19 en migrantes.

o Analizar las brechas de acceso a atención médica integral para casos de COVID-19 en migrantes irregulares.

b) En aquellos países donde no se ha logrado la integración institucional de la población migrante en los protocolos nacionales para COVID-19, se sugiere:

o Integrar lineamientos operativos y acciones específicas para la detección, manejo y atención de casos COVID-19 en migrantes.

o Alinear la agenda de cooperación internacional y favorecer sinergias para el desarrollo de acciones específicas que favorezcan la detección, el manejo y la atención de casos COVID-19 en migrantes.

o Analizar las brechas de acceso a atención médica integral para casos de COVID-19 en migrantes irregulares.

#### **4) Fortalecer los mecanismos de cooperación regional (con enfoque de equidad en salud y solidaridad social) para garantizar el acceso equitativo a vacunas para SARS-CoV-2 en personas migrantes.**

A corto y mediano plazo, la formulación e implementación de los planes nacionales de vacunación contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19) constituirán una prioridad para la respuesta social frente a la pandemia. En los países latinoamericanos la implementación de este componente de la respuesta implica enormes desafíos en materia de financiamiento, producción, distribución y aplicación de vacunas. En este contexto, caracterizado por la escasez en el acceso a las vacunas, adquiere gran relevancia el desarrollo de acciones que permitan definir mecanismos de cooperación regional para promover y garantizar el acceso equitativo a vacunas para SARS-CoV-2, entre los diferentes grupos de la población migrante.



# I. ANTECEDENTES

## I. ANTECEDENTES

A nivel mundial, se estima que las personas migrantes corresponden a 272 millones de migrantes internacionales, una cifra equivalente al 3,5% de la población mundial (ONU, 2019). Los avances, tanto en las comunicaciones como el transporte y los efectos económicos y sociales de la globalización han impulsado los flujos migratorios, diversificándolos e intensificándolos. Hoy más países se han sumado a estos flujos, tanto los países de origen, como de tránsito y destino, modificando los patrones migratorios, particularmente en los flujos regionales, los que históricamente estaban asociados con mayor fuerza a la migración de países limítrofes.

Diferentes autores han señalado a la migración como un determinante social de la salud, las personas migrantes, sobre todo aquellas que viajan en situación migratoria irregular, están expuestas a mayores riesgos durante todo el ciclo migratorio, origen, trayecto, destino y retorno (Leyva-Flores R, et al., 2019; Infante C., et al., 2020). Estos grupos poblacionales enfrentan dificultades de acceso a bienes y recursos básicos para el bienestar, frecuentemente carecen de redes de apoyo y enfrentan amenazas a sus derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud en sentido amplio (Leyva-Flores R., et al., 2016). A este panorama se han sumado los desafíos que impone la actual crisis sociosanitaria causada por la pandemia de COVID-19, la cual ha agudizado las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos en salud que viven las poblaciones migrantes, desplazadas y refugiadas (ONU, 2020; Castillo M.A., 2020; GIFMM, 2020).

El abordaje del vínculo migración y salud está presente en las distintas agendas intergubernamentales, en este contexto el ORAS-CONHU aprobó el “Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019 -2022”, por resolución REMSAA Extraordinaria XXXII/2 de abril de 2019, el cual se sustenta en un enfoque de derechos humanos, en apego a las normas internacionales y marcos jurídicos nacionales, y adopta una mirada integral, intersectorial y de corresponsabilidad entre los países de la región. El Plan establece la atención en salud de las personas en todas las etapas del proceso migratorio; y considera ejes temáticos estratégicos (información sobre migración y salud, inmunizaciones, atención sustentable, políticas públicas), a la vez que presenta flexibilidad para incorporar futuros desafíos (ORAS-CONHU, 2019).

En el marco del Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019 - 2022 se planteó la necesidad de desarrollar un “Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19 en la Región Andina”. El estudio pretende abordar las siguientes cuestiones ¿Cómo ha afectado la pandemia y las medidas sociosanitarias a las poblaciones migrantes en la Región Andina? ¿Cuáles son las condiciones o factores que pudieran contribuir en la agudización de las vulnerabilidades que enfrentan las personas migrantes? ¿Cómo se describen las políticas, normas, estrategias y acciones concretas de los gobiernos y de las organizaciones de la sociedad civil orientadas a abordar las necesidades de salud de los migrantes ante la epidemia a nivel regional?

Así, el objetivo general es: analizar la situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales en el contexto de la pandemia por COVID-19, así como caracterizar la respuesta de los sistemas públicos de salud para atender las necesidades de migrantes en el marco de la emergencia sociosanitaria.

El diagnóstico planteó como objetivos específicos: a) Identificar cambios o continuidades en la normatividad relacionada con políticas o programas de atención a la salud de migrantes; b) Caracterizar la respuesta de los sistemas públicos de salud a las necesidades de salud de migrantes ante la pandemia; c) Analizar condiciones o factores que pudieran contribuir a la agudización de las condiciones de vulnerabilidad social de migrantes; y, d) Analizar brechas sociales y de salud entre migrantes y nacionales a nivel de la Región Andina.

Para realizar la investigación, se diseñó un estudio transversal, con la aplicación de procedimientos cuantitativos a través de un cuestionario y cualitativos a través de entrevistas a representantes de los países que conforman la Región Andina, durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020.

Esta publicación, de acuerdo al objetivo planteado, está estructurada en tres apartados. En primer lugar, se presenta un marco referencial elaborado con base en una revisión breve de la literatura y la sistematización de experiencias internacionales que contribuyen a visibilizar las distintas dimensiones de la pandemia y sus efectos en las condiciones de vulnerabilidad y riesgos que enfrentan las poblaciones migrantes de América Latina. En el segundo apartado, se describe el diseño del estudio y el método mixto de investigación que se llevó a cabo para desarrollar el diagnóstico de situación.

El tercer apartado corresponde a los resultados del diagnóstico y se divide en dos secciones.

En la primera, se presentan los resultados del componente cualitativo, desde un abordaje de estudio de casos definidos en función de la situación de las poblaciones migrantes, en el periodo de la pandemia por COVID-19 en Bolivia, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela. Para contextualizar la situación y las especificidades de la respuesta social se consultaron normas, decretos, planes y lineamientos emitidos por los gobiernos, así como una revisión bibliográfica. Asimismo, se analizó la perspectiva de funcionarios y personal de los servicios de salud y de representantes de las organizaciones de la sociedad civil, sobre la forma en que se está enfrentando la pandemia en migrantes internacionales en situación de vulnerabilidad. De acuerdo con la información proporcionada en cada país, se llevó a cabo un análisis de complementariedad y contraste de las perspectivas de los informantes clave, con el propósito de identificar convergencias o divergencias temáticas de problemas o formas de abordar las necesidades de salud de los migrantes en la pandemia a nivel regional.

En la segunda sección, se presenta un análisis descriptivo de los datos epidemiológicos que fueron compartidos por los países parte del Organismo Andino de Salud, con el propósito de proporcionar un panorama general sobre la situación de COVID-19 en población migrante en los seis países de la región, para el periodo enero-julio de 2020.

Los resultados del análisis contribuyeron a elaborar un apartado de discusión y conclusiones en el que se identifican las convergencias y los matices o diferencias entre los países. También se incluyen algunas recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la respuesta regional para atender las necesidades de salud de migrantes, en el marco de la emergencia socio-sanitaria.



## **II. MARCO REFERENCIAL: MIGRACIÓN Y VULNERABILIDADES ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

## II. MARCO REFERENCIAL: MIGRACIÓN Y VULNERABILIDADES ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Desde 2020 el mundo ha experimentado una gran convulsión, ante el surgimiento y los niveles alarmantes de propagación y gravedad asociados a la enfermedad (COVID-19) causada por el coronavirus SARS-CoV-2. El 30 de enero de 2020, después de notificarse los primeros casos de transmisión del coronavirus fuera de China<sup>1</sup>, el Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró que el brote por el nuevo coronavirus constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Para el 11 de marzo, la OMS declaró a la enfermedad de la COVID-19 como una pandemia (OMS, abril 2020).

El conjunto de medidas socio sanitarias que se han desplegado para su contención y mitigación, han trastocado las dinámicas de las distintas sociedades, países y regiones (De Sousa S., 2020). La pandemia por sus efectos epidemiológicos (morbilidades, mortalidad y discapacidad), sumadas a los efectos socioeconómicos asociados a las medidas de contención (control de la movilidad y confinamiento poblacional), han contribuido a profundizar las desigualdades preexistentes que afectan a las poblaciones más vulnerables (Leyva-Flores R., et al., 2013). Las diferentes dimensiones asociadas a la pandemia han planteado la necesidad de indagar acerca de su relación y efectos con otros fenómenos sociales estructurales, entre los que ocupa un lugar estratégico la movilidad poblacional y las migraciones internacionales, asuntos que caracterizan la sociedad moderna y que antagonizan con las medidas establecidas con la contención de la pandemia.

En el primer trimestre del 2020, los países de América Latina (AL), adhiriéndose a las medidas globales de contención, empezaron a implementar políticas públicas para afrontar la pandemia, basadas en el control de la movilidad poblacional a nivel local, regional y global. Cada Estado aplicó las medidas de contingencia sanitaria, priorizando la implementación de acciones de confinamiento -en diversos niveles -cobertura y rigurosidad- que condujeron al cierre parcial o total de actividades económicas, de consumo y de convivencia en el espacio público.

Además, en la fase inicial la mayor parte de los países de A.L. implementaron el cierre de fronteras terrestres, el control del transporte aéreo y terrestre, e incluso ajustes en las políticas migratorias (OIM, 2020a; Castillo M.A., 2020; Pinillos G., 2020; Ramírez T., y Lozano F., 2020), algunas de las cuales se mantienen casi dos años después. Si bien los efectos de la pandemia en las tendencias migratorias aún son inciertos, se ha documentado que las medidas implementadas en el marco de la crisis sanitaria han comenzado a impactar y exacerbar las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos en salud que viven las poblaciones migrantes, desplazadas y refugiadas, en un contexto en donde el apoyo humanitario es cada vez menos accesible (ONU, agosto 2020).

---

<sup>1</sup> Para esa fecha, Estados Unidos confirma el primer contagio del coronavirus de Wuhan transmitido de persona a persona. Los casos de coronavirus aumentan a más de 9,600, así como el número de muertes asciende a 170. Hay más de 100 casos fuera de China.

La revisión de la literatura y la sistematización de las experiencias internacionales muestra que en el contexto de la crisis sanitaria y socioeconómica asociada a la pandemia por COVID-19, las poblaciones migrantes enfrentan -y, seguirán enfrentando- impactos diferenciados en, cuando menos los siguientes ámbitos: **a)** en las sociedades de destino destacan las enormes desventajas que enfrentan los migrantes irregulares en el mercado laboral, las cuales han conllevado una precarización acelerada de la calidad y condiciones de vida, así como un agravamiento de las vulnerabilidades y riesgos en salud; **b)** en los contextos fronterizos donde generalmente confluye una diversidad de poblaciones móviles, tales como migrantes en tránsito, deportados, retornados, refugiados, solicitantes de asilo e incluso población indígena binacional, se han fortalecido los dispositivos de contención y control de los circuitos migratorios. Esta medida, ha generado importantes efectos adversos en movilidad y migración internacional, debido a que ha precarizado la vida y multiplicado las necesidades de asistencia de estas poblaciones; **c)** en los contextos de origen donde se enfrentan las graves afectaciones económicas, laborales y sociosanitarias, se prevén escenarios que agudizarán las migraciones y los motivos que alimentan los flujos, así como retos asociados al proceso de retorno y deportaciones masivas.

A continuación, se presenta un marco breve de referencia basado en la sistematización de estudios y experiencias internacionales, que contribuyen a visibilizar las diferentes dimensiones (socio-sanitarias y socioeconómicas) de la pandemia por COVID-19 y algunos de sus efectos en los procesos migratorios contemporáneos. Se espera que el estado de la cuestión contribuya a identificar convergencias temáticas y formas de abordar las necesidades de salud de los migrantes en las condiciones de la pandemia a nivel regional.

#### • La pandemia de COVID-19: crisis sanitaria y socioeconómica

En la experiencia internacional existe consenso sobre los múltiples efectos de la pandemia de COVID-19; sin embargo, se destacan dos crisis de manera paralela: una crisis sanitaria, donde cada día se registran miles de muertes por los efectos directos de la enfermedad; y otra socio-económica, relacionada con las respuestas sanitarias para mitigarla que han detenido la actividad económica con consecuencias financieras en diferentes niveles (Blackman A., et al., BID, 2020; CEPAL, 2020; Abuelafia E., BID, 2020; WBG, 2020).<sup>2</sup>

Ante ello, se ha considerado imprescindible que las políticas económicas y sanitarias estén coordinadas con el fin de reconciliar varios objetivos: salvar vidas, proteger a las personas que tienen la menor capacidad de sobrellevar una caída de ingresos, compensar a las empresas y trabajadores más afectados por la contracción económica y reducir los riesgos económicos sistémicos a mediano y largo plazo (Blackman A., et al., 2020: 5). Sin embargo, los gobiernos del mundo, incluidos los de América Latina, están enfrentando importantes retos para armonizar estos objetivos, debido a los múltiples determinantes

---

<sup>2</sup> De acuerdo con el informe especial de la CEPAL presentado en abril de 2020, a medida que la pandemia se propaga en la región de AL y el Caribe, su caracterización como crisis sanitaria, económica y social es cada vez más evidente. Si bien la magnitud y duración de sus efectos aún son difíciles de cuantificar, se prevé que se vivirá una de las mayores crisis económicas y sociales de la región en décadas, con efectos muy negativos en el empleo, el combate a la pobreza y la reducción de la desigualdad.

estructurales y factores que pueden influir en la priorización de determinadas acciones que tienen altos costos sociopolíticos en diferentes contextos, que en este análisis los relacionamos con la movilidad poblacional.

#### • Contextos sociales de países de destino migratorio

En estos contextos sociales se ha señalado que nuevamente, la pandemia ha puesto énfasis en la extrema vulnerabilidad y desigualdad en que viven miles de trabajadores migrantes sin el reconocimiento de sus derechos de ciudadanía en diversas partes del mundo (Pinillos G., 2020; Ramírez T., y Lozano F., 2020). Algunos de los estudios y reflexiones elaboradas en tiempos de pandemia acerca de la situación y precarización de la vida de los y las trabajadoras migrantes en diversas sociedades de destino, destacan las enormes desventajas que enfrentan los migrantes irregulares en los mercados laborales y el consiguiente impacto en las vulnerabilidades y riesgos frente a la COVID-19. De acuerdo con datos presentados por la OIM, en el Portal de Datos Mundiales sobre la Migración (2020), “la población trabajadora migrante<sup>3</sup> — en particular las personas que ocupan puestos de trabajo de baja remuneración—, puede verse más afectada y expuesta al COVID-19 en los países más golpeados por la enfermedad y en aquellos donde la pandemia continúa extendiéndose, donde desempeña un papel importante en la respuesta, ya que trabajan en diversos sectores esenciales”.

Los datos presentados por la OIM (2020 b), muestran que la inserción laboral de la población migrante en sectores denominados “esenciales” es variable. En algunos casos se relaciona con la migración calificada; como ejemplo, se documenta que entre los 20 países más afectados por la COVID-19 (hasta septiembre del 2020), al menos 7, el sector crítico de los servicios de salud depende de trabajadoras y trabajadores nacidos en el extranjero<sup>4</sup>. En otros casos, la mano de obra migrante es esencial para los sectores agrario, forestal y pesquero; destacando el caso de Estados Unidos donde se estima que el 69 por ciento de toda la población migrante trabaja en la infraestructura esencial.

En su análisis, Sáenz (2020) examina los atributos socioeconómicos de los trabajadores inmigrantes latinos en Estados Unidos, evidenciando las enormes desventajas que enfrentan los migrantes irregulares (sin estatus de naturalización), las cuales actúan como determinantes sociales frente a la COVID-19. Particularmente, destaca que los migrantes latinos irregulares tienen una condición socioeconómica más precaria (sueldos bajos y altos niveles de pobreza) que los nacidos en EUA, y representan una mayoría en sectores productivos “esenciales” durante la pandemia de COVID-19, por lo que no han dejado de trabajar. Debido a su condición de desprotección laboral, una muy alta proporción carece de seguro médico, lo que puede generar “situaciones catastróficas, cuando dichos trabajadores o sus familiares enfermen gravemente, pierdan sus empleos, no puedan pagar sus rentas o hipotecas” (Sáenz R., 2020: 7). Al respecto, Ramírez y Lozano (2020), enfatizan que la pandemia exaltó la vulnerabilidad social de los mexicanos migrantes en Estados Unidos, particularmente, el amplio número de trabajadores que

<sup>3</sup> Según las estimaciones de la OIT (2015), en 2017 hubo 164 millones de trabajadores migrantes en el mundo. Del total, 68.1 millones son mujeres (41.6%) y 95.7 millones hombres (58.4%).

<sup>4</sup> Estados Unidos, España, Italia, Alemania, Francia, Reino Unido, Bélgica, Países Bajos, Canadá y Suiza.



continuaron laborando en actividades esenciales del sector terciario y primario; y muchos de ellos lo hicieron sin medidas de protección adecuadas y sin contar con un seguro médico.

De igual manera, en el estudio de Souto (2020), se analiza la situación y precarización de la vida de los trabajadores informales migrantes en Perú; evidenciando que, frente a un mercado laboral informal, el impacto económico de la contingencia en torno a la pandemia de la COVID-19, la masa de trabajadores extranjeros ya desasistida en sus derechos y beneficios laborales ha sido muy profundo, ya que sus ingresos son al día y muchos se han quedado sin trabajo y/o fueron desalojados de sus viviendas por no poder pagar un arrendamiento.

Otras experiencias internacionales también muestran que una proporción amplia de la población migrante trabaja en los sectores productivos más afectados por la crisis económica, principalmente en servicios y comercios. En este marco, se espera que, en muchos países, las medidas de confinamiento puedan presentar consecuencias críticas relacionadas con desempleo y agravar la situación socioeconómica de las personas migrantes, debido a que las medidas orientadas a mitigar el desempleo y la baja en los ingresos, en general, no toman en cuenta a los y las trabajadoras migrantes (OIM, 2020 b).

Al respecto, la OIM (2020 a) en su sondeo sobre la situación de las personas migrantes en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Centroamérica y México, documentaron los efectos negativos que reportan en su nivel de ingresos económicos, situaciones de desempleo o reducción de la jornada laboral. Asimismo, se confirmó que ciertos sectores u ocupaciones se han visto más afectados, principalmente en el trabajo doméstico, construcción y servicios relacionados con el turismo.

En este contexto es muy probable que el retorno aumente, dado el impacto económico que tendrá la pandemia, y la reinserción social ocurra en condiciones sociales y políticas más complicadas. Al respecto, el sondeo de la OIM (2020 a) documentó que una de cada cinco personas migrantes encuestadas, expresó su intención de retornar al país, motivadas por las afectaciones socioeconómicas que se han agudizado en el marco de la pandemia. No obstante, también podría ocurrir un fenómeno inverso y que se prolongue la estancia, toda vez que valoran las condiciones diferenciales con sus países de origen.

En América del Sur también se han observado diversos movimientos poblacionales relacionados con el retorno de migrantes. En diversos estudios se ha citado el caso de los migrantes venezolanos que han retornado desde Colombia o Perú debido a la pérdida de empleo y la consiguiente falta de recursos para pagar una renta (Pinillos G., 2020; Souto C., 2020). Aunque no hay información oficial, se estima que alrededor de 330,000 migrantes venezolanos viviendo en Colombia podrían volver a Venezuela; a la vez que se podría esperar una disminución del 30% en las remesas debido a la crisis (Abuelafia E., BID, 2020).

- Contextos sociales en países de tránsito migratorio

Las regiones fronterizas se distinguen por ser un espacio de interacción con dinámicas propias relacionadas con la intensa circulación de personas, bienes y productos entre comunidades vecinas de países limítrofes. En los contextos fronterizos se reproduce un abanico de patrones de movilidad poblacional y migración internacional que trasciende los cambios de la residencia habitual, para abarcar cruces fronterizos con diversas modalidades, frecuencias, estadías con variadas temporalidades y fines en el país colindante, así como tránsitos diversos hacia otros destinos (Canales A., et al. 2010 Castillo M.A., 2002; Kauffer E., 2002; Leyva-Flores R., et al. 2011).

Históricamente, las regiones fronterizas han sido contextos geopolíticos y sociosanitarios estratégicos para el abordaje del vínculo que se establece entre los procesos de movilidad poblacional y las resurgentes o nuevas epidemias (Bronfman M., y Leyva-Flores R., 2004). La pandemia de COVID-19 no es la excepción, ya que impuso a nivel global restricciones en la movilidad y estableció el distanciamiento social como medida de mitigación del virus. Al mismo tiempo, esta situación fue motivo suficiente para que, durante las fases de mayor transmisión, diversos países decretaran el cierre de fronteras e impusieran limitaciones a la movilidad internacional (Castillo M.A., 2020; Olivas O., 2020). De acuerdo con la OIM, para el 06 de abril del 2020, 92% de los países del continente americano habían cerrado sus fronteras, generando afectaciones en los servicios de aerolíneas, transportes terrestres y marítimos, en la movilidad fronteriza y en las políticas migratorias (OIM, 2020 a).

El reconocimiento de los mecanismos de transmisión del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 por contacto de persona a persona, ha orientado la manera de formular las modalidades de respuesta social frente a la pandemia, las cuales han priorizado la implementación de medidas que buscan restringir la movilidad poblacional para contener o mitigar la propagación del virus.

Este enfoque epidemiológico y las medidas de contención de la movilidad han sido basadas en el Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005), el cual, en sus diferentes actualizaciones ha priorizado la “identificación de potenciales portadores del agente infeccioso y sobre ellos la estructura procedimientos focalizados, que se orientan a reducir o inhibir los contactos, que pueden concentrarse en vectores y/o humanos” (Leyva-Flores R, 2018: 34). Este instrumento sintetiza los esfuerzos de cooperación internacional en el campo de la salud pública, a la vez que proporciona una base jurídica internacional y alternativas de respuesta rápida en el contexto de las emergencias sanitarias, lo cual resulta indispensable para la prevención y control de las enfermedades que representan un riesgo para la salud global.

No obstante, la historia de la medicina y la salud pública ha mostrado que la implementación de políticas restrictivas y estrategias de control de la movilidad poblacional, frecuentemente, ha tenido un carácter selectivo y una focalización de sus medidas en determinados contextos y grupos sociales que ya enfrentaban condiciones de desigualdad social, discriminación, xenofobia o racismo antes del surgimiento o reemergencia de las epidemias. En términos operativos, las políticas restrictivas han afectado con particular intensidad a migrantes irregulares, desplazados, refugiados y otras poblaciones móviles que confluyen en regiones fronterizas (Bronfman M., y Leyva-Flores R, 2008; Leyva-Flores R., 2018; Quintino F., 2012).

Los estudios y experiencias internacionales muestran que las medidas sanitarias implementadas para la mitigación de la COVID-19, han tenido dos grandes efectos: a) una semiparalización de las economías fronterizas<sup>5</sup> y una restricción de la movilidad cotidiana transfronteriza; y, b) cambios en las tendencias migratorias, mayor precarización en las condiciones de vida y trabajo, y un incremento en las necesidades de asistencia de una diversidad de poblaciones migrantes que se encuentran varadas en las fronteras (Castillo, 2020; ONU-Noticias, 2020; Román y Valdez, 2020; Olivas O., 2020).

Durante los primeros meses de la pandemia, como ejemplo representativo se citó el caso de la frontera Panamá-Costa Rica, así como la frontera El Salvador-Honduras, donde miles de migrantes quedaron inmovilizados en condiciones de hacinamiento y limitado acceso a servicios básicos de salud, alimentación, agua, saneamiento o información para la prevención de la infección (ONU-Noticias, 2020).

En el contexto de la pandemia, también ha destacado la situación que se vive en zonas fronterizas de Centroamérica y México, donde los cierres de fronteras provocaron que numerosas personas migrantes en tránsito, entre ellos, mujeres, niños y adultos mayores se quedaran varados, viéndose obligados a permanecer en estaciones migratorias, en albergues, en campamentos improvisados o en situación de calle (ONU-Noticias, 2020).

En el caso de la frontera sur de México, se documentó que la alta concentración de personas retenidas en estaciones migratorias amenazó con convertirse en ámbitos de hacinamiento lo que presagiaba una crisis sanitaria; por lo que las organizaciones de la sociedad civil y derechos humanos demandaron y lograron la liberación de varios grupos de migrantes. Al mismo tiempo, los albergues de la sociedad civil nuevamente han asumido un compromiso social invaluable en la respuesta humanitaria; sin embargo, se han enfrentado a la saturación de sus capacidades (Castillo M.A., 2020).

Asimismo, se reconoce que una de las situaciones más difíciles se vive en la frontera México-Estados Unidos, donde no sólo se observan las consecuencias de la inmovilización de migrantes, sino miles de deportaciones de personas que van de la cuarentena al retorno obligado. Como se señala en el estudio

---

<sup>5</sup> "Las medidas sanitarias implementadas en la mayoría de los países en las fases de mayor transmisión implicaron una paralización de las economías fronterizas. Por ejemplo, en este contexto de la pandemia, la movilidad cotidiana de residentes fronterizos que cruzan por motivos laborales o comerciales se redujo significativamente ante el estricto control de la dinámica transfronteriza en el sur de México" (Castillo, 2020).

de Olga Olivas (2020), en 2019, la administración de Trump dio inicio al programa Migrant Protection Protocols (MPP), bajo la cual los solicitantes de asilo a Estados Unidos son retornados a las ciudades fronterizas de México para esperar la resolución de sus casos, en condiciones de mayor precariedad. Con las deportaciones, el panorama de recepción es caótico tanto en las estaciones migratorias de EU, como en los sitios de recepción ubicados en la frontera norte de México.

Se ha documentado que la espera en la frontera mexicana, además de hacer más difícil el acceso a servicios básicos, se da en un contexto de violencia e inseguridad. Lo que lleva a muchos migrantes a vivir en los albergues de las organizaciones de la sociedad civil, consolidando estos espacios como lugares de espera. A partir de marzo de 2020, los solicitantes de asilo bajo el programa MPP enfrentan mayores retos en el contexto de la pandemia por COVID-19, entre ellos la suspensión de audiencias; esta situación crítica ha modificado la espera, configurando una experiencia de “atrapamiento dentro del atrapamiento” (Bojórquez et al., 2020). Asimismo, las condiciones en que ocurren las deportaciones pueden incrementar la posibilidad de infección por el SARS-CoV-2. Se han reportado casos de COVID-19 en centros de detención migratoria en EUA, así como en albergues de la frontera México-Guatemala, los cuales han estado asociados al retorno desde Estados Unidos (Sáenz R., 2020).

Otra experiencia se presentó en la frontera entre Colombia y Venezuela. Al inicio de la pandemia, desde distintos lugares de Colombia se estimuló el retorno de los migrantes venezolanos, disponiendo medios de transporte hasta la frontera con Venezuela. Sin embargo, el cierre de la frontera entre los países hizo que miles de venezolanos estuvieran estancados en albergues, en condiciones de hacinamiento, de alta vulnerabilidad socioeconómica y mayor riesgo de transmisión del SARS-CoV-2.

Uno de los casos documentados fue lo que ocurrió en Pamplona entre septiembre y octubre de 2020. De acuerdo con el Proyecto de Migración Venezuela (2020): *“Pamplona, al ser un municipio de tránsito en el departamento Norte de Santander, se ha convertido en el epicentro de esta dramática situación, en donde niños, niñas, adolescentes, y adultos han llegado, pasando el día y la noche, durmiendo a la intemperie, en calles, sobre cartones, expuestos a todos los riesgos que este hecho pueda suponer”*.



Las experiencias internacionales indican que las condiciones de alta vulnerabilidad social que enfrentan las poblaciones inmersas en procesos de migración de retorno pueden incrementar la exposición a la infección por el SARS-CoV-2. Además, es posible que ante la identificación de casos se refuerce la discriminación basada en el estigma del “migrante como foco de infección” (Sáenz R., 2020).

Al respecto, autores como René Leyva-Flores (2009), han enfatizado que ni los migrantes ni otros grupos de población móvil pueden ser considerados como vectores o sus equivalentes funcionales; sin embargo, dichos estigmas y prejuicios se reproducen, difunden y adoptan de forma rápida en las sociedades y en el mundo científico y político, y se exacerban en contextos de emergencias sanitarias. De esta forma, dichos estigmas se constituyen en elementos adicionales que refuerzan las actitudes xenofóbicas y las prácticas discriminatorias que ya existían contra la población antes de la emergencia de una epidemia (Bronfman M., y Leyva-Flores R, 2008; Leyva-Flores R., e Infante C., 2004).

En general, los estigmas se fortalecen e interrelacionan con las hipótesis epidemiológicas tradicionales que consideran a la migración como un fenómeno que puede contribuir a la diseminación de infecciones y a incrementar los riesgos globales en salud. La respuesta rápida, más allá de la comprensión del problema, frecuentemente conduce a sobredimensionar y a elevar la noción y percepción del riesgo social global, y a generar medidas que pueden derivar en la violación de los derechos humanos de las personas afectadas (Leyva R., 2018).

- Contextos sociales en países de origen

En su conjunto, los pronósticos económicos de la región de América Latina estiman a partir de 2020, que el producto interno de los países será negativo en todos los casos (CEPAL, 2020). La profundización de la crisis socioeconómica se traducirá en pérdidas masivas de empleos, incremento de la pobreza y pobreza extrema. Esta situación permite prever que los motivos de la migración persistirán y se agudizarán, a la vez que en las sociedades receptoras se espera un deterioro de la calidad y condiciones de vida y trabajo que afectarán con particular intensidad a las poblaciones migrantes (Castillo, 2020:4).

Tal como señala Manuel Ángel Castillo (2020), este panorama enfatiza la importancia de la cooperación internacional basada en la participación comprometida de los gobiernos, organismos multilaterales y agencias internacionales vinculadas con la atención del tema migratorio. Dichos esfuerzos requieren traducirse en el diseño o reformulación de políticas sociales, laborales y de salud orientadas a mejorar la situación de las poblaciones migrantes más vulnerables en el contexto de la pandemia de COVID-19. Asimismo, en la coyuntura actual es relevante considerar las diferencias en las distintas sociedades y sus entramados institucionales que proponen diversas alternativas para afrontar la epidemia, y las problemáticas asociadas; lo cual, plantea la necesidad de documentar y analizar la situación de salud y las vulnerabilidades que enfrentan los migrantes internacionales durante la pandemia de COVID-19, en regiones y subregiones específicas.



# III. MÉTODOS

## III. MÉTODOS

Para realizar la investigación, se diseñó un estudio transversal, con la aplicación de procedimientos cuantitativos a través de un cuestionario, y cualitativos a través de entrevistas a representantes de los países que conforman la Región Andina, durante la pandemia por COVID-19, en el año 2020.

### 3.1 Componente cualitativo del estudio

El componente cualitativo de la investigación tuvo el propósito de conocer y analizar la perspectiva de tomadores de decisiones y personal de los servicios especializados de salud y de las organizaciones de la sociedad civil sobre la forma en que se está enfrentando la epidemia, en migrantes internacionales en situación de mayor vulnerabilidad con el fin de fortalecer las capacidades institucionales en la respuesta en salud.

Para desarrollar el componente cualitativo del estudio, el “Comité Andino de Salud para personas Migrantes” diseñó un procedimiento de autoentrevista a funcionarios nacionales y regionales de salud, así como a representantes de organizaciones de la sociedad civil con amplia experiencia de trabajo en el tema migratorio en la Región Andina. El Comité Andino de Salud para personas Migrantes elaboró un mapeo de informantes clave de los dos ámbitos estratégicos y programó un número inicial de seis entrevistas en cada uno de los seis países de la Región Andina.

