



---

IOM International Organization for Migration  
OIM Organisation Internationale pour les Migrations  
OIM Organización Internacional para las Migraciones

**DESARROLLO DE MODELOS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN  
POBLACIONES VULNERABLES EMERGENTES**

**ESTUDIO DE  
CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LA  
POBLACIÓN MIGRANTE FRENTE AL VIH/SIDA**

**INFORME FINAL**

**PROYECTO FONDO GLOBAL: ACELERACIÓN Y PROFUNDIZACIÓN DE LA  
RESPUESTA NACIONAL, PARTICIPATIVA Y DESCENTRALIZADA A LA EPIDEMIA  
VIH/SIDA EN CHILE.**

**Documento elaborado para el Componente Prevención CONASIDA.**

**Santiago de Chile, Abril, 2005**

## Índice de Contenidos

	<b>Pág</b>
<b>CAPITULO I</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 <i>La OIM, contribución en la prevención del VIH/SIDA en la población migrante.</i>	4
1.2 <i>CONASIDA, políticas y estrategias en la prevención VIH/SIDA</i>	5
1.3 <i>El Comité País para el Fondo Global</i>	6
<b>CAPITULO II</b>	
<b>OBJETIVOS Y ASPECTOS METODOLOGICOS DEL PROYECTO</b>	9
2.1 <i>Objetivos del Proyecto</i>	9
2.2 <i>Perspectiva metodológica del proyecto</i>	9
2.2.1 <i>La Encuesta</i>	9
2.2.2 <i>Metodología de recolección de antecedentes cualitativos.</i>	10
<b>CAPITULO III</b>	
<b>DEFINICIONES Y CONCEPTOS</b>	15
3.1 <i>Migración, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. La migración como fenómeno y su relación con el VIH/SIDA.</i>	15
3.2 <i>Enunciados desde la perspectiva sicosocial</i>	21
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>REALIDAD, PROBLEMAS Y POSIBILIDADES DE LA REGIÓN.</b>	26
4.1 <i>Situación económica y social de América Latina.</i>	26
4.2 <i>Caracterización de la migración en Chile.</i>	28
4.3 <i>La realidad económico – social de las ciudades estudiadas.</i>	37
4.4 <i>Salud y VIH/SIDA en América Latina y en Chile.</i>	40
<b>CAPITULO V</b>	
<b>CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE FRENTE AL VIH/SIDA.</b>	41
5.1 <i>¿Son los migrantes más vulnerables frente al VIH/SIDA por su condición?</i>	44
5.2 <i>La situación migratoria un factor de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.</i>	49
5.3 <i>Motivaciones de los migrantes para venir a Chile,</i>	51
5.4 <i>El contexto socioeconómico como fuente de vulnerabilidad para los migrantes.</i>	52
5.5 <i>Inserción y sentido de pertenencia de los migrantes como factor de vulnerabilidad.</i>	60
5.6 <i>Percepciones de los migrantes respecto al comportamiento de los chilenos.</i>	63
5.7 <i>Migrantes y derecho a la salud.</i>	67
5.8 <i>La población migrante frente al VIH/SIDA.</i>	71
5.9 <i>Dos formas de asumir la gestión del riesgo ante el VIH/SIDA.</i>	83
5.10 <i>Una nota curiosa.</i>	87
5.11 <i>Trabajadoras sexuales migrantes una doble condena.</i>	88
5.12 <i>Una negativa problemática.</i>	89
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>PARTICULARIDADES REGIONALES. ENFOQUE ETNOGRÁFICO.</b>	91

<b>CAPITULO VII</b>	
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	96
7.1 Principales conclusiones del estudio	96
7.2 Rango de Vulnerabilidades y Riesgos	102
7.3 Dificultades en el proceso de implementación del estudio.	103
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	104
<b>INDICE DE ANEXOS</b>	107
<b>INDICE DE REFERENCIAS EN INTERNET</b>	107

# PROYECTO DE CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE FRENTE AL VIH/SIDA EN CHILE

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

#### **La OIM, contribución a la prevención del VIH/SIDA en la población migrante.**

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es una organización Internacional intergubernamental, dedicada a promover la defensa de los derechos de los migrantes en el mundo. Chile participó en la fundación de la OIM en Bruselas en Diciembre de 1951, que en ese entonces se denominaba Comité Intergubernamental para las Migraciones Europeas (CIME).

La OIM trabaja para el logro de los siguientes objetivos:

- Ayudar a enfrentar los desafíos que plantea la migración en el ámbito operativo
- Fomentar la comprensión de los problemas migratorios
- Alentar el desarrollo social y económico a través de la migración
- Velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes

La misión de la OIM en Chile, es atender y asumir las necesidades y problemáticas de los migrantes y sus familias, mediante la implementación y aplicación de los programas institucionales, y cooperar con la gobernabilidad del fenómeno migratorio en el país, en coordinación y colaboración con el gobierno y la sociedad civil chilena.

#### **Génesis de la iniciativa**

En el contexto de la creciente complejidad de la expansión del VIH/SIDA en el mundo y en Chile, la Misión de la OIM en conjunto con el Ministerio del Interior, implementó en 2001, un proyecto sobre política migratoria, que comprendió una investigación para estudiar la percepción y la migración limítrofe y fronteriza, con el fin de diseñar la política migratoria en el país. /<sup>1</sup> Este estudio concluyó —entre otros elementos— que existe una gran preocupación en los actores gubernamentales y no gubernamentales por el tema de la prevención y acceso a los servicios de salud para la población migrante.

La realidad de una nueva migración en Chile, junto a la creciente preocupación por la forma como se amplía la propagación del VIH/SIDA, a otros sectores de la población, suscitó que las autoridades correspondientes hayan estimado necesario enfrentar el aspecto de prevención en salud de las poblaciones migrantes, y específicamente la relación migración – VIH/SIDA. Es así como la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), solicita a la Misión de OIM en Chile, diseñar un proyecto que permitiera abordar los posibles riesgos y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA por parte de la población migrante y de sus familias.

---

<sup>1</sup> / Este Proyecto en ejecución, es una iniciativa de la OIM, en conjunto con del Ministerio del Interior a través del Departamento de Extranjería.

Esta iniciativa se inserta en el contexto del proyecto “Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención en Poblaciones Vulnerables Emergentes”, integrada en el componente de prevención del proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile”, del Fondo Global.

Frente a tales desafíos, se consideró fundamental contar con un diagnóstico claro respecto a cuáles son los factores de riesgo y vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/SIDA, que permitieran por una parte, a las autoridades establecer políticas públicas específicas de intervención en el ámbito preventivo, y por otra, posibilitar a la población migrante acceder a un conjunto de mecanismos de prevención frente al VIH/SIDA.

### **Las respuestas de la OIM al desafío de la prevención del VIH/SIDA en la población migrante.<sup>2</sup>**

La relación entre el VIH y las migraciones fue uno de los temas relevantes de discusión desde los comienzos de la epidemia de SIDA. A comienzos de la década de los ochenta, algunos de los primeros estudios sobre VIH/SIDA tuvieron relación con las poblaciones migrantes, especialmente con la transmisión de la enfermedad a través de las rutas de camioneros en Uganda.

La OIM trabaja de manera muy cercana con instituciones y organismos como ONUSIDA para complementar la información que esté disponible sobre las poblaciones migrantes y el VIH/SIDA. Los programas de la organización a este respecto tienen como objetivo propiciar que los migrantes tengan la misma información, acceso y cuidados de salud que tiene la población local, y que así mismo, adquieran semejantes grados de conducta responsable de la población nacional, asegurando una prevención primaria efectiva. Fundamentalmente la OIM propicia una modificación de las condiciones sociales que contribuyan a la minimización los riesgos y la vulnerabilidad de los migrantes frente al VIH/<sup>3</sup>

Desde 1998 en adelante se han desarrollado diversas respuestas para enfrentar el problema de las poblaciones migrantes y el VIH/SIDA, que han sido implementadas en el ámbito de las organizaciones internacionales, entre las cuales ha estado presente la OIM, trabajando con Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales, en los lugares más álgidos en que se presenta la mayor vulnerabilidad y riesgo de la población migrante frente al VIH/SIDA.

Estas iniciativas de la comunidad internacional para enfrentar el problema específico de la migración y el VIH/SIDA, se enmarcan en la actitud permanente y activa que han tenido los organismos internacionales para dar respuestas rápidas y eficaces frente a la pandemia. Esta posición ha sido refrendada por la “Declaración de Compromiso de la Lucha Contra el VIH/SIDA”, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en Junio de 2001, que junto a otras resoluciones y directrices emanadas de ONUSIDA, la OIT, y la Comisión de Derechos Humanos, conforman un marco de orientaciones para la acción.

---

<sup>2</sup> / *El Derecho de los Migrantes a la Salud. ONUSIDA/OIM, Ginebra 2002.*

<sup>3</sup> / *IOM (2003) World Migration: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move. Geneve.*

Entre las experiencias más relevantes de la OIM en el tema, se puede nombrar el proyecto 'La Migración y el SIDA', que enfrenta el drama del SIDA en África Occidental, específicamente en Costa de Marfil, Malí, Níger y Burkina Faso, cuatro de los países con mayor prevalencia de VIH en el continente africano. Otra experiencia interesante ha sido la realizada en Mothuisimpilo en Sud África. En otro contexto geográfico está el proyecto de CARAM, 'Coordination of Action Research on AIDS and Mobility', realizado a través de una ONG que trabaja en siete países de ASIA: Bangladesh, Camboya, Indonesia, Malasia, Filipinas, Tailandia y Viet Nam. En esta misma área del Asia Sudoriental, se desarrolla un programa de Naciones Unidas sobre las poblaciones móviles y la vulnerabilidad al VIH. Otro tipo de experiencias, es la que se ha desarrollado en el Reino Unido, con la población africana inmigrante a ese país, experiencia similar se ha desarrollado con la población migrante que vive en Suiza.

En América Latina es importante destacar la existencia del proyecto, "Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia", desarrollado en 2003 - 2004, que tiene como meta reducir la vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el SIDA de 600.000 adolescentes y jóvenes, desde un enfoque integral de realización de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario y la Equidad de Género. Este es un proyecto conjunto de los Ministerios de la Protección Social y Educación, ONUSIDA, Red de Solidaridad Social, Colombia Joven, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional, FNUAP, UNICEF, PNUD, OPS y la OIM.

Otra experiencia en América Latina importante de destacar es el proyecto 'Migración y SIDA en Meso América', implementado por el Instituto de Salud Pública de México y ONUSIDA, en 2003, que busca proteger a 1.500.000 personas que migran anualmente desde México y Centroamérica a los Estados Unidos. De esta población móvil, el 25% son mujeres y niños. De las mujeres el 60% tienen experiencias sexuales en el trayecto o en su destino. El propósito de este proyecto es desarrollar, implementar y evaluar estrategias para reducir el riesgo y la vulnerabilidad de las poblaciones migrantes al VIH/SIDA.

### **La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), políticas y estrategias en la prevención del VIH/SIDA.**

La Comisión Nacional del VIH/SIDA (CONASIDA), fue creada en 1990 es la institución encargada de elaborar, coordinar y evaluar el Programa para la Prevención y Control del SIDA y las ETS en el país. Depende de la Subsecretaría de Salud Pública, de la División de Prevención y Control de Enfermedades y es un Departamento al interior del Ministerio de Salud.

Además de las acciones destinadas a la atención, el apoyo y el tratamiento de las personas con VIH/SIDA, una de sus principales funciones se refiere a la prevención, que resulta fundamental para el combate eficaz de la epidemia y forma parte de un compromiso mundial, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que señala que "la prevención de la infección por el VIH debe constituir la base de la

respuesta nacional, regional e internacional a la epidemia”/ <sup>4</sup>

La línea preventiva que se implementa en Chile, tiene el propósito de facilitar el acceso de las personas a la información, la educación y el desarrollo de capacidades para identificar las situaciones de riesgo de adquirir y transmitir el VIH/SIDA y las ETS. A partir del año 2002, la estrategia de prevención ha intentado potenciar la idea de descentralización, mediante la formulación de Planes Regionales, que permitan construir una respuesta nacional de prevención intersectorial, descentralizada y participativa, acorde a los contextos locales y a las características de la epidemia.

Dos conceptos centrales en el trabajo de prevención son los de gestión de riesgo y de vulnerabilidad. El primero se refiere a la probabilidad de adquirir el virus debido a la conducta individual y el segundo, al control que un individuo tiene sobre el riesgo de adquirir el VIH/SIDA, en el que inciden factores sociales como la inequidad y la desigualdad social.

Entendiendo que hay conductas individuales de riesgo y factores que hacen a determinados sujetos más vulnerables, la prevención debe enmarcarse en contextos y situaciones específicas, identificando y abordando aquellos elementos sociales y culturales que contribuyen a propagar el VIH/SIDA y aumentan la vulnerabilidad de algunas poblaciones.

### **Estudio de las Poblaciones Vulnerables Emergentes (PVE).**

Acorde a los criterios señalados, el trabajo preventivo ha estado focalizado en aquellos grupos que inicialmente presentaban un mayor riesgo frente al VIH/SIDA, como es el caso de los hombres homo bisexuales y las/los trabajadoras/es sexuales. No obstante, dadas las características que en el último tiempo adquiere la epidemia en Chile, surge la preocupación por las denominadas poblaciones vulnerables emergentes (PVE), que muestran un incremento en materia de vulnerabilidad. Se hace referencia aquí a las mujeres, los jóvenes, los trabajadores, la población que habita en los sectores rurales, los pueblos originarios y los migrantes de zonas fronterizas.

Considerando que las estrategias de prevención resultan más eficaces si se toman en cuenta las particularidades psicológicas, culturales y sociales de los grupos a los que van dirigidas, que las estrategias se orientan hacia grupos específicos y no a categorías generales de población, que consideran la multiplicidad de variables que definen a los individuos (sexo, edad, escolaridad, ruralidad, empleo y otras significativas), y que en su diseño participan activamente los grupos a los cuales están “destinadas” utilizando estrategias de investigación - acción, se hace fundamental la generación de información específica, que permita caracterizar los factores de riesgo y vulnerabilidad de las diferentes PVE y la elaboración participativa de modelos de prevención.

El Comité País para el Fondo Global contra el SIDA, TBC y Malaria (FGSTM) en Chile, fue constituido en 2002, implementó el Proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile” con la participación de CONASIDA, Vivopositivo, Universidad de Chile, Asamblea de Organizaciones Sociales y ONG con trabajo en VIH/SIDA (ASOSIDA) y el

---

<sup>4</sup> / *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA. Asamblea General de Naciones. Junio de 2001*

Grupo Temático ONUSIDA de Chile.

En este contexto, se desarrolla el presente proyecto, “Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad de la Población Migrante frente al VIH/SIDA en Chile”, ejecutado por la OIM. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> / Ver Anexo 1. Plan de Implementación del Proyecto

## **CAPITULO II**

### **OBJETIVOS Y ASPECTOS METODOLOGICOS DEL PROYECTO**

#### **2.1 Objetivo del proyecto.**

El objetivo general del proyecto fue definido como una contribución al desarrollo e implementación de estrategias nacionales para reducir la vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/SIDA en Chile.

Como objetivo específico, para lograr lo anterior, se planteó el requerimiento de caracterizar los factores de riesgo y vulnerabilidad que afectan a la población migrante, especialmente de carácter fronterizo y de países cercanos, en su proceso de estadía en el país, respecto de adquirir y transmitir el VIH/SIDA.

Igualmente, se propuso como objetivo el diseño de estrategias de prevención, las cuales debían ser definidas en conjunto con las organizaciones de migrantes y con las instituciones relevantes, y que éstas debían ser viables y sustentables, tendientes a contribuir efectivamente a disminuir la vulnerabilidad de la población migrante.

#### **2.2 Perspectiva metodológica del proyecto**

La perspectiva metodológica del proyecto, fue concebida como una aproximación exploratoria y sistemática de investigación que se adaptara a la realidad de la población objetivo del estudio, basada en la combinación de diversos recursos y técnicas. Es así como integró un enfoque cuantitativo mediante la aplicación de una encuesta, profundizó en antecedentes en una entrada cualitativa a través de la convocatoria de grupos de conversación temáticos y la aplicación de entrevistas en profundidad y desarrolló una técnica de investigación – acción mediante la formación de grupos colaborativos, que fue una instancia eminentemente participativa.

A continuación presentamos el detalle de las distintas aproximaciones metodológicas.

##### **2.2.1 Encuesta <sup>6</sup>**

Para determinar una búsqueda de parámetros cuantificables de información relevante, se diseñó y aplicó una encuesta a un universo de 589 migrantes. <sup>7</sup>

Se consideró realizar este cuestionario entendiendo que es el instrumento de medición indicado para recolectar una información confiable de tipo cuantitativo sobre todo en el ámbito de la investigación social, la cual es aplicable a la población migrante estudiada.

La encuesta se centró en las poblaciones migrantes provenientes de países limítrofes, Argentina, Perú y Bolivia que son las nacionalidades mayoritarias en número de migrantes

---

<sup>6</sup>/ Ver Anexo N°2 Texto y Diseño de la Encuesta y Anexo N° 3 Resultado General de la Encuesta.

<sup>7</sup> / Se entrevistó a un total del 589 personas, de las cuales 142 fueron peruanos (58 hombres y 84 mujeres); 104 argentinos (52 hombres y 52 mujeres); 90 bolivianos (41 hombres y 49 mujeres); en la categoría de otros se entrevistó a 253 personas (126 hombres y 127 mujeres). Todos mayores de 15 años.

en Chile, aunque en la muestra se consideró un grupo de “otras nacionalidades”.

Esta encuesta se aplicó en la Ciudad de Iquique, Alto Hospicio y Pozo Almonte en la Primera Región. En la Quinta Región, se trabajó en las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpue, Limache, Quintero, Villa Alemana, y en la Región Metropolitana se consideraron en general las comunas urbanas. La misma fue aplicada mediante entrevista personal, a través de la elaboración de preguntas abierta y cerradas.

La encuesta fue diseñada temáticamente tratando de abarcar situaciones de orden general sobre la caracterización migratoria y socio económica, así como de información específica, en aspectos de salud y VIH/SIDA.

Es así como se incorporaron a su texto los siguientes capítulos:

- a. Caracterización de los migrantes en el ámbito migratorio.
- b. Caracterización socio económica de los migrantes.
- c. Inserción y sentido de pertenencia de los migrantes.
- d. La salud de los migrantes como factor de vulnerabilidad.
- e. La población migrante frente al VIH/SIDA.
- f. Percepciones de riesgo de la población migrante frente al VIH/SIDA.

### **2.2.2 Metodología de recolección de antecedentes cualitativos.**

La recolección de antecedentes e información cualitativa del proyecto se realizó mediante la aplicación de entrevistas en profundidad a informantes claves, grupos de conversación temática y la formación de grupos colaborativos. / <sup>8</sup>, se considera una aproximación complementaria a la encuesta.

#### **Entrevistas en profundidad**

Las entrevistas se realizaron pensando en dos grupos fundamentales de información, en primer lugar, personas ligadas vitalmente al proceso migratorio y en segundo lugar personas vinculadas al ámbito institucional.<sup>9</sup>

Las entrevistas estuvieron dirigidas fundamentalmente a reunir la información específica de segmentos de población no cubiertos y temas no abordados específicamente por los grupos colaborativos, por la encuesta ni por las otras técnicas utilizadas, y que se entendían como claves a la hora de recabar información útil y significativa para el estudio.

Es así como se realizaron dos entrevistas a migrantes que viven con VIH, que implicaron una dinámica de conversación en torno a sus experiencias de vida, que entregan interesante información referida principalmente a cómo se asume la gestión del riesgo, en experiencias y condiciones de vida diferentes. También en el ámbito de migrantes, se

---

<sup>8</sup> / Se realizaron 11 entrevistas a informantes claves, 2 grupos de conversación temática y 2 grupos colaborativos.

<sup>9</sup> /Ver Anexo N°4 Pautas de Entrevistas y Grupos de Conversación y Anexo N°5 Informe de Entrevistas y Grupos de Conversación.

realizaron dos entrevistas a médicos ecuatorianos migrantes, que trabajan en Santiago, en el interés de tener un cruce de información desde su experiencia como especialistas en el área de la salud con su condición de migrantes.

Con el interés de conocer la experiencia de quienes, a partir de sus condiciones de vida pueden experimentar situaciones de vulnerabilidad y riesgo particular frente al VIH/SIDA, se decidió entrevistar a una persona migrante que se desempeñara como trabajadora sexual en el Puerto de Valparaíso, sin embargo la realización de esa conversación no fue posible, por lo que solamente se pudo obtener información referencial a través de una trabajadora sexual chilena.

Las otras entrevistas fueron propiamente del ámbito institucional, dirigidas a indagar la percepción que tienen funcionarios de diversos servicios sobre la vulnerabilidad de los migrantes frente al VIH y cómo enfrentar la prevención y atención adecuada. Para ello se entrevistó a funcionarios y autoridades en el ámbito del trabajo, salud, municipal y de ONGs.

Las entrevistas realizadas tienen el valor de acercarnos a opiniones que rescatan la subjetividad de los informantes y permiten reconstruir los sentidos comunes en torno a la temática, de personas vinculadas al problema desde miradas que resultan interesantes para complementar el cuadro de información principalmente cuantitativa de caracterización de los migrantes que recoge este estudio.

### **Grupos de Conversación Temática.**

Además de las entrevistas se realizaron dos Grupos de Conversación Temática en Valparaíso, uno con Trabajadoras de Casa Particular y otro con Trabajadoras Sexuales.<sup>10</sup>

En los Grupos de Conversación se consideró que el resultado de esta técnica no debía duplicar lo que entregaran los grupos colaborativos ni la Encuesta. El Grupo de Conversación, debía por tanto, obtener una información adicional que se construyera a través de una relación interpersonal de los participantes del grupo frente a un tema propuesto, en este caso las estrategias personales frente a la migración, salud y el VIH/SIDA. Esta información compuso un perfil de respuestas propias de los grupos estipulados: trabajadoras de casa particular peruanas en Valparaíso y trabajadoras sexuales en Valparaíso.

El grupo debía permitir que las estrategias personales surgieran del diálogo abierto, esperándose que la sumatoria de estrategias personales posibilitaran un acercamiento a una caracterización de percepciones y comportamiento del grupo.

La sugerencia fue trabajar desde la polaridad seguridad vs. inseguridad de los inmigrantes para que ellos nos entregaran antecedentes sobre sus “percepciones” en el tema migración, salud, VIH/SIDA. Lo que interesaba era que a partir de los temas de percepción de seguridad se podía entrar al tema del VIH y su prevención en el caso de

---

<sup>10</sup> / El criterio para realizar los Grupos de Conversación y entrevistas a trabajadoras de casa particular en Valparaíso estuvo determinado por el hecho que en esa región aparecen más aglutinadas en torno a la pastoral migratoria y por ende más identificables como grupo. En el caso de las trabajadoras sexuales se toma Valparaíso por suponer una mayor actividad por su condición de ciudad puerto.

los migrantes. Desde luego, el grupo también aparece como una fuente de información directa sobre la vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/SIDA.

### **Los Grupos Colaborativos.**

En el diseño del proyecto se consideró además de los recursos descritos, el uso de una metodología participativa de investigación – acción que se denominó “Grupos Colaborativos”. / <sup>11</sup>

Un aspecto central de la metodología colaborativa implicó la generación de grupos de trabajo en las ciudades involucradas en el proyecto (Iquique, Valparaíso y Santiago). Su núcleo se refiere al aporte de visiones distintas de organizaciones sociales e instituciones públicas frente al entendimiento y diseño de estrategias de prevención del VIH/SIDA en la población migrante.

En este sentido no se concibe una dicotomía entre instituciones públicas que pueden ser calificadas como prestadoras de servicios y los eventuales beneficiarios de estos servicios, / <sup>12</sup> sino que tanto los unos como los otros tienen capacidades y recursos que sumar y coordinar para la implementación de las estrategias.

De esta manera, se buscó involucrar a los integrantes del grupo como responsables en la generación de ideas, propuestas o estrategias tendientes a la disminución de la vulnerabilidad y a la creación de estrategias preventivas.

La metodología colaborativa es un espacio inclusivo donde se presupone la interacción de iguales y no de jerarquías determinadas por su posición en la estratificación social o institucional, donde las opiniones vertidas valen todas por igual y todas son integradas al proceso de análisis, sin hacer juicio de valor sobre su contenido o sobre quien las emite.

Asimismo, el trabajo colaborativo es también un proceso de aprendizaje, que consiste justamente en adaptar las instituciones a la participación social y desarrollar elementos necesarios en los propios beneficiarios para su participación (capacitación en liderazgo, desarrollo de opinión pública, identificación de recursos locales, etc). Este proceso de aprendizaje culmina idealmente con el diseño de una propuesta colaborativa, referida al tema que se está estudiando.

### **Participantes Regionales de los Grupos Colaborativos**

Como se menciona arriba, un aspecto central del Proyecto es el diálogo entre actores con diferentes visiones, sean éstos beneficiarios o proveedores de servicios. Los actores considerados en esta propuesta de investigación - acción fueron:

1. Organizaciones de Migrantes
2. Organizaciones que trabajan con VIH/SIDA
3. Organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA

---

<sup>11</sup> / Ver Anexo N°6 Metodología de Grupos Colaborativos.

<sup>12</sup> / En esta metodología, se entiende a los migrantes y a las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA como los beneficiarios de servicios, y a las instituciones públicas, sea éstas de salud, educación, trabajo u otras, como las que representan a los prestadores de servicios en el ámbito institucional.

4. Entidades públicas vinculadas al tema: Gobernaciones – Departamento de Extranjería, Secretaría Ministeriales en Salud, Trabajo, Educación, Municipios, Servicios de Salud Regionales)

El resultado final del trabajo de los grupos colaborativos, fueron propuestas que se integraron en un Documento de Propuesta de Estrategia de Prevención, que forma parte de los productos de este proyecto. /<sup>13</sup>

En el presente caso, los tres grupos colaborativos (Iquique, Valparaíso y Santiago), investigaron, recogieron información, analizaron, interactuaron, formaron un colectivo colaborativo y llegaron a la definición de estrategias y elaboran propuestas. Es decir, combinaron la acción, con su labor de investigación como un elemento significativo. /<sup>14</sup>

Esta estrategia metodológica colaborativa coincide con la opción metodológica de la CONASIDA, que plantea:

*“Construir una propuesta nacional para prevención del VIH/SIDA, intersectorial, descentralizada y participativa, acorde con las necesidades de abordaje de la epidemia y con el contexto local ” /<sup>15</sup>*

En este sentido, la propuesta metodológica del Proyecto busca explorar posibilidades que indiquen caminos a seguir en la planificación descentralizada de estrategias de prevención y en que los grupos colaborativos creados en cada Ciudad puedan articularse a la Estrategia Nacional y Regional de CONASIDA.

#### **Alcances y Limitaciones del trabajo de los Grupos Colaborativos.**

En las tres ciudades en las cuales se estructuraron Grupos Colaborativos, se integraron los sectores fundamentales, es decir, migrantes, personas que trabajaran en el ámbito del VIH/SIDA, e instituciones. Sin embargo, en la práctica del ejercicio de los grupos, se estableció una dinámica en la que prevaleció la opinión más marcada de las instituciones públicas con relación a la presencia de los migrantes.

La razón puede deberse principalmente a que en el curso de la ejecución del proyecto, se verificó una debilidad en la representación orgánica de los migrantes, manifestada en la escasa capacidad de los migrantes de formar organizaciones autónomas. /<sup>16</sup>

Esto tuvo como efecto, que en las discusiones al interior de los grupos se reflejara el aporte y experiencia de migrantes individuales, que expresaban opiniones personales, más que la representación orgánica de sus pares, y que, en el conjunto de los debates, se fuera perfilando una opinión más decisiva de las instancias de ONG que trabajan con VIH y de las instituciones públicas presentes.

Por tanto, podemos concluir que el resultado final de los grupos colaborativos, es

---

<sup>13</sup> / Ver Propuesta Estratégica de Prevención del VIH/SIDA en la Población Migrante.

<sup>14</sup>/Ver Anexo N°7 Resultado de Grupos Colaborativos y Anexo N°8 Informes de Grupos Colaborativos.

<sup>15</sup> / CONASIDA, Estrategias de Prevención. Area de Prevención. Santiago, 2002

<sup>16</sup> / Ver Capítulo Referido a la Exposición de Resultados.

expresión de la voluntad de establecer estrategias de apoyo y de propuestas, que representan más 'el deber ser', pensado desde la institucionalidad, que desde la experiencia de los migrantes.

El trabajo en grupos colaborativos en este sentido, expresa una mirada fundamentalmente desde lo institucional, es la visión de quien está en condiciones de "prestar ayuda", lo que hemos definido como prestadores de servicios, más que la opinión propia de los migrantes. Esto no invalida, la participación de los migrantes en al interior de los grupos colaborativos, ya que el resultado final fue la imbricación de experiencias diferentes, pero que, sin duda en sus resultados prima una impronta desde lo corporativo-institucional.

## CAPITULO III

### DEFINICIONES Y CONCEPTOS

#### 3.1 Migración, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. /<sup>17</sup>

##### 3.1.1 ¿Quiénes son los migrantes y la población móvil?

Los planteamientos aquí expuestos están contenidos principalmente en el Documento “Movilidad de Población y SIDA”, y se toman elementos del Documento “El Derecho de los Migrantes a la Salud”, ambos editados por ONUSIDA y la OIM, en 2002, también hay referencias en el Documento Expositivo de la OIM sobre el VIH/SIDA y la Migración.

Según estas fuentes, actualmente, alrededor de 150 millones de migrantes viven – y a menudo trabajan - fuera de su país de origen, y entre dos y cuatro millones de personas emigran de forma definitiva todos los años.<sup>18</sup> Un porcentaje pequeño pero significativo de las personas que cruzan las fronteras se han visto obligadas a buscar refugio fuera de sus países de origen, a finales de 1999 hubo más de 15 millones de personas refugiadas y que buscaban asilo.<sup>19</sup> Otros centenares de millones de personas más se desplazan dentro de su propio país cada año. De esas personas, unos 20 o 30 millones se han visto desplazados a causa de la guerra, las tensiones étnicas y el abuso de los derechos humanos. Otras se trasladan de un lugar a otro de su país en busca de empleo, de mejores condiciones de vida, posibilidades de educación, o para reunirse con miembros de su familia.

Se entiende como población móvil en términos generales a las personas que se desplazan de un lugar a otro temporalmente, estacionalmente o definitivamente por un conjunto de razones voluntarias y/o involuntarias.<sup>20</sup>

En el ámbito de la OIM se denomina como migrante a la población que se traslada de un territorio a otro y que establece su residencia o permanece un tiempo prolongado en otro lugar distinto a su lugar de origen. En este sentido existen migrantes internacionales, cuando implica el abandono de su país de origen y el traslado a un país extranjero, con fines de turismo, trabajo, estudio o para establecer su residencia por un tiempo más prolongado o en forma permanente. Asimismo, se consideran migrantes internos, a aquella población que se desplaza desde un territorio a otra zona, dentro de su propio país.

---

<sup>17</sup> / “Movilidad de Población y SIDA”; “El Derecho de los Migrantes a la Salud”, ambos editados por ONUSIDA y la OIM en 2002 y en el Documento Expositivo de la OIM sobre el VIH/SIDA y la Migración, Ginebra, 2002.

<sup>18</sup> / Véase Martin S., *An Era of International Migration, World Migration Report, Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones, 2000.*

<sup>19</sup> / El tema de refugio y asilo como fenómeno de movilidad de población no se trata en este proyecto, el cual se refiere propiamente al fenómeno de la migración.

<sup>20</sup> / Entre las razones pueden figurar la reunificación familiar, la oportunidad económica o profesional, la pobreza, la guerra, el abuso de los derechos humanos, las tensiones étnicas, la violencia, el hambre, la persecución, y las necesidades de atención sanitaria o médica. Véase también “Los refugiados y el SIDA, Actualización técnica del ONUSIDA, 1997”.

Las mujeres constituyen aproximadamente el 47% de los migrantes, y en algunas regiones forman la mayor parte de la migración.<sup>21</sup>

### **3.1.2 El fenómeno de la migración y su vulnerabilidad.**

Los estudios referidos postulan que la migración es un fenómeno dinámico, que se entiende como un proceso que contiene cuatro fases: a) origen o lugar de donde proceden; b) tránsito o lugares por donde pasan; c) destino o lugares a donde se afincan y se instalan; d) regreso a las comunidades de origen donde eventualmente retornan. Estas fases del proceso migratorio son fluidas y para hacer eficaces, las respuestas al VIH/SIDA deben abordar los riesgos y vulnerabilidades particulares de la población móvil en cada fase de este proceso.

Ser población móvil o migrante no es en sí mismo un factor de riesgo de contraer el VIH/SIDA, son las situaciones que se encuentran y los posibles comportamientos adoptados durante su desplazamiento o migración los que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de adquirir el VIH.<sup>22</sup>

Los migrantes suelen estar en una situación de marginación en las distintas fases del proceso migratorio. Pueden ser víctimas de la discriminación, xenofobia, explotación y acoso, y contar con poca o ninguna protección jurídica o social en la comunidad receptora. Esta marginación aumenta la vulnerabilidad a contraer VIH y también aumenta las dificultades de vivir con el VIH/SIDA.

Los migrantes por lo general tienen un acceso insuficiente a la información sobre el VIH, a los servicios de salud y a los mecanismos de prevención del SIDA y las ETS. Los obstáculos culturales y el desconocimiento de las formas de socialización en la comunidad de acogida, propician esa limitada información recibida.

Asimismo, los documentos citados constatan que los migrantes muchas veces evitan el tener contacto con las autoridades, incluso cuando esa atención trata de proporcionarles ayuda respecto a servicios de salud, o en general apoyarles en el mejoramiento de sus condiciones de vida. También es posible que los migrantes no tengan experiencia de tratar con organizaciones no gubernamentales o comunitarias que puedan prestarles apoyo solidario o asistencial. Por lo general los migrantes al llegar a un país se encuentran carentes de una adecuada socialización que les permita vincularse fácilmente a diversas instancias protectoras.

Por su parte, la pobreza y la falta de recursos pueden forzar a las personas que se desplazan de un lugar a otro a aumentar su riesgo de contraer el VIH comerciando u ofreciendo relaciones sexuales sin protección a cambio de bienes, servicios y dinero para sobrevivir y/o continuar su viaje.

En algunos países, los migrantes incluso enfrentan la posibilidad de tener que someterse a pruebas del VIH involuntarias, mediadas por la pena de expulsión, si se descubre que son VIH positivos. Existe el temor, que su estado serológico con respecto al VIH pueda ser revelado a las autoridades de sus países de destino u origen, o a sus comunidades y

---

<sup>21</sup> / ONUSIDA/OIM. *Movilidad de Población y SIDA*; 2002.

<sup>22</sup> / *Movilidad de la población y SIDA*. ONUSIDA. *Actualización técnica*. Ginebra, 2002

familias. Estos abusos de la confidencialidad dan lugar al estigma, la discriminación y el rechazo. Por lo demás, la expulsión de un país donde se dispone de tratamiento avanzado contra el VIH a otro donde ese tratamiento no está disponible o existen menos posibilidades de acceso, puede significar un mayor sufrimiento y una muerte más temprana.

En el Documento de ONUSIDA sobre Poblaciones Móviles y VIH/SIDA, se indica que “estudios epidemiológicos que se centran en poblaciones migratorias más estacionarias en algunos países ponen de manifiesto que las personas de nacionalidad distinta a la del país de destino están desproporcionadamente afectadas por el VIH y el SIDA”.

Esos estudios indican que la migración aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA, tanto en las personas móviles como en sus parejas cuando regresan. Dado el gran número de personas migrantes, esta vulnerabilidad tiene una amplia repercusión. Sin embargo, los gobiernos todavía no han hecho lo suficiente para abordar el problema del VIH/SIDA entre la población migrante.

