



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA  
Facultad de Medicina  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

## Informe de Resultados

# MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Santiago, marzo 2021

Entidad solicitante:

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Entidad que desarrolla la propuesta:

Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Investigadoras:

Báltica Cabieses, PhD

Alexandra Obach, PhD

Alice Blukacz, MSc (coordinadora)

Apoyo metodológico:

Alejandra Carreño, PhD

Daniel Larenas, MSc

Isabel Rada, MSc, PhD (c) Ciencias e Innovación en Medicina UDD

Emmanuel Mompoin, MD MSc

Asesores:

Daniel Molina, sub-secretaría de redes asistenciales, Ministerio de Salud de Chile

Juan Pablo Beca, Centro de Bioética ICIM UDD

*This research is part of an Epidemic Ethics/WHO initiative which has been supported by FCDO/Wellcome Grant 214711/Z/18/Z.*

*This study was commissioned and paid for by the World Health Organization (WHO). Copyright in the original work on which this article is based belongs to WHO. The authors have been given permission to publish this article.*

*The author(s) alone is/are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the views, decisions or policies of the World Health Organization.*

# ÍNDICE

<b>I. RESUMEN EJECUTIVO</b>	7
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	13
<b>III. METODOLOGÍA</b>	16
<b>IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE RESIDENCIAS SANITARIAS</b>	18
1. Metodología de la revisión	18
2. Revisión residencias sanitarias en el mundo	22
3. Evidencia instalaciones de cuarentena/aislamiento para migrantes y refugiados	31
4. Lecciones aprendidas en instalaciones de cuarentena/aislamiento para migrantes y refugiados	36
5. Residencias sanitarias en Chile	39
<b>V. RESULTADOS FASE CUALITATIVA</b>	48
1. Metodología del Estudio	48
2. Resultados	53
A. Las voces de migrantes internacionales en relación al COVID-19 y experiencias en residencias sanitarias	53
1. Experiencia migratoria	53
2. Experiencia de vivir y trabajar en Chile en contexto de pandemia	62
3. Experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes y durante la pandemia	68
4. Experiencias en torno al COVID-19	71
5. Residencias sanitarias	78
6. Recomendaciones de migrantes internacionales en relación a residencias sanitarias	92
B. Perspectiva de autoridades, personal de salud y administradores de residencias sanitarias frente a la experiencia de residencias sanitarias en personas migrantes internacionales	94
1. La realidad de la migración internacional en Chile durante la pandemia por COVID-19	94
2. Residencias Sanitarias	107
3. Percepción de autoridades, personal de salud y administradores de residencias sanitarias respecto al acceso y uso del sistema de salud en contexto de COVID-19 por migrantes internacionales	126
4. Percepción en torno al cuidado ético para personas migrantes internacionales en las residencias sanitarias	148
5. Aspectos a mejorar en Chile para brindar una mejor atención en salud a migrantes internacionales en contextos de crisis sanitarias y residencias sanitarias	156

<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	163
<b>1. DIMENSIÓN:</b> Cruce de fronteras y medidas sanitarias	163
<b>2. DIMENSIÓN:</b> Condiciones de vida de migrantes internacionales en Chile en contexto de pandemia	164
<b>3. DIMENSIÓN:</b> Acceso a información y adherencia a medidas de prevención de COVID-19 por parte de migrantes internacionales	165
<b>4. DIMENSIÓN:</b> Acceso y uso del sistema de salud por migrantes internacionales en Chile en contexto de COVID-19	165
<b>5. DIMENSIÓN:</b> Cuidado ético a migrantes internacionales en residencias sanitarias	166
<b>REFERENCIAS</b>	170
<b>ANEXOS</b>	176

## Lista de tablas

**Tabla 1.** Ecuaciones de búsqueda de residencias sanitarias en población general, profundización y población migrante.

**Tabla 2.** Características de las instalaciones de cuarentena y/o aislamiento en el mundo descritas en la literatura científica.

**Tabla 3.** Características de las instalaciones para cuarentena y/o aislamiento para migrantes y refugiados durante la pandemia descritos en la literatura científica.

**Tabla 4.** Caracterización de los participantes: Migrantes internacionales.

**Tabla 5.** Caracterización de participantes: Personal de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias.

## Lista de figuras

**Figura 1.** Flujograma de selección de artículos de residencias sanitarias en población general.

**Figura 2.** Flujograma de selección de artículos de residencias sanitarias en población migrante.

**Figura 3.** Infografía de las Residencias Sanitarias en Chile.

## I. RESUMEN EJECUTIVO

### Antecedentes

A raíz de la pandemia de COVID-19 en Chile, la autoridad sanitaria ha tomado una serie de medidas de prevención, entre las que se encuentran el uso de mascarillas, el distanciamiento social y las cuarentenas recomendadas y obligatorias, dependiendo de la situación a nivel municipal y regional en todo el territorio chileno. Los y las migrantes internacionales suelen estar entre los menos preparados para enfrentar, por un lado, la amenaza para la salud de una pandemia y, por otro, sus repercusiones socioeconómicas. Los migrantes internacionales pueden mostrar niveles más bajos de preparación y capacidad para hacer frente a una emergencia o crisis social y sanitaria, debido a diversos determinantes sociales preexistentes interrelacionados, así como a factores específicos de la emergencia como precariedad socioeconómica y laboral, administrativa, de idioma, y barreras culturales para acceder a los servicios de salud y protección social, falta de recursos para hacer frente a una situación de emergencia, falta de información y conocimiento sobre riesgos y protocolos de emergencia, falta de alfabetización básica en salud, exclusión social, y comorbilidades físicas y mentales. Por otro lado, los sistemas de salud formales pueden presentar una baja capacidad para resolver las necesidades específicas de los migrantes internacionales en situaciones de emergencia, especialmente en Chile, donde el sistema de salud está segmentado entre los sectores público y privado, donde el sector público está sobrecargado y falto de personal.

La respuesta del gobierno y las autoridades de salud ante el problema del hacinamiento y las dificultades para cumplir con las medidas de aislamiento ha sido la de implementar “residencias sanitarias”. Estas son instalaciones de cuarentena, donde se ubican personas que probablemente se hayan infectado con el virus o aquellas con una prueba COVID-19 positiva y síntomas leves que no requirieron atención médica específica, pero que no pudieron aislarse por sí mismos por 14 días debido a las condiciones de la vivienda o a la falta de vivienda. Las personas que ingresan al país a través de canales regulares e irregulares también pueden ser alojadas en instalaciones de cuarentena a su llegada para su aislamiento preventivo. La aceptabilidad de la atención, las cuestiones relacionadas con el consentimiento, los derechos y libertades individuales, la posible discriminación y las experiencias de racismo, así como las barreras al diálogo y la comprensión intercultural, son aspectos que deben tenerse en cuenta al considerar los aspectos éticos de alojar a los migrantes internacionales en instalaciones de cuarentena cerradas como las residencias sanitarias en contextos de crisis sanitarias, como la actual pandemia por COVID-19, o en emergencias que se presenten a futuro. El cuidado ético en contextos de crisis y emergencias es una estrategia que se puede planificar, coordinar y articular con tiempo para su correcta ejecución y monitorización, así como también es una necesidad insoslayable de la experiencia de personas y familias en escenarios de salud extremos.

### Propósito de esta propuesta

El propósito de este estudio fue explorar las experiencias en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias, de manera de generar productos concretos de transferencia para el cuidado ético a personas migrantes durante la actual y futuras emergencias sanitarias.

### Metodología

Estudio multi-métodos en dos etapas: (A) revisión de literatura científica sobre residencias sanitarias en migrantes, (B) estudio cualitativo que incluyó a diversos actores clave involucrados en residencias sanitarias en Chile: (i) migrantes internacionales que hayan estado en residencias, (ii) equipos de salud que trabajan en residencias, (iii) managers de residencias, autoridades locales en los territorios y expertos nacionales. La fase cualitativa consideró la realización de 30 entrevistas semi-estructuradas digitales y la transcripción Verbatim de todas las entrevistas semiestructuradas a un documento de Word y luego analizadas temáticamente conforme a las categorías orientadoras del guión de entrevistas, pero admitiendo también categorías emergentes desde la voz de los mismos participantes. Todo el material de este estudio quedó archivado en el computador de la

investigadora principal, que cuenta con contraseña única e intransferible. Todo el material fue 100% digital y quedó en una carpeta digital exclusiva para el estudio, también con contraseña única. El material fue entregado a la contraparte financiadora y destruido luego de 9 meses de finalizado el estudio. Se creó un formulario de información a participantes donde se describe el proyecto y descripción del proyecto e invitación, se explican los criterios de confidencialidad, el almacenamiento de datos/retención/destrucción/futuro uso y su derecho a renunciar o retirarse del estudio, además de información de contacto. Este formulario fue acompañado de un consentimiento informado para aprobación online. El proyecto fue sometido a la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina-Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo para su validación, que fue obtenido antes del inicio de la ejecución del estudio.

## Resultados

### REVISIÓN DE LITERATURA

En el mundo se han empleado diversas respuestas a la pandemia del coronavirus *SARS-CoV-2*, entre ellas estrategias para el aislamiento o cuarentena, con el fin de limitar la propagación del virus a nivel domiciliario y comunitario. Existen diversos recintos que han albergado migrantes y refugiados durante la pandemia, los cuales se distinguen por su infraestructura, servicios y población objetivo, por ejemplo: (i) Centros de recepción de personas migrantes y refugiadas, (ii) Centros de detención de personas migrantes y refugiadas, (iii) Centros de cuarentena o aislamiento de personas migrantes y refugiadas.

Aunque esta estrategia ha sido reconocida por su utilidad para controlar la transmisión del virus, resulta controversial por limitar la libertad de elección de las personas y apartarlas de su entorno habitual. Esto se acompaña de una exposición a noticias negativas, incertidumbre etc. Dando paso a síntomas de depresión, ansiedad, insomnio o estrés postraumático entre los ocupantes. Cabe mencionar que existen determinados factores que se asociaron a la aparición de estas condiciones como la baja calidad del sueño, complejidad de la sintomatología del COVID-19, sexo femenino y tener familiares enfermos a su cargo. Las problemáticas de hacinamiento, pobre higiene y riesgo psicosocial en los centros de recepción han sido parte de las reflexiones recientes en la literatura. Las dificultades que han enfrentado los migrantes en instalaciones de detención revelaron la vulnerabilidad de estos colectivos.

Los servicios de los recintos han mostrado deficiencias para responder a la demanda sanitaria, principalmente para detectar y tratar el COVID-19. Ante estas problemáticas, la literatura ha sugerido incluir servicio de teleconsulta médica y cuidados que reconozcan la diversidad cultural y lingüística. La infraestructura de estos sitios de detención no favorece el cumplimiento de protocolos sanitarios, por lo cual las medidas para mitigación deben ser oportunas e incluir registro estricto de signos y síntomas en migrantes y empleados del centro. Además, la necesidad de aislar los casos positivos y ofrecer atención médica supone una planeación que considere la capacidad del sistema de salud local. Por otra parte, las cuarentenas impuestas en barcos fueron medidas controvertidas que, bajo el argumento de la respuesta sanitaria, constituyeron espacios de detención. En consecuencia, los migrantes manifestaron su descontento y rechazo a las condiciones en las cuales permanecieron retenidos. Las lecciones de estas situaciones se centraron en los riesgos a los cuales eran expuestos los migrantes y la ausencia de planes que garantizaran la seguridad y acceso a servicios básicos y de salud.

Las lecciones aprendidas en los diversos centros de cuarentena/aislamiento comentados involucran los siguientes aspectos claves: i) planificación flexible, basada en evidencia y adaptada a los múltiples desafíos del entorno; ii) implementación coordinada y colaborativa, donde exista comunicación clara y optimización de recursos; iii) capital humano con responsabilidades definidas, entrenados en el control de infecciones, respuesta a diversas contingencias y capaz de proveer contención emocional; iv) implicaciones éticas ante las restricciones a las libertades individuales, autonomía, derecho a decidir, a socializar etc.; v) salud mental de los huéspedes, equipo médico y personal de apoyo, cuyo manejo requiere actividades de prevención (estrategias de afrontamiento, búsqueda de apoyo etc.) e intervenciones oportunas por profesionales



especializados. En conjunto las recomendaciones se enmarcan en un proceso de evaluación constante y rigurosa vigilancia epidemiológica.

## ESTUDIO CUALITATIVO

A partir de las entrevistas realizadas a migrantes internacionales y a autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud, se desprenden los siguientes resultados:

- Experiencia migratoria: durante la pandemia, Chile ha experimentado un aumento en el ingreso de migrantes internacionales, sobre todo de personas que entran de manera irregular y por pasos no habilitados en la zona norte del país. Estos ingresos conllevan una serie de riesgos en diversos ámbitos de la salud, entre ellos, salud mental, y una preocupación constante por un posible contagio de COVID-19 durante el proceso de cruce de fronteras. Migrantes internacionales sostienen que existe falta de información respecto al proceso de control sanitario y de ingreso al país, por lo mismo, señalan tener miedo frente a la posibilidad de ser deportados en contexto de pandemia. Se reporta el ingreso al país de menores de edad sin la compañía de adultos responsables. Asimismo, se reporta un aumento significativo de población extranjera en situación de calle en ciudades y pueblos fronterizos, incluidos niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes. Se destaca la importancia de las políticas y normativas que refuerzan la reunificación familiar de extranjeros. Una vez que se ha ingresado al país las personas extranjeras deben realizar cuarentenas preventivas. Muchos migrantes que ingresan de manera irregular realizan lo que se denomina *autodenuncias*, con lo cual queda registro de su ingreso al país. Migrantes internacionales que ingresan de manera irregular y son pesquisados, son derivados a albergues sanitarios, espacios adaptados para que extranjeros/as realicen cuarentenas preventivas. Los/as informantes entrevistados, tanto migrantes como personal de salud y autoridades, sostienen que los albergues constituyen una solución práctica para la realización de cuarentenas, y son espacios donde quienes han ingresado cruzando el desierto y llevan caminando semanas o meses, puedan descansar, alimentarse y asearse. Se sostiene de igual manera el carácter transitorio de estas instalaciones, donde se produce gran hacinamiento, lo que facilita el contagio de COVID-19. Asimismo, se sostiene que los albergues no dan garantías de seguridad a personas extranjeras que allí se encuentran. Migrantes internacionales que dan positivo a COVID-19 son, idealmente, trasladados a residencias sanitarias, en general hoteles que han sido reconvertidos en residencias para que personas que no tienen un lugar donde realizar cuarentena de manera segura, lo puedan hacer. Sin embargo, los cupos de residencias sanitarias son limitados y no siempre se logra disponer de ellos para dicha transferencia de albergue a residencia en caso de ser necesario. Una vez cumplido el periodo de albergue, los migrantes recién ingresados al país quedan en Chile sin seguimiento alguno, en algunos casos en condiciones de pobreza y ausencia de redes de apoyo.

- Condiciones de vida de migrantes internacionales en Chile en contexto de pandemia: los diversos actores sociales entrevistados dan cuenta de que muchos grupos de migrantes internacionales viven en condiciones de hacinamiento, lo cual los expone a mayores posibilidades de contagio de COVID-19. Por otra parte, las precarias condiciones laborales en que muchos se encuentran hacen que sea imposible para una gran mayoría adherir a las medidas preventivas como distanciamiento social o realizar las cuarentenas obligatorias emanadas de la autoridad sanitaria, ni las cuarentenas preventivas en caso de ser contacto estrecho o dar COVID-19 positivo.

- Acceso y uso del sistema de salud en pandemia: se sostiene la percepción de que el sistema de salud en general ha realizado una buena labor en la detección y aislamiento de las personas. Se menciona que aún se experimentan situaciones de discriminación hacia migrantes internacionales en el sistema de salud. Entrevistados sostienen que migrantes internacionales no se han acercado al sistema de salud en pandemia por miedo a ser deportados, ya que han sufrido en el país discriminación y responsabilización por contagios masivos de COVID-19, casos que fueron altamente divulgados por los medios de comunicación, exponiendo a migrantes internacionales a nivel nacional. Se plantea que existe poca información sobre qué hacer en caso de presentar síntomas, dónde acudir en el sistema de salud, y qué redes activar para ser atendidos. Personas entrevistadas refieren ciertas negligencias por parte de atención primaria al desestimar el diagnóstico de COVID-19, lo que derivó en que las personas contagiaron a terceros al no estar debidamente aisladas y que su propia situación de salud empeorara. Se reporta angustia cuando percibieron síntomas de COVID-19 pero sin

diagnóstico médico, por lo cual no tenían acceso a licencias médicas que permitieran dar continuidad a sus fuentes laborales, en el caso de las personas contratadas, y con el requerido descanso. Se destaca el seguimiento realizado por atención primaria en casos de COVID-19 positivo; pero como aspecto negativo se sostiene que se evidencian barreras explícitas de acceso al sistema de salud, por ejemplo, en gestantes, donde se ha evidenciado un retroceso en este ámbito en los últimos años, situación que se ha visto agravada en contexto de pandemia.

- Experiencias de contagio de COVID-19: entrevistados dan cuenta de la situación de vulnerabilidad en que muchos migrantes internacionales vivieron sus experiencias de contagio, ya fuera porque no tenían alimentos ni medicamentos a la hora de empezar sus cuarentenas, o bien porque sintieron el hostigamiento por parte de terceros, vecinos y otras personas cercanas. Se da cuenta de la falta de redes entre migrantes internacionales, situación que los dejó aún en mayor vulnerabilidad en situaciones de enfermedad por COVID-19 en nuestro país.

- Experiencias de uso de residencias sanitarias: entre migrantes entrevistados se reporta que hay personas extranjeras que no se acercan a las residencias sanitarias por no tener rut y temen una posible deportación. Otro foco de temor de migrantes internacionales para acceder a las residencias sanitarias, está vinculado al hecho de dejar sus hogares por un periodo de tiempo prolongado, quedando expuestos a la posibilidad de ser víctimas de robos de sus pertenencias en sus hogares. Quienes han accedido a las residencias sanitarias sostienen que la experiencia en general fue positiva, y afirman estar agradecidos de la oportunidad de realizar sus cuarentenas en dichos recintos. Se reportan malas experiencias referidas a separaciones de familias en el ingreso a residencias sanitarias, lo que tiene diversas consecuencias negativas para esas personas. Los distintos actores sociales entrevistados dan cuenta de una falta de atención permanente de salud mental en residencias sanitarias, ámbito que debe ser integrado dadas las condiciones de vulnerabilidad en que muchas personas migrantes ingresan. Se percibe también que los trámites de ingreso a las residencias sanitarias en general son más complicados y burocráticos para los extranjeros en comparación a la población nacional. Personas entrevistadas de las regiones del norte del país hacen distinción entre la experiencia en albergues y residencias sanitarias, dando cuenta de la precariedad de muchas de las primeras en relación a las residencias sanitarias. Un aspecto valorado ha sido el trabajo en red para articular APS con los albergues y las residencias sanitarias, para que las personas migrantes que ingresan puedan tener acceso, además de a un examen de PCR, a controles de salud, priorizando a niños y mujeres gestantes. Se reportan problemas derivados de barreras idiomáticas en residencias sanitarias para la atención de población migrante internacional que no habla español. Así también, la falta de redes de muchas personas migrantes internacionales que han sido usuarios de residencias sanitarias ha sido una dificultad para su abordaje, puesto que, en muchos casos, se asume que los insumos que no puede entregar la residencia sanitaria sean provistos por las redes de apoyo de las y los usuarios. Algunos/as entrevistados identifican situaciones de discriminación hacia personas migrantes internacionales en algunas residencias sanitarias por parte del personal de las residencias. Asimismo, se reporta rechazo por parte de las y los vecinos de las residencias por el ingreso de personas extranjeras en estos recintos.

- Personal de salud en las residencias sanitarias: se destaca positivamente la presencia de personal de salud extranjero. Entrevistados acusan la inexperiencia de gran parte del personal de salud en las residencias sanitarias. Personal de salud sostiene que no hay capacitación previa para el desempeño en residencias sanitarias. Destacan el trabajo en equipo que sucede en estas instalaciones y el apoyo permanente de colegas, así como la interdisciplina que se desarrolla. Como aspectos negativos de la labor mencionan la falta de insumos, la demora en el pago de honorarios, la incertidumbre laboral (en términos de no saber hasta cuándo se seguirán desempeñando en las residencias sanitarias), y la falta de reconocimiento de su labor como parte del sector salud de primera línea que lucha contra el COVID-19. Hacen mención también a la sobrecarga de trabajo en las residencias sanitarias.

- Reconversión de hoteles en residencias sanitarias: se sostiene que la reconversión de hoteles en residencias fue una salvación para esta industria, ya que primero por el estallido social experimentado en Chile desde el 18 de octubre del 2019, y posteriormente la pandemia de 2020, la industria hotelera estaba al borde de una crisis económica. Se menciona la desorganización de las residencias sanitarias en términos administrativos

desde, en un principio MINSAL, y posteriormente SEREMI. Así también miedo del personal hotelero de contagiarse, sobre todo al inicio de la experiencia.