Se diseñaron guías de entrevista semiestructuradas, que focalizaron en los siguientes ejes temáticos: perfil del informante; normatividad relacionada con políticas o programas de atención a la salud de migrantes; respuesta del sistema público de salud a las necesidades de salud de migrantes ante la pandemia; agudización de las condiciones de vulnerabilidad de migrantes; y brechas sociales y de salud entre migrantes y nacionales. Los ejes temáticos centrales fueron ajustados de acuerdo con el perfil y actividades específicas desarrolladas por los informantes; y a partir de este criterio se diseñaron dos instrumentos:

- ◆ Guía de entrevista para funcionarios de salud de nivel central y territorial (**ANEXO 1**). Es un instrumento que tiene el propósito de identificar cambios y continuidades en la normatividad relacionada con políticas o programas de atención a la salud de migrantes; caracterizar la respuesta del sistema de salud (ámbito nacional o territorial) a las necesidades de salud de migrantes ante la pandemia; documentar la afectación de las medidas sanitarias en la dinámica de movilidad y condiciones de vida de migrantes; así como profundizar en la comprensión de las brechas y la agudización de las condiciones de vulnerabilidad social y los riesgos de las personas migrantes en el contexto de la pandemia.
- ◆ Guía de entrevista para representantes de la sociedad civil con experiencia en el tema migratorio y DDHH (**ANEXO 2**). El instrumento busca recuperar la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil en relación con las afectaciones y los efectos de la pandemia en la dinámica de movilidad y condiciones de vida y salud de las poblaciones migrantes; a la vez que recupera las perspectivas en torno a la respuesta

institucional en salud en este campo, incluyendo la identificación de factores facilitadores y barreras de acceso a la atención de salud de las personas migrantes en el contexto de la pandemia.

- **La estrategia de entrevistas autoaplicadas**

La Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU, en coordinación con el “Comité Andino de Salud para personas Migrantes”, realizó la gestión e invitación para participar en las entrevistas programadas. En septiembre del año 2020, se enviaron las cartas de invitación a los informantes clave; y una vez que confirmaron su participación, se realizó el envío de la guía de entrevista y el formato de consentimiento informado. Es relevante señalar que las entrevistas a los actores participantes se realizaron de forma voluntaria e informada, explicando la finalidad y beneficios del estudio, respetando la confidencialidad de los datos e información obtenida, y especificando que los resultados del estudio serán publicados con fines científicos y técnicos, y presentados de forma institucional. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento utilizando el formato diseñado por el Comité (**ANEXO 3**).

Entre septiembre y noviembre del 2020, los informantes clave realizaron el procedimiento de autoaplicación de la guía de entrevista, para lo cual las personas entrevistadas utilizaron las herramientas tecnológicas que disponían en su lugar de trabajo. De esta manera, algunas entrevistas fueron grabadas por medio de aplicaciones como WhatsApp, o instrumentos como grabadoras, teléfonos, computadoras, etc., y otras enviaron el registro transcrito.

Este procedimiento, corresponde a una innovación en la generación de información estratégica, con muy baja tasa de rechazo, por lo que metodológicamente se recomienda para futuros estudios por diferentes razones: preserva la absoluta privacidad y autonomía de la respuesta, lo cual es garantía de confianza en lo expresado por la persona entrevistada. Además, esta se lleva a cabo en el horario que la persona lo decida como parte de sus actividades regulares. Por otra parte, elimina el costo de obtención de la información, así como de logística, tanto de la persona entrevistadora como de la entrevistada.

De un total de 36 entrevistas programadas (6 por cada país), se logró recabar 30 entrevistas hasta el mes de noviembre del 2020 (tasa de respuesta: 83.3%); todos los países de la Región enviaron los registros de entrevista, con lo que se aseguró la representación de distintos escenarios sociales y migratorios, y perspectiva de los entrevistados de la Región Andina.

En la mayoría de los países, los informantes clave enviaron el registro de entrevista de manera escrita, es decir, respondieron las preguntas de la guía y la enviaron en formato Word o PDF. De las 30 entrevistas, ocho informantes enviaron su registro en audio o video; dichas entrevistas tuvieron una duración variable que oscila entre 16 y 45 minutos. Las entrevistas audio/videograbadas fueron transcritas literalmente.

A todas las entrevistas se les asignó un código alfa-numérico con el propósito de preservar la confidencialidad. De igual manera, los testimonios y la citación correspondiente solo hacen referencia a este código y a su posición como funcionario de salud o representante de la sociedad civil.



#### • Perfil de los informantes

El perfil general de los informantes clave que participaron en el estudio corresponde a nueve funcionarios de los servicios de salud de nivel central, diez funcionarios de los servicios de nivel regional o territorial y once representantes de las organizaciones de la sociedad civil.

A nivel nacional y regional se incluyeron funcionarios a cargo de áreas estratégicas de los Ministerios de Salud, y en el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil participaron representantes de organizaciones estratégicas en la Región.

#### • Plan de análisis

El propósito central de las entrevistas fue recuperar y analizar la perspectiva de tomadores de decisiones y personal de los servicios especializados de salud y de las organizaciones de la sociedad civil sobre la forma como se está enfrentando la pandemia y sus efectos en la situación de las poblaciones migrantes en condiciones de alta vulnerabilidad en contextos específicos de la Región Andina.

Para procesar el material cualitativo se llevó a cabo una lectura cuidadosa de las 30 entrevistas a texto completo; posteriormente, se clasificó y codificó la información de acuerdo con las categorías y ejes temáticos considerados en las guías de entrevista, y se buscó identificar categorías emergentes. De acuerdo con la Guía definida por el Comité, el análisis se organizó en los siguientes ejes temáticos: a) cambios y continuidades en la normatividad relacionada con políticas o programas de atención a la salud de migrantes; b) la respuesta del sistema público de salud a las necesidades de migrantes ante la pandemia; c) agudización de las condiciones de vulnerabilidad social de migrantes; d) brechas sociales entre migrantes y nacionales.

Para abordar estas categorías se conformó una familia de códigos, que corresponde con estos primeros ejes, y facilita la construcción de datos y su sistematización. Esta propuesta se sintetiza en cuadro 1:

Cuadro 1.

Ejes temáticos, categorías y códigos para el análisis cualitativo de las entrevistas

Eje temático	Categorías	Código	Definición
Generalidades de la entrevista	Perfil del informante y país de referencia	PI + (código asignado)	Se recuperó el código asignado por el Comité para el manejo de las entrevistas. No se describe para preservar la confidencialidad
Vulnerabilidad social de migrantes en el contexto de la pandemia por COVID-19	Poblaciones migrantes afectadas	P-Migrante	Perspectivas sobre las principales poblaciones migrantes afectadas por la epidemia y/o blanco de las intervenciones.
	Información sobre afectaciones en la salud de las personas migrantes y sus familias	Datos-COVID-19 y comorbilidades	Corresponde a información, referencias o datos concretos sobre casos de migrantes afectados por COVID-19, así como las comorbilidades asociadas.
	Agudización de las condiciones de vulnerabilidad y riesgos de migrantes	Vulnera-Migrante	Perspectivas sobre las medidas socio-sanitarias para la mitigación de la pandemia y sus afectaciones en las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos en salud de migrantes.
Respuesta del sistema de salud	Respuesta en el nivel formal-estructural: marco político-normativo	Políticas-Normas	Cambios y continuidades en el marco político-normativo y lineamientos relacionados con la atención a migrantes.
	Respuesta en el nivel operativo: estrategias para la atención de necesidades de migrantes.	Estrategias-Atención	Corresponde a las acciones concretas y servicios de prevención y atención de la salud y necesidades de asistencia de migrantes.
Respuesta de las organizaciones de la sociedad civil	Perspectiva sobre la respuesta institucional al vínculo migración y salud.	OSC-Respuesta Institucional	Hace referencia a las perspectivas de los representantes de la sociedad civil respecto a los alcances y limitaciones de la respuesta institucional en salud relacionada con las migraciones en el contexto de la pandemia.
	Estrategias de apoyo a las necesidades de asistencia de migrantes	OSC-Acciones	Hace referencia a las acciones humanitarias y de atención a la salud de migrantes que han desarrollado las OSC en el contexto de la pandemia.

El análisis de la información se llevó a cabo desde un abordaje de estudio de casos definidos en función de la situación descrita en cada uno de los países de la Región Andina. En el campo de la salud, el estudio de casos representa un abordaje de investigación cualitativa que se utiliza para estudiar en profundidad la perspectiva y experiencia de informantes clave representantes de una institución, grupo, comunidad u organización, con el propósito de identificar elementos específicos que contribuyan a una mejor comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención que se desarrollan en un contexto y tiempo determinado (Ferreira S. et al. 2007; Mercado F., 2007). El modelo metodológico de casos se emplea para conocer las singularidades de la situación de salud de un grupo o población específica en un contexto determinado; así como en las modalidades de respuesta institucional y de las organizaciones de la sociedad civil en determinado campo, que en este estudio corresponde al vínculo migración y salud en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Desde esta perspectiva, los resultados del análisis cualitativo se presentan de acuerdo con los casos de estudio que corresponden a la situación de las poblaciones migrantes en el periodo de la pandemia por COVID-19 en Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia, Chile y Venezuela.

De acuerdo con la información proporcionada en cada país se llevó a cabo un análisis de complementariedad y contraste de las perspectivas entre funcionarios (de nivel central y regional) y representantes de organizaciones de la sociedad civil, con el propósito de identificar convergencias o divergencias temáticas de problemas o formas de abordar las necesidades de salud de los migrantes en las condiciones de la pandemia a nivel regional. Los resultados del análisis contribuyeron a elaborar un apartado de discusión y conclusiones en el que se identifican los matices o diferencias entre los países.

### 3.2 Componente cuantitativo del estudio

#### • Diseño e instrumentos

El componente cuantitativo tuvo el propósito de compilar datos epidemiológicos que contribuyeran a proporcionar un panorama general sobre la situación de COVID-19 en población nacional y migrante en los seis países de la región, para el periodo enero-julio de 2020. Para ello, se diseñó un cuestionario y ficha, con requerimientos específicos de información que fue solicitada a los Ministerios de Salud de los países parte del Organismo Andino de Salud.

- ◆ El cuestionario sobre respuesta sanitaria de los países frente a la pandemia por COVID-19 respecto a las personas migrantes, puede ser consultado en el Anexo 4 del presente documento. Dicho instrumento está estructurado en cuatro apartados: 1) Datos generales del organismo notificante; 2) Resultados de salud: riesgos, morbilidad y mortalidad; 3) Acceso a prestaciones de vigilancia epidemiológica y a la atención de salud; y, 4) Prevención y Promoción de la Salud. En cada apartado se incluye un conjunto de preguntas abiertas para ser contestadas y desarrolladas de forma amplia y sustentada -con datos existentes- por parte de los informantes clave.

- ◆ Por su parte, la ficha de registro de datos epidemiológicos clave se diseñó en formato *Excel* y se presenta en el Anexo 5 de este documento.

La información fue recolectada y enviada por referente de las áreas de Análisis, Información y Estadísticas de Salud o Vigilancia Epidemiológica de los respectivos Ministerios de Salud.

Es relevante señalar que la caracterización de la situación de la epidemia por COVID-19 en las poblaciones migrantes presentes en los seis países andinos, depende tanto de las definiciones utilizadas como de las características de las fuentes de información disponibles. Adicionalmente, se debe considerar que cada país de la Región Andina tiene una estrategia diferente para incentivar la detección y confirmación de los casos; y que la dinámica y temporalidad de la pandemia es diferencial entre los territorios.

Las limitaciones del estudio deben considerarse en la interpretación de los datos; sin embargo, se consideró relevante elaborar y presentar un panorama epidemiológico general con el propósito de contribuir a visibilizar la situación de la COVID-19 en estas poblaciones vulnerables e identificar algunos factores de riesgo asociados, así como documentar los avances que reportan los países en la oferta y distribución de las pruebas de detección de SARS-CoV-2.

- Fuentes de información y definición de las variables

A continuación, se detallan las fuentes y principales definiciones o variables de los datos solicitados por país.

## 1. Bolivia

**Principal fuente de información:** Reportes epidemiológicos del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), datos nominales actualizados al 40%.

**Definición de Migrante o variable utilizada:** Sin información.

**Definición de caso COVID-19:** Caso Sospechoso que se haya confirmado por una prueba de laboratorio.

Definición de caso sospechoso:

**A.** Paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo: TOS, dificultad para respirar), Y SIN otra etiología que explique completamente la presentación clínica y un historial de viaje o residencia en un PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTÓ LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; o

**B.** Paciente con alguna INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA que haya estado en CONTACTO con un caso

COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas: O

**C.** Paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo: TOS, dificultad para respirar) Y que requiere hospitalización Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

Definición de fallecido por COVID-19: sin información.

## 2. Chile

**Principal fuente de información:** Fuente Plataforma de notificación obligatoria para vigilancia epidemiológica EPIVIGILA.

Base de Resultados de Laboratorio al 31.07.2020

Base de Casos COVID-19 notificados en EPIVIGILA al 31.07.2020

Base de Casos Acumulados de COVID-19, confirmados y probables, al 31.07.2020.

**Definición de Migrante o variable utilizada:** nacionalidad, estado o condición particular de una persona que ha nacido en una nación determinada o ha sido naturalizada. La fuente de la nacionalidad puede ser territorial, por consanguinidad, por cata de nacionalización o por gracia del legislador. (Norma N° 820 de estándar de Información de Salud).

**Definición de caso COVID-19:** confirmados por PCR y casos probables.

**Definición de fallecido por COVID-19:** casos notificados, fallecidos confirmados por PCR y probables [CIE 10: U07.1 y U07.2]

## 3. Colombia

**Principal fuente de información:** Base de datos del Sistema Nacional de Salud Pública-SIVIGILA Colombia, 2020- La información presentada se obtuvo teniendo en cuenta la variable fecha de notificación, esta fecha es diferente a la información que se publica en el corte diario. La información es preliminar y susceptible a ajustes realizados todos los días por las salas de análisis del riesgo departamentales.

**Definición de Migrante o variable utilizada:** Nacionalidad que corresponde al Estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.

**Definición de caso COVID-19:** De acuerdo con el Decreto 1374 de 2020, se precisan las siguientes definiciones:

- Caso sospechoso. Persona con exposición por haber estado en un lugar con transmisión comunitaria o

endémico o de brote (E2) o a casos probables (E1 probable), y con manifestaciones clínicas respiratorias (C1) O no respiratorias (C2) de COVID-19, de cualquier severidad (C4), hallazgos de laboratorio clínico o radiológicos (C5), pertenencia a grupos de factores de riesgo (Fr) o vulnerabilidad (Fv). También puede entenderse como caso sospechoso, la persona con exposición por contacto estrecho sin protección individual o potencial múltiple! sostenida a casos probables o confirmados de COVID-19 (E1 o E1.1.) pero que aún es asintomática (C3).

- Caso probable. Persona con cualquier tipo de exposición individual o múltiple a casos confirmados (E1 confirmado) y con manifestaciones clínicas respiratorias (C1) o no respiratorias (C2) de COVID-19, de cualquier severidad (C4) y hallazgos de laboratorio clínico o radiológicos (C5). Incluye también la persona con resultados de laboratorio etiológico (L1) dudosos o no realizables por alguna razón.
- Caso confirmado. Persona con laboratorio (L1 o L2) con resultados positivos de infección activa por el virus SARS-CoV-2 independientemente de presencia o no de criterios clínicos, pues las pruebas pueden realizarse en asintomáticos, sospechosos o probables, con diferente priorización.
- Caso recuperado. Es un estado de evolución posterior que aplica para los casos confirmados, probables o sintomáticos. Se considera caso recuperado por criterios clínicos agudos cuando han pasado 10 días desde el inicio de síntomas y al menos 72 horas sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y mejoría de los síntomas respiratorios, esto es tos y disnea. Si a los 10 días del aislamiento, continúa con síntomas realizar valoración médica en búsqueda de complicaciones asociadas a COVID-19. El caso recuperado debe ser establecido por las entidades encargadas del aseguramiento, en el caso de los afiliados y por las entidades territoriales cuando se trate de población no afiliada al SGSSS, con base en el seguimiento de la evolución clínica a través de la valoración por los prestadores de sus redes de servicios

#### **Definición de fallecido por COVID-19:**

Se diferencian las muertes por COVID-19 y con COVID-19. Adicionalmente, de acuerdo con las indicaciones de codificación de la mortalidad dadas por la OPS, se contabilizan exclusivamente las muertes confirmadas (código CIE-10 U07.1) y no las muertes sin identificación del virus (código CIE-10 U01.2)

Muerte probable por COVID-19: Toda muerte por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio.

Muerte confirmada por laboratorio: Caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios:

- PCR-RT positiva para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, en prueba pre-mórtem o post-mórtem (hasta 6 horas) en muestra respiratoria o en tejido.

En los casos que la PCR-RT sea negativa, el caso puede ser valorado con los siguientes elementos:

- Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas.
- Criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia.
- Las características como población de riesgo o vulnerable.

Muerte confirmada por nexo epidemiológico

Caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios:

- La persona fallecida que tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días antes del inicio de síntomas.
- Al menos un contacto estrecho de la persona fallecida es detectado como caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.

#### 4. Ecuador

**Principal fuente de información:** *Rdacca, Pras, epi Info, Sive Alerta*, Hospital Constitución de la República del Ecuador 2018. Ley Orgánica de Salud.

**Definición de Migrante o variable utilizada:** Sin información.

**Definición de caso COVID-19:** Caso sospechoso con prueba de laboratorio PCR-RT positiva para infección COVID-19, independientemente de los signos y síntomas.

**Definición de fallecido por COVID-19:** Una persona fallecida con clínica asociada a COVID-19 y con prueba positiva para PCR-RT para SARSCoV-2

#### 5. Perú

**Principal fuente de información:** NotiWeb.

**Definición de Migrante o variable utilizada:** Sin información.

**Definición de caso COVID-19:** Sin Información.

**Definición de fallecido por COVID-19:** Sin información.

## 6. Venezuela

**Principal fuente de información:** Sistema único de Información de Salud MPPS

**Definición de Migrante o variable utilizada:** Caso confirmado clasificado en el sistema como “caso importado”.

**Definición de caso COVID-19:** persona con resultado positivo para PCR RT SARS-CoV-2

**Definición de fallecido por COVID-19:** Muerte, sin otra causa conocida, en paciente que haya presentado dificultad respiratoria antes de fallecer Y haya estado en contacto con un caso probable o confirmado o vinculado epidemiológicamente a un conglomerado en el cual se haya identificado al menos un caso con PCR-RT positiva para Sars-Cov-2).

Las diferencias observadas en la definición de casos y de procedimientos para registro y sistematización de información en los países de la Región, tiene implicaciones para interpretar y definir el alcance y comparabilidad de los datos obtenidos.



## IV. RESULTADOS

## IV. RESULTADOS

### 4.1 RESPUESTA SOCIAL A LA MIGRACIÓN Y VULNERABILIDADES ANTE COVID-19 EN LA REGIÓN ANDINA: RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

Los resultados del análisis cualitativo se presentan de acuerdo con la situación documentada en cada uno de los países de la Región Andina, donde la migración es particularmente importante, y define contextos de vulnerabilidad social particulares, especialmente en lo que respecta a la situación y efectos de la pandemia por COVID-19. Los casos de estudio corresponden a la situación de los migrantes en el periodo de la pandemia por COVID-19 en Bolivia, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela.

Para cada uno de los seis países, se integran los resultados del análisis cualitativo de la información recabada mediante las entrevistas a los tomadores de decisiones de los servicios públicos de salud de nivel central y regional (o territorial), y representantes de la sociedad civil con amplia experiencia de trabajo en la temática. El análisis de la perspectiva de los actores clave contribuyó a analizar la situación de salud, vulnerabilidades y riesgos en migrantes internacionales en el contexto de la pandemia, así como caracterizar la respuesta del sistema público de salud a las necesidades de migrantes.

Para contextualizar la situación de la pandemia por COVID-19 y las especificidades de la respuesta social en salud que se ha implementado en cada país, se consultaron las principales normas, decretos, planes y lineamientos emitidos por los gobiernos; y se realizó la revisión de artículos, publicaciones, material preventivo, boletines, resultados de evaluaciones e información estratégica disponible en las páginas web de las instituciones gubernamentales y agencias de cooperación internacional con experiencia de trabajo en el vínculo migración, salud y vulnerabilidades ante la COVID-19 en la Región Andina.

#### 4.1.1 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Bolivia

*“Si bien la pandemia COVID-19 afecta a cada ciudadano y familia boliviana, llega con mayor grado de afectación a los inmigrantes y refugiados, no sólo en el área de salud, sino también a nivel socioeconómico” (BOSC1).*

Desde el mes de marzo de 2020, el gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia declaró la Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote del nuevo Coronavirus, y comenzó a tomar un conjunto de medidas sociosanitarias y económicas con propósito de reducir el impacto de la pandemia por COVID-19 (Decreto No. 4179). Las medidas de contingencia sanitaria incluyeron la restricción de la movilidad y actividades en el espacio público (cuarentena); y desde el 20 de marzo se dispuso el cierre de fronteras en todo el territorio nacional (Decreto No. 4196).

A partir del surgimiento y propagación de la COVID-19, y de la implementación de las medidas aplicadas en la contingencia sanitaria, se ha visto trastocada la dinámica social y económica del país, a la vez

que se han comenzado a visibilizar sus efectos en las tendencias migratorias, y en las condiciones de vida y trabajo y necesidades de asistencia de las personas migrantes.

- **Vulnerabilidad y riesgos en salud de migrantes en el contexto de la pandemia**

En el caso de Bolivia, tanto funcionarios como representantes de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) coincidieron en señalar que, las diferentes dimensiones de la pandemia y las medidas sanitarias que se han implementado para su mitigación han tenido un impacto en dos flujos migratorios presentes en la región: los connacionales bolivianos inmersos en la migración temporal o laboral en países de Sudamérica (Chile, Brasil, Perú y Argentina) que han retornado al país en el contexto de la pandemia; y las poblaciones migrantes, refugiadas y desplazadas provenientes de Venezuela y Colombia. En el contexto de la pandemia los connacionales retornados y los migrantes internacionales han enfrentado impactos diferenciados ante las estructuras de confinamiento, registrando efectos en su situación socioeconómica, condiciones de vida y acceso a servicios de salud para la prevención y atención de la COVID-19.

- **Migración de retorno**

La pandemia ha expuesto las inequidades estructurales que afectan de manera particular a estos grupos de la población migrante, especialmente a aquellos trabajadores que carecen de documentos que acrediten su estancia en las sociedades receptoras y que han enfrentado la pérdida del empleo o la reducción de sus ingresos, así como aquellos que se sitúan en el sector informal y que dependen del sustento del día a día.

En este contexto de contracción económica, la pandemia ha puesto de relieve el fenómeno del retorno de miles de migrantes bolivianos que se vieron afectados por el desempleo y la baja en los salarios en las sociedades de destino de la región. Al respecto, los funcionarios institucionales y representantes de OSC señalaron que:

*“La situación vivida en países limítrofes ha visibilizado la problemática de la migración temporal o laboral de connacionales. Ante esta situación, al 18 de mayo se reportan 5.986 bolivianos retornaron al país, por vía aérea -24% y terrestre -76%, de países que hoy día presentan mayor incidencia de contagio -Chile, Brasil, Perú y Argentina en su mayoría (...) Ha existido el retorno de muchas personas de países fronterizos que fueron a buscar mejor suerte y que al enfrentarse a problemas de falta de trabajo decidieron retornar” (BOFC1).*

*“En Bolivia, por la crisis sanitaria, muchos emigrantes bolivianos se vieron obligados a retornar al país, por la misma realidad que presentaban los países de la región y otros, (...) Para los migrantes económicos circulares de Bolivia, la crisis sanitaria afectó mucho en el desarrollo de su economía, los mismos se vieron obligados a retornar al país, presentando diferentes dificultades en las fronteras” (BOSC1).*

En la Región Andina, se ha documentado que el endurecimiento de las condiciones de vida y trabajo en los países de destino podría motivar el incremento de los movimientos de retorno a los países de origen; sin embargo, se reconoce que aún se requiere contar con datos que reflejen la magnitud y las perspectivas del fenómeno en los distintos países (Abuelafia E., BID, 2020). No obstante, con base en la experiencia e información compartida por los profesionales entrevistados, se documenta que en el contexto de la contingencia sanitaria miles de emigrantes bolivianos retornaron al país por vía terrestre y aérea. Los connacionales que querían retornar por vía aérea enfrentaron dificultades asociadas con las afectaciones en los servicios de aerolíneas; y las personas que regresaron por vía terrestre se vieron afectadas por el cierre de fronteras.

Como parte del plan de respuesta, el gobierno boliviano participó en la gestión de los “vuelos solidarios” para facilitar el traslado de los connacionales bolivianos que se encontraban en otros países y que ante problemas de falta de trabajo decidieron retornar. Asimismo, ante la posibilidad del incremento de los casos de importación viral, el gobierno boliviano estableció protocolos sanitarios y la instalación de albergues temporales de aislamiento en cinco puntos estratégicos, en los cuales, las personas retornadas tuvieron que permanecer en cuarentena durante 14 días. En relación con estas medidas y sus efectos en la dinámica del retorno, los informantes frecuentemente indicaron:

*“Esta población se ha enfrentado, por un lado, a la dificultad de retornar a sus países por el cierre de fronteras y por los tiempos de aislamiento al llegar, y por otro lado la inexistencia de medios de transporte internacionales. Después se instituyeron vuelos solidarios para trasladar a personas que querían retornar a sus países (...) También, de países más lejanos, ha habido vuelos solidarios para las personas que estaban en otros países y se encontraron con la pandemia” (BOFC1).*

Se ha documentado que el proceso de retorno imprevisto o anticipado tiene importantes afectaciones económicas para los migrantes y sus familias. En el caso de los bolivianos retornados, les afectó, en primer lugar, en relación con la pérdida de la inversión que realizaron para trasladarse y la interrupción de los proyectos que tenían en otros países fronterizos o en otras regiones más alejadas; en segundo lugar, en términos de las remesas que dejaron de enviar al país de origen; y, en tercer lugar, en términos de la merma económica que enfrentaron durante las dos semanas de cuarentena. Al respecto, los participantes en el estudio señalaron:

*“En el caso de los connacionales bolivianos les afectó la inversión que realizaron para trasladarse y proyecciones en otros países, no solo de la región, sino de otros países. Al retornar, nuevamente tuvieron que empezar de nuevo. Pero a nivel afectos familiares, les reconfortó mucho al estar cerca de sus seres queridos en estos tiempos de pandemia” (BOSC-1).*

*“Ha existido el retorno de muchas personas de países fronterizos que fueron a buscar mejor suerte y que al enfrentarse a problemas de falta de trabajo decidieron retornar. Esto ha implicado instalar en las zonas fronterizas, estructuras de confinamiento por 14 días antes de retornar a sus hogares. También, de países más lejanos, ha habido vuelos solidarios para las personas que estaban en otros*

países y se encontraron con la pandemia” (BOFC-1).

*“Se han efectuado varios vuelos solidarios a través de la coordinación entre países posibilitando el retorno de migrantes a sus países de origen como la consiguiente repatriación de connacionales. Mucha gente migrante ha tenido estar varada todo el tiempo de cuarentena en lugares fronterizos debido al cierre de fronteras, mermando grandemente en la economía y subsistencia propia o de sus familias” (BOFR1).*

#### • Migrantes internacionales en fronteras

En Bolivia, otro grupo de población migrante que ha sido visiblemente afectado en el contexto de la pandemia corresponde a las personas y familias de nacionalidad venezolana -y también se menciona colombiana- que se han establecido en las zonas fronterizas de este y otros países de la Región Andina. Existe consenso en que las condiciones de vulnerabilidad social que ha enfrentado esta población se han agudizado en el contexto de la pandemia, tanto en términos socioeconómicos como en su situación de salud.

En la experiencia de los funcionarios y representantes entrevistados, en el periodo del confinamiento, los migrantes han enfrentado restricciones para salir en la búsqueda del sustento del día a día, otros han sufrido la pérdida de empleos o la baja en los ingresos, lo cual, a su vez ha incrementado las dificultades para subsistir y pagar un arrendamiento de vivienda. Los migrantes venezolanos presentan una situación de desventaja en comparación con otros grupos móviles presentes en la región, ya que se trata de un flujo de inmigración reciente que presenta una menor integración en la sociedad de destino, a la vez que carece de redes sociales sólidas que ayuden a amortiguar las coyunturas, en este caso la crisis sociosanitaria. En este periodo de pandemia se ha incrementado el número de personas y familias venezolanas viviendo en los albergues y campamentos, así como la población en situación de calle. Pese a las adversidades, en general, el retorno no parece figurar como alternativa en tanto los desplazamientos se relacionan con la crisis socioeconómica que se vive en el origen. En los siguientes testimonios se describen algunas características de este flujo migratorio, así como efectos observados en este grupo poblacional:

*“Podemos referir dos tipos de inmigrantes: antiguos y nuevos. Los antiguos tenían un grado de integración encaminado y la población nueva apenas está iniciando este proceso. Ambas poblaciones tuvieron que enfrentar cierre de sus actividades económicas, despidos de sus fuentes laborales, deudas acumuladas de arrendamiento, pero los inmigrantes nuevos se encontraron en una mayor precariedad económica y en vulnerabilidad” (BOSC1).*

*“En el país existe una importante cantidad de personas y familias de nacionalidad venezolana (estimado de 2,000 personas) (...) Su vulnerabilidad se ha agudizado sobre todo en esta población que vive al día y que están imposibilitados de salir a las calles por la cuarentena, han tenido problemas para subsistir. Para esto ha habido albergues transitorios a cargo de las autoridades*

locales y también donación de víveres por agrupaciones organizadas” (BOFC1).

*“En el caso de los inmigrantes el retorno no es una realidad significativa, pese a las muchas necesidades que enfrentan, por el mismo hecho que la crisis humanitaria continúa en su país de origen. Sin embargo, se vieron retornos de este colectivo desde los países fronterizos a Venezuela, tales como Colombia y Brasil preferentemente” (BOSC1).*

En su mayoría, los migrantes tienen una situación migratoria irregular y presentan un alto grado de informalidad y precariedad laboral, condiciones que limitan el acceso a derechos sociales, incluyendo el derecho a la protección social de la salud. De acuerdo con los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, en el campo de la salud y en este contexto de pandemia, el país presenta limitaciones importantes para garantizar el acceso a servicios de salud para la población local, y estas barreras se incrementan en el caso de la población migrante irregular:

*“En Bolivia, los inmigrantes que no tienen residencia legal en el país presentan diferentes dificultades en el acceso a sus derechos fundamentales. Por las mismas limitaciones que tiene el Estado Plurinacional de Bolivia en el área de salud, mucha población local no puede acceder al servicio de salud en este contexto pandémico, por lo que, mucho menos los inmigrantes” (BOSC1).*

La precariedad laboral y socioeconómica, el hacinamiento, la falta de ingresos para el pago de arrendamiento, la saturación de las capacidades de los albergues y las barreras de acceso a servicios públicos de salud, son factores que agudizan la vulnerabilidad social y los riesgos en salud que enfrentan los migrantes irregulares. Los funcionarios de las instituciones públicas de salud no refirieron datos oficiales sobre el número de casos de migrantes con prueba positiva de SARS-CoV-2; sin embargo, en la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil que han fungido como soporte para la atención de las necesidades de asistencia de migrantes, diariamente se identifican nuevos casos de personas migrantes afectadas por la COVID-19. En relación con los daños en salud asociados con la pandemia, un representante indicó:

*“Actualmente, día a día se reporta decesos de personas venezolanas, las mismas se conoce solamente por las redes sociales de los mismos migrantes, quienes no pueden acceder a centros de salud y por su condición de precariedad económica y vulnerabilidad no pueden acceder a medicamentos para paliar esta enfermedad (...) Sin embargo, como institución podemos referir que los casos de mujeres embarazadas fueron atendidos y asegurados mediante el SUS, pero en los casos de específicos de casos sospechosos de COVID-19, ningunos de los casos fueron atendidos en los centros de salud públicos” (BOSC1).*

#### • Respuesta en salud

El gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia ha promulgado decretos, leyes y un plan de respuesta para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19. En cuanto a la normatividad destaca la



promulgación de la Ley No. 1293 (1º de abril de 2020) en la que se declaró la respuesta al nuevo coronavirus como prioridad nacional, estableciendo las actividades, acciones y medidas necesarias, incluyendo la declaratoria de cuarentena; así como otros instrumentos vinculados como, por ejemplo, la Ley Excepcional No. 1294 sobre el diferimiento de pagos de créditos y reducción temporal del pago de servicios básicos<sup>6</sup>. Asimismo, para diciembre de 2020 se identificaron más de 15 decretos relacionados con la definición de acciones y periodos previstos para el confinamiento o cuarentena y el cierre de fronteras; y en mayo del mismo año, se publicó el Plan de Respuesta del Sistema de Naciones Unidas en Bolivia frente a COVID-19.