Por tanto, existe una necesidad urgente de desarrollar y llevar a la práctica respuestas eficaces al VIH/SIDA para los migrantes. Tales respuestas deberían habilitar y capacitar a estos grupos de población para prevenir y protegerse contra la infección, reducir la transmisión progresiva del VIH, y proporcionar mayor atención y apoyo.

### **3.1.3 La mayor vulnerabilidad de los migrantes**

En el Documento sobre “Movilidad de Población y SIDA”, se exponen cuales son los factores que indicarían una mayor vulnerabilidad y riesgo para la población migrante.

- **Situación jurídica.**

El hecho de que una persona esté viviendo en forma irregular en un país tiene una enorme influencia en su vulnerabilidad al VIH/SIDA. Los migrantes irregulares viven al margen, procurando evitar cualquier contacto con las autoridades que pudiera terminar en encarcelamiento y expulsión. En la práctica los migrantes irregulares, no tienen ningún derecho en el lugar donde viven, incluida la imposibilidad de acceder legalmente a servicios de atención de salud, prestaciones sociales, a la prevención y atención de las ETS y del VIH/SIDA. Puede que se vean forzados por sus circunstancias precarias a trabajar en condiciones peligrosas, a vivir en situaciones de hacinamiento y a ser explotados por salarios escasos. Las mujeres y los niños también pueden ser víctimas de la violencia sexual, con lo que aumenta su riesgo de contraer el VIH y otras ETS.

- **Mujeres y niñas.**

Las oportunidades de empleo suelen ser más limitadas para las mujeres migrantes, que pueden verse reducidas a vivir en una economía informal, trabajando en condiciones inferiores, sujetas a la discriminación como mujeres y como migrantes, e incapaces de reclamar los derechos que les corresponden. En general, tienen poco o ningún acceso a los servicios de salud reproductiva. También es posible que tengan poco o ningún poder de negociación para evitar relaciones sexuales peligrosas o no deseadas, especialmente durante su desplazamiento y en su comunidad de destino.

Un gran número de mujeres se desplazan para desempeñarse como trabajadoras de casa

particular, caso conocido en Chile por la presencia de una alta migración de mujeres peruanas en esa condición. Con frecuencia sus derechos no se respetan, y las leyes o costumbres locales no las protegen. Pueden ser explotadas sexualmente por sus empleadores. Otras mujeres emigran para dedicarse a ocupaciones que implican un mayor riesgo de exponerse al VIH, como el comercio sexual. Igualmente, jóvenes (hombres y mujeres) son víctimas del engaño, la coacción o el tráfico ilícito e ingresan en el comercio sexual.

Además, otras mujeres acaban en situaciones vulnerables y precarias después de haber entrado ilegalmente en países para reunirse con sus esposos o parejas que habían emigrado. Finalmente, algunas mujeres pasan a ser vulnerables sin haber siquiera salido de sus hogares cuando su pareja se va a trabajar a otro país y vuelve a su casa habiendo contraído el VIH.

#### **3.1.4 Mayores situaciones de riesgo.**

Los migrantes están expuestos a presiones, limitaciones y condiciones de vida especiales. Muchos de ellos están separados de sus familias, cónyuges o parejas habituales. Es posible que se sientan anónimos y por tanto liberados de las normas sociales que guiaban su comportamiento en su familia, comunidad y cultura. Las personas que están solas y lejos de su hogar pueden resultar especialmente susceptibles a las presiones de compañeros en su misma situación. Estos factores pueden hacer que adopten riesgos y conductas que no habrían adoptado en su lugar de origen.

En algunos lugares, el entorno en el que viven o pasan su tiempo libre los trabajadores migrantes es casi exclusivamente masculino. Esto contribuye al desarrollo de servicios de comercio sexual y a la presión para utilizarlos. También puede conducir a un aumento en las relaciones sexuales entre hombres.

- **Falta de atención y de recursos**

En general los recursos financieros, humanos e institucionales para los programas de prevención y atención del VIH/SIDA son escasos respecto de las necesidades.

Por su parte, muy pocos planes nacionales sobre el SIDA se ocupan de los migrantes como un factor importante en la epidemia. Por tanto, el desafío que se plantea es que los gobiernos reconozcan la necesidad de abordar el VIH/SIDA entre la población migrante, como un problema propio de la epidemia y lo incorporen a sus planes de prevención y de atención. En el caso de Chile, los resultados del presente proyecto indican que no existen estos mecanismos en el sistema público de salud que regulen la atención y prevención de la población migrante.

#### **3.1.5 Las respuestas necesarias al VIH/SIDA en la población migrante**

En el citado documento,<sup>23</sup> también se manifiesta que las respuestas al VIH/SIDA para los migrantes debieran centrarse en la creación de un entorno propicio, que tiene tres componentes:

- Capacidad de protección de los migrantes a través de decisiones

---

<sup>23</sup> / *Movilidad de Población y SIDA, OUNISIDA – OIM 2002*

informadas y recibiendo apoyo en esas decisiones.

- Programas de prevención específicos para los migrantes basados en las particularidades psicológicas, sociales y culturales.
- Acceso a los programas de prevención y de atención y apoyo para la población migrante que vive con el VIH/SIDA.

Estos componentes, a su vez, debieran realizarse tomando en cuenta las siguientes prioridades:

#### **a) Participación de las organizaciones de migrantes.**

Las actividades de prevención y atención del VIH/SIDA son más eficaces cuando las llevan a cabo las personas a quienes van dirigidas. Son los miembros de las comunidades destinatarias los que serán más capaces de evaluar sus propias vulnerabilidades y riesgos y por ende proponer soluciones eficaces. La experiencia demuestra que en las organizaciones de migrantes, como en cualquier otra comunidad, hay personas y grupos que están dispuestas a hacer contribuciones importantes para prevenir el VIH/ SIDA y para asegurar el acceso de los miembros de sus propias comunidades a la prevención y atención.

Si a los miembros de la comunidad de migrantes se les ofrecen los medios y recursos necesarios, pueden proporcionar una educación entre pares – y apoyo para el cambio de comportamiento y las necesidades de salud – que será más eficaz que si esta es impartida por educadores o monitores externos. En colaboración con las organizaciones de los países receptores, las comunidades migrantes también pueden movilizarse para influir en las políticas públicas que les afectan. La metodología de grupos colaborativos y la propuesta de estrategias de prevención incorporadas al presente proyecto forma parte de esta visión participativa.

#### **b) Un dilema no resuelto**

Queda mucho por hacer para mejorar la situación de los migrantes que viven con el VIH/ SIDA. En los países de destino se deberían hacer esfuerzos para aumentar el acceso real a los mecanismos de prevención y a los servicios locales de salud y apoyo sobre el VIH/SIDA. Esto puede originar dos tipos de solución. Una alternativa es el desarrollo y puesta en práctica de servicios de salud especializados para los migrantes o la otra posibilidad es la adaptación de los servicios de salud existentes, para incorporar la atención integral del migrante. En cualquier caso, los servicios para las personas que viven con el VIH/ SIDA deberían hacer frente a los obstáculos culturales, así como a las limitaciones generadas por la migración y la falta de estatuto jurídico.

#### **c) Intervenciones adaptadas a la peculiaridad y necesidades del migrante**

Una regla básica es que las intervenciones para la prevención y atención del VIH/SIDA destinadas a los migrantes deben ofrecerse en el idioma apropiado y adaptarse al contexto cultural del grupo destinatario. Los miembros de la comunidad migrante deberían involucrarse en el diseño y la ejecución de las intervenciones, adoptando metodologías participativas e inclusivas.

Este aporte de la comunidad asegurará que las intervenciones sean pertinentes, y también ayuda a encontrar medios para vencer los obstáculos en la prevención del VIH/SIDA. Debe proporcionarse información sobre el VIH/SIDA culturalmente apropiada por medio de campañas en los medios de comunicación, talleres educativos o educación entre pares. Para asegurar su sostenibilidad, las estrategias de intervención deben vincularse a las organizaciones de migrantes, a las autoridades locales y a las ONG locales. También deben establecerse relaciones y redes de apoyo entre las comunidades migrantes y otras organizaciones sociales del país de acogida.

Las intervenciones en prevención y atención del VIH/SIDA entre los migrantes, también deben tener en cuenta los factores de marginación, pobreza, discriminación, segregación y la falta de estatuto jurídico.

#### **d) Perfeccionamiento de las leyes y normas.**

La legislación sobre los derechos humanos, convenios y tratados internacionales y regionales protegen los derechos de los migrantes. Las leyes nacionales y locales también pueden contener disposiciones protectoras. Sin embargo, se deberían revisar las leyes y normas nacionales para asegurar que los derechos de los migrantes sean protegidos a lo menos en los siguientes ámbitos:

- protección de la unidad familiar, incluida la posibilidad reunificación familiar efectiva.
- acceso legal a los servicios públicos de atención de salud
- protección contra la discriminación
- aplicación de la protección laboral local a los migrantes, incluido el salario mínimo y el derecho de sindicalización.
- acceso al procedimiento judicial y al apoyo jurídico, incluso en el contexto de la situación de irregularidad.
- protección de la confidencialidad del estado serológico respecto al VIH
- acceso a la seguridad social básica durante su condición de migrante.
- ratificación de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, así como de otros instrumentos internacionales que protegen a los trabajadores migratorios y temporales.<sup>24</sup>

En cuanto a las restricciones de entrada y estancia relacionadas con el VIH, hay que

---

<sup>24</sup> / La Convención fue adoptada en la Resolución 45/158 de la Asamblea General, de 18 de diciembre de 1990. Para más información sobre la protección internacional de los migrantes, véanse los sitios en Internet de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos - <http://www.unhchr.ch/> - y de la Organización Internacional del Trabajo – <http://www.ilo.org>

señalar que pueden tener consecuencias muy negativas. Esas restricciones deberían ser revocadas o modificadas basándose en un Documento de Naciones Unidas que declara que “No hay razones de salud pública para limitar la libertad de circulación o de la elección de residencia por motivos de la situación respecto del VIH (...) Cuando los Estados prohíben a las personas con el VIH/SIDA la residencia de larga duración por los gastos que conlleva, los Estados no deben singularizar el VIH/SIDA frente a otras enfermedades comparables y deben demostrar que en efecto incurrirá en esos gastos el extranjero que solicita residencia. Al examinar las solicitudes de entrada, los factores humanitarios, tales como la reunificación de la familia y la necesidad de asilo, deben tener primacía sobre las consideraciones económicas’ /<sup>25</sup> .

### **3.1.6 Inclusión de los migrantes en la planificación estratégica y en los planes sobre el SIDA.**

Igualmente el Documento analizado/<sup>26</sup>, plantea que casi todos los países están afectados por la migración y la movilidad demográfica: como países de origen o destino y/o a causa de desplazamiento demográfico dentro de sus fronteras. Esta movilidad demográfica puede ser un factor importante de la propagación de la epidemia de VIH a un país, y a pesar de ello ni el tema de la movilidad o los migrantes implicados se abordan en la planificación estratégica o en los planes nacionales sobre el SIDA. En los lugares donde sea pertinente, los programas nacionales sobre el SIDA deberían conceder especial atención al movimiento demográfico y a los migrantes en las respuestas nacionales al SIDA, y distribuir fondos suficientes para hacer frente a las necesidades que implican. Al mismo tiempo, los organismos regionales e internacionales deben aprovechar sus ventajas institucionales para fomentar respuestas eficaces a la migración y el VIH/SIDA./<sup>27</sup>

## **3.2 Enunciados desde la perspectiva psicosocial.**

### **3.2.1 La Vulnerabilidad Social.**

Para el caso de este estudio, es fundamental analizar la valoración de la vulnerabilidad social de los migrantes, de lo cual se deducen diversas formas de enfrentar una gestión del riesgo que es diferente según el contexto de cada persona.

Según la definición adoptada por CONASIDA, ser vulnerable respecto al VIH/SIDA implica tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección y, para quienes ya viven con el virus, no tener o tener acceso limitado a asistencia o apoyo adecuado. La vulnerabilidad es resultado de muchos factores, de origen personal y social, distinguiéndose dimensiones individuales, sociales, económicas y políticas. Las personas pueden presentar un nivel de vulnerabilidad condicionado por una de estas dimensiones o por una combinación de ellas. /<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> / *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales, Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 1998.*

<sup>26</sup> / *Movilidad Poblacional y SIDA, ONUSIDA – OIM, Ginebra 2002*

<sup>27</sup> / *Por ejemplo, la OIM y el ONUSIDA han firmado un acuerdo de cooperación que entre otras cosas se propone fomentar respuestas estratégicas al VIH/SIDA entre los migrantes y la población móvil.*

<sup>28</sup> / *Estrategias de Prevención. CONASIDA. 2002.*

El interés en la noción de vulnerabilidad social se explica porque es útil para caracterizar condiciones objetivas y subjetivas de incertidumbre y desprotección y para entender las oscilaciones de la movilidad social de comunidades, hogares y personas, además, ofrece una mirada alternativa, a otros enfoques o conceptos que retratan situaciones de desventaja social, como la pobreza y la exclusión. /<sup>29</sup>

Como bien lo expresa el Dr. Bronfman, “la idea de vulnerabilidad social, que proviene del ámbito de los derechos humanos, ha sido eficaz en llamar la atención sobre las condiciones estructurales que colocan a la gente en riesgo, más allá de su conducta individual en relación con la adquisición del VIH más o menos ‘irresponsable’ en relación con la infección por VIH”. /<sup>30</sup>

En ese contexto, Bronfman afirma que existe una correspondencia directa entre vulnerabilidad, VIH y la capacidad de desarrollo de las sociedades. Y por tanto, la pobreza y la pauperización crecientes favorecen prácticas, situaciones y contextos de mayor riesgo, siendo paradigmáticos la movilidad poblacional en busca de mejores condiciones de vida.

En el caso de los migrantes, plantea el mismo autor, los factores sociales y económicos que definen las situaciones de riesgo tienen poco que ver con factores individuales, en realidad, se trata de situaciones que están íntimamente relacionadas con la vulnerabilidad de ser migrantes. Estos grupos derivan su vulnerabilidad del menoscabo que sufren sus derechos elementales en su lugar de origen, en el de tránsito y en el de destino, siendo especialmente vulnerables las mujeres, los niños y los migrantes irregulares. /<sup>31</sup>

El concepto de vulnerabilidad, nos permite entender el impacto sicosocial que se ha producido en las personas grupos e instituciones, en un momento histórico determinado. Entendemos que la vulnerabilidad es consecuencia de la interacción entre el peso de los factores de riesgo y los protectores, también presentes en esta ecuación personal, grupal o comunitaria.

Complementariamente considera la disponibilidad de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, y las propias familias y personas para enfrentar los impactos que los afectan en las distintas dimensiones de la vida social.

### **3.2.2 El Concepto de Riesgo.**

Para efectos de este estudio, entendemos el “riesgo” como la probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud de una población, grupo o en un individuo, y factor de riesgo o criterio de riesgo, a toda variable con la que este riesgo está vinculado.

La noción de riesgo es siempre una noción probabilística que está en relación con: la naturaleza del factor de riesgo, el tiempo de exposición a ese factor, y la intensidad e

---

<sup>29</sup> / Jorge Letcher. *Vulnerabilidad y Riesgo de los migrantes frente al VIH/SIDA*, Buenos Aires, 2004

<sup>30</sup> / Mario Bronfman, y Cristina Herrera, *El VIH/SIDA: Una perspectiva Multidimensional*. México, 2001

<sup>31</sup> / Mario Bronfman, y Cristina Herrera, *El VIH/SIDA: Una perspectiva Multidimensional*. México, 2001

intimidad del contacto con el o los factores de riesgo. Los factores de riesgo sólo tienen valor como pronóstico: identificar los individuos con alto riesgo se convierte en un método preventivo y curativo al mismo tiempo. /<sup>32</sup>

Llamamos población de “riesgo elevado o de alto riesgo” al conjunto de personas que tienen, en relación al resto de la población, una mayor probabilidad de sucumbir a la enfermedad. /<sup>33</sup> Por ejemplo, en el ámbito del VIH/SIDA durante los primeros años de aparecida la pandemia se consideró como única población de alto riesgo a los hombres de orientación homosexual, sin embargo actualmente esa condición está determinada por las conductas de riesgo que se adopten, más que vinculadas a un grupo social determinado.

En este sentido es importante destacar que todo riesgo supone siempre una perspectiva vincular, pues implica tener en cuenta a las otras personas del entorno sociocultural en el que transcurren sus existencias cotidianas, a los individuos y a los valores legitimados como de mayor peso en un momento socio histórico determinado. El control del riesgo, será el resultado del proceso de concientización y valoración que se manifestará en forma particular en el estilo de vida que adopte la persona, con los límites del riesgo aceptado, con la dinámica y el cambio que esta situación supone.

### **3.2.3 Gestión del Riesgo.**

Tal como se define en el documento Estrategias de Prevención elaborado por la CONASIDA, “los individuos para realizar la gestión del riesgo, requieren el acceso a una información adecuada y contar con soportes de apoyo personalizado para el desarrollo de las destrezas y habilidades necesarias”....”Está determinada por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones de las personas y en la implementación de estrategias de auto cuidado. Constituye un proceso dinámico, que permite reevaluarlo constantemente. La gestión de riesgo implica una serie de momentos que las personas requieren vivenciar y asumir de manera progresiva, de forma tal que le facilite el desarrollo de la autonomía y el compromiso con las conductas preventivas desarrolladas”. /<sup>34</sup>

Las decisiones que debe tomar el individuo, producen resultados no deseados desde determinados lugares vinculados a los valores enunciados como socialmente deseables, en términos de metas u objetivos de un colectivo social, plasmados en propuestas sobre lo que una sociedad debería alcanzar: bienestar general, el acceso a la salud, a la educación y el trabajo, a la justicia social, el bien común, la seguridad cotidiana, la dignidad y el respeto.

En la población migrante, estos valores o fines pueden entrar en contradicción con el modo sociocultural de enfrentarlos y resolverlos, dando lugar a situaciones de conflicto.

La sistematización del proceso de gestión de riesgo, nos permite apreciar cómo la información en sí misma no es suficiente para que se desarrollen conductas preventivas,

---

<sup>32</sup> / Jorge Letcher. *Vulnerabilidad y Riesgo de los migrantes frente al VIH/SIDA*, Buenos Aires, 2004.

<sup>33</sup> / H. San Martín. (1996) “Salud Pública y Medicina Preventiva”. Masson Ed.

<sup>34</sup> / “Estrategias de Prevención del VIH/SIDA” – CONASIDA., 2002

sino que hay todo un contexto que incide en la gestión que cada persona hace del riesgo.

#### **4.2.4 La Construcción Social del Riesgo.**

Asimismo, cuando se habla de riesgo, se alude a factores vinculados a la estructuración o conformación de cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que se manifiestan de forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria.

En el análisis de testimonios entregados en el estudio, éstos se pudieron interpretar bajo el prisma de la “construcción social del riesgo”, <sup>35</sup> al decir que “los riesgos son construcciones sociales que dependen de los factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas”. Siguiendo a otros autores como Douglas y Wildasvsky, que plantean en la misma línea, que “la noción de riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente de modo que, en cada contexto social, se destaquen unos riesgos y se ignoren otros. Existe así una cultura del riesgo, asociada a la posición social de los actores haciendo que los peligros sean siempre identificados como tales, comunicándose y gestionándose a través de un filtro cultural”.

El riesgo en este sentido es un concepto cultural, que es construido socialmente intermediado por contextos sociales, económicos, políticos, culturales.

#### **4.2.5 Factores Protectores.**

La incorporación del concepto de factor protector ha enriquecido la utilidad del encuadre, ya que puede enfocarse no sólo para prevenir daños sino además para promover la salud cuando se actúa con anticipación. La vulnerabilidad al peligro se modifica con arreglo a las condiciones de protección – contención y los recursos adaptativos de las personas.

De allí, que la prevención puede ser definida como la actividad que la comunidad realiza con el objeto de disminuir o hacer desaparecer los factores de riesgo, favoreciendo el aumento o el desarrollo de los factores de protección.

Para efectos de este estudio, se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos, que facilitan el logro de la salud integral de la persona en su calidad de migrante, en sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

Algunos de esos factores pueden radicar en las personas mismas: son las características, logros o atributos presentes antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presente y operar en el ámbito de la familia; otros aparecen como características del grupo o de las comunidades y sus organizaciones, en los programas de los diversos sectores de beneficio social (salud, educación, trabajo, recreación, promoción social, legislación, justicia, comunicaciones, etc.) otros, son el resultado de decisiones y políticas a beneficios de generaciones de inmigrantes.

---

<sup>35</sup> /Irma Palma, *Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Informe Técnico. 2002.*

### 3.2.6 El proceso de socialización de los migrantes.

Uno de los problemas que enfrentan los inmigrantes en el lugar de residencia, es el de conformar necesariamente, un grupo humano en calidad de extranjero, con una cultura diferente a la de la sociedad de acogida y con la necesidad de integrarse de la mejor manera al país receptor. Este proceso es lento y de compleja construcción.

El inmigrante no perderá lo aprendido durante su socialización, mantendrá el “sentido de comunidad”<sup>36</sup> que consiste en la percepción de similitud con otros, una interdependencia consciente con ellos, una voluntad de mantener ese vínculo dando o haciendo a otros lo que se espera de ellos, el sentimiento de que se es parte de una estructura mayor, y de la que se depende. Y una fe compartida de que las necesidades de los miembros serán atendidas mediante el compromiso de estar juntos.

Para un extranjero inmigrante la falta de reconocimiento del otro en una comunidad configura una de las situaciones de mayor riesgo sicosocial.

Las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo de enfermar o agravar sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social significativo, de la contención que logre, para la protección de su salud.

La necesidad de agruparse con los miembros de la misma nacionalidad implica estar con personas que comparten símbolos comunes, la seguridad y el apoyo emocional, los derechos y deberes de esa comunidad, y las gratificaciones por el hecho de pertenecer a la misma. Esta reciprocidad conforma cohesión social y unidad de grupo. Complementariamente, los miembros de la comunidad son reconocidos en términos de estatus, respeto, valores compartidos, popularidad y ayuda material y psicológica en momentos de necesidad.

Por último, significa compartir fechas y acontecimientos especiales, conocer a la gente por su nombre y sobrenombre, mantener relaciones estrechas y afectivas con muchas personas, saber que se cuenta con ellas en momentos de tristeza y alegría. La mayoría de las personas recibe de sus familias y seres significativos, de las instituciones sociales y de la propia comunidad, conductas y procedimientos protectores, contenedores que ayudan al crecimiento y al desarrollo físico, psicológico y social.

El apoyo y la contención social tiene una función directa sobre la salud mental, el papel de los otros significativos en el cambio de conductas de riesgo y en el mantenimiento del autocuidado y el de los demás.

---

<sup>36</sup> / Montero, M. (2004) “Introducción a la Psicología Comunitaria”. Paidós. Argentina.

## CAPITULO IV

### REALIDAD, PROBLEMAS Y POSIBILIDADES DE LA REGIÓN.

#### 4.1 América Latina, pobreza, inequidad y conflicto.

América Latina vive inmersa en un mundo globalizado, basado en el funcionamiento de un modelo económico de libre mercado que es poco solidario y excluyente, especialmente con las poblaciones más vulnerables. La globalización es un legado del nuevo reordenamiento mundial que se manifiesta en los ámbitos económico, político, cultural y social. En este contexto se deben analizar los movimientos migratorios actuales en la región.

El Premio Nobel de Economía, Joseph Stiglitz, señala que “el fenómeno de la globalización es la integración más estrecha de los países y los pueblos del mundo, producida por la enorme reducción de los costos de transporte y comunicación, y el desmantelamiento de las barreras artificiales a los flujos de bienes y servicios, capitales, conocimientos, y en menor grado de personas, a través de la fronteras”. Todo repercute en todos. Por eso es posible explicarse la globalización como un gran cambio de civilización. /<sup>37</sup>

En América Latina, más que la pobreza, que llega a 220 millones de personas, es decir 44% de la población, y que la indigencia, que alcanza al 19.4% de la población, el impedimento principal para lograr el desarrollo, es la inmensa brecha entre ricos y pobres que se ha generado. La distribución del ingreso demuestra un alto grado de disparidad y sus consecuencias sociales son insospechadas. En este sentido, en los países más polarizados el quintil más pobre percibe en promedio el 1.3 % del producto, frente al quintil más rico que percibe el 40.0 %. Esta tendencia a la desigualdad en el ingreso produce una gran distorsión en las posibilidades del acceso a bienes y servicios seguros y de calidad para una gran mayoría de la población. /<sup>38</sup>

En los países que tienen un mayor flujo migratorio hacia Chile, la situación de la pobreza e indigencia es significativa. En el caso de Argentina en 2002 el 41.5 % de la población vive bajo la línea de la pobreza y el 18.6% en condiciones de indigencia, en Bolivia, en la misma fecha el 62.4% de su población vive en pobreza y el 37.1% son indigentes, en Perú, viven bajo la línea de pobreza el 54.8% de la población y son indigentes el 24.4%, en tanto en Ecuador la pobreza alcanza al 49,0% de la población y la indigencia al 19.4% /<sup>39</sup>

La OIT en su Panorama Laboral 2002 /<sup>40</sup> estima que en América Latina, la tasa promedio de desempleo urbano era de 8.5%, la más alta en los últimos 22 años. El informe señala que 93 millones de personas no cuentan en la actualidad con un trabajo socialmente útil, concepto que suma la cantidad de desempleados con los que realizan trabajos de baja calidad y los que no gozan de protección social. En término de países en 2002, Argentina

---

<sup>37</sup> / Joseph Stiglitz. *El Malestar de la Globalización*, 2003.

<sup>38</sup> /CEPAL. *Anuario Estadístico 2001*; CEPAL, *Globalización y Desarrollo*, 2002

<sup>39</sup> / *Panorama Económico de América Latina 2003*, CEPAL.

<sup>40</sup> / OIT, *Panorama Laboral 2002*, Ginebra.

tiene 17,4% de desempleo urbano, Bolivia un 8.2, Ecuador tiene 11.0%, mientras que Perú y Chile comparten un 9.1%. A nivel regional más de un 20% de la población joven está desocupada, lo que significa una exclusión social severa al inicio mismo de su vida productiva.

Por su parte, en el ámbito de la salud, la OPS/<sup>41</sup> en el mismo año 2002, asegura que una de cada 130 madres muere durante el embarazo o el parto, que el 18% de las madres dan a luz sin asistencia sanitaria de ningún tipo. Asimismo, se estima que 190 mil niños mueren anualmente en la región por enfermedades prevenibles o controlables como son las diarreas o infecciones respiratorias. Estos datos están ligados a la precaria cobertura de salud, donde 218 millones de personas carecen de protección en salud, 100 millones no tienen acceso a servicios básicos en salud, 82 millones de niños no reciben las vacunas necesarias, y un elemento vital como el agua está fuera del alcance de amplios sectores de la población más pobre del continente, como es por ejemplo en Bolivia donde el 30% de la población no tiene acceso a saneamiento ni agua potable, en Perú el 30 % no tiene saneamiento básico y el 20% no tiene acceso a agua potable, y en Ecuador el 15% no tiene saneamiento ni agua potable en sus hogares.

Según la CEPAL, el deteriorado panorama social en la región también se evidencia en el plano de la educación, donde la deserción escolar alcanza a un 37% de los adolescentes. Casi la mitad de ellos deserta tempranamente, sin terminar la educación primaria, pero en varios países la mayor parte del abandono se produce durante el primer año de enseñanza media y afecta mayoritariamente a los estratos de más bajos ingresos, reforzando la cadena de desigualdad desde la infancia. A estas cifras podemos añadir que la tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años sigue siendo muy alta en algunos países, por ejemplo en Bolivia es de 14.6%, en Ecuador de un 8,4 % en Perú un 10.1 %, en comparación con países de más alto estándar educativo como Argentina con solo un 3% o Chile con un 4.2 % de analfabetismo. /<sup>42</sup>

Por otro lado, la deuda externa sigue siendo un problema muy importante en la región. Es una de las variables determinantes en la vulnerabilidad económica externa y factor básico en la aplicación de los planes de ajuste, y por tanto del empobrecimiento de parte importante de la población. Su tendencia es creciente y puede llegar a los 800 mil millones de dólares. El peso de la deuda externa total se encuentra cerca del 200% del valor regional de las exportaciones. /<sup>43</sup>

La pobreza y la desigualdad por tanto, son el impedimento principal para lograr el desarrollo con equidad y una verdadera gobernabilidad y estabilidad democrática.

### **Chile, expectativas económicas e incremento migratorio.**

En esta realidad regional, Chile se manifiesta en una posición particular, dado su buen desempeño en la economía y su estabilidad política. A pesar de la crisis que lo afectó a comienzos del año 2000 que hizo bajar sus índices de crecimiento, aumentó el desempleo e incrementó la brecha en el desigual reparto del ingreso, sigue siendo un país con altas expectativas de crecimiento y con altas posibilidades de recibir nuevas inversiones.

---

<sup>41</sup> / OPS. *La Salud en las Américas*, 2002.

<sup>42</sup> / CEPAL. *Panorama Económico de América Latina*, 2003.

<sup>43</sup> / *Informe Banco Mundial*, 2003

En el caso de Chile, la pobreza en 2002 alcanzó al 20% de su población y la indigencia alcanza sólo al 5.7% de su población, siendo las cifras más bajas junto con Costa Rica y Uruguay, aunque su "Talón de Aquiles" sigue siendo el desempleo que se mantiene alrededor del 9.1 %.<sup>44</sup>

Esta situación favorable en el equilibrio entre el nivel de desarrollo y estabilidad política y social de Chile, comparada con el resto de la región, ha provocado que este país desde la década de los 90 se haya transformado en un país que comienza a recibir un flujo importante de migrantes, que en general vienen con la perspectiva de lograr mejores condiciones de vida.

Esto se explica fundamentalmente porque, una de las principales causas que motivan la decisión de emigrar son económicas, asociadas con las expectativas de los trabajadores de obtener mayores ingresos en el extranjero que en su país de origen.

Sin embargo, también inciden otras variables, de naturaleza diferente, como la inestabilidad política, los conflictos internos o la persecución política en el país de origen. La elección del país de destino suele estar además, influida por la existencia de redes de familiares y de amigos que emigraron con anterioridad al mismo lugar. En este sentido, Chile aparece en comparación con otros países de la región, con una alta estabilidad política, bajos niveles de corrupción, bajos índices de inseguridad, altos indicadores de confiabilidad y transparencia, lo cual lo hace favorable, tanto para la movilidad de capitales, como para la movilidad de personas que vislumbran encontrar aquí nuevas posibilidades de desarrollo.

En el año 2000, en los países industrializados vivían más de 17 millones de personas nacidas en América Latina, mientras que sólo 2,5 millones de migrantes latinoamericanos y caribeños residían en otros países de la región. En los últimos años, han surgido nuevos polos de atracción de migrantes, como son Chile, Costa Rica, y República Dominicana, dejando atrás a Argentina y Venezuela como antiguos destinos migratorios.<sup>45</sup>

En este contexto se inserta el flujo migratorio que vive Chile desde comienzos de la década de los 90' y que explica la llegada de migrantes fundamentalmente de países fronterizos o cercanos como son Argentina, Perú, Bolivia, y Ecuador.

#### **4.2 Caracterización de la migración en Chile.**

Para efectos de comprender de mejor manera el contexto del presente estudio, nos remitiremos al fenómeno de la migración en Chile, sobre la cual se pueden señalar tres momentos en cuanto a la acción gubernamental<sup>46</sup>.

El primero de ellos se remonta a mediados del siglo XIX, cuando hubo intentos de establecer una acción coordinada de parte del Estado para incentivar el flujo migratorio europeo, y aumentar de esa forma la fuerza de trabajo agrícola e industrial.

---

<sup>44</sup> / CEPAL, *Panorama Económico de América Latina*, 2003

<sup>45</sup> / Miguel Villa y Jorge Martínez, *La migración Internacional en América Latina y el Caribe: Rasgos Sociodemográficos y Económicos*, CELADE, 2003.

<sup>46</sup> Vargas del Campo, A; "Hacia una política de inmigración", *Diplomacia*, septiembre-diciembre, Santiago, 1997..

El segundo momento se extiende desde el período de entreguerras mundiales hasta mediados de la década del sesenta, y se caracteriza por la necesidad de establecer una normativa legal sobre la inmigración, inspirada en la creencia que los conflictos en Europa significarían un gran flujo de inmigrantes con calificación.

El tercer momento se inicia una vez instalado el gobierno militar en Chile y es una etapa que refleja las especiales circunstancias que el país debió enfrentar en el ámbito internacional, tratando de legitimarse con una política económica fuerte y generadora de desarrollo, para lo cual era necesario contar con recursos y divisas frescas. Esta etapa no está centrada en el poblamiento de zonas aisladas, aunque no la desestima, pero privilegia el ingreso de divisas y trata de facilitar el ingreso de inversionistas extranjeros.

La actual Ley 1.094 de julio de 1975, llamada genéricamente Ley de Extranjería, reglamenta el ingreso de extranjeros a Chile y determina entre otras situaciones, que las visas temporales tienen una vigencia de 90 días y que es la Dirección General de Investigaciones la que controla el ingreso, salida e infracciones de los inmigrantes. Responsabilidad que recae en Carabineros en aquellos lugares donde no exista una unidad de Investigaciones y en la autoridad marítima cuando es pertinente. Para otros requerimientos de los residentes extranjeros siempre pueden acudir a los respectivos Consulados, o a una entidad especializada de la Iglesia Católica, denominado Instituto Católico de Migraciones (INCAMI), que posee programas de acogida y ayuda asistencial a los migrantes. Asimismo existen otras organizaciones no gubernamentales que también trabajan con migrantes en Chile.

En la citada Ley de Extranjería se especifica que “el permiso de residencia es la autorización temporal para residir en el territorio nacional y desarrollar las actividades que expresamente contempla la ley, otorgado discrecionalmente por la autoridad gubernativa del país a una persona extranjera”<sup>47</sup>. Dentro de esta categoría se encuentran las visas sujetas a contrato, de estudiante, temporaria y refugiado (artículo 22).

Luego se encuentra la categoría de permanencia definitiva, la cual pueden solicitar quienes tengan vigente una visa de residente sujeta a contrato, estudiante o temporarias, con dos y un año de residencia respectivamente. Este permiso de residencia definitiva tiene 15 clasificaciones distintas dependiendo de la situación de la persona<sup>48</sup>.