- Residencias sanitarias desde un enfoque de interculturalidad en salud: entrevistados reportan que las residencias sanitarias carecen de un enfoque de interculturalidad en salud. Se sostiene que la atención en salud brindada no cuenta con pertinencia intercultural. Así también, se señala la ausencia de facilitadores interculturales en estos recintos. Se relatan estrategias de cuidado que refieren a la automedicación con hierbas naturales por parte de migrantes internacionales, las cuales preparan en sus hogares y buscan continuar en las residencias sanitarias, pero que en muchas ocasiones no se les permite. Se sostiene falta de sensibilización de los equipos de salud en pautas interculturales de las personas extranjeras, y en generar un abordaje de éstas desde un enfoque de pertinencia intercultural, sentidos y significados culturales que se dan en la comprensión del COVID-19, y las estrategias que se llevan a cabo para atender esta enfermedad, prácticas estrechamente ligadas a las cosmovisiones propias de cada pueblo y cultura. Las diferencias culturales que más se han observado en las residencias sanitarias es respecto a la alimentación, las que no se refieren sólo al consumo de alimentos, sino que dejan entrever otras distancias culturales presentes entre la población migrante internacional y el personal de salud. Se sostiene que hay una carencia en este ámbito en las residencias sanitarias, que sería el hecho de establecer institucionalmente un enfoque intercultural en el acceso y uso de residencias sanitarias por parte de población migrante, para que la incorporación de este enfoque no dependa de voluntades específicas de ciertos técnicos o profesionales, sino que sea una normativa institucional.

- Percepción en torno al cuidado ético para personas migrantes en las residencias sanitarias: actores sociales entrevistados sostienen que sí se ha dado un cuidado ético a la población migrante en las residencias sanitarias, considerando principalmente el que se les ha otorgado todos los cuidados de salud necesarios durante su estadía en las residencias. De igual manera, se plantean carencias en este ámbito, ya que consideran que las residencias están concebidas para un cierto tipo de público: adulto, con redes de apoyo y contención emocional, que no necesariamente es el perfil de las y los usuarios que llegan a las residencias sanitarias como, por ejemplo, muchos migrantes donde llegan familias completas con niños, no tienen mayores redes de apoyo y tampoco cuentan con contención emocional que pueda apoyar los procesos que están viviendo en relación al COVID-19. Asimismo, que falta una incorporación de enfoque de interculturalidad en la atención de las residencias sanitarias, y capacitación al personal de las residencias en estas temáticas. Junto con lo anterior, que no existen protocolos específicos para población migrante, así como tampoco para ningún otro grupo específico, con lo cual estas poblaciones quedan invisibilizadas en sus necesidades particulares en las residencias sanitarias, y que la atención con algún enfoque intercultural depende de la voluntad de quien está atendiendo, y no de una normativa establecida para las residencias sanitarias. Se comenta una falta de pesquisa en las residencias sanitarias de otros antecedentes de salud de la población migrante internacional, aparte de COVID-19. Se sostiene que no realizar estas pesquisas es una pérdida para las y los usuarios como para el sistema de salud chileno, ya que es información necesaria para poder hacer posterior seguimiento de esta población. Se reporta la necesidad de crear protocolos específicos para una atención intercultural a migrantes internacionales, que considere además los determinantes sociales de la salud que están presentes en las condiciones de vida de la población migrante y que influyen directamente en su exposición al riesgo frente al COVID-19. Así también que faltan protocolos en creole en las residencias sanitarias, que permitan a la población haitiana que no habla español comprender las instrucciones del personal y de la autoridad sanitaria dentro de las residencias sanitarias. Junto con esto, la falta de facilitadores interculturales en las residencias sanitarias en tanto necesarias para otorgar cuidado ético a la población extranjera. Por otra parte, se menciona falta de seguridad al interior de algunas residencias sanitarias, lo cual afecta tanto a usuarios/as como a personal de las residencias, exponiéndolos a situaciones de alto riesgo, ya que no hay personal que resguarde la integridad de las personas.

## **Recomendaciones**

A partir de los resultados del estudio, se plantean una serie de recomendaciones en torno a cinco dimensiones principales, éstas son: (i) cruce de fronteras y medidas sanitarias, (ii) condiciones de vida de

migrantes internacionales en contexto de pandemia, (iii) acceso a información y adherencia a medidas de prevención de COVID-19 por parte de migrantes internacionales, (iv) acceso y uso del sistema de salud por migrantes internacionales en Chile en contexto de COVID-19, y (v) cuidado ético a migrantes internacionales en residencias sanitarias.

## II. INTRODUCCIÓN

La migración internacional es definida como *“movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales”* (1). Este movimiento es generalmente motivado por la búsqueda de mejores condiciones de vida, el que ha sido facilitado por la globalización, acceso al cruce de fronteras, comunidades internacionales y estratificación internacional laboral (2). El año 2019 la organización mundial para las migraciones estimó 272 millones de migrantes internacionales, representando 3.5% de la población mundial. La migración internacional promovida por la búsqueda de mejores condiciones de vida, está influenciada por factores impulsores que inciden en la decisión de migrar en una población heterogénea y diversa. En este proceso de decisión se involucra la realidad del país de origen, el país receptor y las características individuales de los migrantes.

Este proceso dinámico y complejo de movilización humana ha aumentado en las últimas décadas, facilitado por la globalización, acceso al cruce de fronteras internacionales, creación de comunidades transnacionales y demanda de fuerza laboral (3). A nivel mundial, en diciembre de 2019 se han estimado aproximadamente 272 millones de migrantes internacionales, quienes representan 3.5% de la población mundial.

Existe una importante migración intrarregional en Latinoamérica conocida como migración sur-sur, la cual surgió como resultado al aumento de barreras para el ingreso a países del norte, y el interés que despertó el creciente desarrollo económico y condiciones sociopolíticas favorables de algunos países de la región; donde incluso el costo de la migración era menor (4). Según datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), el 73% de los migrantes de Latinoamérica y el Caribe se concentran en la misma región (4,5). Chile es uno de los territorios con crecimiento de migración intrarregional en las últimas décadas. Fenómeno propiciado por la firma de tratados que facilitaban la movilidad entre países de la región, así como la relativa estabilidad política y económica de Chile, que atrajo a migrantes de países latinoamericanos con contextos desfavorables (5). Esto se ha evidenciado en datos reportados por estadísticas migratorias 2019, con 1.492.522 personas extranjeras residentes, lo que constituye más del 7% de la población nacional.

La población migrante en Chile es altamente heterogénea y dinámica en el tiempo, estando actualmente compuesta principalmente por venezolanos, seguido por peruanos, haitianos, colombianos y bolivianos (6). Su gran heterogeneidad también se da por sus condiciones socioeconómicas, habiendo grupos de migrantes con alto ingreso y otros grupos en profunda pobreza multidimensional y monetaria (7). La tasa promedio de pobreza multidimensional entre los nacidos en el extranjero corresponde a 24,6%, es decir, cuatro puntos porcentuales por encima de los nacidos en Chile (3). En cuanto a los ámbitos de salud, el 16,3% de los inmigrantes en Chile no son beneficiarios de ninguna de las modalidades de seguro de salud disponibles, frente al 2,3% de la población chilena. El 80% de los inmigrantes que cuentan con seguro de salud se encuentran afiliados al sistema público, y el 18% al privado. Los/as migrantes internacionales reportan una menor necesidad percibida de acceder a la asistencia sanitaria, pero cuando acceden al sistema de salud presentan menores probabilidades de obtener cita, menor cobertura y menor satisfacción del servicio recibido con respecto a sus necesidades de salud de corto y largo plazo (2).

A raíz de la pandemia de COVID-19 en Chile, la autoridad sanitaria ha tomado una serie de medidas para la prevención de la pandemia, entre las que se encuentran el uso de mascarillas, el distanciamiento social y las cuarentenas recomendadas y obligatorias, dependiendo de la situación

a nivel municipal y regional en todo el territorio chileno. La densidad poblacional y el hacinamiento residencial representan un desafío en el contexto de una crisis de salud que exige el distanciamiento social y el aislamiento como medida de contención. De hecho, las cuarentenas y los cierres de comunas y regiones completas del país pueden ser difíciles de cumplir para los grupos de la población más vulnerables desde el punto de vista social (8), entre los cuales se encuentra población migrante internacional de manera sobrerrepresentada. Además de ser más vulnerables socialmente y tener un mayor riesgo de contraer el virus, los migrantes internacionales suelen estar entre los menos preparados para enfrentar, por un lado, la amenaza para la salud de una pandemia y, por otro, sus repercusiones socioeconómicas. Según un estudio realizado por PROESSA, de la Universidad del Desarrollo, el 61% de los migrantes internacionales participantes del estudio reportaron no sentirse preparados para enfrentar la pandemia, y el 78% reportaron haberse autoaislado. Además, el 25% de los encuestados evaluó la información disponible en ese momento a través del Ministerio de Salud y los medios de comunicación como mala o muy mala (9).

Mientras que la preparación para emergencias se enfoca en la evaluación y anticipación de los riesgos antes de que ocurra la emergencia, la respuesta de emergencia se enfoca en lidiar y afrontar el evento catastrófico, tanto a nivel logístico como psicosocial. Los migrantes internacionales pueden mostrar niveles más bajos de preparación y capacidad para hacer frente a una emergencia o crisis social y sanitaria, debido a factores preexistentes interrelacionados, así como a factores específicos de la emergencia: precariedad socioeconómica y laboral, administrativa, de idioma, y barreras culturales para acceder a los servicios de salud y protección social, falta de recursos para hacer frente a una situación de emergencia, falta de información y conocimiento sobre riesgos y protocolos de emergencia, falta de alfabetización básica en salud, exclusión social y comorbilidades físicas y mentales (10,11,12). Por otro lado, los sistemas de salud formales pueden presentar una baja capacidad para satisfacer las necesidades específicas de los migrantes internacionales en situaciones de emergencia (13), especialmente en Chile, donde el sistema de salud está segmentado entre los sectores público y privado, donde el sector público está sobrecargado y falto de personal (14).

La respuesta del gobierno y las autoridades de salud ante el problema del hacinamiento y las dificultades para cumplir con las medidas de aislamiento fue implementar “residencias sanitarias”, instalaciones de cuarentena, donde las personas que probablemente se hayan infectado con el virus y lo propaguen, o aquellas que salieron con una prueba COVID-19 positiva y presentaron síntomas leves que no requirieron atención médica específica, y no pudieron aislarse por sí mismos hasta por 14 días debido a las condiciones de la vivienda o la falta de vivienda, pudieron permanecer durante la cuarentena recomendada. Las personas que ingresan al país a través de canales regulares e irregulares también pueden ser alojadas en instalaciones de cuarentena a su llegada. Estas instalaciones de cuarentena son hoteles privados contratados por las autoridades de salud pública (15). Se han tomado medidas similares en otros países y, si bien no brindan soluciones a largo plazo a problemas profundamente arraigados de desigualdades e inequidades socioeconómicas, de vivienda y salud, responden a una necesidad inmediata y permiten que las poblaciones vulnerables se aislen por sí mismas en caso de necesitarlo. Sin embargo, se sabe poco sobre la experiencia de los migrantes internacionales alojados en estas instalaciones, que puede percibirse como una detención, la experiencia de los profesionales de la salud que tratan a los migrantes internacionales en este entorno y la experiencia de los administradores de las instalaciones.

Los planes prácticos de respuesta ante desastres y emergencias incluyen cada vez más orientación ética, además de marcos legales y médicos (16). La aceptabilidad de la atención, las cuestiones relacionadas con el consentimiento, los derechos y libertades individuales, la posible discriminación y las experiencias de racismo, así como las barreras al diálogo y la comprensión intercultural, son aspectos que deben tenerse en cuenta al considerar los aspectos éticos de alojar a los migrantes internacionales en instalaciones de cuarentena cerradas. Un enfoque ético del cuidado incluye los siguientes principios de la ética biomédica: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia, veracidad, fidelidad, confidencialidad y privacidad (17). Estos principios se vuelven especialmente relevantes para poblaciones vulnerables y culturalmente diversas en contextos de crisis de salud pública y necesitan una investigación y comprensión más profundas. El cuidado ético no siempre se implementa de manera efectiva; la humanidad debe abordarlo directamente, ya que las pandemias a menudo aumentan la tensión social, el odio y la discriminación hacia los grupos minoritarios debido al miedo, el sufrimiento y la incertidumbre.

En este marco, se realizó este estudio con el objetivo de explorar en las experiencias en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile, desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades, y administradores de residencias sanitarias. A continuación, se presentan los antecedentes del estudio, a partir de una revisión de la literatura científica, así como resultados cuantitativos de migrantes en residencias en Chile entre abril y julio 2020 entregados por la autoridad sanitaria, así como resultados cualitativos que fueron el eje central de este estudio.

### III. METODOLOGÍA

#### *Objetivo principal*

El objetivo principal del proyecto es analizar la experiencia de migrantes internacionales, profesionales de la salud y autoridades y administradores de instalaciones en instalaciones de cuarentena en Chile, con el fin de mejorar un enfoque de atención ética en las instalaciones de cuarentena como respuesta de salud pública a las pandemias en contextos de movilidad humana, salud intercultural y vulnerabilidad social.

#### *Objetivos específicos*

1. Explorar la experiencia de migrantes internacionales, profesionales de la salud y autoridades y administradores de instalaciones en instalaciones de cuarentena en Chile.
2. Integrar los hallazgos en un protocolo de atención ética para instalaciones cuarentenarias durante pandemias en Chile, para ser entregado a las autoridades de salud de todo el país, en línea con los principios de ética y el marco legal vigente.
3. Desarrollar un curso de capacitación gratuito en línea para profesionales de la salud a nivel nacional, especialmente aquellos en instalaciones de cuarentena, sobre la promoción de la atención ética en crisis de salud pública hacia poblaciones socialmente vulnerables y culturalmente diversas, con base en los hallazgos cualitativos y el protocolo.

\*Este reporte da cuenta de los resultados generales del estudio, que es la base para el desarrollo de los productos de transferencia indicados en los objetivos específicos 2 y 3.

#### *Material y métodos*

##### Componente de revisión de literatura:

Búsqueda científica en las bases de datos Web of Science, Pubmed y Science direct en noviembre de 2020 en tres fases. La primera fase corresponde a la búsqueda de evidencia mundial de residencias sanitarias en población general, con términos relacionados a cuarentena/aislamiento institucionalizado. En la segunda fase se incluyó una búsqueda complementaria de profundización con términos alusivos a salud mental, vulnerabilidad y ética. La tercera fase abarcó la búsqueda de registros en población migrante. La búsqueda general resultó en 2817 registros, de los cuales se eliminaron 145 duplicados. La siguiente etapa de revisión de títulos y resúmenes se hizo en 2132 artículos. Entre estos se seleccionaron 59 publicaciones para revisión de texto completo y se incluyeron en la revisión 31 artículos científicos. La búsqueda en población migrante generó 134 registros de los cuales se removieron 8 duplicados. La revisión de títulos y resúmenes se realizó en 126 publicaciones, a partir de lo cual se seleccionaron 28 artículos que fueron examinados a texto completo, para finalmente incluir 13 artículos científicos. Mayor detalle metodológico se presenta en la sección de resultados de la revisión de literatura.

##### Componente de investigación cualitativa:

Este componente del proyecto utiliza el paradigma cualitativo, que permite comprender los significados y perspectivas de la población objetivo, así como la forma en que estas perspectivas



configuran y son moldeadas por factores físicos, sociales y contextos culturales. Además, el enfoque cualitativo profundiza en los procesos que mantienen o alteran estos significados y perspectivas. En ese sentido, adoptar un enfoque cualitativo es adecuado al objetivo principal del proyecto, que busca desarrollar un conocimiento profundo de las experiencias de una serie de actores en una situación de crisis sanitaria, en un contexto de vulnerabilidad social, movilidad humana y diversidad cultural. El estudio fue descriptivo y exploratorio, ya que busca indagar los aspectos éticos de las instalaciones de cuarentena en el contexto de poblaciones socialmente vulnerables, como los migrantes internacionales, y puede conducir a más investigaciones en diferentes contextos.

Los participantes fueron migrantes internacionales mayores de 18 años, profesionales de la salud, representantes de las autoridades de salud y gerentes de instalaciones cuarentenarias de la Región Metropolitana de Santiago y las regiones del norte de Chile (Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta), para un total de hasta 25 a 30 participantes. Mayor detalle metodológico se presenta en la sección de resultados del estudio cualitativo.

#### Componente de política pública:

Formulación y validación de un protocolo de atención ética para instalaciones cuarentenarias durante pandemias en Chile, para ser entregado a las autoridades de salud de todo el país, con base en los hallazgos del componente de investigación y alineado con el marco legal existente. El protocolo se validará a través de un taller con actores y expertos institucionales clave y se lanzará públicamente a través de un evento en línea. El formato de este producto de transferencia será como policy brief, para aplicación más directa de parte de la autoridad sanitaria.

#### Componente de formación de capital humano:

Diseño e implementación de un curso corto en línea, disponible al público, sobre migración internacional, ética y manejo de emergencias sanitarias para profesionales de la salud, autoridades sanitarias y gerentes de instalaciones cuarentenarias, basado en los hallazgos cualitativos y el protocolo. El curso se lanzará a través de un evento en línea con instituciones asociadas clave y estará 100% disponible en la plataforma digital que OMS estime conveniente.

#### ***Aspectos éticos***

El estudio fue revisado y aprobado por dos comités de ética: el CEC del Centro de Bioética del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, y el CEC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sede central en Ginebra.

\*Este reporte da cuenta de los resultados principales de los tres primeros componentes metodológicos de este proyecto.

#### IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE RESIDENCIAS SANITARIAS

##### 1. Metodología de la revisión

###### *Estrategia de búsqueda en literatura científica*

La búsqueda se realizó en las bases de datos Web of Science, Pubmed y Science direct en noviembre de 2020 en tres fases. La primera fase corresponde a la búsqueda de evidencia mundial de residencias sanitarias en población general, con términos relacionados a cuarentena/aislamiento institucionalizado. En la segunda fase se incluyó una búsqueda complementaria de profundización con términos alusivos a salud mental, vulnerabilidad y ética. La tercera fase abarcó la búsqueda de registros en población migrante donde, a los términos de residencias sanitarias anteriores, se le adicionaron palabras claves relacionadas con la migración. La estrategia de búsqueda se detalla en la Tabla 1. Esta búsqueda se restringió a publicaciones de 2020 en inglés y español principalmente.

**Tabla 1.** Ecuaciones de búsqueda de residencias sanitarias en población general, profundización y población migrante.

<b>Etapa 1: Ecuación general Residencias Sanitarias</b>	#1 “quarantine facilities” OR “medical sheltering” OR “institutional isolation” OR “shelter hospital” OR “isolation shelter” OR “facility-based isolation” OR “Hotel quarantine” OR “quarantine stays” OR “quarantine centers” OR “fangcang” OR “Community care facility”
<b>Etapa 2: Ecuación residencias sanitarias y profundización</b>	#1 “quarantine facilities” OR “medical sheltering” OR “institutional isolation” OR “shelter hospital” OR “isolation shelter” OR “facility-based isolation” OR “Hotel quarantine” OR “quarantine stays” OR “quarantine centers” OR “fangcang” OR “Community care facility”  #2 “psychological stress” [mesh] OR “mental health” [mesh] OR “social marginalization” [mesh] OR “social discrimination” [mesh] OR “freedom” [mesh] OR “Bioethical Issues” [mesh] OR “personal autonomy” [mesh] OR “social Justice” [mesh] OR “restriction” OR “detention” OR “vulnerability” OR “overcrowding” OR “interculturality”
<b>Fase 3: Ecuación residencias sanitarias y migrantes</b>	#1 “quarantine facilities” OR “medical sheltering” OR “institutional isolation” OR “shelter hospital” OR “isolation shelter” OR “facility-based isolation” OR “Hotel quarantine” OR “quarantine stays” OR “quarantine centers” OR “fangcang” OR “Community care facility”  #2 “Transients and Migrants” [Mesh] OR “Emigrants and immigrants” [Mesh] OR “Refugees” [Mesh] OR “Migration background” OR “Immigrant background” OR “Migrant” OR “Migrants” OR “Immigrant” OR “Immigrants” OR “Ethnic minority” OR “human migration” [Mesh] OR “emigration and

immigration" [Mesh] OR "floating population"
--

### ***Criterios de selección de artículos científicos***

Los criterios de búsqueda aplicados para la inclusión fueron los siguientes:

- Tipo de población: población general y migrantes/refugiados respectivamente.
- Tipos de estudios: cualquier tipo de estudio observacional y experimental.
- Tipo de resultados: descripción de una instalación institucionalizada para la cuarentena o aislamiento. En el caso de la población migrante se admiten también reportes de centros de recepción y centros de detención que implementaron cuarentena/aislamiento.
- Incluya reflexión o lección aprendida dentro de la instalación.

### ***Extracción y síntesis de la evidencia***

La extracción de los datos se realizó a través de una planilla de Microsoft Excel clasificada por i) características del estudio (título, autor, objetivo del estudio, país); ii) población objetivo; iii) características de la instalación (tipo de instalación, espacio físico, servicios, recurso humano); iv) lecciones aprendidas o recomendaciones. A partir de esta información se realizó una síntesis cualitativa para las residencias sanitarias en población general y población migrante por separado.