De acuerdo con los testimonios de los funcionarios (de nivel central) entrevistados, entre los diferentes instrumentos del marco político-normativo que se ha promulgado en el periodo de la pandemia, se identifica que el Plan de Respuesta del SNU es el documento que explicita un conjunto de estrategias operativas que consideran a la población migrante. Particularmente, señala que “las personas y familias de refugiados y migrantes y venezolanos, entre los cuales se encuentran mujeres solas, niñas, niños y adolescentes”, forman parte de los grupos vulnerables que soportarán la mayor carga de las consecuencias del impacto de la COVID-19. De igual manera, en su Estrategia III define el conjunto de acciones orientadas a la protección, ayuda y defensa de los refugiados, desplazados internos, los migrantes y las comunidades receptoras particularmente vulnerables a la pandemia (Naciones Unidas Bolivia, 2020: 15). Las acciones más relevantes de la estrategia se describen en el Cuadro 3; e incluyen dos ejes principales: defensa y garantías de los derechos humanos fundamentales de los refugiados; y prevención de riesgos de violencia, discriminación, marginación y xenofobia contra los refugiados.

<sup>6</sup> Disponible en: <https://www.dgac.gob.bo/4685-2/>

### Cuadro 3.

#### Plan de Respuesta del Sistema de Naciones Unidas en Bolivia frente a COVID-19

#### **Estrategia III:** Proteger, ayudar y defender a los refugiados, los desplazados internos, los migrantes y las comunidades receptoras particularmente vulnerables a la pandemia.

Esta estrategia está enfocada en acciones urgentes y orientación a las instancias estatales, para la atención de personas desalojadas y acompañarlas con información acerca de sus derechos y las salvaguardas establecidas por el gobierno para proteger a las personas vulnerables frente al desalojo, defender los derechos de los migrantes y personas en tránsito y la prevención de riesgos en grupos vulnerables. Dentro de la estrategia se consideran las siguientes acciones generales por objetivo:

#### **j.** Defender y garantizar que se salvaguarden los derechos fundamentales de los refugiados

- Apoyo al sistema de información sobre personas refugiadas, en asilo y migrantes.
- Apoyo a las acciones del gobierno para atender a las personas migrantes y a las personas en frontera con Chile (inicialmente), haciendo seguimiento y articulación entre agencias y gobierno a ambos lados de la frontera.
- Abogacía ante el gobierno para el retorno seguro de las personas varadas en frontera.
- Apoyo a población migrante venezolana, a niños que se encuentran en situación de calle, y niños que se encuentran en procesos de reintegración a sus familias.
- Apoyo a personas solicitantes de refugio y refugiadas.
- Apoyo al Comité de Operaciones de Emergencias Nacional (COEN) en la articulación de la Mesa Técnica Sectorial de Albergues y Logística.
- Dotación Asistencia humanitaria (CBI), kits de alimentos, limpieza, abrigo y EPP en albergues y otros puntos para asistir a personas refugiadas y migrantes en situación de vulnerabilidad.
- Coordinación institucional para resguardar derechos de inmigrantes.
- Desarrollo de acciones educativas no formales y estimulación temprana con niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes.
- Fortalecer el Control de fronteras.

#### **k.** Prevenir, anticipar y abordar los riesgos de violencia, discriminación, marginación y xenofobia contra los refugiados

- Acciones de protección en favor de migrantes venezolanos.
- Preparación de materiales de orientación y comunicación para personas migrantes.

Si bien se cuenta con un plan de acción orientado a atender las necesidades de asistencia de migrantes durante la pandemia, en las entrevistas realizadas a funcionarios no se proporcionó información sobre el alcance que han tenido las intervenciones; y a nivel regional sólo se mencionaron actividades orientadas a facilitar el acceso a pruebas para la detección del virus del SARS-CoV-2:

*“El sistema de salud ha facilitado el acceso a la prueba gratuita PCR-RT a través de brigadas que acuden al domicilio, seguimiento al aislamiento domiciliario y dotación de medicamentos básicos en caso de síntomas leves, en menor grado la hospitalización debido al colapso del sistema de salud” (BOFR1).*

Por su parte, desde la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil se aseveró que los apoyos sociales dirigidos a la población migrante fueron impulsados por las agencias internacionales y de las OSC; mientras que los apoyos sociales gubernamentales han beneficiado preferentemente a niños, niñas y adolescentes y mujeres embarazadas. La asistencia a estos grupos de población se ha llevado a cabo en los contextos de frontera:

*“El cierre de fronteras por la pandemia COVID-19, fue una mediada que imposibilitó el flujo de migrantes forzados en la región y a nivel nacional; esta ayudó en la decisión de estacionamiento de inmigrantes en un determinado territorio e iniciar sus proyecciones de vida, pese a situaciones difíciles. Asimismo, permitió que organizaciones internacionales y de la sociedad civil de cada país puedan fortalecer respuestas conjuntas y coordinadas en el apoyo humanitario a este colectivo” (BOSC1).*

*“Los apoyos sociales dirigidos a población inmigrante, solicitante de refugio y refugiada, fue de parte de organizaciones internacionales, a través de la sociedad civil y podemos referir que estos apoyos, pudo paliar la situación de vulnerabilidad. Los únicos que accedieron a los apoyos sociales, fueron los niños, niñas y adolescentes que se encontraban inscritos regularmente en los establecimientos educativos, los mismos son una minoría, ya que la mayoría de los NNA no pudieron acceder a los establecimientos al principio de año por falta de documentación” (BOSC1).*

En el contexto de la pandemia por COVID-19, también se mencionaron los albergues temporales que se instalaron en el periodo de cuarentena total. No obstante, en relación con el acceso a servicios de salud para la atención de casos de la COVID-19, se han registrado importantes limitaciones; ya que, de acuerdo con la experiencia de las OSC, “en los casos de específicos de casos sospechosos de COVID-19, ninguno fue atendido en los centros de salud públicos (...) la única institución que brinda asistencia médica primaria es la Cruz Roja Boliviana” (BOSC1).

#### 4.1.2 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Chile

*“La pandemia hoy día no tiene lugar de residencia ni tampoco estrato, pero si afecta más a los más empobrecidos” (CHSC2).*

Chile se ha constituido como uno de los principales contextos de destino del mapa migratorio regional. Desde los 90, los procesos migratorios se han complejizado e intensificado y actualmente presentan una distribución diferencial entre las diferentes regiones del país. Las estimaciones indican que, para el 31 de diciembre de 2019, había en Chile alrededor de 1,492,522 personas extranjeras residentes habituales, de los cuales 763,776 son hombres y 728,746 son mujeres (INE-DEM, 2020). La zona metropolitana concentra la mayor parte de la población migrante, y las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Arica (zona norte del país) muestran altos porcentajes de inmigrantes dentro de la región. En la población migrante internacional se encuentran personas de nacionalidad peruana, boliviana, colombiana, argentina y ecuatoriana (Yañez A., et al. 2018); y en años más recientes se ha aunado la migración de personas originarias de Haití y Venezuela (Stefoni C., 2018).

En este contexto donde se reconoce que la migración constituye un fenómeno estructural para la dinámica social, económica, política y cultural del país y de la Región, se han registrado avances relevantes en materia de políticas públicas, legislación e investigación centrada en el vínculo migración y salud, priorizando la perspectiva de determinantes sociales y derechos humanos. En noviembre de 2017, el gobierno de Chile desarrolló una “Política de Salud de Migrantes Internacionales” basada en una experiencia de trabajo -sectorial e intersectorial- de carácter participativo e inclusivo<sup>7</sup> (Chepo M., et al. 2019).

Esta política ha buscado incidir en la reducción de las brechas en salud mediante la mejora de las condiciones de acceso y uso de servicios de salud para las poblaciones migrantes. Con esta base, Chile<sup>8</sup> garantiza que las personas migrantes tienen derecho al acceso a la salud en igualdad de condiciones que los ciudadanos chilenos. De acuerdo con el Decreto 67 emitido por el Ministerio de Salud de Chile, el cual fija las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, se garantiza la atención de las personas migrantes que carecen de documentos o permisos de residencia, siendo beneficiarios del seguro público en tramo de gratuidad y pudiendo acceder a todo el régimen de prestaciones (Ministerio de Salud, 2016). Desde este enfoque, la política ha marcado un hito en la región y expresa la posición del gobierno y de la sociedad chilena, no exento de conflictos, ante los movimientos migratorios internacionales hacia Chile.

<sup>7</sup> Fuente: La conformación del equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes en septiembre del 2014 con representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud nació con el objetivo de desarrollar procesos que culminan con la elaboración de la Política de Salud de Inmigrantes. Esta tarea se desarrolló con una amplia participación de expertos en salud y migración nacionales e internacionales, además de la sociedad civil migrante y nacional (Ministerio de Salud- FONASA-Superintendencia en Salud, 2017).

<sup>8</sup> El Decreto 67 que fue publicado el 10/03/2016 y promulgado el /05/2015, modifica el Decreto No. 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes.

Si bien se reconoce que el abordaje de los vínculos complejos que se establecen entre la migración y los procesos de salud-enfermedad-atención se ha convertido en un tema de interés nacional, y que se han realizado importantes esfuerzos por integrar el sistema de salud para migrantes internacionales, en el país aún se enfrentan retos relevantes en materia de equidad en salud (Cabieses et al. 2017; Bernales M., et al. 2017).

A este panorama complejo se han aunado los grandes desafíos que impone la actual crisis causada por la pandemia de la COVID-19. Desde el 08 de febrero de 2020, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública en coordinación con el Ministerio de Salud de la República Chile emitió en su Diario Oficial el Decreto (CVE 1724518) de alerta sanitaria en todo el territorio, para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del nuevo Coronavirus (2019-nCoV) (Diario Oficial, Chile, 2020)<sup>9</sup>. A partir de ello, comenzó la implementación de un conjunto de medidas socio-sanitarias y económicas orientadas a reducir los impactos de la pandemia.

En el marco del presente estudio se entrevistó a actores clave con amplia experiencia en el campo de la migración y la salud, quienes contribuyeron a lograr una mejor comprensión sobre la situación de salud, vulnerabilidad y riesgos de migrantes en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los funcionarios (nivel central y territorial) y representantes de la sociedad civil entrevistados coincidieron en que la crisis socio-sanitaria que se ha generado en el marco de la pandemia “tiene distintas caras, distintos apellidos, es sanitaria pero también humanitaria, de salud, económica, social y ha tenido repercusiones políticas para todas las personas que habitan el territorio nacional, sin distinción de nacionalidad; pero sin duda los grupos más vulnerables, entre ellos los migrantes, sufren más las consecuencias de este proceso” (CHSC2).

#### • Vulnerabilidad y riesgos en salud en migrantes en el contexto de la pandemia

En el caso de Chile, los actores clave entrevistados pusieron especial énfasis en las afectaciones socioeconómicas que ha tenido la pandemia para las poblaciones migrantes que confluyen en las distintas regiones del país. De acuerdo con la tendencia regional y global, la pandemia y las medidas sanitarias que se han implementado para su mitigación, han tenido efectos muy adversos en el mercado laboral, y la población migrante constituye uno de los grupos sociales con mayor vulnerabilidad ante este fenómeno.

Buena parte de la población migrante mantenía trabajos informales y precarios, por lo que el cierre de actividades en el espacio público mermó sus ingresos del día a día. Otro amplio sector estaba inserto en actividades económicas como servicios y construcción, y a partir de la contracción económica, enfrentaron desempleo o una reducción salarial importante. También se encuentran los trabajadores

---

<sup>9</sup> Disponible en: [decreto 1724518\\_alerta\\_sanitaria\\_coronavirus.pdf](#)

agrícolas que ofertan su mano de obra en los campos productivos, y cuya situación económica y condiciones de vida se precarizaron aún más en el periodo en que inició la contingencia sanitaria.

La crisis económica que se ha agudizado en el contexto de la pandemia, consecuentemente ha tenido un fuerte impacto en las condiciones de vida de las poblaciones migrantes; y en voz de los entrevistados, en muchos casos, la situación de pobreza se ha agudizado hasta traducirse en pobreza extrema, “estas circunstancias han afectado a tal nivel, que mucha gente tiene hambre, se vive una desesperación tremenda porque al no haber dinero por supuesto no tienes para las necesidades básicas, no tienes plata pues no tienes como vivir, no tienes como sustentar a tu familia e incluso se pierden redes de apoyo” (CHFC2).

Así, la pandemia ha visibilizado y profundizado las desigualdades sociales preexistentes. A decir de los entrevistados, la crisis socioeconómica ha tenido un “efecto dominó” que se traduce en una precarización acelerada de las condiciones de vida, donde se enfrentan importantes dificultades para pagar el arriendo y satisfacer necesidades básicas de alimentación y servicios públicos. Los siguientes testimonios describen este efecto dominó que permea las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones migrantes en Chile:

*“En varios se puede observar una cadena lamentable de hechos, muchas personas migrantes mantenían trabajos informales, trabajos precarios, lo que de alguna manera también afecta el respaldo de la seguridad social; por otro lado, las viviendas precarias en condiciones de hacinamiento, y al perder las personas este trabajo, muchos tuvieron que dejar sus viviendas por no poder pagar el arriendo, al no contar con recursos para la renta” (CHFC1).*

*“Claramente lo que ha agudizado la vulnerabilidad de las personas migrantes es la pérdida del trabajo, si ya de por sí tenía una situación muchos de ellos desmejorada en este país, y con el estadio de perder el trabajo obviamente supone no generar ingresos para poder sustentarse y estamos pensando ingresos que de miles casos o de miles de personas que están acá, ingresos que solamente son para las cosas básicas, es decir, pagar por el arriendo, para poder garantizarse la comida del mes, el pagar la luz, el agua y para de contar” (CHFC2).*

*“Ha afectado el doble o el triple de lo que nos imaginábamos, ya que esto ha acarreado un montón de problemas tanto laborales, psicológicos, de vivienda, de tramitaciones, todo ha aumentado en un 100%” (CHFC1).*

*“Este efecto dominó ha afectado en términos de necesidades básicas, de necesidades muy concretas. Se ha visto afectado el mundo laboral, y las personas migrantes y aquellos que están en situación irregular, en este efecto dominó de pérdida de trabajo, que muchas veces era precario e informal, hay una situación ahí de quedarse sin ingreso. Lo que ha amenazado al aspecto de alimentación, de techo y también de otros aspectos que tienen que ver con la vida más cotidiana” (CHSC2).*

*“La pandemia afecta las expectativas respecto al asentamiento en el país (...) afecta en términos de necesidades básicas, ya que ha afectado el mundo laboral y el trabajo de las personas migrantes y aquellas personas que están en situación irregular; lo que a su vez ha amenazado el aspecto de alimentación, techo y otros ámbitos básicos de la vida cotidiana” (CHSC2).*

La crisis sociosanitaria y socioeconómica ha trastocado el proyecto migratorio de amplios sectores de la población móvil; y en este marco, algunos grupos poblacionales se plantearon el retorno anticipado a sus lugares de origen, y otros optaron por mantenerse en el destino a pesar de enfrentar el decremento en sus ingresos económicos o el desempleo, y el consecuente impacto en la calidad y condiciones de vida, así como la disminución en el envío de remesas para sostener a dependientes económicos. A continuación, se proporciona un panorama general de las situaciones de vulnerabilidad social que han enfrentado tanto las poblaciones que han optado por la migración de retorno como las poblaciones que permanecen en Chile.

#### • Ante la crisis, la migración de retorno

Durante los primeros meses de la pandemia, se registró un importante número de migrantes que, ante la pérdida del empleo y las dificultades económicas para pagar el arriendo y las necesidades básicas, se vieron obligados a retornar a sus países de origen. De acuerdo con los entrevistados, en el trabajo con población migrante es frecuente escuchar los siguientes motivos para optar por el retorno a su país de origen:

*“Mucha gente ha salido del país, lo hicieron porque acá no tenían trabajo, no tenían para pagar el arriendo o alguien perdió redes de contacto. La fundamentación básica es: “entre pasar hambre acá en Chile y pasar hambre con mi familia, prefiero pasar hambre allá hambre con mi familia, antes de estar en un país que no es mío”. También, el hecho de decir: “bueno, no tengo dinero, no tengo como pagar el arriendo, me voy a quedar en la calle” (CHFC2).*

Asimismo, se reconoce que el retorno no es una decisión fácil, no sólo implica interrumpir el proyecto migratorio centrado en el nivel estructural que corresponde a la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo, sino también conlleva una ruptura identitaria, un reacomodo de la vida cotidiana y un debilitamiento de los vínculos que se han establecido en el lugar de destino. Sin embargo, para muchas personas migrantes, el retorno a sus lugares de origen fue la única opción posible en el contexto de crisis económica y sanitaria que se agudizó en el marco de la pandemia. Al respecto, los informantes frecuentemente señalaron:

*“La salida del país para muchos es forzoso (...) sin duda los que lo hicieron son aquellos que se vieron más apremiados por distintas situaciones, particularmente económicas y de subsistencia. El retorno implica una ruptura, el tema de lo que se fue, se pierde algo en una situación de crisis, se pierde algo por una situación inesperada, se pierde el vínculo con tu vecino, con tu comunidad, con tu trabajo, afecta la confianza en función de proyectos de vida, y afecta también la incertidumbre de cuál es la*

*situación que te espera en el país de origen porque lo más probable es que la situación económica también esté golpeando a la familia en los países de procedencia” (CHSC2).*

*“Tenemos grandes problemas con las personas han querido salir; porque no sólo es restringir el contacto físico, sino el aislamiento, el hacerse los exámenes del PCR. A muchos les ha costado muy caro trasladarse de varias ciudades; se enfrentan a la contaminación en los lugares, también han estado aislados, o sea en total esto ha sido un caos, ha sido un caos y yo creo que ni Chile, ni ningún país estaba preparado para esto” (CHSC1).*

Desde que se decretó el cierre de fronteras (alrededor del 16-18 de marzo) como parte de las medidas de contingencia que se implementaron para reducir el impacto de la pandemia, se vio obstaculizado el proceso de retorno de personas migrantes, en su mayoría provenientes de países vecinos. Tal como ocurrió en otras fronteras latinoamericanas, las restricciones a la movilidad originaron una situación de “atrapamiento” o “encierro” impuesto por el confinamiento sanitario, lo cual planteó retos importantes en términos de necesidades asistenciales y sanitarias.

Bajo estas circunstancias de espera en la frontera, se generaron importantes conglomeraciones de migrantes en espacios públicos, albergues y en áreas aledañas a los consulados y embajadas. De acuerdo con los entrevistados, se trató de una “población flotante laboral” que en su mayoría es de nacionalidad boliviana y peruana; la cual, incluyó trabajadores que laboraban en los sectores productivos más afectados por la pandemia (por ejemplo, servicios, comercios y construcción), así como trabajadores agrícolas. Los siguientes testimonios contribuyen a describir estas circunstancias que se vivieron en este periodo de contingencia sanitaria:

*“Con el cierre de fronteras, se produjo una especie de encierro de muchas personas migrantes, con desesperanza y desesperación. Muchas personas migrantes perdieron sus trabajos y en consecuencia no pudieron seguir pagando sus viviendas. Esto hizo que muchos quisieran retornar a su país de origen, sin tener los medios para hacerlo y sin que sus países de origen dieran tampoco las facilidades para hacerlo. Esto provocó peligrosas conglomeraciones a las salidas de consulados y embajadas de personas en precarias condiciones; hubo instalación de carpas en algunos lugares, a la intemperie, con frío, con lluvia, sin comida, en algunos casos sin servicios básicos” (CHFC1).*

*“Cuando inicia la pandemia, a mediados de marzo, estábamos con los procesos productivos en nuestro país, donde muchos trabajadores migrantes se desplazan del norte, desde sus lugares habituales a la zona central del país (...) son migrantes que tienen alta tasa de pobreza, alta tasa de índice de vulnerabilidad; y cuando la pandemia ocurre, y con el cierre de las fronteras regionales, sucede que esta población trabajadora no puede volver y regresar a sus lugares. Por tanto, se generó una presión en aquellas regiones centrales del país, con población migrante que estaba pernoctando al aire libre, que estaban ocupando espacios públicos para poder dormir o hacer su vida diaria; y eso generó una dificultad, no tan sólo en tema de salud pública en general, sino también en lo particular de la pandemia” (CHFR2).*

*“Ha sido una realidad grande este tema del retorno. Creo que nadie se imaginaba la cantidad de migrantes que se dicen dentro de los reportes. Y ha faltado harto la mano bruta, la mano obrera, trabajadora como en los campos, o como acá en el norte. A las familias también las ha afectado, estos retornos si saber también allá que van a hacer, y sus perspectivas allá van a ser iguales, trastorno en contexto familiar ha sido como un tema super-complejo esto” (CHSC1).*

Las conglomeraciones de población migrante se registraron principalmente en la región fronteriza de Arica y Antofagasta, donde miles de personas migrantes tuvieron que pasar semanas en albergues provisionales, con el propósito de garantizar el periodo de cuarentena y otras condiciones que establecieron los países de origen para permitir el cruce fronterizo. En relación con la situación en estas regiones de frontera, se señaló:

*“El control de fronteras generó en el norte del país situaciones muy complejas cuando cientos de personas, por ejemplo, peruanas quedaron paradas en la frontera a Arica, muchos de ellos tuvieron que buscar alojamiento de emergencia (...) luego cuando el tiempo empezó ya avanzar, tuvimos casos similares en Antofagasta, en la frontera digamos con Bolivia, en donde muchas, muchas personas bolivianas empezaron a quedar paradas, se dirigieron hacia el consulado, no encontraban respuesta y tuvieron que pernoctar en calles, plazas, lugares públicos (CHSC2).*

*“En este tema de las fronteras nacionales, básicamente, donde la población migrante, de los nacionales principalmente bolivianos, peruanos, que son los que están más cercanos (...) Esto llegó a generar que llegaran a estar alrededor de 1600 personas durmiendo en albergues provisionales en la zona norte del país, esperando ingresar su país (...) incluyendo los trabajadores de la temporada de la cosecha de la uva, principalmente, y de otros tipos de trabajos temporales, migrantes de estas nacionalidades querían o estaban buscando ser repatriados” (CHFR2).*



*“El retorno a los países de origen ha sido muy complejo, resulta que ni los mismos consulados de su propios países le ha dado solución para eso, para ellos, para los retornos seguros; hay poca comprensión de los que están en los trámites administrativos, entonces los compañeros han sentido una presión, super-grande y super-tremenda, y también darse cuenta que al final las personas que autorizan, pues se supone que están en ciertos cargos como para poder ayudarte, migrante de tu misma nacionalidad no están cumpliendo el rol a cabalidad” (CHSC1).*

Diversos actores sociales participaron en la generación de respuestas a las necesidades consulares y asistenciales de las poblaciones migrantes varadas en las regiones de frontera. De acuerdo con los testimonios de los entrevistados, el Ministerio de Relaciones Exteriores estuvo a cargo de la coordinación y gestión de las acciones recíprocas para apoyar los procesos de retorno de migrantes, así como del retorno de chilenos que estaban en países de la región. Cabe señalar que este Ministerio también estuvo a cargo de la gestión de los “vuelos solidarios” que se requirieron para el retorno de migrantes provenientes de países más alejados, particularmente, de Venezuela y Haití.

Por su parte, el Ministerio de Salud tuvo a su cargo la implementación de acciones sanitarias en los albergues y campamentos provisionales con alta concentración de migrantes, implementando los protocolos avalados a nivel nacional. Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil realizaron un importante esfuerzo para coadyuvar en la ayuda humanitaria para migrantes. Respecto a estas acciones, un funcionario compartió su experiencia:

*“Se realizó un trabajo no tan sólo del Ministerio de Salud, fue principalmente del Ministerio de Relaciones Exteriores quien hizo contacto y trabajo digamos con la contraparte de cada uno de estos países para buscar esta salida. Nosotros como Ministerio de Salud nos enfocamos en identificar adultos mayores, hacer los controles, testeó a mujeres embarazadas migrantes” (CHFR2).*



- **Ante la crisis, la permanencia en el destino migratorio**

A pesar de la adversidad económica y la precarización de la situación de vida que se ha agudizado en el contexto de la pandemia, amplios sectores de la población migrante prefieren quedarse en Chile. Los motivos para la permanencia en la sociedad receptora son diversos: algunos grupos poblacionales cuentan con una situación migratoria regularizada y/o forman parte de flujos más consolidados que cuentan con redes sociales de apoyo; otros no están dispuestos a interrumpir el proyecto migratorio pese a las circunstancias; y para otros el retorno no representa una alternativa dada la situación o las crisis humanitarias que se viven en el país de origen.

Respecto a esta temática, un funcionario entrevistado citó los resultados de un sondeo de opinión elaborado de manera reciente, en el cual se documentó que alrededor del 60% de la población migrante encuestada declaró que aún con la crisis sociosanitaria, “se quedarían en el país”. Algunos de los motivos más relevantes para la permanencia en el destino, se sintetizan en el siguiente testimonio:

*“Las razones se relacionan con que, muchos estiman que, volver al país de origen que está igual que ellos, es decir, está igual o peor que esta acá. En el caso Chile, ellos prefieren quedarse acá; y también es porque hay un tema de pensar que regresarse al país de origen significa empezar de nuevo y mucha gente no está dispuesta a empezar de nuevo” (CHFC2).*

El análisis cualitativo confirma las inequidades persistentes, las barreras y brechas que enfrentan las poblaciones migrantes en este contexto de destino, pero quienes se encuentran una condición de irregularidad migratoria están en particular desventaja. De igual manera, las vulnerabilidades preexistentes y los riesgos en salud se han agudizado en el contexto de la pandemia, afectando con mayor intensidad a migrantes irregulares.

Como se ha señalado párrafos arriba, un amplio sector de la población trabajadora migrante realiza actividades informales, flexibles y precarias, lo cual, se traduce en la ausencia de contratos laborales y mecanismos de previsión social. Ante la disminución de la actividad económica que se ha registrado en el contexto de la pandemia, muchas personas migrantes fueron las primeras en ser despedidas, consecuentemente, se han precarizado aún más las condiciones de vida. De esta manera, la pandemia ha contribuido a visibilizar y acentuar la vulneración de derechos que se desencadenan desde el ámbito del trabajo y que se extienden a la esfera de las necesidades esenciales, particularmente, como la vivienda, los servicios (luz, agua) y la alimentación. Tal como señalaron los informantes, en este tiempo se fueron haciendo más evidentes los arriendos abusivos, las condiciones de hacinamiento y precariedad de las viviendas de amplios grupos de la población migrante.

*“Uno de los temas como más importantes es que la situación o condición de regularidad de una persona aquí en Chile, al menos se basa en el tema contractual laboral, y por ende cuando se empieza a despedir personas, a congelar los salarios, entonces las personas migrantes fueron de las primeras que perdieron su fuente de trabajo” (CHSC2).*

Las personas migrantes irregulares han enfrentado una mayor vulneración de sus derechos, algunos la expulsión de sus viviendas por no pagar el arriendo; otros viven en comunas o casas colectivas con condiciones precarias y un alto hacinamiento. Bajo estas circunstancias se incrementan los riesgos en salud, en tanto, son reducidas las posibilidades para implementar medidas de mitigación y prevención ante la infección por el virus de SARS-CoV-2. El siguiente testimonio contribuye a ejemplificar estas situaciones que han agudizado las vulnerabilidades sociales y los riesgos en salud en población migrante:

*“Existen muchas situaciones de personas migrantes que estaban en marco de precariedad laboral o trabajo informal donde no existe previsión, donde no existe seguro, no hay continuidad con respecto a temas de finiquito. Esta situación genera más vulnerabilidad, más vulneración de los derechos, los cuales van desencadenándose a propósito del tema del trabajo. Uno ejemplo se expresa en el tema de la vivienda, donde se fueron haciendo evidentes, ya era sabido, pero ahora, se hace evidente con mayor rudeza, el tema de los arriendos abusivos y las condiciones en las cuales viven. Muchas viviendas colectivas carecen de baño con agua potable, en una vivienda colectiva puede haber 47 habitaciones la pregunta es ¿cómo una persona puede hacer una cuarentena segura en ese lugar cuando tiene un solo baño para toda la casa?” (CHSC2).*

*“Las condiciones más adversas han sido por ejemplo las pocas casas de acogida, precisamente acá en el Norte. Para las personas migrantes en situación de calle, por ejemplo, el hecho de no tener agua, jabón, las cosas básicas, que parece que todos debiéramos tener para cubrir la expectativa en plena pandemia. Vivimos en condiciones muy adversas de hacinamiento; el stress de los niños, las condiciones de trabajo, de vivienda, de salud mental, desempleo, todo es complejo” (CHSC1).*

Por otra parte, los funcionarios entrevistados coincidieron en señalar que, los apoyos sociales gubernamentales se han fortalecido en tiempos de pandemia, y han incluido desde canastas familiares (bonos), apoyos a subsidios de arriendo, protecciones en el empleo, hasta créditos blandos a emprendedores y microempresarios. Como principio rector, los apoyos sociales deben otorgarse sin discriminación por condición social, sexo, religión, creencias, tampoco por nacionalidad, ni país de origen. Sin embargo, ha habido dificultades para la entrega de los apoyos sociales a la población migrante irregular, es decir, que no cuenta con su documento de identidad al día. Particularmente, se ha evidenciado que ante la carencia o vencimiento de un carnet identidad, permiso de residencia y/o RUT, los migrantes han enfrentado dificultades para acceder a determinados subsidios:

*“Ha habido dificultades en la entrega de estos apoyos a aquellos que no tienen su documento de identidad al día; algunos beneficios como el tema de las canastas familiares que quedó a cargo de los municipios, se pudo hacer entrega sin problemas; pero otros beneficios más centralizados que tienen que ver, por ejemplo, con subsidios, claramente es un impedimento para aquellos que están en situación migratoria irregular” (CHFC1).*

*“Muchos que están en situación irregular no pueden acceder al beneficio bonos del Estado, por ende, el de un hecho de retornar al país de origen es forzoso, por un lado, es como un efecto espejo en que quizás para muchos y muchas fue un empujón forzoso el venir a Chile” (CHSC2).*

*“De alguna forma también se tiende a otorgar beneficios a los migrantes, pero son insuficientes más allá de que obviamente exista la caja, alimentación, kit de limpieza que al menos la comuna Santiago, pero no parece ser suficiente en términos de las necesidades o lo profundos problemas económicos que esta pandemia trae, aparte de que ya venía de atrás” (CHFC2).*

#### • Respuesta en salud

Chile ha desarrollado una “Política de Salud de Migrantes Internacionales”, la cual se sustenta en un enfoque de derechos humanos, equidad de género y en el principio de no discriminación. Entre los objetivos de la política, destacan: garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales; caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales; desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales; promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales; desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales (Ministerio de Salud- FONASA-Súperintendencia en Salud, 2017).