La percepción común de la población acerca de la migración en Chile se refiere a un supuesto aumento explosivo de extranjeros, especialmente identificada con una migración de origen andino. Esta idea ha sido incentivada por versiones periodísticas que apuntan a

---

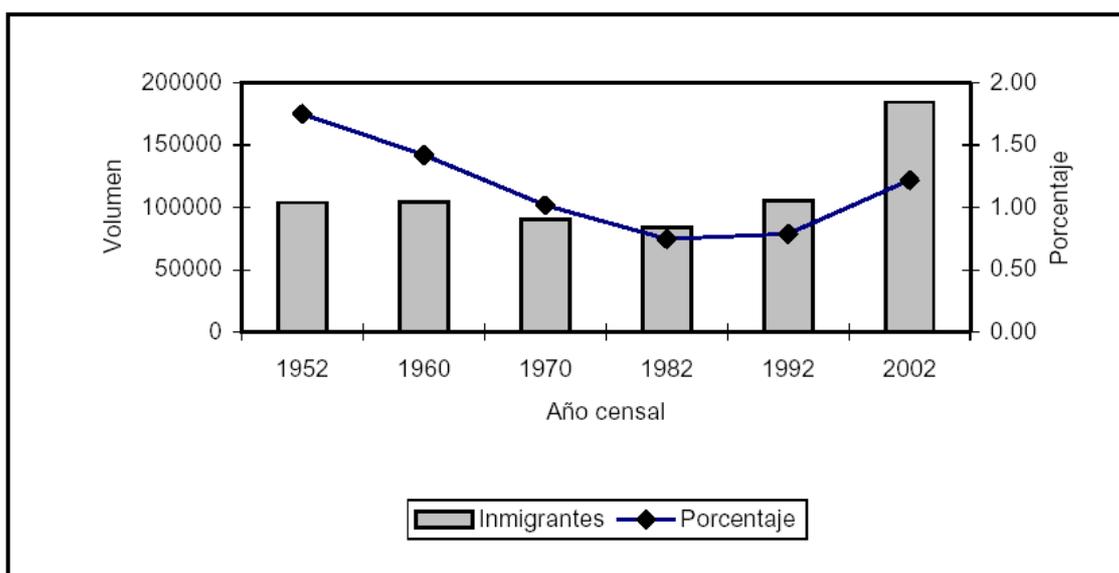
<sup>47</sup> / [www.extranjeria.gov.cl](http://www.extranjeria.gov.cl)

<sup>48</sup> / *Estas clasificaciones de Permanencias Definitivas Residentes son: 1.permanencia definitiva residente con visación sujeta a contrato, 2. con visación de estudiante, 3.temporario religioso, 4.temporario que tiene vinculo con chileno, 5.temporario hijo de extranjero transeúnte, 6.temporario que tiene vinculo con residente con permanencia definitiva, 7.temporario inversionista, empresario o trabajador por cuenta propia, 7. temporario jubilado, 8.Residente temporario rentista, 9.temporario profesionales o técnicos que trabajan a honorarios o con contrato, 10.temporario menor de 18 años no acompañado por sus padres, 11.cónyuge extranjero de funcionario chileno del servicio exterior que haya ingresado al país con pasaporte diplomático u oficial, 12.Oficial (se excluye al personal administrativo o de servicio), 13.oficial, personal administrativo o de servicio, 14.hijo nacido en el exterior, de padres chilenos nacionalizados en el extranjero, y 15. solicitante de origen chileno nacionalizado extranjero.*

señalar a Chile como un “foco de atracción” para migrantes. La idea de aumento de la inmigración hacia Chile ha sido confirmada por los resultados del CENSO 2002 ( gráfico Nº 1), pues éste señala que la cantidad de personas residentes en nuestro país nacidos en el extranjero asciende a 185.000, la más alta de la historia <sup>49</sup>, aún así ésta cifra es ostensiblemente baja en relación a la población total del país, es decir, no se puede hablar de una oleada de inmigrantes cuando estos no alcanzan a ser el 2% de la población total del país. Aún así, el tema de la migración en Chile ha adquirido relevancia pública y aparece como una problemática emergente tanto en la agenda gubernamental, como en ámbitos de la sociedad civil.

**Gráfico Nº 1**

**CHILE: POBLACIÓN INMIGRANTE Y PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL. 1952-2002**



Fuente: Martínez, J. Pág. 22

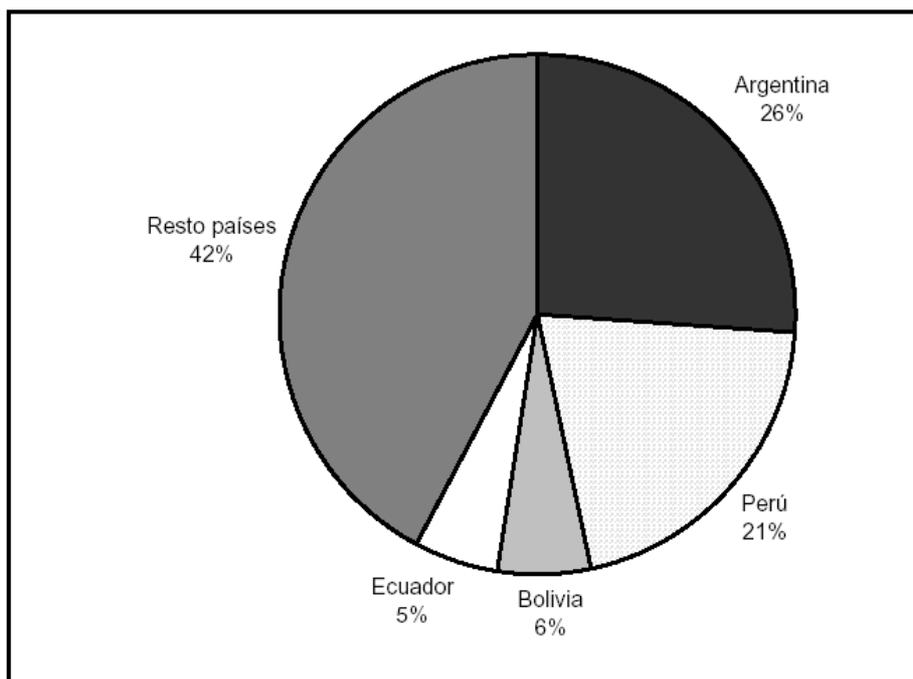
Ante el objetivo de este proyecto resulta necesario analizar las características de la migración en Chile para poder tener claridad respecto de las particularidades de los grupos objetivos. Para ello la información más reciente con la que se cuenta es el Censo y el estudio realizado por la OIM, sobre Caracterización y Percepción de la Migración Limítrofe en Chile, ambos realizados el año 2002.

De acuerdo al Censo, el origen de la actual migración es principalmente de los países limítrofes, lo que confirma el acierto de profundizar en la percepción de este grupos de migrantes, como se ve en el siguiente gráfico.

<sup>49</sup> Martínez, Jorge, “El encanto de los datos, sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo 2002”, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, n°45 Santiago, Pág.15.

## Gráfico Nº 2

### CHILE: PRINCIPALES PAISES DE ORIGEN DE LOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO. 2002



Fuente: Martínez, J. Pág. 26.

De acuerdo a esta información la mayoría de los migrantes provienen de Sudamérica, especialmente de Perú (21%) y Argentina (26%), aunque cabe señalar que ha sido más visible la migración peruana por la mayor cantidad de residencias permanentes que han obtenido,<sup>50</sup> la tendencia de ocupar espacios públicos para reunirse y la inserción de la mujer peruana como trabajadoras de casa particular. No sucede lo mismo con los migrantes argentinos que resultan ser migrantes menos visibles, ya sea por los puestos de trabajo que ocupan más cercano a actividades profesionales y comerciales o por ser una migración más homogénea en cuanto a la cantidad de hombres y mujeres presentes.<sup>51</sup>

Los datos censales también muestran una alta cantidad de personas en edad económicamente activa entre peruanos y bolivianos, lo que confirma el componente laboral como motivación directa de la migración, /<sup>52</sup> siendo alta la participación laboral

<sup>50</sup> Entre 1995 y 2003 se otorgaron 23.649 Permanencias Definitivas a ciudadanos peruanos, contra 6.979 a argentinos, 4.789 a bolivianos y 5.021 a ecuatorianos. Fuente: Permanencias Definitivas últimos 5 años; clasificadas por Nacionalidad, [www.extranjeria.gov.cl](http://www.extranjeria.gov.cl)

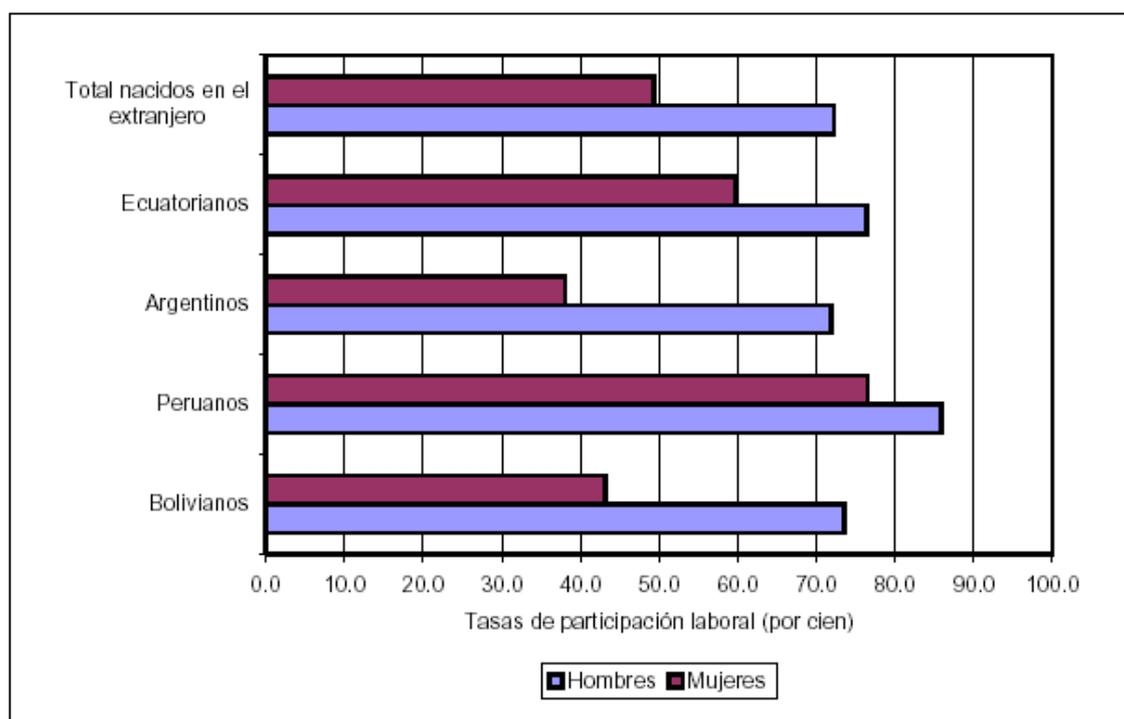
<sup>51</sup> OIM, "Estudio de Caracterización Sociodemográfica de la migración argentina en Chile", Santiago, 2005.

<sup>52</sup> / Ver en Capítulo V, las motivaciones de los migrantes estudiados para venir a Chile.

tanto de hombres como de mujeres. Este comportamiento contrasta marcadamente con la incidencia del mismo segmento etareo entre los argentinos (los niños son casi un tercio) y los ecuatorianos (donde son una quinta parte)<sup>53</sup>, esto sumado al hecho que la estructura social de los migrantes argentinos reproduce la estructura social de su país, lo cual lleva a pensar que se trata más bien de una migración familiar, además de presentar una menor cantidad de mujeres con participación laboral, lo que podría indicar que son dependientes del ingreso laboral de sus cónyuges y que efectivamente viven en familia.

**Gráfico Nº 3**

**CHILE: TASAS DE PARTICIPACIÓN LABORAL SEGÚN SEXO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE NACIDOS EN EL EXTRANJERO. 2002**



Fuente: Tabulaciones especiales del censo de 2002.

De este modo, se puede señalar que las principales causas de la migración limítrofe son la actividad laboral y el reencuentro familiar. Sin embargo el asentamiento geográfico de los migrantes en Chile obedece en parte a elementos de identidad cultural, así por ejemplo, los argentinos presentes en el zona austral de Chile provienen preferentemente de la Patagonia Argentina, a la vez los migrantes peruanos y bolivianos se instalan, en su mayoría en la zona norte y centro del país.

En el siguiente cuadro<sup>54</sup> se aprecia que de las principales nacionalidades presentes en Chile, la mayoría se concentra en la capital, aunque se nota una diferencia entre la población argentina y el resto, pues ésta cuenta con cerca del 11% de los migrantes habitando en la V y IX Región, no así los migrantes peruanos y bolivianos que están mayormente presentes en la Primera Región y en la Región Metropolitana. Cabe señalar

<sup>53</sup> *Op.cit*, Martínez, Pág. 29

<sup>54</sup> *Ibíd*, Pág.38

que en la zona norte la presencia de inmigrantes fronterizos – peruanos y bolivianos- es una constante histórica marcada por el origen de dichos territorios en el siglo XIX e incrementado por el auge del salitre, no así en la zona central donde sería más un fenómeno de la década de los noventa.

**CHILE: PRIMERAS REGIONES DE RESIDENCIA DE LOS PRINCIPALES PAÍSES DE ORIGEN DE LOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO. 2002**

*(distribución porcentual)*

País de nacimiento	Total primeras regiones de Chile	Regiones			
		Tarapacá	Metropolitana	Valparaíso	Araucanía
Argentina	68,9		46,3	11,5	11,1
Bolivia	70,6	46,2	24,4		
Ecuador	67,0		67,0		
Perú	90,0	12,1	77,9		
<b>Total nacidos en el extranjero</b>	<b>80,8</b>	<b>6,9</b>	<b>61,2</b>	<b>8,6</b>	<b>4,0</b>

Fuente: Tabulaciones especiales del censo de 2002.

Esta información de carácter nacional, será profundizada con los siguientes datos exclusivamente de las regiones donde se aplicó el presente estudio, para de este modo, tener una panorama completo de la migración en Chile y en particular de las zonas estudiadas.

**Migración en la Primera Región.**

Según los datos censales (2002), la población migrante en la Región de Tarapacá alcanza las 12.904 personas, las cuales representan el 6.9% del total de los migrantes que viven en Chile <sup>55</sup>, lo cual explica que sea la región donde se encuentra la más alta concentración de migrantes con respecto a la población regional, 3% respecto al valor nacional de 1.2%.

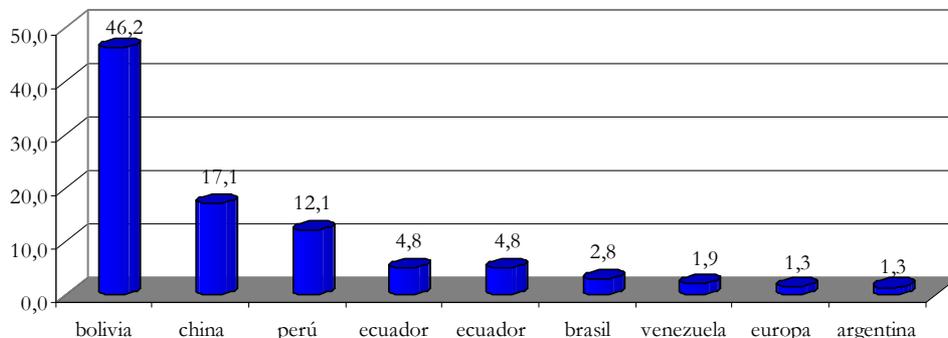
Con relación a la población inmigrante según nacionalidad, en la Región de Tarapacá los bolivianos alcanzan al 39%, seguidos por peruanos con un 35,5%, y argentinos con un 4,7%. Los peruanos y los bolivianos censados en la región constituyen, respectivamente, el 12% y el 46,6% del total, mientras que los argentinos representan solamente el 1,3% del total de argentinos presentes en el país.

Por otra parte, según los datos censales (2002), en la Región de Tarapacá se encuentra el 46,2% de los bolivianos presentes en Chile, el 17,1% de los chinos y el 12,1% de los peruanos.

<sup>55</sup> La Región de Tarapacá representa la tercera región con el más alto nivel de migrantes con respecto al total de los mismos.

#### Gráfico N° 4

Porcentaje de migrantes en la Región de Tarapacá respecto al total nacional por nacionalidad, datos según nacionalidad:

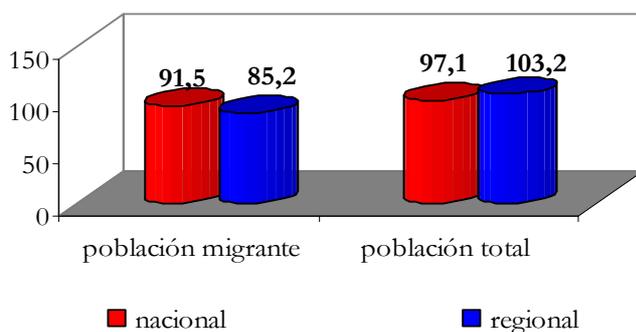


Fuente: Elaboración OIM Censo 2002.

Otra característica importante que podemos mencionar es el índice de masculinidad de los migrantes / <sup>56</sup>de la región que es de 85,2, sensiblemente inferior al valor nacional de 91,5. De este modo, se puede señalar que la población migrante en la Región de Tarapacá se caracteriza por un aguda feminización, la cual es aún más acentuada entre los migrantes peruanos (índice de masculinidad de 72,2) y ecuatorianos (82,6), mientras en la comunidad Argentina es de (99,9).

#### Gráfico N° 5

Índice de masculinidad de la población migrante y total en la Primera Región. Comparación entre los datos regionales y nacionales.



Fuente: Censo 2002.

#### Migración en la Quinta Región.

Según el Censo de 2002, los inmigrantes residentes en la Quinta Región alcanzan a

<sup>56</sup> /La composición por sexo de la población se describe a través del Índice de Masculinidad (IM) que se interpreta como el número de varones por cada cien mujeres.

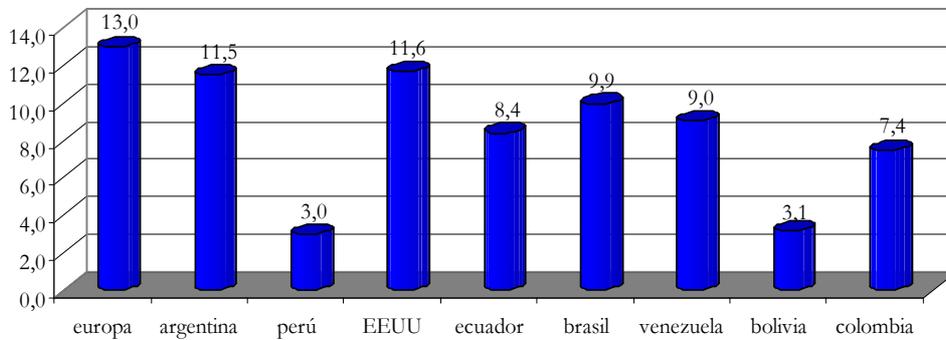
16.097. La población migrante regional constituye el 8,6% de la población migrante nacional.<sup>57</sup> Con respecto al total de la población regional, los inmigrantes constituyen el 1%, inferior al dato nacional de 1.2%.

Por lo que se refiere a la nacionalidad de los migrantes en la Región de Valparaíso, la comunidad argentina es, en valor absoluto, la más numerosa, seguida por la comunidad peruana y española, representando respectivamente el 34.4%, 7%, y 6,5% del total de los migrantes de la región.

Por otra parte, según los datos censales (2002), en la región se encuentra el 11,5% de los argentinos presentes en Chile, el 11,5% de los españoles, el 20,1% de los suizos y el 37,2% de los suecos.

### Gráfico Nº 6

**Porcentaje de migrantes en la Región de Valparaíso respecto al total nacional por nacionalidad, datos según nacionalidad.**



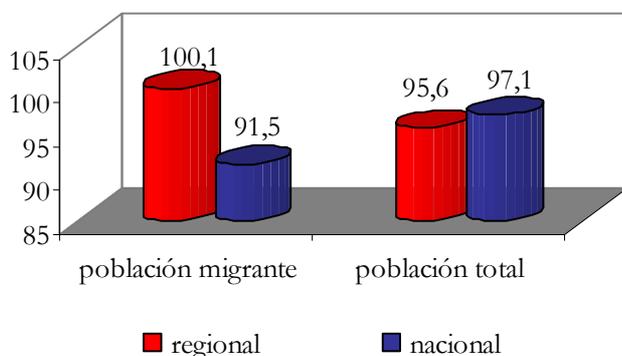
Fuente: Elaboración OIM Censo 2002.

Con relación a la población inmigrante según sexo, se destaca un índice de masculinidad regional notablemente superior al nacional, 100.1 respecto a 91.5. Este resultado está influenciado por la fuerte presencia de argentinos en la Región, cuyo índice de masculinidad es de 106 hombres por cada cien mujeres.

<sup>57</sup>La Región de Valparaíso presenta la segunda concentración de inmigrantes del país (8,6%) después de la Región Metropolitana (61,2%). **Censo 2002**

**Gráfico N° 7**

**Índice de masculinidad de la población migrante y total, en la Quinta Región. Comparación entre los datos regionales y nacionales.**



Fuente: Elaboración OIM. Censo 2002

### **Migración en la Región Metropolitana.**

La población migrante presente en la Región Metropolitana alcanza a 114.368 habitantes, es decir el 61.2% del total de los migrantes de Chile, lo que hace de esta región la primera del país por presencia de migrantes. El porcentaje de migrantes con respecto a la población regional es de 1,9%, superior al dato nacional de 1,2%.

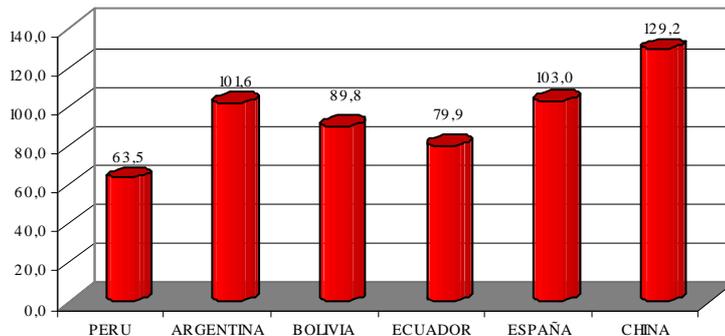
La componente de migrantes según nacionalidad más importante está constituida por los peruanos, los cuales alcanzan el 25,8% del total de los migrantes de la Región Metropolitana, seguidos por los argentinos, 19,5%, los ecuatorianos, 5,5%, y los españoles, 5,4%.

Por lo que se refiere a las comunidades de migrantes con respecto al total nacional por nacionalidad, en la Región Metropolitana viven el 80,8% de cubanos, el 77,3% de peruanos, seguidos por los venezolanos, colombianos y japoneses.

Por lo que se refiere a la composición de los migrantes regionales según sexo, se destaca también entre ellos un neto predominio femenino. El índice de masculinidad de los migrantes es de 88,3, inferior al dato nacional de 91,5, aunque presenta importantes variaciones dependiendo del grupo nacional de pertenencia. Por ejemplo el índice de masculinidad alcanza a 101,6 entre los argentinos, 103 entre los españoles, y baja sensiblemente entre los peruanos, bolivianos y ecuatorianos de 63,5, 89,9 y 79,9, respectivamente.

## Gráfico N° 8

### Índice de masculinidad de los migrantes en la Región Metropolitana, datos según nacionalidad.



Fuente: Elaboración OIM Censo 2002.

Esta información debe ser contrastada luego con los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos metodológicos, así veremos de qué manera influyen estas condiciones descritas en los factores de riesgo y vulnerabilidad de los migrantes frente al VIH/SIDA.

### 4.3 Caracterización socio económica de las regiones estudiadas.

El Estudio se realizó en tres regiones del país con una diversidad de situaciones de orden socio económico, que contextualiza y de algún modo determina la realidad en que se desarrolla la migración.<sup>58</sup>

#### 4.3.1 Región de Tarapacá

La primera región de Tarapacá es la más septentrional de las regiones chilenas, posee una superficie de 59.099,10 km<sup>2</sup>. Su organización administrativa comprende tres Provincias (Arica, Iquique y Parinacota) y 11 Comunas. La ciudad de Iquique es la capital regional. Tiene una población de 428.594 habitantes según el censo de 2002..<sup>59</sup>

La población regional según grupos de edad se caracteriza por ser una población joven, cuya edad mediana está incluida en el rango de 10 -14 años, y la edad media es de 30,3 años.

En el aspecto económico, la región consiguió un PIB de 3.011.620 (millones de pesos de 1996) en el año 2001, lo cual representa el 3,37%% del PIB nacional regionalizado.<sup>60</sup> Los sectores económicos más importantes en la generación del PIB regional son minería,

<sup>58</sup> /Ver Anexo N°9 Caracterización socio económica de las regiones estudiadas.

<sup>59</sup> Censo 2002, Censo 1992.

<sup>60</sup> Ministerio de Planificación y Cooperación "V Región de Valparaíso".

construcción, comercio y electricidad, gas y agua. También es relevante considerar el comportamiento emergente y expectante de la actividad turística.<sup>61</sup>

A 6,4 % llegó el desempleo en la ciudad de Iquique durante el trimestre móvil Diciembre, Enero y Febrero 2005, según informe del Instituto Nacional de Estadísticas.

La cifra significa una disminución de 0,9 por ciento con respecto a igual período del año anterior (7,3%) y un aumento en 0,2 por ciento con respecto al trimestre inmediatamente anterior. En términos concretos, en Iquique se registraron 3.880 cesantes y 600 personas que buscaron trabajo por primera vez.

Según los datos de la novena Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2003), en el año 2003 la población en situación de pobreza en la Región de Tarapacá corresponde a 18,5% del total de la población nacional, lo que significa 74.962 personas de un total de 2.907.700 personas a nivel nacional. De este grupo un 3,3% se encontraba en situación de indigencia (13.000 habitantes) y un 15,2% correspondía a pobres no indigentes.

#### **4.3.2 Quinta Región de Valparaíso**

La Quinta Región de Valparaíso, se inserta en la macro zona central, posee una superficie de 16.396,1 km<sup>2</sup> que representa un 2.2% del total país.<sup>62</sup>

Su organización político-administrativa comprende 7 provincias (Petorca, San Felipe, Los Andes, Quillota, Valparaíso; San Antonio e Isla de Pascua) y 38 comunas. Valparaíso es la capital regional.<sup>63</sup> La población de la Región de Valparaíso alcanza a un total de 1.539.852 habitantes en el año 2002.

En el aspecto económico, la región alcanzó para el año 2001 un PIB de 3.011.620 (millones de pesos de 1996), lo cual representa el 9,07%% del PIB nacional regionalizado.<sup>64</sup> En este contexto, se releva que los sectores económicos determinantes en la generación del PIB regional son agricultura, minería, industria, comercio y transporte.<sup>65</sup>

La población económicamente activa creció un 24,7%. A su vez, las personas ocupadas aumentaron un 17,4%, los cesantes un 11,3% y aquellos que buscaron trabajo por primera vez se incrementaron en 17,0%. La población no económicamente activa aumentó en 6,3%.

Según informa el INE, el desempleo entre diciembre y febrero de 2005, las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar anotaron índices de 13,2% y 10,8% respectivamente, siendo que media nacional fue de 7,6%.

---

<sup>61</sup> Instituto Nacional de Estadísticas "Panorama Económico y Social: Las Regiones de Chile 1990 - 1999" Estadísticas Territoriales.

<sup>62</sup> Instituto Nacional de Estadísticas "Síntesis Geográfica Regional" en "Compendio Estadístico 2001", Ediciones INE, República de Chile, 2001.

<sup>63</sup> Ministerio de Planificación y Cooperación "V Región de Valparaíso". Mideplan.

<sup>64</sup> Ministerio de Planificación y Cooperación "V Región de Valparaíso". Mideplan.

<sup>65</sup> Instituto Nacional de Estadísticas "Panorama Económico y Social: Las Regiones de Chile 1990 - 1999" Estadísticas Territoriales. Mideplan.

En la Región de Valparaíso la evolución de la pobreza total presenta desde el 2000, un leve incremento pasando desde 18,8% en 1998 a 19,2% en 2000. En 2003 alcanza un valor de 19,3%.<sup>66</sup>

Los pobres indigentes y no indigentes representan respectivamente el 4,6% y el 14,7% de la población que se encuentra en situación de pobreza. Contrariamente la tendencia nacional, que revela una continua disminución desde la década de los '90, en 2003 la pobreza no indigente a nivel regional tuvo un aumento en 0,7% puntos porcentuales respecto del año 2003. En 2003, el porcentaje de la pobreza no indigente en la región de Valparaíso es mayor que el porcentaje de pobreza a nivel regional, respectivamente 14,7 y 14,1%.

### 4.3.3 Región Metropolitana

La Región Metropolitana está ubicada en la macro-zona central del País. Su superficie es de 15.406,2 km<sup>2</sup>, lo que representa un 2% del territorio nacional (Excluido el territorio Antártico Chileno).

Su organización administrativa comprende 6 provincias (Chacabuco, Santiago, Talagante, Melipilla, Maipo y Cordillera) y 52 comunas. La ciudad de Santiago es la capital regional, además de ser la capital del País. En esta región además se encuentra la sede central del poder ejecutivo y la corte suprema, la máxima instancia del poder judicial.

Según los datos censales (2002) la Región Metropolitana alcanza a 6.061.185 habitantes, lo cual representa un 40% del total del país, siendo además la más densamente poblada del país.<sup>67</sup>

La población regional según grupos de edad se caracteriza por ser una población joven, cuya edad mediana está incluida en la clase de 10-14 años, y la edad media es de 31,7 años.

En el aspecto económico, la Región Metropolitana alcanzó para el año 2001 un PIB de 15.899.054 (millones de pesos de 1996), representando un 47,86% respecto al PIB nacional regionalizado.<sup>68</sup> La actividad económica de la Región Metropolitana registró un comportamiento positivo en el último año (trimestre Enero-Marzo 2003, Enero-Marzo 2004).<sup>69</sup> Se experimentó un crecimiento en la ocupación, las exportaciones y la Inversión Directa materializada.

En la Región Metropolitana el desempleo aumentó de 8,6% a 9,2%, en los primeros meses del año 2005, de acuerdo a información entregada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Según los datos de la última CASEN (2003), en la Región Metropolitana la pobreza tuvo una importante disminución del 2,6% - superior al índice nacional del 1,8% -, bajando de 16,1% el año 2000 a un 13,5% el 2003 siguiendo la tendencia mostrada por el país, pero

---

<sup>66</sup> Novena Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2003), Septiembre 2004, Ministerio de Planificación y Cooperación en <http://www.mideplan.cl>

<sup>67</sup> *La densidad poblacional regional aumentó del 15,2% entre el año 1992 y el 2002. Fuente: Censo 2002.*

<sup>68</sup> *Ministerio de Planificación y Cooperación "Región Metropolitana". Mideplan.*

<sup>69</sup> *Informe Económico Regional, Enero-Marzo de 2004, INE.*

situándose por debajo de esta. Esto significa que 124.800 personas salieron de la pobreza en este período.<sup>70</sup>

También los pobres indigentes experimentaron una reducción importante pasando de 4,3% a 3%, lo cual significa que 72.400 personas dejaron la indigencia en el periodo 2000-2003.<sup>71</sup>

#### **4.4 Salud y VIH/SIDA en América Latina y Chile. / <sup>72</sup>**

En América Latina, la epidemia del SIDA sigue avanzando de una manera muy considerable.

En América Latina y el Caribe 210.000 personas contrajeron el VIH en 2002, lo que elevó la cantidad de personas con VIH a 1,9 millones, gran parte de ellos en la plenitud de su vida productiva, como lo indica el informe del Programa de ONUSIDA. Con estas cifras, el costo humano, social y económico de la epidemia ha sido enorme. En la región, unas 600.000 personas han muerto de SIDA en los últimos 20 años y cada día, aproximadamente 567 personas contaren el virus del VIH. /<sup>73</sup>

América Latina y el Caribe necesitan incrementar con urgencia la escala de respuesta frente al SIDA. La región, concentra hoy 4,5 % de las personas con VIH/SIDA en el mundo, y para dar una adecuada respuesta en las áreas de prevención y atención de la enfermedad, requiere invertir 1.140 millones de dólares como lo indican los estudios de ONUSIDA, aunque actualmente se invierte menos de la mitad.

Si bien es cierto existe algún nivel de voluntad política en este tema por parte de algunos gobiernos, todavía hace falta un liderazgo fuerte para que la lucha contra el VIH/SIDA pueda desarrollarse a una nueva escala, que abarque a más sectores de la población. / <sup>74</sup>

Los organismos internacionales y en especial ONUSIDA, están haciendo esfuerzos con varios gobiernos de la región, para que estos hagan campañas masivas de información y prevención cada vez más efectivas y novedosas, y que la distribución y uso de preservativos se haga una práctica natural y necesaria.

Lo que sí ha mejorado en el ámbito regional es el acceso a los tratamientos Anti Retro Virales (TARV), ejemplo de ello son Chile, Brasil, Argentina, Costa Rica y México. Sin embargo, otros países tienen un cierto atraso en el acceso a medicamentos.

#### **Situación del VIH/SIDA en Chile**

En el caso de Chile, según el último Boletín Epidemiológico de CONASIDA las cifras al 31 de Diciembre de 2003 son las siguientes:/ <sup>75</sup>

---

<sup>70</sup> IX Encuesta CASEN 2004, <http://www.mideplan.cl>

<sup>71</sup> IX Encuesta CASEN 2004, <http://www.mideplan.cl>.

<sup>72</sup> / Boletín Epidemiológico del VIH en Chile. Serie Documentos CONASIDA Nº 15 Diciembre 2003

<sup>73</sup> / ONUSIDA Informe 2002

<sup>74</sup> /Laurent Zessler, Coordinador ONUSIDA Cono Sur de América Latina.

<sup>75</sup> / Resumen Informe Epidemiológico. CONASIDA 2003.

<b>Casos</b>	<b>Cifras</b>
Casos notificados de SIDA	6.060
Casos notificados de VIH +	6.514
Fallecidos por SIDA	3.860
Estimación de casos de personas con SIDA y VIH* vivas	33.314
Estimaciones de ONUSIDA SIDA y VIH +	38.859
Personas en el sistema Privado	6.606
Personas infectadas por año	2.154
Personas infectadas por día	5.9

### **Datos. CONASIDA, 2003.**

Según el mismo informe, las tasas más elevadas de incidencia acumulada de SIDA para el período 1984 – 2003 por cada 100.000 habitantes, corresponden a las Regiones Metropolitana con 70.5, a la Quinta Región con un 56.6 y a la Primera Región con 57.0, la II Región con 38.7, la IV Región con 24.3 y la VIII Región con 19.2. Siendo el promedio nacional de 43.7.

De acuerdo a los análisis efectuados por CONASIDA, la Caracterización del VIH/SIDA en Chile se define como:

- Predominio en hombres homobisexuales.
- Localización urbana y rural.
- Pauperización en mujeres y hombres.
- Diagnóstico mayoritario en edad adulta.
- Tendencia a la feminización estabilizada.
- Tendencia a la heterosexualización.

### **Situación del VIH/SIDA en países fronterizos o cercanos.**

La situación epidemiológica en países latinoamericanos fronterizos o cercanos a Chile, es relativamente similar.<sup>76</sup>

En el caso de Argentina las últimas cifras del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, indican que el primer caso se notificó en 1982 y en 2003 había alcanzado un total de 24.119, de los cuales el 78% son hombres y el 22 % son mujeres.<sup>77</sup> La Argentina presenta un patrón epidemiológico similar al resto de la región, que corresponde al de una

<sup>76</sup> / *Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe anual, Junio 2004. ONUSIDA - OPS*

<sup>77</sup> / *Informe de Gestión. Programa Nacional de Lucha contra los RH, VIH/SIDA y ETS, Buenos Aires Argentina, 2004*

epidemia cada vez más joven, más femenina y más pobre, con el alcance que en dicho país la vía de transmisión vía uso de drogas inyectables es la más alta de la región. En este sentido, el patrón de adquisición del VIH en la Argentina es similar al de algunos países de Europa, como Italia, España y Portugal, en donde los usuarios de drogas intravenosas representan un porcentaje muy importante de los nuevos casos. El 41% de los pacientes que adquieren el VIH son adictos a drogas intravenosas que comparten jeringas.

En Bolivia el primer caso notificado fue descrito en 1985 y al 2003 el Ministerio de Salud registra sólo 456, haciendo la salvedad que la baja tasa de prevalencia se debe fundamentalmente a la existencia de una subnotificación y subregistro de casos. Sin embargo para el 2001, ONUSIDA estimaba el número de personas que viven con el VIH era de 4.600. <sup>78</sup>

Dentro de lo incompleto de esas cifras se puede inferir que la principal vía de transmisión del VIH en Bolivia es la sexual con 95%, de los cuales el 61% es heterosexual y el 39% es la vía homosexual. Del total de notificaciones el 33% corresponde a mujeres.

En Perú el primer caso detectado aparece en 1983 y al 2003 se registran 13.995 casos, según la ONUSIDA – OPS. A estas cifras se deben sumar aproximadamente 60 mil personas que se estiman permanecen asintomáticas, ya que se reconoce oficialmente que existe un subregistro de casos de alrededor del 40%.