### ***Estrategia de búsqueda en literatura gris***

#### **a) Población migrante**

Para complementar la información de los registros obtenidos en literatura científica, se realizó una búsqueda de literatura gris y artículos de prensa. Esto se llevó a cabo revisando la bibliografía de los artículos científicos incluidos en la sección anterior. Además, se empleó el buscador web de Google usando los términos de residencias sanitarias y migración.

#### **b) Residencias sanitarias en Chile**

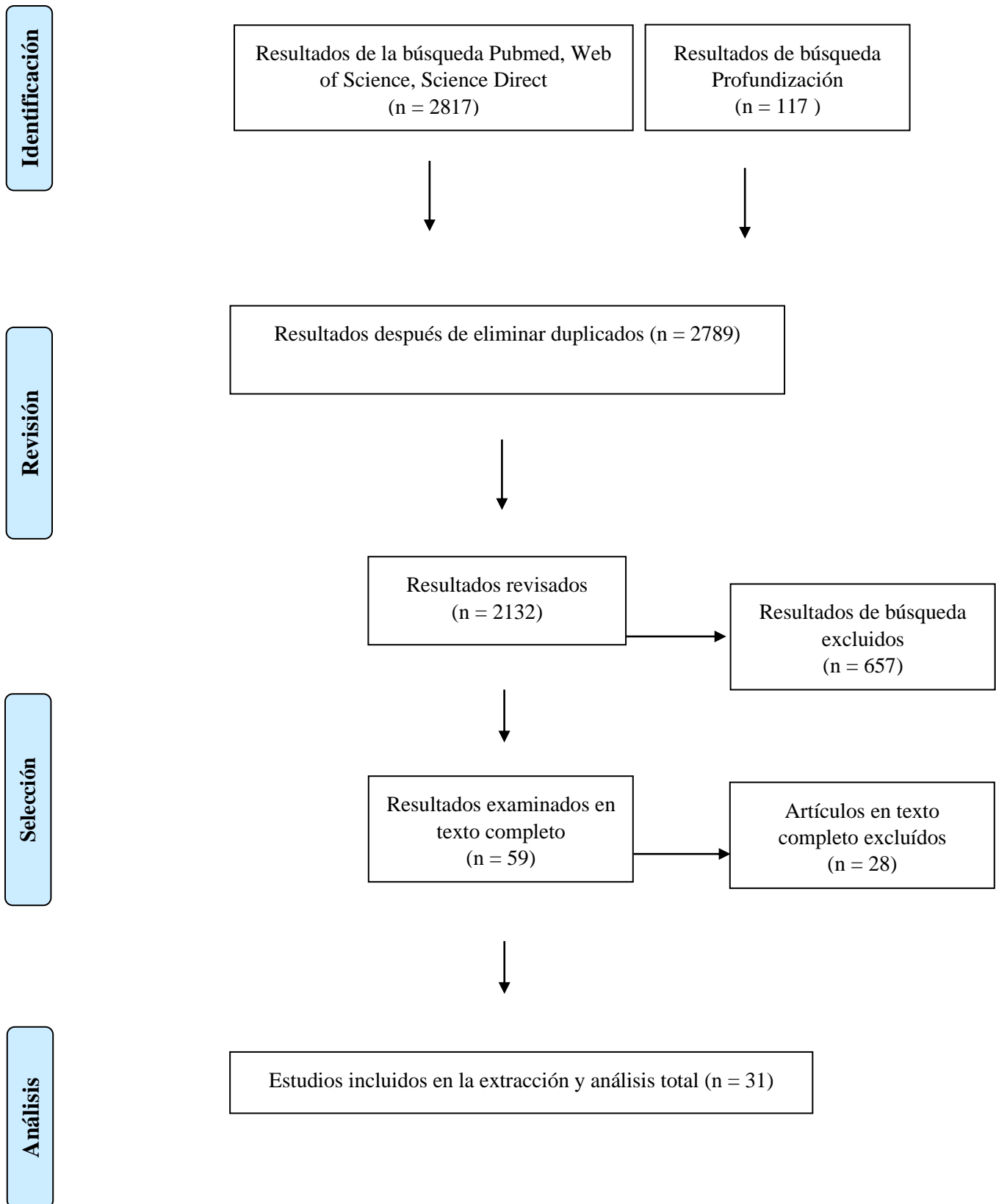
La búsqueda se realizó en páginas web oficiales del gobierno de Chile, específicamente del Ministerio de Salud. Este proceso se llevó a cabo de forma manual, verificando los diversos enlaces de interés de la plataforma. Asimismo, se obtuvieron archivos de fuentes directas del Ministerio de Salud. Con respecto al marco legal de las residencias, se realizó la búsqueda de resoluciones en la biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Adicionalmente, se buscaron registros de prensa sobre residencias sanitarias y migrantes para complementar la información de reportes oficiales.

### ***Resultados de la búsqueda y artículos seleccionados***

La búsqueda general resultó en 2817 registros, de los cuales se eliminaron 145 duplicados. La siguiente etapa de revisión de títulos y resúmenes se hizo en 2132 artículos. Entre estos se seleccionaron 59 publicaciones para revisión de texto completo y se incluyeron en la revisión 31 artículos científicos (Figura 1.)

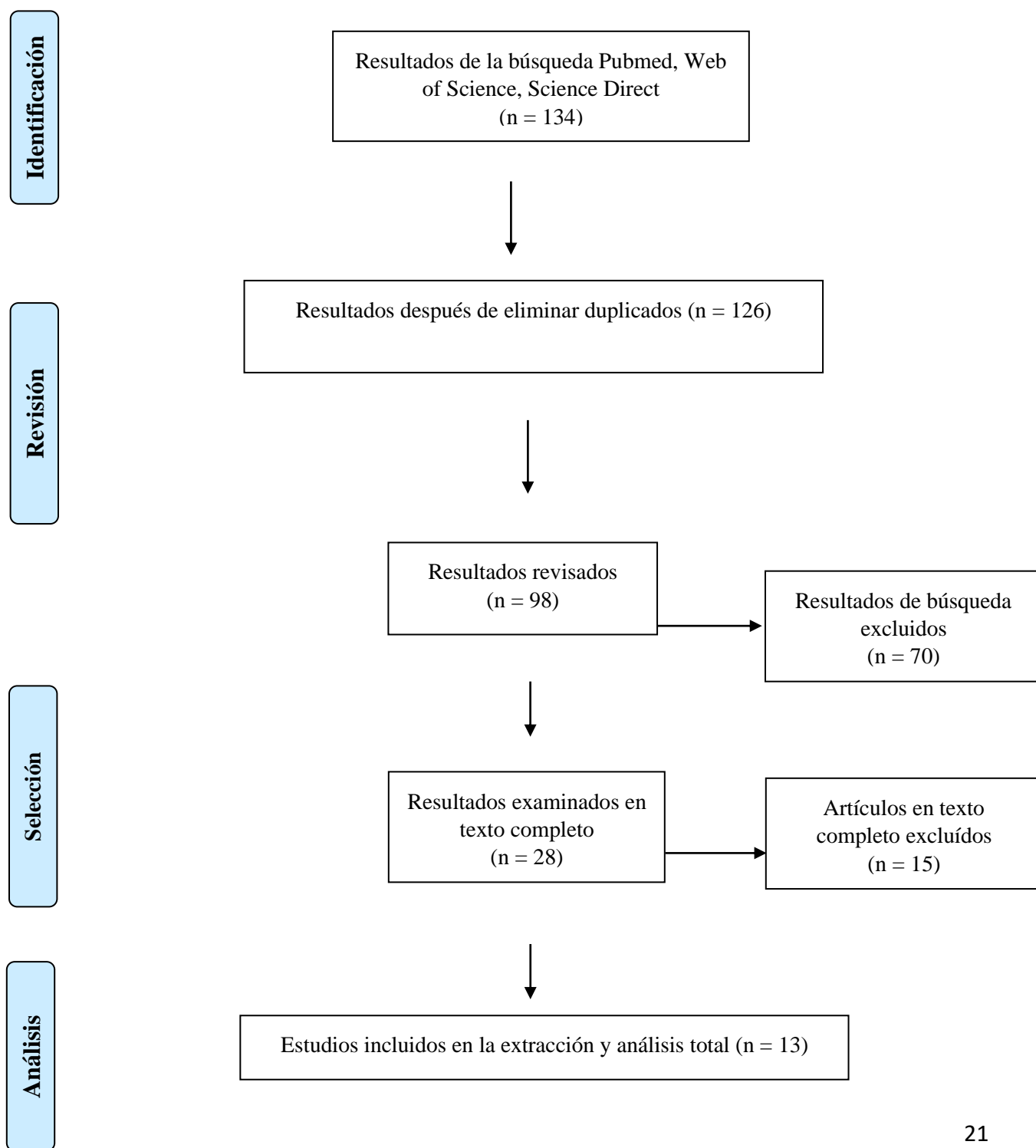
La búsqueda en población migrante generó 134 registros de los cuales se removieron 8 duplicados. La revisión de títulos y resúmenes se realizó en 126 publicaciones, a partir de lo cual se seleccionaron 28 artículos que fueron examinados a texto completo, para finalmente incluir 13 artículos científicos (Figura 2.)

Figura 1. Flujograma de selección de artículos de residencias sanitarias en población general.



La búsqueda en población migrante generó 134 registros de los cuales se removieron 8 duplicados. La revisión de títulos y resúmenes se realizó en 126 publicaciones. A partir de lo cual se seleccionaron 28 artículos que fueron examinados a texto completo, para finalmente incluir 13 artículos científicos (Figura 2.)

Figura 2. Flujograma de selección de artículos de residencias sanitarias en población migrante.



## 2. Revisión residencias sanitarias en el mundo

### *a. Evidencia de instalaciones para la cuarentena y aislamiento*

En el mundo se han empleado diversas respuestas a la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2, entre ellas estrategias para el aislamiento o cuarentena. Esto con el fin de limitar la propagación del virus a nivel domiciliario y comunitario. La literatura reciente describe establecimientos institucionalizados provistos por las autoridades sanitarias. En China se crearon instalaciones llamadas “Fangcang”, semejantes a un hospital militar de alta capacidad. Estos se caracterizan por su rápida construcción, bajo costo y optimización del recurso humano (18). Fueron creados para situaciones de emergencia y puestos en marcha previamente ante catástrofes naturales (19). La estructura ha sido adaptada para cumplir con requisitos de aislamiento por zonas, evacuación, ventilación y tratamiento de aguas residuales (20). En China también fue puesto en marcha el centro médico de cuarentena, cuya atención se limitaba a personas asintomáticas. Los sitios elegidos debían contar con servicios de telecomunicación, baños y áreas administrativas separadas (21). En Singapur, se desarrolló un modelo de atención comunitaria con características similares al “Fangcang” en cuanto a capacidad, costo, movilidad y acceso (22), aunque su propósito no era simular un recinto hospitalario de baja complejidad (23). Mientras que en la India se abrieron instalaciones de cuarentena para población nacional repatriada (24) y campos militares para fuerzas armadas, distribuidos en grupos según la positividad al virus (25). Similar a los espacios de rehabilitación de las fuerzas armadas usados para aislamiento y cuarentena en Pakistán, recintos capaces de albergar y atender tanto personal militar como civil, debido a su experiencia en respuesta a emergencias naturales (26). En Estados Unidos (EE.UU) se han puesto en marcha diferentes iniciativas, entre ellas un hospital alternativo en un centro de convenciones, cuyos equipamiento y protocolos involucran atención básica y estabilización del paciente ante emergencias (27). En dicho país también se creó una “estación de monitorización médica” preparada para afrontar la emergencia sanitaria y huracanes en tiempos de pandemia (28), así como refugios específicos para personas en situación de calle con tiendas de aislamiento y transferencia a unidades de cuidado dirigidas a esta población (29).

Los hoteles como espacios de cuarentena han sido parte de las medidas obligatorias en caso de huéspedes infectados. Ante esta contingencia, se ha requerido la incorporación de unidades móviles de salud para la monitorización de los casos y adecuada respuesta a la emergencia (30). Sin embargo, los hoteles adaptados también han sido implementados en diversos países como estrategia de cuarentena o aislamiento institucionalizado. España, por su parte, usó alojamientos cercanos al hospital para facilitar traslados de pacientes e insumos (31), priorizando infraestructura salubre, manejo de desechos y capacidad para proveer sistema de oxígeno (32). En Italia, esta modalidad se instauró en hoteles cercanos al hospital, brindando atención por tele-consulta sin infraestructura para administración de oxígeno o medicamentos por vía intravenosa (33). En Arabia Saudita se abrieron espacios de cuarentena en hoteles de un complejo empresarial, adaptado para cuidados primarios y secundarios por un equipo multidisciplinario (34). Estrategias similares se han reportado en China, con hoteles elegidos cuidadosamente según ubicación y necesidades de los ocupantes, los cuales cuentan con zonas delimitada para el aislamiento (35,36), cuarentena (37,38) con atención presencial o por tele-consulta. Asimismo, en Australia, los hoteles implementaron rápidamente servicios para la cuarentena, ofreciendo atención integral por medio de hospital virtual y personal médico (39,40). Mientras que Nueva Zelanda abrió en su mayoría hoteles para el aislamiento y uno para cuarentena con cuidados primarios (41). En EE.UU, los hoteles sirvieron para el aislamiento de personas en situación de calle bajo un modelo de intervención basada en la

comunidad (42). Las instalaciones eran accesibles y contaban con zonas demarcadas y servicios de apoyo psicosocial (42,43).

Las instalaciones de aislamiento/cuarentena institucionalizada se distinguen por los espacios físicos empleados y modalidad de servicio (Tabla 2). Los establecimientos con alta capacidad son implementados en centros de convenciones, centros de exhibición, campamentos militares, gimnasios etc. Estos espacios eran adecuados con mobiliario y dispositivos médicos prioritarios, organizados por zonas delimitadas con barreras físicas para los pacientes y personal de la instalación. El servicio provisto en estos sitios simulaba la atención de hospitales de campaña u hospitales alternativos, mientras que el formato de hoteles proporcionaba habitaciones individuales equipadas, con niveles diferenciados según positividad al virus y áreas de uso exclusivo para los trabajadores del recinto. Los cuidados de salud incluían monitoreo presencial y tele-consulta médica. Sin embargo, tanto los lugares masivos como los hoteles, se restringían a la atención básica y estabilización. Por lo tanto, ante mayores requerimientos se empleaba un sistema de traslado a hospitales de alta complejidad cercanos a las residencias.

#### *b. Características de la instalación y población objetivo*

Los “Fangcang” fueron creados para reducir la carga hospitalaria y evitar de forma estricta la propagación comunitaria del virus (18-20). Espacios de gran capacidad fueron modificados y distribuidos en 3 zonas: contaminada, semi-contaminada y limpia (18,20). Con respecto a las personas admitidas, debían presentar diagnóstico confirmado de COVID-19, síntomas leves o moderados, ser independientes funcionalmente, no presentar enfermedades crónicas o ser adultos mayores (18,44). Además, se admitían casos sospechosos por contacto estrecho y sintomáticos (19). Los servicios ofrecidos incluían triaje y atención médica con personal entrenado en el manejo de la enfermedad (18). Adicionalmente se generaban espacios para compartir entre los huéspedes, entretenimiento, (18,19) e intervención psicológica (45,46). A diferencia de los “Fangcang”, los centros médicos de cuarentena en China recibían personas que retornaban de viaje, con dificultad para cumplir cuarentena domiciliar, quienes debían estar asintomáticos y presentar prueba negativa. Los 42 sitios contaban con zonas delimitadas, personal médico y transferencia hospitalaria ante la detección de casos positivos (21). Este tipo de instalación es similar a la implementadas en la India dirigida a personal militar o civil que retornaban al país con prueba negativa, los cuales eran distribuidos en grupos pequeños sin contacto y monitorizados durante su estancia (24,25). El centro de aislamiento y cuarentena en Pakistán inició su operación en un recinto militar y luego se expandió a hostales, albergando a militares que retornan al país y pacientes con COVID-19. Los servicios entregados se basaban en la guía local construida a partir de la experiencia internacional y ajustada al contexto del país (26).

Los establecimientos creados en EE.UU buscaban reducir la ocupación hospitalaria para ampliar las Unidades de Cuidado Intensivos (27,28), e incluso albergar adultos mayores ante el aumento de casos en hogares geriátricos (28). El público objetivo abarcaba pacientes con COVID-19 que requerían monitorización o no contaban con un lugar para aislarse. Los pacientes con inestabilidad hemodinámica, embarazo (27), menores de 18 años, conducta violenta o suicida, dependencia funcional, dependencia a sustancias y necesidad de cuidados médicos de alta complejidad, eran excluidos (28). Particularmente el llamado “hospital alternativo” contaba con zonas según el nivel de exposición (caliente, tibio y frío) y un equipo para cuidado agudo y especializado (27). En Nueva Orleans la experiencia previa sirvió para la planeación de una instalación capaz de responder a las demandas de cuidado durante la tormenta; equipado con unidad quirúrgica para estabilizar antes

de realizar una transferencia segura (28). En Boston se creó una instalación específica para personas en situación de calle o vivienda precaria, considerando su alto riesgo tanto de infección como de enfermedades crónicas. Los 19 sitios contaban con espacios separados para personas bajo investigación, casos confirmados y contactos estrechos, los cuales accedieron a prueba molecular. Además del cuidado básico, contaban con servicio de tele-consulta con psiquiatría y manejo de adicciones (29).

Los hoteles ofrecían sus espacios según la población objetivo. En China (38), Australia (39), Nueva Zelanda (41) y Arabia Saudita (34), existe evidencia de hoteles destinados a población que retorna al país y turistas con o sin síntomas. Los servicios ofrecidos incluyen albergue por 14 días o hasta el levantamiento de restricciones (38); telemedicina (39), monitorización presencial (35,37), prueba molecular (34,37,41) y cuidados primarios (41). Entre estos, también se implementó servicio de apoyo psicológico por tele-consulta (39) e intervención con psiquiatría (37), para el manejo de los efectos del aislamiento. Por otra parte, se encuentran los hoteles cuyos servicios están dirigidos a grupos vulnerables que no poseen las condiciones adecuadas para la cuarentena domiciliaria. Este el caso de personas con diagnóstico de COVID-19 leve que comparten espacio con alguien en alto riesgo, viven en condiciones de hacinamiento, presentan inseguridad laboral (31), están en situación de calle (43) o residen en casas de cuidado especial (33). Los niveles de los hoteles fueron distribuidos para delimitar zonas para pacientes, personal médico y administrativo (31,43). Particularmente un hotel en España dispuso dormitorios para profesionales de salud que no residían en la ciudad (31). Los servicios de monitorización y tele-consulta médica se complementaron con el apoyo de trabajo social (31), psiquiatría (31,43), psicología (31,33) y rehabilitación (33). Por último, se han reportado hoteles que ofrecen sus servicios ante diferente tipo de necesidades, albergando una población diversa, ya sea personal médico (36), expuestos que requieren observación (36,42), viajeros que retornan sin espacio para cuarentena o con temor de contagiar a su familia (35,40), así como a los turistas, personas en situación de calle y en alto riesgo por enfermedad crónica (42). Estos sitios fueron implementados para evitar sobrecostos a las personas (36), reducir la carga hospitalaria (42) y brindar acogida a todo aquel que ingrese al país (35,40). En EE.UU esta iniciativa se realizó bajo el modelo de intervención basada en comunidad, donde se generó una respuesta orientada a los determinantes sociales de la salud con organizaciones comunitarias, trabajo social, psiquiatría etc. (42), semejante al abordaje integral propuesto en los hoteles de Australia, que proporcionaba cuidado tanto físico como mental y asesoraba a las familias con trabajo social y psicología (40).

Los recintos descritos albergan personas con diferentes perfiles clínicos y motivos de derivación. Entre las instalaciones masivas en Asia, los Fangcang se destacaban por admitir casos confirmados de COVID-19 y sospechosos, mientras que otros establecimientos de gran capacidad estaban principalmente dirigidos a personas que retornaban al país con prueba negativa, exceptuando el recinto militar adaptado de Pakistán que alojaba también personas con la enfermedad diagnosticada. En EE.UU, la oferta de centros cubría las necesidades de pacientes, expuestos y grupos vulnerables (situación de calle, de pobreza, hacinamiento). Similar a lo descrito en hoteles alrededor del mundo, que disponían sus servicios tanto a viajeros en retorno (con o sin síntomas) como a población con diversas necesidades. Particularmente, personas que habían perdido su empleo, adultos mayores institucionalizados, personas en situación de calle y equipo médico. En su mayoría, las iniciativas tenían un objetivo en común relacionado a la reducción de la carga hospitalaria, junto con ofrecer una solución para aquellos que no contaban con las condiciones de habitabilidad para cuarentena o aislamiento, enmarcados en modelos de funcionamiento con servicios integrales que mitigaran el impacto del confinamiento.



**Tabla 2.** Características de las instalaciones de cuarentena y/o aislamiento en el mundo descritas en la literatura científica.