Con esta base político-normativa, Chile garantiza que las personas migrantes en situación irregular tienen derecho al acceso a la salud en igualdad de circunstancias que los ciudadanos chilenos. De igual manera, las personas que requieren atención de urgencia, control prenatal y menores de 18 años, cualquiera que sea su situación migratoria, pueden acceder a prestaciones de salud brindadas por el sistema público. En relación con la protección del derecho a la salud, uno de los funcionarios entrevistados indicó:

*“Nuestra normativa para el acceso a la atención de salud para personas migrantes es lo suficientemente clara, específica en otorgar este derecho aún en personas que estén en situación migratoria irregular, esto es que no cuenten con permiso de residencia o que estén indocumentados. Lo que sí hemos hecho es reforzar a toda nuestra red asistencial, esto es establecimientos de atención primaria y hospitales; que el principio de atención de salud está por sobre cualquier acto administrativo” (CHFC1).*

Los lineamientos establecidos en la política han permitido articular una red y desarrollar un modelo operativo de trabajo a nivel nacional, en el cual participan los referentes de migrantes en las comunas con mayor concentración de población migrante en Chile. Desde la perspectiva de los funcionarios entrevistados, las acciones y procedimientos implementados previamente, han permitido contar con

una mecánica de trabajo que representa una de las principales fortalezas con las que ha contado el sistema público para atender las necesidades de salud de las personas migrantes en el contexto de la pandemia por COVID-19. En sus propias palabras, los informantes señalaron:

*“Una de nuestras fortalezas, a mi juicio, ha sido el contar con una mecánica de trabajo permanente a lo largo de todo el territorio nacional desde antes de la pandemia; esto significa que en cada uno de los 29 servicios de salud que tenemos en el país, tenemos un referente de migrantes, en cada una de las comunas en donde tenemos el programa, en cada uno de los hospitales de mayor complejidad y en la mayoría de los centros de salud familiar de atención primaria” (CHFC1).*

Desde la gestión de nivel central se ha desarrollado una amplia colaboración con los referentes que operan en el nivel territorial, con el propósito de desarrollar tres líneas de acción prioritarias para atender la emergencia de la COVID-19 y las necesidades específicas de las poblaciones migrantes que confluyen en distintas regiones del país. Tal como señala, un funcionario de nivel central, en el contexto de pandemia se ha trabajado principalmente en tres ejes:

*“El primero, que es la atención de salud de casos sospechosos o confirmados en base al protocolo ministerial, existe un solo protocolo para todo el que pise el territorio nacional y, por supuesto, se basa en las tres grandes acciones de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA). El segundo punto de trabajo es la prevención del contagio con campañas informativas con pertenencia cultural, que incluye la confección y difusión de material de apoyo. En tercer lugar, está el abordaje de situaciones específicas siempre presentes tanto individuales como colectivas en las cuales se ha necesitado una rápida gestión sea con el seguro público, con los establecimientos de salud, cuando se ha necesitado contactar a la familia, a un ser querido, o apoyar algún trámite a nivel municipal” (CHFC1).*

En relación con el primer eje de acción, los funcionarios entrevistados resaltaron que todas las acciones realizadas con la población migrante mantienen un estricto apego al protocolo ministerial que se ha basado en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA), la cual tiene como objetivo general coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia de COVID-19, y detectar oportunamente los casos y reducir el riesgo de transmisión del virus SARS-CoV-2.<sup>10</sup> Dicha estrategia ha incluido a las personas migrantes como parte de las poblaciones en situaciones vulnerables, por lo que independientemente de la condición migratoria, han podido acceder al testeo. Asimismo, para las personas que obtienen un resultado positivo en la prueba o que presentan síntomas identificados mediante la revisión clínica, se insta al aislamiento. Respecto a la inclusión de migrantes en la estrategia TTA, se indicó:

---

<sup>10</sup> Asimismo, el protocolo plantea los siguientes objetivos específicos: 1) Ampliar la cobertura del examen de PCR, testeo, acercándola al nivel comunitario. 2) Disminuir el tiempo que transcurre entre la detección del caso positivo (por clínica o laboratorio) y la investigación epidemiológica (determinación de todos sus contactos estrechos). 3) Aislar a todos los casos sospechosos desde el inicio de síntomas o desde el momento de la primera consulta. 4) Identificar y aislar a todos los contactos estrechos y establecer su cuarentena efectiva en las primeras 24 horas (máximo 48 horas) de identificado el caso índice. 5) Aumentar la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena, a través de la fiscalización aleatorio. 6) Potenciar el seguimiento de casos índice y sus contactos estrechos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020: 3).

*“Se implementó esta estrategia o lineamientos de testear, trazar, aislar y que consiste básicamente en realizar testeo mediante PCR en laboratorios móviles y también el centro de toma de muestras. Los cuales se ubicaron por supuesto en lugares estratégicos (...) tanto migrantes regulares como irregulares podían acceder a tomarse este examen, no es un motivo de exclusión el hecho de sí tiene o no documento (...) El objetivo final es identificar, aislar y trasladar a las personas contagiadas y sus contactos probables, para frenar la cadena de contagio, detectar posibles brotes y aislar a las personas en residencias sanitarias” (CHFC2).*

Toda vez que muchas personas no habitan en viviendas con condiciones que permitan llevar a cabo el aislamiento, se ha desarrollado la figura de la “residencia sanitaria”, que son establecimientos, principalmente hoteles, en los cuales se ofrece un alojamiento con las necesidades básicas cubiertas, y con apoyo de un equipo de salud; y en caso de mayor complejidad, el protocolo indica la derivación asistida al centro de salud más cercano de donde se encuentre la residencia sanitaria. “Dicho ingreso es gratuito y no excluye a ninguna persona ni hace diferenciación de nacionalidad o país de origen” (CHFC1).

En el componente de prevención se ha realizado trabajo comunitario en viviendas colectivas con el propósito de difundir información e insumos sanitarios:

*“Hemos entregado orientaciones para el abordaje de brotes de COVID-19, en viviendas colectivas, especialmente en condiciones de hacinamiento y precariedad de instalaciones sanitarias. También hemos entregado orientaciones de prevención en aglomeraciones públicas como lo han sido campamentos, albergues o asentamientos en espacios públicos” (CHFC1).*

Es relevante señalar que tanto los funcionarios de nivel central y territorial, como los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, señalaron que la implementación de la estrategia TTA, se ha llevado a cabo en apego al principio de no discriminación, y las personas migrantes con la infección han tenido acceso a este conjunto de servicios. Tal como señaló un representante de la sociedad civil:

*“Respecto a la respuesta del Estado, hemos sido testigos de que no ha habido criterio de exclusión, respecto a las personas migrantes que han estado contagiadas con COVID-19 (...) hemos tenido episodios importantes, y se han abierto, han estado disponibles residencias sanitarias para personas de distinta nacionalidad, las cuales pueden vivir allí su proceso digamos de recuperación, y no hemos tenido como mayor dificultad nosotros de acceso a esa prestación” (CHSC2).*

La disponibilidad de la estrategia TTA ha mejorado en el transcurso de la pandemia; en su etapa inicial, había limitaciones en las pruebas diagnósticas o estaban saturados los centros hospitalarios. Posteriormente, el testeo ha estado disponible; sin embargo, se han identificado otras barreras que obstaculizan el acceso y uso de los servicios contemplados en la estrategia. Por ejemplo, se ha observado que el “miedo y desesperación de la gente, el miedo de poder morir, ocasionan una desaprobación por tomarse los exámenes, situación que ha ocurrido tanto en nacionales como en migrantes (...) obviamente están los factores estructurales donde las personas no pueden dejar su

trabajo y esto se traduce en resistencia para tomarse la prueba a pesar de los riesgos en salud identificados (CHFC2).

En el caso de las personas migrantes además se suma el desconocimiento de la protección del derecho a la salud y del sistema de salud, así como la desconfianza y las resistencias para aproximarse a los servicios de salud por el miedo a ser identificados y deportados. Al respecto, los informantes señalaron:

*“En las visitas a la comunidad de Santiago, hemos detectado un número importante de migrantes irregulares que no tienen documentación, no tienen mayor conocimiento de lo que significa esta situación pensando en el acceso a la salud. Muchos de ellos no se inscriben en el consultorio o ni siquiera van a preguntar por una patología o más. No van en este contexto por los temores que ya se saben, es decir, que puedan ser sorprendidos, detenidos, deportados del país y por lo tanto no se acercan a un CESFAM; y, tienen poco conocimiento de que independientemente de su condición migratoria, igual pueden inscribirse en un CESFAM” (CHFC2).*

Respecto a las barreras estructurales, los representantes de las organizaciones sociales destacaron las limitaciones que persisten en la capacidad instalada de los servicios de salud ubicados en zonas de alta afluencia de población migrante, particularmente se señalaron las dificultades en términos de la disponibilidad de recursos humanos e infraestructura. En este sentido, un informante señaló:

*“No, no considero que haya sido una respuesta sanitaria pronta, ni satisfactoria, ya que por ejemplo en el Norte, aquí hay un único Hospital, es lo que tenemos. Esto debería de estar solucionado hace mucho tiempo, o el problema de la poca implementación, la poca capacidad de médicos, hay médicos migrantes que no han podido ayudar cuando ellos han querido, esto ha afectado mucho; el poco espacio que tienen los consultorios para la atención a pacientes, y se ha dejado de atender a muchos de los que tenían citas por horas, todo esto en realidad ha sido un cambio significativo, en el sistema de aparataje de salud, aquí en Iquique y Alto Hospicio” (CHSC1).*

Asimismo, en los testimonios de los actores entrevistados, se destacaron las especificidades lingüísticas y otros elementos culturales de un grupo de la población migrante, y que corresponde las personas haitianas, quienes además enfrentan barreras idiomáticas que marcan una distancia en el acceso tanto a la información preventiva como los servicios considerados en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA). A la vez, son una de las poblaciones que enfrenta con mayor frecuencia situaciones de estigma y discriminación, lo cual, se traduce en fuertes resistencias y desconfianza en los servicios de salud. Al respecto, los informantes recurrentemente señalaron:

*“Otra brecha se vincula con la persona haitianas, quienes, por pautas culturales, creencias, valores, ideas y su experiencia que tienen en Chile, desconfían de las acciones de salud que se desarrollan acá. Cada vez que hay intervención de salud en sus comunidades surgen ideas de que van a ser discriminados, estigmatizados, engañados y por tanto la desconfianza es algo que permanentemente. Las consecuencias que esto tiene es que no se toman el examen PCR (...) Incluso hasta los propios*

*referentes comunales o incluso el facilitador intercultural que han hecho trabajo en terreno, trabajo de sensibilización, de concientización, de confianza, también se ha dificultado el trabajo con ellos” (CHFC2).*

Los representantes de las organizaciones de la sociedad civil también atestiguaron diversos casos de estigma y discriminación y racismo contra personas migrantes. Con base en su experiencia, un sector de la población chilena reproduce los estigmas del “migrante como portador de infecciones”, y en el contexto actual, consideran que los migrantes pueden contribuir a la diseminación de la infección por SARS-CoV-2. Al respecto, un informante señaló:

*“Tiene que ver como con la perspectiva que tenemos nosotros las personas chilenas y chilenos sobre los migrantes, lo que genera, el desconocimiento, la desconfianza respecto a patrones más culturales. Hay ejemplos concretos, una situación que se vio en Quilicura donde había muchas personas que estaban ahí siendo amenazadas por sus vecinos, por las personas chilenas en las cuales se entendía que, dado su nacionalidad, dada su cultura, había muy poco, digamos control o prevención sobre la enfermedad, entonces ahí se vive una situación de amenaza, de querer expulsar a las personas (CHSC2).*

Con el propósito de acotar las brechas, tanto los servicios públicos de salud como las organizaciones sociales han desarrollado estrategias para facilitar la información preventiva en población migrante. La respuesta institucional en salud se ha basado en campañas informativas con pertinencia intercultural, lo cual ha incluido el diseño de material de difusión en español y creole, así como en las visitas domiciliarias y entrega de kits sanitarios a las comunidades migrantes más vulnerables. Cabe señalar que la campaña preventiva no se limita al tema de la COVID-19, sino busca informar sobre los aspectos básicos del funcionamiento del sistema de salud. Los entrevistados compartieron algunos aspectos relevantes del trabajo realizado por los mediadores culturales que participan como agentes que colaboran en la difusión de las campañas preventivas:

*“El segundo colectivo migrante más importante es de nacionalidad haitiana, donde nosotros tenemos una brecha idiomática con ellos, de la información que estamos generando, particularmente de difusión también es considerada en el idioma creole, de manera tal de que pueda llegar a la población haitiana de una manera mucho más amigable, de una manera mucho más cercana” (CHFR2).*

Finalmente, en el caso de Chile es importante señalar que la respuesta social en salud que se ha desarrollado para incidir en las vulnerabilidades y riesgos de migrantes ante la pandemia por COVID-19, se ha basado en mecanismos de colaboración entre las instituciones gubernamentales de salud de nivel central y territorial, las organizaciones de la sociedad civil con experiencia en la temática y los organismos internacionales, particularmente, la OIM y ACNUR.

### 4.1.3 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso del Perú

*“Los migrantes y refugiados retornados no entran directamente a su país, debido al cierre de fronteras constantemente se quedan en países vecinos, sin trabajo, sin dinero, ni lugar para resguardarse, corren más riesgos de muerte y enfermedad, y mayores riesgos ante la COVID-19 (PESC2).*

Desde el 11 de marzo de 2020, el gobierno de la República del Perú emitió el Decreto Supremo 008-2020-SA, en el que se declaró la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la pandemia de COVID-19, incluyendo la aprobación del plan de acción para la prevención y control (MINSA, 2020). A partir de ello, se han ampliado y actualizado las normas, decretos y lineamientos para responder a la emergencia sanitaria, los cuales han incluido acciones de reforzamiento de los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica, las restricciones de la movilidad en el espacio público, los controles de ingreso al territorio nacional, el cierre de fronteras (15 de marzo), y todo lo relacionado con la prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19, entre las más importantes. En el marco del estudio se entrevistó a funcionarios del sistema de salud –nivel central y regional– y representantes de la sociedad civil con amplia experiencia en el campo de migración y salud. Los actores entrevistados resaltaron las diferentes dimensiones de la pandemia y sus impactos para la población, así como los retos que enfrentan las instituciones y organizaciones para incidir en las vulnerabilidades sociales y los riesgos en salud que enfrentan los migrantes internacionales en un contexto donde se han agudizado las dificultades socioeconómicas y se han precarizado las condiciones de vida. El siguiente testimonio contribuye a describir la situación que se vive en el contexto de la pandemia:

*“La COVID-19 ha convertido en crítica, una situación ya de por sí difícil, causando graves consecuencias en el sector comercial, laboral y sanitario. Un segmento amplio de la población peruana, y la mayoría de las familias migrantes venezolanas no tienen medios de vida y debido al coronavirus se encuentran sin trabajo y sin posibilidad de acceder a servicios esenciales como alojamiento, alimentos, agua potable, sistema sanitario, educación o trabajo” (PEFR1).*

#### • Vulnerabilidad social y riesgos en salud de migrantes en el contexto de la pandemia

En el caso de Perú, tanto funcionarios como representantes de las OSC consideraron que las diferentes dimensiones de la pandemia y las medidas sanitarias implementadas para su mitigación han tenido un impacto en un flujo migratorio presente en la región, y pusieron énfasis en la situación de la población migrante venezolana que tiene una presencia importante en las zonas fronterizas del norte (Tumbes) y sur del país (Tacna) y en la ciudad de Lima.

De acuerdo con los datos generados por ACNUR (2020), la migración venezolana es reciente y entre los movimientos se incluye una migración familiar en la que participan mujeres jefas de hogar, niños y niñas. En los últimos años, más de 862,000 venezolanos han llegado a Perú, y más de 482,500 han

solicitado la condición de refugiado. Con estos datos, el Perú se ha constituido en el segundo país de acogida para solicitantes de la condición de refugiado de venezolanos, después de Colombia. La gran mayoría ingresa por vía terrestre a través de la frontera ecuatoriana; y una vez en el país, se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad social.

Por su parte, los datos del BID (Abuelafia E., 2020), indican que se trata de una población con un alto nivel de la precariedad laboral, se estima que alrededor del 88% se encuentra sin contrato y del 94% se encuentra sin seguro de trabajo. La misma fuente señala que los migrantes se han insertado en actividades económicas que han sufrido de manera desproporcional el impacto de la crisis asociada a pandemia por COVID-19; se ha calculado que 57% de los trabajadores migrantes están en el sector servicios, 21% en comercio y 6% en construcción. De igual manera, la alta irregularidad de la migración limita la inserción económica, y una proporción muy elevada de la población migrante venezolana, vive de la economía informal.

Al respecto, otros autores han señalado que, frente a un mercado laboral altamente informal, el impacto económico asociado con la contingencia sanitaria fue muy profundo; y en el caso de los migrantes, en su mayoría son trabajadores informales que ganan a diario, se han quedado sin trabajo, sin ingresos y muchos fueron desalojados (Souto C., 2020). De acuerdo con la ONG Unión Venezolana en Perú (BBC, 2020), durante la primera ola de la pandemia, los desahucios se han convertido en uno de los mayores problemas que enfrenta la comunidad migrante; y de acuerdo con los datos de un censo de vulnerabilidad se estimó que, desde el primer día del decreto de emergencia sanitaria, alrededor de 55 mil familias estaban en peligro de desalojo inminente de sus viviendas.

En el mismo sentido, los actores entrevistados en el presente estudio coincidieron en que este flujo de población migrante ha enfrentado una precarización acelerada de sus condiciones de vida y trabajo durante la contingencia sanitaria. En primer lugar, se han quedado sin empleo y sin ingresos, y por su situación laboral y migratoria, enfrentan importantes dificultades para acceder a derechos, beneficios y apoyos sociales gubernamentales. En la precariedad económica, un alto número de migrantes ha enfrentado desalojos -o amenazas de desalojo- por no poder pagar el arriendo. En los siguientes testimonios, se ejemplifica la precarización que está enfrentando este grupo de la población migrante: *“Los migrantes en su mayoría han perdido sus empleos, han sido víctimas de amenazas de desalojos, no cuentan con ahorros ni beneficios contractuales en los trabajos y en muchos casos tampoco cuentan con contratos formales de arrendamiento, por lo que no hay instituciones del Estado Peruano que puedan brindar apoyo a sus necesidades, ni familiares cercanos que puedan darle la mano, porque con seguridad están en situaciones similares” (PESC1).*

*“Los migrantes y refugiados en su mayoría quedaron sin ingresos económicos, ya que muchos (cerca del 95%) eran trabajadores independientes, de ejercicio ambulante, que vivían del ingreso económico diario. Al declararse la pandemia junto a la ley de aislamiento y distanciamiento social; la mayor parte de esta población quedó sin trabajo y sin poder pagar el arrendamiento de donde vivían, de donde fueron desalojados, sin alternativas más que buscar albergues y refugios donde*

*vivir temporalmente, y otros están en situación de calle. Se encuentran muchos casos de migrantes con mujeres embarazadas, hijos recién nacidos y niños pequeños durmiendo en parques” (PESC2).*

En este contexto, los migrantes y sus familias venezolanas han desplegado dos estrategias de supervivencia: la mayoría opta movilizarse hacia otros puntos del Perú u otros países de la Región Andina en la búsqueda de mejores oportunidades; y, en menor proporción, se encuentran aquellos que emprenden el retorno hacia su país de origen.

*“Aunque en proporción son pocas las personas que han retornado a Venezuela, es significativo el número de los que desean regresar o movilizarse a otro país en busca de oportunidades de trabajo. Estimamos que cerca del 10% de migrantes y refugiados desean volver a su país (...) Muchos que se hallan en condiciones difíciles en el Perú, manifiestan que prefieren ir a sufrir a su país que hacerlo en un lugar donde se han dado casos de xenofobia o donde constantemente sienten el peso de ser extranjeros ignorados y desatendidos (...) los migrantes y refugiados retornados no entran directamente a su país, debido al cierre de frontera que se establecen constantemente, quedándose en países vecinos” (PESC2).*

Independientemente de los motivos, los migrantes se conglomeraron en las regiones de frontera, donde se vieron inmovilizados por las medidas de contingencia implementadas para el control de la epidemia. Tal como se describe en los siguientes fragmentos de entrevista, desde el 15 de marzo, fecha en que se decretó el cierre de fronteras internas, cientos de migrantes venezolanos se encontraron varados en las fronteras:

*“En Tumbes, ciudad fronteriza con Ecuador y principal punto de entrada de las familias venezolanas, paralizó el ingreso de los migrantes venezolanos por el CEBAF TUMBES. Parte de ellos retornaron a su país de origen y otros se reubicaron en refugios-albergues ayudados por las agencias cooperantes. En tiempos de crisis, no están protegidos por los reglamentos adecuados” (PEFR1).*

*“La mayor parte de los migrantes venezolanos se dedicaba al comercio ambulatorio, a trabajos informales y vivían en casas alquiladas, en el contexto de la pandemia ya no podían trabajar, en algunos casos regresaron a su lugar de origen y otros se ubicaron en otras localidades fronterizas” (PEFR1).*

En las fronteras, los migrantes han enfrentado importantes carencias en materia de alimentación, agua potable y otras necesidades básicas; muchos se encuentran en situación de calle y otros han tenido que vivir en los albergues instalados por las organizaciones locales y las agencias internacionales. En estas circunstancias, se han multiplicado las necesidades asistenciales, se incrementan los riesgos frente al SARS-Cov-2, y los perfiles de daños en salud. Al respecto, un informante señaló:

*“El retorno si ha sido una realidad, pero no significativa, porque no cuentan ni siquiera con los recursos para trasladarse, las familias venezolanas están teniendo muchas dificultades para obtener alimentos y medicamentos. La decisión de volver a su país, en sí es complicada por la falta de*

*transporte, de permisos migratorios, sin embargo, lo han intentado a pie, aun sabiendo los riesgos en salud que eso implica. Han tomado la decisión de volver como la única solución probable a esta crisis, pero se encuentran con una realidad donde las condiciones de acogida han sido hostiles, situación comprensible ante la emergencia, y se agudiza al venir de un país con alta tasa de contagio como es Perú” (PESC1).*

*“Los migrantes venezolanos están sin dinero, ni lugar donde resguardarse generando mayor preocupación al país de acogida, ya que se aumenta la situación de calle debido a la condición tan precaria con la que están retornando lo migrantes. Corriendo el riesgo a su vez de pérdida, enfermedad, o desnutrición” (PESC2).*

Las condiciones de hacinamiento, la falta de agua potable y de insumos sanitarios, y las dificultades para satisfacer las necesidades básicas limitan la implementación de las acciones preventivas ante la infección por el coronavirus SARS-CoV-2. De igual manera, el limitado acceso a los servicios de salud, aunado a la necesidad de salir para generar ingresos, incrementa la susceptibilidad de las personas migrantes frente a las posibles complicaciones por COVID-19. De acuerdo con un funcionario de nivel regional entrevistado, hasta agosto de 2020, se habían registrado 127 migrantes venezolanos afectados por la COVID-19, de los cuales ninguno ha fallecido” (PEFR1).

#### • La respuesta en salud

A nivel global, la pandemia ha planteado retos mayúsculos a los sistemas públicos de salud. En la Región Andina, se ha destacado que entre los principales desafíos para hacer frente a la epidemia se encuentran: el fortalecimiento de los sistemas y los recursos humanos, un trabajo más solidario entre los países para compartir tecnologías sanitarias, mejorar las prácticas de prevención y fomentar el distanciamiento individual responsable y el cumplimiento de los protocolos. En el Perú, desde el nivel central del MINSA, también se ha reconocido la necesidad de fortalecer los servicios de atención en fronteras con el propósito de dar respuesta a las necesidades de las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad en la pandemia (ORAS-CONHU, Notisalud Andinas, 2020).<sup>11</sup>

En el mismo sentido, los funcionarios entrevistados en el presente estudio destacaron la relevancia que tiene el fortalecimiento de acciones conjuntas que contribuyan a reducir las vulnerabilidades sociales y los riesgos en salud que enfrentan los migrantes y otras poblaciones fronterizas. No obstante, también se señaló que es importante no perder de vista que la COVID-19 agudizó la situación del sistema de salud, y “vino a complicar una situación de por sí difícil”, ya que no sólo se ha requerido fortalecer las acciones para la prevención y atención de la emergencia sanitaria, sino que además se han enfrentado retos para garantizar la respuesta integral en salud. Algunos de los retos se expresan en el siguiente testimonio:

---

<sup>11</sup> Como parte de las medidas de respuesta de Emergencia Sanitaria en Perú, de acuerdo con el Decreto No. 090-2020, los profesionales de salud extranjeros como médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, podrán sumarse a la respuesta a la COVID-19. Los requisitos se han flexibilizado permitiendo a los profesionales con títulos apostillados o legalizados trabajar en los servicios presenciales en establecimientos públicos. En los seis meses posteriores a la culminación a la Emergencia, estos profesionales deberán reconocer o revalidar sus títulos, colegiarse y en caso de los médicos, aprobar el ENAM para seguir laborando.



*“Las personas que tenían una situación de salud grave y llevaban control en hospitales o centros de salud, en su mayoría dejaron de ser atendidos sin recibir tratamientos ni atención médica. De igual manera ha venido pasando con las mujeres gestantes, no llevan un control de embarazo como corresponde ya que estos centros solo atienden pacientes COVID-19. Hubo muerte de niños al nacer dado las diferentes omisiones de atención oportuna” (PESC2).*

Respecto a la respuesta del sistema de salud relacionada con el abordaje de las necesidades específicas de las personas migrantes en el contexto de la pandemia, se describieron alcances en las siguientes acciones sustantivas: coordinación con los gobiernos locales en la región de Tumbes, con el propósito de identificar casos de COVID-19, así como dar seguimiento a la sindemia asociada con los brotes endémicos (sarampión, malaria, dengue, chiyunguya, zika y ahora COVID-19) presentes en la región; mesas de trabajo con integrantes de grupos técnicos especializados en la plataforma de defensa civil en Tumbes; campañas informativas sobre prácticas saludables y preventivas para poblaciones móviles en el contexto de la pandemia; y articulación de las actividades de la respuesta conjunta con las agencias cooperantes especialmente la OPS, Cruz Roja Internacional, OIM, ACNUR, UNICEF, COOPI, la asociación Encuentros SJS, entre otros.

En Perú, se han establecido mecanismos de colaboración para la respuesta conjunta con los organismos internacionales. Particularmente, a través del proyecto “Apoyo a las familias y personas vulnerables en situación de tránsito migratorio en la frontera Norte del Perú” (Fase II), se ha brindado asistencia humanitaria a las familias venezolanas alojadas en albergues de la ciudad de Tumbes; incluyendo “el apoyo con cajas de agua potable de 20 litros, suplementos nutricionales y kits de higiene que incluyen artículos sanitarios para prevenir la infección por Coronavirus, a un total de 618 personas” (PEFR1). Estas acciones resultan especialmente significativas, no obstante, aún se enfrentan retos para facilitar el acceso a servicios públicos de salud para las personas migrantes.

Desde la perspectiva de los representantes de la sociedad civil entrevistados, en un contexto de escasos recursos, las acciones del sistema nacional de salud han priorizado a la población peruana, y de manera secundaria a los migrantes internacionales, siendo las personas de nacionalidad venezolana quienes enfrentan mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. En la experiencia de la sociedad civil, “la ayuda humanitaria ha estado a cargo de las agencias de Naciones Unidas, y en el caso de los servicios de salud permanecen barreras, sólo en casos específicos se ha avanzado en la atención médica, por ejemplo, en el programa para pacientes con VIH” (PESC1).

Como se indica en el siguiente fragmento, pese a las solicitudes para la atención médica de COVID-19 y otros padecimientos, los migrantes siguen enfrentando barreras normativas y administrativas que obstaculizan el acceso a servicios especializados:

*“Recibimos diariamente solicitudes de apoyo para el acceso a la atención médica, ya que no son recibidos en hospitales ni centros de salud. La ausencia de un marco legal que reconozca otra documentación para acceder al SIS, es también una gran limitación. Para gozar de este beneficio se exige Carnet de Extranjería, pero en el país hay cientos de migrantes y refugiados con Carnet de Solicitante de Refugio, Solicitud de Refugio, PTP, pasaporte, cédula venezolana. Todo esto limita su derecho a la salud” (PESC2).*

Previo a la pandemia los migrantes venezolanos, ya enfrentaban barreras estructurales que obstaculizaban el acceso a los servicios de salud. Es importante señalar que “un migrante venezolano no enfrenta la misma realidad que un migrante de otro país, particularmente, por la ausencia de convenios migratorios”. En este vacío político normativo, los migrantes venezolanos en situación irregular y que carecen de documento de identidad vigente, enfrentan mayores barreras para acceder a un servicio público de salud:

*“Por lo que, al momento de llegar un venezolano a un centro de salud, enfrenta un rechazo automático por parte de los funcionarios y el personal, lo cual se debe a que un venezolano no tiene SIS, y la mayoría no tiene CE, pero tampoco dinero para cubrir la atención médica.” (PESC1).*

Si bien persisten las barreras estructurales, los actores sociales también reconocen que, en el contexto de la crisis sociosanitaria, las instituciones de salud han evidenciado una mayor apertura para brindar apoyos sociales a las poblaciones migrantes. “En los últimos meses se ha evidenciado una apertura por parte del gobierno local a través de sus ministerios e instancias públicas para dar respuestas a algunas necesidades de la población migrante y refugiada” (PESC2).

#### 4.1.4 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Ecuador

*“El cierre de fronteras no facilita el retorno de las personas migrantes, lo que implica gastos para ellos y disminuye las condiciones higiénicas y sanitarias, también se incrementan otros riesgos y situaciones de violación de sus derechos humanos porque tienen que transitar por pasos ilegales” (ECFR4)*

Desde el 12 de marzo de 2020, el gobierno de la República del Ecuador publicó el acuerdo No. 00126-2020, mediante el cual se declaró el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud por la pandemia de la COVID-19; incluyendo el estado de excepción previsto en el artículo 106 de la Constitución, el cual obliga a las personas a permanecer en sus hogares y limita el libre tránsito y reunión. Para responder a la epidemia se han emitido las normativas y protocolos a través del COE Nacional Provincial y Local y su aplicabilidad en el territorio en el orden preventivo y sancionatorio para mitigar la expansión de la pandemia (ECFR1). Las medidas incluyen protocolos que regulan el ingreso por vía aérea y terrestre, algunos apoyos gubernamentales para facilitar el acceso a bienes y servicios esenciales, y todo lo relacionado con las medidas de prevención y mitigación de las afectaciones por COVID-19.

De acuerdo con la OCDE (2020) en su documento titulado “Impacto social de la COVID-19 en Ecuador: desafíos y respuestas”, la crisis sociosanitaria derivada de la pandemia está teniendo un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de la población ecuatoriana; en términos de la pérdida de vidas humanas golpea al país en todo su territorio con mayor incidencia en algunas provincias (Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos). “Si bien la prioridad está centrada en limitar la pérdida de vidas humanas y en reducir el efecto negativo sobre la salud pública, esta crisis afecta también de manera significativa a otros aspectos fundamentales para el bienestar de las personas, como los ingresos, el empleo, el acceso a la educación, o el desarrollo humano y el estado emocional, elementos que también son objeto prioritario de las políticas públicas” (OCDE, 2020: 4).

En el marco de la pandemia, se ha visto trastocada la dinámica socioeconómica del país, a la vez que se han visibilizado y agudizado las desigualdades persistentes, mostrando las afectaciones en las poblaciones en situación de alta vulnerabilidad, entre las cuales se encuentran las personas en condiciones de movilidad humana domiciliadas en el país, y también aquellas que están en tránsito y no cuentan con una red de apoyo, un lugar para pernoctar, ni recursos para satisfacer sus necesidades básicas (Rodríguez V., 2020).

Durante dos décadas, Ecuador fue el principal país receptor de solicitantes de asilo y refugiados colombianos de América Latina. De manera reciente, en Ecuador, la mayor parte de la población migrante proviene de Venezuela; y se ha estimado que entre 2016-2019, este país ha recibido más de 370,000 venezolanos, cifra que lo sitúa en el cuarto país receptor de migrantes de esta nacionalidad, después de Colombia, Perú y Chile (Pugh, J. et al., 2020).

En el marco del presente estudio se entrevistó a funcionarios del sistema de salud y representantes de la sociedad civil con experiencia en el abordaje del vínculo migración y salud. En el caso de Ecuador, los actores entrevistados coincidieron en señalar que, la crisis sociosanitaria asociada con la pandemia y las medidas que se han implementado para su mitigación comunitaria, han tenido un impacto en las condiciones de vida de la población migrante en general, y en la dinámica de movilidad de los migrantes venezolanos que confluyen en las regiones de frontera, en particular.

#### • Vulnerabilidad y riesgos en salud en migrantes en el contexto de la pandemia

De manera semejante a lo que ha acontecido en otros países de la región, en Ecuador, las condiciones más adversas que están viviendo los migrantes se centran en la “falta de oportunidades de empleo, escasos ingresos, posibles desalojos de los lugares que arriendan y discriminación por parte de la población local” (ECSC1). Si bien estas problemáticas aquejan a un amplio sector de la población ecuatoriana y de otras nacionalidades, quienes migraron de manera reciente y con una condición irregular están en particular desventaja.