La situación en Ecuador del VIH/SIDA indica que para el año 2003 habían registrados 5.041 casos, con una vía de transmisión sexual de un 93%, siendo la mayoría hombres con un 76% y un 23% de mujeres. Del total de notificaciones en Ecuador, un 48 % se declaran heterosexuales y un 45% homosexuales. Al igual que en otros países de la región andina, las estadísticas sobre el VIH/SIDA en Ecuador constituyen una fuente poco representativa de información debido al subregistro existente. ONUSIDA estima que existen aproximadamente unas 40 mil personas viviendo con VIH.

La prevalencia del VIH/SIDA en la población general de la región varía entre el 0.2% y el 5%, con un 25% de casos en mujeres, cifra que en algunos países está creciendo rápidamente. En todos los países hay más hombres que mujeres afectados por el VIH. La relación hombre / mujer varía entre 3:1 en algunos países centroamericanos, pasando por una relación de 4:1 en el Cono Sur, y llegando a niveles de 5:1 en la Región Andina. El 75% de los casos se presentan en hombres, convirtiéndolos en la población más afectada. El 43% de los casos se presentan en hombres que tienen sexo con otros hombres; variando desde el 23% en Centroamérica, el 43% en Brasil, 45% en el Cono Sur, 56% en México y el 60% en la región Andina.

En general, al presentar este panorama del VIH en América Latina, es necesario tener presente que la información epidemiológica es escasa e inadecuada, en muchos casos, con un subregistro que varía entre el 30% y el 90% en los diferentes países. Este subregistro se debe principalmente a una falta de capacitación del personal de salud en algunos países para reportar los nuevos casos, o a la falta de acceso a servicios de salud de las poblaciones más marginadas y a deficiencias en los diferentes niveles de los sistemas de notificación.

---

<sup>78</sup> / Informe comparado sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en la Comunidad Andina de Naciones. Septiembre 2003.

El panorama del VIH/SIDA en la región, nos indica que a pesar de avances en muchos campos, existen carencias fundamentales que permiten manifestar que la pandemia en esta parte del mundo no está controlada. Todas las organizaciones internacionales, los gobiernos y la sociedad civil en los diversos países están concientes que se deben redoblar los esfuerzos mancomunados, tanto en la prevención como en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

## CAPITULO V

### CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS MIGRANTES FRENTE AL VIH/SIDA.

Las conclusiones de este estudio básicamente se han logrado a través de la información obtenida de los resultados de la encuesta, además de los antecedentes complementarios que para el análisis aporta la información de las entrevistas, las reuniones de grupos de conversación temática y el trabajo de los grupos colaborativos. Se encontrará por tanto información cuantitativa y cualitativa desde la cual se pueden enunciar de modo preliminar los principales factores de vulnerabilidad y riesgo de la población migrante frente al VIH/SIDA.

Un dato importante a tener en cuenta para el análisis, es la necesidad de reconocer que al hablar de migrantes, se hace referencia a un amplio y heterogéneo grupo de personas que jurídicamente tienen en común estar en la misma categoría, pero que en realidad forman una diversidad que es ineludible analizar en su particularidad. De allí que el estudio diferencie al migrante en términos de género, edad, nacionalidad, y espacio geográfico donde se asienta, lo cual además de permitir considerar diferentes variables, posibilita hacer una focalización al momento de proponer estrategias de prevención.

Otro dato que se debe tomar en consideración, es que este estudio se limita a caracterizar los factores de vulnerabilidad y riesgo de la población migrante, en su acepción más estricta, dejando fuera explícitamente a aquellas personas que ingresan al país en calidad de refugiados o asilados, ya que por su condición presentan una realidad diferente.<sup>79</sup>

El análisis que se realiza de la información obtenida en el estudio, parte de un ámbito general en el cual se propone a los migrantes que ellos mismos identifiquen cuáles son, según su percepción, los factores de riesgo y vulnerabilidad que eventualmente tendrían frente al VIH/SIDA. En seguida el análisis se encamina paulatinamente a situaciones más particulares, examinando la vulnerabilidad de los migrantes en su situación migratoria, en el contexto económico social, en su entorno personal, y en sus percepciones sobre la discriminación, descubriendo en esas circunstancias las vulnerabilidades y riesgos.

En una etapa de mayor concreción el análisis se adentra en el examen de las percepciones que tienen los migrantes sobre temas directamente vinculados con su conocimiento del VIH/SIDA y como lo interpretan y de qué manera enfrentan su vulnerabilidad, el manejo del riesgo y las posibilidades de identificar factores protectores que permitan desarrollar estrategias preventivas.

#### 5.1 ¿Son los migrantes más vulnerables frente al VIH/SIDA por su condición?

Una pregunta clave para comenzar a analizar los factores de vulnerabilidad y riesgo de la población migrante frente al VIH/SIDA, es si a sí misma se considera más vulnerable o en riesgo por el hecho de ser migrantes.

---

<sup>79</sup> / Se denomina como migrante a la población que se traslada de un territorio a otro y que establece su residencia o permanece un tiempo prolongado en otro lugar distinto a su lugar de origen. Ver definición más amplia en Capítulo III de este Informe.

### 5.1.1 Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA

En este sentido observamos que en sus distintos niveles, la percepción del riesgo por parte de los migrantes es muy baja, ya que un 70.6% considera que por el hecho de ser migrante no necesariamente está en una mayor situación de riesgo de contraer el VIH, y solo el 16.7% consideran que sí lo están.

En este caso tanto hombres como mujeres consideran que por el hecho de ser migrantes no tienen un mayor riesgo frente al VIH. Esta afirmación la hacen un 35.4% de hombres y un 35.1% de mujeres. Tienen una percepción positiva del riesgo, solo un 8.1% de las mujeres y un 8.3% de los hombres.

No se consideran en mayor riesgo por ser migrantes, un 25.1% del segmento de edades entre 26 – 35 años, y un 14.6% del grupo joven, seguido de un 13.9% del segmento de 36 a 45 años.

En cuanto a la nacionalidad, los peruanos manifiestan no tener una percepción de riesgo en un 29.7%, seguidos de los argentinos, 20.1% y bolivianos en un 16.3%. Regionalmente, los migrantes de la Quinta Región responden en un 34.5% no tener percepción de riesgo, seguido de la Región Metropolitana con un 33.2% y la Primera Región con un 32.2%

Sin duda que la condición de ser migrante no es en si misma un factor de riesgo, pero en razón de la vulnerabilidad en que viven, los migrantes están en una situación que los hace más proclives a tener conductas de riesgo. Sin duda la gestión del riesgo que realicen, dependerá de muchos factores, que tienen que ver con las condiciones en que desarrollan sus proyectos de vida.

Sin embargo, a partir del análisis de estas respuestas se verifica que no existe una vinculación conciente entre migración, vulnerabilidad y percepción de riesgo. Desde esta perspectiva, la carencia de percepción de riesgo puede incidir en la no implementación de estrategias preventivas frente al VIH.

Frente a una pregunta directa sobre cuáles creen que son las principales situaciones de vulnerabilidad que pueden inducir a situaciones de riesgo de contraer el VIH/SIDA para un migrante, las respuestas se reparten en tres esferas: por un lado, respecto de situaciones de entorno familiar, como son no tener pareja estable en un 35.1% y el estar solo en un 11.7%. Por otro lado, aparece como factor de riesgo el tener poca información sobre el VIH en un 20.9%, y un tercer nivel, se refiere a las conductas sexuales de riesgo, al indicar como factor de riesgo el acceder a más posibilidades de tener sexo casual, en un 14.5%.

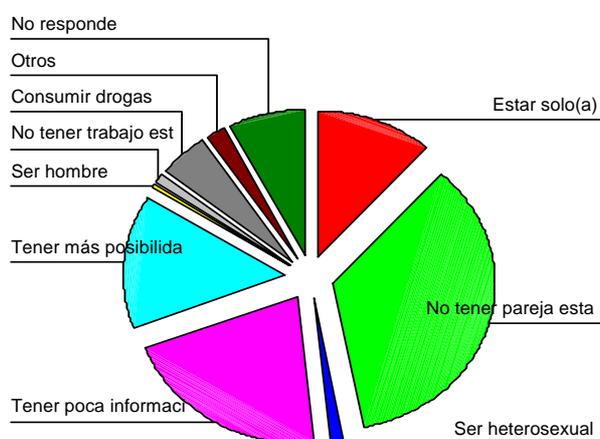
Mucho menos considerado como factor de riesgo, está el consumo de drogas con un 5%. Otros factores que se mencionan pero con mucho menos frecuencia son no usar condón 0.4% y “tener una vida sexual desordenada” 0.2%, tal como expresan textualmente algunos entrevistados frente a la pregunta por ‘otras situaciones de riesgo’.

El Grupo Colaborativo de Iquique hace mención como factor de riesgo, a la supuesta promiscuidad sexual de los jóvenes, y a los altos niveles de consumo de alcohol y drogas en esa región.

Del mismo modo, este aspecto fue incorporado como un claro factor de riesgo, en la propuesta estratégica del grupo de Valparaíso, mencionando el consumo de droga precoz de los jóvenes en el colegio.

### Grafico Nº 21

Percepción de situación de riesgo



El no tener pareja estable, es mucho más importante para la mujer como factor de riesgo, así lo manifiestan en un 19.6%, mientras que para los hombres esta alternativa es válida solo en un 15.6%. Estar solo (a) como factor de riesgo lo menciona el 5.3% de las mujeres y el 6.4% de los hombres. Tener poca información sobre el VIH es más significativo para los hombres en un 11.2% con relación a las mujeres que lo manifiestan en un 9.8%.

Con relación a las conductas sexuales, como factor de riesgo, como es el tener más posibilidades de sexo casual, lo manifiestan como factor de riesgo un 7.8% de los hombres y un 6.7% de las mujeres.

En el rango de edades, es interesante constatar que la alternativa de situación de riesgo de no tener pareja estable, se manifiesta en un 11.6% del segmento de 26 – 35 años, y en un 11.6% del grupo entre 16 y 25 años. El estar solo, como alternativa la manifiestan casi en forma similar en un 2.8% los rangos de edades entre los 16 y los 45 años.

El tener poca información sobre el VIH aparece como factor de riesgo, en un 9.4% del grupo de 26 a 35 años, en un 4.1% del grupo joven y en un 2.8% del grupo 36 – 45 años. El sexo casual como factor de riesgo, lo expresan un 5.7% del grupo 26 a 35 años, y un 4.3% del grupo joven de 16 – 25 años.

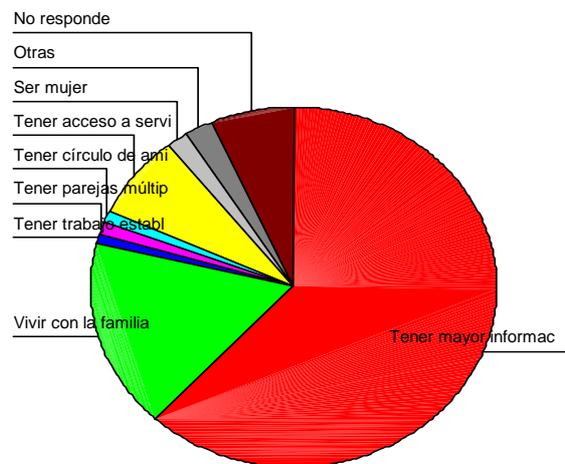
El factor de riesgo que se menciona mayoritariamente, se identifica con no tener pareja estable, y en segundo lugar con el concepto de estar “solo”, lo cual nos indica que para las personas encuestadas, el riesgo está ligado fundamentalmente a aspectos de su entorno vital y familiar. Es en esa relación donde radica para ellos el límite entre el riesgo y la protección.

### 5.1.2 Factores protectores frente al VIH/SIDA

En el momento de identificar los factores protectores frente al VIH/SIDA, los migrantes identifican mayoritariamente en un 61.7%, que tener mayor información sobre el VIH/SIDA es un factor protector, lo cual aparece en contradicción con respuestas que aparecerán más adelante que indican que en general la población migrante afirma haber tenido información sobre el VIH, y entrega respuestas correctas respecto a aspectos puntuales que indican un grado de conocimiento, pero es coherente con la percepción que emerge de otras respuestas en cuanto a que hay una disociación entre el conocimiento y la práctica respecto a conductas de riesgo frente al VIH.

**Grafico Nº 22**

Percepción sobre factores protectores



En este sentido un 32% de las mujeres indican la opción que la información es un factor protector, al mismo tiempo los hombres indican la misma respuesta en un 29.7%.

Igualmente en el análisis de edades, la información sobre el VIH aparece como prioritaria para el segmento de edad de 26 – 35 años con un 24.2% seguido del grupo de 36 – 45 años, con un 14.4% y del grupo joven con un 13.2%.

El hecho que una cifra tan alta de las personas encuestadas manifieste que el factor protector que identifican como prioritario sea la “información sobre VIH”, puede ser que enfrentados a varias alternativas, ésta la ven como una carencia, pero igualmente puede

ser consecuencia de la aplicación del “sentido común” de la gente, que frente a una pregunta que requiere de solución de un problema, se recurre a la respuesta tipo, “se necesita mayor información”, sin que esta respuesta tenga mayor contenido.

Otra respuesta a la pregunta sobre factores protectores dice que un 17% considera que vivir con la familia es un factor protector, importante constatación si consideramos que más de un 50% de los entrevistados viven sin una contención familiar. Por otra parte, aparece como no concordante con las respuestas referidas a la salud el hecho que el 7.4 % creen que el tener acceso a servicios de salud es un factor protector importante, dado que el 46.5% de ellos manifiesta no tener ninguna cobertura de salud.

Vivir con la familia como factor protector lo indica 7.1 % de las mujeres y un 9.9 % de los hombres. En relación con el acceso a la salud como factor protector, es considerado un 4.4% por las mujeres y en un 3.0% de los hombres.

Vivir con la familia en una relación de edad, es expresada como factor protector en una forma mas distribuida, un 4.1% en el grupo 26 – 35 años, un 3.6% en el grupo 15 – 25 años, un 2.3% en el segmento 36 – 45, y en un 3.7% del grupo 46 a 55 años.

En este mismo ámbito, la población peruana considera que la mayor información es un factor de protección en un 34.4%, seguido de argentinos en un 16.9% y bolivianos un 13.2%. Esta misma alternativa con relación a las regiones aparece la Región Metropolitana con un 34.4% de las preferencias.

Frente a una pregunta respecto a si conocen a personas migrantes que vivan con el VIH/SIDA el 86% indica que no conoce a nadie y solo un 11% manifiesta conocer a alguna persona que viva con VIH entre sus pares migrantes. De estas cifras las mujeres representan un 44% y hombres 42.2%.

Respecto a la edad, manifiestan no conocer personas migrantes que vivan con VIH, un 31.1% del grupo de edad de 26- 35 años, un 19.0% del grupo joven y un 16.0% del segmento 36- 45 años.

Respuesta como esta, puede indicar nuevamente una postura defensiva que por una parte aparece como informada, amplia y comprensiva frente al tema, pero en el momento de confrontarlo con una apuesta de compromiso personal, manifiestan como en este caso, mayoritariamente no conocer a ningún migrante que viva con VIH.

Sin embargo, al consultar si consideran que las personas que viven con VIH/SIDA en Chile son discriminadas, responden que siempre son discriminadas en un 64.1 % y que ocasionalmente son discriminadas en un 22.9%. Consideración realizada por el 32.7% de los hombres y 32.2% de mujeres.

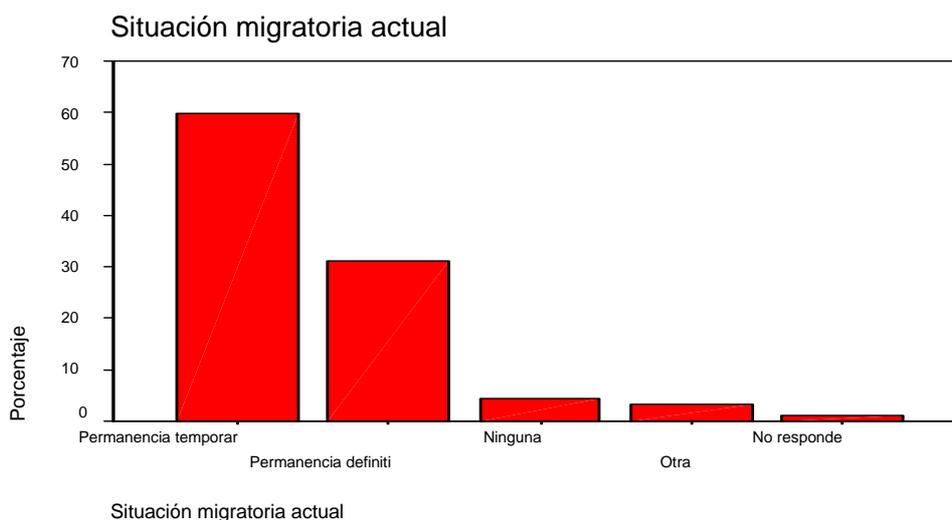
Que son siempre discriminados las personas con VIH, lo manifiestan un 21.4% del segmento de 26 – 35 años, y en 14.4% lo manifiestan el grupo joven como el segmento de 36 – 45 años.

## 5.2 La situación migratoria un factor de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Continuando con un análisis particularizado respecto de los factores de vulnerabilidad y riesgo, se examina un tema que aparece crítico como es la situación legal de los migrantes encuestados. En el estudio, aparece como una constante que la situación de “irregularidad” es un factor de vulnerabilidad para los migrantes.

A través de la encuesta aplicada, respecto a su situación migratoria actual, constatamos que un 59.9 % de las personas encuestadas tienen una situación de permanencia temporaria,<sup>80</sup> de las cuales solo un 32.0 % están sujetos a contrato, un 20.4 % son turistas <sup>81</sup> y un 5.5% son estudiantes. Pero en las respuestas aparece un 4.4 % de personas que según su respuesta no tienen ninguna situación migratoria. A su vez, a la pregunta por el tipo de permanencia temporaria, un 41.5% no respondieron, situaciones que podríamos interpretar como que se encuentran en forma irregular.

**Grafico N° 23**



En un análisis de género de la situación migratoria actual, verificamos que un 28.2% de mujeres, respecto del total de personas encuestadas, tienen permanencia temporaria, lo mismo sucede con 31.3% de los hombres.

Referente a la situación migratoria, por rango de edad, quienes mayormente tienen una permanencia temporaria es el segmento entre 26 a 35 años con un 21.8% y entre los 36 a 45 años con un 13%

Si desglosamos la información de la población peruana con permanencia temporaria, la proporción que está con visa sujeta a contrato, es de 31.8%. Un 12.4% son turistas y

<sup>80</sup> / La Permanencia Temporaria puede ser a la vez, permanencia sujeta a contrato, permanencia como estudiante, visa de turista, o estatus de refugiado.

<sup>81</sup> / La Visa de Turista tiene una duración de tres meses. Si una persona permanece en el país por más de tres meses, se vence su Visa de Turista y es considerado migrante irregular.

notoriamente un 52.9% no responden. En el caso de los bolivianos un 39% tiene permanencia sujeta a contrato. Con visa de turista se encuentran un 30% y la situación de quienes no responden es de un 25%. El caso de los argentinos es similar, ya que 27.2% tienen permanencia sujeta a contrato, y no responden un 46.4%.

De estos últimos resultados correspondientes al “no responden” podríamos concluir que mayoritariamente corresponderían a personas que permanecen en Chile en forma irregular, generalmente con la visa de turista vencida. Es necesario tener en cuenta que la visa de Turista tiene una duración de tres meses, que la mayoría de los migrantes ingresan por esa vía, y por tanto muchos permanecerán en Chile una vez expirada esa visa, quedando en una situación irregular, al menos que crucen la frontera y vuelvan a ingresar nuevamente como turistas. Pero también es necesario reconocer que hay un número importante, especialmente en la frontera norte, que ingresan en forma ilegal, haciendo uso de variados subterfugios que vulneran las normas de extranjería. <sup>82</sup>

Visiblemente las personas con permanencia definitiva son menos que aquellas con permanencia temporaria o que eligieron no responder a esta pregunta. Este análisis de la situación migratoria nos puede indicar que la población migrante estudiada mayoritariamente está con permanencia temporaria o permanece en el país en situación irregular, lo cual puede llegar a establecer objetivamente una situación de vulnerabilidad social respecto al VIH/SIDA, ya que es una de las situaciones vitales que más inestabilidad provoca en la población migrante.

En este mismo ámbito, no es sorprendente que el Grupo Colaborativo de Iquique haya definido como factor de vulnerabilidad social específicamente para esa ciudad, la falta de regularización de los migrantes que los deja sin previsión y sin atención de salud, dada que esa situación es allí más apremiante. En parecidos términos el grupo de Santiago menciona la irregularidad migratoria, como un factor de vulnerabilidad.

En entrevista realizada a una funcionaria de salud de la Primera Región, manifiesta que el sector en mayor riesgo son los migrantes en situación de irregularidad, en particular las mujeres. Ella ha constatado su indefensión, en el campo laboral no tienen derecho a hacer ver su situación ante las autoridades dada su condición de irregularidad, son mal pagadas, sin previsión. Muchas de ellas tienen hijos. Por no tener acceso a salud no pueden prevenir adecuadamente el embarazo y cuando se embarazan siempre tienen el temor de ser abandonadas por los padres.

La entrevistada da cuenta de situaciones de violación que no pueden ser denunciadas por su propia situación de residencia irregular. También informa de mujeres que teniendo hijos reconocidos por sus padres en Chile, no pueden retornar a su país por la eventual prohibición de los padres de dejar que sus hijos abandonen el país. Se refiere, también a las carencias emocionales de estas mujeres que están solas en un país en que hay discriminación. Muchas de estas mujeres, de acuerdo a la entrevistada, han dejado hijos en su país de origen y éstos también se encuentran muchas veces en situación de indefensión en manos de familiares que a menudo abusan de ellos. Muchas de las jóvenes extranjeras, al estar solas se emparejan, a veces, como un medio de asegurar residencia a través de tener un hijo.

---

<sup>82</sup> / Es común el ingreso sin cédula de identidad, con salvoconductos adulterados, muchas veces con la complicidad de los conductores de los buses que hacen el recorrido Tacna – Arica.

*“Yo generalmente veo mujeres que quedan embarazadas y que los padres de esos hijos desaparecen y que ellas no pueden ir a un juzgado hacer la demanda de la paternidad porque están ilegales o sea no tiene ningún derecho a reclamo. Entonces viniendo a buscar mejores horizontes les va peor porque se quedan acá con un hijo, con hijos allá, solas acá, finalmente sufren ellas y sufren los hijos”.*

Esta entrevistada piensa que la población migrante que está en mayor peligro es la que está en situación irregular y es esa la que requiere mayor atención. Estos no pueden ser identificados por que tienen el temor de ser deportados. Para ellos está excluido organizarse. Tienen que esconderse, incluso de la policía que allana sus cuartos.

Sin embargo, tenemos el testimonio de un entrevistado que vive con VIH, con una condición migratoria irregular, razón por la cual no podía tener acceso a un servicio de salud para lograr su tratamiento del VIH, quien finalmente logra ser atendido utilizando diversos ardidés.

Esto ilustra una afirmación realizada en el Equipo del Proyecto respecto a que: *“la situación de irregularidad dificulta la atención de los inmigrantes, pero, que, sin embargo, los irregulares encuentran siempre formas ‘transversales’ para solucionar problemas”.* Desde luego, el problema es que estas soluciones individuales son insuficientes y muchas veces inadecuadas, tanto desde el punto de vista de tratamiento personal como social del problema.

Estas situaciones y problemas mencionados en los diversos testimonios, demuestran que al ser percibida la irregularidad migratoria como un factor de vulnerabilidad por parte de la población migrante, es evidente que al plantearse estrategias de protección que superen esa situación, es necesario promover los mecanismos idóneos para lograr que la población que se mantiene en esa situación de inestabilidad adquiera la regularidad de su situación.

### **5.3 Motivaciones de los migrantes para venir a Chile**

Las motivaciones que tuvieron los migrantes para venir a Chile, según la encuesta, nos pueden indicar cuales eran las expectativas que ellos cifraban en el momento que eligen a Chile como destino de su migración. La resolución de esas expectativas marcará en una proporción importante el grado de vulnerabilidad o seguridad que tenga la persona que construye su vida en su lugar de destino como migrante.

En cuanto a las motivaciones que tuvieron los migrantes para venir a Chile y no a otro país, estuvo determinado fundamentalmente por las posibilidades de trabajo en un 52.2 %, otro tanto lo hace para mejorar las condiciones de vida, 16.3%, que en el fondo significa también tener esperanzas de trabajo o de ingresos adecuados. Sin embargo el resultado de esta pregunta, arroja un porcentaje de 17.8 % que marca la alternativa “otra”, lo cual puede indicarnos que parte de ese porcentaje obedecería a una motivación diferente que no se preguntó en la encuesta, por ejemplo de reunificación familiar.

Con relación a un análisis de genero, las motivaciones para venir a Chile son similares en hombres y mujeres, 26.1% % de la mujeres y el 25.9% de los hombres indican que su principal motivación fue el trabajo. La preferencia por venir a Chile por causa de una

posible reunificación familiar también se manifiesta en este análisis de género, tanto en hombres como en mujeres, resulta un porcentaje de un 9.0 % cifra que no deja de ser significativa.

Igualmente indican que el trabajo es la principal motivación para venir a Chile un 35.7% de peruanos y un 27.5% y argentinos un 9.8%.

Sin embargo, es interesante que en un análisis por región la motivación del trabajo está mucho más marcada en la Primera Región con un 50% con relación a las otras regiones estudiadas que oscila en 25.5%.

## **5.4 El contexto socioeconómico como fuente de vulnerabilidad de los migrantes.**

### **5.4.1 La situación laboral como fuente de vulnerabilidad.**

Las expectativas de trabajo como motivación para venir a este país, se ven confrontadas por el sistema laboral bastante restringido y poco flexible en sus variables de contratación, que existe en Chile. Si bien un 67.1 % manifiesta estar trabajando y un 18.8 % que está sin trabajo, el tipo de ocupación mayoritario al cual tienen acceso son trabajos de baja calificación. Es así como un 13.9 % se desempeñan como obreros o en otros trabajos manuales y un 16.2 % lo hacen como trabajadores (as) de casa particular. En un rango de empleo más calificado los porcentajes son significativamente menores, profesionales solo un 10% comerciantes un 8,7 % y micro empresarios un 3.0 %.

En la situación laboral corroboramos que hay una situación similar en hombres como en mujeres que manifiestan estar trabajando, 33.3% en mujeres y 33.6% en hombres, respecto del total de personas encuestadas. Sin trabajo existen 10.6% de mujeres frente a un 8% de hombres que no tienen trabajo.

Con relación al tipo de ocupación entre los migrantes hombres, mayoritariamente son obreros 18.1%, seguido de profesionales y comerciantes (10%), y empleados administrativos (8,8%). En cambio entre las mujeres, sobre el total de personas encuestadas un 12.9% son trabajadoras de casa particular, seguido de profesionales (5.3%), comerciantes (3.9%) y trabajadoras manuales u obreras (4.8%).

En un análisis de la situación laboral por nacionalidad, tenemos que son peruanos quienes en un 36.2% tienen trabajo y un 22.6% manifiesta no tener trabajo. La situación entre los migrantes bolivianos presenta un 18.7 % de fuerza laboral activa y un 24.5% de población en paro. La relación disminuye entre los argentinos ya que su población con trabajo es de 15.6% y de personas sin trabajo 19.8 %.

La relación de la nacionalidad con el tipo de ocupación es interesante ya que se constata que son los peruanos quienes tienen las ocupaciones de más baja calificación, 34.5% del total de personas que manifestaron trabajar son trabajadoras de casa particular y un 17.8% son obreros. Seguido de los bolivianos, con un 21% de obreros, un 18% de trabajadores agrícolas y 17% de trabajadoras de casa particular. En cambio, entre los argentinos los porcentajes de empleos son aparentemente de mayor calificación, siendo los empleados administrativos, comerciantes y profesionales alrededor de un 12 %. Sin embargo entre los mismos argentinos la respuesta a la alternativa otro (10%) y no responde (20%) son muy altas, indicado que existen otras formas alternativas de

ocupación que no fueron consultadas o el “no responde” puede corresponder a personas con trabajos esporádicos.

La región que aparece más depreciada en su situación laboral es la Primera Región con un 46.2% de personas sin trabajo y la región con más migrantes con trabajo es la Quinta Región con un 37.7%.

La correlación del tipo de ocupación por región, sin duda que es la Primera Región la que presenta un tipo de ocupación signada por su carácter de trabajos con menor calificación, es así como en un 22.3% del total de personas que manifiestan trabajar, son obreros, un 17.2% son trabajadoras de cada particular, y 11% son trabajadores agrícolas.

En este sentido, el Grupo Colaborativo de Iquique menciona claramente como una vulnerabilidad la precariedad de empleo, incluyendo el propio trabajo doméstico y la necesidad que tienen muchas mujeres migrantes de ejercer el comercio sexual como una forma de sobrevivencia. Idénticas menciones se realizan en los grupos de Valparaíso y Santiago.

Por contrapartida, como factor protector frente a esa vulnerabilidad social, es necesario promover políticas públicas adecuadas para generar posibilidades viables que faciliten a la población migrante un acceso a un trabajo digno y productivo que entregue una calidad de vida acorde con las exigencias de los derechos humanos y a la Convención Internacional de los Derechos de los Trabajadores Migratorios, eliminando todo atisbo de discriminación laboral por el hecho de ser migrantes. <sup>83</sup>

#### **5.4.2 El nivel educacional una característica sorprendente**

Casi por costumbre, nos hemos habituado a calificar a la población fronteriza en Chile como una población fundamentalmente pobre, situación que reproducimos sin mayor análisis y asimilamos el tipo de ocupación de los migrantes con su nivel educativo.

Sin embargo, con este estudio constatamos que la información sobre el tipo de ocupación aparece como altamente contradictoria con la pregunta sobre el nivel educacional de los migrantes. Esta afirmación se demuestra con el hecho que mayoritariamente los migrantes manifiestan tener educación media en un 41.6 %, y educación universitaria o técnica un 44.4 %. Esto nos indica que los migrantes que trabajan en Chile, tienen una situación de sub valoración con relación a su formación. Esta información es concordante con los resultados del Grupo conversación temática realizado con trabajadoras de casa particular en Valparaíso, donde mayoritariamente las mujeres manifiestan tener una formación técnico profesional, situación no acorde con el trabajo que desempeñan.

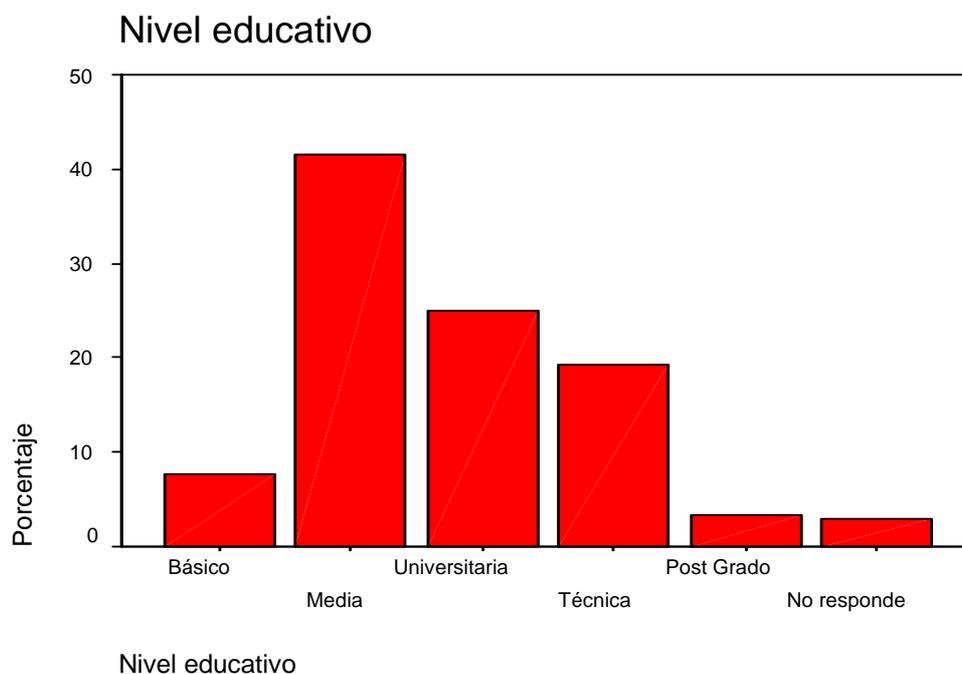
En su testimonio las trabajadoras de casa particular entrevistadas manifiestan que todas han venido a nuestro país en busca de mejorar su situación económica, dejando en algunos casos familia e hijos en Perú. Su nivel escolar es alto ya que sólo dos de entre

---

<sup>83</sup> *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución de Diciembre de 1990. Esta Convención no ha sido ratificada por el Estado de Chile.*

ellas no han terminado su educación media, algunas son cosmetólogas, paramédicos, secretarias y una estudiante universitaria que debió congelar su carrera en la PUCV por razones económicas y en la actualidad se ha acogido a una capacitación SENCE en Higiene y Manipulación de Alimentos.

**Grafico Nº 24**



En un análisis de género sobre el nivel educacional de los migrantes encuestados, tenemos que las mujeres tienen enseñanza media en un 22.9%, poseen estudios universitarios un 12.6% y nivel técnico en un 8.7%. La situación entre los hombres no es tan diferente, ya que varones con enseñanza media alcanzan un 18.6%, con nivel universitario llegan a un 12.4%, y con grado técnico a un 10.4%

Con relación a la nacionalidad son los peruanos quienes manifiestan tener un más alto nivel educacional, 30.8% con educación media, 37.6% con nivel técnico, 22.6% con estudios universitarios y un 34.8% con enseñanza básica.

Los bolivianos, tienen un 25.6% con enseñanza media y un 16.5% con nivel técnico. Los argentinos tienen un 28.3 % de personas con estudios universitarios y un 15.5% de nivel técnico.

Esta situación puede significar un menoscabo para la autoestima de los migrantes, si hacemos la relación entre nivel de educación y el tipo de ocupación que mayoritariamente ejercen en Chile. El tener que aceptar una situación laboral que palmariamente contraviene las expectativas de un pleno bienestar y satisfacción personales, según su nivel de capacitación y formación, pueden convertirse en un factor de frustración y por ende de vulnerabilidad de la población migrante.

A propósito de la educación surge la interrogante, respecto a la situación de los hijos de los migrantes en edad escolar, en el sentido si estos niños o jóvenes podrán mantener el nivel educativo que sus padres alcanzaron en su país de origen, si lo disminuirán o lo superarán. En la encuesta solo se constata que un 12.5 % de hijos de migrantes son recibidos por colegios públicos municipalizados y un 5.3 % en colegios privados subvencionados.

Es pertinente citar una resolución emanada del Ministerio de Educación en 2003, que dice textualmente que, "los hijos de migrantes podrán incorporarse como alumno regular a la educación básica o media chilena, aún cuando sus padres no tengan su situación de residencia al día. La iniciativa denominada 'Por el Derecho a la Educación: integración, diversidad y no discriminación', es congruente con el principio constitucional que garantiza el acceso a la educación a todos los niños, niñas y jóvenes que residen en nuestro territorio", según declaró en su oportunidad el entonces Sub Secretario de Educación José Weinstein. En la misma oportunidad la autoridad manifestó que "junto con garantizar el acceso a la educación de todos los niños y niñas inmigrantes, se contempla la regularización de la residencia de los que se encuentran sin sus permisos migratorios vigentes, a través de la entrega de una visa de estudiante".

El garantizar el acceso a la educación a los niños migrantes es un paso importante, el paso que sigue es garantizar el respeto a la diversidad, tolerancia y no discriminación, que sin embargo, existe en forma latente, y que significa una situación compleja para la inserción de los niños en el sistema escolar. Es una situación que debemos estudiar más en profundidad y que no fue abordada en este estudio.