Autor	País	Tipo de instalación	Población objetivo declarada	Servicios
Chen 2020(1) Wang 2020(2) Fang 2020(3) Lai 2020(27) Dai 2020(28) Wang 2020(29)	China	Fangcang	Casos confirmados no severos. Casos asintomáticos y Casos sospechosos. Menores 65 años sin comorbilidades autovalentes. Sin signos de dificultad respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo por personal clínico</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Intervención en salud mental</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Actividades sociales</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Li 2020(4)	China	Centro médico de cuarentena centralizado	Personas asintomáticas con prueba negativa (nacionales y viajeros en retorno).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo por personal clínico</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Goei 2020(5) Chia 2020(6)	Singapur	Centro de atención comunitaria de aislamiento	Casos confirmados con síntomas leves autovalentes sin comorbilidades. Pacientes trasladados desde hospital por buena evolución. Sin signos de dificultad respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo por personal clínico y auto-monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Tele-consulta nocturna</li> <li>• Análisis e intervención en salud mental</li> <li>• Actividades sociales y ejercicio</li> <li>• Alimentación culturalmente adaptada</li> <li>• Servicio de intérpretes</li> <li>• Traslado a instalaciones de recuperación u hospitales</li> </ul>
Saurabh 2020(7)	India	Instalación de cuarentena	Nacionales repatriados sintomáticos y asintomáticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Joshi 2020(8)	India	Instalación militar de cuarentena y aislamiento	Personal militar en retorno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Seguimiento epidemiológico</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Mansoor 2020(9)	Pakistán	Instalación militar de cuarentena y aislamiento	Personal militar en retorno y casos confirmados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Seguimiento</li> </ul>

				epidemiológico
Naganathan 2020(10)	EE.UU	Hospitales alternativos	Casos confirmados no severos, sin dificultad respiratoria. Se excluyen embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Consulta por especialista</li> <li>• Información del recinto en varios idiomas</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Maslanka 2020 (11)	EE.UU	Estación de monitorización médica	Casos confirmados no severos, mayores de 18 años, sin discapacidad, dependencia a sustancias, alteración de conciencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Unidad médico quirúrgica básica para estabilización</li> <li>• Preparación ante evento natural</li> <li>• Alimentación adaptada al perfil clínico, lavandería</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Baggett 2020 (12)	EE.UU	Albergue para cuarentena	Casos confirmados no severos, sospechosos, asintomáticos expuestos. En situación de calle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Seguimiento epidemiológico</li> <li>• Tele-consulta salud mental</li> <li>• Tratamiento adicciones</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Al-Tawfiq 2020 (17)	Arabia Saudita	Instalación de cuarentena complejo empresarial	Casos confirmados o sin diagnóstico (personas en retorno).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Prueba molecular</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Hoefler 2020 (13)	España	Hotel medicalizado	Casos confirmados, sospechosos, asintomáticos expuestos (huéspedes del hotel).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Entretenimiento para asintomáticos</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Ramírez-Cervantes 2020 (14)	España	Hotel medicalizado	Casos confirmados leves autovalentes (población vulnerable) y profesionales de salud que no	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Interconsulta especialista</li> <li>• Tele-consulta salud mental</li> <li>• Trabajo social y plan de salida</li> </ul>

			residen en la ciudad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio religioso</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Bredy 2020 (15)	España	Hotel medicalizado	Casos confirmados, sospechosos, asintomáticos expuestos (huéspedes del hotel).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Intervención salud mental</li> <li>• Servicio de intérprete</li> <li>• Alimentación culturalmente adaptada</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
Bruni 2020 (16)	Italia	Hotel medicalizado	Casos confirmados leves (población vulnerable diversa).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Tele-consulta 24 horas</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> <li>• Intervención en salud mental</li> <li>• Rehabilitación</li> </ul>
Zhang 2020 (18)	China	Hotel medicalizado	Personas en retorno sin síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Atención en salud mental</li> <li>• Trabajo social</li> <li>• Seguimiento epidemiológico</li> </ul>
Teng 2020 (19)	China	Hotel para cuarentena	Personas sin diagnóstico, profesionales de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Lio 2020 (20)	China	Hotel medicalizado	Personas en retorno sin síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Intervención salud mental</li> <li>• Seguimiento epidemiológico</li> </ul>
Wong 2020 (21)	China	Hotel para cuarentena	Turistas con o sin síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Análisis salud mental (ansiedad, percepción soledad)</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Modini 2020 (22)	Australia	Hotel medicalizado	Personas en retorno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Tele-consulta e intervención en salud mental</li> <li>• Tele-consulta hospital virtual</li> <li>• Alimentación</li> </ul>

Fotheringham 2020 (23)	Australia	Hotel medicalizado	Personas en retorno y personas sin capacidad de aislamiento efectivo. Autovalentes y comorbilidades compensadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo hospital virtual</li> <li>• Tele-consulta</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Trabajo social</li> <li>• Intervención en salud mental</li> <li>• Equipo rehabilitación (kinesiología, fonoaudiología)</li> <li>• Alimentación- nutricionista</li> </ul>
Al-Busaidi 2020	Nueva Zelanda	Hotel medicalizado	Personas en retorno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Alimentación</li> </ul>
Jordan-Martin 2020 (25)	EE.UU	Hotel medicalizado	Población vulnerable diversa con o sin diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Intervención salud mental</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Trabajo social</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Traslado a hospitales</li> </ul>
MacKenzie 2020 (26)	EE.UU	Hotel medicalizado	Población vulnerable (situación de calle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Tele-consulta médica</li> <li>• Intervención salud mental</li> <li>• Trabajo social</li> <li>• Alimentación</li> </ul>

\*EE.UU: Estados Unidos

### c. Lecciones aprendidas en instalaciones para cuarentena o aislamiento del mundo

El modelo de “Fangcang” además de proveer cuidado médico, buscaba dar manejo a la salud mental y generar capital social (18,45,46). Por lo tanto, representaba una comunidad (19), donde debía cumplirse el aislamiento obligatorio bajo la supervisión de las autoridades sanitarias. Aunque esta estrategia ha sido reconocida por su utilidad para controlar la transmisión del virus (20,47), resulta controversial por limitar la libertad de elección de las personas y apartarlas de su entorno habitual (48). Esto se acompaña de una exposición a noticias negativas, incertidumbre etc. Dando paso a síntomas de depresión, ansiedad, insomnio o estrés postraumático entre los ocupantes (44-46). Cabe mencionar que existen determinados factores que se asociaron a la aparición de estas condiciones como la baja calidad del sueño, complejidad de la sintomatología del COVID-19, sexo femenino y tener familiares enfermos a su cargo (44,45). En respuesta a estas problemáticas se implementaron intervenciones psicológicas preventivas y entrenamiento en técnicas de contención emocional al personal de enfermería (45,46). Además, instruyeron estrategias de afrontamiento (reducir negación y evitación, expresar emociones, socializar) (44), distribuyendo información en todo el recinto para motivar la búsqueda de apoyo (46). Asimismo se recomendó mejorar la

comunicación y educación a los pacientes para reducir emociones negativas (45). Sin embargo, los “Fangcang” también enfrentaron desafíos relacionados al uso de recursos sanitarios (19,20,48), falta de flexibilidad y claridad en la distribución de responsabilidades (20). Las lecciones que dejan estas situaciones apuntan a constituir un equipo fijo con distribución clara de los roles (20). A esto se suma el atender aspectos como el tiempo limitado de atención médica, espacio personal reducido y demanda psicológica de los trabajadores de salud (44,46). Por otra parte, las instalaciones de cuarentena para personas que retornaban a China también enfrentaron retos en su funcionamiento. Existía preocupación por los recursos y la sostenibilidad de la estrategia con la apertura de los aeropuertos. Para esto, se sugirió la creación de soluciones que dieran respuesta al impacto social y económico de la medida, involucrando otros profesionales de la salud que ejerzan en el ámbito comunitario, uniendo esfuerzos para perfeccionar la dinámica de trabajo (21).

La experiencia en las instalaciones de cuarentena de la India destacaban la utilidad de aplicar test molecular a todos los ocupantes y controlar la propagación del virus por asintomáticos (25). Asimismo, se consideró la importancia de analizar la distribución de sintomáticos y asintomáticos en las instalaciones destinadas para repatriados, donde se separen por grupos reducidos, se controle el uso de zonas comunes y exploren la posibilidad de cuarentena domiciliaria (24). Mientras que en Pakistán las lecciones de implementar un centro de aislamiento en una unidad de rehabilitación física rescataban el valor de entrenar al personal para adaptar su capacidad de trabajo, siendo primordial una práctica basada en la evidencia, la elaboración propia de elementos de protección personal y optimización de su uso, así como también, las medidas de control de la infección, educación al paciente y autocuidado del profesional de salud (26). En EE.UU, el espacio que albergaba personas en situación de calle reconoció la relevancia de la vigilancia epidemiológica y el acceso universal a la prueba molecular. Esto debía sumarse a planes concretos para acceder a sitios de aislamiento y posteriormente a una vivienda (29). Por su parte, el equipo del llamado “hospital alternativo” para pacientes COVID-19 implementaba modificaciones para la mejora continua. El énfasis estaba en el entrenamiento en simulación para los trabajadores de salud, aplicación de protocolos de emergencia con dispositivos simples y medidas ante posibles ataques terroristas (27). La instalación para el aislamiento preparada para afrontar huracanes se centró en la revisión constante del plan de respuesta. A partir de este análisis, identificaron la necesidad de planes innovadores, flexibles y adaptables a las demandas tanto sanitarias como climáticas (28).

Los hoteles en China dirigidos a personas que retornaban al país, reportaron efectos en la salud mental de los ocupantes por un aislamiento forzado; similar a lo detectado en los Fangcang. La población alojada en estos hoteles presentó una asociación inversa entre el estado de salud percibido y la ansiedad. Además, el tiempo de estadía parecía afectar los niveles de ansiedad, específicamente ante un mal estado de salud. Las personas experimentaron una situación que atentaba contra sus derechos de libertad y socialización, lo cual podría incidir en su capacidad de afrontamiento. Sin embargo, se identificó que la calidad en la atención y servicio del hotel modularía estas reacciones con actividades de entretenimiento, actitud comprensiva etc. (38). Lecciones similares en salud mental fueron comentadas para hoteles de cuarentena en Australia. La experiencia de aislamiento en un cuarto de hotel con movimiento limitado generaba una respuesta de estrés normal. En este sentido, se resaltó la importancia de validar las emociones de las personas, desde la comprensión de la situación individual y manejo con estrategias de afrontamiento (39). En el plano de la comunicación, una instalación de cuarentena en China reconoció el valor de la claridad para reducir la incertidumbre, confusión y desconfianza a las autoridades. Los autores sugieren que esta comunicación debe ser “*empática, justa y objetiva*” para favorecer el cumplimiento de las ordenes sanitarias, debido a que el COVID-19 es una

enfermedad de la cual se conoce poco y las personas acceden a través de internet a información inconsistente, con posible discurso discriminatorio (37). En España destacaron la comunicación con los organismos diplomáticos de los países de origen de los hospedados (30,32), así como la colaboración cercana con autoridades y trabajadores sanitarios (13), ajustando los servicios según las demandas individuales, aspectos socioculturales (30,32) y atención a grupos vulnerables (enfermedades crónicas, espectro autista, lactantes, embarazadas) (32). Para esto se hizo necesario conformar equipos multidisciplinares con roles definidos y capacidad de coordinación intersectorial. Las instalaciones provistas por autoridades sanitarias en Arabia Saudita describen desafíos de la logística y comunicación de datos entre los equipos, de modo que se ofreciera apoyo ante todos los posibles eventos y condiciones de salud agudas que se presentaran durante la cuarentena (34).

Con respecto a los hoteles adaptados para la población vulnerable, en España se detectaron necesidades que debían ser atendidas con un plan de salida por trabajo social, debido a que la mayoría de la población tenía un nivel socioeconómico bajo y el 25% presentaban alguna condición de salud mental (31). Por su parte, las personas en situación de calle albergadas en hotel de EE.UU experimentaron los efectos propios del aislamiento, incluyendo percepción de soledad y dificultad para continuar voluntariamente en el recinto. Para esto se implementaron los servicios de salud mental y provisión de cigarrillos. Aunque se identificó la relevancia de planificar estrategias de manejo médico ante el uso de sustancias (43). En aquellas personas que no podían cumplir la cuarentena en su domicilio, también estuvo presente la percepción de soledad, donde los ocupantes no recibían una atención constante como la que tendrían en un hospital. Por tal motivo la instalación reforzó las tele-consultas para favorecer la confianza al servicio. A estas lecciones se suman requerimientos de planeación en cuanto a rutas de acceso, costos del tratamiento y respuesta a emergencia (33). En cuanto a las instalaciones que recibían población diversa ya sea de retorno al país, en condición de nacimiento, de calle etc. Las instalaciones de EE.UU detectaron desafíos logísticos relacionados al manejo y transferencia de los datos de los ocupantes, y a optimizar en preparación a una “segunda ola de contagios”. Además se generaron espacios de discusión y análisis del funcionamiento de los servicios (42). En China se recomendó fortalecer aspectos como el liderazgo del gobierno, colaboración intersectorial, información oportuna y asignación clara de responsabilidades. Asimismo, se consideró la relevancia de velar por la salud mental de los huéspedes, permaneciendo alertas a los signos de alarma y propiciando la comunicación abierta (35). En Australia la salud mental de los ocupantes también fue un desafío para el personal del recinto, debido a que se presentaron episodios de ira, cuestionamiento a las órdenes sanitarias (subestimación del riesgo) e inconformidad con la privación de su libertad. Esta experiencia dio paso a lecciones relacionadas a la comunicación clara y respuesta oportuna e individualizada a las solicitudes en un entorno organizado (40). Por otra parte, el bienestar psicológico del personal del hotel representa una gran preocupación que fue examinada particularmente en un hotel de China. Las personas enfrentaron diversos estresores que iban más allá del temor al contagio. Es por esto que se recomendó implementar mecanismos de protección a cargo del empleador, enfocados en educación, autocuidado, comunicación de necesidades, apoyo organizacional y apoyo social (36).

Las lecciones aprendidas en los diversos centros de cuarentena/aislamiento comentados involucran los siguientes aspectos claves: i) planificación flexible, basada en evidencia y adaptada a los múltiples desafíos del entorno; ii) implementación coordinada y colaborativa, donde exista comunicación clara y optimización de recursos; iii) capital humano con responsabilidades definidas, entrenados en el control de infecciones, respuesta a diversas contingencias y capaz de proveer contención emocional; iv) implicaciones éticas ante las restricciones a las libertades individuales, autonomía, derecho a decidir, a socializar etc.; v) salud mental de los huéspedes, equipo médico y

personal de apoyo, cuyo manejo requiere actividades de prevención (estrategias de afrontamiento, búsqueda de apoyo, etc.) e intervenciones oportunas por profesionales especializados. En conjunto, las recomendaciones se enmarcan en un proceso de evaluación constante y rigurosa vigilancia epidemiológica.

### **3. Evidencia instalaciones de cuarentena/aislamiento para migrantes y refugiados**

Existen diversos recintos que han albergado migrantes y refugiados durante la pandemia, los cuales se distinguen por su infraestructura, servicios y población objetivo (Tabla 3.)

#### *a. Centros de recepción de personas migrantes y refugiadas*

Los migrantes y refugiados han enfrentado diversos desafíos producto de las medidas gubernamentales para el control de la pandemia. El cierre de fronteras ha limitado su movilidad, obligándoles a permanecer en tránsito, expuestos a posibles condiciones precarias (49). Los centros de recepción para migrantes que se dirigen a su nuevo destino o retornan a su lugar de origen se han adaptado ante la realidad sanitaria. Entre estos, existen sitios de tránsito que han impuesto cuarentena a sus huéspedes (49).

En África, los sitios de recepción entraron en cuarentena a pesar de que los migrantes y refugiados provenían de lugares con pocos casos de COVID-19. Sin embargo, el hacinamiento, falta de elementos básicos para la sanitización y presencia médica generaron un mayor riesgo de contagio (50). Las condiciones experimentadas por los refugiados Rohingya originarios de Myanmar fueron similares. Esta minoría musulmana se estableció en campos para refugiados en Bangladesh, donde escaseaba el agua potable, los elementos de higiene y el conocimiento de la enfermedad. Esta situación posibilitó el surgimiento de rumores relacionados a castigos físicos a enfermos de COVID-19 y violencia de género (51). Por su parte, la India ofreció albergue a migrantes en condición de vulnerabilidad ya sea por encontrarse en situación de calle, situación administrativa irregular, ser mujeres o niños, niñas y adolescentes. A pesar de que la instalación suministraba servicios básicos, atención médica y trabajo social, se reconocieron deficiencias en la infraestructura para una cuarentena adecuada (52). Mientras que, refugiados que vivían en residencias colectivas en Alemania fueron ingresados a cuarentena institucionalizada sin tener diagnóstico de la enfermedad. Esto generó cuestionamientos ante la restricción de la libertad, estrés psicológico asociado y posibles tratos injustos a minorías en la instalación (53).

Los brotes en centros residenciales para refugiados han confirmado el riesgo sanitario de estas instalaciones. Ante esta emergencia sanitaria se han implementado respuestas de manejo específicas. Por ejemplo, un refugio en Canadá reportó que los casos positivos identificados eran trasladados a una instalación de aislamiento que contaba con servicio de monitorización y teleconsulta con facilitadores lingüísticos, debido a que el gobierno local aseguró la atención médica para COVID-19 a toda persona en el territorio, independiente de su estatus migratorio (54). En Grecia se habilitaron dos campos de refugiados y un hotel para la cuarentena de residentes expuestos y aislamiento de los casos, donde se ofrecía un servicio que asegurara el distanciamiento físico y apoyo ante emergencias, estrés y violencia (55). Recientemente los refugiados Rohingya en Cox's Bazar, Bangladesh, se beneficiaron de la optimización de los campos para favorecer el distanciamiento y la higiene, así como también el acceso a espacios de cuarentena y aislamiento con sus respectivos cuidados médicos y traslado en ambulancia (55).

### *b. Centros de detención de personas migrantes y refugiadas*

Los centros de detención de migrantes constituyen otros establecimientos donde se ha detectado alto riesgo de contagio y necesidad de adaptaciones para mitigarlo. En estos sitios conviven migrantes detenidos y personas solicitantes de asilo por motivos de seguridad. La evidencia actual refiere que la infraestructura de las instalaciones y deficiencia de elementos de protección incrementa substancialmente la probabilidad de contagio en comparación a la población general (56). Las instalaciones se caracterizan por el hacinamiento e higiene insuficiente (57). Esto se suma al alto flujo de personas entre instalaciones, tanto detenidas como miembros del equipo del servicio, así como la falta de capacidad para detectar, aislar y tratar casos positivos (58).

En Malasia se habilitó un centro de cuarentena que albergaba migrantes detenidos asintomáticos y con síntomas leves. La instalación, que anteriormente funcionaba como centro de exposiciones, fue adaptada en zonas según grado de exposición en rojo, amarillo y verde. El recinto ofreció diversos servicios recreativos, práctica de ejercicio físico y video-llamada de apoyo psicológico. Además, aseguró el acceso equitativo a tratamiento COVID-19 (59).

Sin embargo, la cuarentena también ha sido implementada como una medida de detención que interrumpe la movilidad de los migrantes. Por ejemplo, en países de la Unión Europea con acceso al Mediterráneo, específicamente Malta e Italia. Los migrantes fueron obligados a cumplir cuarentena en barcos con capacidad para 400 personas y alimentación según preferencia religiosa. Esta estrategia resultó problemática al no incluir, entre otros, un plan de salida humanitario (60). Los migrantes originarios del Norte de África debieron permanecer por más de un mes en barcos provistos por el gobierno maltés. La negativa de ofrecer un puerto seguro ante la problemática del COVID-19 y la condición de detención agravó la vulnerabilidad de este colectivo migrante (61).

### *c. Centros de cuarentena o aislamiento de personas migrantes y refugiadas*

La literatura reciente describe instalaciones independientes creadas específicamente para la cuarentena y/o aislamiento de migrantes. Este es el caso de Singapur que adaptó espacios como campamentos militares, centros de exposición y hoteles para la recepción de trabajadores migrantes. Las condiciones de hacinamiento en dormitorios comunitarios y el aumento de casos en su interior movilizó la creación de instalaciones con servicios básicos, servicio de seguridad nacional, monitorización médica y conexión de internet inalámbrica. Los servicios de salud eran ofrecidos por profesionales de salud entrenados en idiomas con apoyo de voluntarios intérpretes según necesidad (62). Asimismo, en Singapur se documentó un centro de atención comunitaria con gran capacidad para albergar trabajadores migrantes. La admisión estaba determinada por los signos vitales, independencia funcional y antecedentes de enfermedades crónicas. Entre los servicios ofrecidos se destacaban las estaciones de consulta primaria, tele-consulta y video-llamadas para atención nocturna. Esto se complementó con servicios de recreación, peluquería, y apoyo psicológico con intérpretes. Existió además una estrategia acordada con el gobierno para fomentar el reporte de síntomas y protocolo de admisión que informaba los servicios dentro de la instalación (23). En Nepal se habilitaron instalaciones de cuarentena en colegios, hoteles y hostales, para migrantes que retornaban al país desde la India. Sin embargo, estos recintos presentaron condiciones deficientes pues no aseguraban higiene, distanciamiento físico y distribución adecuada de los ocupantes. Los migrantes provenientes de diferentes lugares eran organizados según la disponibilidad de espacio, siendo mezclados a cualquier hora. Esta situación reveló la ausencia de criterios de ingreso y aislamiento por niveles de riesgo (63).