En otros estudios, se ha estimado que el 74% de la población migrante venezolana en Ecuador (alrededor de 271,281 personas) cuenta con un estatus irregular; y 92% no tiene contrato laboral ni proporciona comprobantes por sus servicios, a la vez presentan altos niveles de pobreza y sus salarios son considerablemente menores que la población local (Abuelafia E., BID, 2020). Asimismo, algunas fuentes señalan que antes de la emergencia sanitaria, entre el 35% y el 60% de los venezolanos se dedicaban a la economía informal, es decir, no contaban con empleos e ingresos fijos y tampoco con seguridad social (Rodríguez V., 2020).

Frente a un mercado altamente precarizado e informal, los migrantes venezolanos han sido despedidos de sus empleos o han sufrido una reducción significativa en sus ingresos, lo cual, a su vez ha determinado un deterioro en sus condiciones de vida que se traduce en mala alimentación, desalojos, hacinamiento y falta de acceso a servicios básicos. En relación con la problemática que aqueja a este grupo de la población migrante, se señaló:



*“Sin duda una de las mayores afectaciones durante esta pandemia ha sido el cierre de muchos locales comerciales y empresas, el cual no solo afectó a nuestros ciudadanos, sino también a los migrantes de toda índole, pues al no haber comercio formal, han tenido que recurrir al comercio informal, los que se han quedado en nuestro territorio, agravando aún más su problema socioeconómico” (ECFR2).*

*“Debido a la pandemia se han identificado problemas en relación con las condiciones de vivienda e ingresos económicos, provocando condiciones de vida poco saludables (mala alimentación, hacinamiento, violencia, falta de acceso a servicios básicos) y generando problemas a nivel de la salud. La población migrante tiene poco acceso a salud, bajos o nulos ingresos económicos, inestabilidad domiciliaria, bajo acceso a servicios básicos” (ECFC3).*

*“En el Ecuador la situación para la población migrante se ha tornado aún más difícil, al no contar con un ingreso que antes lo podían tener con la venta informal de productos, ahora tienen problemas de arriendo, no pueden completar el valor para sus procesos de regularización y su acceso al sistema de salud, que ya es un sistema deficiente para sus locales es una situación preocupante” (ECSC1).*

Tal como ha ocurrido en otros países de la región, la crisis socioeconómica y sanitaria en Ecuador, ha motivado el retorno migratorio hacia el lugar de origen o bien ha impulsado la movilidad hacia otros puntos del país. Desde la experiencia de los entrevistados, se ha generado un desplazamiento masivo de migrantes venezolanos que se dirigen hacia la frontera norte con la intención de emprender el retorno; sin embargo, ante el cierre de fronteras, se han visto obligados a transitar por trochas o caminos más inhóspitos e inseguros, lo cual, incrementa los riesgos en salud y las vulnerabilidades frente a las problemáticas de la violencia, los asaltos, secuestros, extorsiones y otras violaciones a sus derechos humanos. Respecto a las problemáticas que enfrentan los migrantes en el tránsito, los informantes enfatizaron:

*“La situación del país ha generado un masivo retorno de migrantes que vienen de diferentes partes del Ecuador, en busca de regresar al origen, donde prevén por lo menos tendrán un lugar donde vivir, sin generar gastos. El cierre de fronteras ha generado el paso irregular de las personas por lugares prohibidos, que genera un riesgo para las personas, a la cual el Estado aun no genera estrategias para garantizar la seguridad ciudadana” (ECSC1).*

*“El 16 de marzo se tomaron algunas medidas por parte del COE nacional, entre ellas se resolvió el cierre de las fronteras sur y norte del país, estableciendo solo el ingreso de transporte pesado, pero sin permitir el ingreso y salida de ciudadanos de ninguna nacionalidad, provocando que el ingreso a nuestro cantón se lo realice con pasos informales e ilegales, añadido pasos peligrosos debido a la inseguridad de los mismos, donde son frecuentes los robos” (ECFR2).*

*“Ante la disminución de las fuentes de trabajo se afectaron los ingresos de la población migrante y ecuatoriana. El cierre de fronteras terrestres ha dificultado la movilización, hay que atravesar el*

*territorio por trochas por pasos ilegales fomentando el coyoterismo. Se mantiene el hacinamiento en frontera norte” (ECSC3).*

En las fronteras, particularmente en Huaquillas, se ha configurado un contexto de tránsito de ciudadanos de nacionalidad venezolana, cuyo objetivo es acudir al puente de Rumichaca en la frontera norte y entrar por Colombia para seguir su camino hacia Venezuela. Sin embargo, “al igual que en Ecuador, su frontera también está cerrada y eso ha agravado más el ingreso por ambos países de forma ilegal”, y en este contexto se agravan aún más las violaciones a los derechos humanos contra las personas migrantes, particularmente, la problemática de la violencia sexual, la trata de personas y altos cobros indebidos para recibir ayuda e ingreso a nuestro país (Ecuador) y posteriormente a Colombia” (ECFR2).

En el contexto de la pandemia, la inmovilización de migrantes ha precarizado sus condiciones de vida y multiplicado las necesidades asistenciales. Con base en los datos generados a nivel regional (Huaquillas), un informante señaló que las principales afectaciones en las condiciones de salud de las personas migrantes y familias retornadas se expresan en:

*“La descompensación clínica de las enfermedades crónicas en la mayoría de los pacientes; la deshidratación en adultos mayores, niños y mujeres adultas; la presencia de infecciones de vías urinarias en mujeres adultas; enfermedades dérmicas; problemas musculares por la movilidad de grandes distancias a pie; problemas gastrointestinales por la falta de ingesta de alimentos adecuados, entre las más importantes” (ECFR2).*

En la experiencia de los actores sociales presentes en las zonas de frontera, la situación crítica derivada de la pandemia ha sobrepasado la capacidad de respuesta de las instituciones gubernamentales y las organizaciones sociales, por lo que se ha tenido que priorizar la atención de las necesidades de grupos más vulnerables, particularmente, mujeres y niños/as.

*“En la frontera, es evidente la falta de centros de atención a migrantes, en el que puedan recibir información integral en el contexto gubernamental. También existe mucha resistencia de personas de nacionalidad venezolana a acudir a los centros de salud de primer nivel. Y en Huaquillas, existe un albergue que se realizó un convenio entre municipio y organizaciones no gubernamentales en el que por su capacidad no alcanza para el ingreso de todas las personas con problemas de movilidad humana, por lo cual se estableció el ingreso solo a personas de grupos prioritarios” (ECFR2).*

#### • La respuesta en salud

Diversas fuentes han señalado que, durante dos décadas, Ecuador desarrolló un marco político-normativo progresista respecto al fenómeno migratorio; en tanto cuenta con protecciones constitucionales que reconocen el derecho a migrar, prohíben la discriminación basada en nacionalidad o estatus migratorio y declara que ningún ser humano es ilegal, a la vez que ha estructurado



instituciones formales para migrantes y refugiados. No obstante, se ha documentado que las medidas han sido implementadas de manera desigual, y en años recientes se han endurecido los requisitos para conceder la condición de refugiado (Pugh, J. et al., 2020; Rodríguez V., 2020).

En este sentido, algunos de los funcionarios y representantes entrevistados, consideraron que en el contexto de la pandemia no ha habido un cambio sustantivo en las normativas relacionadas con el fenómeno migratorio, por lo que, de acuerdo con el marco constitucional, todas las personas, independientemente de su nacionalidad o estatus migratorio, cuentan con los mismos derechos:

*“Se ha tratado de la misma forma en iguales condiciones como un ciudadano ecuatoriano aplicando el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, el cual establece lo siguiente: “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, así como la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (ECFR2).*

Si bien el marco constitucional protege el derecho a la salud de todas las personas, en su implementación persisten importantes brechas e inequidades. En este sentido, los representantes de las ONG locales mencionaron importante considerar que “la pandemia por COVID-19 ha planteado importantes retos al sistema de salud, y el Estado se ha visto rebasado y no ha podido solventar las necesidades de salud y vida para la población local, por lo que en menor medida se ha pensado en estrategias de inclusión para la población migrante. Al no contar con un documento de regularización, el ingreso al sistema público se ha agudizado para su atención no solo ante el contagio de COVID-19, sino, cualquier tipo de enfermedad que hayan tenido durante ese tiempo. Ante las limitaciones del Estado, la respuesta más importante se ha generado por parte de las ONG y el Sistema de Naciones Unidas” (ECSC1).

Por su parte, los funcionarios de los servicios públicos de salud señalaron que, si bien persisten retos, también se han hecho esfuerzos para incidir en la vulnerabilidad social en salud que enfrenta la población migrante. A nivel territorial, se han aplicado los protocolos, incluyendo entrega de kits alimentarios, acciones preventivas, búsqueda activa de casos sintomáticos por COVID-19, aislamientos y atención médica en contextos caracterizados por una alta presencia de población migrante:

*“Una identificación de las personas migrantes, que han llegado hasta nuestro territorio y se ha verificado su situación actual de salud, en algunos casos se han aplicado los aislamientos preventivos y obligatorios y en otros se ha brindado asistencia médica o psicológica, no se registran por el momento internaciones en unidades de salud” (ECFC3).*

*“Se estableció una estrategia comunitaria a través de la búsqueda activa en territorio conformada por médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, TAPS, educadores comunitarios (control vectorial), cuya función es la captación de sintomáticos respiratorios sin hacer ningún tipo de distinción ciudadana, ni discriminación; pero al establecer familias con problemas sociales y económicos eran derivados los casos al Consejo Cantonal de Protección de los Derechos, para brindar la ayuda necesaria, desde la entrega de ayudas con kits alimenticios, hasta la atención integral de salud, así no sean casos con sospecha de COVID-19. En estas acciones se captó a familias de nacionalidad venezolanas y peruanas” (ECFR2).*

A nivel territorial, también se hizo alusión al trabajo desarrollado por el Ministerio de Salud en la frontera de Huaquillas, donde se han realizado esfuerzos para atender las necesidades de salud de migrantes con COVID-19 y otras morbilidades. Como se indica en el siguiente testimonio, en este contexto, se registró el fallecimiento de 6 migrantes afectados por la pandemia:

*“El apoyo gubernamental fue de parte del MSP a través del Distrito de Salud 07D05, en el Puesto de Vigilancia Médica –CEBAF, dotando de medicación e insumos, vacunación, asistencia psicológica; acciones que se incrementaron durante esta pandemia, ya que no sólo se ha atendido a ciudadanos de nacionalidad venezolana, sino también a ciudadanos de nacionalidad peruana. Incluyendo la Mortalidad de 3 venezolanos y 3 peruanos producto de la pandemia en el cantón Huaquillas” (ECFR2).*

En las entrevistas, exploraron las correlaciones que tiene el abordaje de la COVID-19 con otras comorbilidades, principalmente, VIH y tuberculosis. Al respecto, los funcionarios enfatizaron que, en ambos programas, la respuesta ha sido integral y para toda la población, independientemente de su condición migratoria:

*“La estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis ha sido integral y para toda la población que lo requiera. si se han generado lineamientos para asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis para toda la población frente a la pandemia. Para las personas afectadas de tuberculosis se ha mantenido –sin ninguna excepción– el diagnóstico, seguimiento y tratamiento*

*oportuno para la prevención y control de la tuberculosis” (ECFC2).*

*“El MSP ha remitido directrices y lineamientos que permitan garantizar la atención y tratamiento antirretroviral de forma gratuita a todas las personas que viven con VIH, incluidos migrantes. El MSP ha coordinado con organizaciones que brindan atención migrante, referente a la atención y tratamiento antirretroviral. Actualmente, se está articulando con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) la donación de medicamentos profilácticos, para personas víctimas de violencia sexual en niños, así como la elaboración de material comunicacional sobre la cartera de servicios del MSP, dirigida a la población en general incluida población extranjera” (ECFC3).*

#### **4.1.5 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Colombia**

*“Las medidas sanitarias han afectado la capacidad adquisitiva de las personas migrantes y sus familias, por lo que se reducen las posibilidades para satisfacer necesidades básicas y es baja posibilidad de tomar las medidas de prevención; estos elementos definen una mayor vulnerabilidad y riesgos frente la COVID-19 y otros eventos de salud” (COFC1).*

Desde el 12 de marzo de 2020, el gobierno de la República de Colombia publicó la Resolución No. 385, en la que se emitió la Declaración de Emergencia Sanitaria por causa de la COVID-19, incluyendo la adopción de un plan de contingencia que se ha actualizado con base en la evolución de la epidemia. El plan integra medidas que pueden ser clasificadas en tres fuentes primordiales: medidas de emergencia sanitaria; medidas de emergencia social, económica y ecológica; y medidas de orden público y otras de carácter ordinario (MINSALUD, 2020).

En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido diversos lineamientos para poblaciones específicas, incluyendo a la población migrante, que al 30 de junio de 2020 alcanzaba 1,74 millones según registros de Migración Colombia, en su mayoría provenientes de Venezuela (GIFMM, 2020).

*“El objetivo de las recomendaciones dirigidas a esta población es lograr el aislamiento social, prevenir, detectar oportunamente y dar tratamiento de la enfermedad de coronavirus de acuerdo con los protocolos; también establece, que los entes territoriales deben intensificar la vigilancia de la salud pública en este grupo, sumando acciones de orientación, educación, información y comunicación para la autoidentificación y el reporte de síntomas. Como medida prioritaria, el MINSALUD ha instado a todas las entidades del sistema de salud coordinar los planes, programas y servicios para garantizar la atención de migrantes, especialmente aquellos en situación de vulnerabilidad, principalmente, grupos en situación en calle, grupos étnicos fronterizos, niños, adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes, personas con discapacidad, adulto mayor y en situación migratoria irregular” (MINSALUD, Boletín de Prensa 114, 2020).*



De esta manera, las recomendaciones emitidas en el contexto de la pandemia por COVID-19, permiten dar continuidad a las disposiciones y políticas que se han venido desarrollando en años recientes, y que se plasmaron en el marco del “Plan de Respuesta del Sector Salud para el fenómeno migratorio”, el cual ha sentado las bases para facilitar la atención en salud en territorio colombiano a personas migrantes, ya sean nacionales de otros países, o bien, a colombianos de origen que están retornando a su país de origen (MINSALUD, 2018).

En el marco del presente estudio se entrevistó a funcionarios del sistema de salud y representantes de la sociedad civil con amplia experiencia en el abordaje del vínculo migración y salud. En el caso de Colombia, los informantes entrevistados coincidieron en señalar que la pandemia ha generado una importante contracción económica que ha afectado a toda la población en línea de pobreza tanto nacional como migrante, y con especial intensidad a migrantes y familias venezolanas en condición irregular que se encuentran en las principales urbes del país y regiones fronterizas.

#### • Vulnerabilidad y riesgos en salud en migrantes en el contexto de la pandemia

Tal como se ha observado en otros países de la región, en Colombia, “la pandemia y las medidas tomadas para contenerla y mitigarla afectaron el PIB, con una contracción registrada por el DANE en el segundo trimestre de 2020 de -15.7%. Esta situación ha afectado a toda la población y más fuertemente a la población en línea de pobreza y migrante, debido a que buena parte se desempeñan como trabajadores informales, actividades que tuvieron un impacto en el confinamiento” (COFC1).

En estudios recientes se ha estimado que el 57% de la población migrante en Colombia (alrededor de 1.017,162 personas) cuenta con estatus irregular, el 90% no tiene cotización de seguridad social, 37% realizan trabajo informal y 64% tienen ingresos por debajo del salario mínimo (Abuelafia E., BID, 2020). Asimismo, la mayor parte de los migrantes en condición irregular no están afiliados al sistema de salud. En estas condiciones laborales, la población migrante es altamente susceptible a enfrentar el impacto de la disminución en la actividad económica que se ha suscitado en el marco de la pandemia. En este contexto, muchos migrantes perdieron su empleo, otros han tenido que suspender sus actividades y enfrentar un decremento significativo en sus ingresos. Respecto a la vulnerabilidad estructural que enfrenta un amplio sector de la población migrante, los informantes frecuentemente señalaron:

*“La mayor afectación se observa en la generación de ingresos – medios de vida, dado que los periodos de cuarentena han llevado a que los migrantes que tenían empleos por días o en áreas de servicios, hayan tenido que suspender sus actividades y en muchos casos les ha implicado la terminación de contratos. La mayor afectación a población vulnerable migrante suele ser a las personas que tienen un estatus irregular, quienes obtienen sus ingresos en la participación del sector informal” (COSC1).*

*“Una parte importante de la población migrante se encuentra en situación irregular, eso hace que el acceso a trabajos formales y contratos de vivienda sean inaccesibles. La pandemia causó que muchos de los migrantes que devengaban su sustento de la informalidad tuvieran que parar súbitamente sin oportunidades paralelas para trabajar, de manera que el acceso a medios de vida de ellos se ha visto claramente restringidos” (COSC2).*

En el contexto de la pandemia, se ha reducido la capacidad adquisitiva de las personas y familias migrantes, esto aunado a que al estar en situación irregular se ha hecho más complejo recibir subsidios por parte del Estado; así todas las vulnerabilidades y condiciones adversas que venían viviendo se acentuaron: “la carencia de medios de vida dado el cierre de actividades económicas, deterioró su estado de salud por disminución en su ingesta alimentaria adecuada; acentuó la estigmatización en torno a ser “posibles portadores” del coronavirus que causa la COVID-19; impuso mayores dificultades para tomar decisiones adecuadas por el estrés propio de la incertidumbre; entre otras afectaciones emocionales como la ansiedad y pánico por lo vivido tras esta pandemia, y todas las consecuencias adversas que ha dejado a nivel mundial” (COSC2).

Frente a la precarización de las condiciones de vida y trabajo, se han visto afectados los niveles de salud de la población migrante, y se han incrementado los riesgos frente a potenciales daños en salud, entre ellos, a la infección por el nuevo coronavirus y las posibles complicaciones por la COVID-19.

Desde la experiencia de los profesionales entrevistados, estos grupos poblacionales ya presentaban necesidades básicas insatisfechas, y en el marco de la pandemia se han exacerbado las dificultades para cubrir la alimentación familiar, la falta de vivienda, la falta de servicios básicos y el hacinamiento. Respecto a esta problemática, los entrevistados citaron los resultados de la evaluación de necesidades de migrantes y refugiados bajo el contexto de la COVID-19, documento elaborado por el Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), destacando los siguientes datos:

*“De acuerdo con la evaluación de necesidades realizada del GIFMM realizada bajo el contexto de la COVID-19 y de cara a la formulación Plan de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2021 se identificó que la alimentación (91%), el apoyo de vivienda, por ejemplo, ayuda para pagar el arriendo (67%) y el acceso a empleo o medios de vida (54%) son las tres principales necesidades percibidas por los hogares encuestados. Adicionalmente, el 69% de los encuestados declararon haberse privado de al menos una comida diaria de las tres necesarias y el 84% de la población refiere no estar afiliado a algún régimen de salud, el 33% no acceden a fuentes de agua mejoradas, el 46% está expuesto a*

*condiciones inadecuadas de saneamiento ambiental, entre otros. Situaciones que incrementan los riesgos en salud y vulnerabilidades de la población migrante” (COFC1).*

En el mismo sentido, la disminución de los ingresos ha afectado el pago de alojamiento, y es alto el riesgo percibido en torno a la “falta de pago” por parte de los arrendatarios (COSCI). Ante estas circunstancias ha aumentado el número de miembros en una vivienda; otros hogares que no cuentan con redes de apoyo tienen que permanecer en la calle o buscar la posibilidad de retorno a Venezuela, en condiciones adversas y de riesgo. En relación con los desafíos que ha impuesto la pandemia, un informante señaló:

*“El éxodo de la población migrante venezolana hacia Colombia ha estado marcado desde su inicio por grandes desafíos para ellos en términos emocionales, física, económicos, sociales y culturales. La pandemia, se vuelve entonces, en un agravante importante de las afectaciones que ha venido viviendo esta población en las dimensiones mencionadas” (COSCI2).*

#### • La migración de retorno

*“Ante la necesidad siempre los humanos buscarán una salida... eso es supervivencia. Esto ha generado que muchos estén cruzando las fronteras por pasos no controlados e ilegales, movilizándose bajo situaciones de riesgo tanto para ellos como para los países receptores debido a la potencial expansión del virus por el nulo control sanitario en las trochas” (COSCI2).*

En consideración a las medidas sanitarias y de contingencia tomadas por el Gobierno Colombiano, se ha informado el retorno de personas de nacionalidad venezolana a su país. De acuerdo con datos presentados por Migración Colombia, en febrero de 2020, previo a la declaratoria de emergencia sanitaria, en el país se encontraban poco más de un millón 825 mil ciudadanos venezolanos radicados; y en el periodo del 14 de marzo al 03 de agosto, retornaron a Venezuela más de 95 mil personas, en su mayoría (77%) concentrada en el Norte de Santander donde se encuentran los corredores migratorios (Ministerio de Relaciones Exteriores, agosto 2020). Para el mes de septiembre de 2020, se estimaba que en el país se encontraban alrededor de un millón 715 mil ciudadanos venezolanos; lo cual era un indicador de un estancamiento en la salida derivada de la reactivación económica en Colombia (Ministerio de Relaciones Exteriores, noviembre 2020).

Respecto a este fenómeno, el BID estima que el retorno de migrantes puede seguir siendo importante, con riesgos a la movilidad de estas personas por el territorio de los países receptores y la capacidad de Venezuela de absorberlos de manera segura. En las crisis en general, lo que se podría esperar es una desaceleración de la salida de migrantes desde el país de origen, antes que un retorno masivo. La misma fuente calculó que alrededor de unos 330,000 migrantes venezolanos viviendo en Colombia podrían volver a Venezuela debido a la crisis económica generada por el confinamiento como medida de contención de la COVID-19 (Abuelafia E., BID, 2020).



Aún es incierto lo que sucederá con la dinámica del retorno migratorio de ciudadanos venezolanos a partir de la pandemia de COVID-19. No obstante, en el periodo más agudo de la contingencia sanitaria del año 2020 se mostraron los efectos del cierre de fronteras y de las medidas de mitigación en la dinámica de movilidad de los flujos provenientes de Venezuela, así como la conglomeración de este grupo poblacional en las zonas de frontera.

El gobierno de Venezuela decretó el cierre de fronteras, por lo que se han impuesto importantes restricciones de ingreso de nacionales venezolanos por algunos puntos fronterizos de carácter estratégico, lo cual, ha generado conglomeración y represamiento de personas. En los siguientes testimonios se ejemplifican las circunstancias que se han vivido en las fronteras durante la pandemia:

*“En el caso del Departamento de Santander, donde se reciben por los 4 corredores viales a Migrantes, Refugiados y Retornados, la situación se ha salido de control, ya que el cierre de la frontera con Norte de Santander para el paso de los migrantes a Venezuela, congestiona las ciudades principales, ya que muchos de ellos no pueden retornar y no tienen donde vivir o donde quedarse, lo que hace que invadan parques y sitios públicos, generando problemas claros de salud pública en toda la población en general, se han aumentado las cifras de delincuencia en Bucaramanga y en tráfico infantil” (COFR1).*

*“Adicionalmente en agosto de 2020, el gobierno venezolano ha restringido el ingreso de nacionales venezolanos por el puente internacional Simón Bolívar, situación que ha generado inicialmente represamientos de personas en los pasos fronterizos” (COFC1).*

*“Esta situación ha llevado a que la población migrante busque realizar proceso de retorno a Venezuela, ante la ausencia de redes de apoyo comunitario o de gobierno para permanecer en sus lugares de tránsito o para continuar al lugar inicial de destino. En la medida que pasan los meses, el impacto es mayor y aumenta el número de migrantes que se ven forzados a retornar, sin tener garantías de sobrevivencia en su país” (COSCI).*

*“Estas medidas han producido un represamiento del flujo migratorio en las zonas de frontera y han fomentado el uso de pasos irregulares. En el momento que se aumentan los controles en las fronteras y el número de personas que puede transitar es restringido, hace que se presenten grandes grupos de migrantes en condiciones precarias por la situación inestable en la que se encuentran” (COSCI).*

A pesar de tener los pasos fronterizos autorizados cerrados, los flujos migratorios continúan a través de trochas o pasos no autorizados. Esta situación dificulta aún más la posibilidad de identificar la magnitud y dinámica de la migración irregular, así como la posibilidad de prevenir la transmisión del SARS-CoV-2 entre las personas migrantes.

Esta dinámica fue claramente observable en un contexto fronterizo de alta relevancia para el fenómeno migratorio como es el Departamento de la Guajira límite con Venezuela. En este contexto confluye una diversidad de poblaciones móviles y migrantes que, pese al cierre oficial de la frontera, han dado continuidad a los procesos de movilidad pendular a través de trochas y pasos irregulares. Tal como señala una informante:

*“La frontera se encuentra cerrada oficialmente, pero el territorio de nuestro Departamento de la Guajira tiene una frontera muy porosa, se habla de que hay más de 200 pasos ilegales por los que las personas transitan diariamente, hay mucha migración pendular por las trochas, por lo que es muy difícil regular el paso (...). En su mayoría, en nuestro territorio de la Guajira, la población migrante cuenta con un estado irregular” (COFR2).*

Desde la experiencia de los actores sociales entrevistados, el proceso de retorno se ha llevado a cabo en condiciones muy adversas, lo cual ha multiplicado las necesidades de asistencia de las poblaciones migrantes y refugiadas que confluyen en las fronteras. Respecto a las afectaciones que se han registrado en la condición de salud de las personas migrantes y sus familias retornadas, se aludió a reportes generados por las autoridades sanitarias.

Particularmente, se citó el informe de “Seguimiento de la situación en salud de la población migrante procedente de Venezuela” elaborado por el MINSALUD (agosto de 2020), en donde se documentó que entre enero y junio de 2020, se han realizado 1.517.599 atenciones a la población migrante concentrada principalmente en Bogotá D.C., Antioquia, Norte de Santander, Cali, D.E., y Cesar. Para la semana epidemiológica 24 del año 2020, se notificaron 3,253 eventos de interés en salud pública (sífilis gestacional, violencia de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema, malaria, VIH/sida entre otros) en población extranjera, de los cuales el 91.8% corresponden a personas de nacionalidad

venezolana. En comparación con los registros del año 2019, se presentó una disminución de 2,091 casos, lo cual puede estar asociado con la disminución de los flujos migratorios y/o con otros factores que han incidido en la demanda de servicios de salud. Si bien se registró una disminución en la mayor parte de los eventos, también se documentó un aumento en la morbilidad materna extrema pasando de 314 en el 2019 a 379 en el 2020 comparado con la semana epidemiológica 24 (MINSALUD, 2020).

Otras de las necesidades identificadas se relacionan con la salud mental de la población migrante en general, y de los niños y niñas, en particular. “Se ha identificado que los niños presentan altas afectaciones en su salud mental a causa de las situaciones que transcurren en su diario vivir” (COFR1).

Para las y los migrantes, el retorno no es un proceso fácil, ya que conlleva pérdida e incertidumbre, por lo que no sólo implica el reto de satisfacer el ámbito material para la supervivencia, sino una situación emocional y física muy desgastante. En sus propias palabras, un representante de OSC evidenció las dificultades que impone la dinámica del retorno migratorio:

“Para muchos migrantes, particularmente venezolanos, salir de su país de origen no es una decisión fácil. Se sale porque hay una necesidad profunda de hacerlo. El migrante se aventura a lo desconocido, a lo incierto, al peligro también. La incertidumbre es una sensación poco agradable para cada ser humano y eso es lo que la mayoría de los migrantes sienten. Todo lo anterior para remarcar que, cuando un migrante decide retornar a su país de origen, no porque hayan mejorado las condiciones, sino porque la situación en el país receptor se muestra mucho más adversa, es una situación emocional y físicamente muy desgastante” (COSCC2).

#### • Apoyos sociales para migrantes en zonas fronterizas

Las Secretarías de Salud en conjunto con las agencias de cooperación internacional, han incluido servicios para población inmersa en el proceso de retorno a su país de origen. De acuerdo con la información proporcionada por los entrevistados, los programas y servicios ofrecidos a la población migrante incluyen la información en salud necesaria para aquellos que desean regresar voluntariamente a su país de origen. Se verifica carnet de vacunación; la importancia de continuar los controles médicos en el caso de las madres gestantes y en periodo de lactancia, niños y niñas; y aquellas personas que están en algún tratamiento médico. Adicionalmente, se les recomienda que informen su salida del país con el fin de actualizar su estatus en el SGSSS” (COFC1).

Además de los servicios de atención en salud, a nivel territorial se han brindado otros apoyos para facilitar el proceso de retorno de este grupo de la población migrante hacia Venezuela. De acuerdo con un funcionario de nivel territorial: “la población ha manifestado el querer retornar a su país de origen, sin embargo, el hecho de no tener recursos económicos imposibilita este proceso. Para apoyar a las personas migrantes que deciden emprender el retorno, la gobernación de Santander contrató buses transportadores a la frontera; y se logró el traslado de más de 800 migrantes; aunque, el 10% de estos regresó nuevamente a la ciudad de Bucaramanga” (COFR1).

En relación con los apoyos sociales, se documentó que el gobierno de nivel central en colaboración con las autoridades locales y las agencias de cooperación internacional han ampliado la asistencia a la población migrante. Uno de los esfuerzos más relevantes se observó en Norte de Santander, donde se reconoció al Centro de Atención Transitoria de Tienditas (CAST) como un referente de buenas prácticas y un referente nacional en las estrategias de Centros de Orientación y Recepción Temporal para los procesos de protección y atención a los migrantes venezolanos. En la estrategia del CAST trabajan de forma articulada 25 organizaciones internacionales y 15 instituciones gubernamentales. El CAST “es una estrategia desarrollada desde la Gobernación de Norte de Santander en complementariedad con el GIFMM, en la cual se garantiza, a través del Espacio de Apoyo, el acceso a derechos y la atención sanitaria, particularmente, tamizajes, valoraciones médicas, atención a mujeres gestantes y lactantes, y remisión a espacio de asilamiento a la población en tránsito hacia Venezuela, mitigando la propagación de la COVID-19 y aplicando los protocolos en el marco de la pandemia” (Gobernación de Norte de Santander, 2020). La misma fuente señala que el CAST, inició sus operaciones el 14 de junio y el 17 de noviembre de 2020, había atendido más de 22 mil personas.

Desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil, “el esfuerzo del CAST en Norte de Santander fue una expresión de respuesta valiosa y contundente al drama social que se vivía en la zona de frontera, pero si esas medidas se hubieran tomado con determinación desde el inicio y en otras zonas afectadas, el sufrimiento humano de migrantes hubiera sido menor. Aún no está medido el enorme impacto que debe tener esta situación en las niñas y niños, quienes además no son suficientemente escuchados para saber lo que está sucediendo en sus mentes y en sus emociones y vida” (COSC1).

De igual manera, los funcionarios y representantes de la sociedad civil consideraron que estos esfuerzos constituyen un paso muy relevante en la atención de las necesidades de este sector de la población migrante. No obstante, se reconoce que la demanda ha sido muy alta por parte de la población migrante, la población de acogida y la población en pobreza del país, aumentando el número de personas y zonas en vulnerabilidad y con necesidades de atención” (COFC1). En los siguientes testimonios se hace referencia al incremento en las necesidades de asistencia y la superación de las capacidades de las instituciones y organizaciones que abordan el fenómeno migratorio en las zonas fronterizas donde se registró una alta conglomeración de población migrante inmersa en la dinámica del retorno:

*“Los gobiernos nacionales y locales aumentaron los subsidios para la población vulnerable – incluyendo la población migrante, sin embargo, la demanda de asistencia ha superado la capacidad de los gobiernos. Aun así, el gobierno ha documentado las brechas y necesidades de atención para visibilizarla en los marcos de cooperación e ir mejorando la respuesta a la población en alta vulnerabilidad” (COFC1).*

*“El flujo migratorio en estos meses de pandemia donde el país fue un punto de tránsito obligatorio, generó emergencias sanitarias y sociales en algunos puntos de tránsito, como los fronterizos y en*

*las principales ciudades que tienen un mayor número de población migrante. Estas emergencias fueron atendidas parcialmente por autoridades locales y nacionales. La respuesta multilateral fue muy baja frente a las necesidades, y si bien su postura fue no fomentar el tránsito en momentos de cuarentenas y de pandemia, el flujo migratorio no se detuvo y las personas se vieron expuestas a emergencias humanitarias que se hubieran podido aliviar si se hubieran mantenido los servicios a migrantes en tránsito o se hubieran reforzado” (COSCI).*

#### • Respuesta institucional en salud

Colombia cuenta con un marco normativo y una política que sustenta el “Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno Migratorio” (2018), el cual ha permitido estructurar un mecanismo de trabajo para la provisión de servicios de salud la población migrante. El trabajo previo, ha facilitado el desarrollo de acciones preventivas y de atención de necesidades relacionadas con la COVID-19. Tal como señala un funcionario entrevistado:

*“A partir de lo establecido en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y la Ley 1751 de 2015; el país ha elaborado e implementado el Plan de Respuesta del sector salud al fenómeno migratorio y normas complementarias que han permitido orientar la atención en salud para la población migrante. A partir de esta normatividad, se han publicado recomendaciones para la población migrante para la prevención de la infección por COVID-19, atención y reporte de casos” (COFCI).*

Como medida prioritaria, MINSALUD ha instado a todas las entidades del sistema de salud coordinar los planes, programas y servicios para garantizar la atención de migrantes. Al respecto, los funcionarios entrevistados señalaron que los grupos funcionales Dirección de Promoción y Prevención de MINSALUD han realizado asistencias técnicas a las Direcciones de salud a nivel local con el fin de garantizar la prevención, medidas de bioseguridad y cumplimiento de protocolos para la identificación, atención y reporte de casos, incluyendo a la población migrante, independientemente de su estatus migratorio. Se ajustaron algunos lineamientos para fortalecer la atención en salud en telesalud, Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades de Cuidado Intermedio por parte de cada uno de los prestadores de servicios de salud (Decreto 538 de 2020)” (COFCI).