#### **5.4.3 La situación de vivienda: entre el bienestar y el hacinamiento.**

Si la situación laboral es inestable entre los migrantes, igualmente lo es la situación de vivienda. Es así como, un 41% viven en casa alquilada y un número mayor que alcanza al 42.5 % viven en forma más precaria aún, como por ejemplo en casa compartida, allegados en casa de amigos, en pensión o en hospedaje de emergencia. Sólo un 8.2 % manifiesta tener casa propia, que ha de corresponder al segmento de profesionales o comerciantes.

La situación de vivienda nos indica que del total de personas encuestadas, mayoritariamente los migrantes viven en casa alquilada, de éstos el 20.1% son mujeres y el 20.5 % hombres. En situación más precaria, en forma de allegados viven el 6.7% de las mujeres y el 5.7% de los hombres. En pensión, asimismo viven el 6% de mujeres y el 10% de los hombres.

Sin embargo, en la región norte la forma más extendida de vivienda de los migrantes es la pensión (36%) y el hotel con un 12.1%, alternativa que en las otras regiones casi no se menciona. Esto último puede deberse a la gran movilidad que tienen la población migrante en Iquique, calificada como una migración de paso, que fundamentalmente no se asienta por un tiempo prolongado.

En el análisis por nacionalidad de la situación de vivienda, los peruanos manifiestan utilizar la modalidad de alquiler de casa o departamento en un 31.3% y los argentinos en un 21.7%, lo cual nos puede indicar entre otras cosas que éstas son las migraciones más

estables en el país, por el hecho además que ambas aparecen con el mas alto índice de migrantes con casa propia un 34.7% de peruanos y 21.7% de argentinos.

Pero también entre los peruanos se presenta la situación de alta precariedad y por tanto de vulnerabilidad, con un 45.2% que vive en casa compartida, un 30% que vive allegado en casa de amigos o conocidos y un 21% que vive en pensión. Al igual que la migración boliviana que mayoritariamente vive en pensión 48.8% o como allegados en un 20%.

Si la situación de vivienda tiene las connotaciones de marcar una mayor o menor vulnerabilidad, es importante analizar el contexto con relación al número de personas que conviven en una casa. Según el estudio, un 36% viven en una propiedad entre 5 - 7 o más personas, de lo cual si conjeturamos que el tipo de vivienda al cual acceden en las comunas en que mayoritariamente viven los migrantes, son casas subdivididas o de una escasa extensión, podemos imaginar que existe una situación de posible hacinamiento, en un porcentaje importante de la población migrante.

Sin embargo, otro porcentaje importante un 50.3 % comparten su vivienda con 1 a 4 personas, lo que puede indicar una situación de mayor calidad de vida.

Si estas cifras las analizamos en una perspectiva de genero, constatamos que manifiestan vivir con más de 7 personas en su casa habitación, un 7.6% de las mujeres y un 8% de los hombres. Conviviendo con 5 o 6 personas existen un 11.9% de mujeres y 8.3% de hombres. Cifras esta últimas que indicarían un grado importante de hacinamiento y una baja calidad de la vida en el hogar. En una situación más holgada con 1 o 4 personas, viven un 25% de mujeres y un 25.5% de los hombres.

En este ámbito de cooperar la vivienda con otras personas, es en la Primera Región donde más se presenta esta situación con más de 7 personas por vivienda, con porcentaje de un 32.1% con relación a la Quinta Región (6.2%) o a la Región Metropolitana (8.0%). Por el contrario, la Región Metropolitana presenta la mejor situación de vivienda en cuanto a compartirla entre 1 o 2 personas, cifra que llega a un 35.2%.

Es coherente con lo anterior que el grupo Colaborativo de Iquique se refiera en sus conclusiones a las condiciones de precariedad habitacional y hacinamiento en que viven los migrantes, particularmente, peruanos y bolivianos en esa región.

Con relación a la nacionalidad los peruanos presentan un 43.8% de personas compartiendo su vivienda entre 5 o 6 personas, y un 33.7% viviendo con mas de 7 personas, seguido de los bolivianos con 48.3% en igual situación.

Esta situación se corrobora en entrevistas a informantes claves:

*“En relación al tema de VIH y la migración... yo creo que las condiciones de pobreza en que viven, también de suciedad, de hacinamiento... Hay sectores aquí en Iquique que se especializan en arrendarles a peruanos y bolivianos. Conozco algunas direcciones incluso, en que... han hecho una pieza, otra pieza, y otra pieza sin ventilación, sin aire (en los pasillos); les permiten cocinar en la misma pieza; les permiten - que sé yo - traer más gente de la familia, allegados de su grupo familiar... Son factores de riesgo (vulnerabilidad) de VIH...”* (Funcionaria municipal, Primera Región)

Esta opinión, que en cierta forma podría interpretarse como un tanto discriminatoria, sin embargo coincide con la opinión de un entrevistado, quien destaca que las condiciones de vivienda que tienen muchos de sus compatriotas migrantes, sumado a la falta de información constituirían situaciones de riesgo.

*“Hay mayor facilidad que el VIH... se expanda rápido, porque siempre paran juntos, solos en una habitación, hay como más acercamiento al alcohol, a la droga... igual me gustaría que dieran más información...”*

El entrevistado - quien se declara homosexual-, reconoce las condiciones de hacinamiento que le tocó vivir como un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA:

*“Yo cuando dormía allí tiraba el colchón al suelo y en un colchón de plaza y media dormíamos 3 hombres incluido yo. Estaban curados, se sacaban la ropa y yo tenía que dormir al medio, o al costado, igual hay roces, están con alcohol... El cuerpo siente el calorcito de la otra persona, me entiendes, y el alcohol te hace borrar una parte de tu persona...”*

Con respecto a las condiciones de vivienda, también los grupos colaborativos en las tres regiones se refirieron al hacinamiento en que muchos migrantes viven y a su pobreza material.

En el análisis realizado por los diferentes métodos de recolección de información utilizados en este estudio, aparece como un tema reiterado la precariedad de la vivienda, incluso las condiciones de hacinamiento, como una factor que colabora a una situación de vulnerabilidad de los migrantes. Por tanto, surge como contrapartida la necesidad de promover políticas que permitan a los migrantes, especialmente que vienen con sus familias a acceder a mecanismos de subsidios o créditos y sistemas de avales que faciliten la adquisición o alquiler de viviendas dignas.

#### **5.4.4 Con quien viven los migrantes: ¿vulnerabilidad o protección?**

Otro dato importante para caracterizar la vulnerabilidad de la población migrante estudiada, es saber con quien viven esas personas, ya que eso nos dará información sobre el entorno más vital y que se proyecta en otros comportamientos del migrante.

Por una parte encontramos migrantes que declaran vivir solos, o con grupos de amigos o con otros migrantes. Esta condición para muchos, es fuente de vulnerabilidad, ya que mencionan que el no contar con una contención familiar que los acoja o en el caso de las mujeres la ausencia de sus hijos, es un factor claro de inestabilidad, fragilidad emocional y vulnerabilidad. Eso no es contradictorio con valorar a los núcleos de amigos con que se vive, también como un factor protector y de acogida.

En esta distinción, se demuestra claramente la significación contextual de los conceptos vulnerabilidad o protección. Ya que tanto la relación de la familia o de los amigos pueden ser, en una circunstancia dada un factor protector y de contención, como en otras circunstancias transformarse en un factor de vulnerabilidad e incluso de riesgo.

En relación al entorno social del migrante, en las respuestas de la encuesta un 23.2 % manifiesta vivir solo. Otro porcentaje significativo vive con amigos (9%) o viven con otros migrantes (5.2%).

Por el contrario, otro grupo de migrantes considera que tiene una clara contención familiar al vivir con sus hijos en un 5.9%, con su cónyuge o pareja en un 12.6% o conjuntamente con el cónyuge y con los hijos en un 18.2 %.

Esto se da en un 10% de las mujeres y un 8.5% de los varones. Un número importante sobre todo de mujeres viven solas con sus hijos en un 4.1%. Otro grupo viven solos con el cónyuge, un 3.9% de hombres y un 3.2% de mujeres. La convivencia con otros familiares que no sean de su núcleo central, es importante entre las mujeres, con un 10%, en relación con los hombres que manifiestan este tipo de compañía solo en un 4.6%.

No obstante que la familia aparece mencionada como presupuesto de ser un factor protector, la mayoría de los encuestados se confiesa soltero en un 47.6%, lo que indicaría de hecho una falta de entorno familiar. Otro porcentaje manifiesta ser casados en Chile, en un 34.8% y tener vínculos de matrimonio o pareja en su país de origen en un 21.2%, muchos de los cuales tienen pareja en Chile y en su país simultáneamente, lo cual incidiría en las conductas sexuales que expresan las personas.

La tenencia de hijos, igualmente según el contexto, puede ser un factor de vulnerabilidad o un factor protector en el entorno de los migrantes. De los encuestados, un alto porcentaje de un 46.6% manifiesta tener entre 1 y 3 hijos dependientes. En este caso, un 24% de las mujeres y un 22.4% de los hombres manifiestan tener entre 1 y 3 hijos que dependen de ellos para su subsistencia. Siendo igualmente los peruanos y bolivianos quienes tienen mayoritariamente esta situación. La presencia de hijos, en un contexto de entorno familiar ayuda a conformar un ambiente de estabilidad y sin duda disminuye la vulnerabilidad.

Pero una situación recurrente es el hecho de personas que viven solas o con una pareja en Chile, pero que tienen sus hijos dependientes en su país de origen, siendo esta última situación un caso paradigmático de vulnerabilidad. Por ejemplo, las mujeres peruanas que trabajan en Chile y tienen a sus hijos en su país. Porcentaje importante del ingreso de estas mujeres lo envían como remesas para la subsistencia de sus hijos, siendo en este caso su mayor anhelo el poder regresar al Perú o llegar a tener una situación estable, que les permita traer a sus hijos a Chile.

La soledad de los migrantes, la necesidad de establecer vínculos interpersonales y la búsqueda de subsistencia económica son factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

*“Yo creo que eso, el hecho de entablar una relación por las razones que sea como medio de subsistencia como una búsqueda de un apoyo, como el llenar un vacío, por las razones que sea... tratar de buscar una relación de pareja, pololeos cortos, o conocer a alguien, entablar una relación sexual, yo creo que eso... las expone”.*  
(Funcionaria de salud , Primera región)

Asimismo, expresa que la vulnerabilidad de la población migrante está vinculada al modo como construye su relacionamiento social.

*“Claro la población inmigrante es mas vulnerable en el sentido de su aislamiento, de la separación de su núcleo familiar, de sus medios en que se desenvuelve. Cuando uno migra uno cambia radicalmente su vida, mas dependiendo del nivel en el que le toca desenvolverse. Si hablamos del nivel profesional uno ya viene con un respaldo que le va a poder servir para defenderse. Uno viene ya con un trabajo que le va a permitir vivir mejor, pero si uno llega sin una profesión, viene a desempeñar quehaceres domésticos, tipo nana, el limitante económico, esa situación hace que eso lo aisle y por esa situación la persona trata de vincularse al medio y eso creo yo que es un factor importantísimo”. (Funcionaria de salud, Primera región).*

En el mismo sentido, es interesante analizar la opinión entregada por un médico ecuatoriano entrevistado, en relación al cruce que hace entre la información sobre VIH/SIDA recibida por los migrantes, su condición de vulnerabilidad, y de qué manera en una situación límite la información y la posibilidad de socialización se transforma en un factor altamente protector.

*“Por eso te digo hay gente que migra y no recibe la información y hay gente que recibe la información pero esta solo sabes, la información y al estar solo, ...es el peso de la balanza. Pero encuentras en esa persona un apoyo, un amigo, un compañero alguien .... Hasta el simple hecho de conversar y platicar contigo, si tu te encuentras solo, aislado no sabes que hacer y yo le digo hola como estas, ya le estoy dando esa ayuda y por eso creo yo que un factor importante es brindar información, pero también para que el ser humano se pueda sociabilizar”.*

La misma opinión se reitera en la entrevista al joven migrante, quien también menciona la soledad o la ausencia de la familia como un factor de vulnerabilidad. Ante la pregunta de si el cree que los migrantes están más propensos a adquirir el VIH/SIDA, responde que:

*“No, nada que ver... pero en la parte de las conductas... yo voy a hablar de la condición gay: Son más propensos porque de una y otra forma igual quieren tener contacto con la gente de aquí, de Santiago, o chileno, y agarran lo que venga y, en la parte “hetero”, como vienen solos, sin familias, no sé, se les presenta la ocasión de una “colita” y si están con alcohol, igual lo hacen, porque no tienen pareja”.*

En este plano vivencial, los grupos colaborativos en las regiones insisten en que la soledad en que viven muchos migrantes y a la escasa aceptación de estos por parte de la sociedad local, son factores de vulnerabilidad. Se trataría de grandes carencias afectivas que predispondrían al migrante a situaciones de riesgo.

Un factor de vulnerabilidad que para el grupo de Santiago, aparece como muy nítido es la situación de anonimato de los migrantes en un país extranjero, lo cual estimularía a un menor control social en el comportamiento sexual.

Por tanto en este ámbito, podemos concluir que en relación a la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y a la consecución de una beneficiosa gestión de riesgo, no es independiente en opinión de los migrantes, del entorno que les rodea, no es lo mismo vivir solos, sin referentes explícitos, que vivir con la pareja o con la familia nuclear y con sus hijos, o teniendo claramente la contención de grupos afianzados sea cualquiera su composición: amigos, otros familiares, compañeros de trabajo.

## 5.5 Inserción y sentido de pertenencia de los migrantes como factor de vulnerabilidad.

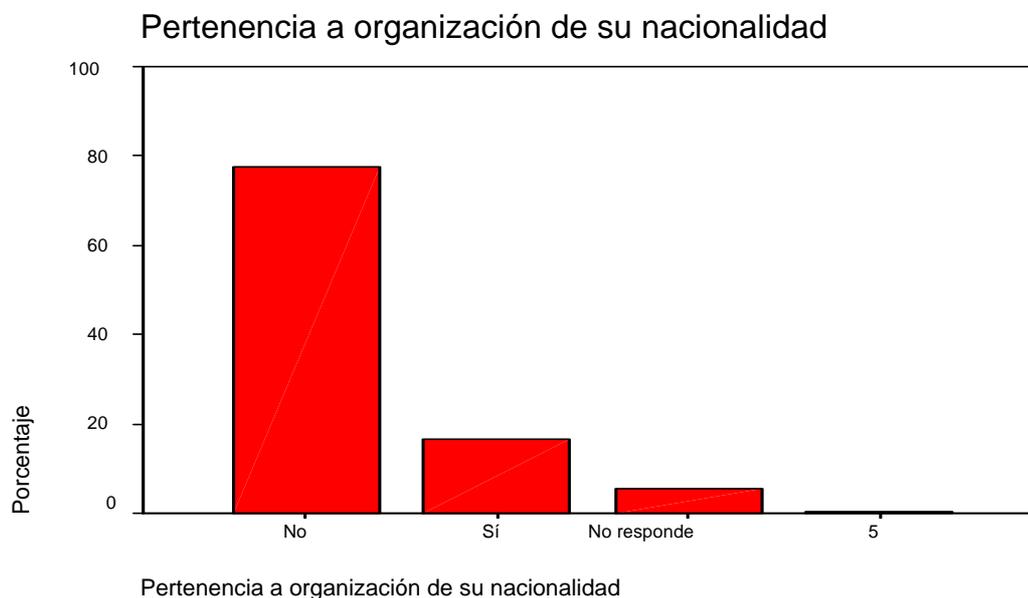
### 5.5.1 Organizaciones formales o redes espontáneas.

Sin duda que la incertidumbre, inestabilidad, inseguridad, carencia de inserción social, que presente un migrante en su contexto social, influirá en su vulnerabilidad específica frente a contraer VIH/SIDA, lo cual puede concluir en no cuidarse, o exponerse a situaciones de riesgo, en determinadas circunstancias.

La inserción y el sentido de pertenencia que los migrantes logren en el país de acogida determinarán un grado mayor o menor de vulnerabilidad. A menor inserción y sociabilidad mayor vulnerabilidad. En este estudio, la situación fue medida con relación a la capacidad que los migrantes tienen de crear o integrarse a organizaciones, grupos o comunidades que interpreten sus necesidades y anhelos como migrantes.

En este sentido podemos constatar que aparentemente existe una situación negativa, dado que a la pregunta si pertenecen a alguna organización de su nacionalidad, un 77.1 % indica que no pertenece a ninguna organización. De lo cual a primera vista podríamos inferir que no tienen capacidad para agruparse orgánicamente aún teniendo la necesidad de crear entidades propias como un medio de protección.

#### Grafico N° 25



Con relación a la vinculación organizacional, son los peruanos los más integrados a alguna organización de su nacionalidad respondiendo positivamente en un 29.4%, al contrario de bolivianos y argentinos que tienen relación con una organización en alrededor de un 19.5%.

En la Primera Región, un 35.5% responde negativamente a la pertenencia a alguna organización y solo 24.4 % responde positivamente. En cambio en la Quinta Región quien tiene un vínculo con alguna organización es el 42.5% frente a un 32.1% que no lo tiene. La Región Metropolitana tienen un 32.9% de respuesta positiva y un 28.2% de no pertenencia a organizaciones.

Por lo mismo, es muy bajo el porcentaje de migrantes (13.2%) que consideran que la organización a la cual pertenecen les presta ayuda o apoyo en su condición de migrantes.

No obstante, debemos relativizar estas respuestas ya que es posible que cuando se refieren a “organización de migrantes”, seguramente describen a organizaciones como el Instituto Católico de Migraciones (INCAMI) o la pastoral migratoria en las diócesis, que son los referentes principalmente de atención asistencial a los migrantes. Pero, al parecer, las personas encuestadas no tienen como referente una organización social propia, creada por iniciativa y dirigida por ellos mismos.

Sin embargo, es importante determinar que al formular esta pregunta de la encuesta que textualmente dice ¿pertenece usted a algún grupo u organización de personas de su nacionalidad que exista en Chile?, ésta fue pensada como la organización, grupo o comunidad formal, con cierta institucionalidad o estructura. Quizás los resultados negativos responden a la imagen de entidades formales que se tuvieron presentes al formular la pregunta y al responder la misma.

Sin embargo, más allá de la participación en organizaciones formales, los migrantes tienen una capacidad de establecer redes informales y espontáneas de apoyo, de información, donde son capaces de interactuar respondiendo a diversas necesidades propias y no impuestas. Ejemplo de ello es la Plaza de Armas de Santiago, centro de encuentro de los peruanos, que a pesar de no tener una estructura orgánica formal, constituye un ámbito muy importante de interacción e incluso de identidad para los migrantes de esa nacionalidad.

En este sentido las trabajadoras de casa particular en Valparaíso, revelan una estrategia muy particular que grafica una capacidad de crear redes sociales. El hecho descrito es que, todas viven en las casas de los empleadores, arrendando el fin de semana una pieza entre varias compatriotas o quedándose en “carretes” toda la noche, y el día domingo lo dedican a actividades de grupo ligados a la comunidad peruana vinculada a la Pastoral de Migraciones, tales como cursos de repostería o reuniones sociales que las ocupan hasta las 18 horas para volver a sus domicilios en las comunas de Viña del Mar, Quilpue, una sola de ellas vive en Valparaíso junto a sus padres.

Este es otro ejemplo de un grupo muy identificado, pero que claramente no están organizadas en una estructura formales, pero que sí tienen una capacidad de establecer vínculos, para organizarse en torno a intereses compartidos.

En entrevista a funcionaria municipal en la Primera Región, esta manifiesta un aspecto que tiene relación con la capacidad de socialización de la población migrante.

*“...Lo otro que les favorece a lo mejor es que son muy alegres, son buenas para bailar, les gusta mucho participar en grupos, o sea, llega el fin de semana, ir a una “pollada”, ir a una disco... incluso cuando no tienen acompañantes, van a bailar, las mujeres jóvenes, bueno, y también, el grupo que yo conocí, que era más o*

*menos grande, son fácilmente enamoradizas... se entusiasman con facilidad, bueno, por ahí empiezan las relaciones de pareja”.*

Aunque no exista organización formal, entre los migrantes claramente existe una capacidad de interacción y articulación de redes informales.

Sin duda que estas redes informales son también un medio donde los migrantes pueden obtener la información para prevenir la ocurrencia de enfermedades y obtener recursos para acceder al tratamiento de sus dolencias. Es esta sociabilidad, expresada en sus lugares de reunión y encuentros sociales que han de ser una referencia necesaria de cualquier iniciativa de difusión en campañas de prevención del VIH/SIDA.

En el Grupo colaborativo de Iquique se menciona como factor de vulnerabilidad la proveniencia de muchos migrantes de pueblos del interior de Perú y Bolivia en los que existiría una gran pobreza y brotes de ETS, como un elemento cultural que les dificulta la inserción en el país de acogida. Esta apreciación resulta de interés por tratarse de una región donde la migración en grado importante es de origen aymara, con sus propios códigos de conducta y socialización.

Reiteramos que este estudio se realizó tomando en cuenta sólo a la población migrante, dejando explícitamente fuera a la población de ‘refugiados’, que tienen una situación y problemáticas diferentes, y una capacidad organizativa aparentemente mayor, con más visibilidad en los medios y en el ambiente de otras redes sociales.

Uno de los resultados principales que emanan de este estudio es la necesidad de promover y apoyar la asociatividad de los migrantes tanto en la perspectiva de crear organizaciones propias y autónomas que representen sus intereses, como de estimular la capacidad que han manifestado de crear redes informales y espontáneas, que de diversas formas les confieren protección y contención.

Otro aspecto fundamental que se plantea como una forma de optimizar factores de protección frente al VIH/SIDA es facilitar a los migrantes la información y el acceso a redes sociales formales e informales existentes, tanto de orden público como privados, destinados a entregar apoyo y dar soluciones a problemas que se presentan en diversos ámbitos, y que para la mayoría son desconocidos.

### **5.5.2 Integración a su colectividad nacional**

Sin embargo, a pesar de su aparente inorgánica, al preguntarse a los migrantes si se sienten integrados a su colectividad nacional en Chile, responden mayoritariamente que sí en un 43.8 %, y que no se sienten integrados 39.5%, lo que estaría indicando una identificación genérica con su ser nacional, interactuando mayoritariamente al interior de sus colectivos nacionales, reproduciendo su cultura a distintos niveles. No obstante esta interacción no se produce básicamente en una integración orgánica a entidades u organizaciones.

En todo caso, son los peruanos quienes se sienten más integrados a su comunidad nacional (38.4%), en referencia a los bolivianos quienes lo hacen solo en un 18.2% o los argentinos solo en un 12.5%.

### **5.5.3 Integración a una organización chilena.**

La idea que al no estar vinculados a alguna organización relacionada a su nacionalidad y por ende a su condición de migrantes, podrían estar insertos en entidades u organizaciones chilenas, tampoco resulta real, ya que solo en un 5.5% de los encuestados manifiesta pertenecer a una organización de este país, y dentro de lo escaso, las preferencias están dadas por algún tipo de iglesia preferentemente evangélica. Alrededor del 12% tanto en hombres como mujeres manifiestan no pertenecer a alguna organización chilena.

### **5.5.4 Espacios de encuentro para los migrantes.**

Igualmente nos corrobora una falta de inserción de la población migrante, el hecho que manifiestan no tener conocimiento de espacios de encuentro de los migrantes de su nacionalidad, para el esparcimiento o la fiesta. Solo un 39.5 % indican tener referencias de lugares de encuentro de migrantes.

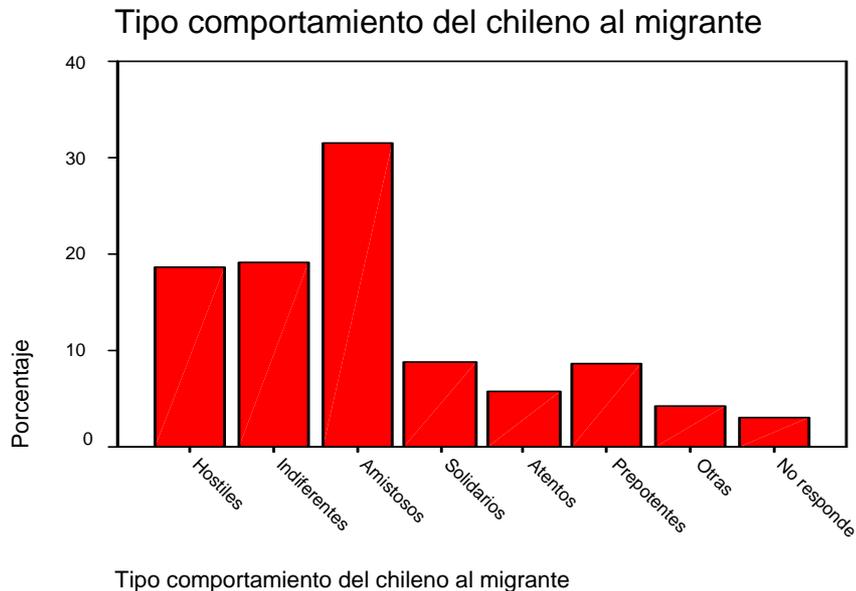
Tanto hombres como mujeres manifiestan no conocer estos espacios de encuentro propios de los migrantes en un 28.1% entre las mujeres y 23.5% entre los hombres. En este ámbito son los migrantes peruanos quienes expresan más conocimientos de estos espacios en un 51.5%, seguido de los bolivianos en un 18.3%. aunque significativamente los peruanos asocian como lugar de encuentro la Plaza de Armas y los alrededores de la Catedral de Santiago, tal como se menciona en otro acápite de este estudio.

Es muy indicativo para el análisis de la situación de los migrantes, que en una relación de edades, el segmento joven de 16 – 25 años, diga en un 11.9% no conocer espacios de encuentro para migrantes. Situación que sería más comprensible si las repuestas las analizáramos en la cohorte entre 26 a 35 años donde responden negativamente en un 19%, o en el grupo de 36 – 45 que indican un “no” en un 10.5%.

### **5.6 Percepción de los migrantes respecto al comportamiento de los chilenos.**

Esta situación de escasa inserción que evidencia el estudio respecto de la población estudiada, tiene un corolario importante, como es que un 50.7 % tenga una percepción negativa respecto del tipo de comportamiento del chileno frente al migrante, reflejada en opiniones como ser hostiles, indiferentes, prepotentes, hasta otras tan desfavorables como que los chilenos son clasistas, desconfiados, racistas o retadores. Frente a esa percepción negativa, otro 46 % tienen una percepción positiva en cuanto consideran al chileno, amistoso, solidario y atento.

**Grafico Nº 26**



En este ámbito tanto hombres como mujeres coinciden en la apreciación que los chilenos son hostiles (9.4%), indiferentes (9.2%) o prepotentes (4.9%). Igualmente otro tanto de ambos sexos consideran al chileno con características positivas como que un 16.5% de las mujeres y un 14.9% de los hombres consideran a los chilenos amistosos.

En la opinión de las nacionalidades respecto a cómo caracterizan al chileno, claramente son los bolivianos quienes los califican más mal, ya que consideran en 40% que los chilenos son hostiles, en cambio argentinos (38%) y peruanos (35%) consideran mayoritariamente a los chilenos como amistosos

Respecto a esta caracterización del chileno es en la Primera Región, donde se considera más negativamente el comportamiento de los chilenos, un 61.9% los consideran hostiles y un 46.9% los califican como prepotentes. Situación que varía en la Quinta Región donde se considera a los chilenos mayoritariamente como amistosos en un 46.3% o solidarios en un 38%. Lo mismo sucede en la Región Metropolitana donde encuentran al chileno amistoso en un 27.1% y solidario en un 34%.

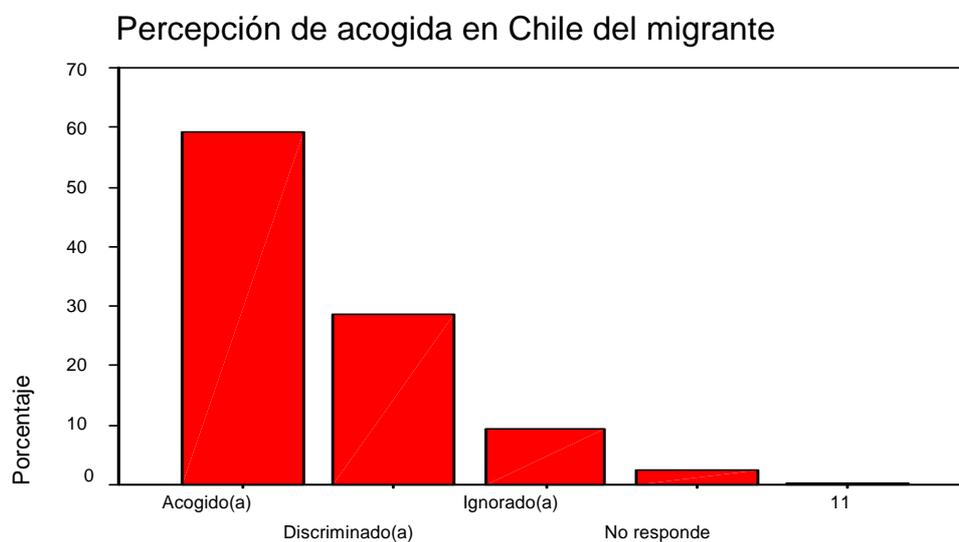
### **5.6.1 Acogidos o discriminados**

Sin embargo, a pesar de las opiniones anteriores, mayoritariamente los migrantes estudiados se consideran acogidos por la sociedad chilena en un 59.0% y solo en un 28,5 % consideran que son discriminados.

La cultura de acogida que manifieste un país, así como sus prácticas discriminatorias frente al extranjero, sin duda que marcarán de forma evidente un nivel de vulnerabilidad de la población frente al VIH/SIDA, al encontrarse con mayor o menor capacidad de

solucionar problemas, manejar su propio riesgo, o encontrar espacios de protección pertinentes en un momento de necesidad.

### Grafico N° 27



Percepción de acogida en Chile del migrante

Prácticamente un tercio tanto de mujeres como de hombres se sienten acogidos en Chile, no obstante, las mujeres se sienten más discriminadas en un 14.7% que los hombres que sienten la discriminación en un 13.9%

La discriminación más fuerte la acusan los bolivianos, con un 37.2%, quienes consecuentemente se sienten los menos acogidos (7.5%). Por su parte los argentinos son quienes en Chile se sienten menos discriminados con un 12.4%. Y un tercio de peruanos manifiestan que se sienten tanto acogidos como discriminados.

Consecuente con las cifras anteriores, en la Primera Región existe el sentimiento de mayor discriminación de los migrantes con un 55.9% que así lo manifiesta.

Respecto del tema de la discriminación es interesante consignar percepciones contrapuestas. Por una parte, la opinión de una funcionaria municipal de la Primer región quien desde su perspectiva de funcionaria pública es persistente en mencionar que los migrantes peruanos y bolivianos no sufren discriminación por parte de las instituciones prestadoras de servicios. No obstante, menciona los factores de vulnerabilidad a que están sujetos: condiciones de pobreza, hacinamiento e irregularidad de su situación legal.

Sin embargo, trabajadoras peruanas de casa particular de Valparaíso, denuncian que muchas de ellas han sido víctimas de accidentes y robos, no siendo escuchadas por la policía o las autoridades correspondientes. Hablan sobre todo de la falta de interés y de atención en los servicios públicos donde no son atendidas, en carabineros, juzgados, Inspección del Trabajo y Consultorios. Resienten el trato que, según ellas “a veces llega a ser vejatorio”. Sin embargo, con respecto a la salud se muestran más comprensivas ya

que según ellas, la atención es deficiente igualmente para los chilenos en lo que se refiere a las esperas, todas tienen su tarjeta de FONASA y utilizan este sistema en las mismas condiciones que un nacional.

Al respecto un migrante entrevistado, manifiesta que la discriminación por parte de los chilenos es una realidad efectiva aunque no generalizada, expresada en comportamientos “impropios y desagradables”, especialmente con la población de origen andino, pero que dado el carácter de esta población, éstos no reaccionan y tratan de interpretar el lado positivo de lo mucho que reciben en Chile y de minimizar estas conductas inconvenientes de sectores de la población nacional.

Si bien es cierto que en Chile, y según lo recabado en este estudio, no aparecen manifestaciones preocupantes y masivas de discriminación, intolerancia y xenofobia contra la población migrante, las expresiones aisladas de estas conductas, nos deben llevar a promover las medidas para su total erradicación.

Estamos concientes que las causas y consecuencias de la discriminación, la xenofobia, el racismo y otras formas conexas de intolerancia, constituyen un campo de los derechos humanos que posee una amplitud, profundidad y especificidad tal, que requiere un tratamiento particular, como sería la creación de mecanismos especializados para la transformación de los discursos y prácticas discriminatorias.

Se requieren políticas públicas que arbitren los instrumentos y actividades necesarios no sólo para actuar frente a los hechos y dichos de esa índole, sino que investigue y analice sus causas para prevenirlos antes de que acontezcan, fundamentalmente por medio de la educación, la capacitación y la divulgación de aquellos valores que estimulan la convivencia y la aceptación de la diferencia.

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha efectuado un importante aporte en esta materia, al considerar a la diversidad cultural como una oportunidad y un componente integral del desarrollo de las sociedades, en tanto que el conocimiento y el diálogo de las diferencias contribuye a la prevención de conflictos, fomenta la inclusión y estimula la conciencia solidaria. /<sup>84</sup>

## **5.7 Migrantes y Derecho a la Salud**

### **5.7.1 El acceso a la salud de los migrantes como un factor de riesgo y vulnerabilidad.**

Es en la salud, donde se descubren los aspectos más relevantes de una situación de vulnerabilidad y riesgo de la población migrante frente al VIH/SIDA, por el significado de la enfermedad en el ámbito sanitario, emocional y psicosocial. El acceso a la salud es el límite entre el riesgo y la protección.

En el marco de este estudio, seguimos las directrices de la OIM, en relación a que las

---

<sup>84</sup> /Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *El racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia Decisiones de 199, 1999, 2002 del Consejo Económico y Social.*

dificultades en el acceso a la salud para los migrantes son interpretados como un factor de vulnerabilidad e inestabilidad dado que este aspecto forma parte sustantiva de una cultura de acogida e incide de modo importante en lograr una optima inserción de las personas que ingresan a un país.

El acceso a los servicios de salud, no sólo implica la posibilidad de ser atendido adecuadamente en el momento que lo requiera, sino también el derecho a acceder a los mecanismos de prevención previstos para la población local.

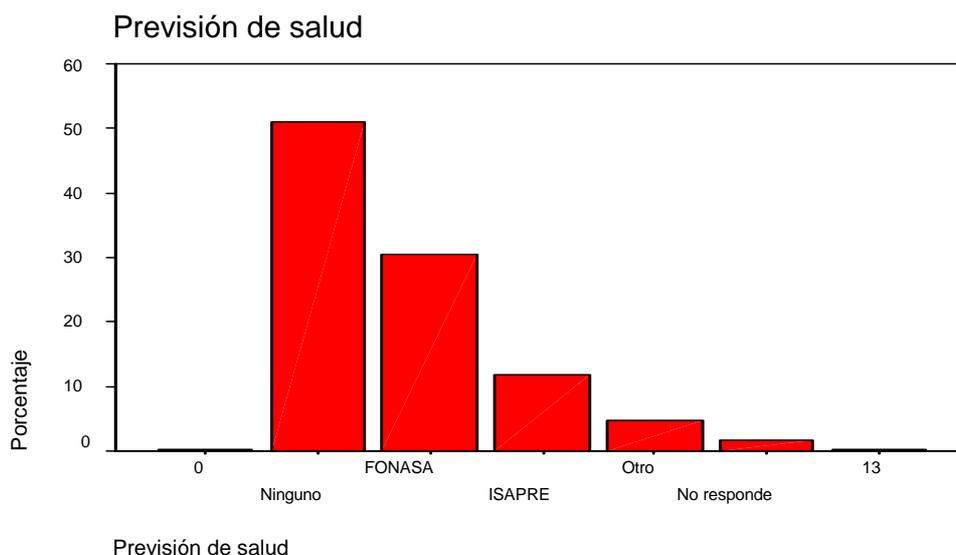
Fundamentalmente significativo es el aspecto del acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante, ya que un 45.6 % manifiestan no utilizar ningún servicio de salud en el país. Otro porcentaje indica la utilización del sistema público, en un 32.7 % y solo un 17.9% accede al sistema privado.