En Francia los migrantes en situación de calle diagnosticados con COVID-19 fueron trasladados a centros de aislamiento. Más de 700 migrantes fueron enviados a hoteles o gimnasios con presencia de seguridad, trabajadores sociales y profesionales de salud que monitorizaban y educaban a los huéspedes (64). No obstante, otros grupos de migrantes en Francia enfrentaron dificultades para acceder a instalaciones institucionalizadas. Este era el caso de migrantes de África Subsahariana que no cumplían con requisitos exigidos como: encontrarse en situación de calle o residir en hospedajes colectivos. Estas limitaciones aumentaron su vulnerabilidad ante la falta de ingresos, inseguridad laboral, situación administrativa irregular y condición de allegamiento (65).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha apoyado la implementación de 75 instalaciones de cuarentena (66). Más específicamente, en países asiáticos como Indonesia, Camboya, Pakistán y Myanmar se implementaron instalaciones de cuarentena y aislamiento para migrantes en retorno, con el apoyo de dicha organización. El equipo del recinto registraba la “matriz de seguimiento de desplazamiento” para monitorizar los movimientos y necesidades de los migrantes (67) que llegaban a la instalación. Además, se educaba en migración segura y prevención de enfermedades de transmisión sexual (68).

En África, también se reportaron instalaciones de cuarentena provistas por el gobierno con el apoyo de OIM. Las instalaciones ubicadas en Etiopía, Yibuti y Somalia contaban con servicios básicos, entrega de insumos para higiene, alimentación y atención médica. Los servicios se complementaron con apoyo psicológico por tele-consulta ante posibles situaciones traumáticas de tráfico de personas, estrés durante la cuarentena y prevención de violencia de género (66,69). El personal encargado del funcionamiento de estos espacios, compuesto por profesionales de salud y trabajadores del sector hotelero, fueron entrenados en aspectos de higiene, distancia física y control de infección en los espacios (69). Adicionalmente, se habilitaron estas instalaciones con personal entrenado en Kenia y República del Congo. Particularmente en la República del Congo se dispuso un centro dirigido a pacientes migrantes que no podían cumplir el aislamiento domiciliario (70). Por su parte, la red de organizaciones no gubernamentales “Global Protection Cluster” ha apoyado la creación de instalaciones de cuarentena en Zimbabue, Etiopía, Somalia, Sudán, Myanmar y Venezuela. Estos recintos surgieron ante el aumento de movimiento en las fronteras y albergaron migrantes en retorno. Sin embargo, las deficiencias en la infraestructura reportadas, constituían un mayor riesgo de contagio entre los ocupantes (71).

**Tabla 3.** Características de las instalaciones para cuarentena y/o aislamiento para migrantes y refugiados durante la pandemia descritos en la literatura científica.

Tipo de instalación	Autor	País/región	Población objetivo	Servicios	Deficiencias/dificultades
	Kluge 2020 (33)	África	Migrantes y refugiados (situación de calle, situación administrativa irregular, sin acceso a servicio de	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Albergue</li> <li>● Servicios básicos</li> <li>● Alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hacinamiento</li> <li>● Higiene</li> <li>● Acceso a información con pertinencia cultural</li> </ul>

Centros de Recepción			salud)		
	Banik 2020 (34)	Bangladesh	Refugiados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albergue</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>Alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Higiene</li> <li>• Acceso a agua</li> <li>Cierre espacios seguros para mujeres y niñas</li> </ul>
	Suresh 2020 (35)	India	Migrantes y sus familias en retorno (situación de calle, situación administrativa irregular, inseguridad laboral, mujeres, niños)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Consejería e Intervención líderes comunitarios</li> <li>• Trabajo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Higiene</li> <li>• Espacio para cuarentena</li> </ul>
	Razum 2020 (36)	Alemania	Refugiados sin diagnóstico confirmado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albergue</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Acceso a protección contra infecciones</li> </ul>
	Reddit 2020 (37)	Canadá	Refugiados y solicitantes de refugio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albergue</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Prueba molecular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuartos compartidos hasta 6 personas</li> <li>• Bajo conocimiento del COVID-19</li> </ul>
	Calderone 2020 (40)	EE.UU	Migrantes detenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Higiene</li> <li>• Atención médica</li> </ul>
	Meyer 2020 (41)	EE.UU	Migrantes detenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Atención médica básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Alto flujo y movimiento de personas</li> </ul>
	Abd Rahman 2020 (42)	Malasia	Migrantes detenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones climáticas</li> <li>• Enfoque en</li> </ul>

Centros de detención				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Intervención salud mental</li> </ul>	riesgo de violencia por condición de “migrantes detenidos”
	Baldacchino 2020 (43)	Italia	Migrantes en tránsito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Alimentación culturalmente adaptada</li> <li>• Entretenimiento y ejercicio</li> <li>• Intervención salud mental</li> </ul>	• Detención e interrupción fase de viaje
Centros de cuarentena o aislamiento	Chia 2020 (6)	Singapur	Migrantes (hacinamiento, bajo nivel socioeconómico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Monitoreo y automonitoreo</li> <li>• Tele-consulta médica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Recreación</li> <li>• Lavandería</li> <li>• Traslado</li> </ul>	• Alimentación culturalmente adaptada
	Koh 2020 (45)	Singapur	Migrantes (hacinamiento en dormitorios comunitarios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Test molecular</li> <li>• Servicio de intérprete</li> </ul>	• Intervención en salud mental
	Pokharel 2020 (46)	Nepal	Migrantes en retorno (inseguridad laboral, pobre acceso al servicio de salud, experiencias de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• Monitoreo</li> <li>• Atención médica básica</li> <li>• Análisis salud mental (ansiedad,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Higiene</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Acceso a agua</li> <li>• Distribución de ocupantes sin criterios de riesgo</li> </ul>

			discriminación )	depresión)	
	Carillon 2020 (48)	Francia	Migrantes (situación administrativa irregular, inseguridad laboral, allegamiento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospedaje</li> <li>• Servicios básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excluye migrantes que no estén en situación de calle o en viviendas colectivas</li> </ul>

#### 4. Lecciones aprendidas en instalaciones de cuarentena/aislamiento para migrantes y refugiados

##### a. Lecciones aprendidas en centros de recepción de migrantes y refugiados

Las problemáticas de hacinamiento, pobre higiene y riesgo psicosocial en los centros de recepción han sido parte de las reflexiones recientes en la literatura. En África, los centros que fueron puestos en cuarentena visibilizaron la necesidad de reconocer la diversidad cultural y lingüística al entregar información sobre el COVID-19, acompañado de la detección de las diferentes barreras que enfrentaban los migrantes y refugiados para el acceso a la salud. Las lecciones estaban dirigidas a la implementación de evaluación de riesgo epidemiológico en las instalaciones con su respectivo plan de acción (50). En Bangladesh el entorno de los refugiados se caracterizaba por la coexistencia de condiciones precarias, posturas negativas hacia la enfermedad y aumento de violencia en las fronteras. Este contexto tenía un impacto negativo sobre el manejo de la contingencia sanitaria, requiriendo especial atención la educación en salud, así como también el control de la violencia a mujeres y niñas que fueron afectadas por el cierre de zonas seguras al no ser parte de los llamados “servicios esenciales” (51). Para el reporte adecuado de situaciones de violencia, aclarar rumores y proporcionar apoyo psicológico, se planteó el uso de canales de comunicación abiertos como foros, redes sociales y anuncios radiales (55). En la India el análisis se enfocó en proveer respuestas viables con impacto y colaboración intersectorial. Entre estas, se destacó la puesta en marcha de sistema de triaje, caracterización de los migrantes en bases de datos y provisión de apoyo psicológico. Esto, sumado a la propuesta de creación de políticas públicas que aseguren el acceso a alimentación, vivienda, empleo y adecuada higiene (52).

El funcionamiento de los centros de refugiados en Alemania fue objeto de discusión por las implicaciones de restringir la libertad y por la falta de cubrimiento de la ley de protección contra infecciones. Ante los desafíos que enfrentaban los recintos se propuso la creación de espacios de aislamiento con personal médico de supervisión y triaje. Adicionalmente se identificó la relevancia de recolectar datos de los residentes y generar información adaptada a sus características, mientras se atendían aspectos psicosociales derivados de las restricciones impuestas que podrían potenciar la violencia de género, violencia hacia minorías e incumplimiento de instrucciones (53).

Los centros para refugiados que fueron afectados por brotes dejaron importantes lecciones sobre el acceso universal a la prueba molecular. El conocimiento de los casos asintomáticos permitiría el diseño de estrategias que controlen los niveles de contagio dentro de la instalación. Asimismo, se enfatizó en la generación de respuestas individualizadas a las problemáticas identificadas en cada

caso (54). En conjunto, la evidencia ha reconocido las diversas exposiciones que experimentan los migrantes, las cuales deben ser abordadas con correcta planeación. Conforme a esto, el Comité Permanente entre Organismos (IASC) destacó la necesidad de implementar estrategias de evaluación, preparación y respuesta en situaciones humanitarias que involucren migrantes y refugiados. Estas iniciativas deben favorecer la protección del migrante, reconocer su diversidad, vulnerabilidad y ser sensibles al género. Puntualmente se recomendó evaluar que: i) las medidas no sean discriminatorias, ii) posibiliten la participación; iii) incluyan vigilancia epidemiológica; iv) sean ejecutadas por equipos multidisciplinarios con roles definidos; v) cuenten con una comunicación abierta que genere confianza; vi) provean apoyo psicológico; vii) respondan a los protocolos sanitarios; viii) cuenten con instancias de retroalimentación donde se registre la percepción de los migrantes y comunidades receptoras que visibilicen problemáticas por resolver (72).

#### *b. Lecciones aprendidas en centros de detención para migrantes*

Las dificultades que enfrentaron los migrantes en instalaciones de detención revelaron la vulnerabilidad de estos colectivos. Los servicios de los recintos han mostrado deficiencias para responder a la demanda sanitaria, principalmente para detectar y tratar el COVID-19. Ante esta problemática la literatura ha sugerido incluir servicio de tele-consulta médica y cuidados que reconozcan la diversidad cultural y lingüística (57). La infraestructura de estos sitios de detención no favorece el cumplimiento de protocolos sanitarios, por lo cual las medidas para mitigación deben ser oportunas e incluir registro estricto de signos y síntomas en migrantes y empleados del centro. Además, la necesidad de aislar los casos positivos y ofrecer atención médica supone una planeación que considere la capacidad del sistema de salud local (58). Por otra parte, las cuarentenas impuestas en barcos fueron medidas controvertidas que, bajo el argumento de la respuesta sanitaria, constituyeron espacios de detención. En consecuencia, los migrantes manifestaron su descontento y rechazo a las condiciones en las cuales permanecieron retenidos (60,61). Las lecciones de estas situaciones se centraron en los riesgos a los cuales eran expuestos los migrantes y la ausencia de planes que garantizaran la seguridad y acceso a servicios básicos y de salud (60).

Otro tipo de análisis se realizó en el centro de cuarentena diseñado para migrantes detenidos en Malasia. La evaluación del riesgo ocupacional del personal del recinto fue de especial interés, considerando la condición de detención de los huéspedes. Los autores destacaron riesgo biológico, psicológico, ergonómico y de violencia dentro del recinto. Para esto se propuso un programa que generara una “cultura de seguridad” en diferentes niveles de complejidad y personal de seguridad (vigilantes voluntarios, policía y militares). Adicionalmente, se creó un sistema de apoyo psicológico para el equipo de la instalación y los huéspedes. Esto llegó a favorecer la percepción de bienestar y controlar la exposición a situaciones negativas (59).

La evidencia anteriormente expuesta refleja la ausencia de medidas que dignifiquen la estancia de los migrantes en los centros de detención. La cuarentena debiese generar protección y no constituir una forma de sancionar o retener a las personas. Por lo que se ha recomendado proveer condiciones dignas con infraestructura adecuada, servicios de atención médica, suministros básicos, elementos de protección personal y facilidades de comunicación con familiares. Asimismo, se ha sugerido considerar la vulnerabilidad ante enfermedades preexistentes, etnia, edad avanzada, entre otros. Para garantizar un entorno que promueva la equidad, se limiten las medidas coercitivas y exista comunicación clara y abierta (56).

### *c. Lecciones aprendidas en centros de cuarentena o aislamiento de migrantes y refugiados*

La creación de espacios institucionalizados para la protección de esta población ha resultado ser una medida reactiva ante la emergencia sanitaria. Por lo tanto, las intervenciones que reduzcan el hacinamiento y favorezcan el acceso a servicios básicos y de salud debieran implementarse de forma oportuna (62). Sin embargo, las instalaciones de cuarentena y aislamiento constituyen una estrategia indispensable y conveniente que debe mantenerse para responder las diversas necesidades. Para optimizar y dignificar la experiencia dentro de estas instalaciones, es pertinente reconocer la complejidad de la población migrante y refugiada.

#### *1. Salud mental*

En Singapur, la habilitación de un centro de cuarentena y aislamiento comunitario entregó lecciones relacionadas a la importancia de la evaluación de la salud mental de los huéspedes (62), así como también el registro de sus percepciones y preocupaciones. Esta información dio lugar a soluciones que involucraban un servicio de alimentación culturalmente apropiado, ajuste de la luz del recinto e información impresa sobre monitorización, emergencia y contacto a intérpretes (23). En Nepal, la salud mental de los migrantes alojados en instalaciones de cuarentena recibió gran atención, pues se examinaron los niveles de ansiedad y depresión. Además, se identificaron posibles factores que podrían influenciar como el temor al contagio, temor a fallecer, discriminación por ser migrante, inseguridad laboral, inseguridad financiera y limitaciones para el acceso al servicio de salud. A esto se sumaron las deficiencias en infraestructura y funcionamiento de las instalaciones; llevando a que los migrantes fueran constantemente expuestos con la llegada de nuevos huéspedes provenientes de diferentes lugares (63). Asimismo, los migrantes consideraban que los servicios de alimentación y cuidado eran degradantes. En consecuencia, se generaron iniciativas asociadas a la salud mental como práctica de yoga que también fueron percibidas como insuficientes. A partir de estas problemáticas surgieron recomendaciones como la puesta en marcha de servicio recreativos, asesoría en salud mental, educación en salud, acciones para reducir la exposición a rumores y noticias negativas, de modo que se ofreciera un entorno digno con servicios básicos y planes de salida que resolvieran la inseguridad financiera (63).

En África se prestó especial atención al riesgo de tráfico, violencia de género, necesidad de acceso a información y atención en salud. Por lo cual se propuso crear un sistema de apoyo psicosocial para las diversas exposiciones que enfrentaban los migrantes (66,69). Adicionalmente, la salud mental y el conocimiento de las demandas de los migrantes dentro del recinto fueron elementos claves a atender (70).

#### *2. Criterios de elegibilidad e identificación de la población usuaria*

El tipo de escenarios usados para crear centros de aislamiento para migrantes en situación de calle fue un aspecto cuestionado. En Francia ocurrió ante el uso de gimnasios con pocos espacios delimitados para personas diagnosticadas y con sospecha de COVID-19. Esto se trataba de compensar con labores educativas de profesionales de la salud en grupos focalizados y con el montaje de avisos informativos en diferentes idiomas a lo largo de la instalación (64). Sin embargo, estas instalaciones solo permitían el ingreso de migrantes en situación de calle o en hacinamiento, lo que dejaba desprotegidos a otros grupos de migrantes. Por lo cual, la inclusión en las diversas estrategias y participación en su planeación es altamente relevante para ofrecer soluciones que se ajusten a la heterogeneidad de esta población (65). Entre las instalaciones apoyadas por

organizaciones como OIM, en Asia se reconoció la importancia de establecer sistemas de registro estrictos segregados por datos sociodemográficos. Esto permitía optimizar el seguimiento y comprensión de necesidades de la población. Asimismo, la habilitación de espacios abiertos para la expresión, discusión y propuestas para crear soluciones a problemas particulares de cada instalación (68).

### *3. Medidas para la protección de usuarios en situación de especial vulnerabilidad*

En las instalaciones africanas apoyadas por redes de organizaciones no gubernamentales se detectaron desafíos relacionados al estigma de la población receptora, tráfico, lesiones en los migrantes y temor al contagio. Las acciones estuvieron dirigidas a mejorar los canales de información y producción de elementos de protección personal caseros. Por lo tanto, los migrantes pudieron conocer los diferentes servicios y protección que podrían encontrar en la instalación (71). En conjunto, las instalaciones ofrecidas a migrantes y refugiados ofrecieron resguardo y cuidado ante su vulnerabilidad. Sin embargo, quedan por resolver diversas necesidades que permitan proveer un servicio digno, inclusivo y equitativo.

## **5. Residencias sanitarias en Chile**

### *a. Descripción general*

Las residencias sanitarias surgen como una de las estrategias para el control de los contagios por COVID-19 en Chile. Ante la emergencia sanitaria, a finales de marzo de 2020 se habilitaron más de 1500 habitaciones para facilitar el cumplimiento de la cuarentena (73). Esta iniciativa del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) se expone en la Resolución 341 exenta que “*dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19*”, donde señala la población que debe ser trasladada a estos recintos; entre ellos personas cuyo domicilio no cuenta con las condiciones para una cuarentena efectiva y aquellos que sean sorprendidos incumpliendo la cuarentena domiciliaria prescrita (74). En estos últimos, se ha reforzado la obligatoriedad del ingreso a las residencias según lo establecido en el Ordinario B1/Nº 2992 de la subsecretaría de salud pública. Este hace referencia al código sanitario: i) artículo 22 que destaca la responsabilidad de la autoridad sanitaria de asegurar el aislamiento de las personas en las instalaciones habilitadas; ii) artículo 26 donde la autoridad sanitaria tiene la facultad de hacer seguimiento a la persona expuesta a enfermedad infecciosa y aislarla para limitar la propagación; iii) artículo 27 sobre la determinación del periodo de aislamiento y restricciones a cargo del servicio nacional de salud; iv) artículo 36 donde el Presidente de la República facultará a la dirección del servicio nacional de salud para el manejo del riesgo sanitario. Además, se establece la potestad para trasladar a las residencias sanitarias y aplicar sanciones a quien incumpla el artículo 318 del código penal al infligir reglamentos sanitarios (75).

El MINSAL destaca su rol en garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de salud y establece las disposiciones para el funcionamiento de las residencias sanitarias en la Resolución 419 exenta. Los principales requisitos que deben cumplir las instalaciones incluyen la disponibilidad de áreas equipadas de pernocta, baños para máximo 6 personas, suministro de agua caliente, alimentación e higienización según protocolos (76). Las disposiciones de las residencias se han actualizado durante su implementación, en abril 2020 la orientación técnica de las residencias sanitarias plan COVID-19 contemplaba el ingreso de casos confirmados sin requerimientos de

hospitalización durante 14 días. Los criterios de inclusión establecidos eran : i) mayores de 18 años; ii) beneficiarios del sistema de salud público Fonasa; iii) falta de condiciones de habitabilidad para aislamiento domiciliario o por incumplimiento de la prescripción; y iv) síntomas leves o asintomáticos. La imposibilidad de realizar aislamiento domiciliario estaba determinada por el hacinamiento, riesgo de contagio al núcleo familiar y dificultad para recibir cuidados en su domicilio, excluyéndose a las personas que debían hospitalizarse, presentaban descompensación de condición de salud mental, enfermedad crónica o de aparición aguda, úlceras por presión o podían completar su aislamiento domiciliario. En el documento de orientación técnica de las residencias sanitarias plan COVID-19 se especifica el uso reglamentario de habitaciones individuales con su respectivo baño privado, doble monitoreo de salud diario y entrega de 4 comidas diarias. Adicionalmente se mencionan acciones para la protección de salud mental y apoyo psicosocial específicas para los profesionales de la salud que cumplen sus labores en la instalación. Al ingreso, las personas eran evaluadas y recibían información sobre sus derechos y deberes dentro del recinto y procedían a la firma del documento “tomo en conocimiento”. Los criterios de salida estaban a cargo de la autoridad sanitaria, cuya decisión se basaba en la evaluación de la persona. Se indicaron 3 causales de egreso por cumplimiento del periodo asignado con la entrega de documento que lo acredita, traslado a centro asistencial gestionado por el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) y egreso por fallecimiento (77).