De igual manera, desde el mes de abril de 2020, MINSALUD emitió los lineamientos para la atención de la población migrante, cuyo objetivo es orientar a las Entidades Territoriales e Instituciones que apoyan la prevención, detección, y manejo de casos sospechosos de infección causada por el Coronavirus (COVID-19) en población migrante, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión del virus y realizar derivaciones oportunas a los servicios de salud. En el cuadro 4, se describen algunos de los lineamientos emitidos por el MINSALUD para la atención de la población migrante en el contexto de la pandemia por COVID-19.

#### Cuadro 4.

Lineamientos para la prevención, detección, y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia (selección de algunas recomendaciones emitidas para entidades territoriales)

##### **Recomendaciones para entidades territoriales:**

- Informar a la población general el uso de tapabocas convencional obligatorio
- Fomentar los diálogos y el desarrollo de estrategias intersectoriales para la atención de la pandemia
- Contar con mapas de actores y de acciones en salud presentes en el territorio, en relación con la población migrante, promover su participación en la atención de la pandemia
- Realizar la atención social de las personas con presunción de contagio, o con contagio confirmado, para que tengan un lugar dónde alojarse
- Establecer o reforzar mecanismos de coordinación con Sistema de las Naciones Unidas, organizaciones nacionales e internacionales y otros Organismos Internacionales con oferta de atención a población Migrante en Colombia, sobre la prevención del contagio del Coronavirus (COVID-19).
- Disponer y/o acondicionar los espacios para el aislamiento preventivo y/o por contagio de Coronavirus (COVID-19), para las personas migrantes que no tengan lugar de residencia y/o estén en una situación irregular.
- Intensificar la vigilancia en salud pública en relación con la población migrante.
- Adaptar, activar e incluir a la población migrante en las estrategias de Vigilancia Comunitaria y búsqueda activa de casos.
- Garantizar la orientación a la población migrante frente a las medidas de prevención y contención, de acuerdo con los protocolos.

Asimismo, en el contexto de la pandemia, y tomando en consideración la alta recepción de migrantes, refugiados y retornados en zonas fronterizas, se han llevado a cabo mecanismos de coordinación territorial, particularmente, se activó una “mesa departamental de salud de cooperantes nacionales e internacionales que pudieran mostrar las rutas y la oferta de servicio adicional a la que esta población podría acceder en el paso obligatorio por los corredores viales; de esa manera se han podido atender cada una de las necesidades relacionadas con la atención de los servicios de salud” (COFR1).

Respecto a las acciones preventivas se ha ampliado la difusión de información en salud en relación con la COVID-19, incluyendo la definición de las rutas de atención y orientación a las personas migrantes. El objetivo es promover el aislamiento social, prevenir y detectar oportunamente casos de coronavirus de acuerdo con los protocolos. También se incluye información para aquellos que desean retornar voluntariamente a su país de origen que destaca aspectos clave para los controles médicos en grupos clave, por ejemplo, se insta a las mujeres gestantes a dar continuidad con la atención prenatal o la vacunación en el caso de los niños.

*“Se amplió la información en salud en relación con prevención de la infección por COVID-19, rutas de atención y orientación a las personas migrantes. Este trabajo se realizó en conjunto con la cooperación internacional. También se adelantaron acciones y atenciones para mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental de la población migrante, se ampliaron los servicios de tele orientación, facilidad de contactar a los familiares residentes en Venezuela, además de vincularlos a programas regulares de salud mental” (COFC1).*

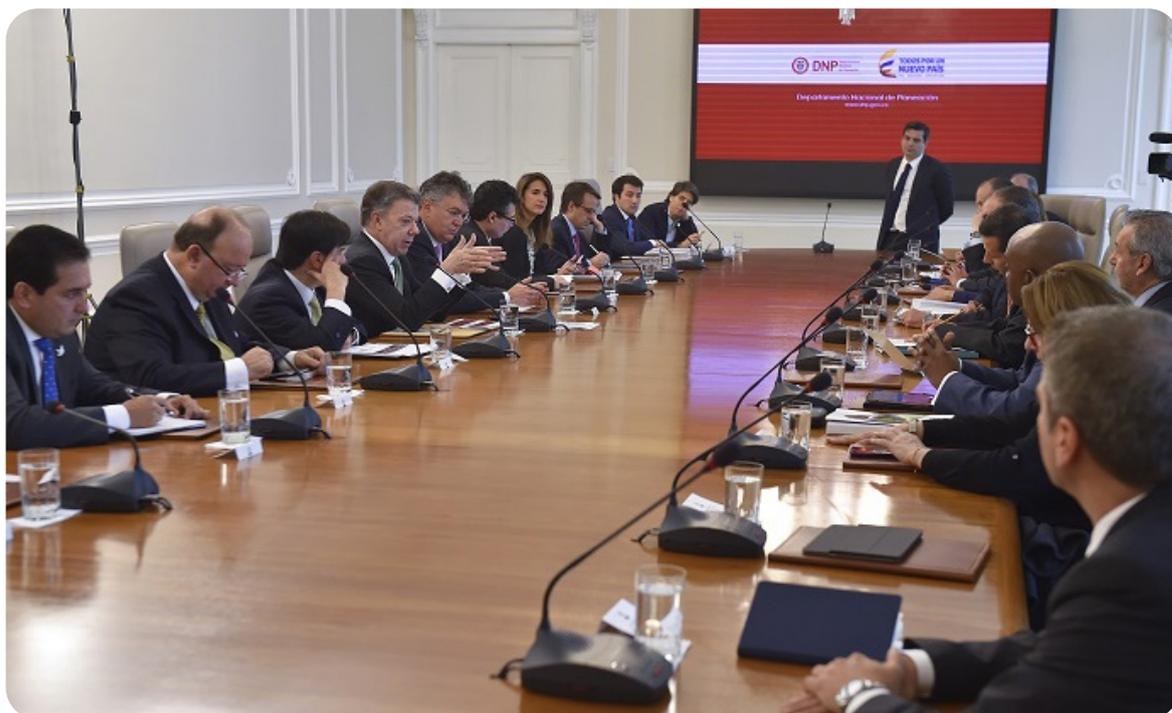
Cabe señalar que las acciones preventivas y el diseño del material de difusión se han llevado a cabo en conjunto con las agencias de cooperación internacional. Algunos de los materiales que fueron referidos por los actores entrevistados, forman parte de la “Campaña Somos Panas Colombia” contra el estigma, discriminación y xenofobia en el contexto de la pandemia, la cual, ha impulsada con el apoyo de ACNUR. Dicha campaña surgió en un contexto donde se han incrementado los “focos de odio y discriminación hacia las personas venezolanas que viven en Colombia; los que deben a factores como la desinformación junto con la propagación de prejuicios y estereotipos. Por ello, se ha decidido realizar una guía rápida para saber enfrenar situaciones de discriminación en la vida diaria.” Los spots y materiales de la campaña pueden ser consultados en el siguiente link: [Kit Anti-Xenofobia - SomosPanasColombia](#). En su conjunto, las acciones preventivas y las campañas informativas contribuyen a abordar problemáticas clave que afectan a las personas migrantes.

Si bien en Colombia se registran alcances relevantes en la implementación de un plan de respuesta en salud frente al fenómeno migratorio, y se cuenta con lineamientos específicos para la atención de necesidades de migrantes en relación con la COVID-19, a nivel nacional y regional persisten brechas que aún determinan una distancia entre los servicios de salud de alta complejidad y las necesidades específicas de las personas migrantes, particularmente aquellos en situación irregular. Desde la perspectiva de los entrevistados, las principales brechas identificadas en la atención a la población migrante durante la pandemia son:

*“Las brechas principales a nivel nacional son: i) desconocimiento de las rutas de afiliación y atención en salud, (ii) persistencia de xenofobia y discriminación en la población receptora, y (iii) baja posibilidad económica de adquirir elementos esenciales de higiene y protección de la infección (agua potable, jabón, mascarillas) que aumentan el riesgo de adquirir COVID-19 y otras infecciones” (COFC1).*

*“A nivel regional se identifican las siguientes brechas: 1. Discriminación a la población migrante (incluso en los profesionales prestadores de servicios de salud se evidencia la poca aceptación a estas personas); 2. Negación y tramitología en algunos casos de alta complejidad, específicamente en la relacionada con enfermedades ITS; 3. La forma en que muchos de estos migrantes solicitan los servicios, es decir, en algunos casos estas personas utilizan un lenguaje inadecuado e intolerante, lo que genera inconformidad en el personal de salud” (COFR1).*

En el caso del Departamento de la Guajira se reconoce la relevancia que tiene la emisión de los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para la protección de la población migrante en el contexto de la pandemia. Dichas acciones se enmarcan en la normatividad que ya estaba rigiendo con respecto a la prestación de servicios de salud a la que tienen derecho de acuerdo con su estado regular o irregular en el país. No obstante, la población migrante en su mayoría ingresa al país en estado irregular, por lo que solo se le puede garantizar la atención de urgencias, y esto no garantiza una atención integral de salud. Si bien persisten estas brechas, en el marco de la emergencia sanitaria se ha logrado garantizar la realización de las pruebas COVID-19, con la coordinación de las Secretarías de Salud de cada municipio; y recibiendo el apoyo para las atenciones de baja complejidad a través de la cooperación y las atenciones de urgencia a través de la red hospitalaria. Al respecto, los funcionarios de los servicios de salud señalaron:



*“Por otro lado, no contamos con suficiente capacidad instalada en nuestra república hospitalaria para que ellos puedan ser atendidos, se debe anotar que una gran parte de la población migrante está de forma irregular en el país, por lo tanto, tomando en cuenta esta normatividad que rige actualmente no pueden acceder a la seguridad social en salud. La población migrante se sigue atendiendo de acuerdo con nuestras capacidades tratando de garantizarles su derecho a la vida. Toda vez que se enfrentan barreras de acceso a servicios de alta complejidad, en el marco de la emergencia sanitaria se ha logrado garantizar la realización de las pruebas COVID-19, las atenciones de baja complejidad y las atenciones de urgencia a través de la red hospitalaria” (COFR2).*

En este contexto donde persisten barreras de acceso a servicios de alta complejidad para migrantes irregulares ha sido relevante el desarrollo de mecanismos de cooperación técnica:

*“La respuesta que hemos venido brindado a la atención migrante ha sido principalmente gracias al esfuerzo que han hecho los territorios liderados por el Departamento, con el gran apoyo, y eso sí lo resaltamos de la cooperación, la cual ha sido fundamental en la respuesta, no sólo en el marco de la emergencia sanitaria sino también en el marco del fenómeno migratorio cuando se cerraron las fronteras con el vecino país de Venezuela. Y soportada con la red pública hospitalaria, que a pesar de su difícil situación financiera y por demás la alta cartera de prestación de servicios de salud a la población general y migrantes, siguen garantizando las atenciones de urgencias de acuerdo con su nivel de atención y complejidad” (COFR2).*

Por su parte, desde las organizaciones de la sociedad civil se señaló la persistencia de barreras de acceso a la atención médica especializada para migrantes con estatus irregular, quienes son atendidos solamente en casos de urgencias médicas, pues quedan desatendidos de eventos de salud crónicos; dicha situación es similar a la que vive la población nacional sin capacidad de pago. Esto sumado a los servicios de salud mental y atención psicosocial, que en el país son insuficientes. Respecto a las brechas en el acceso a la atención médica, los representantes señalaron:

*“El sistema de salud tiene unas restricciones para el acceso y son los migrantes irregulares quienes quedan excluidos. La xenofobia en puntos de alta concentración de migrantes es cada vez mayor” (COSC1).*

*“La pandemia ha generado una sobrecarga inesperada a los sistemas de salud a nivel mundial. El colapso no ha sido sólo en países con bajo ingreso per capita, hemos visto potencias que han sucumbido ante la emergencia sanitaria generada por la pandemia. En cualquier país, si los nacionales han visto limitado su oportunidad de acceso a servicios de salud hospitalarios en esta coyuntura de la pandemia, cuánto más los migrantes que no cuentan con tantas garantías como un ciudadano” (COSC2).*

#### 4.1.6 Respuesta social a la migración y vulnerabilidades ante COVID-19: el caso de Venezuela

*“Muchos hemos decidido retornar a nuestro país ya que se está agudizando la pandemia en los países donde pasamos a ser migrantes y las fuentes de ingreso se han ido cerrando, además la xenofobia. Pero el retorno es traumático ya que hemos tenido que caminar grandes distancias atravesando países de largo a largo para llegar a nuestro país de origen” (VESC1).*

Desde el 13 de marzo de 2020, el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela publicó el Decreto No. 4.160 en la Gaceta Oficial No. 6.519, mediante el cual se declaró el “Estado de Alarma en todo el territorio nacional”, a fin de adoptar las medidas urgentes, efectivas y necesarias, de protección y preservación de la salud poblacional, y mitigar los riesgos de epidemia relacionados con el nuevo coronavirus (COVID-19)<sup>12</sup>. A partir de ello, se conformó el Consejo Presidencial para la Prevención y Atención de la COVID-19, y se han ampliado y actualizado las normas, decretos y lineamientos para responder a la emergencia sanitaria, incluyendo desde el reforzamiento de las unidades de atención primaria y hospitalarias, acciones de salud comunitaria, las medidas de mitigación en el espacio público, los protocolos de diagnóstico, aislamiento y tratamiento para casos COVID-19, entre otras medidas.

Dichos protocolos se han implementado en cumplimiento con los lineamientos emitidos por la OMS/OPS, en el marco de la cooperación técnica internacional que se ha ejecutado en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y organismos adscritos al mismo. Respecto a la respuesta institucional que se ha implementado para hacer frente a la pandemia, un funcionario entrevistado explicó:

“A nivel central se instaló el Consejo Presidencial para la Prevención y Atención de la COVID-19, que involucra a todos los sectores y niveles de gobierno (...) Se han emitido Resoluciones, Guías, Normas, Algoritmos y Lineamientos especiales para el manejo de COVID-19 en los puntos de entrada aéreos, marítimos y terrestres, en los servicios de salud, instituciones educativas, comercio, instituciones públicas, espacios, vías públicas y en la comunidad. Este conjunto de documentos incluye normas para la prevención del contagio, manejo de casos sospechosos, probables, confirmados y contactos, pesquisa y diagnóstico, vigilancia epidemiológica y notificación, uso apropiado de EPP, organización y funcionamiento de centros centinela con triaje respiratorio, y tratamiento de casos” (VEFC1).

De igual manera, las medidas de mitigación para SARS-CoV-2, han incluido protocolos sanitarios que operan en la recepción de pasajeros en puertos, terminales y aeropuertos, así como en el proceso de retorno de la población de migrantes connacionales que ingresan por los puntos fronterizos, con el objetivo de minimizar los riesgos derivados del tránsito y el posible ingreso al territorio nacional de personas afectadas por el nuevo coronavirus.

<sup>12</sup> Disponible en: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.519 Extraordinario (fao.org)



#### • Vulnerabilidad social y riesgos en salud de migrantes en el contexto de la pandemia

En el caso de Venezuela, se reconoce que miles de connacionales que en su mayoría vivían en otros países de la Región Andina y otras regiones de América Latina, retornaron al país por el impacto económico de la pandemia de la COVID-19. Debido a las medidas de confinamiento, un amplio número de migrantes venezolanos se quedaron sin empleo e ingresos, y enfrentaron importantes dificultades para la satisfacción de necesidades básicas y pago de arriendo en los contextos de destino, por lo que han optado por la migración de retorno a su país de origen. Desde que empezó la pandemia hasta octubre de 2020, alrededor de 135.590 personas habían regresado a Venezuela, la mayoría por el Estado de Táchira (OCHA, Venezuela, noviembre 2020).

Las diferentes dimensiones de la pandemia y las medidas que se han implementado para su mitigación, tanto en las sociedades de destino como en el origen, han agravado las ya de por sí difíciles condiciones de vida y trabajo y la situación de salud de la población migrante venezolana inmersa en la dinámica de retorno. En sus propias palabras:

*“La pandemia ha afectado a los migrantes reduciendo sus ingresos y dejado sin empleo a muchas personas. En algunos casos nosotros los migrantes solemos vivir y trabajar en condiciones de hacinamiento que no permiten el distanciamiento social, corriendo un mayor riesgo de contraer la COVID-19 u otras enfermedades. Así como también, la pérdida de nuestros empleos en trabajos informales y poco remunerados a menudo se carece de redes de protección social. Por lo tanto, quedarse en casa durante la pandemia es un lujo que muchos de nosotros los migrantes no podemos permitir” (VESC1).*

*“Si se ha visto agudizada la vulnerabilidad, ya que los migrantes y sus familias han perdido viviendas, trabajo, entre otras porque no son nativos de ese país; y el gobierno no les brindó las facilidades y beneficios que, como emigrantes de ese país, es por ello hubo ese gran regreso masivo de connacionales a Venezuela” (VEFR1).*

*“Nos hemos visto afectados en la mayoría de los casos, por motivo de que si bien es cierto existen impactos sobre todos los derechos humanos frente a los diversos contextos ocasionados por la pandemia, especialmente en relación al derecho a la vida, la salud e integridad personal, se ven seriamente afectados el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la educación, a la alimentación, a la agua y a la vivienda, entre otros; todo ello motivado a que nosotros como migrantes no contamos con la documentación (nacionalidad) del país al que hemos migrado” (VESC1).*

*“Muchos países de la región han establecido medidas de confinamiento de alcance nacional que han impedido el funcionamiento de sus economías informales, como resultado, muchos venezolanos que viven en esos países y dependen de la economía informal, no pueden pagar el arrendamiento o alimentos, muchos han partido empleos o parte de sus ingresos” (VEFC1).*

Frente al fenómeno del retorno masivo de migrantes se han desarrollado algunas estrategias. Un apoyo que se mencionó en las entrevistas corresponde al “Plan Vuelta a la Patria”, el cual, tiene como objetivo ofrecer apoyo y estímulo a migrantes que expresen voluntariamente su deseo de retornar a Venezuela. De acuerdo con la información del Consulado General de Venezuela, este Plan surgió en atención a la situación de vulnerabilidad o dificultad económica que padecen ciudadanos venezolanos residentes en el extranjero, por lo que se realizó un esfuerzo logístico, social, diplomático y económico para ofrecer un apoyo solidario a todos los connacionales para su regreso y reinserción en el país de origen. Al respecto, un funcionario entrevistado señaló que: “Ante el retorno masivo se ha implementado el Plan Vuelta a la Patria, el cual se ha está realizando de manera efectiva y eficaz tanto por vía aérea como por vía terrestre” (VEFR1).

Además del fenómeno del retorno de migrantes, en Venezuela se ha reportado un flujo mixto de personas en movilidad viajando desde el interior del país hacia los municipios fronterizos occidentales. En este marco de movilidad mixta de personas, también hay reportes de venezolanos saliendo del país por vías irregulares, alentados en parte por la reciente flexibilización de las medidas de cuarentena en países vecinos. Diversos reportes dan cuenta de las necesidades y riesgos de protección que enfrentan las personas que salen de Venezuela, tanto en el camino hacia la frontera y por los pasos irregulares (OCHA, Venezuela, noviembre 2020).

#### • La respuesta en salud

Como parte de los protocolos que se han implementado para hacer frente a la pandemia, el gobierno de Venezuela ha instalado los Puntos de Atención Social Integral (PASI) ubicados en las zonas de frontera. Los PASI funcionan como centros de cuarentena para las personas que retornan al país por las fronteras terrestres, las cuales deben esperar el resultado de la prueba diagnóstica de SARS-

CoV-2, y en caso de resultar positivo tiene que permanecer en el centro de aislamiento. En relación con esta medida sanitaria aplicada en los puntos de frontera, los informantes señalaron:

*“Se ha registrado el retorno masivo. Las medidas sanitarias han incluido la implementación de los Puntos de Atención Social Integral (PASI) para recibir a los venezolanos que regresan al país. La población migrante que ingresa al país ha recibido la atención integral de salud de manera gratuita incluyendo alojamiento, alimentación y transporte hasta las ciudades de destino” (VEFC1).*

*“El Estado venezolano cuenta con políticas de salud enmarcadas en los protocolos establecidos con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ha dispuesto de los Puestos de Atención Social Integral (PASI). Respondiendo de manera efectiva a las necesidades de vida y salud de los migrantes ante la pandemia de la COVID-19” (VEFR1).*

Hasta el mes de agosto del presente año, se había registrado el ingreso de alrededor de 90,000 por los PASI. Para el mes de noviembre se registró una disminución en el número de personas retornadas por los distintos pasos fronterizos formales, lo cual ha disminuido la demanda de atención en los espacios de alojamiento temporal establecidos por las autoridades en los estados fronterizos. En la actualidad se mantienen 11 PASI en funcionamiento en el Estado de Táchira, 14 en Bolívar, nueve en Zulia, cuatro en Apure, y dos en Amazonas; los cuales cuentan con condiciones sanitarias y capacidad instalada muy variable (OCHA, Venezuela, noviembre 2020).

Desde la experiencia de los funcionarios entrevistados, “actualmente todo el sector salud del país está abocado en el combate de la pandemia por COVID-19, cubriendo las necesidades de las personas migrantes, en plena unión cívico militar con el apoyo de la FANB, Organismos de Seguridad del Estado entre otros. En el marco de las acciones sustantivas, se ha dado continuidad a la cooperación internacional solidaria con OMS/OPS y todo el sistema de Naciones Unidas, China, Rusia, Cuba y otras organizaciones internacionales (VEFC1).

En un contexto donde se enfrentan “dificultades para la adquisición de insumos, medicamentos, repuestos y equipos para la atención de la salud” (VEFR1), la cooperación técnica internacional se ha entrado en el fortalecimiento de la capacidad instalada del sistema de salud del país para enfrentar la emergencia sanitaria. De acuerdo con la OPS (2020), en el marco de la respuesta frente a la pandemia, se ha acordado priorizar el acceso a los equipos de protección para el personal de salud, a las pruebas diagnósticas, a los respiradores invasivos para pacientes en cuidados intensivos, medicinas y otros insumos para tratamiento.

## 4.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE COVID-19 EN POBLACIÓN NACIONAL Y MIGRANTE EN LA REGIÓN ANDINA

En este segundo apartado de resultados se presenta un análisis descriptivo de los datos epidemiológicos que fueron compartidos por los Ministerios de Salud de los países parte del Organismo Andino de Salud, con el propósito de proporcionar un panorama general sobre la situación de COVID-19 en población migrante en los seis países de la región, para el periodo enero-julio de 2020. Se trata de un análisis exploratorio preliminar y susceptible a los ajustes y actualizaciones realizadas por las diferentes instancias de vigilancia epidemiológica de los seis países andinos. Para contar con un parámetro de referencia, se interpretan las frecuencias reportadas en población nacional y migrante en cada uno de los países.

Considerando los retos metodológicos que se presentan para estimar los denominadores poblacionales en migrantes, el estudio se circunscribe a un análisis descriptivo de frecuencias absolutas y porcentajes de los casos de COVID-19 en migrantes registrados y reportados por cada uno de los seis países andinos para el periodo enero-julio del 2020. Asimismo, como se señaló en el apartado metodológico de este documento, es relevante considerar que la cuantificación y la caracterización del impacto de la epidemia de COVID-19 en las poblaciones migrantes presentes en los seis países andinos, dependen tanto de las definiciones utilizadas como de las características de las fuentes de información disponibles. Adicionalmente, se debe considerar que cada país de la región tiene una estrategia diferente para incentivar la detección y confirmación de los casos; y que la dinámica y temporalidad de la pandemia es diferencial entre los territorios.

Pese a las limitaciones se consideró relevante presentar este panorama epidemiológico con el propósito de explorar la situación de la pandemia COVID-19 en estas poblaciones vulnerables e identificar algunos factores de riesgo asociados, así como documentar los avances en la respuesta social en salud durante el primer semestre del año 2020.

### 4.2.1 COVID-19 en los países andinos: morbilidad, mortalidad y riesgos

El 31 de diciembre de 2019, la República Popular China notificó un grupo de casos de neumonía de etiología desconocida, identificados posteriormente el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades. El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el actual brote como una emergencia de Salud Pública Internacional (OPS, 2020).

En este año 2020, la pandemia ha evolucionado rápidamente, afectando e identificando casos y defunciones de la enfermedad en las seis regiones de la OMS. Hasta la semana epidemiológica número 49 (6 de diciembre) de 2020, los países miembros de la OMS habían informado 65,872,112 casos acumulados de COVID-19, incluidas 1,523,650 defunciones a nivel global, en 219 países, territorios y áreas. La región de la OMS con más casos acumulados registrados es América, seguida de Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental, África y Pacífico Occidental. Del total de casos acumulados (n=65,872,112) de COVID-19 registrados al 06 de diciembre de 2020, el 42.6% corresponde a la región

de América (n=28,062,331); de los cuales, 24,293,310 son casos previos y 3,769,021 casos activos (Secretaría de Salud, México, 07 de diciembre de 2020).

De acuerdo con los datos compartidos por los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, a través del cuestionario diseñado por el Comité Andino de Salud para personas Migrantes, entre enero a julio de 2020, en los seis países de la Región Andina se registró un total de 1,196,177 casos acumulados de COVID-19 en población nacional. Del total de casos, el 47% son mujeres y 53% hombres (Tabla 1).

Respecto a la situación epidemiológica en la población migrante, en los seis países de la Región Andina se notificaron 45,833 casos acumulados de COVID-19 en población migrante. Del total de casos en personas migrantes, 46% son mujeres y 54% hombres, distribución que no presenta diferencias con las proporciones registradas en la población de nacionales (Tabla 2).

**Tabla 1.**  
Número de casos COVID-19 de nacionales, por país y sexo, periodo enero a julio 2020

	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bolivia	54,630	55	44,516	45	99,146	8.3
Chile	174,816	51	167,298	49	342,114	28.6
Colombia	209,091	52	190,091	48	399,182	33.4
Ecuador	131,668	52	119,729	48	251,397	21.0
Perú	50,730	56	39,136	44	89,866	7.5
Venezuela	8,455	58	6,017	42	14,472	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>629,390</b>	<b>53</b>	<b>566,787</b>	<b>47</b>	<b>1,196,177</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

Respecto a la situación epidemiológica en la población migrante, en los seis países de la Región Andina se notificaron 45,833 casos acumulados de COVID-19 en población migrante. Del total de casos en personas migrantes, 46% son mujeres y 54% hombres, distribución que no presenta diferencias con las proporciones registradas en la población de nacionales (Tabla 2).

**Tabla 2.**

Número de casos COVID-19 de migrantes, por país y sexo, periodo enero a julio 2020

	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bolivia	70	66	36	434	106	0.2
Chile	18,823	54	15,817	46	34,640	75.6
Colombia	2,610	53	2,295	47	4,905	10.7
Ecuador	561	45	697	55	1,258	2.7
Perú	106	63	62	37	168	0.4
Venezuela	2,644	56	2,112	44	4,756	10.4
<b>TOTAL</b>	<b>24,814</b>	<b>54</b>	<b>21,019</b>	<b>46</b>	<b>45,833</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

La mayor parte de los casos registrados se concentra en los países que se han caracterizado por presentar una alta recepción de migrantes. Asimismo, la distribución de los casos puede estar asociada tanto a las estrategias de diagnóstico de casos de COVID-19 que ha implementado cada país, como a las capacidades de respuesta de los sistemas institucionales en salud en el abordaje del tema migración y salud. Desde esta perspectiva, destacan los alcances que han tenido los países de Chile y Colombia, quienes han integrado a la población migrante en las estrategias regulares de testeo, lo cual contribuye a explicar el mayor registro de casos; y en el caso de Venezuela es relevante considerar que la definición de “caso COVID-19 en migrante” se clasifica como “caso importado”.

Respecto al registro de comorbilidades que se configuran como factores de riesgo para el desarrollo de casos graves de COVID-19, se identifican diferencias entre la población nacional y migrante. En todos los países donde se recabaron datos, se observó que las personas migrantes con COVID-19 presentaron una menor proporción de casos de obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes e inmunosupresión (VIH, cáncer y otros padecimientos) en comparación con los nacionales (ver tablas 3 y 4).

**Tabla 3.**

Porcentaje de factores de riesgo del total de casos de COVID 19 acumulados de nacionales por país, periodo enero a julio 2020

	% Obesidad	% Hipertensión	% Enf. Cardiovasculares	% Diabetes	% Inmunodepresión *
Bolivia	4.5	8.0	1.8	5.3	0.0
Chile	3.5	14.4	1.9	7.4	0.7
Colombia	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Ecuador	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Perú	3.6	1.7	6.8	5.5	0.9
Venezuela	0.1	1.4	0.6	Sin dato	0.1

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

\* VIH, Cáncer y otros

En el caso de Bolivia, del total de casos de COVID-19 acumulados en población nacional, el 4.5% tenía obesidad, el 8% hipertensión y el 5.3% diabetes, mientras que estas proporciones en población migrante fueron de 2.8%, 6.6% y 0.94% respectivamente. En Chile, el 3.5% de los casos en nacionales presentó obesidad, 14.4% hipertensión y 7.4% diabetes; y en migrantes estas proporciones fueron de 2.2%, 4.9% y 2.3% respectivamente (tablas 3 y 4).

**Tabla 4.**

Porcentaje de factores de riesgo del total de casos de COVID 19 acumulados de migrantes por país, periodo enero a julio 2020

	% Obesidad	% Hipertensión	% Enf. Cardiovasculares	% Diabetes	% Inmunodepresión *
Bolivia	2.8	6.6	1.9	0.94	-
Chile	2.2	4.9	0.5	2.3	0.5
Colombia	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato
Ecuador	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato
Perú	4.2	3.0	7.7	6.0	-
Venezuela	0.0	0.6	0.2	Sin dato	0.1

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

\* VIH, Cáncer y otros

En cuanto a las defunciones y la tasa de letalidad estimada entre los casos confirmados, se observan diferencias entre nacionales y migrantes. En todos los casos, entre los nacionales se estima una mayor tasa de letalidad en comparación con las estimaciones registradas entre la población migrante.

**Tabla 5.**  
Defunciones por COVID-19 de nacionales por sexo y tasa de letalidad entre los casos confirmados según país, periodo enero-julio 2020

	Total de Casos	Defunciones				Total de Defunciones	Tasa de Letalidad*
		Hombres		Mujeres			
		N°	%	N°	%		
Bolivia	99,146	1,802	29.9	4,233	70.1	6,035	6.1
Chile	342,114	5,883	58.5	4,175	41.5	10,058	2.9
Colombia	399,182	9,808	64.5	5,405	35.5	15,213	3.8
Ecuador	251,397	3,976	66.2	2,033	33.8	6,009	2.4
Perú	89,866	16,721	70.5	7,003	29.5	23,724	26.4
Venezuela	14,472	176	71.5	70	28.5	246	1.7

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

\* Proporción de personas con COVID-19, que fallecen en relación con el total de personas que han contraído la enfermedad (casos confirmados acumulados). Se expresa como porcentaje.