En estas respuestas hay una alternativa que indica 'otro' (4.8%), que puede corresponder a la atención directa de médicos migrantes que atienden fuera del sistema a través de las comunidades u organizaciones o por vínculos familiares, o en menor medida a la práctica de la medicina tradicional autóctona de pueblos especialmente de origen andino.

En un análisis de género, tenemos que las mujeres confiesan no utilizar ningún servicio de salud en un 21.1% y entre los hombres esta falta de acceso se manifiesta en un 24.1%. Asimismo, son las mujeres quienes utilizan mas asiduamente el servicio público de salud en un 19.9%, frente a un 12.8% de hombres. El sistema privado solo es utilizado por un 9.2% de las mujeres y un 8.7% de los hombres.

Coincidente con lo anterior un 51% de la población migrante no está integrado a ningún servicio de salud previsional, un 30% está adscrito a FONASA, y un 11% a alguna ISAPRE.

### Grafico Nº 28



Es en Iquique donde se presenta la situación más crítica en cuanto a problemas con el acceso a la salud. Con un 54% de personas incapacitadas de tener atención de salud por los canales institucionales existentes. Aunque es importante consignar que en la Primera Región funcionan mucho más las redes tradicionales de atención de medicina indígena, popular y en el caso Arica e incluso en Iquique, es común la concurrencia a consultas médicas en la ciudad peruana de Tacna.

Constatan estas cifras que un porcentaje cercano al 50% de los migrantes manifiesta no tener ningún acceso institucional a los servicios de salud. Esta inaccesibilidad puede deberse fundamentalmente a la situación de irregularidad de parte importante de los migrantes, por tanto a la incapacidad legal para poder integrarse a FONASA y a través de este a todo el sistema público de salud.

Lo que sí queda en claro, es que no existen los mecanismos adecuados para otorgar atención de salud por parte del Estado a la población migrante, sea esta regular o irregular en su situación migratoria. La condición legal que tenga la persona en cuanto migrante, no debería determinar posibilidad de prevención y de atención médica oportuna y de calidad, que tiene todo ser humano que la requiere, más aún cuando estamos hablando de una población vulnerable.

En este mismo sentido de acceso a la salud, los migrantes manifiestan que en un 40.% sus hijos no tienen ningún beneficio de los servicios de salud al que ellos pertenecen y solo un 28.2 % manifiesta obtener esos beneficios para sus hijos.

Estamos atentos a que esta situación debe ser estudiada más a fondo, ya que indicaría que muchas veces no es que las personas no tengan acceso real a determinados beneficios, si no que simplemente los migrantes los desconocen, o no están informados de los mecanismos de cómo acceder a determinados beneficios o apoyos existentes, tanto en la prevención como en la atención de salud.

Los entrevistados y los grupos colaborativos de las tres regiones mencionaron como vulnerabilidad, la dificultad de acceso a la atención por sectores de migrantes no cubiertos por los sistemas de salud, en particular de aquellos en situación irregular, tema por lo demás recurrente en los resultados de este estudio.

Coincidentemente, entre las preocupaciones referidas por el grupo de trabajadoras de casa particular entrevistadas se encuentran entre otros, la falta de información sobre el VIH y las dificultades de acceso a los sistemas de salud. Sin dejar de lado el desconocimiento de los sistemas previsionales, la legislación laboral y de las redes sociales.

### **5.7.2 Las limitaciones de las instituciones de salud para atender al migrante irregular**

Según informante del área de salud, en Iquique se enfrenta a diario un problema ético por cuanto legalmente, no existen mecanismos para darle asistencia permanente a un migrante irregular.

*“Tú le puedes brindar la primera atención de salud pero tienes que orientarlo tienes que derivarlo a las instancias pertinentes para que le orienten y le ayuden a solucionar su problema”.*

*“Es más, la ley dice, que en el caso de los establecimientos de salud... debiera informarse a Extranjería de la existencia de esta persona ilegal”.*

Las instituciones públicas están sujetas a una normativa que sólo les permite actuar en el contexto dado por un mandato, pero limitadas a dar seguimiento y adecuada atención por la normativa vigente con respecto a los extranjeros en situación irregular. Esta incertidumbre en el migrante irregular provoca que naturalmente tienda a no retornar al servicio, para continuar su atención.

De acuerdo a la misma persona entrevistada, distinta sería la situación de la Cruz Roja y de la Pastoral de Migraciones con respecto a la atención que pueden darle al migrante irregular. La Cruz Roja y la Pastoral, por sus propios principios pueden darle atención a todo el que lo requiera. Desde esa perspectiva - por que deben referir su acción a una normativa relativa a principios humanitarios esenciales que las definen - sin los límites más estrechos que enfrentan los funcionarios del sector público - tienen mayor libertad para llegar al migrante en situación irregular. Sin embargo, en el servicio público, incluso pudiendo dar un seguimiento mayor, se encuentran limitadas por la alta movilidad del migrante que muchas veces esquiva el ser ubicado.

En este sentido, refiriéndose a las limitaciones institucionales, entrevistadas que se desempeñan en la atención a pacientes de VIH/SIDA de la Región Metropolitana señalan no conocer con exactitud los procedimientos o normas para atender o derivar a los pacientes migrantes.

Por otra parte, de acuerdo a la entrevista de una funcionaria de atención de salud en la Quinta Región, en el servicio se reciben muchos migrantes, pero el problema mayor que tienen es asegurar la continuidad en su seguimiento, lo cual dificulta tanto la labor preventiva como la atención adecuada.

*“En este Consultorio...se atienden a todas las personas que presentan algún problema de ETS, también todo lo que es VIH y SIDA. Extranjeros recibimos muchos, sobre todo varones que llegan, se hacen los exámenes de sangre y luego cuando converso con ellos me dicen que están de paso y que van a San Felipe o Quintero y ahí les perdemos la pista. En general he visto pero no aceptan la continuidad, sería interesante saberlo”.*

Para el grupo colaborativo de Valparaíso, un factor de vulnerabilidad lo constituyen la falta de políticas de prevención y la carencia de campañas institucionales adecuadas. El grupo llamó la atención sobre el desconocimiento que existiría de las redes de apoyo por parte de los migrantes, en particular, de aquellos en situación irregular.

En el mismo tenor, se manifestaron los otros grupos colaborativos, con lo cual podemos concluir que en general la opinión tanto de los migrantes como de otras instancias consultadas, expresan que persisten dificultades institucionales, como carencia de mecanismos claros y falta de orientaciones en los servicios respectivos, para enfrentar el tema de la prevención y atención de los migrantes, en el ámbito del VIH/SIDA, especialmente si estos son irregulares.

### 5.7.3 La percepción de calidad de la salud en Chile.

Sin embargo la percepción que mayoritariamente tienen los migrantes de la calidad de la salud en Chile es positiva, siendo un porcentaje mayoritario quienes la califican de muy buena o buena en un 55%, otros la califican de regular en un 31.9 %. Contra esta opinión mayoritaria solo un 8.3% de los encuestados la califican de mala o muy mala.

Si hacemos el análisis de género tenemos que del total de mujeres encuestadas, éstas consideran buena la salud en Chile en un 24.5% y muy buena en un 5.8%, mientras los hombres consideran en un 19% que es buena y en un 5.8% que es muy buena. De mala calidad la califican el 3.% de las mujeres y el 2.4% de los hombres.

De la misma forma, ante la pregunta si en alguna enfermedad grave prefieren atenderse en Chile o volver a atenderse en su país de origen, un 53.6 % prefieren atenderse en Chile.

De lo expresado podemos manifestar que a pesar de la constatación según los resultados de la encuesta que existe un acceso restringido de los migrantes a los servicios de salud institucional, aquellos que logran integrarse al servicio público de salud o a alguna de las ISAPRES en el sistema privado, consideran en general que la salud en Chile es de buena calidad.

Con respecto a la atención recibida por el Servicio de Salud, uno de los entrevistados viviendo con VIH, coincide con el resultado de la encuesta y con las opiniones mencionadas de los profesionales del Sector, sin embargo, también expresa una necesidad de mayor acogida en el plano más "humano", la idea que *"te tratan como una ficha"*. Ante la pregunta de si *¿Consideras que la atención que te brindan los servicios de salud es la misma que para los chilenos?* responde que:

*"Igual, por mi parte no he sentido discriminación... Si tengo que agradecer al Hospital, a la gente de allí... una buena atención, superbuena para mí. Lo único es la parte de emergencia que estuve super mal, y el medicamento me hizo "super" mal... es que tratan a todos por igual en Emergencia. Uno quiere igualdad y a la vez que te tengan en cuenta".*

En entrevista realizada a otro migrante, que vive con VIH/SIDA, y que se declara homosexual, manifiesta una percepción de la atención recibida en Chile, que reitera la opinión dada por otros testimonios, respecto de la salud en Chile:

*"Cuando estás en el sistema privado, generalmente te atienden bien porque uno paga. No hay mucho más vueltas en ese sentido. Si uno tiene el dinero para pagar en cualquier lugar del mundo te van a atender súper bien, y, en el sistema público que es donde más se daría uno cuenta de si existe distinto trato. No, igual, nunca sentí rechazo, ni de las enfermeras, ni de las doctoras, ni de las otras personas que se van a atender, ni de las secretarias, ni de las asistentes sociales"*

Este entrevistado, sí reconoce diferente trato de acuerdo al origen de clase del paciente y no tanto referido a su origen nacional o racial. Aunque él se refiere a su nacionalidad, concediendo que para otras nacionalidades puede ser diferente.

*“En el privado el tema dinero es lo que manda... y en el sistema público, desgraciadamente se discrimina... no tanto por el tema dinero, pero sí por el tema educación y... una persona que va bien vestida, según los cánones establecidos, o que habla bien... la atienden mucho mejor... A mí me atienden muchísimo mejor que a un colega que tenga las zapatillas rotas, o que no se sepa expresar... y eso va más allá de la nacionalidad... pero eso yo lo veo en el hospital”.*

Pero sin duda, que la situación de los migrantes respecto a la salud refleja una situación de carencia. Aunque en la encuesta no se refleja esta situación, y que en el discernimiento de los migrantes no se asuma que la no pertenencia a ningún sistema de salud sea potencial factor de riesgo, desde una mirada más analítica esta situación objetivamente manifiesta una vulnerabilidad.

En opinión de la OIM y el ONUSIDA, es fundamental en este aspecto que las sociedades nacionales cumplan con una serie de requisitos fundamentales, como es el derecho de las poblaciones migrantes a tener acceso a servicios de salud, a condiciones saludables de vida y de trabajo, y a tener una educación e información sanitaria adecuada. Esto implica el acceso a servicios sanitarios que vayan más allá de la asistencia de emergencia y aborden el bienestar físico, mental y social, en particular respecto al VIH/SIDA, otras ETS y la salud reproductiva. <sup>85</sup>

## **5.8 La población migrante frente al VIH/SIDA**

### **5.8.1 Con quien hablar de VIH/SIDA**

Los temas del VIH/SIDA corresponden a un área emocional altamente sensible, que es dificultosa de expresar, por la carga socialmente negativa que aún conserva esta enfermedad, por eso sigue siendo complejo verbalizar sus distintas situaciones. De allí que parezca como coherente que el 33.5% de los encuestados perciban que con la persona que les es más fácil hablar sobre este tema es con su pareja o con amigos en un 31.6%

Para las mujeres encuestadas en un 16.% es la pareja o el amigo (14.5%) las personas con las cuales puede hablar más fácilmente sobre VIH, con mucho menos recurrencia mencionan al médico o psicólogo (6.4%). Para los hombres igualmente, en 17.6% prefieren hablar con su pareja el tema del SIDA o con sus amigos en un 16.7%. El hombre es mucho menos propenso a hablar este tema con el médico (2.6%).

Con quien hablar más fácilmente del VIH, es la pareja la opción expresada por un 13.5% en el segmento de 26 – 35 años. En la cohorte entre 36 – 45 años la pareja es consignada en un 9.6% como opción válida. En tanto que para el grupo joven es más fácil hablar del tema con un amigo, en un 7.6%.

---

<sup>85</sup> / OIM/OUNSIDA. *El derecho de los migrantes a la salud*, Ginebra 2002.

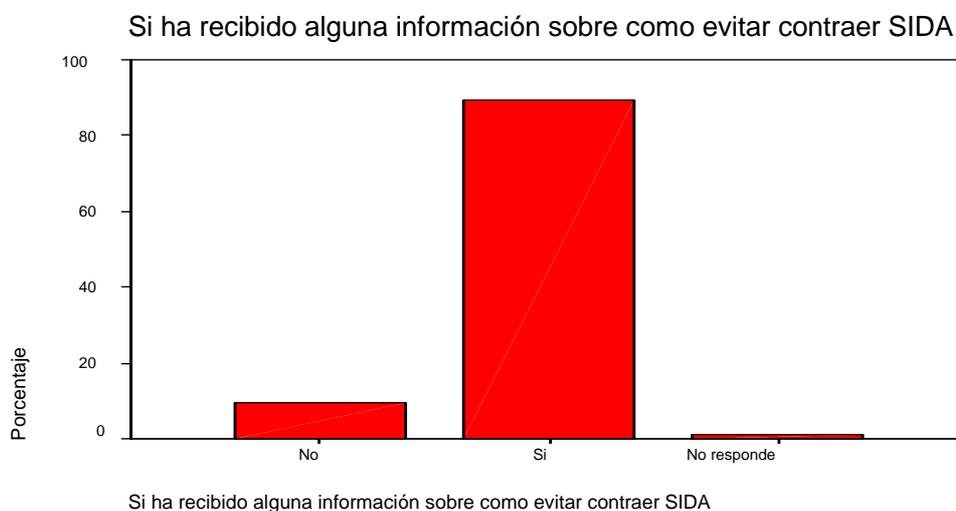
En el ámbito de las nacionalidades, para los peruanos les es más fácil hablar del VIH con sus amigos en 30.8%, referido aquellos que tienen la misma preferencia y en un 28.5% con su pareja. De igual forma los bolivianos prefieren en un 29.7% hablar con sus amigos contra 10% que lo prefiere hacer con su pareja. En cambio los argentinos tienen más confianza con su pareja en un 21.6% respecto a un 12.3% que elige a sus amigos como confidentes.

### 5.8.2 Información sobre el VIH/SIDA entre los migrantes

En el curso del estudio, especialmente en la encuesta y en las entrevistas, se planteó a los migrantes preguntas directamente relacionadas con la información y conocimiento que tienen sobre el VIH/SIDA y acerca de sus reacciones y percepciones frente al tema, así como frente a determinadas conductas sexuales que pudieran representar factores y conductas de riesgo, para rastrear de qué forma reaccionan ante la disyuntiva de gestionar su propio riesgo.

Ante la pregunta de la encuesta de si han recibido alguna vez información sobre como contraer el VIH/SIDA, mayoritariamente las respuestas son positivas en un 89.% y quienes afirman no haber recibido ninguna información es solo el 9.6 %. Sin duda que esa respuesta debe ser relativizada al inquirir si el migrante se considera “suficientemente informado” sobre la prevención del SIDA. En este escenario más acotado las respuestas positivas bajan a un 62.6% y quienes no se consideran suficiente informados se eleva a 35,8%.

#### Grafico N° 29



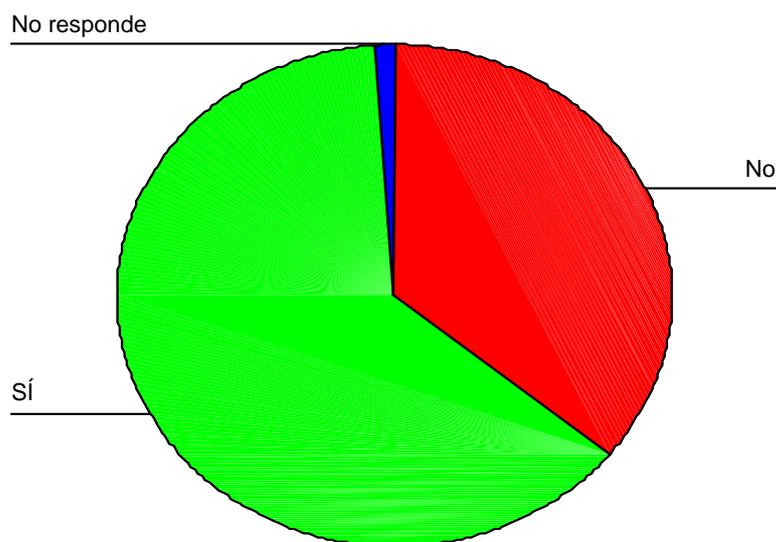
En un análisis de género son las mujeres quienes manifiestan mayoritariamente haber recibido alguna información sobre el VIH/SIDA en un 45% del total de personas encuestadas, contra un 6% que no lo ha hecho. En cuanto a los hombres un 44% del total ha recibido información, frente a un 3.5% que nunca habría recibido información. En relación con la nacionalidad quienes manifiestan estar mayormente informados son los peruanos (26.8%), seguido de los bolivianos (16.5%) y argentinos (16.1%).

No obstante, ante la pregunta más específica, si se consideran “suficientemente informados”, un 29.9% de mujeres, del total de personas encuestadas manifiestan

estarlo, contra un 32.7% de los hombres. En el caso de los hombres que se consideran no informados son un 14.6%, mientras que las mujeres que se consideran no suficientemente informadas alcanzan a un 21.2%

### Grafico N° 30

## Si se considera suficientemente informado so



En este tema, sobre si han recibido alguna vez información sobre el VIH/SIDA, llama la atención que sea el grupo más joven de 15 – 25 años quienes la han recibido en un porcentaje relativamente bajo de 19.9%, en comparación con el segmento de 26 – 35 años manifiesta haberlo recibido en un 31.5% seguido del grupo de 36 – 45 con 17.6%.

Sobre si se consideran suficientemente informados, se mantiene la proporción ya que son los jóvenes, quienes manifiestan estar con suficiente información en un 12.3%, en tanto que el segmento de 25 a 35 años manifiesta estarlo en un 23.5% y el grupo 36 – 45 años en un 13.9%.

Son los peruanos quienes manifiestan tener una suficiente información respecto al VIH/SIDA en un 15.8%, seguidos de los bolivianos (13.5%) y argentinos (12%).

En el tema de la información, es claro que una cosa es haber recibido alguna vez información sobre como evitar contraer el VIH, en términos generales y otra cosa es la actitud específica frente a acciones de prevención. Aún así , las respuestas en ambos casos expresan porcentajes de respuestas positivas altas, en comparación con los comportamientos prácticos que se verificarán más adelante en el análisis del estudio.

En cuanto a la información recibida por los migrantes en temas de VIH, la mayoría indican

que esa información la adquirieron en su país de origen, en más de un 79.7% y solo el 10% dice haberla recibido durante su estadía en Chile.

Estas respuestas pueden indicar que el migrante ya venía con una información previa de base, y por tanto trae al llegar a Chile un cúmulo de información que le otorga cierta seguridad frente al tema. O se puede interpretar como que con esa respuesta el migrante quiere evidenciar que en Chile no ha tenido la posibilidad o las facilidades de obtener esa información.

Mayoritariamente la información recibida la han adquirido a través de medios de difusión ya sea la Televisión en un 23.6% o mediante lectura de folletos, en un 19.2 %. La otra vía fundamental de información es la escuela en un 23.4%.

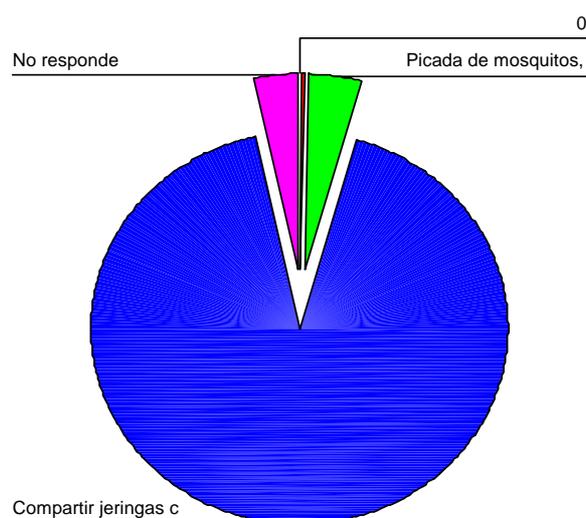
Lo que no nos indican estas cifras, sin embargo es la calidad de la información recibida y si las personas realmente interiorizaron y se sensibilizaron respecto de sus contenidos, hasta el punto de provocar cambios en sus conductas, que los haga tener una mejor gestión del riesgo frente al VIH/SIDA.

### 5.8.3 Calidad y comprensión de la información recibida sobre VIH

Al adentrarnos en un plano más específico respecto de la calidad de la información recibida y de la comprensión que se tienen de ella, la encuesta nos indica que, en un concluyente 92.4% los migrantes responden correctamente que la modalidad de transmisión del VIH se produce por compartir jeringas contaminadas, por relaciones sexuales y transfusiones de sangre.

**Gráfico N° 31**

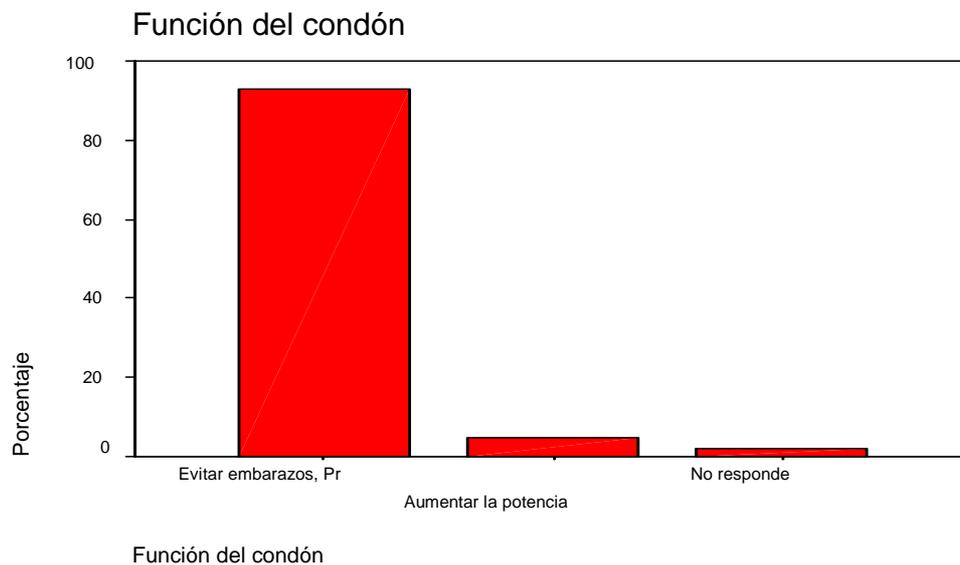
**Modalidad de transmisión del SIDA**



Tanto en hombres como mujeres las respuestas son correctas, así lo expresa un 47.6% de mujeres del total de personas encuestadas y un 44.4% de los hombres. En cambio la respuesta incorrecta, es decir que la transmisión se realiza por picadas de mosquitos, dar un beso o usar baños públicos, solamente llega a un 2.1%.

Además, coherente con lo anterior, al inquirir sobre la forma más efectiva de prevenir el VIH/SIDA, la respuesta mayoritaria en un 59.3% indica la alternativa del uso del condón, y en una segunda opción, el tener pareja única con un 23.3%. Aunque en la pregunta no se especifica que el tener pareja única puede ser un medio de no contraer el virus, siempre y cuando se trate de una pareja que no tenga el virus y que no tenga relaciones sexuales con otras personas y sin protección.

**Grafico Nº 32**



Los hombres en un 30.6% de las personas encuestadas, reafirman que el uso del condón es un medio válido y efectivo para prevenir el VIH, versus el 28.4% de las mujeres. El tener pareja única es mencionada por el 13.6% de las mujeres y por el 10% de los hombres. Aunque también se menciona que el no tener relaciones sexuales es una opción válida en 6.9 % de las mujeres y un 5.1% de los hombres.

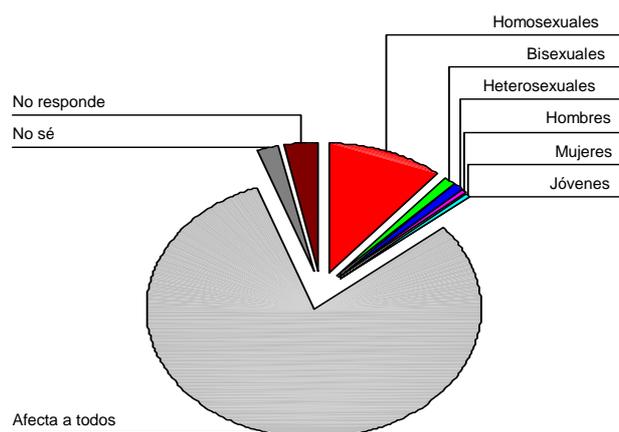
La forma más efectiva de prevenir el VIH/SIDA es el uso el condón, así lo manifiesta, un 23.8% del grupo entre 26 y 35 años, seguido por los jóvenes quienes expresan esta opción en un 13.3%. El tener pareja única como forma de prevenir el VIH es manifestada por un 6.0% del grupo entre 26 – 35 años y por un 5.0% del grupo joven.

De la misma manera, la información emanada de la encuesta reafirma esa percepción correcta en cuanto a saber qué tipo de enfermedades se transmiten por medio de relaciones sexuales. Respondieron en 90.4% que son el VIH/SIDA y las ETS. En cuanto a un análisis de género de estas respuestas tenemos que son las mujeres quienes tienen el panorama más claro, con un 46.9% del total de encuestados, mientras hombres alcanzan a un 43.4%.

La misma percepción de una comprensión del fenómeno SIDA de parte de la población migrante se da cuando revisamos la respuesta a la pregunta de a quiénes afecta el VIH/SIDA, y obtenemos una respuesta contundente en un 80.1% de que afecta a todos por igual y sólo un 11% responde que afecta solo a los homosexuales, afirmación que años atrás habría sido sin duda mayoritaria.

### Grafico Nº 33

A quiénes afecta el VIH/SIDA



Esta respuesta positiva se encuentra tanto en mujeres (41.2%), en hombres (38.7%). Como igualmente en la relación de orígenes nacionales 30.7% de peruanos, 13,9% de bolivianos y 19.9% de argentinos.

Asimismo, se constata la misma tendencia al consultar sobre la función del condón en las relaciones sexuales, la respuesta mayoritaria (93.1%) es que su uso es fundamentalmente para evitar embarazos, prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, y que un 74.5% de los encuestados manifiesta tener conocimientos sobre cómo usar correctamente el condón. Aunque no hay que dejar de mencionar una cifra indicativa de 22.5% que testifican no saber como usar el preservativo.

Un 48.3% de las mujeres del total de encuestados, considera que el uso correcto del condón sirve para evitar embarazos o prevenir el VIH y otras ETS, tienen la misma percepción un 44.4% de los varones. Sobre el conocimiento del uso del condón, el 42.3% de los hombres manifiestan que sí lo saben utilizar y un 32.2% de las mujeres tiene la misma respuesta.

Sin embargo, tenemos que entre las mujeres un 17.6% de mujeres manifiestan no saber como se utiliza, y un 4.8% de hombres manifiesta lo mismo.

Respecto a la función del uso del condón, lo visualizan correctamente un 32.5% de la cohorte entre 26 – 35 años y un 19,9 % del grupo de 15 – 25 años, con casi idéntico porcentaje el grupo de 36 – 45 años.

Esta información específica sobre el uso del condón, se obtiene fundamentalmente de parte del médico (22.9%) y en menor medida de parte de los amigos o pareja. En este sentido son las mujeres quienes manifiestan recibir esa información de un médico (12.2%) y solo un 10.3% de los hombres afirma lo mismo. En el caso masculino la información mayoritariamente viene a través de los amigos (14%)

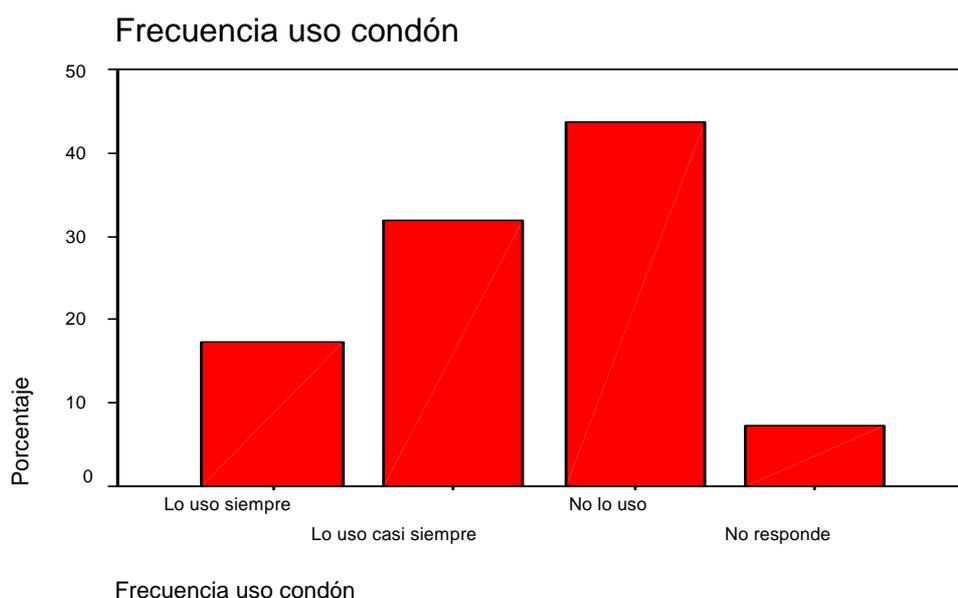
En un primer análisis se nos se presenta una visión ampliamente positiva respecto de la información que es recibida por los migrantes a los cuales se les aplicó la encuesta de este estudio.

Todas las interrogantes planteadas resultan que son asumidas por los encuestados como información conocida. Los migrantes han expresado una opinión cierta sobre la información recibida, algunos consideran que están suficientemente informados, sabemos en qué país recibieron esa información, por qué medio la recibieron, qué sentimientos despertó en ellos esta información, con quien pueden hablar, en qué los beneficia. Opinaron sobre como se transmite el VIH, sobre como prevenir el SIDA, y sobre el uso del condón. Todo el cúmulo de información anteriormente analizada indicaría un conocimiento que se puede calificar como suficiente.

#### 5.8.4 La interrogante negativa

Sin embargo, cuando se pregunta a los migrantes encuestados por la frecuencia en el uso del condón, aparecen contradicciones importantes con la información teórica que han recibido. Es un dato altamente relevante, que la encuesta arroje que un 43.7% de los encuestados respondan que “no usan condón” y que un 31.7% diga que lo “usan casi siempre”, y que solo un 17,2% afirma que “lo usa siempre”.

**Gráfico N° 34**



Es sugerente constatar que un 18.3% de los hombres encuestados no usan condón en sus relaciones sexuales y que el 25.2% de las mujeres no se proteja en sus relaciones

sexuales. Del mismo modo es sugerente que solo un 17% de los hombres manifieste que siempre usa el preservativo y un 6% de mujeres afirma estar en la misma situación. Lo mismo respecto al “casi siempre” que en este caso equivale a una respuesta negativa, se expresa en un 17% de hombres y 14.5% de mujeres.

En relación a la respuesta sobre en qué situaciones usa el condón, solo un 3.2 % dice usarlo con desconocidos y un 1.4% los usa con personas que ejercen el comercio sexual. Asimismo, un 28.9% dice usarlo en encuentros ocasionales y un 26.2 % lo usa en relaciones con su pareja.

El uso del condón con desconocidos dicen practicarlo el 2.1% de los hombres y el 1 % de las mujeres, aunque aparezca una cifra poco significativa en personas enfrentadas a la posibilidad de contraer VIH es una conducta de alto riesgo. Lo mismo sucede respecto a la respuesta que el condón lo usan en encuentros ocasionales expresado por un 20.6% de hombres y un 8.3% de mujeres. El uso del condón en relaciones con la pareja lo practican un 17.2 % de mujeres y 8.7% de hombres. Además hay que tener en cuenta que en las parejas el condón probablemente lo usan como estrategia de prevención de embarazos. Aspecto, sin embargo, que no se consultó con precisión en la encuesta.

Las respuestas manifestadas por parte de mujeres encuestadas, que dicen no usar condón en un 25.2%, que lo usan siempre en 6% y que utilizan preservativo en encuentros ocasionales sólo en un 8%, pueden hacernos suponer, que estas declaraciones se deben, a que las mujeres encuestadas consideran que el uso del condón es responsabilidad exclusiva del hombre, o que las mujeres no tienen la suficiente fuerza para negociar con el hombre el uso del condón, o que no ven este tema relacionado directamente con su sexualidad. En todo caso es una situación que amerita atención y dice relación con la conciencia respecto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

En este sentido, en el estudio realizado recientemente sobre “Políticas y programas de prevención en VIH/SIDA hacia la juventud y los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe”, realizado por Elizabeth Guerrero y Alejandra Valdés, plantea “que es importante señalar que el uso del condón se asocia principalmente a la prevención de un posible embarazo más que a una prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en las mujeres, por lo que es posible pensar que al encontrar otro medio para prevenir un embarazo –como las pastillas anticonceptivas-se dejará de usar condón”<sup>86</sup>

La aprehensión sobre la pregunta del uso del condón igualmente se manifiesta en los diversos rangos de edades. Manifiestan no usar el condón un 13.1% del grupo entre 26 – 35 años, un 8.75% del segmento de 36 – 45 años y un 7.6% el grupo de 16 – 25 años. Es decir en los grupos de edades de mayor actividad sexual, no usan el condón aproximadamente en un 28.9% de las personas encuestadas.

Altamente significativo aparece – además la respuesta que los jóvenes expresen que usan siempre el condón en sus relaciones sexuales, solo en un 3.2%, lo cual indica de parte de los jóvenes una escasa gestión del riesgo personal frente al VIH/SIDA.

---

<sup>86</sup> / Elizabeth Guerrero y Alejandra Valdés, “Políticas y programas de prevención en VIH/SIDA hacia la juventud y los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe”, Santiago, 2004.

Igual tendencia negativa se expresa cuando se consulta sobre las situaciones en que usan el condón. En la cohorte entre 26 – 35 años manifiestan usar condón en encuentros ocasionales en un 12.7%, por su parte los jóvenes lo hacen en un 5.9% y el grupo de 36 – 45 años en un 5.7%. Con la pareja señalan que lo usan un 10.3% del grupo entre 26 – 35 años.

Tal como se expresa en el estudio citado de Guerrero y Valdés, “las dificultades para el uso del condón se encuentran en distintos niveles. Por una parte, persiste la creencia y el prejuicio, aún en la población joven, de que el condón quita el romanticismo o disminuye el placer”. Por otro lado, las mismas autoras manifiestan que, “ la promoción del uso del condón no es un elemento explícito en las políticas o programas de salud sexual y reproductiva en general”.

Aquí hay evidentemente un contrasentido en la exposición a conductas claramente de riesgo con relación a lo afirmado sobre la calidad de la información recibida. Por una parte tienen información, pueden enunciarla correctamente, pero aparentemente ésta no es asimilada o asumida por las personas, no existe una re significación de la información recibida, ya que a la hora de ponerla en práctica en conductas sexuales seguras, no lo hacen.