El Protocolo Plan de acción Coronavirus COVID-19 que contenía las disposiciones de la orientación técnica mencionada, fue actualizado en mayo 2020. El Ordinario C5Nº 1541 comunicó modificaciones relacionadas a las poblaciones objetivo e implementación de procesos. En este documento se adicionaron dos grupos beneficiarios al descrito previamente. La segunda población estaba conformada por casos sospechosos según la definición ministerial vigente, sin condiciones adecuadas para aislamiento domiciliario. El acceso a la residencia se autorizaba mientras no influyera en la disponibilidad de habitaciones para los casos positivos. El tercer grupo admitido eran los trabajadores del área de la salud que se desempeñaban en el manejo de pacientes y casos sospechosos de COVID-19, los cuales convivían con personas en alto riesgo (adultos mayores, con enfermedades crónicas, inmunosupresión) y no contaban con condiciones de habitabilidad favorables. Se recomendó disponer de instalaciones separadas para casos confirmados, sospechosos y profesionales de la salud para evitar contagio. Las personas con diagnóstico confirmado o sospechoso que tenían menores de edad a su cuidado podían ingresar con ellos, mientras no tuvieran red de apoyo. Además, se declaró la viabilidad de ingreso de menores de edad con COVID-19 o sospechosos en compañía de su cuidador. Ante las situaciones descritas, los menores debían ingresar con la respectiva firma de consentimiento informado. Asimismo, este protocolo mencionó la habilitación de cuartos con capacidad para grupos familiares y el acondicionamiento de espacios para el cuidado permanente de menores de edad. Con respecto al tiempo de estancia, se precisó que los casos sospechosos podían permanecer durante la espera de los resultados de la prueba molecular, mientras que los profesionales de la salud podían hospedarse durante 14 días renovables según disponibilidad (78).

#### *b. Disposiciones vigentes para el funcionamiento de las residencias sanitarias*

Actualmente la implementación de las residencias (Figura 3) se rige por el documento “Estrategia de residencias sanitarias. Recomendaciones para la implementación en el marco del plan de acción de coronavirus COVID-19” informado en la Orden. B1/Nº 2838. En esta edición se destaca el control y tratamiento individualizado del COVID-19 según las características del residente. Además, se integran los casos probables a los criterios de admisión y grupos específicos con su respectivo



cuidador (preferible persona sin factores de riesgo, capacitada en prevención del contagio). En conjunto, las residencias sanitarias permiten principalmente el ingreso de personas que no cuenten con las condiciones para el aislamiento domiciliario (ej. viven solos, conviven con personas en alto riesgo o en situación de vulnerabilidad, vivienda en hacinamiento, sin acceso a agua potable, etc.). Para ser derivados a la residencia se verifican los siguientes criterios: i) personas definidas como caso confirmado, probable o sospechoso según la normativa sanitaria vigente; ii) personas que incumplan el aislamiento prescrito. En el caso de los profesionales de la salud que requieran solución habitacional, estos tendrán un manejo particular por la autoridad sanitaria. Los criterios de exclusión mencionados en los protocolos previos se mantienen (descompensación, enfermedad crónica o de aparición aguda que implique manejo hospitalario). Sin embargo, se hace hincapié en que ni la situación migratoria ni el tipo de afiliación al sistema de salud son criterios válidos de exclusión. Adicionalmente se instruye a los trabajadores de la residencia a actuar desde el respeto de la diversidad, sin actitudes discriminatorias, así como también garantizar la autonomía y decisiones de las personas. Por lo cual se indica la capacitación en derechos humanos e interculturalidad (79). Asimismo, se insta a gestionar el apoyo de mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos para los migrantes hospedados.

Los candidatos para hospedarse en una residencia son identificados a través de múltiples vías, entre ellas la red de salud (toma de muestra, resultado), al seguimiento epidemiológico, recepción de solicitudes por línea MINSAL o demás líneas administradas por el Estado, denuncias de infracciones a la cuarentena y gestión de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI). Las solicitudes son derivadas a la unidad de gestión centralizada de residencias (UGCR) en el caso de la Región Metropolitana, quienes tramitan el cupo según el perfil de la persona. Para las demás regiones, las solicitudes se informan al SEREMI local. La UGCR notifica finalmente la disponibilidad, para proceder con el traslado a cargo de las autoridades o servicio de atención primaria en salud. Al ingreso, las personas son evaluadas para verificar los criterios de inclusión, particularmente los signos vitales, signos de desorientación, letargo, vómito y diarrea no controlada. Además, se registran diversos antecedentes, datos de contacto, medicamentos de uso crónico y se gestiona la vacuna contra la influenza si no fue administrada previamente. El proceso de admisión concluye con la firma de la carta de compromiso, que respalda el conocimiento de derechos y deberes dentro del recinto. La duración del aislamiento se establece con la fecha en que la prueba molecular fue aplicada o según la notificación del resultado consultado en la plataforma Epivigila. La indicación general es 14 días sin síntomas sugerentes, a menos que la persona presente inmunosupresión, extendiéndose el periodo de aislamiento a 28 días (79).

La guía actual determina el egreso por las siguientes causales i) egreso por cumplimiento del periodo indicado sin infección activa, autorizado por evaluación clínica; ii) egreso por traslado al centro asistencial a cargo del SAMU ; iii) egreso voluntario, que implica completar el periodo de aislamiento en el domicilio y ser fiscalizado por la autoridad sanitaria; iv) egreso por otras causas, que incluye el incumplimiento de normativas de la residencia, intento de fuga y comportamientos que generen riesgo a la salud de la persona y los demás huéspedes; v) egreso por fallecimiento. Las personas que egresan tendrán seguimiento y continuidad de cuidado. Por lo cual el informe diario de la atención en la residencia sanitaria estará disponible para el seguimiento, con los respectivos resguardos de confidencialidad. Además, la persona será remitida a controles e intervenciones requeridas con su proveedor de servicios de salud (79).

Figura 3. Infografía de las Residencias Sanitarias en Chile.



Fuente: MINSAL 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/residencias-sanitarias/>

### c. *Requerimientos actuales y servicios ofrecidos por las residencias sanitarias*

Las instalaciones de residencias sanitarias deben ser evaluadas y habilitadas por la SEREMI. Estos deben cumplir criterios de higienización, ventilación, manejo de residuos, disponibilidad de agua purificada y ofrecer alimentación según requerimientos clínicos y culturales. Así como también contar con servicio de salud básico, botiquín certificado (decreto supremo N° 466) y esquema de seguridad. Con respecto a los requisitos operativos para reducir riesgos y proteger a los residentes, se destacan: i) huésped a puerta cerrada y sin recibir visitas; ii) espacios diferenciados para casos confirmados iii) solicitar firma de consentimiento informado para procedimientos médicos; iv) cumplir protocolos de aseo dispuestos por el MINSAL; v) asegurar un ingreso oportuno y organizado; y vi) capacitación en uso de elementos de protección personal. Las residencias cuentan con un libro de novedades de llenado diario, donde se registran eventos de ingreso, salidas, traslados y situaciones de seguridad o emergencia. Las personas son monitoreadas dos veces al día y son instruidas en la detección de signos y síntomas de alarma que deben comunicar al personal de salud. Este informe diario del estado del paciente es notificado a los familiares o contactos significativos del residente (79).

Los cuidados de salud ofrecidos de forma permanente están a cargo de un equipo disponible 24 horas compuesto por: i) Profesional de enfermería por cada 35 personas (en rol de coordinación capacidad para 100 personas); ii) Técnico de enfermería de nivel superior (TENS) por cada 25 personas; iii) médico general por cada 50 personas. Además, la SEREMI ofrece profesionales de apoyo para atender las diversas necesidades de los residentes. Entre ellos, un profesional en kinesiología por cada 100 residentes, un profesional en matronería por cada 15 gestantes o diadas y un facilitador idiomático o intérprete disponible las 24 horas de forma remota. En complemento a

estos servicios se habilitó la tele-consulta sincrónica con profesionales del Hospital digital y tele-consultas asincrónicas con médicos de las residencias sanitarias del país. En caso de necesidad se hizo disponible el equipo móvil de salud territorial con profesionales de terapia ocupacional, asistencia social, salud mental, nutricionista y atención en cuidados paliativos (79).

*d. Grupos específicos admitidos en las residencias sanitarias*

*i. Personas con enfermedades crónicas*

Las personas admitidas en este grupo son aquellas que presenten una condición crónica compensada (ej. enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria, enfermedad del sistema inmune, obesidad, diabetes mellitus, cáncer, trasplante de órgano sólido) que sean caso confirmado, probable o sospechoso. En este grupo se incluye personas imposibilitadas para cumplir aislamiento domiciliario y aquellos que demanden cuidados contantes. Al ingreso, las personas deben contar con los medicamentos de uso crónico y dispositivos de auto monitoreo para el periodo de aislamiento indicado. En caso de que el nuevo residente no los traiga consigo, estos son gestionados por personal de la residencia. Para la evaluación inicial se solicitan resultados de exámenes recientes, antecedentes clínicos y sociales relacionados con la red de apoyo. Además, se aplica un examen físico y evaluación por sistemas donde se identifican requerimientos individuales de tratamiento. Aquellas personas con niveles de dependencia leves y moderados pueden ingresar con un cuidador (80).

Los servicios de salud y apoyo ofrecidos son los mismos descritos previamente, los cuales son informados al ingreso. Los servicios de alimentación son adaptados en función de los requerimientos de la condición clínica de la persona. Por lo cual, se asigna un profesional en nutrición para la programación semanal de la alimentación de aquellos con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal terminal en hemodiálisis. Para las personas en tratamiento de diálisis se gestiona el traslado a la unidad respectiva y se mantiene comunicación constante con los profesionales tratantes. Los pacientes con diabetes mellitus reciben visitas de enfermería para el manejo óptimo de su terapia de insulina, incluyendo educación en detección de signos de alarma (80). Aquellos con virus de inmunodeficiencia humana que presentan un bajo recuento de CD4 son monitoreados constantemente durante los 28 días reglamentarios de aislamiento (79). En general las personas con diagnósticos crónicos reciben monitoreo de signos vitales dos veces al día, consulta de signos y síntomas asociados a descompensación diaria, medicamentos y examen físico según indicación. Adicionalmente, los profesionales de enfermería realizan actividades de educación para activar alerta ante complicación del COVID-19, descompensación de la enfermedad crónica, identificación del accidente cerebrovascular y enfermedad cardiovascular. Así como también la prevención del contagio durante los traslados de las personas en tratamiento de diálisis (80).

*ii. Familias con gestantes, niños, niñas y adolescentes*

Esta población objetivo está compuesta por gestantes, puérperas y/o diádas padres-hijos, niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, para los cuales se cumplen los mismos criterios de admisión relacionados a la habitabilidad, estar en alto riesgo de contagiarse o contagiar a familiares. Esta iniciativa de aislamiento surge ante la importancia del vínculo familiar para el desarrollo de los menores (79). La infraestructura de la instalación debe cumplir estándares de seguridad (ej. bloqueos en ventanas y puertas, enchufes protegidos, etc.), tener capacidad para grupos familiares,

mobiliario necesario y espacios para la preparación de alimentos de lactantes. Además, debe contar con zonas verdes para salidas supervisadas de menores con alguna condición del espectro autista. Los aspectos de higiene protocolizados por MINSAL, se complementan con educación para la limpieza de juguetes y entrega de insumos para higiene femenina y lactantes. Asimismo, se ofrece acceso a internet y dispositivos electrónicos (ej. Tablet) para la educación escolar y servicios de apoyo psicológico (81).

En cuanto a los servicios profesionales disponibles en la residencia, se suma la presencia activa de matronería, educadores de párvulos y servicios de mediación intercultural y facilitación lingüística para los migrantes internacionales. Los aspectos nutricionales están bajo la programación del/la nutricionista, quien aplica las guías de alimentación vigentes según la etapa correspondiente. En conjunto, las residencias cuentan con un plan de atención para niños, niñas y adolescentes enfocado en su monitorización diaria, educación en detección de signos y síntomas de alarma, implementación de rutinas, cuidado del estrés, y continuidad de la lactancia con sus respectivo protocolo (81).

Para el ingreso, existen aspectos puntuales de revisión en cada subgrupo de esta población. En gestantes y púerperas (díadas) se deben presentar antecedentes clínicos, controles previos y de alimentación. Junto a un examen físico, obstétrico, examen neurológico, control puerperal y riesgo psicosocial realizado por matronería. En niños, niñas y adolescentes, la consulta de antecedentes se complementa con examinación integral a cargo de enfermería (físico, nutricional, psicosocial) con el objetivo de identificar problemáticas individuales. El ingreso de los niños, niñas y adolescentes sanos está determinado por la situación de salud de su cuidador. El ingreso se autoriza cuando los padres se encuentren con diagnóstico confirmado y no esté disponible un cuidador sano. En caso de que la salud del cuidador dentro del recinto esté muy comprometida, se delegará el cuidado al TENS (81). Los menores con diagnóstico de COVID-19 que provienen del Servicio Nacional de Menores (SENAME) y que no cuentan con espacio de aislamiento adecuado, deben ingresar con tutor responsable (79).

El egreso de estos grupos ocurre bajo los lineamientos generales de las residencias sanitarias. Sin embargo, existen consideraciones particulares relacionadas al traslado de urgencias propias del COVID-19, patología obstétrica y trabajo de parto. Además, todos los casos reciben educación en signos y síntomas de alarma y son programados para seguimiento con los respectivos controles. El egreso de niños, niñas y adolescentes es a los 14 días mientras no se presenten situaciones que requieran atención hospitalaria o registren síntomas. La evaluación de salida incluye la valoración del desarrollo integral, diagnóstico nutricional, estado de sus problemáticas de salud y evaluación psicosocial. Asimismo, se asegura un retorno protegido al hogar y se realizan actividades de educación, entrega de plan en casa y seguimiento por atención primaria de salud (81).

### *iii. Personas mayores con dependencia leve y moderada*

En este grupo se incluyen los adultos mayores definidos como caso confirmado, probable, y sospechoso de que vivan en comunidad y/o estén institucionalizados. En este grupo la asignación a residencia sanitaria está sujeta a criterios específicos: i) falta de condiciones de habitabilidad adecuadas para el aislamiento; ii) necesidad de apoyo de cuidador o viven solos; iii) presentar alto riesgo de contagio en su domicilio (82). Entre los principios que rigen el manejo de los adultos mayores en las residencias se destaca el respeto a su autonomía y dignidad, teniendo en cuenta su proceso de envejecimiento, mantención de su independencia y capacidad funcional (83). La

infraestructura de la instalación debe cumplir criterios de accesibilidad universal que permitan el uso de apoyos para el desplazamiento. Al ingreso se examina el estado cognitivo (66), nivel de dependencia y riesgo de caídas (82). Esto permite evaluar la necesidad de ingreso con cuidador principal. Para las personas que no cuenten con un cuidador disponible se gestiona por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) o el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) (82).

Los servicios de la residencia son adaptados a los requerimientos clínicos del ocupante. Por lo cual la alimentación, es programada por nutricionista teniendo en cuenta las comorbilidades y cultura de la persona. Asimismo, se asegura la continuidad de las atenciones en salud habituales y un seguimiento con el plan de cuidados individual. Además, son evaluados por kinesióloga motora e intervenidos según sus necesidades. Durante la estancia en la residencia, son monitoreados en signos vitales, estado de conciencia, estado del ánimo y contacto remoto con familiares (82). Para optimizar el trato por parte del personal de la residencia, se insta a dejar a la vista datos significativos de la persona, incentivar la actividad física y establecer una comunicación clara y suficiente. Así como también se recomienda atender las respuestas asociadas al aislamiento (estrés, ansiedad, soledad, fragilidad) (83). El apoyo psicológico es provisto por tele-consulta en los “fonos de contención psicológica”. Ante la aparición de signos y síntomas de alarma por COVID-19 o descompensación psicológica, alteración de la conciencia, riesgo de autolesión o a terceros se deriva a urgencias o al equipo móvil de salud mental según corresponda (82).

*iv. Personas con necesidades de manejo terapéutico asociado a condiciones de salud mental o en condiciones de exclusión social extrema*

Las personas incluidas en esta población objetivo son aquellos con consumo problemático de alcohol y otras sustancias, condiciones de salud mental, discapacidad intelectual o en condición de exclusión social extrema. Los criterios de inclusión siguen la guía general de residencias sanitarias por definición de caso, habitabilidad y riesgo de contagio. Para esta población se prioriza el trato inclusivo y un manejo que respete la autonomía y toma de decisiones de la persona (79,84). En cuanto a la infraestructura se establecen requisitos asociados a la accesibilidad universal y disponibilidad de espacios abiertos para paseos supervisados, así como también la asignación de habitaciones en los dos primeros niveles, con posibilidad de alojar un cuidador. La persona con discapacidad psíquica o dependencia leve a moderada puede ingresar con un cuidador. En caso de que no cuente con un cuidador principal, este será gestionado por el SENAMA o SENADIS. Por otra parte, los casos de las personas en situación de calle son analizados uno a uno para determinar la mejor solución de aislamiento. Actualmente existen los albergues sanitarios administrados por el Ministerio de Desarrollo y Familia específicos para esta población. Esta opción ofrece mayores libertades de movilidad dentro del recinto y consumo para aquellos que no pueden suspenderlo de forma absoluta (84).

Adicional a los servicios relacionados con el monitoreo y alimentación ajustada al perfil del residente, se implementan adecuaciones según el nivel de apoyo que requiera. Al ingreso, las personas son entrevistadas para conocer sus antecedentes clínicos, específicamente condiciones de salud mental o consumo riesgoso de sustancias. A través de esta evaluación se identifica el nivel de apoyo: i) apoyo mínimo, que implica el monitoreo y servicios base ofrecidos por el personal de la residencia; ii) apoyo moderado, al cual se le adicionan adecuaciones para el manejo de suspensión de consumo, entrevista motivacional, tele-consulta y primeros auxilios psicológicos; iii) altos requerimientos de apoyo, donde a los apoyos descritos se suma el ingreso de cuidador y aplicación

de un plan de cuidados individual con equipo multidisciplinar (enfermería, equipo tratante, equipo de apoyo intersectorial, equipo móvil psicosocial, seguridad) (84).

#### *v. Personas con discapacidad*

En este grupo se integran las personas que presenten alguna situación de discapacidad física, auditiva, visual e intelectual cuyo caso sea definido como confirmado, probable o sospechoso (79). Asimismo, deben cumplir los demás criterios de ingreso dispuestos para las residencias sanitarias. El trato de las personas admitidas se basa en el respeto de su autonomía, para lo cual realizan las adaptaciones pertinentes que aseguren el ejercicio de sus derechos. En consecuencia, se ofrece una atención en igualdad de condiciones según la Ley N° 20.422 (85). Con respecto a la infraestructura de la residencia, esta debe cumplir con criterios de accesibilidad universal, entre los cuales se destaca: i) espacio y rampas para movilización de camillas y sillas de ruedas; ii) espacio para cuidador; iii) baños privados adaptados; iv) acceso a ascensor; ; v) iluminación adecuada y salidas de emergencia ; vi) habitaciones en el primer nivel (79,85).

Los servicios de la residencia deben incluir la continuidad de tratamiento en los casos en que aplique, además de incorporar servicio de kinesiología motora, facilitador de lengua de señas y apoyo psicológico por tele-consulta. Igualmente se deben implementar ajustes para la realización de las actividades de la vida diaria. Para la alimentación se sugiere considerar consistencia del alimento, la postura al consumirlo, duración de la actividad, limpieza oral, etc. El apoyo del cuidador se considera pertinente ante la detección de dependencia funcional. Aquellas personas que no cuentan con cuidador principal se les asigna el servicio gestionado por el SENADIS. Durante la selección e ingreso de personas con el rol de cuidador, se recomienda i) elegir personas sin factores de riesgo; ii) capacitar en uso de elementos de protección personal y prevención del contagio; iii) educar en detección de signos y síntomas de alerta por COVID-19; iv) ser monitoreado diariamente y aislarse por el periodo indicado por la autoridad sanitaria. Para los casos donde no es requerido el cuidador, se espera reforzar la comunicación remota entre la red de apoyo del residente y el personal de la residencia. Por lo cual es de suma importancia el ingreso con las ayudas técnicas de soporte (85).

#### *vi. Personas con enfermedad oncológica*

El reconocimiento de la vulnerabilidad de la población con cáncer surge ante la inmunosupresión derivada del tratamiento de su enfermedad (quimioterapia, radioterapia) y el riesgo de desarrollar un cuadro severo de COVID-19. Por lo cual esta población objetivo se compone de pacientes autovalentes con diagnóstico oncológico en tratamiento, diagnóstico oncohematológico y en cuidados paliativos, definidos como caso confirmado, probable o sospechoso que cumplan los demás criterios dispuestos para las residencias sanitarias. Con respecto a la infraestructura, ésta debe seguir los lineamientos de accesibilidad universal, de manera que aseguren la adecuada movilidad de sillas y camillas tanto en habitaciones como en zonas comunes. Para las habitaciones se establecen requisitos de capacidad, que permitan albergar el cuidador de pacientes con cuidados paliativos y menores con diagnóstico oncológico, así como también grupos familiares de pacientes oncológicos que requieran aislamiento por confirmación o sospecha de COVID-19 (86).