En el caso de Chile, del total de casos de COVID-19 confirmados se ha estimado una tasa de letalidad de 0.56 por ciento en migrantes mientras que en población nacional ha sido de 2.9%. De manera semejante, Colombia presenta una tasa de letalidad de 3.8% en población nacional mientras que en población migrante es de 2.10% (ver tablas 5 y 6).

**Tabla 6.**  
Defunciones por COVID-19 de migrantes por sexo y tasa de letalidad por país, periodo enero a julio 2020

	Total de Casos	Defunciones				Total de Defunciones	Tasa de Letalidad*
		Hombres		Mujeres			
		N°	%	N°	%		
Bolivia	106	1	33.3	2	66.7	3	2.83
Chile	34,640	126	64.6	69	35.4	195	0.56
Colombia	4,905	64	62.1	39	37.9	103	2.10
Ecuador	1,258	13	56.5	10	43.5	23	1.83
Perú	168	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Venezuela	4,756	8	57.1	6	42.9	14	0.29

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el apartado metodológico contenido en el este documento.

\* Proporción de personas con COVID-19, que fallecen en relación con el total de personas que han contraído la enfermedad (casos acumulados). Se expresa como porcentaje

Respecto a la positividad de las pruebas PCR de COVID-19, se observó que, en los casos de Chile y Colombia, la positividad de las pruebas PCR de SARS-Cov-2 en migrantes es más elevada que la registrada en nacionales. El porcentaje de positividad puede estar asociado con las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan los trabajadores(as) migrantes quienes frecuentemente forman parte de los sectores productivos orientados a las actividades esenciales, estando más expuesto al contagio o por acceden a las pruebas de PCR con síntomas, no de manera preventiva, por miedo a perder el trabajo y falta de redes de apoyo.

Como se muestra en la tabla 7, en Chile se ha realizado un total de 94,099 pruebas PCR de COVID-19 en migrantes, de las cuales el 41.5% han obtenido un resultado positivo y 58.5% negativo; y en el caso de los nacionales la proporción de positividad fue de 24.7%. De igual manera, en Colombia, se han realizado 14,905 pruebas, de las cuales 37.2% han sido positivas, mientras que en nacionales esta proporción fue de 22.8% (tabla 7).

**Tabla 7.**

Pruebas COVID-19 (PCR) de migrantes por resultado y país, periodo enero a julio 2020

	Positivos		Negativos		Total
	N°	%	N°	%	N°
Bolivia	106	28.2	270	71.8	376
Chile	39,032	41.5	55,067	58.5	94,099
Colombia	5,549	37.2	9,356	62.8	14,905
Ecuador	394	40.2	587	59.8	981
Perú	168	100.0	Sin dato	Sin dato	168
Venezuela	4,756	28.0	12,204	72.0	16,960

Fuente: Ministerios de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud; el detalle de las fuentes y la definición de las variables que se presentan en las tablas se encuentran en el primer apartado metodológico.

#### 4.2.2 Acceso a estrategias de promoción, prevención y atención de COVID-19 en población migrante

De acuerdo con la información registrada por los países andinos en el “Cuestionario sobre respuesta sanitaria de los países frente a la pandemia por COVID-19 respecto a las personas migrantes”, en general, las estrategias nacionales de acceso a pruebas diagnósticas gratuitas de SARS-CoV-2 incluyen a la población migrante. Asimismo, sin soslayar las singularidades que presenta cada sistema de salud, en su mayoría, se reportó que las personas migrantes afectadas por la COVID-19 cuentan con facilidades de acceso a la atención en salud; sin embargo, no en todos los casos se especificaron las condiciones de acceso vertical para aquellos casos de urgencia que requieren de atención hospitalaria (ver Tabla 8).

**Tabla 8.**  
Acceso a pruebas de SARS-CoV-2 y atención a la atención de salud en población migrante según país

País	Acciones de testeo y Aislamiento	Pago por pruebas COVID-19	Acceso a la Atención de Salud	Pago por servicios recibidos	Pago de Medicamentos
Bolivia	SI	NO	NO	SI	SI
Chile	SI	NO	SI	NO	NO
Colombia	SI	NO	SI	NO	NO
Ecuador	SI	NO	SI	NO	NO
Perú	NO	NO	SI	NO	NO
Venezuela	SI	NO	SI	NO	NO

Fuente: Cuestionario sobre respuesta sanitaria de los países frente a la pandemia por COVID-19 respecto a las personas migrantes

En el caso de Bolivia, se indicó que de acuerdo con la Ley 1152 por el principio de preminencia la atención en el sistema público de salud no es negada a ninguna persona que habita el país, y con base en la Ley 1293 el tratamiento a toda persona afectada por COVID-19 es gratuito. No obstante, se indica que las personas migrantes pueden enfrentar barreras de acceso a la atención en salud y medicamentos, particularmente, para aquellas personas que tienen una condición migratoria irregular o una prestación no cubierta en el marco de convenios de reciprocidad de atención con países vecinos.

En el caso de Chile, se reportó que la estrategia de vigilancia epidemiológica sobre COVID-19 es universal, y en cuanto a la estrategia de testeo incorpora a la población migrante en iguales condiciones que la nacional, incluyendo para los grupos más vulnerables gratuidad en todas las prestaciones a través del seguro público, FONASA, entre ellos, las personas migrantes en situación irregular. En cuanto a la estrategia de aislamiento esta incluye el derecho a acceder a una residencia sanitaria de manera gratuita para toda la población, incluyendo a los migrantes en situación irregular.

La estrategia de testeo en Chile es gratuita para todos los beneficiarios del seguro público de salud, FONASA, lo que corresponde a cerca de un 80% de la población y que incluye a los migrantes en situación irregular por lo que no deben pagar pruebas de SARS-CoV-2. En el caso de los afiliados a seguros privados estos deben pagar un copago con tope de 25,000 CLP. Asimismo, se indicó que el sistema chileno protege a todos los habitantes del territorio nacional en iguales condiciones y aquello que son carentes de recursos son beneficiarios del seguro público en tramo de gratuidad y pueden acceder a todo el régimen de prestaciones, incluidos las atenciones de COVID-19, los migrantes en situación irregular, sin documentos o sin permiso de residencia son beneficiarios establecidos en el Decreto Supremo N°67.

En el caso de Colombia se indicó que, de acuerdo con los lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia, todas las entidades de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) deberán coordinar los planes, programas y servicios que existan para la atención de población migrante, especialmente aquella que puede estar en situación de mayor vulnerabilidad (en situación de calle, niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, en condición de discapacidad, adulto mayor, en situación migratoria irregular), con la finalidad de cumplir los protocolos de salud pública establecidos por el MINSALUD, lo cual incluye la detección oportuna y tratamiento de la COVID-19. Si bien por normativa el énfasis de la garantía está en la urgencia, las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio (Artículo 2.5.3.2.2 Decreto 780 de 2016), esto tanto respecto con la atención, como a los medicamentos.

En su mayor parte, los países andinos incluyen a la población migrante en sus respectivas estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos ante la COVID-19, incluyendo medios y campañas de difusión de información, así como insumos sanitarios para la protección personal (tapabocas) y kits de higiene. Asimismo, es relevante señalar que todos los países de la región han detectado la necesidad de fortalecer las estrategias de atención a la salud mental en contexto de la pandemia por COVID-19, incluyendo a personas migrantes.

**Tabla 9.**  
Estrategias de Prevención y Promoción de la salud que incluyen a migrantes por país en el contexto de la pandemia por COVID-19

País	Estrategia de Prevención	Estrategias de Comunicación de Riesgo	Estrategias de Salud Mental	Elementos de protección personal e higiene	Estrategias Interculturales
Bolivia	SI	SI	SI	SI	NO
Chile	SI	SI	SI	SI	SI
Colombia	SI	SI	SI	S/R	SI
Ecuador	NO	SI	SI	S/R	S/R
Perú	NO	NO	SI	SI	NO
Venezuela	SI	SI	SI	SI	SI

Fuente: Cuestionario sobre respuesta sanitaria de los países frente a la pandemia por COVID-19 respecto a las personas migrantes

En el caso de Chile, la estrategia es universal, no obstante, se indicó que existen dos programas con presupuesto que abordan las necesidades específicas de salud de los migrantes: el Programa de Migración y Salud, y el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes; ambos han desarrollado actividades de adecuación en la estrategia de prevención y comunicación de riesgo desde un abordaje de pertinencia cultural.

El programa de Migración y Salud y el de Salud de Migrantes de APS entregó recursos a las regiones para el desarrollo de estrategias de prevención de COVID-19, y el desarrollo de acciones de prevención en lugares de hacinamiento, campamentos y viviendas colectivas. Algunas de las acciones desarrolladas son adaptación de la gráfica de comunicación de riesgo y traducción del material al creole, en formatos para difundir en distintas redes sociales; preparación de mensajes a través de distintos medios para llegar a la población migrantes como canciones con mensajes preventivos, programas radiales, cápsulas radiales, videos educativos en español y creole; capacitación de líderes y lideresas en modalidad online; trabajo comunitario con mediadores interculturales; comunicación permanente con líderes migrantes por WhatsApp; ayuda social; intervenciones integrales en lugares de hacinamiento, campamentos y viviendas colectivas abarcando temas de derechos en salud, prevención de COVID-19, testeo, como acceder al seguro público, entrega de kit de protección personal como mascarillas, alcohol gel, jabón y otros elementos como toallas higiénicas femeninas, condones, pasta de dientes, cepillos, etc.

En el caso de Colombia, se indicó que en los lineamientos para la prevención de casos de COVID-19 en población migrante se han establecido las responsabilidades de las entidades territoriales en este ámbito, destacando las siguientes acciones: informar a la población general sobre el uso de tapabocas convencional obligatorio; divulgar, de manera prioritaria, en los lugares que se tengan identificados de “pago por noche” sobre la prevención del contagio; promover estrategias de información, educación y comunicación para la autoidentificación y reporte de síntomas de Coronavirus (COVID-19) en la población migrante. De igual manera, se consideran acciones comunitarias para disminuir percepciones equivocadas sobre población migrante y contrarrestar la posibilidad de expansión de la xenofobia, el estigma y la discriminación y en relación con las estrategias interculturales se exige a las entidades territoriales, especialmente en fronteras, un abordaje diferencial, en el caso de población indígena y otros grupos étnicos.



**V. CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Entre el 08 de febrero y el 13 de marzo de 2020, los seis países de la Región Andina, declararon la situación de emergencia sanitaria a nivel nacional por la pandemia de COVID-19; y comenzaron a implementar las medidas de contención basadas en las restricciones de la movilidad en el espacio público, los controles de ingreso al territorio nacional y el cierre de fronteras. Asimismo, cada país emitió decretos, normativas, lineamientos y protocolos para la implementación del continuo de medidas de mitigación que consideran el aislamiento de los casos de personas con la infección por SARS-CoV-2, la cuarentena de las familias y el resguardo de las personas con mayor riesgo de cuadros graves y de muerte, así como las acciones orientadas al distanciamiento social de toda la población.

De acuerdo con los datos entregados por los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en el periodo de enero a julio de 2020, se registró un total de 1,196,177 casos acumulados de COVID-19 en población nacional (47% mujeres y 53% hombres). Respecto a la población migrante, en el mismo periodo se notificó un total de 45,833 casos acumulados de COVID-19; de los cuales, 46% son mujeres y 54% hombres, distribución que no presenta diferencias con las proporciones registradas en la población de nacionales. Los datos sugieren diferencias entre nacionales y migrantes en lo que concierne a la positividad en las pruebas de COVID-19 por PCR, en las defunciones y tasa de letalidad, así como en las comorbilidades que se constituyen como factores de riesgo para el desarrollo de casos críticos.

En los países andinos se reconoce que la pandemia “tiene distintas caras, es sanitaria, pero también humanitaria, de salud, económica, social y ha tenido repercusiones políticas para todas las personas, sin distinción de nacionalidad; pero sin duda, los grupos más vulnerables, entre ellos las poblaciones migrantes, están sufriendo más las consecuencias de esta grave problemática” (CHSC2).

Las diferentes dimensiones de la pandemia y las medidas sanitarias que se han implementado para su mitigación han tenido un impacto en la movilidad de los flujos migratorios presentes en la región; y se han evidenciado afectaciones que se expresan en la situación de salud, en el incremento de las necesidades de asistencia y en la agudización de las condiciones de vulnerabilidad y riesgo que enfrentan los trabajadores(as) migrantes intrarregionales y las poblaciones desplazadas y refugiadas.

Tal como ha ocurrido en otros contextos, en los países andinos se ha registrado una importante contracción económica que se agudizó con la pandemia, la cual ha tenido efectos adversos en el mercado laboral, y la población migrante constituye uno de los grupos sociales con mayor vulnerabilidad ante este fenómeno. La pandemia ha expuesto las inequidades estructurales que enfrentan los trabajadores migrantes, especialmente aquellos insertos en los sectores más afectados por la crisis económica (servicios o construcción) y que, durante la pandemia, se han quedado sin empleo o han vivido la reducción de sus ingresos. De igual manera, en todos los países se visibilizó la situación de un amplio número de población migrante que depende del sector informal de la economía, y que previo a la pandemia ya vivía limitaciones en sus derechos y beneficios laborales, y para quienes el cierre de las actividades imposibilitó el sustento

del día a día. En el caso específico de Chile, también se aludió a la situación de los trabajadores agrícolas migrantes, cuya situación económica y condiciones de vida se precarizaron aún más en el periodo más agudo de la contingencia sanitaria.

En consecuencia, la crisis económica ha precarizado aún más las condiciones de vida de las poblaciones migrantes, dificultando la satisfacción de necesidades básicas, principalmente, alimentación y vivienda; y en esta situación se han incrementado los riesgos y ha comenzado a tener efectos en su situación de salud. En todos los casos analizados, se alude a este “efecto dominó” que destaca los determinantes sociales de la salud y su efecto en el proceso salud-enfermedad-atención de las poblaciones migrantes. Frente a la adversidad, los migrantes y sus familias despliegan diversas estrategias para la supervivencia; particularmente, en el contexto regional se visibilizaron dos dinámicas que les han permitido encarar este problema colectivo: la migración de retorno y la permanencia en las sociedades de destino. Asimismo, se han desplegado modalidades de respuesta social en salud que han buscado responder a las necesidades de las personas migrantes inmersas en estas dinámicas.

#### *Ante la crisis, la movilidad o la migración de retorno*

En los seis países de la Región Andina se identificó que la pandemia ha trastocado la dinámica de movilidad poblacional de dos flujos migratorios: por un lado, ha puesto de relieve el fenómeno del retorno de miles de migrantes que se vieron afectados por el desempleo y la baja en los ingresos en las sociedades de destino de la región; por otro lado, están las poblaciones que se movilizan a otros puntos de la sociedad de destino u otros países de la región. Estos flujos de personas se desplazaron hacia las principales regiones fronterizas de cada país, y en estos contextos geopolíticos y sociosanitarios enfrentaron los efectos del cierre de fronteras y los controles de movilidad poblacional que se implementaron como parte de las medidas de contención y mitigación de la pandemia.

Durante el periodo más agudo de la contingencia sanitaria, se registraron conglomeraciones y “represamientos” de poblaciones móviles y migrantes en los principales puntos fronterizos de los seis países andinos, lo cual, en algunos casos ocasionó una crisis humanitaria donde un amplio número de personas y/o familias migrantes tuvo que pernoctar en espacios públicos, centros de atención y albergues que vieron rebasada su capacidad instalada.

Como parte de la respuesta social en fronteras, los gobiernos de los países en colaboración con las agencias de cooperación internacional y las organizaciones locales, implementaron los protocolos orientados a la contención de la pandemia, incluyendo la instalación provisional o ampliación de los albergues (Bolivia, Chile, Perú y Ecuador), así como el fortalecimiento de otros modelos de atención como por ejemplo, los Centros de Atención Transitoria de Tienditas (Colombia) y los Puntos de Atención Social Integral (Venezuela).

Estos modelos de atención presentan diferencias en términos de sus acciones y capacidad instalada; algunos han funcionado como puntos estratégicos para la aplicación de la prueba diagnóstica de SARS-CoV-2, y los casos positivos han facilitado condiciones para el aislamiento. En otros casos, los sitios han

funcionado como centros de cuarentena donde las personas -que salen o retornan- deben permanecer por 14 días. Si bien todos los países de la región han aplicado estos protocolos e implementado sitios de atención, aún se requiere generar evidencias que contribuyan a monitorear y evaluar los alcances de estas estrategias que requieren de un abordaje y coordinación binacional.

#### *Ante la crisis, la permanencia en el destino migratorio*

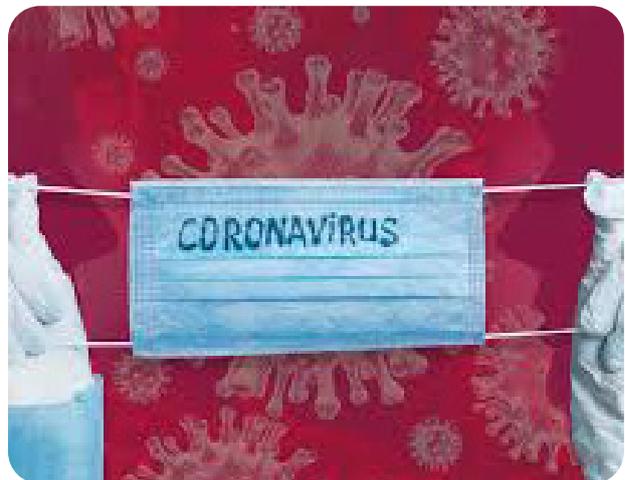
A pesar de la adversidad económica y la precarización de las condiciones de vida, amplios sectores de la población migrante se quedan en las sociedades receptoras. Los motivos son diversos: algunos grupos poblacionales cuentan con una situación migratoria regularizada y/o forman parte de los flujos más consolidados, mayor estabilidad y cuentan con redes sociales de apoyo; otros no están dispuestos a interrumpir el proyecto migratorio pese a las circunstancias; y para otros el retorno no representa una alternativa dada la situación económica, política o la crisis humanitaria que se vive en el país de origen.

Para estas poblaciones, la pandemia de COVID-19 ha contribuido a visibilizar y acentuar la vulneración de derechos que se desencadenan desde el ámbito del trabajo y que se extienden a la esfera de las necesidades esenciales, enfrentando importantes carencias en cuanto a la alimentación, al acceso a servicios básicos (luz y agua) y al arriendo de la vivienda. En estas circunstancias de pobreza y hacinamiento, son reducidas las posibilidades para implementar las medidas preventivas ante la infección por el SARS-CoV-2.

Las personas migrantes irregulares enfrentan mayores dificultades para adoptar las medidas de mitigación como la cuarentena voluntaria, ya que es prioritaria la necesidad de trabajar; “por lo tanto, quedarse en casa durante la pandemia es un lujo que muchos migrantes no se pueden permitir” (VESC1). Además, en todos los países se evidenciaron dificultades para la entrega de apoyos sociales gubernamentales (canastas familiares, bonos, subsidios de desempleo, entre otros) a la población migrante irregular.



Respecto a la respuesta en salud y migración, la región ha construido mecanismos de colaboración y alcances relevantes. En este ámbito destaca la respuesta social desarrollada en Chile, país que cuenta con una “Política de Salud de Migrantes Internacionales” sustentada en un enfoque de derechos humanos, equidad de género y el principio de no discriminación; así como el caso de Colombia que cuenta con un “Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno Migratorio”. Estas políticas, que son resultado de un proceso más amplio, han permitido sentar las bases para desarrollar modelos operativos de trabajo que en el contexto actual han facilitado la implementación de acciones preventivas y de atención de necesidades relacionadas con la COVID-19. Entre las acciones más relevantes destacan: coordinación de nivel central y territorial para garantizar la atención de migrantes; implementación de estrategias preventivas con enfoque multicultural, trabajo comunitario y campañas para la difusión de información y para reducir y enfrentar las situaciones de discriminación (por ejemplo, la campaña Anti-Xenofobia Somos Panas Colombia); testeo o diagnóstico de SARS-CoV-2, y alternativas para el aislamiento de los casos positivos (por ejemplo, la figura de las residencias sanitarias en Chile). En el caso de Perú, Bolivia y Ecuador también se han realizado acciones de coordinación con las autoridades regionales y agencias de cooperación, con el propósito de coadyuvar en la identificación de casos de COVID-19, promover campañas informativas para prácticas saludables, distribuir kits de higiene y abordar las comorbilidades asociadas y las necesidades de salud de las personas migrantes más vulnerables.



## Recomendaciones

El ORAS-CONHU ha desarrollado el “Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019-2022”, el cual se sustenta en un enfoque de derechos humanos; aborda ejes temáticos estratégicos, a la vez que presenta flexibilidad para incorporar futuros desafíos (ORAS-CONHU, 2019). La coyuntura derivada de la pandemia plantea la necesidad de integrar las acciones de respuesta a la COVID-19, en los objetivos estratégicos y líneas de acción concertadas en el Plan Andino. Desde este enfoque se emiten algunas recomendaciones orientadas a favorecer los esfuerzos regionales focalizados en el vínculo migración, salud y vulnerabilidad a la COVID-19:

**1) Definir un protocolo conjunto sobre salud y movilidad poblacional en situaciones de emergencia sanitaria en contextos fronterizos andinos, desde un enfoque de derechos humanos, el cual, debería contener los siguientes aspectos:**

- o Implementar estrategias de testeo (COVID-19) que faciliten y agilicen la movilidad para casos negativos. Definir lineamientos para el manejo y atención integral para casos positivos.
- o Potenciar las sinergias orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada de los albergues, campamentos, centros y puntos de atención de poblaciones migrantes en fronteras.
- o Dar continuidad a las intervenciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada de los servicios públicos de salud ubicados en fronteras.

**2) Fortalecer los sistemas de información en salud, el intercambio y la gestión del conocimiento sobre migración y COVID-19 en la Región Andina, considerando:**

- o Homologar a nivel regional, la definición de casos COVID-19 en personas migrantes.
- o Dar continuidad a los esfuerzos orientados a estimar los denominadores poblacionales en migrantes.
- o Fortalecer el registro de factores de riesgo asociados a COVID-19 en migrantes.

**3) Dar continuidad al desarrollo de acciones que faciliten el acceso a la atención integral en salud de migrantes en los contextos de origen, tránsito, destino y retorno, considerando dos tipologías:**

- o En aquellos países en donde se ha logrado la integración institucional de la población migrante en los protocolos nacionales para COVID-19, se sugiere:
  - Dar continuidad a los procesos de implementación, monitoreo y evaluación de los lineamientos y estrategias operativas de promoción, prevención, detección, manejo de casos positivos y atención de casos críticos de COVID-19 en migrantes.

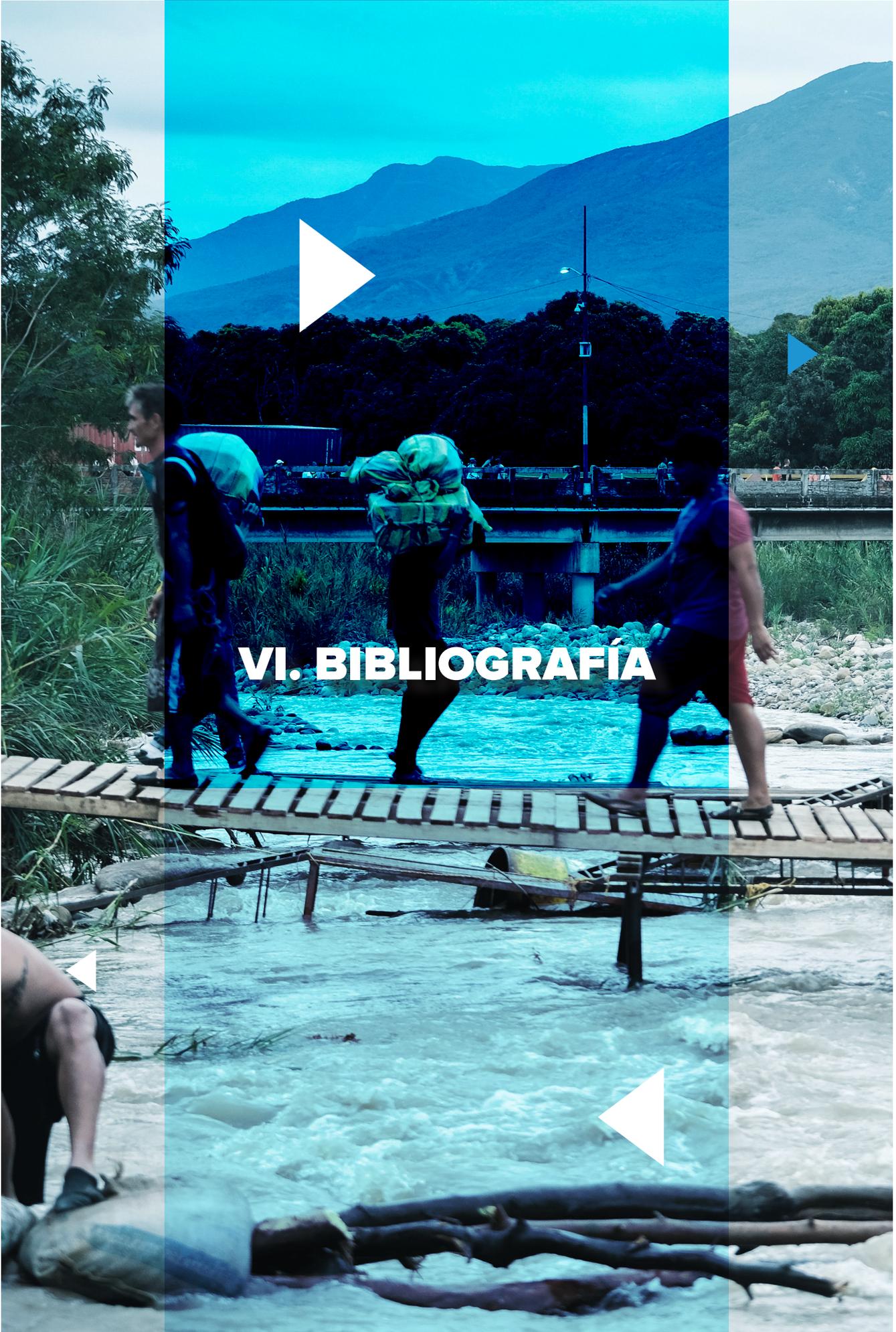
- Analizar las brechas de acceso a atención médica integral para casos de COVID-19 en migrantes irregulares.

c) En aquellos países donde no se ha logrado la integración institucional de la población migrante a los protocolos nacionales para COVID-19, se sugiere:

- Integrar lineamientos operativos y acciones específicas para la detección, manejo y atención de casos COVID-19 en migrantes.
- Alinear la agenda de cooperación internacional y favorecer sinergias para el desarrollo de acciones específicas que favorezcan la detección, el manejo y la atención de casos COVID-19 en migrantes.
- Analizar las brechas de acceso a atención médica integral para casos de COVID-19 en migrantes irregulares.

#### **4) Fortalecer los mecanismos de cooperación regional (con enfoque de equidad en salud y solidaridad social) para garantizar el acceso equitativo a vacunas para SARS-CoV-2 en personas migrantes.**

A corto y mediano plazo, la formulación e implementación de los planes nacionales de vacunación contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19) constituirán una prioridad para la respuesta social frente a la pandemia. En los países latinoamericanos la implementación de este componente de la respuesta implica enormes desafíos en materia de financiamiento, producción, distribución y aplicación de vacunas. En este contexto internacional determinado por las brechas de acceso, adquiere gran relevancia el desarrollo de acciones regionales que permitan definir mecanismos de cooperación que promuevan y garanticen el acceso equitativo a vacunas para SARS-CoV-2 entre los diferentes grupos de la población migrante.



## VI. BIBLIOGRAFÍA

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR (2020). Perú, Hoja de Datos sobre la situación de migrantes y refugiados. Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados. Marzo, 2020. Disponible en: ACNUR - ACNUR Perú - Hoja informativa (marzo de 2020)
2. BID (2020). Migración en la Región Andina: Impacto de la crisis y expectativas en el mediano plazo. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Países Andinos. Documento para discusión No. IDB-DP-0777, junio 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Migracion-en-la-region-andina-Impacto-de-la-crisis-y-expectativas-en-el-mediano-plazo.pdf>
3. Barrios M., López E., Rubio R., (2020). Flujos migratorios y COVID-19. La experiencia de los espacios filtro y de tránsito en Ciudad Juárez. El Colegio de la Frontera Norte, Número 10. Documentos de contingencia. Poblaciones vulnerables ante COVID-19.
4. Blackman A., et al. (2020). La política pública frente al COVID-19. Recomendaciones para América Latina y El Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-politica-publica-frente-al-COVID-19-recomendaciones-para--America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
5. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. (2017). “Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile”. Rev Peru Med Exp Salud Pública. No. 34(2): 167-75. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2510
6. Bojórquez I., Odgers O., Olivas O., (2020). Atención psicosocial a migrantes ante COVID-19 en albergues de la sociedad civil en Tijuana. El Colegio de la Frontera Norte, Número 6. Documentos de contingencia. Poblaciones vulnerables ante COVID-19.
7. Bronfman Mario, Leyva-Flores René. (2008). “Migración y SIDA en México”. En Veinticinco Años del SIDA en México, editado por Córdova José, Ponce de León Samuel y Valdespino José. Córdoba, 241-258. México, Secretaría de Salud.
8. Bronfman Mario, Leyva-Flores René y Negroni Mirka, (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
9. Cabieses B., Chepo M., Oyarte M., Markkula N., Bustos P., Pedrero V., Delgado I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. Rev Chil Pediatr. 88 (6), 711-721.
10. Canales A, Pizarro J, Reboiras L, Rivera F. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: informe

comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas. Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL; Serie Población y desarrollo No 95.

**11.** Castillo M.A., (2020). “Inmigración y pandemia en México. Reflexiones para políticas públicas”. En Migración y Desigualdades, No. 5. Seminario Migración, Desigualdad y Políticas Públicas. El Colegio de México. pp 3-5.

**12.** CEPAL, (2020). Dimensionar los efectos COVID-19 para pensar en la reactivación. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Disponible en: Dimensionar los efectos COVID-19 para pensar en la reactivación | Publicación | Comisión Económica para América Latina y el Caribe (cepal.org)

**13.** Chepo M, Astorga-Pinto S, Cabieses B. (2019). “Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación”. Rev. Panam Salud Pública. vol.: 43:71 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.71>

**14.** Del Monte J.A. (2020). “Entre políticas migratorias endurecidas y medidas sanitarias extraordinarias: migrantes atrapados en ciudades fronterizas durante la pandemia”. Revista Nexos, junio 03, Observatorio Migrante. Disponible en: <https://migracion.nexos.com.mx/2020/06/entre-politicas-migratorias-endurecidas-y-medidas-sanitarias-extraordinarias-migrantes-atrapados-en-ciudades-fronterizas-durante-la-pandemia/>

**15.** Del Monte J.A y McKee R., (2020). Personas migrantes en Tijuana frente al -19: impactos y consecuencias de las medidas sanitarias desde la perspectiva de los actores. El Colegio de la Frontera Norte, Número 8. Documentos de contingencia. Poblaciones vulnerables ante COVID-19.

**16.** Del Rocío M., Radilla P., (2020). Las movilidades transfronterizas y COVID-19: las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez en la frontera de México con Estados Unidos. El Colegio de la Frontera Norte, Número 9. Documentos de contingencia. Poblaciones vulnerables ante COVID-19.

**17.** Ferreira Sueli., y Gómez Romeu, (2007). La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Lugar Editorial. Pp. 80-93.