La información recibida aparece en un nivel diferente a la practica cotidiana de su sexualidad. Hay una disociación entre teoría y práctica, entre el saber y el hacer. La información mal digerida, no asimilada puede crear una conciencia falsa de seguridad: “yo sé todo sobre como cuidarme del VIH”, cuando en realidad se sabe muy poco, porque no tiene internalizada la información como parte de sus conductas aprendidas. Sus cogniciones están grabadas en el disco duro, a modo de información, pero no tiene un programa adecuado para manejarlo.

Nuevamente hacemos la diferencia entre recibir información y transformar a esta en un proceso educativo con objetivos e impactos precisos destinados a cambiar conductas y hábitos en las personas. Estos datos dan cuenta de una carencia en el ámbito de la gestión del riesgo, aún cuando se cuente con información sobre el VIH/SIDA.

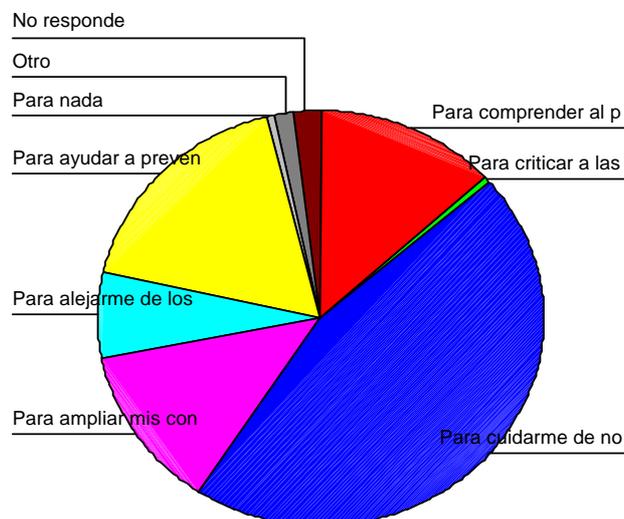
Coincidiendo con otras opiniones, en los Grupos Colaborativos se insiste, que la falta de información adecuada sobre VIH y el desconocimiento que existiría en el ámbito regional respecto a la realidad que sufren las personas que viven con VIH/SIDA, es un factor de vulnerabilidad. Pero, al mismo tiempo, esta percepción se transforma en propuestas relativas a la necesidad de tener más que información, una educación más sistemática sobre el VIH y la prevención, incluso incorporada al sistema escolar.

### **5.8.5 En qué beneficia la información sobre el VIH/SIDA**

Cuando se quiere saber cuales son los principales beneficios que reporta recibir esta información por los migrantes, mayoritariamente responden que es “para cuidarme de no adquirir el VIH” (45.6%), en una opinión que indica un sentido de responsabilidad personal frente al riesgo, pero solo un 17.6 % afirman que la información puede ser para “ayudar a prevenir que otras personas contraigan el VIH/SIDA”.

**Grafico Nº 35**

### Principal beneficio de la información recibida



En el caso de las mujeres, en un 20.6% del total de personas encuestadas manifiestan que la información les beneficia para cuidarse de no adquirir en VIH/SIDA, como asimismo, expresan en un 8.8% que les sirve para comprender a las personas con VIH. Las mujeres consideran que la información es útil para ayudar a que otras personas no adquieran el virus, en solo 8.3%, En el caso de los hombres la respuesta de cuidarse a sí mismo es de un 25% y quienes piensan que con esa información pueden ayudar a que otros no caigan en riesgo es de un 9.0%.

Esta respuesta nos indica que es el segmento de 26 – 35 años quienes en porcentaje mayor de un 18.1 % consideran que la información recibida sirve para cuidarse personalmente de adquirir el VIH, en ese mismo rango de edad, manifiestan que la información es beneficiosa para ayudar a otros a prevenir el VIH, es manifestada solo en un 5.0%

El rango joven de 16 a 25 años, considera igualmente que la información es útil para cuidarse a sí mismos en un 9.8%, en tanto que como medio para prevenir que otros contraigan el virus es considerado solo en 4.1%.

Las otras respuestas que aparecen con algún significado son que la información sirve para ampliar los conocimientos generales, en un 12.8% sumando a hombres y mujeres. Una respuesta con un sesgo muy negativo como es “alejarse de personas que son portadoras del VIH” es manifestada por un 6.5% también sumados hombres y mujeres.

En el caso de las nacionalidades consultadas los peruanos en un 28.4% responden que la información es para cuidarse de no contraer el VIH, seguido de un 15.7% de bolivianos y un 18.2% de argentinos.

En general, estas respuestas manifiestan un manejo más conciente de la gestión individual del riesgo, que implica como se sitúa el migrante frente a los riesgos personales que enfrenta, más que a una significativa conciencia preventiva en el ámbito social, o la conciencia de una vulnerabilidad colectiva frente al VIH/SIDA.

En este ámbito, sin embargo, es necesario formar e informar a los migrantes en términos preventivos respecto al auto cuidado frente a la enfermedad y tener en cuenta las diferencias entre las sensibilidades de las personas. Pero igualmente, es importante destacar que la consigna de que el “cuidado personal basta”, no toma en cuenta las variables interpersonales que tiene la prevención, donde el cuidado del otro es fundamental para la disminución del riesgo personal.

### **5.8.6 Sentimientos que provoca en los migrantes la información sobre el VIH/SIDA**

En parte, la sola información, sin que medie una acción positiva de educación, provoca situaciones como la que se indica en este punto.

Cuanto se pregunta sobre qué sentimientos le provoca el recibir información sobre el VIH/SIDA mayoritariamente se inclinan en respuestas como temor (30%), compasión (12.6%), inseguridad (8%), aunque también hay expresiones como sentimiento solidario en un 23.9%.

Entre las mujeres el sentimiento más recurrente es el temor (15.8%) la compasión (5.8%), la inseguridad (4.%) y entre los hombres sucede lo mismo, mencionan mayoritariamente sentimientos de temor (14.4%), compasión (6.7%), inseguridad (3.9%). Un sentimiento positivo como la solidaridad lo tienen mayoritariamente las mujeres (12.6%) por sobre los hombres (11.2%)

El temor como sentimiento mayoritario respecto a la información sobre VIH, se expresa en la cohorte entre 26 a 35 años en un 9.3%, y en un 7.3% en el grupo 36 a 45 años. Siendo los jóvenes entre 15 a 25 años quienes ese sentimiento lo expresan minoritariamente en un 6.8%. Sin embargo en una opción más positiva, un sentimiento solidario se manifiesta fundamentalmente en el grupo de 25 a 35 años con un 8.7% y en el segmento de 16 a 25 años, con un 5.3%.

Los peruanos, entre las personas que manifiestan temor ante el VIH son mayoría con un 39.7%, seguido de los bolivianos (22.8%) y argentinos (15.7%)

Estas opiniones como temor, compasión, inseguridad aparecen como naturales respecto a la connotación social que aún se tiene con relación al SIDA. Una pandemia que ha cobrado millones de víctimas, con un sin número de estigmas sociales y familiares. Esta opinión de los migrantes encuestados puede deberse probablemente a que no tienen la información respecto a que la evolución de la investigación científica respecto al SIDA, especialmente lo que significan sus tratamientos medicamentosos hayan posibilitado que este mal de una enfermedad mortal pase a ser una enfermedad crónica.

Pero además, estas respuestas surgen como manifestación espontánea ante el desconocimiento real y efectivo de cómo enfrentar la situación. Atreverse socialmente a descubrir el VIH, sigue siendo un desafío no resuelto. Aún es difícil hablar de SIDA, y

más difícil aún es mirar a los ojos a una persona viviendo con VIH, sin que aflore un sentimiento de temor o compasión. En síntesis, aquí se percibe un problema de educación, más que de simple información.

En síntesis, entre los sectores migrantes existe la percepción que la información constituye una herramienta fundamental en materia de prevención del VIH/SIDA, aunque como hemos analizado hay una disociación en el hecho de que las personas poseen la información pero ésta no aparece como determinante en la toma de decisiones en situaciones de riesgo. Por lo tanto, una estrategia preventiva, si bien debe preocuparse de informar bien, debe estar centrada en la forma más eficiente de generar procesos de aprendizaje, porque se trata de apelar a los sujetos, a quienes "deciden" como gestionar su riesgo.

En último término es un proceso formativo donde debe existir un sujeto que desde su propia experiencia debe colmarse de aquellos contenidos que le permitan asumir conductas coherentes con una práctica de buena gestión de riesgo con un sentido preventivo.

Se trata de establecer estrategias que nos permitan transitar del estadio de la simple información genérica y puntual a un proceso de aprendizaje específico y sistémico, respecto al significado de la vulnerabilidad, riesgos y prevención tanto individual como colectiva. Para la realización de estas estrategias, en el Documento/<sup>87</sup> correspondiente, se plantea aplicar una metodología denominada "Diseño de Experiencias", que implica comprender un acto que va dirigido a proyectar estrategias creativas para mejorar la calidad de la interacción entre el migrante y su entorno.

Con esto se quiere puntualizar que las estrategias que plantean los resultados de una propuesta preventiva no sólo están dirigidas a la creación o conjunción de varios medios que trabajen a la vez, sino al diseño de sus contenidos, pues se supone que existe una información relevante que apunta hacia este camino. Lo trascendente no es solo el resultado final sino la experiencia de haber internalizado los contenidos incorporados a la propuesta.

Esta forma de enfrentar una estrategia preventiva se acerca mucho a la ya tradicional metodología de la educación popular. /<sup>88</sup>

## **5.9 Dos formas de asumir la gestión del riesgo ante el VIH/SIDA.**

En Santiago, se entrevistó a dos jóvenes migrantes, que viven con VIH, pero con un perfil muy diferente. Ambos se declaran homosexuales. El primer entrevistado a quien llamaremos Juan, llega Chile después de haber sufrido un fracaso sentimental, y con

---

<sup>87</sup> / Ver Documento de Propuestas de Estrategias en Prevención del VIH/SIDA en la población migrante.

<sup>88</sup> / El proceso de Educación Popular se realiza en dos momentos: reflexión y acción. El primer momento (reflexión) tiene un cuño esencialmente educativo, en el cual se realiza una actividad teórica, que mira a la comprensión de la realidad, a la concientización. Es esencialmente un "acto de conocimiento". El segundo momento implica la acción directa, de característica esencialmente práctica y a veces política ("acto político"). Ambos momentos del proceso están interrelacionados ya que se reflexiona a partir y en función de la acción y se actúa a partir de la reflexión. Chumhear Martin. Educación Popular. Universidad de La Habana Cuba 1990.

múltiples conflictos personales, viene sin un proyecto de trabajo claro. El segundo testimonio lo llamaremos Diego, llega a Chile con un proyecto de trabajo estable junto a su pareja.

Juan por su testimonio, al momento de contraer el VIH/SIDA, se consideraba suficientemente informado sobre los riesgos de adquirir el VIH, lo que no sucedía en el caso de Diego. En la actualidad, este último, se cuida, utiliza preservativo en forma permanente con su pareja estable, sin embargo, Juan supuestamente no toma con la misma rigurosidad estas precauciones.

### **5.9.1 “Yo se todo sobre el VIH, pero igual no me cuido”**

En el caso de Juan, pareciera ser que las condiciones de vida por su condición homosexual fueron un factor importante en su deseo de migrar. De origen provinciano en su país dice resentir la reacción familiar a su homosexualidad y emigra a la Capital:

*“Yo lloraba, gritaba, pedía a Dios, por mi condición. Porque gustar de una persona de mi mismo sexo... pero igual tenía encuentros ocasionales y rápidos y aventuras que tenía que desechar por mi familia”*

Juan conoce una persona con quien se trasladan a vivir a un tercer país. Su nuevo medio social le da la sensación de libertad y realiza labores de hogar en la convivencia con esta pareja. Luego de algunos años de convivencia esa relación se rompe y emigra a Chile. Claramente no viene por un proyecto de vida sino que motivado por una situación de conflicto del cual necesita evadirse.

Como en otros testimonios esta persona se siente en una primera instancia poco acogida. Sin embargo rápidamente entra en contacto con sus coterráneos en Santiago. Conoce a un hombre mayor que lo ayuda a encontrar alojamiento en una habitación compartida con 7 u 8 personas. La llegada de Juan como migrante le resulta azarosa, poco hospitalaria y propicia a acciones que lo pueden llevar a situaciones de riesgo.

El alojamiento obtenido de esta manera lo pone en contacto con otros migrantes de su nacionalidad, pero manifiesta enseguida poca capacidad de inclusión chocando con el estilo de vida de los otros. El entrevistado es particularmente descalificador de las formas de relacionarse de sus propios compatriotas en Chile:

*“Lamentablemente, tu raza, la que está aquí, es de la clase más baja que hay en mi país... Se dedican al alcohol... la vida desordenada...”*

Claramente Juan acumula una base de conflictos familiares, afectivos, conductuales, y no es capaz de ejercer una interacción con sus propios nacionales, para forjarse una red protectora.

En una relación casual adquirió sífilis. En un comienzo creyó que era VIH y le dio pánico. Sin embargo no siguió el tratamiento completo y recayó. De nuevo se asustó con la eventualidad de haber adquirido VIH. También este segundo examen dio negativo. Juan por su nivel de estudios estaba muy consciente de los peligros de su situación. Sin embargo, poco tiempo después estableció otra relación afectiva, teniendo relaciones sexuales sin protección:

*“Igual se nos fue... es que igual hay un momento en que uno no piensa, me entiendes... aparte, como estaba sano, dije, no creo que este tipo esté enfermo, porque hacía tiempo que no hacía nada con nadie...”*

Con posterioridad, luego de percibir el deterioro de salud de esta pareja sexual el entrevistado se hizo el Test de ELISA y dio positivo. Aún conociendo los riesgos y la información no fue eficaz de administrar estrategias para manejar su riesgo:

*“Mentiría si te digo que fue por falta de información, porque cuando yo estuve en la parte de dermatología, hicimos un trabajo de VIH... es que llega un momento en el que el placer es más rico sin preservativo, me entiendes... eso a mí me pasa... hasta ahora a mí me cuesta mucho tener relaciones con preservativo. A mí no me agrada, pero de tener información, yo tuve mucha, y va a pacientes y todo el cuento y yo sabía”.*

Juan termina enfrentando una situación después de varios episodios de conductas de riesgo, a conciencia de que estaba en una fuerte exposición, sin embargo seguía adelante, consciente de aquello que probablemente sucedería. Desde el comienzo, no realiza cálculo, su inserción en Chile es de la máxima improvisación frente a situaciones de riesgo, tanto en el plano de trabajo, vivienda y salud. Aunque está consciente de su conducta, se siente forzado por las circunstancias y aunque tiene información sobre los riesgos del VIH, adopta comportamientos de marcada inseguridad, sin capacidad de gestionar su propio riesgo.

El tema que se plantea aquí apunta a la propia interacción personal del migrante, que lo han llevado a no calcular y asumir riesgos en las diversas situaciones que le ha tocado vivir, en un medio social que no ha podido darle orientaciones adecuadas. El vive el riesgo, determinado por un contexto social, que le fue dado.

### **5.9.2 La otra cara, una eficiente gestión del riesgo**

El perfil de Diego difiere sustancialmente. A diferencia del testimonio anterior, Diego, viene con un proyecto bien definido a Chile, tanto en lo afectivo como en lo laboral, sin embargo, estaba bastante desinformado al momento de hacerse el examen para detectar el virus e inconsciente de las situaciones de riesgo vividas por él con anterioridad al examen.

Diego se entera que ha adquirido el VIH al realizarse el test por exigencias laborales. Como es natural en estos casos al recibir la notificación siente que su mundo se derrumba, lo embarga el pánico, se aísla. Más aún cuando sabe que también su pareja ha adquirido el virus.

No obstante, Diego refleja una disposición diferente a Juan, si bien parte de una situación de menor información objetiva sobre el VIH, él comprende la situación que enfrenta y es capaz de realizar un manejo de su riesgo mucho más responsable, reconociendo la enfermedad como un dato fundamental, pero tratando que no le determine su vida.

*“uno toma la vida diferente, desde otro lugar...pero tampoco es tanto...es una noticia que te mueve, pero que uno asume y tampoco cambia la personalidad. No*

*es que estoy pensando a cada rato me puedo llegar a morir o pasar esto.... Si bien me preocupo muchísimo, me informo, me hago mis exámenes, me tomo los medicamentos no es algo que me persiga como una cruz, una desgracia o un velo negro...no ...mi vida es como la de cualquier persona..igual si me arrepiento de no haberme cuidado como tendría que haberlo hecho....”*

Diego, tiene una mejor gestión del riesgo, utiliza preservativo en sus relaciones sexuales con su pareja: *“Siempre usamos preservativo en las relaciones”, afirma.*

Aunque, al igual que en otros casos referidos en este estudio, el entrevistado se refiere a la insuficiente información, que alcanza a las propias personas que viven con VIH:

*“No hay campañas de prevención, pero tampoco para las personas que ya están infectadas”.*

Para entender la diferencia entre los dos testimonios, es necesario referirse al patrón de conducta distinta de ambos entrevistados, determinado por un contexto social diferente.

En el caso de Juan, su vida previa a la migración, su venida y estadía en Chile, es producto de problemas familiares, una situación de pérdida afectiva y una situación marcada por el conflicto. Juan, no tiene pareja estable, su trabajo es precario, su situación migratoria es irregular, por tanto tiene una situación económica desmedrada. Los niveles de protección social son mínimos y su vulnerabilidad aparece como mas aguda. No obstante, adquiere el VIH, teniendo información, lo cual significa una baja capacidad de gestionar su riesgo, y a la vez el tener una carencia objetiva de factores protectores.

Por el contrario, Diego, aunque tiene un contexto social favorable, posee pareja estable, su situación de empleo es fijo y también su residencia, adquiere el VIH sin tener la información necesaria. La diferencia está marcada no en la condición de ambos de vivir con VIH, sino en la forma diferenciada como han enfrentado esa situación. La mirada positiva de Diego de enfrentar su condición con responsabilidad, se ha informado, ha tomado medidas de autocuidado, ha establecido estrategias preventivas personales, tiene buena adherencia a los tratamientos y se mantiene indetectable.

En este plano, su capacidad de prevenir es mayor, ha podido gestionar mas eficientemente su riesgo. Posee una conciencia mucho más acertada de la prevención y objetivamente posee mayor capacidad de protección.

Estos testimonios de migrantes que viven con VIH, podemos interpretarlo bajo el prisma de lo que se ha denominado “construcción social del riesgo”,<sup>89</sup> al decir que “los riesgos son construcciones sociales que dependen de los factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas”. Siguiendo a otros autores como Douglas y Wildasvsky, se plantea en la misma línea, que “la noción de riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente de modo que, en cada contexto social, se destaquen unos riesgos y se ignoren otros. Existe así una cultura del riesgo, asociada a la posición social de los actores haciendo que los peligros sean siempre identificados como tales, comunicándose y gestionándose a través de un filtro

---

<sup>89</sup> /Irma Palma, *Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Informe Técnico. 2002.*

cultural". El riesgo en este sentido es un concepto cultural, que es construido socialmente intermediado por contextos sociales, económicos, políticos, culturales.

En estas dos caras de la gestión del riesgo se explica la afirmación que dice que el riesgo es un enfoque contextualizado, que se centra en el estudio de los factores que hacen que determinados puntos de vista respecto al riesgo resulten dominantes en grupos sociales dados.<sup>90</sup>

### **5.10 Una nota curiosa**

En la encuesta se preguntó respecto a las relaciones sexuales mantenidas en los últimos tres meses un 55.1% manifiesta haber tenido relaciones solo con una persona, un 10.1% con dos personas y un 22% dice no haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, lo cual no se condice con las respuestas anteriores.

De las mujeres un 28.4% manifiesta haber tenido relaciones sexuales con una persona en los últimos tres meses, y de los hombres un 26.6% responden lo mismo. Relaciones con dos personas tuvieron un 3.2% de mujeres y un 6.9% de hombres. De las personas que respondieron esta encuesta, un 14.7 % de mujeres no han mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses y un 7.2% de los hombres.

Referente al número de personas con las que mantuvieron una relación sexual, manifestaron que lo habían hecho con una persona un 20.1% del grupo entre 26 – 35 años, un 10,7% del grupo joven y un 13.3% del segmento 36 – 45 años. Más aún, en el grupo de 26 a 35 años manifestaron no haber tenido ninguna relación sexual en los últimos tres meses, en un 5.9%, y un 5.5% de grupo entre 16 – 25 años.

Esta respuesta sorprende, por el bajo nivel de actividad sexual que manifiestan tener las personas encuestadas, lo que podría significar por una parte una inhibición respecto al tema, o simplemente minimizar una respuesta que aparece como difícil mencionar públicamente.

Igual situación se manifiesta respecto al tener relaciones con personas que ejercen el comercio sexual, ya que en un 84.9 % manifiestan que no lo hacen, de estos un 45.1% son mujeres y un 39.6% son hombres. Sólo un 7.3 % manifiestan haber tenido relaciones con personas que ejercen el comercio sexual.

Esta respuesta negativa se expresa en un 29.8% del segmento de edades entre 26 – 35 años y en un 18.1% del grupo joven.

En una población que en un 52.2% manifiesta que vive sin entorno familiar y que un 47.9% son hombres, en una situación laboral y de vivienda precaria, es difícil comprender que no incorpore entre sus prácticas el comercio sexual.

### **5.11 Trabajadoras sexuales migrantes una doble discriminación**

Es interesante consignar en este nivel del estudio, que en el marco de la ejecución del proyecto, en la Valparaíso, se trató de contactar a trabajadoras sexuales migrantes, pero

---

<sup>90</sup> / Irma Palma, *Op. cit.*

fue imposible ubicarlas. Según manifestaron sus compañeras chilenas, ellas tienen miedo a ser denunciadas por su condición de irregularidad migratoria.

Por tanto, las referencias que tenemos de su trabajo lo obtuvimos por medio de otras trabajadoras chilenas. En entrevista a una de ellas se le preguntó si conocía a mujeres extranjeras trabajando en el medio, responde positivamente:

*“Si, en Talcahuano sobre todo. Aquí en Valparaíso también hay pero vienen en el verano y cuando llegan barcos gringos, no comparten mucho con nosotras porque nunca tienen papeles y les da miedo que las denunciemos, pero también hay muchas extranjeras y chilenas que trabajan en esto cuando tienen problemas económicos aunque tengan marido, ellas, las extranjeras aceptan trabajar sin condón y con eso ganan más”.*

Respecto a una posible mayor discriminación a las trabajadoras extranjeras,

*“No por los clientes, pero tienen que hacer, por su situación, cosas que nosotras no aceptamos, los clientes las prefieren por eso y a veces hay problemas, pero no de racismo, más de ....celos, de celos en el trabajo”.*

Igual testimonio recabamos en otra reunión en Valparaíso con Trabajadoras sexuales, al preguntarles por el conocimiento que ellas tienen de trabajadoras sexuales migrantes, confirman que tienen conocimiento de su existencia, pero por no encontrarse con residencia legal, trabajan en forma esporádica, muy clandestinas, particularmente en los veranos en el sector del Puerto, en los topless y como meseras.

Según su opinión, en general las trabajadoras sexuales migrantes, no tendrían ningún tipo de prevención, ni control sanitario, y han conocido algunas mujeres trabajadoras sexuales con VIH, que según su opinión, no toman ninguna medida de protección.

Otro testimonio de igual naturaleza nos confirma esta mirada sobre la existencia de trabajadoras sexuales migrantes en el Puerto. Al preguntarle a otra trabajadora sexual, si conoce a mujeres extranjeras trabajando, responde positivamente.

*“Si, en el puerto, en los hoteles de allá, pero a ellas les da miedo porque siempre andan sin papeles, las peruanas sí pero creo que trabajan con su gente más que nada, lo que sí ahora para el verano llegan muchas brasileñas se van a Reñaca o a Viña y esas si que no se controlan y después desaparecen, yo he visto en Viña en las noches por Libertad por esos lados”.*

*¿Crees tú que ellas son discriminadas?*

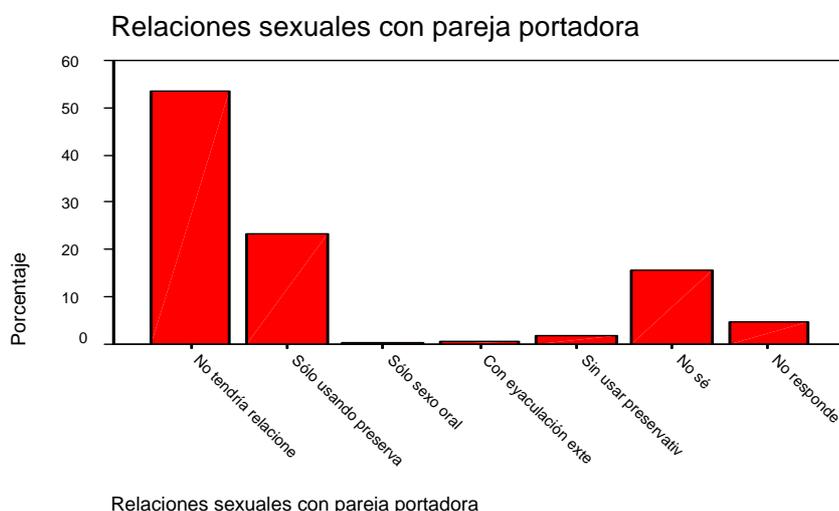
*“Las trabajadoras igual que nosotras, pero si son discriminadas por las chiquillas porque hacen la competencia, no se controlan, los hombres las prefieren por la novedad y por que se cuidan menos, a veces son más educadas que nosotras”.*

Aunque no sea un testimonio directo, esta información nos indica la vulnerabilidad e invisibilidad de su problemática.

## 5.12 Una negativa problemática

Tratando de ahondar en la temática del comportamiento sexual, que nos indicara la percepción del migrante frente al riesgo de contraer VIH, es interesante constatar que mayoritariamente las personas encuestadas al preguntárseles si tendrían relaciones sexuales con una persona que ellos supieran que vive con VIH/SIDA tajantemente en un 73.6 % responden que no las tendrían y solo un 12.% podría tenerlas usando preservativo. En esta respuesta se verifica en un 37.3 % de mujeres y en un 36.1% de hombres, el que nunca tendrían relaciones sexuales con una persona que viva con VIH. Y en la alternativa “solo usando condón” se manifiestan dispuestos solo un 5.8% de mujeres y un 6.4% de varones.

**Grafico Nº 37**



Es aún más sorprendente la respuesta a la pregunta si tendrían relaciones sexuales con su propia pareja, si supieran que ésta vive con VIH. El reconocimiento mayoritario en un 53.4%, es que no tendrían relaciones en ningún caso. Solo un 23.3% manifiesta que tendría relaciones con su pareja usando condón. En la disyuntiva de nunca tener relaciones sexuales, se plantean un 29.7% de las mujeres y un 23.4% de los hombres. Solo usando condón con su pareja lo podrían hacer un 13.7 % de hombres y un 9.6% de mujeres.

Estas respuestas indican que a pesar de haber manifestado recibir información adecuada sobre el VIH, que saben como se contrae, que conocen el rol del condón, que dicen saber usarlo, sin embargo enfrentados a situaciones de compromiso personal actúan con un desconocimiento muy alto sobre el tema, o demuestra que en la práctica, frente a una situación limite no confían en el preservativo, aunque tengan conocimiento sobre su uso y seguridad. Otra vez creemos encontrar una disonancia entre el discurso y la práctica.

Paradójicamente, el uso correcto del condón se practica solo ante el desconocimiento que la pareja sexual haya contraído el VIH, en cuanto se tiene una certeza se niega categóricamente la posibilidad de tener relaciones sexuales seguras. Aunque esta incongruencia nos lleva a suponer que en muchas ocasiones y en determinadas situaciones, tal vez ni siquiera utilicen preservativo.

Todas estas aparentes inconsistencias o disonancias entre la información que se afirma haber recibido y por otra parte las conductas que van en sentido contrario, pueden también considerarse como factores de riesgo potenciales, ya que la seguridad se hace difusa en el terreno de protegerse de adquirir el VIH.

De la población encuestada solo un 31.3% se ha hecho el Test de Elisa y mayoritariamente lo hace por interés personal para saber si ha contraído el VIH, pero en un 68.2% manifiesta no habérselo hecho o no responde. Un muy alto, de 61.9% responden no saber dónde hacerse ese examen, lo cual indica una necesidad de mayor información y canales de prevención accesibles a los migrantes. De las personas encuestadas un 17.7% de los hombres versus un 13.5% de mujeres se han realizado alguna vez el examen, lo cual podría indicar alguna percepción del riesgo.

Se deja constancia en el estudio que la población migrante encuestada arroja un 75.5 % que se manifiesta con una orientación heterosexual y solo un 1.6% se manifiesta homosexual.

## CAPITULO VI

### PARTICULARIDADES REGIONALES Y ÉTNICAS.

Para una comprensión más integral del estudio, es necesario hacer referencia a las particularidades regionales y étnicas que emanan de los resultados, y que hacen la diferencia de una región a otra, lo que indica que la percepción de la vulnerabilidad y el riesgo es diversa y varía, según el entorno geográfico y cultural en que se produce.

Especial relevancia en las particularidades regionales se encuentran en la migración de la ciudad de Iquique.

El estudio identificó en Iquique una migración mayoritariamente boliviana, peruana y ecuatoriana. / <sup>91</sup> Según este análisis la migración boliviana es la más antigua y comenzó masivamente a finales de la década del cincuenta del siglo pasado. En cambio los peruanos llegaron en el período de auge de la ZOFRI, a partir de 1992. Muchos de los migrantes provienen de pueblos del interior de sus países, un número importante son aymaras, quechuas o moches, siendo principalmente una migración femenina.

En general, la fuerza laboral de los migrantes en Iquique, la constituye un alto número de comerciantes, muchos de ellos en el comercio ambulante, un número importante de trabajadores de la construcción, trabajadores en talleres de reparación de vehículos y en el caso de las mujeres su inserción laboral está vinculado al servicio como trabajadoras de casa particular y como temporeras en labores agrícolas en los oasis de Pica y Matilla al interior de Iquique.

En esta precariedad social del migrante en la región se constata que hay una proporción importante de mujeres que se dedican al comercio sexual, especialmente en la zona de Alto Hospicio. En el ámbito de las condiciones de vida, se verifica que muchos de los migrantes viven en condiciones de hacinamiento, arrendando viviendas compartidas por varias familias, situación que se hace más compleja ante la situación económica desmedrada que vive Iquique con un alto porcentaje de desocupación.

En la región se evidencia una crítica situación de conflicto con los migrantes, proyectándose una visión estereotipada del migrante, con una fuerte estigmatización y rasgos de discriminación muy claros, especialmente hacia la población boliviana, que entre otras manifestaciones se expresa en la falta de deferencia en el trato dado a los migrantes por parte de los funcionarios de los servicios públicos y las continuas manifestaciones de intolerancia por parte de la población nacional especialmente de estratos más bajo.

Desde el punto de vista histórico se mantiene presente en la memoria colectiva y en el imaginario social, tanto para peruanos como bolivianos, las trágicas consecuencias acontecidas por la Guerra del Pacífico, con la consecuente pérdida de territorios y la reivindicación constante de acceso al mar por parte de Bolivia, todo lo cual, contextualiza de una forma muy especial la migración en Iquique.

---

<sup>91</sup> / Ver para todas las regiones el Capítulo III de este Informe en el apartado sobre Caracterización de la Migración en Chile.

En la situación de la migración en Iquique es fundamental hacer mención de un aspecto particular, como es la migración aymara, que se asienta en la ciudad.

Después de la apertura de los caminos hacia el interior de Iquique, ocurrido entre 1960 y 1965, se inició el tránsito de camiones chilenos que sustituyeron gradualmente a las caravanas aymaras en el transporte y compraventa de productos agropecuarios provenientes del altiplano boliviano. Esta situación se prolongó hasta 1977, año en que los aymaras iniciaron la adquisición de camionetas utilitarias y camiones en la zona franca de Iquique con el fin de transportar y vender sin intermediarios sus productos en el mercado urbano. De este modo el pastor jefe de hogar se convirtió en transportista, delegando sus funciones de pastoreo en su esposa e hijos. Inevitablemente, se produjo después la migración de familias aymaras, estableciéndose en la ciudad de Iquique, buscando nuevas opciones para optimizar su calidad de vida.

Según las opiniones entregadas por los propios migrantes aymaras, las principales causas de su proceso migratorio son la pobreza producto de la sequía vivida en las últimas décadas, la presión social y la falta de trabajo. Asimismo, han contribuido decisivamente a la migración la búsqueda de mejores niveles educacionales para sus hijos. /<sup>92</sup>

Resulta ilustrativo leer el siguiente relato refiriéndose a los migrantes bolivianos de origen aymara en Iquique:

*“No sólo tienen que enfrentar la ironía del habitante urbano, que los mira despectivo desde su altura blanca y occidental (según ellos creen). También la segregación económica, o su falta de estudios y credenciales los empuja a aceptar los puestos más bajos del sistema, mal remunerados cuando no, sencillamente explotados, sin consideración de derechos humanos ni nada que se le parezca”. “O si no, preguntemos a muchas empleadas domésticas que han sido despedidas sin derecho a pataleo, luego de dos meses de trabajar sin imposiciones, y que habían sido “encargadas” por una señora de clase media-media a alguna amiga, que tuvo la suerte de ir de paseo un domingo a un “pueblecito” del interior. O escuchemos a trabajadores aymaras, un Cornelio Vilca, un Cirilo Mamani, un Patrocino Mollo, un Emiliano Condori, referirse a sus dolorosos recorridos tras la mezquina peguita con que la sociedad les coquetea siempre”. /<sup>93</sup>*

No es sorprendente por tanto, que en el estudio surja como un factor potente de vulnerabilidad en la Primera Región la falta de regularización de los migrantes, dado que por una parte influye en este hecho, la presencia de un porcentaje importante de población aymara, con sus propios códigos de inserción cultural y por otro lado, se ha establecido que la población migrante es fundamentalmente una población de paso, con mucha movilidad. Por la misma razón, resulta esperado que sobresalga en la percepción de la región, las condiciones de precariedad habitacional y hacinamiento en que viven los migrantes especialmente en Iquique y Alto Hospicio, particularmente referido a peruanos y bolivianos. /<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> / Ver en M. Ester Grebe. *Procesos Migratorios, Identidad Étnica y Estrategias Adaptativas en las Culturas Indígenas de Chile*. Universidad de Chile, Fac. de Ciencias Sociales. 1997.

<sup>93</sup> / Juan Podestá Arzubiaga. *Vengo de la Cordillera al mar. Los Aymaras en Iquique*.

<sup>94</sup> Estos factores de irregularidad y de precariedad habitacional están analizados en el Capítulo V del estudio.

Otra arista que se agrega a la vulnerabilidad en la Primera Región se refiere al problema de adaptación de los jóvenes migrantes a la sociedad local, que en parte se explica por los altos niveles de consumo de alcohol y drogas, lo cual entorpece más la posibilidad de una normal inserción, y hace más evidentes la irrupción de conductas de riesgo.

En Valparaíso, el actual movimiento migratorio se inicia en los años noventa, con una inmigración formada principalmente por peruanos, argentinos y ecuatorianos. De éstos el flujo mayor son peruanos, en su mayor proporción está compuesta por mujeres que se emplean principalmente como trabajadoras de casa particular en las ciudades de Viña del Mar, Quilpue, Villa Alemana, Calera, Quintero y otras ciudades del interior de la provincia. Su característica más sobresaliente es su nivel educativo elevado en relación al tipo de trabajo que desempeñan. A fines de la misma década se acentúa el ingreso de ciudadanos ecuatorianos, en su mayoría profesionales de la salud que se emplean en cargos de atención primaria y de urgencia que se encuentran vacantes por falta de interés de los profesionales locales.