Los servicios habituales de la residencia sanitaria se complementan con los cuidados específicos del paciente oncológico. Al ingreso, junto a la evaluación y registro de antecedentes clínicos, se establece comunicación con el equipo médico tratante para asegurar la continuidad del

tratamiento. Además, se evalúan los requerimientos de apoyo de la persona que determinan la necesidad de un cuidador. A partir de los hallazgos se elabora un plan de cuidados individual con servicios de enfermería, equipo psicosocial móvil, equipo tratante y personal de la residencia. Este esquema contiene estrategias para favorecer la comunicación con la red de salud usada por el paciente y el cumplimiento de rutinas durante el aislamiento. En cuanto al periodo de estancia en la residencia, este es definido según el estado de inmunosupresión y la última fecha de quimioterapia/radioterapia (86).

*e. Reportes de migrantes internacionales en residencias sanitarias de Chile*

La estrategia actual de residencias sanitarias destaca el derecho de acceso a los migrantes internacionales, independiente de su situación migratoria (79). Esta solución para el aislamiento ha sido comunicada a los migrantes, a través de plataformas de organizaciones pro-migrantes en las cuales se expone información útil acerca de los criterios de inclusión, los servicios y teléfonos de contacto (87). En abril de 2020, los medios de comunicación chilenos registraron los primeros traslados de migrantes a instalaciones de la Región Metropolitana. Esto sucedió en respuesta a la detección de casos positivos en viviendas colectivas, caracterizadas por el hacinamiento y precarias condiciones estructurales. Ante el análisis de los expertos, las viviendas de los migrantes reflejaban “*la inequidad socio-espacial*” que aumentaba su vulnerabilidad en tiempos de pandemia (88). El traslado de casos confirmados y contactos estrechos fue una medida impuesta por la autoridad sanitaria y gestionada por la Intendencia Metropolitana y el Servicio Jesuita de Migrantes. Estos últimos sirvieron de mediadores entre las autoridades y las personas que se oponían al traslado, bajo la consigna del trato digno e igualitario (89).

Las residencias sanitarias se han convertido en espacios obligatorios para los migrantes que atraviesan las fronteras del norte de Chile. Las autoridades argumentaban que la medida permitía controlar el riesgo de contagio entre migrantes y población receptora (90), por lo cual se impuso una cuarentena obligatoria de 14 días aludiendo a la alta tasa de positividad de la población migrante y los países de procedencia (91). El SEREMI de Salud de la Región de Tarapacá reportó que el proceso de traslado y servicios prestados en las residencias han sido adecuados gracias a las lecciones de interculturalidad (90). Sin embargo, ante el aumento del flujo migratorio “clandestino” en la zona, o ingresos por pasos no habilitados, las autoridades han expresado su interés por implementar expulsiones expeditas, haciendo referencia a las limitaciones de capacidad de las residencias sanitarias para el cuidado de la población local y migrante regular (92). La ocupación a Octubre de 2020 fue cercana al 97% en algunas residencias al norte del país, lo que condujo a la apertura de “residencias transitorias” (93), así como también, la habilitación de traslados de migrantes entre regiones, que en algunos casos era producto de detenciones. Las autoridades receptoras comentan sus inquietudes acerca del impacto del traslado de los migrantes sobre la salud, empleo y acceso a educación de la población general, considerando que el panorama de los migrantes era incierto a su salida de las residencias (94).

La salud de los migrantes internacionales fue abordada en reuniones convocadas por los Servicios de Salud Metropolitana, con la asistencia de referentes de atención primaria y hospitalaria, donde discutieron las atenciones de salud durante la pandemia. La ocupación de las residencias sanitarias por migrantes fue reportada, así como también los datos relacionados a la prueba diagnóstica del COVID-19. En estos espacios se reconocieron las exposiciones del proceso migratorio e importancia de servicios de salud culturalmente apropiados (95). Aunque se ha realizado trabajo conjunto e identificación de algunas necesidades, aún existen problemáticas

asociadas a las residencias sanitarias. Los migrantes han manifestado su preocupación ante la ausencia de planes de salida al finalizar su periodo de aislamiento. Algunos migrantes refieren la inminente situación de calle que les espera y la falta de apoyo de autoridades chilenas y de su país de origen (96). Por lo tanto, los migrantes internacionales podrían tener una experiencia distinta en las residencias sanitarias, ante las limitaciones en la continuidad de los cuidados y seguimiento establecido en la estrategia de residencias sanitarias.



## V. RESULTADOS FASE CUALITATIVA

### 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

#### Tipo de estudio

Se realizó un estudio de diseño cualitativo, paradigma de investigación que presume la coexistencia de experiencias múltiples respecto a un mismo fenómeno, validando y exaltando el relato subjetivo de los sujetos en relación con una temática determinada (97). En este marco, la investigación cualitativa busca indagar en cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan (98). Dado el foco en la complejidad respecto a los fenómenos estudiados, en investigación cualitativa se trabaja con pocos casos para profundizar en el significado del objeto de estudio, comprendiendo la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos (99). En ese sentido, adoptar un enfoque cualitativo es adecuado al objetivo principal del proyecto, que busca desarrollar un conocimiento profundo de las experiencias de un conjunto de actores en una situación de crisis sanitaria, en un contexto de vulnerabilidad social, movilidad humana y diversidad cultural. El estudio es descriptivo y exploratorio, ya que busca indagar los aspectos éticos de las residencias sanitarias en poblaciones socialmente vulnerables, como los migrantes internacionales, y puede conducir a más investigaciones en diferentes contextos.

#### Diseño de investigación

El estudio se llevó a cabo mediante un Estudio de Caso, entendido éste como un diseño metodológico cualitativo en el que el investigador explora un sistema acotado, contemporáneo y real (un caso) o múltiples sistemas acotados (varios casos) a través de una recopilación de datos en profundidad. Los estudios de caso involucran múltiples fuentes de información para proporcionar una descripción detallada del caso (97), y su relevancia radica en que desarrollan una comprensión profunda del tema de estudio. Para efectos de la presente investigación se abordó el estudio en cuatro regiones del país: Región Metropolitana, y las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta.

#### Selección muestral, grupo de estudio y reclutamiento de participantes

Los participantes del estudio fueron migrantes internacionales mayores de 18 años (N=17), profesionales de la salud, representantes de las autoridades de salud y gerentes de residencias sanitarias (N=16). Los participantes pertenecientes al grupo de migrantes fueron reclutados a través de contactos clave en organizaciones de migrantes de las regiones abordadas por el estudio y, posteriormente, mediante la técnica de bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser migrante internacional de cualquier nacionalidad, género, condición migratoria y pertenencia al sistema de salud público, privado o bien a ninguno, residente en la Región Metropolitana o en las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta, ser mayor de 18 años de edad y haber utilizado instalaciones de cuarentena (albergues o residencias sanitarias) en algún momento desde junio del año 2020, incluyendo estar actualmente alojado en una de estas instalaciones, poder participar vía telefónica o a través de la plataforma Zoom, hablar español o francés, y aceptar participar del estudio.

Los profesionales de la salud, los representantes de las autoridades sanitarias y los administradores de residencias sanitarias fueron reclutados a través de contactos clave dentro del MINSAL y, posteriormente, a través de la técnica de bola de nieve. En cuanto a los profesionales de la salud y administradores de residencias sanitarias, los criterios de inclusión fueron los siguientes: haber trabajado en residencias sanitarias de la Región Metropolitana y las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta desde junio de 2020, y en instalaciones que han recibido a migrantes internacionales. Los criterios de inclusión para los representantes de las autoridades de salud fueron: trabajar para el MINSAL o en un cargo de autoridad en el sistema de salud público o privado en la Región Metropolitana y las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta, tener conocimiento en la temática de salud migrante, o en implementación de las residencias sanitarias. A continuación, se presentan las tablas que dan cuenta de la caracterización sociodemográfica de los y las participantes del estudio.

**Tabla 4.** Caracterización de los participantes: Migrantes internacionales.

País de origen	Sexo	Edad	Región	Previsión de Salud
Venezuela	F	-	Norte	-
Venezuela	M	29	Iquique	Sin previsión
Venezuela	M	64	Región Metropolitana	FONASA
Venezuela	M	24	Iquique	Sin previsión
Venezuela	F	33	Región Metropolitana	FONASA
Venezuela	M	36	Iquique	Sin previsión
Venezuela	M	28	Iquique	Sin previsión
Venezuela	M	40	Región Metropolitana	FONASA
Venezuela	F	38	Antofagasta	Sin previsión
Bolivia	F	20	Región Metropolitana	Sin previsión
Bolivia	F	39	Antofagasta	FONASA
Perú	F	27	Antofagasta	FONASA
Colombia	F	38	Antofagasta	FONASA
Ecuador	F	41	Iquique	FONASA
Haití	M	39	Región Metropolitana	FONASA
Haití	M	34	Región Metropolitana	FONASA
Uruguay	M	47	Región Metropolitana	Sin previsión de salud

**Tabla 5.** Caracterización de participantes: Personal de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias.

Profesión/Cargo	Sexo	Edad	Región
TENS	M	28	Región Metropolitana
TENS	F	27	Región Metropolitana
Médico	M	38	Región Metropolitana
Fonoaudiólogo	F	25	Región Metropolitana
Fonoaudiólogo	F	25	Región Metropolitana
Trabajadora Social	F	35	Arica
Kinesiólogo	M	26	Región Metropolitana
Kinesiólogo	F	-	Arica
Enfermero	M	27	Región Metropolitana
Coordinación Residencia sanitaria	F	38	Región Metropolitana
Gerente hotel	M	48	Región Metropolitana
Experto migración MINSAL	M	-	Región Metropolitana
Experto migración MINSAL	F	-	Antofagasta
Experto APS MINSAL	M	-	Región Metropolitana
Experto migración OIM	M	-	Zona Norte
Experto poder judicial supervisión medidas protección	F	-	Iquique

### Técnicas de investigación

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con los participantes de cada grupo, generando un total de 33 entrevistas individuales semi-estructuradas. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Estas fueron realizadas por teléfono o videollamada a través de la plataforma Zoom, considerando que la movilidad es limitada durante la pandemia y que las entrevistas cara a cara son difíciles de realizar considerando las recomendaciones de la autoridad sanitaria de distanciamiento social. Las entrevistas se realizaron en base a guías de entrevista semiestructurada diseñadas por el equipo de investigación en colaboración con expertos clave, en base a los objetivos del estudio.

### Análisis de la información

Toda la información proveniente del trabajo del levantamiento de información fue transcrita Verbatim a Word. A cada entrevista y grupo de discusión se le asignó un código, con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas entrevistadas. El material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (98,99), a partir de las categorías establecidas

por las guías de entrevistas, así como los temas emergentes que surgieron durante el desarrollo del estudio.

### **Aspectos éticos**

Los principios éticos de cualquier estudio científico que involucre a seres humanos comprometen a los investigadores a diseñar y aplicar el estudio considerando los principios universales de la investigación científica: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Para tomar en cuenta estos principios, el estudio contempló un proceso de consentimiento informado, asegurando que los participantes recibirían toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, asegurando su comprensión y participación absolutamente voluntaria. Para ello, se redactó un documento informativo para que los participantes se informaran del estudio; y un consentimiento informado online. El equipo investigador se guió por la Declaración de Singapur y las leyes chilenas de protección de los participantes en investigación en salud. Además, se salvaguardó la privacidad y el anonimato de todos los participantes, ya que a cada grabación de audio se asignó un código. Sólo la investigadora principal y alterna tienen acceso a los nombres de los y las participantes del estudio. El material producido es 100% digital y ha sido compartido exclusivamente entre el equipo de investigación a través de una carpeta en línea bloqueada con contraseña. El material será destruido 9 meses después de finalizado el proyecto. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo.

### **Criterios de rigurosidad científica**

El rigor en la investigación cualitativa se define por la fiabilidad y la validez que se aplica durante la investigación. La validez cualitativa significa que el investigador verifica la exactitud de los hallazgos empleando ciertos procedimientos (100). Para garantizar la credibilidad y confiabilidad del estudio se consideró como criterio de rigurosidad (101) la triangulación de participantes: se levantó información de diversas fuentes: migrantes internacionales, autoridades, personal de salud y administradores de residencias sanitarias, lo que permitió la triangulación de la información. (ii) Validación de resultados, para determinar la precisión de los resultados cualitativos se realizó la presentación de un informe parcial.

## 2. RESULTADOS

A partir de las entrevistas realizadas a migrantes internacionales, y a autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud, se desprenden los siguientes resultados, los cuales han sido organizados en dos secciones, la primera sección que da cuenta de las percepciones de migrantes internacionales respecto al fenómeno estudiado, y la segunda en relación a la opinión de autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud involucrados en residencias sanitarias.

### A. LAS VOCES DE MIGRANTES INTERNACIONALES EN RELACIÓN AL COVID-19 Y EXPERIENCIAS EN RESIDENCIAS SANITARIAS

#### 1. Experiencia migratoria

##### 1.1. La vida antes de migrar

La vida de las y los entrevistados en sus países de origen difieren entre sí, algunos relatan situaciones económicas y familiares estables, mientras otros sostienen haber estado viviendo con profundas carencias. Esto se relaciona tanto con la situación política y económica de cada país, como con las circunstancias personales que los rodeaban al momento de decidir migrar:

*Yo vivía en Santa Cruz, Bolivia, trabajaba como enfermera, vivía con mi papá, estaba con mis hijas, cuatro hijas, pero una vez que la clínica donde trabajaba cerró ya se empezó a poner difícil y una amiga que vivía aquí un día fue para allá y me dijo oye, vente que ahí hay trabajo (...). Bueno, voy para ver el mar, así me vine la primera vez, era el objetivo conocer el mar y volverme. Pasamos el fin de semana y el día sábado a la playa, conocí el mar. El lunes me preguntaron si quería trabajar y yo dije bueno claro, trabajo por un ratito como ayudante de cocina, y ya me fui encariñando con la señora, de limpieza trabajaba. Y así fueron los primeros años, ir y volver cada tres meses. E18*

*Mire, yo antes de vivir en Chile viví ocho años en el Ecuador, ya son más de diez años que salí de Colombia. Yo trabajé bien en Ecuador, en las petroleras, yo estudié enfermería nivel 3, entonces prestaba primeros auxilios en la petrolera y cuando tenía chance alquilaba negocios y los administraba. Los primeros meses fueron duros porque trabajaba de repartidora de productos, de mesera, de lo que saliera. No me fue tan duro porque en todo el país al principio se trabajaba. Mire, yo estaba en la zona petrolera y ahí ya no hay tanta producción como antes, incluso ahora Ecuador le compra petróleo a Colombia. Yo tenía un negocio de empanadas y ahí la producción bajó, pero muchísimo, como 50% también con el desempleo, también ya no había pozos ahí, y subió mucho el desempleo. Y bueno, me habría podido quedar allá pero ahí un amigo me calentó el oído y me dijo mire que está bueno, yo sin pensarlo vine a probar. Yo al principio me fue bien hasta que un bruto me rompió el pie y ya entonces por meses no puedo trabajar, solamente por pololos, cosas pequeñas. Bueno, ahora en la toma no pago arriendo y entonces ahí por lo menos no pago arriendo. E24*

*No puedo decir que tenía una vida perfecta, pero yo soy profesional, trabajaba en banco, hice dos años trabajando en banco, después yo toma decisión de hacer experiencia, pero no sabía que en Chile no puedo estudiar, tenía objetivo de hacer Magíster. Cuando llegué a Chile, fui a la Universidad Católica y dijeron no hay pacto para hacer estudios aquí en Chile, me mandaron a MINEDUC para legalizar mi papel. Yo vivo como un tonto aquí porque no tengo un buen trabajo. No pude convalidar estudios. E23*

*Yo vengo de Perú, del Dorito, está al norte de Perú, frontera con Ecuador, Brasil. Antes de venirnos mi hijo es peruano, cuando mi hijo nació a los tres meses recibimos la oferta de que mi esposo se viniera a Chile por medio de unos peruanos también, entonces él se vino primero. Él está desde 2015, mayo, yo me quedé sola en Perú y me vine en diciembre. No trabajaba porque tenía a mi hijo muy chico, me vine en bus. Cuando di a luz a mi hijo, yo me fui a Lima con una familia, con unas ciertas condiciones que íbamos a estar ahí hasta diciembre, entonces ahí en diciembre nos vinimos. Partí con el bebé, cuando tenía un año dos meses mi hijo. E20*

*Yo vivía en Bolivia, tranquila, pero buscando trabajo. E15*

*La salida de Ecuador fue muy duro, lo recuerdo y me da mucha nostalgia. Son 11 años que llevo acá. Primero vino el papá de mis hijos y luego a los 3 meses llegué yo. Tuve que dejar a mis hijos allá. E9*

En el caso específico de personas extranjeras provenientes de Venezuela, los relatos develan la historia reciente de dicho país, a partir de experiencias diversas, tanto de personas que migraron hace ya varios años de Venezuela hacia Chile u otros destinos, como de quienes recién salieron de Venezuela en busca de mejores perspectivas de vida en Chile. Sostienen que los primeros flujos migratorios masivos hacia Chile y otros destinos dentro del continente comenzaron el año 2014, pero que **la situación en Venezuela en la actualidad es crítica, y se ha agudizado por la pandemia, por lo que grandes contingentes de venezolanos han salido del país en busca de oportunidades en el último año:**

*Antes de venir pasé a República Dominicana, pasé como 7 días para vivir aquí. Primero vine yo y después vino mi esposa con mi hijo acá en Chile. Mi familia no ha pasado tanta necesidad en Venezuela, pero ya desde el 2014 la economía estaba quebrada totalmente, los fallos políticos, económicos, sociales se dan desde el gobierno de Chávez, pero la parte de producción era buena, el petróleo subió un precio que te permitía mantener cierta calidad de vida, ahí ya se veía que estaban tomando malas decisiones, ya la cosa iba a ser en picada, eso ya se sentía, había escasez. No se encontraba ya en el 2014 papel higiénico, 2017 ya la cosa estaba muy fea, la gente estaba protestando en la calle, con todos protestando igual la milicia no hacía nada, no había indicios de que eso iba a acabar, se notaba la corrupción, en cómo se podían conseguir los papeles, ya para esa época yo pensaba que cómo tener una perspectiva, no tenía, como surgir, o sea podía usando contactos pero sino es muy difícil, lo que es tener un inmueble, carro, una buena profesión, veía que se puede hacer solo con una dificultad muy grande y yo no soy muy patriota, entonces las banderas son una invención humana igual que las fronteras. Lo más que me importa es que haya una situación para que se me respete. Mis familiares son chilenos, ellos se fueron en una época en que estaba muy mal la cosa aquí, no porque fueron socialistas, pero se fueron en la época de Pinochet. Yo habría podido tener la nacionalidad chilena en Venezuela, pero no se me habría ocurrido, hacer ese proceso ahora habría tardado tres años, así que preferí partir. Primero Perú, duré dos años, me fue bien al principio, pero después ya la economía peruana también está mal, el caso Odebrecht, pero bueno, ahora este era mi destino y ya estoy aquí, finalmente en Chile. E22*

*Yo me gradué en Venezuela de docente, como licenciada en educación integral. Pero por la situación del país no pude ni apostillar ni registrar mi título (...). Bueno, ya a lo último por la pandemia se puso la situación muy fuerte para el venezolano, porque ya sólo alcanzaba el suelo para pagar alquiler y para comer o medio comer. Por eso la mayoría de los venezolanos que están en Bolivia y Perú, Ecuador, se están viniendo acá a Chile. Porque hay una mejor economía, hay mejores fuentes de trabajo y otras oportunidades. E30*

*Antes de llegar a Chile había vivido un año en Nueva York. Porque yo soy muy emprendedor, yo tenía un negocio en Venezuela, me iba bien. Hasta 2014 que empezó la situación muy, muy crítica, y mi negocio quiebra. Yo soy profesor de baile, tenía una academia con una cartera de clientes bastante*

*amplia, y poco a poco fue mermando por la situación del país, y tuve que migrar a Estados Unidos. E10*

## 1.2. Experiencias migratorias

En los relatos sobre las experiencias de cruce de fronteras hacia Chile por parte de las y los entrevistados, **los testimonios dan cuenta de largos recorridos desde sus países de origen con el objetivo de llegar a Chile. Muchos han cruzado la frontera sin portar la documentación necesaria**, en el caso personas provenientes de Venezuela, esto se debe principalmente a las dificultades que enfrentan en ese país para acceder a un pasaporte y otros documentos necesarios para viajar al extranjero. **Esto ha hecho que familias completas, con niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes crucen por pasos no habilitados, principalmente en la frontera del norte del país.** Las condiciones de estos viajes son muy precarias, la gente camina cruzando países completos, y se aventuran caminando por el desierto para ingresar a Chile. **Este recorrido conlleva una serie de riesgos en diversos ámbitos, pero dicen estar dispuestos a hacerlo para lograr su objetivo, que es ingresar a Chile en busca de un mejor destino:**

*Cómo sabes en Venezuela para cualquier venezolano le es imposible por los niveles de corrupción, que hay optar por un pasaporte o cualquier documento de identificación como partida de nacimiento, cédula, etc. Porque son trámites extremadamente costosos y ya usted sabe la crisis económica y humanitaria que hay. Por tanto, yo no dispongo de un pasaporte y por eso no pude ingresar al país de manera legal, por lo que ingresé desde hace aproximadamente 14 días más o menos a Chile y obviamente me presenté ante carabinero, hice todo el proceso como cualquiera de los migrantes venezolanos que están ingresando. E31*