**18.** GIFMM Norte de Santander (2020). Respuesta COVID-19. Actualización No. 4. Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos- Respuesta a Venezolanos, Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Agosto 2020. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Respuesta%20COVID-19%20-%20Actualizaci%C3%B3n%20N%C2%B0%204%20-%20GIFMM%20Norte%20de%20Santander%20%28Agosto%202020%29.pdf>

**19.** GIFMM-R4V (2020). GIFMM Colombia: Evaluación conjunta de necesidades ante COVID-19. Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos- Respuesta a Venezolanos, Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Julio 2020

- 20.** Gobernación de Norte de Santander (2017). Proceso de Quito reconoce al CAST como ejemplo de buenas prácticas para atención a migrantes venezolanos. Oficina de prensa, 17 de noviembre de 2020. Disponible en: Proceso de Quito reconoce al CAST como ejemplo de buenas prácticas para atención a migrantes venezolanos - Noticias Gobernación Norte de Santander
- 21.** Gozzer Stefania, “El trágico viaje de un grupo de venezolanos que intentó regresar a pie a su país desde Perú en medio de una pandemia”. En: BBC News Mundo Coronavirus, 18 de mayo de 2020.
- 22.** INE-DEM (2020). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019. Instituto Nacional de Estadísticas-Departamento de Extranjería y Migración, Gobierno de Chile.
- 23.** Infante C, Leyva-Flores R, Gutierrez JP, Quintino-Perez F, Torres-Robles CA, Gomez-Zaldívar M. (2020). Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Cult Health Sex.* Oct;22(10):1145-1160. doi: 10.1080/13691058.2019.1662088. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31682779.
- 24.** Kauffer Edith. “Introducción: elementos conceptuales, históricos y metodológicos para el estudio de la frontera sur”. En *Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*, editado por Kauffer Edith, 15-18. México, El Colegio de la Frontera Sur, 2002.
- 25.** Leyva-Flores René, Infante Cesar, Caballero Martha, et al., (2004). “VIH/SIDA y el rechazo a migrantes en contextos fronterizos”. En *Rev. Científicas de América Latina. Número 3, El Caribe, España y Portugal*.
- 26.** Leyva-Flores René, Quintino Frida E., Caballero Marta., Infante Cesar., (2009) “Migración internacional y VIH/SIDA en México”. En Leite P., y Giorguli S., *Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos*. CONAPO. Pp. ISBN.249-264. 970-628-950-X.
- 27.** Leyva-Flores R, Infante C, Gutierrez JP, Quintino-Perez F, Gómez-Saldivar M, Torres-Robles C., (2019). “Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015”. *PLoS ONE* 14(8): e0220775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>.
- 28.** Leyva-Flores Rene, Infante C., Quintino-Pérez Frida, Domínguez Javier, (2016). *Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos México. ISBN. 978-607-511-156-8.
- 29.** Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Pablo Gutiérrez J. (2013). “Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012”. *Rev Salud Pública Mex [Internet]*. 4 de marzo de 2013 [citado 24 de agosto de 2021];55(Supl.2):S123-S128. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5107>
- 30.** Masferrer C., (2020). “De retorno a México ante la pandemia”. En *Migración y Desigualdades*, No. 5. Seminario Migración, Desigualdad y Políticas Públicas. El Colegio de México. pp 9-11.

- 31.** Mercado Francisco J., et al., (2007), “Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos”. En: Maglhaes B., y Mercado F., (coordinadores) Investigación Cualitativa en los servicios de salud., Lugar Editorial. Argentina.
- 32.** Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento, 2020.
- 33.** Ministerio de Salud del Gobierno de Chile- FONASA-Súperintendencia en Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Santiago, Chile, 2017.
- 34.** Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno de Colombia. Población migrante debe seguir recomendaciones de la COVID-19. Colombia, Boletín de Prensa 114, 2020.
- 35.** MINSALUD-Colombia. Lineamientos para la prevención, detección, y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia. Bogotá, abril de 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS05.pdf>
- 36.** Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Bogotá, 2018.
- 37.** Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia. Seguimiento de la situación en salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 30 de junio de 2020. Bogotá, agosto de 2020.
- 38.** Ministerio de Relaciones Exteriores. Un poco más de un millón 715 mil venezolanos se encontraban en Colombia para el mes de septiembre. Bogotá, Colombia, 26 de noviembre 2020.
- 39.** Ministerio de Relaciones Exteriores. Para finales del mes de mayo el 3% del total de venezolanos que se encontraban en Colombia al comienzo de la pandemia había regresado a su país, y un 2% estaría a la espera de poder hacerlo. Bogotá, Colombia, 06 de agosto 2020.
- 40.** Ministerio de Salud de la República del Perú (2020). Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por plazo de 90 días y medidas de prevención de la COVID-19. MINSA, 2020.
- 41.** Naciones Unidas Bolivia (2020). Plan de Respuesta del Sistema de Naciones Unidas en Bolivia frente a COVID-19. Vs. 03; 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.nu.org.bo/wp-content/uploads/2020/03/BO-Plan-de-respuesta-corto-plazo-COVID-19-SNU-25052020-2.pdf>
- 42.** OCHA, Venezuela. Informe de situación. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Última actualización 12 de noviembre de 2020. Disponible en: Informe de situación - Venezuela - Septiembre 2020 - 12 nov. 2020.pdf (reliefweb.int)

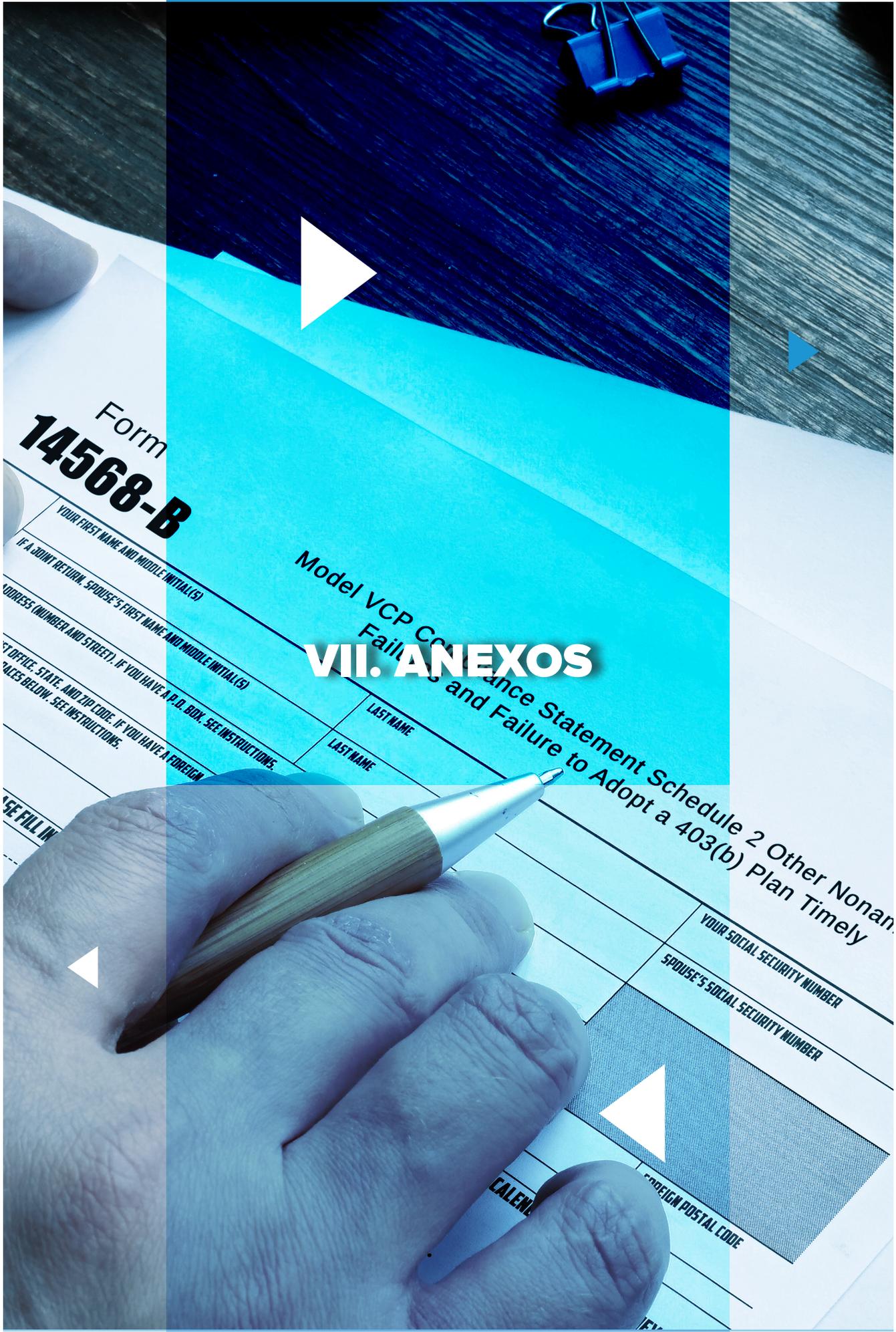
- 43.** Olivas O., (2020)., “El traslape en las experiencias de la espera. Buscadores de asilo bajo el programa MPP ante la contingencia por COVID-19”. Revista Nexos, Observatorio Migrante, Blog de Movilidad Poblacional. Junio 24, 2020.
- 44.** OIM (2020 a). Efectos de la COVID-19 en la población migrante. Principales hallazgos del sondeo en América Central y México. Organización Internacional para las Migraciones, junio 2020.
- 45.** OIM (2020 b). Datos sobre migración relevantes para la pandemia de COVID-19, 12 de noviembre del 2020. En Portal de Datos Mundiales sobre la Migración. Disponible en: <https://migrationdataportal.org/es/themes/migration-data-relevant-COVID-19-pandemic>
- 46.** OMS (2020). Declaración COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Organización Mundial de la Salud, versión del 27 de abril de 2020.
- 47.** ONU (2020). “La pandemia del coronavirus enmascara la cifra de 1200 migrantes muertos en el primer semestre de 2020”. Noticias ONU, 14 de agosto 2020.
- 48.** ONU (2020). “Los migrantes, vulnerables ante el cierre de fronteras en Centroamérica por el coronavirus”. En ONU Noticias, 23 de abril del 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473352>
- 49.** OPS (2020). Venezuela ampliará a todo el país el diagnóstico confirmatorio de COVID-19. Noticias de actualización, 23 de octubre de 2020. Disponible en: Venezuela ampliará a todo el país el diagnóstico confirmatorio de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
- 50.** ORAS-CONHU (2020). “Reunión de Ministros y Viceministros de Salud: lecciones aprendidas en COVID-19. A seis meses del primer caso en la Región Andina”. NOTISALUD-ANDINAS, No. 43, agosto de 2020. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito UNANUE.
- 51.** ORAS-CONHU (2020). Boletín 43. Una nueva normalidad vayamos todos juntos, que nadie se quede atrás. NOTISALUD ANDINAS. La salud de los países andinos y los retos frente a la COVID-19, agosto 2020.
- 52.** ORAS-CONHU (2020). Boletín 44. Por nuestra juventud giremos el curso hoy, hacia un futuro más justo. NOTISALUD ANDINAS. La salud de los países andinos y los retos frente a la COVID-19, septiembre 2020.
- 53.** Pinillos G., (2020). “Movilidad y ciudadanía de frente a la pandemia. En Migración y Desigualdades, No. 5. Seminario Migración, Desigualdad y Políticas Públicas. El Colegio de México. pp 12-14.
- 54.** Proyecto de Migración Venezuela (2020). “Gobierno pone la lupa a crisis migratoria en Pamplona”. Disponible en: Proyecto Venezuela | Gobierno pone la lupa a crisis migratoria en Pamplona (migravenezuela.com)

- 55.** Pugh, J. et al., (2020). “La bienvenida se agota para colombianos en Ecuador, mientras venezolanos se hacen más visibles”. Journal of the Migration Policy Institute. Junio 09. Disponible en: La Bienvenida Se Agota para Colombianos en Ecuador Mientras Venezolanos Se Hacen Más Visibles | migrationpolicy.org
- 56.** Quintino, F. (2012). Migración y acceso a servicios de salud: un estudio de caso con migrantes que viven con VIH/SIDA en la frontera sur de México. Tesis Doctoral. UAM-Xochimilco.
- 57.** Ramírez T., y Lozano F., (2020). “Vulnerabilidad de la población migrante de México frente a la pandemia COVID-19”. Revista Latinoamericana de Población, vol. 15, número 28; 102-134.
- 58.** Rodríguez V., “El impacto de la pandemia en las familias migrantes asentadas en la frontera norte ecuatoriana”. Agenda Estado de Derecho. Konrad Adenauer Stiftung, Programa Estado de Derecho para Latinoamérica. Disponible en: El impacto de la pandemia en las familias migrantes asentadas en la frontera norte ecuatoriana (dialogoderechoshumanos.com)
- 59.** Sáenz R., (2020). “Inmigrantes en Estados Unidos”. En Migración y Desigualdades, No. 5. Seminario Migración, Desigualdad y Políticas Públicas. El Colegio de México. pp 6-8.
- 60.** Secretaría de Salud, México. 33° Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19. Dirección de Información Epidemiológica, Secretaría de Salud del Gobierno de México, 07 de diciembre de 2020.
- 61.** Souto C., (2020). “Trabajo e inmigración venezolana en el Perú. Incertidumbres urbanas en tiempos de pandemia”. Revista Nexos, julio22, Observatorio Migrante. Disponible en: <https://migracion.nexos.com.mx/2020/07/trabajo-e-inmigracion-venezolana-en-el-peru-incertidumbres-urbanas-en-tiempos-de-pandemia/>
- 62.** Stefoni C. (2017). Panorama de la migración internacional en América del Sur. Santiago de Chile. CEPAL.
- 63.** Stefoni C. 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. Naciones Unidas, Santiago. Consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.
- 64.** UNICEF (2020). El estigma social asociado con COVID-19. Una guía para prevenir y abordar la estigmatización social. UNICEF- CIFRC- OMS. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/EI%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>
- 65.** Unión Venezolana en Perú. (2020). Censo de Vulnerabilidad frente a la COVID-19.

**66.** World Bank Group, (2020). COVID-19 Crisis Through a Migration Lens. Migration and Development Brief, 32

**67.** Yáñez A, Fuente L, Toffoletto M, Masalan M. (2018). Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. Rev. Medisur [En Línea]. [citado 2019 Oct 12]; 16(6) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3946>

**68.** Zarco E., (2020). “Espacios, fronteras y cuerpos migrantes durante la pandemia de COVID-19 en Tapachula, Chiapas. Revista Nexos, mayo 13, Observatorio Migrante. Disponible en: <https://migracion.nexos.com.mx/2020/05/espacios-fronteras-y-cuerpos-migrantes-durante-la-pandemia-de-COVID-19-en-tapachula-chiapas/>



Form  
**14568-B**

Model VCP Compliance Statement Schedule 2 Other Nonan  
Failure to Adopt a 403(b) Plan Timely

# VII. ANEXOS

YOUR FIRST NAME AND MIDDLE INITIAL(S)

IF A JOINT RETURN, SPOUSE'S FIRST NAME AND MIDDLE INITIAL(S)

ADDRESS (NUMBER AND STREET). IF YOU HAVE A P.O. BOX, SEE INSTRUCTIONS.

CITY, OFFICE, STATE, AND ZIP CODE. IF YOU HAVE A FOREIGN ADDRESS, SEE INSTRUCTIONS.

LAST NAME

LAST NAME

YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER

SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER

FOREIGN POSTAL CODE

CALENDAR

PLEASE FILL IN

## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19 en la Región Andina

##### Entrevista de funcionarios de salud del nivel central y territorial

La entrevista está dirigida a funcionarios de salud y está orientada a recoger la respuesta contextualizada del Estado a la situación de la población migrante internacional ante la pandemia, considerando el impacto que esta ha provocado en los funcionarios de salud y la respuesta ética del sistema de salud. Una segunda parte está enfocada en identificar de qué manera la crisis sanitaria ha agudizado las vulnerabilidades de las personas migrantes, ha exacerbado las barreras de acceso y ha impedido el ejercicio de los derechos.

Se sugiere leer primero todas las preguntas, contestarlas en el orden el que están para facilitar el procesamiento y análisis, de manera que la duración sea de 30 min.

La entrevista es autoaplicada, el registro puede realizarse en su teléfono o en una aplicación como Zoom o Skype, se solicita que sus expresiones sean lo más claras posible. En el caso en que esto no sea viable puede ser por escrito, utilizando correo electrónico o algún programa de texto.

El Organismo Andino le agradecerá su participación por escrito.

#### ENTREVISTA

Nombre del entrevistado:

Cargo o Labor:

Unidad territorial (nacional, regional o gobierno local):

**1.** En el contexto de la pandemia ¿se han realizado modificaciones o se ha emitido nueva normativa, guías, lineamientos o políticas de salud para responder a la situación de la población migrante?

No: ¿Qué se hace?

Sí: ¿Cuáles? (a nivel nacional y a nivel territorial)

**2.** ¿Cómo y de qué manera, en su nivel del sistema de salud (nacional o territorial), se ha dado respuesta a la pandemia para atender las necesidades de las personas migrantes? ¿Qué brechas identifica?

**3.** ¿Cómo han afectado las medidas sanitarias, como el control de fronteras nacional y regional, a la población migrante?

4. Respecto al retorno de las personas migrantes a su país de origen ¿considera que es una realidad que se está observando en su país?
5. ¿Ha observado alguna afectación en las condiciones de salud de las personas migrantes y sus familias retornadas?
6. ¿Identifica alguna situación que haya agudizado la vulnerabilidad de las personas migrantes en el contexto de la pandemia (pérdida de vivienda, trabajo, nexos familiares, apoyos sociales gubernamentales, otros)?
7. Comparativamente con los residentes en el país ¿cómo puede describir las condiciones de vida de las personas migrantes?
8. Respecto a los apoyos sociales gubernamentales, ¿considera usted que no ha cambiado o se ha reducido o eliminado el acceso a ayudas que tenían antes de la pandemia las familias y las personas migrantes?
9. ¿Identifica alguna política gubernamental social en la cual hayan considerado a migrantes retornados a sus países de origen?

## ANEXO 2

### Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19 en la Región Andina

Entrevista de representantes de la sociedad civil migrantes, promigrantes, o de DDHH.

La entrevista está dirigida a representantes de la sociedad civil migrantes, promigrantes y organizaciones de Derechos Humanos, está orientada a recoger la respuesta del Estado y la sociedad civil a la pandemia en población migrante internacional y enfocada en recoger cómo y de qué manera la crisis sanitaria ha agudizado las vulnerabilidades de las personas migrantes y ha exacerbado las barreras de acceso y el ejercicio de los derechos.

Se sugiere leer primero todas las preguntas, contestarlas en el orden el que están para facilitar el procesamiento y análisis y que la duración sea de 30 min.

La entrevista es autoaplicada, el registro puede realizarse en su teléfono o en una aplicación como Zoom o Skype, se solicita que sus expresiones sean lo más claras posible. En el caso en que esto no sea viable puede ser por escrito, utilizando correo electrónico o algún programa de texto.

El Organismo Andino le agradecerá su participación por escrito.

## ENTREVISTA

Nombre del entrevistado:

Cargo o Labor:

1. ¿Cómo considera usted que la pandemia ha afectado a la población migrante?
2. Desde su perspectiva ¿Cómo han afectado las medidas sanitarias como el control de fronteras nacional y regional a la población migrante?
3. Respecto al retorno a los países de origen ¿considera que es una realidad significativamente?
4. En su experiencia, ¿cómo ha afectado el retorno a los países de origen a las personas migrantes y sus familias?
5. ¿Considera usted que las personas migrantes han visto agudizadas las barreras de acceso a la atención de salud?
6. ¿Considera usted que la respuesta del Estado a nivel sanitario ha sido satisfactoria para responder a las necesidades de vida y salud de las personas migrantes?
7. Desde su experiencia ¿Cómo y de qué forma ha afectado la pandemia a las personas migrantes en aspectos como trabajo y vivienda, respecto a la población nacional?
8. ¿Respecto a los apoyos sociales, considera usted que han dejado de acceder a ayudas que tenían antes de la pandemia?
9. ¿Considera usted que las personas migrantes y sus familias han sido incluidos en los apoyos sociales del Estado frente a la pandemia?
10. En su experiencia ¿Cuáles son las condiciones más adversas que están viviendo las personas migrantes?
11. ¿Cual ha sido la respuesta de los gobiernos locales a estas condiciones adversas?

### ANEXO 3

#### Carta de consentimiento informado del Proyecto:

#### Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19 en la Región Andina, 2020.

Estimada(o)s \_\_\_\_\_:

Los países andinos miembros del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) están realizando un estudio cuyo propósito es conocer la situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19.

La información generada, a través del presente trabajo, contribuirá a conocer la perspectiva de tomadores de decisiones y personal de los servicios especializados de salud y de las organizaciones de la sociedad civil sobre la forma en que se está enfrentando la pandemia, especialmente en grupos de alta vulnerabilidad social en salud (MIGRANTES, en este caso) con el fin de fortalecer las capacidades institucionales en la respuesta en salud.

Por esta razón, se le invita a usted a participar de manera voluntaria y gratuita. Para ello, se le ha hecho llegar un guion de entrevista que será autoaplicado y audiograbado por usted mismo. La autoentrevista, se estima que tiene una duración media de 30 minutos. Le recomendamos realizarla en un lugar privado que le permita a usted expresarse libremente y al mismo tiempo se reduzcan ruidos ambientales. Usted tiene todo el derecho a no contestar alguna pregunta que le haga sentir incómodo o simplemente no desee contestar.

La autoentrevista corresponde a un procedimiento científico, validado, que se está aprovechando como recurso metodológico en investigación científica, que permite respetar las medidas higiénicas de prevención de la transmisión de la COVID-19, establecidas por diferentes gobiernos de la Región Andina.

La información que proporcione tiene un carácter estrictamente confidencial y será accesible para su procesamiento y análisis únicamente al equipo de trabajo definido por el ORAS-CONHU. Los resultados del estudio serán publicados con fines científicos o técnicos, y la información se presentará institucionalmente, no de forma personal.

Declaración del participante:

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en que el proyecto de investigación mencionado me ha sido explicado satisfactoriamente y estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: : \_\_\_\_\_

## ANEXO 4

### Cuestionario sobre respuesta sanitaria de los países frente a la pandemia por COVID-19 respecto a las personas migrantes

El siguiente instrumento está estructurado en xxx apartados que contienen un conjunto de preguntas abiertas a ser contestadas y desarrolladas de forma amplia y sustentada –con datos existentes– por parte de los informantes clave designados por la Comisión Asesora.

#### 1. Datos generales del organismo notificante

1.1	Nombre:	Fecha: __/__/__/
1.2	Institución/organismo que responde el cuestionario:	
1.3	Responsable del llenado de información:	
1.4	Nombre y cargo de los informantes clave que participaron en el llenado del cuestionario	
1.5	Principales fuentes de información:	

#### 2. Resultados de salud: riesgos, morbilidad y mortalidad

Información de vigilancia epidemiológica y estadísticas vitales (Se adjunta formato *excel*)  
Se solicita datos para nacionales y migrantes, se requiere especificar la variable utilizada para migrante y su definición, pudiendo ser nacionalidad, país de origen, extranjero, etc.

Especificar: FUENTE

Por ejemplo: Estadísticas Vitales o Sistema de Vigilancia, Egresos Hospitalarios

2.1	Número de casos COVID-19 acumulados de enero a julio del 2020 (Total de Casos*) Hombres: Mujeres: Mediana de edad: Rango: (*Especificar definición de casos.)
-----	--

2.2	Porcentaje de casos COVID-19 con: a) obesidad: _____ b) hipertensión: _____ c) enfermedades cardiovasculares: _____ d) diabetes: _____ e) problemas relacionados con inmunodepresión: _____
2.3	Tasa de incidencia de COVID-19 por 100;000 habitantes (migrantes)
2.4	<b>Total, de pruebas PCR realizadas a migrantes:</b> _____ a) <b>Número de pruebas con resultado positivos:</b> _____ b) <b>Número de pruebas con resultado negativos:</b> _____
2.5	Número de migrantes fallecidos por COVID-19 de enero a julio del 2020 (Total de Casos*) Hombres: Mujeres: Mediana de edad: Rango:  (*Especificar definición de fallecido por COVID-19)
2.6	Tasa de mortalidad de migrantes por COVID-19 por 100,000 habitantes (migrantes) (de enero a julio del 2020)
2.7	Número de defunciones de migrantes extrahospitalarias por COVID-19: _____ (de enero a julio del 2020)
2.8	Número de defunciones de migrantes en unidades de urgencia por COVID-19: _____ (de enero a julio del 2020)
<b>3. Acceso a prestaciones de vigilancia epidemiológica y a la atención de salud</b>	
3.1	¿La estrategia de vigilancia incluye a las personas migrantes no importando su situación migratoria en cuanto a testeo y acciones de aislamiento? Si _____ No _____ Desarrolle brevemente
3.2	¿Los migrantes deben pagar por pruebas COVID-19? Sí... No...
3.3	¿Las personas migrantes, no importando su situación migratoria, tienen acceso a la atención de salud? Sí... No...
3.4	¿Deben pagar por los servicios de salud recibidos? Sí... No... ¿Cuales?



## ANEXO 5

Ficha de registro de datos epidemiológicos claves para la caracterización de la pandemia de COVID-19 en poblaciones nacionales y migrantes en los países andinos

Nombre de campos	Detalle
• PAÍS	Nombre del País: Bolivia 1, Chile 2, Colombia 3, Ecuador 4, Perú 5, Venezuela 6
NUM_CAS_ACUM_H	N° de casos COVID-19 acumulados de hombres
NUM_CAS_ACUM_M	N° de casos COVID-19 acumulados de mujeres
NUM_CAS_ACUM_T	N° de casos COVID-19 acumulados totales
EDAD_MED_C	Mediana de edad del total de casos COVID-19
EDAD_RAN_C	Rango de edad del total de casos COVID-19
POR_OBES	Porcentaje de personas con obesidad del total de contagiados
POR_HIPERT	Porcentaje de personas con hipertensión del total de contagiados
POR_ENF_CAR	Porcentaje de personas con enfermedades cardiovasculares del total de contagiados
POR_DIAB	Porcentaje de personas con diabetes del total de contagiados
POR_INMUN	Porcentaje de personas con inmunodepresión (VIH, Cáncer y otros)
POSIT	Número de exámenes PCR positivos
NEGAT	Número de exámenes PCR negativos
TOTAL_PCR	Número total de exámenes PCR
TASA_PCR	Exámenes PCR por 100 mil habitantes
POSITIV_PORC	Porcentaje de Positividad del total de PCR
TASA_INCID	Tasa incidencia de COVID-19 por 100 mil hab.
DEF_H	Defunciones por COVID-19 Hombres
DEF_M	Defunciones por COVID-19 Mujeres
TOT_DEF	Total de defunciones por COVID-19
DEF_EXHOS	Defunciones por COVID-19 extrahospitalarias

DEF_URG	Defunciones por COVID-19 en unidades de urgencia
POR_DEXH	Porcentaje de Defunciones por COVID-19 extrahospitalarias
POR_DURG	Porcentaje de Defunciones por COVID-19 en unidades de urgencia
EDAD_MED_D	Mediana de edad del total de defunciones por COVID-19
EDAD_RAN_D	Rango de edad del total de defunciones por COVID-19
LET	Letalidad por COVID-19
POB	Población
TASA_MOR	Tasa de mortalidad por COVID-19 por 100,000 habitantes



## **VIII. AGRADECIMIENTOS**

## VIII. AGRADECIMIENTOS

Por su contribución en la respuesta en salud para migrantes en la Región Andina

### BOLIVIA

#### **Paula Dorakis Zilvet**

Responsable

Oficina de Relaciones Internacionales

Ministerio de Salud y Deportes

#### **Rocco Abruzzese Castellón**

Coordinador Nacional

Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia

Epidemiológica

Ministerio de Salud y Deportes

#### **Elizabeth Paucará Espejo**

Coordinadora

Área Social de la Pastoral de Morbilidad Humana de la Arquidiócesis de La Paz

Casa del Migrante Señor de La Paz y Fundación

Scalabrini Bolivia

#### **Claudia Bernal**

Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia

Epidemiológica

Ministerio de Salud y Deportes

### COLOMBIA

#### **Heidy Blumenkranc Arango**

Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales

Ministerio de la Protección Social

#### **María Carmela Julio Giraldo**

Asesora del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales

Ministerio de la Protección Social

#### **Zandra Consuelo Estupiñán Corredor**

Profesional Especializado – Dirección de Promoción y Prevención.

Ministerio de la Protección Social

#### **Cecilia Esther Payares Medina**

Coordinadora

Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales en Salud

Gobernación de Santander – Secretaría de Salud

#### **Ingrid Herrera Caballero**

Coordinadora

Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres

Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres

Secretaría de Salud Departamental de La Guajira

#### **Claudia Lily Rodríguez Neira**

Directora

Fundación Halü Bienestar Humano

#### **Ricardo Valenzuela Amaya**

Responsable

Relaciones Interinstitucionales y de Cooperación

Fundación Halü en Colombia

#### **Paula Melo**

Gerente

Programa de Salud Samaritan's Purse Colombia

#### **Angélica Nohelia Molina,**

Dirección

Oficina de Epidemiología

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

### CHILE

**José Luis Durán M.**

Coordinador de Asuntos Internacionales  
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud – Chile

**Marie Jossette Iribarne Wiff**

Profesional del Departamento de Salud y Pueblos  
Indígenas e Interculturalidad  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Daniel Molina**

Referente de Migrantes, Refugiados y Trata de  
Personas  
División de Atención Primaria  
Secretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud

**Javier Silva Salas**

Jefe  
Departamento de Salud de Pueblos Indígenas e  
Interculturalidad  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Sebastián Godoy Almirall**

Encargado  
Programa Migrantes  
Subdirección Médica de la Dirección de Salud  
Municipal  
XV Región de Arica y Parinacota

**Luis Gonzalo Peña Molina**

Referente de Migrantes  
Secretaría Regional Ministerial de Salud  
Ministerio de Salud

**Lorena Zambrano**

Representante  
Asociación de Migrantes y Promigrantes (Ampro)

**Francisco Carreño**

Jefe  
Área Social  
Servicio Jesuita de Migrantes (SJM)

**Rodrigo Fuentes**

Profesional  
Departamento de Epidemiología  
Ministerio de Salud

**Mario Soto**

Profesional  
Departamento de Epidemiología  
Ministerio de Salud

**ECUADOR****Luis Fabián Armijos Samaniego**

Analista  
Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública

**Luisa Albertina Noboa Paz y Miño**

Coordinadora Bilateral  
Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública

**Patricia Paredes Arce**

Directora  
Dirección Nacional de Normalización  
Ministerio de Salud Pública

**Carla Ayala Reyes**

Especialista de Enfermedades Infecciosas con  
Potencial Epidémico/Pandémico  
Ministerio de Salud Pública

**Rodrigo Tobar**

Gerente de la Estrategia Nacional de VIH-ITS  
Ministerio de Salud Pública

**Manuel Encalada**

Punto Focal de Gestión de Riesgos Distrito 11D04  
Salud  
Ministerio de Salud Pública

**Luis Alberto Criollo Armijos**

Analista Distrital de Riesgos y Epidemiólogo DDS  
07D05  
Ministerio de Salud Pública

**Patricio Chamorro**

Médico de Vigilancia Epidemiológica  
Ministerio de Salud Pública

**Patricia Proaño C.**

Orientadora de Inclusión Económica Quito  
HIAS ECUADOR

**Daniel Ortuño**

Analista de Datos – Promigrantes

**Lucía Astudillo**

Karol Sandoval  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

**PERÚ****Fernanda Victoria Sotelo Domínguez**

Oficina General de Cooperación Técnica Internacional  
Ministerio de Salud

**Janet Jessica Pesantes Sangay**

Equipo Técnico  
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en  
Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Aldo Javier Luchetti Rodríguez**

Director General  
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en  
Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Nelly Masias Avila**

Coordinadora  
Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres y  
Emergencia  
Dirección Regional de Salud Tumbes  
Ministerio de Salud

**Martha Fernández Albornett**

Presidente  
Organización: Asociación Protección Población  
Vulnerable, APPV

**Oscar Jesús Pérez Torres**

Unión Venezolana en Perú

**VENEZUELA****María Esperanza Martínez**

Directora General  
Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de  
Políticas Públicas  
Ministerio del Poder Popular para la Salud

**Glenys Méndez**

Médico Comunitario  
Ministerio del Poder Popular para la Salud

**Natacha Lopera**

Trabajadora Doméstica  
Representante de la Comunidad

**José M. García**

Director General  
Dirección General de Epidemiología





#### **ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Tel.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

[contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)

<http://www.orasconhu.org>

 Organismo Andino de Salud

 @orasconhu

ISBN: 978-612-45468-2-2



9 786124 546822