En la región también se identifica una importante migración de argentinos, la cual es caracterizada como invisible, por su mayor capacidad de integrarse y asimilarse a la sociedad de acogida, con una situación de residencia normalizada y compuesta por profesionales, comerciantes o empleados en el área de servicios que migran con sus familias y que habitan principalmente en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

Un aspecto interesante de consignar es la situación de la ciudad de La Calera como un punto con alta migración irregular, con abundantes locales clandestinos de diversión y que emplean fundamentalmente mujeres migrantes en actividades en las cuales se ha podido pesquisar un fuerte comercio sexual. La Calera es nexo entre la zona norte, el litoral central y la zona centro sur del país, al estar enclavada sobre la Carretera Panamericana (Ruta 5 Norte).

Una preocupación del estudio en la región era identificar la eventual existencia de comercio sexual, especialmente en la zona portuaria de Valparaíso, lo cual fue refrendado por las entrevistas realizadas, que aunque no fueron directas, se logró establecer su existencia y que esta actividad es realizada por mujeres migrantes que están en situación de irregularidad migratoria.

Otro elemento que parece como particularizado en la preocupación de la región es el consumo precoz de alcohol y drogas en la población migrante joven, lo cual implica una serie de situaciones complejas de riesgo social.

En el caso de la Región Metropolitana, se analizó principalmente la migración de peruanos, bolivianos, ecuatorianos, argentinos y colombianos, aunque como es obvio, Santiago es la ciudad que recibe el mayor número de migrantes y con la mayor diversidad de orígenes.

La ciudad de Santiago, para los migrantes peruanos, bolivianos y ecuatorianos, casi siempre es el fin de un itinerario que parte con su entrada al territorio nacional por Arica (Chacalluta o por los pasos de frontera entre Bolivia y Chile), donde parte de esa migración queda en Arica, otro tanto se traslada hasta Iquique y Antofagasta, y la mayor parte llegar a establecerse en Santiago o Valparaíso.

Según el estudio, en el caso de la migración peruana se distinguen tres etapas distintas de migración. La primera de ellas en los años setenta donde son principalmente estudiantes y profesionales, las personas que llegan al país. En una segunda etapa en los años ochenta, son profesionales en busca de mejores oportunidades, motivados por situaciones de conflicto y crisis política y social.

En una tercera etapa que comienza en la década del 90, la migración peruana en Santiago, se hace más masiva y como característica muestra un alto componente femenino. No sólo superan en número a los hombres, sino que también ellas fueron las primeras en llegar al país. El origen geográfico de esta migración se sitúa en la costa norte del Perú, en donde destacan las ciudades de Chimbote, Trujillo, Barranca y Lima como las de mayor flujo migratorio.

En Santiago se han instalado de preferencia en la zona centro de la ciudad, en barrios como Recoleta, Independencia y Santiago Centro, en donde habitan grandes casonas, en las que arriendan piezas que generalmente comparten. En Santiago, un número significativo de las mujeres se desempeñan en oficios domésticos o como temporeras y los hombres en trabajos como cargadores, vendedores ambulantes, en la construcción, y jardineros.

Una de las particularidades de la migración peruana en Santiago, está definida por su alta visibilidad, especialmente a causa del espacio elegido como lugar de encuentro social, centro de operaciones para búsqueda de empleos y eventuales acciones comerciales – no siempre lícitas - como es la Plaza de Armas de Santiago y los alrededores de la Catedral, en lo que se ha dado en llamar la pequeña Lima. Una característica que comienza a hacerse perceptible y digno de un estudio más en profundidad es la influencia cultural que está tendiendo la migración peruana, especialmente por el fenómeno de las trabajadoras de casa particular – el estereotipo de las nanas – que incorporan en las familias chilenas nuevas formas de alimentación.

Ligado a lo expuesto, surge una interrogante, que tiene que ver con las características que asumen los espacios ocupados por los migrantes. Aparentemente existen dos posibilidades, los migrantes se integran o se auto excluyen. Pero es posible pensar una tercera posibilidad en la cual el migrante intente reconstruir en un nuevo espacio, la cultura de la cual proviene, es decir, rompa los límites territoriales de sus entornos culturales originales y procure reconstruirlos en un espacio diferente, estableciendo así términos y condiciones propias a través de las cuales, configure su relación con la ciudad en la cual debe iniciar su nueva vida. ¿Es eso lo que puede suceder con los peruanos en Santiago?. La hipótesis no resulta extraña si atendemos las experiencias de los barrios étnicos que pueblan ciudades tales como Nueva York o San Francisco en los Estados Unidos de Norteamérica, <sup>95</sup> o con los barrios de migrantes Argelinos en París o los marroquíes en Madrid.

Con respecto a la migración boliviana los motivos principales para migrar a Chile son la inestabilidad social y política en su país y la búsqueda de nuevas oportunidades económicas, especialmente para muchos jóvenes, que intentan cursar carreras

---

<sup>95</sup> / *Claudio Cerda Videla. Migraciones y espacio urbano, Nuevos escenarios y multiculturalidad. Profesor de la Cátedra de Antropología Urbana en la Escuela de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.*

universitarias que no existen en Bolivia. Según el estudio, los bolivianos en Santiago, generalmente se encuentran ligados al comercio y los servicios.

En relación a la migración ecuatoriana en Santiago, desde el punto de vista de su inserción profesional tiene una alta proporción que se desempeña en el rubro salud, la construcción y también en el servicio doméstico. Entre las razones para venir a Chile se mencionan la crisis económica de 1998, además un grupo importante de ecuatorianos vienen a realizar estudios universitarios.

La migración argentina y colombiana en Santiago, está conformada principalmente por profesionales que han migrado con su familia lo cual constituye una particularidad dentro del marco de la migración actual, y por otro lado en estas dos nacionalidades se da la existencia de muchos estudiantes universitarios que cursan post grados. Tal como se califica a la migración argentina en Valparaíso, esta migración también es invisible, ya que tiene una adaptación en el medio nacional mayor que otras nacionalidades.

Respecto a la situación migratoria, se sabe por información extraída del mismo estudio y por las informaciones de otros estudios de caracterización de la migración realizados por la OIM, que en Santiago, un grupo importante de migrantes, especialmente peruanos, bolivianos y ecuatorianos se encuentran en situación de irregularidad migratoria. Con respecto a las variables socioeconómicas se identifica claramente un problema en la precariedad de empleos con ingresos insuficientes, y situaciones de habitat inadecuado, que si bien son factores comunes a la migración en todas las regiones estudiadas, en Santiago la situación se agudiza.

Lo mismo sucede con el análisis que se hace del entorno vital que rodea al migrante, lo que en el estudio ha sido calificado como la "soledad" o la condición de anonimato del migrante, es decir la falta de contención familiar o referente grupal, es un fenómeno que en el contexto de la Región Metropolitana se acentúa, como consecuencia del entorno de gran urbe que posee la ciudad de Santiago.

Tal como ha sido analizado en otros capítulos de este estudio, estas situaciones de los migrantes en la ciudad de Santiago, tanto en el ámbito migratorio como en sus condiciones socio económicas, implican grados de vulnerabilidad y posibilidades de asumir situaciones de riesgo frente al VIH/SIDA.

## **CAPITULO VII**

### **SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.**

En el análisis del presente estudio han surgido importantes conclusiones que contribuyen a caracterizar los factores de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH y que es posible sintetizar en los siguientes puntos fundamentales:

#### **7.1 Principales conclusiones del estudio.**

7.1.1 Respecto a la identificación de percepciones que la población migrante tiene de su propia vulnerabilidad y situación de riesgo, en el estudio surge que éstos, no consideran que por ser migrantes estén en una condición de especial inseguridad. Sin embargo, en el análisis posterior, al particularizar situaciones de vulnerabilidad y de identificación de factores de riesgo, reconocen que son variadas las situaciones y múltiples las causas que los sitúan en una condición de vulnerabilidad y que son muchas las circunstancias que no les permiten tener una adecuada gestión de su riesgo frente al VIH/SIDA.

7.1.2 En cuanto a los factores protectores que se identifican en el estudio, los migrantes, mayormente requieren obtener mayor formación y educación sobre el VIH/SIDA. Pero reconocen claramente que la solución en aspectos socioeconómicos, como el trabajo, la vivienda, el acceso a la salud son importantes factores de protección, así como el tener una situación migratoria regularizada, lo cual les pone en una situación de mayor seguridad y equilibrio en la sociedad en que se deben insertar.

Otros aspectos interesantes que surgen como factores protectores son el promover acciones de sensibilización en el tema de prevención del uso de drogas, especialmente dirigido a los jóvenes y fomentar la asociatividad de los migrantes y la posibilidad de establecer organizaciones o redes propias, sean estas informales o con una estructura orgánica, elementos que son analizados con mayor profundidad en la medida que se abordan los temas específicos en los capítulos del estudio.

7.1.3 Uno de los aspectos que resulta más relevante en la identificación de la vulnerabilidad es la incertidumbre que suscita en los migrantes la necesidad de regularizar su situación migratoria. En relación a esta circunstancia, la investigación describe que las personas con permanencia temporaria o en situación irregular son la mayoría de los migrantes encuestados, lo cual indicaría una situación de vulnerabilidad social frente al tema en estudio. En general la permanencia temporaria está ligada a tener un contrato de trabajo, ser turistas o estudiantes, encontrándose un porcentaje importante que confiesa no tener ninguna situación migratoria.

Pero sin lugar a dudas, el tema que aparece como de mayor vulnerabilidad y con una necesidad perentoria de plasmar soluciones, es el fenómeno de la "irregularidad migratoria" en la viven muchas personas, lo cual incide en todos los aspectos de su identidad como migrantes y les obstaculiza su desarrollo normal y su proyecto de vida e inserción en el país.

- 7.1.4 Respecto a las motivaciones para migrar a Chile, están caracterizadas por las expectativas de trabajo o la búsqueda de mejores condiciones de vida. La situación laboral resultante del estudio manifiesta que los migrantes mayoritariamente tienen trabajo en el momento de realizarse la consulta.

Pero también constatamos que el tipo de trabajo al cual tienen acceso los migrantes es de baja calificación: obrero, trabajadora de casa particular, empleado administrativo, lo cual condiciona su nivel y calidad de vida. En este ámbito, se detecta claramente una discriminación laboral, manifestada principalmente por la falta de acceso de los trabajadores migrantes a cargos para los cuales están perfectamente habilitados, pero sin embargo, esos trabajos les son negados por su condición de extranjeros.

Además, en este tema es necesario tener en cuenta que por su condición de vulnerabilidad es posible que los trabajadores, especialmente las mujeres, sean víctimas de prácticas de discriminación, xenofobia o intolerancia, al interior de sus lugares de trabajo, métodos condenados por todos los convenios internacionales existentes al respecto y ratificados por el Gobierno de Chile.

- 7.1.5 Una situación interesante como hallazgo del estudio se refiere al nivel educativo que manifiestan tener los migrantes encuestados, que oscila entre la enseñanza media, universitaria y técnica. La situación de discordancia entre el nivel educativo y el tipo de ocupación que encuentran en Chile, puede ser un importante factor de vulnerabilidad social.

Es necesario destacar el nivel educativo de la población migrante, ya que este aspecto determinaría las formas y niveles específicos de las estrategias de prevención y su focalización. A partir de esta constatación es posible incorporar en el diseño de intervenciones, la práctica de metodologías como la de 'educación entre pares', para llevar a cabo acciones preventivas eficaces.

- 7.1.6 Con relación a la situación de vivienda, la mayoría tiene una situación que varía entre modesta y precaria. El tipo de posesión de su vivienda transita entre el alquiler, la vivienda compartida, la situación de allegados, hasta el hospedaje, pensión u hotel. Una minoría manifiesta tener casa propia.

En relación con el nivel y calidad de vida, se manifiesta un importante grado de hacinamiento reflejado en la necesidad de compartir su vivienda con más de 5 o 6 personas, incluso con más de 7 personas por vivienda.

Este es sin duda uno de los aspectos que refleja con mayor nitidez, una vulnerabilidad social, que es de difícil solución, en la medida que los migrantes no tengan opción de uso de mecanismos como son el subsidio habitacional, créditos hipotecarios, y otros sistemas que les permitan la adquisición de una vivienda. En

el caso de la mayoría, el drama se presenta cuando necesitan alquilar una propiedad y les exigen aval o garantías, que no pueden obtener.

- 7.1.7 Con relación al entorno social o familiar en el cual viven, se consigna que mayoritariamente los migrantes viven solos, con amigos o con conocidos, y en forma minoritaria, viven junto a su familia nuclear, es decir con sus hijos, cónyuge o pareja, o quien forme esta familia basal. En un porcentaje importante los migrantes encuestados manifiestan tener entre 1 y 3 hijos, aunque no siempre viviendo con ellos. Muchos migrantes viven solos en Chile, y tienen sus hijos viviendo en el país de origen.

Tal como se menciona en el estudio, no se considera neutro el contexto doméstico que eventualmente circunda al migrante. No es lo mismo vivir solo, sin referentes determinados, que vivir con la pareja o con la familia elemental y con sus hijos, o teniendo claramente la protección de grupos afianzados sea cualquiera su composición: amigos, compañeros de trabajo u otros migrantes. Se supone que en esa contención o en su carencia, se juega parte sustantiva de la percepción de vulnerabilidad y la posibilidad de poder gestionar adecuadamente su propio riesgo frente al VIH/SIDA.

- 7.1.8 Un elemento que aparece interesante en el análisis y que tiene que ver con la inserción social de los migrantes y su sentido de pertenencia, es aquel en el cual mayoritariamente los encuestados manifiestan no pertenecer a ninguna organización, ni de su nacionalidad, ni chilena.

Pero, simultáneamente se constata un aspecto importante en la convivencia de los migrantes, que radica en que no obstante no tengan una vinculación institucional, poseen capacidad de formar redes o vínculos informales o espontáneos sin llegar a una formulación orgánica, lo cual evidentemente disminuye la vulnerabilidad y se transforma en un factor de protección. La asociatividad del mundo migrante no solo está relacionado a la formación de estructuras orgánicas formales, sino a la posibilidad de potenciar sus redes informales.

Es significativo valorar entre la población migrante la existencia de mecanismos de comunicación persona a persona, que permite hacer llegar la información de una forma directa, utilizando medios tan cotidianos como el teléfono o el e – mail para realizar una conectividad interpersonal.

- 7.1.9 En este punto, es interesante proponer como conclusión la capacidad de resiliencia que tienen los migrantes para adaptarse y reorganizar sus vidas a pesar de las dificultades de diversa índole que encuentran en su proceso de inserción en el país.

El término resiliencia se refiere originalmente en ingeniería a la capacidad de un material para adquirir su forma inicial después de someterse a una presión que lo deforme. Al hablar de resiliencia humana se afirma que es la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas. Aparecen entonces dos elementos básicos de la resiliencia: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a

pesar de la presión, dicho en otras palabras la superación de las crisis, el dolor, la muerte, la pobreza, como situaciones límites ante las cuales se resiste el ser humano, como luchador innato y sobreviviente de la esperanza; y el otro elemento lo constituye la capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles. Es el concepto oriental de las crisis: como dificultad y como oportunidad. Las crisis son conflictos de alta intensidad y por lo tanto con un alto poder de transformar individuos y sociedades.<sup>96</sup>

- 7.1.10 Junto a su falta de pertenencia orgánica, la situación de no sentirse identificados con su colectivo nacional, y expresar que no conocen espacios de encuentro de los migrantes, advierten sobre situaciones que indican una dificultad en la inserción de los migrantes en la sociedad de acogida, que habría que estudiar con mayor detención.
- 7.1.11 En el comportamiento de los chilenos respecto a los migrantes, el estudio revela que mayormente se considera al chileno en forma negativa, calificándolos de hostiles, indiferentes y prepotentes. Aunque hay un porcentaje importante que los valora como amistosos y solidarios. En este punto es valioso consignar que el calificativo de hostiles proviene fundamentalmente de migrantes bolivianos, especialmente en la Primera Región.

La discriminación, sin embargo no es la percepción que prima entre los migrantes en su estadía en Chile, más bien manifiestan sentirse agradecidos hacia la sociedad chilena.

Sin embargo, creemos fundamental insistir en la necesidad de promover desde el Estado y desde la sociedad civil, el diseño de políticas públicas que comprometan los instrumentos y acciones que permitan intervenir frente a prácticas de discriminación, xenofobia e intolerancia, y que posibiliten investigar y analizar sus causas para prevenirlos antes de que acontezcan, fundamentalmente por medio de la educación, la capacitación y la divulgación de valores que estimulen la convivencia y una cultura de acogida en este país.

En este ámbito, es importante consignar el llamado que hacen los migrantes a no calificar ni valorar la presencia de los migrantes como una carga o una competencia para los Chilenos, sino como un aporte al desarrollo cultural y económico de este país.

- 7.1.12 Si bien es cierto, que este proyecto se inscribe en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA, es fundamental especificar que uno de los factores de vulnerabilidad que se consideran a nivel mundial referido a los migrantes, es asegurar el acceso viable a los servicios de salud, incluidos la atención, tratamientos, información y educación preventiva en materias de seguridad sanitaria. No es posible concebir una buena gestión del riesgo tendiente a lograr estrategias personales o colectivas en prevención primaria en VIH/SIDA, si los migrantes – especialmente las mujeres y los niños - no tienen asegurado el acceso y la atención básica en los servicios de salud públicos.

---

<sup>96</sup> / Elena Combariza. *La Resiliencia, el oculto potencial humano*. Bogotá 1999.

En el estudio, la salud es considerada un elemento fundamental en la percepción de la vulnerabilidad, sin embargo, los migrantes manifiestan mayoritariamente no tener acceso a ningún servicio de salud, sea este público o privado. Son una minoría los que tienen acceso a FONASA y menos aún a alguna ISAPRE. Sin embargo, los migrantes, califican positivamente la calidad de la salud en Chile.

- 7.1.13 Uno de los aspectos que aparecen con más fuerza en las diversas respuestas de los migrantes al momento de identificar factores de vulnerabilidad fue el tema de la información respecto al VIH/SIDA. Acerca de este tópico, los migrantes encuestados mayoritariamente manifiestan haber recibido alguna información sobre el tema y además dicen sentir que están suficientemente informados. En el conocimiento básico respecto del VIH/SIDA y elementos relacionados con la prevención, responden correctamente. Sin embargo a la hora de poner en práctica esos conocimientos demuestran que la información recibida no se expresa positivamente en conductas que indiquen un adecuado manejo del riesgo.

Consideramos que existe una disociación entre la teoría y la práctica, no se vislumbra una capacidad de re-significar la información recibida, transformándola en acciones positivas. Por ejemplo, en el resultado del estudio el migrante asume que ha recibido información acerca del uso del preservativo, sin embargo, en la práctica la encuesta revela que una gran mayoría no usa condón, o lo usa en forma no sistemática.

Lo anterior indica que la sola información no tiene un efecto en el cambio de conducta de las personas, si esta no va acompañada de un proceso de educación y formación metódica.

En este ámbito, la percepción que proyecta el estudio es que se produce en los migrantes encuestados una disociación muy importante entre una postura teórica, ideal, enfrentada con una falta de concreción de esos postulados en una práctica real en la vida cotidiana. No se perciben mayoritariamente conductas coherentes con esa teoría conocida pero no internalizada, no re-significada, lo cual en el fondo es un factor más de vulnerabilidad.

De allí la insistencia de formular propuestas preventivas basadas en un proceso formativo, que establezca estrategias que vayan desde la información genérica y puntual a un proceso de aprendizaje específico e integral, respecto al significado de la vulnerabilidad, riesgos y prevención tanto individual como colectiva. En el documento adjunto de propuesta estratégica de prevención se plantea aplicar un método de "diseño de experiencias", que permite hacer más eficiente el uso de los contenidos de la información que se entrega. <sup>97</sup>

- 7.1.14 Un elemento que emana del proyecto tiene que ver con la formas como se puede gestionar el riesgo frente al VIH/SIDA. Se trata de dos testimonios - ambos migrantes en Chile - que indican que frente a un mismo hecho objetivo, como es haber adquirido el VIH, emergen las subjetividades disímiles con historias y contextos diferentes, con percepciones de su vulnerabilidad y gestión del riesgo también diferentes, partiendo de sus contextos y experiencias personales. Así

---

<sup>97</sup> / Ver Documento de Propuestas de Estrategias.

mismo, como los dos proyectan un futuro y definen factores protectores o estrategias de prevención también obedeciendo a sus propio antecedentes.

- 7.1.15 En estas conclusiones y síntesis del estudio, es importante consignar dos elementos que aparecen con mucha fuerza, uno es el análisis regional en el cual aparece que las realidades de los migrantes son diferentes en la diversas zonas geográficas en que se realizó el estudio, y el otro elemento es que no podemos hablar globalmente de migrantes, sino que es necesario reconocer las diferencias, sociales, nacionales, culturales, de género, sobre todo a la hora de diseñar propuestas de prevención.

## 7.2 Rango de Vulnerabilidades y Riesgos.

<b>Personas /Actores</b>	<b>Vulnerabilidades</b>	<b>Factores protectores</b>
Migrantes irregulares.	Situación de irregularidad migratoria en que se encuentran muchos migrantes.	Situación regularizada como migrante.
Migrantes irregulares y con empleos más inestables.	Precariedad habitacional que en muchas oportunidades se transforma en hacinamiento.	Subsidios, créditos, avales para compra o alquiler de viviendas, para los migrantes.
Mujeres y migrantes irregulares.	Precariedad, discriminación y bajo nivel del empleo que se oferta a los migrantes.	Empleos dignos con respeto de los derechos laborales de los migrantes.
Toda la población migrante.	Información que se entrega a los migrantes no es asumida y puesta en práctica para un cambio de conducta. Inexistencia de campañas dirigidas específicamente a la población migrante.	Mayor información, procesos de educación y campañas dirigidas específicamente a la población migrante.
Especialmente mujeres y personas que viven con VIH.	Dificultad en el acceso a la salud, especialmente primaria.	Servicios de salud abiertos para la población migrantes, especialmente en la atención primaria.
Toda la población migrante, especialmente de origen andino.	Migrantes perciben que son discriminados y no aceptados por la sociedad chilena.	Respeto a la diversidad y la no discriminación entre la población nacional.
Mujeres y hombres sin contención familiar o grupal.	Migrantes mayoritariamente viven sin un entorno apropiado o con una carencia de contención familiar.	Mayor asociatividad, interacción e inserción en redes o grupos de interés de la población migrante.
	<b>Riesgos</b>	<b>Factores Protectores</b>
Toda la población migrante, especialmente masculina.	Existe entre los migrantes una escasa gestión del riesgo personal.	Mayor información y educación en estrategias de prevención, que ayuden a manejar y disminuir el riesgo.
Toda la población migrante, especialmente hombres y jóvenes.	No asumir y poner en práctica información recibida, los puede llevar adquirir conductas sexuales de riesgo, como es el escaso uso del condón.	

### **7.3 Dificultades en el proceso de implementación del estudio.**

- 7.3.1 Una primera dificultad presentada al comenzar la implementación del estudio fue la limitación en la localización de los migrantes en cada región y la escasa organización de carácter formal que poseen. Esta situación hizo más complejo el tener una presencia más numerosa de migrantes especialmente en los grupos colaborativos.
- 7.3.2 Una segunda dificultad objetiva observada en el proceso de implementación del proyecto fue la imposibilidad de trabajar más directamente con el grupo colaborativo y con la coordinadora de Iquique en la Primera Región, quien mayormente realizó el trabajo a través de las indicaciones recibidas vía electrónica o telefónica, ya que en términos presenciales tuvo retro-alimentación solo en cuatro oportunidades. Esto fundamentalmente por la existencia de un presupuesto acotado.
- 7.3.3 \*\*\*Una tercera dificultad encontrada en el estudio fue el apoyo insuficiente que las actividades del proyecto tuvieron por parte de la autoridad de salud en las regiones. Si bien es cierto que hubo participación de las Secretarías de Ministeriales de Salud en algunas de las actividades, esta no se produjo en el nivel que habría sido esperado para establecer una mayor interacción.

### **7.4 Contribuciones del proyecto a las estrategias de la OIM en el tema.**

- 7.4.1 A través de la ejecución de este proyecto, se han generado propuestas temáticas al interior de la OIM en Chile y en la región, instalando el tema de la migración y la salud, específicamente en la problemática de la prevención del VIH/SIDA y otras ETS, lo cual permite proyectar futuras iniciativas en este ámbito.
- 7.4.2 Otro aporte interesante que ha logrado este proyecto, es motivar la participación de la sociedad civil en la ejecución y seguimiento de este tipo de iniciativas, mediante la incorporación de metodologías que involucren directamente a los beneficiarios y actores.
- 7.4.3 Una tercera contribución de este proyecto fue la optimización de los recursos, en una relación de costo beneficio altamente eficiente, ya que con un monto moderado de financiamiento se logró realizar un importante trabajo que ayudó al éxito del proyecto.

## **Bibliografía:**

**Para el desarrollo de este estudio se consultó la siguiente bibliografía.**

Bronfman, Mario; Sejenovich, Gisela, y Uribe, Patricia. Migración y sida en México y América Central: Una revisión de la literatura. CONASIDA, México, 1998. Revisión de la bibliografía sobre el VIH/SIDA y la migración en América central y México: legislación sobre la migración; datos epidemiológicos; conocimiento de las ITS/VIH/SIDA, comportamientos y situaciones de riesgo por parte de los migrantes; la prevención del SIDA y los programas de asistencia. Los autores destacan que las condiciones de riesgo son el resultado de la pobreza extrema y la violación de los derechos de los migrantes.

De Putter, Jeanette (ed.). AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile groups: The State of Affairs in Europe. Woerden, Países Bajos. AIDS & Mobility, 1998. Informes nacionales de Alemania, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia: los principales grupos móviles; datos epidemiológicos; legislaciones y reglamentaciones; principales factores de riesgo; políticas de salud nacionales en lo que conciernen a la población móvil y a los proyectos sobre el VIH/SIDA para los migrantes.

Haour-Knipe, Mary y Rector Richard (eds.). Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS. Londres, Taylor and Francis, 1996. Se centra en Europa, y es aplicable a otros continentes: teoría de la migración; política de migración y VIH/SIDA; aspectos jurídicos, de los derechos humanos, morales y éticos; vulnerabilidad y recursos de resistencia de los migrantes; estigma y racismo; prevención del VIH/SIDA para 'las poblaciones generales' migratorias, para los migrantes irregulares y para los profesionales del sexo; cuestiones relacionadas con la atención; creación de redes internacionales; evaluación. Iniciativa de África occidental para una respuesta a la epidemia de VIH/SIDA.

Resultados del proyecto de investigación-acción 'Migración y SIDA': Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malí, Níger y Senegal. Equipo interpaíses del ONUSIDA para África occidental y central, 2000. Proyecto de investigación-acción emprendido en estaciones de ferrocarriles y estacionamientos de carretera, hoteles y mercados. Se presta especial atención al comercio sexual y a otras situaciones con un riesgo y una vulnerabilidad particulares. Se abordan la confianza y las asociaciones establecidas con los servicios de asistencia sanitaria y los voluntarios. Ahora el proyecto se traducirá en intervenciones más sostenibles para las poblaciones móviles en los países que abarca.

Shtarkshall, Ronny y Soskolne, Varda. Migrant Populations and HIV/AIDS. UNESCO/ONUSIDA, 2000. Desarrollado sobre la base de la experiencia con los migrantes rusos y etíopes en Israel: antecedentes, teorías y principios subyacentes de los programas sobre el VIH/SIDA para la población migratoria; métodos y pasos que deben seguirse en el desarrollo de intervenciones; ejemplos que ilustran la metodología y las variaciones en diferentes condiciones.

Skeldon, Ronald. Population mobility and HIV Vulnerability in South East Asia: An Assessment and Analysis. PNUD, Bangkok, 2000. Se centra en Asia sudoriental: sostiene que la propia migración es menos importante para el riesgo de contraer el VIH que el comportamiento de los migrantes; que los turistas y otras personas que se desplazan por la región para periodos cortos también adoptan comportamientos de alto riesgo; que las personas que se desplazan se ven implicadas en situaciones de alto riesgo que probablemente no hubiesen experimentado en su país. Número especial sobre la migración y el SIDA.

International migration. 36/4, 1998. Estudios ecomendados sobre África central y occidental; África austral y oriental; Asia sudoriental; Europa oriental y la Comunidad de los Estados Independientes; y México y América central. Cuestiones que necesitan una acción urgente: los servicios de salud y la prevención del VIH, asegurando que las pruebas del VIH son realmente voluntarias, que reducen la vulnerabilidad; protección jurídica de los migrantes y de sus derechos.

Grupo de trabajo APICT del ONUSIDA sobre la población migratoria y la vulnerabilidad al VIH.

Guidelines For Rapid Applied Research on Mobile Populations for Planning and Implementing STD/HIV/AIDS Prevention and Care. FHI, Fundación Ford, ONUSIDA APICT y UNICEF EAPRO: Bangkok, 1998. Los cuestionarios estructurados realizados a intervalos repetidos en subgrupos de población en zonas específicas pueden proporcionar un indicio previo de una epidemia de VIH inminente. Las directrices discutidas afectan a actividades clave, actividades de investigación en diferentes fases, vínculos con la planificación de programas, y cuestiones de derechos humanos.

Proyecto de desarrollo en relación con el VIH para Asia sudoriental, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ed.).

Population mobility in Asia: Implications for HIV/AIDS action programmes. Bangkok: PNUD, 2000. Los documentos abarcan: el movimiento demográfico, el desarrollo y el VIH/SIDA; establecimiento de contacto con los trabajadores migratorios a través de los programas de prevención; exposición a riesgos entre los trabajadores seropositivos; el acceso de los trabajadores indocumentados a la atención sanitaria; prácticas de riesgo; vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras; identidad nacional entre los profesionales del sexo; derechos humanos; evaluación de los programas.

Adela Pellegrino. Migrantes Latinoamericanos y Caribeños. CEPAL, 2003.

Síntesis de Resultados. CENSO 2002. INE. Documento oficial del Instituto de Estadísticas. INE, respecto del censo 2002.

Jorge Martínez. El encanto de los datos. Sociodemografía de la Inmigración en Chile según el censo de 2002. CEPAL. Análisis de los principales aspectos sociales y demográficos de la inmigración en Chile, según el censo 2002.

Jorge Martínez. El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género. CEPAL, 2002.

Jorge Martínez y Miguel Villa. La migración internacional en América Latina y el Caribe. Rasgos sociodemográficos y económicos. SELA, 2001. Análisis del fenómeno de la migración internacional en América latina, estudiando los rasgos económicos y demográficos.

Jorge Martínez. Breve examen de la migración en Chile según los datos generales del Censo de 2002. CELADE, 2003.

Cristian Doña Reveco. Percepción de la inmigración reciente en Chile, a través del análisis de los medios de prensa. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, 2001. Tesis de grado para optar al título de licenciado en sociología.

ONUSIDA/OIM. Ginebra, 2002, El Derecho de los Migrantes a la Salud. Documento de análisis de las relaciones entre migración y el derecho a la salud, a través de los tratados internacionales y legislaciones nacionales, el acceso a la salud, la formulación de políticas, y recomendaciones.

OIM. Ginebra, 2002. Documento expositivo de la OIM sobre el VIH/SIDA y la migración. Guía sobre el tratamiento del tema al interior de la OIM y orientaciones para la acción.

OIM. Ginebra, 2003. Documento sobre la posición de la OIM con relación al bienestar sicosocial y mental de los migrantes. Orientaciones y recomendaciones sobre el tema de salud mental y la situación de la población migrante.

ONUSIDA/OIM, Ginebra, 2001. Movilidad de población y SIDA. Documento de análisis sobre la relación entre la situación del migrante y su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Recomendaciones y orientaciones.

Corporación Tiempo 2 mil. Los derechos de las minorías en Chile. Diagnóstico y análisis normativo. Santiago, 2002. Recopilación de leyes y normas sobre extranjería y migración en Chile.

CONASIDA. Santiago, 2002. Estrategias de Prevención. Área de Atención Integral de CONASIDA. Documento programático sobre las estrategias de prevención aplicadas por el CONASIDA.

Irma Palma. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: Hacia una nueva síntesis de enfoques. Santiago, 2002. Estudio de campo sobre prevención en jóvenes, incorpora interesantes aportes teóricos al tema.

Mario Bronfman y Cristina Herrena. El VIH/SIDA: una perspectiva multidimensional. México, 2001. Análisis sobre la situación del VIH/SIDA y sus consecuencias económicas, sociales, políticas y sanitarias.

Myriam Mitjavila. El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad.

CONASIDA, Diciembre, 2002. Resumen Epidemiológico del VH/SIDA en Chile. Informe oficial del VIH/SIDA en Chile.

CEPAL, 2002. Globalización y Desarrollo. Análisis económico sobre el fenómeno de la globalización y su repercusión en las políticas de desarrollo en la región.

Together We Can Partners, The Institute for Educational Leadership;

"Together We Can, Toolbox for Community Collaboratives";

California Tomorrow; Child and Family Policy Center; Program for Community Problem Solving.

## **Índice de Anexos:**

Anexo 1	Plan de Implementación del proyecto
Anexo 2	Texto Encuesta
Anexo 3	Resultado General de la Encuesta.
Anexo 4	Pautas de Entrevistas y Grupos de Conversación Temática.
Anexo 5	Informes de Entrevistas y Grupos de Conversación Temática
Anexo 6	Metodología de Grupos Colaborativos
Anexo 7	Resultados Grupos Colaborativos
Anexo 8	Informes Grupos Colaborativos
Anexo 9	Caracterización socio económica de regiones estudiadas.

## Índice de Referencias de Internet

Asamblea de Organizaciones Sociales y ONGs que trabajan en VIH/SIDA	<a href="http://www.asosida.cl">www.asosida.cl</a>
Banco Mundial	<a href="http://www.bancomundial.org">www.bancomundial.org</a>
Centro de Información sobre Migraciones en América Latina	<a href="http://www.cimal.cl">www.cimal.cl</a>
Centro de Latinoamericano de Demografía. CELADE	<a href="http://www.eclac/celade">www.eclac/celade</a>
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	<a href="http://www.salud.gob.mx/conasida">www.salud.gob.mx/conasida</a>
Comisión Económica para América Latina. CEPAL	<a href="http://www.eclac.org">www.eclac.org</a>
Comisión Nacional del SIDA. CONASIDA	<a href="http://www.conasida.cl">www.conasida.cl</a>
Comité País. Proyecto de Profundización de la respuesta en VIH/SIDA	<a href="http://www.vihsidachileresponde.cl">www.vihsidachileresponde.cl</a>
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO.	<a href="http://www.flacso.cl">www.flacso.cl</a>
Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA	<a href="http://www.unfpa.org">www.unfpa.org</a>
Gobierno de Chile	<a href="http://www.gobiernodechile.cl">www.gobiernodechile.cl</a>
Instituto Nacional de Estadísticas. INE	<a href="http://www.ine.cl">www.ine.cl</a>
International Labour Organization. ILO	<a href="http://www.ilo.org">www.ilo.org</a>
International Organization for Migration (IOM)	<a href="http://www.iom.int">www.iom.int</a>
MIDEPLAN	<a href="http://www.mideplan.cl">www.mideplan.cl</a>
Ministerio de Salud.	<a href="http://www.minsal.cl">www.minsal.cl</a>
ONUSIDA	<a href="http://www.unaids.org">www.unaids.org</a>
Organización Internacional del Trabajo. OIT	<a href="http://www.oitchile.cl">www.oitchile.cl</a>
Organización internacional para las migraciones. OIM	<a href="http://www.oimchile.cl">www.oimchile.cl</a>
Organización Panamericana de la Salud. PAHO.	<a href="http://www.paho.org">www.paho.org</a>
Programa Nacional de Lucha contra los RH, el SIDA y ETS. Argentina.	<a href="http://www.msal.com.ar/lusida">www.msal.com.ar/lusida</a>
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD	<a href="http://www.undp.org">www.undp.org</a>
Universidad Andina Simón Bolívar. Programa Andino de Derechos Humanos.	<a href="http://www.uasb.edi.ec">www.uasb.edi.ec</a>
Vivo Positivo	<a href="http://www.vivopositivo.cl">www.vivopositivo.cl</a>