**Muchas personas venezolanas han ingresado al país con la Visa de responsabilidad democrática**, promovida por el gobierno de Chile en el contexto de la crisis humanitaria que existe en relación a la masiva migración de venezolanos/as. Algunos/as han llegado a Chile con esta Visa directo desde Venezuela, mientras otros/as ya se habían establecido antes en países como Perú, Bolivia o Ecuador, y por el contexto de pandemia decidieron migrar a Chile durante el año 2020. **Sostienen que ya hace algún tiempo el acceso a esta visa es muy difícil, lo que ha obstaculizado el ingreso regular a Chile por parte de población venezolana:**

*(...) yo este mes cumpliría justamente 1 año y 6 meses en Chile, y bueno, yo me vine de Venezuela con la visa de responsabilidad democrática. E29*

*Mira yo vine en este año porque el año 2018 pusieron la visa, entonces yo quería venir, pero se puso más difícil por la visa, el 2019 no tuve los recursos y el 2020 logré juntar esa plata, entonces con el COVID ya preferí arrancar, al principio me quedé en Perú porque conocía la economía, tenía mis redes. Luego cuando supe que había una vía más sencilla para entrar por Bolivia ya dije, parto, porque si no capaz que la refuercen como reforzaron Arica, entonces dije hay que hacerlo, no era el mejor momento, pero fue el momento en que se pudo hacer. Empecé a viajar en octubre y ya a finales de noviembre estaba en Santiago. E22*

Tal como se mencionó anteriormente, varios de las y los entrevistados reportan haber realizado largos trayectos para llegar a Chile, transitando por diversos países, principalmente Perú y Bolivia. **Muchos/as han dejado atrás a sus familias, hijos e hijas, con la esperanza de lograr establecerse en Chile y forjar un mejor futuro para ellos/as.** En muchos casos, estas travesías implicaron una serie

de experiencias de diversa índole, entre ellas **experiencias de discriminación, pasar frío y hambre, y experimentar el miedo bajo diferentes circunstancias que les ha tocado vivir, especialmente en el cruce de fronteras.** Luego, una vez en el país, quienes han ingresado de manera irregular se encuentran con diversas trabas administrativas para desplazarse por el territorio, por lo que para muchas personas el camino a pie continúa dentro de Chile, cruzando ciudades y regiones, y nuevamente exponiéndose a situaciones de alto riesgo:

*Me demoré en llegar aproximadamente 8 días, contando el tráfico, los contratiempos, etc. E31*

*Fue una experiencia sumamente dolorosa porque tú tienes que dejar tu familia. No es fácil porque hay algunas partes, porque yo por lo menos me vine por Brasil, hay algunas partes que si no tienes en regla los papeles le ponen mucha traba. Pero de todas maneras nos trataron bien en el trayecto. Desde que salí de Venezuela estuvimos como 12 días en el trayecto. E7*

*El trayecto fue muy duro, tuve que cruzar todo lo que es Perú. Lo primero, la despedida de dejar a mis hijos, la menor tenía 3 años y la mayor 12 años, de ahí venía el varón de 11 y la otra niña de 8, eran muy pequeños. Fue un dolor muy fuerte, pero me enfoqué que tenía que venir acá con una meta: un futuro mejor para ellos. El trayecto, comparado a ahora, la gente del Perú era un poco discriminatoria, discriminaba mucho porque uno pasaba y no, es algo muy feo, fue mi primera experiencia. Cuando me toca viajar siempre es lo mismo, porque voy en bus me da miedo viajar en avión. E9*

*Yo entré por Bolivia, hace tres meses, el viaje fue Lima, Arequipa, Desaguadero, La Paz, hasta llegar a Chile, la frontera fue muy suave, no tuve dificultad para pasar por esa frontera. Pasé por Pisiga, que está suave, no como Arica que está impasable para extranjeros, tienen drones, la milicia está muy activa por ese lado, tengo entendido que porque Perú está muy infectado. Por Bolivia me fue muy fácil el paso, esta época ha sido la que más fácil ha sido migrar hacia Chile. Pasé por paso no habilitado, no había nada, es un camino paralelo al paso habilitado, muy cerca. Los viajes los hice acompañado por un amigo que conocí en Tlicayo, Perú, que tenía también la intención de venir a Chile. Es muy fácil en el camino ir haciéndose amigos para apoyarse, porque las situaciones son más menos las mismas. Una vez en Pisigachoque caminamos 27 kilómetros, luego pagamos transporte para parar cerca de Huará y después ahí a un kilómetro había un control militar que nos entrevistó y nos dio información diciendo que la forma más fácil de seguir moviéndonos era entregándonos a la PDI y ahí nos llevaron a Huará. Ahí nos pusieron en una lista y tuvimos 7 días de espera, pasamos esos 7 días en una plaza y tomaban los datos de las personas que habían entrado. Yo tuve la suerte de pasar mis noches en un recibo de una posada, en ese recibo no podían alquilar por el tema el COVID porque era un sitio en que cabían como 7 personas. Ahí en ese recibo pude dormir, pero no fue la experiencia de los demás, otros estuvieron en la plaza, hay personas que la tuvieron muy rápido, muy fácil, hay otros que no, que pueden durar tres días. Yo por lo menos no. Luego que me liberaron del refugio en Iquique me di cuenta que no me sirvió mucho para trasladarme, porque entre los documentos que me piden es una carta de invitación y yo la tengo, pero me dijeron que no sirve porque tiene que ser de familiar. Yo familiar tengo, pero no los trato, no los conozco, ni tengo su contacto, entonces ya no pude viajar y lo que hice fue irme caminando de Iquique a Antofagasta, más los aventones que nos van dando. El susto más grande la verdad yo me lo llevé de Pisiga a Huará porque la temperatura descendió y empezó a llover, estaba cayendo granizo y rayos y ahí eso fue lo que me dio mucho miedo. Nos pidieron 20 dólares por un aventón, pero la mayoría de las personas que pasan por ahí, simplemente ignoran, quizás saben que es ilegal, que es tratado como trata de blanca, entonces te ofrece la ayuda muy poco. Es que es un delito, como trata de blanca. E22*

Estas travesías, según las personas entrevistadas, tienen **fuertes consecuencias para la salud de las personas en todo ámbito, principalmente en los de salud mental,** dada las situaciones extremas que han debido experimentar:



*Mira más es la salud mental, porque uno pasa días comiendo poco, bebiendo de los grifos, y el mayor temor es el desierto. Del agua no nos damos tanto problema porque bebemos donde encontramos y la comida vamos comprando.*

A esto se suma **la preocupación constante por un posible contagio de COVID-19 durante el proceso de cruce de fronteras**, lo cual aumenta la vulnerabilidad de la población migrante:

*De cierta manera, ya que en el camino las personas que tu consigues pueden ser de mi misma nacionalidad, yo pensaba que el camino, cruzando las fronteras me iba a encontrar solamente venezolanos, no es así, consigues bolivianos, peruanos, colombianos, y son personas que cuando hablas con ellos no se les nota un tema de aseo, de sanidad, se les ve de descuidados, entonces no necesariamente uno está más tranquilo. E26*

*En los pasos inhabilitaos hay de todo, se ven personas solas, familias, parejas, grupos de amigos, casi no hay adultos mayores ni personas con discapacidad, pero igual se ve. Bebés, hermanos, de todo. En ese viaje yo más vi haitianos algo y en el refugio 100% venezolanos. E22*

**La gran mayoría de las y los entrevistados ingresó al país por bus o caminando. Sostienen que una vez que se ingresa al país, los controles por parte de carabineros son mínimos, sobre todo en los territorios más deshabitados del norte.** Por lo mismo, se relata que el desafío para quienes no tienen papeles de ingreso es cruzar a territorio nacional, pero una vez dentro es difícil que deporten a las personas extranjeras:

*Llegando acá tuve problema en el tema de la frontera. Vine con mi concuñada y a ella la rebotaron primero. Yo no había cruzado y me daba tanto miedo cruzar y que me deuelvan para Perú. Cuando yo crucé me hicieron unas pequeñas preguntas, muy amable el de la PDI. Me marcó y pasé. E9*

*Claro, es que por ejemplo si te pillaban cruzando en plena frontera pues te deportaban, pero después que tú estabas dentro del territorio, que pisabas territorio chileno, los carabineros te pasaban por un lado (...). Uno cruza la, la frontera, eh uno, hay un par, hay un par de pueblos que están, que son muy poco poblados, muy poco poblados, que es Colchane y otro que no, no recuerdo muy bien el, el nombre, eh están muy, muy poco poblado, eh allí sinceramente no hay un control por parte de los carabineros en cuánto a las personas que van transitando por allí, a tal punto de que, pasan por un lado y no se inmutan, este no tienen ninguna precaución, ni por lo menos una pregunta, algo, a menos que esas personas que están cruzando vayan a generar el tema de la auto denuncia. E26*

Reportan que **una vez ingresado al país de manera irregular, si no se cuentan con los papeles necesarios tanto migratorios como sanitarios, es imposible continuar el viaje dentro del territorio nacional:**

*Luego en Iquique el control obviamente tampoco te puede subir a ningún autobús, no puedes subirte a ningún autobús porque entonces te piden la prueba, el pasaporte sanitario, te piden un salvoconducto, el tema del covid y si en caso de que hayas pasado te piden también el comprobante de la cuarentena para poderte venir. E26*

La mayoría de las y los entrevistados organizó su ingreso al país de manera individual, pero también **hay casos en que las personas han pagado a terceros para que los ingresen al país:**

*Me vine a través de, digamos otros venezolanos que tiene una especie de organización que trabajan transportando a otros venezolanos. Están en Perú, en Ecuador, en otros países estas personas*

*organizadas que se encargan de prestarle un servicio a otros migrantes para que puedan buscar una mejor vida en otro país, no sólo en Chile. E31*

Respecto a los controles sanitarios al ingresar al país, gran parte de las y los entrevistados sostienen que si han ingresado de manera irregular intentan continuar el viaje por distintas vías para llegar a las ciudades de destino, que pueden estar en el norte o bien en otras zonas del país. **Para realizar estos desplazamientos, las autoridades exigen que las personas cuenten con una carta de invitación por parte de un familiar que esté establecido en Chile:**

*Entonces allí las personas ubican distintos medios, tú vas a los carabineros y ellos te atienden para tramitar esta visa sanitaria al igual que el permiso, y el tema del permiso para viajar y aparte de ello a donde vayas lugar distinto de Iquique tienes que tener una carta de invitación notariada por la persona que te va a recibir allá, la recibes por Chilexpres. E26*

Las personas entrevistadas sostienen que **se recomienda realizar una autodenuncia al ingresar de manera irregular al país, ya que a través de este trámite el ingreso queda registrado por parte de las autoridades y esto permite la movilización por el país.** Otras personas entrevistadas desconfían de la autodenuncia, ya que temen que este trámite conlleve una deportación:

*No, como te digo cuando dicen autodenuncia uno tiende a alarmarse que es una palabra bastante fuerte incluso la PDI no usa esa palabra, hasta que tú haces el trámite y te lo ponen entre paréntesis, que de hecho estoy en ese trámite, y cuando te hablan de autodenuncia tú te preocupas y trata de evitarlo a toda costa, nosotros tuvimos la suerte de poder seguir adelante sin necesidad de pasar por esos controles de cuarentena, sin embargo, hay persona que conozco que si han estado, ellos tomaron la decisión de irse a hacer la prueba porque había otro rumor que decía que si te hacías la prueba y te salía negativa te vendían el boleto. Cosa que era falsa, porque cualquier resultado igual tendrías que pasar la cuarentena. Entonces en cuanto a controles sanitarios, si había en Guara y en Iquique, había en esos dos puntos sitios acondicionados para ellos (...). Entrevistado: Antes de ingresar aquí me llegó la información que, si te autodenunciabas cerca de esa zona te iban a poner a pasar la cuarentena obligatoria durante 14 días, ese fue el comentario o rumor que a ciencia cierta es verdad. Bueno nosotros tomamos la decisión como te digo, como es un tema alarmista la autodenuncia uno quiere llegar, buscar la forma de enrumbar su vida rápidamente, entonces uno trato de pasar esos controles de una u otra manera. E26*

**Las personas que se autodenuncian, una vez ingresadas al país, son derivadas a albergues o residencias sanitarias para realizar cuarentenas, pero quienes no se autodenuncian no son controladas sanitariamente en contexto de pandemia.** Así también, quienes han ingresado al país sin pasar por control de aduana o autodenuncia no pueden acceder a los albergues o residencias sanitarias. Sobre el proceso de autodenuncia una persona entrevistada aclara:

*Mira, lo llaman cuando haces el trámite por internet, en Santiago los trámites se hacen por internet, por internet buscas la cita de denuncia por ingreso clandestino. Ya después que estás acá la única forma de hacer autodenuncia es esa, yo he tenido que hacer, en su momento fui varias veces a la PDI y siempre me dijeron que tenía que ser por internet. Una vez que te llega la cita, te llega por correo. Aquí la autodenuncia no es como allá, incluso conocí a una persona que intentó hacer la autodenuncia en Iquique y no lo pudo hacer y le agendaron la cita, pero cuando le agendan esa fecha fuera de Santiago, la persona va a tener que volver a donde hizo esa gestión inicialmente. E26*

Respecto al proceso de autodenuncia y controles sanitarios, los testimonios de las personas entrevistadas dejan entrever **falta de información respecto al proceso de control sanitario y de**

**ingreso al país. Por lo mismo, sostienen tener miedo frente a la posibilidad de ser deportados dado en contexto de pandemia:**

*De verdad no hubo ningún tipo de control por esa frontera, justo después de cruzar la frontera, sólo que cuando las personas iban y se auto denunciaban allí mismo te ponían a pasar la cuarentena en ese hotel que está en el pueblo justo al lado de carabineros. Al cruzar justamente la frontera en ese pueblo de Colchane, hay una sede de carabineros allí, hay personas que se auto denuncian allí, pero por toda la ambigüedad de la ley no conozco muy bien aún el sistema. Los carabineros no toman una acción represiva, sino que simplemente toman la auto denuncia y a las personas que se auto denunciaban la colocaban en un hotel que está al lado para que pasaran ese periodo de cuarentena. Según los rumores, porque no hay información certera, hay personas que dicen que si pasas los días de cuarentena te devuelven al pueblo más cercano de Bolivia. Nadie tenía una certeza a tal punto, que el siguiente pueblo a donde llegamos la única persona que atendía allí, que tenía un Minimarket que hacía comida y eso, ella decía que iban unos autobuses que los trasladaba hasta Iquique directamente, así que nunca lo pudimos comprobar directamente. E26*

*El único control que tenían los carabineros en esa zona, todas las personas que tenían, vehículos de transporte, estas vans, e incluso las personas con los camiones, los carabineros si le tenían totalmente prohibido que montaran a ninguna persona que vieran en la vía, porque los iban multar y los iban llevar presos, ese era el máximo control que había en la frontera. E26*

*En cuanto al control, ese tema de los carabineros, deberían manejar bien la información, debería ser informativo, si tú de alguna forma estás respetando el derecho de esas personas y no estás tomando represalias al no detenerlos, por lo menos tener un control informativo, algo que la personas sepan, para saber qué hacer. E26*

*Cuando salimos estábamos en plena, comenzando la pandemia. Fue el mes de septiembre. Entré a Chile el 11 de septiembre exactamente. Había completamente cuarentena. Nos tocó caminar, pasar ese frío fuerte de Colchane. Yo vengo con mis tres hijos, mi esposo y unos familiares más. Nos tocó dormir esa noche ahí y con ese frío fuerte porque era de 1 grado que había. Tembló, nos recibió Chile así con un temblor. Al siguiente día quien nos pudo trasladar fueron las gandolas. No había tráfico, no había nada porque estaba completamente en cuarentena. E3*

Cuando migrantes internacionales ingresan al país de manera regular y no tienen donde realizar cuarentena, o han ingresado de manera irregular y son detectados por las autoridades (ya sea pesquisados en fronteras o si se han autodenunciado) **son trasladados a albergues o refugios**, infraestructuras (gimnasio, escuelas, y en el caso de pueblos fronterizos que no cuentan con infraestructura se han habilitado carpas militares, entre otros recursos) que han sido habilitadas en distintas ciudades del norte del país para que migrantes internacionales realicen cuarentenas preventivas obligatorias. **Una vez en los albergues, si alguien da positivo al COVID-19, son trasladados a residencias sanitarias.** Hay ciertas comunidades fronterizas por donde ingresa gran cantidad de personas y, en estas localidades, los y las migrantes deben esperar su tiempo de cuarentena donde sea en estas localidades: plazas, calles, etc. En ocasiones, las personas son trasladadas en buses desde estas pequeñas localidades a los albergues habilitados en las ciudades como Iquique, Calama, Antofagasta. **Estos albergues constituyen una respuesta sanitaria por parte de las autoridades frente al alto contingente de personas extranjeras que han ingresado de manera irregular al país en contexto de pandemia.** Para las personas extranjeras los albergues constituyen un espacio de contención y refugio donde reciben alimentos y techo. Pero también son percibidos como fuentes de contagio de COVID-19 ya que en los albergues las personas comparten todos los espacios incluido los baños, y algunos presentan altos niveles de hacinamiento:

*Luego también en el refugio, 60 personas en el refugio que estaban conmigo en el momento en que yo di positivo a COVID, 60 personas, primero 30 que fueron trasladados y después 30 más, me pareció una cifra muy alta, eran procedentes de países que no tenían tanto COVID, creo que al final era porque todos compartíamos el mismo baño. Una cosa extraña era que todos éramos asintomáticos, por ahí supe que sólo un bebé tuvo síntomas. E22*

*Ese era el máximo control que había en la frontera, incluso, personas que se paraban para preguntar ellos decían que llegando a Guara había un control, donde pasan las personas, te toman la temperatura, pasan como un peaje o una alcabala y allí sí te ponían a cumplir la cuarentena obligatoria. En Guara si te ponían a cumplir la cuarentena obligatoria, si era sorprendido como migrante, en guara tenías que cumplir la cuarentena obligatoria. Cuando yo ingresé había muchas personas que estaban en Guara retenidas. E26*

*Claro evidentemente, todo el mundo quiere, cuando dices la palabra autodenuncia no todo el mundo manejamos o entendemos lo que llama a una alerta, entonces las personas quieren evitar eso lo más posible, y bueno eso lo que trata de hacer todo el mundo, sin embargo, como te digo, esa salida de Colchane es obligatorio pasar por guara, hay distintas técnicas que aplican quienes tienen la osadía de comprar un pasaje para sacar a las personas de allí y movilizarlas hasta Iquique y saltarse se control, pero allí hay un control. E26*

En los relatos se pueden **identificar estrategias de autocuidado para evitar el contagio de COVID realizada por los y las migrantes durante todo su proceso migratorio, incluida la estadía en albergues**. Como medidas destaca el uso del alcohol gel y lavado de manos:

*Bueno sortear el tema del cruce era básicamente con el alcohol gel y el lavado de manos, procurábamos no agarrar mucho las cosas, no tocar las paredes donde estuvieran otras personas, tener cuidado donde sentarse, tratamos de no estar en sitios aglomerados, ese era más o menos lo que teníamos en las manos dentro de las estrategias (...). Nosotros usábamos el protector facial, que en Perú su uso es obligatorio pero acá no lo he visto mucho, nosotros tuvimos ese protector facial hasta después que pasamos la frontera, pero igualito todo el mundo con su mascarilla. E26*

Algunos relatos de personas entrevistadas dejan entrever que **en los albergues, dada la gran cantidad de población que está ahí contenida para realizar cuarentena, suceden en ocasiones situaciones conflictivas difíciles de sortear**:

*Mi experiencia es que, en lo particular, diferencia es que en lo particular creo que es ACNUR quién ha organizado esta residencia sanitaria, están bien organizados, sin embargo, yo no sé si por la cuestión humanitaria yo considero que debían regularla o filtrar las personas que verdaderamente deben ingresar. ¿Por qué? Yo soy uno de los venezolanos que viene este país digamos a progresar a un mejor futuro y hasta cierto punto a cumplir sus aspiraciones profesionales, sin embargo, vino mucha gente mala mucha gente con bajo nivel de estudios y con vicios (...), vinieron muchas personas que consumen como un 40% entonces, para mi opinión deberían hacer un filtro que esta persona puedan tanto ingresar al país cómo incluso al refugio. E31*

### **1.3. Razones para migrar a Chile**

Entre las **principales razones que relatan las y los entrevistados para migrar a Chile se encuentran las económicas**, toda vez que el país es percibido como estable económicamente y con posibilidades para que extranjeros puedan emprender. Además, el país se percibe como estable también en lo político y social:

*Porque Chile, verdad, como todos saben es un país donde económicamente está bien, país donde hay estabilidad, tiene uno de los sueldos mínimos más altos de Latinoamérica y es el país de Latinoamérica que tiene el menor índice de corrupción y viendo el ejemplo de Ecuador de Perú que mantiene una inestabilidad política, y el caso de Colombia que es el tema de los grupos armados y el monopolio del narcotráfico y las mafias que controlan dichos sectores en Colombia. Entonces por tanto decidí que la mejor opción era este país. E31*

Por lo mismo, la mayoría de las y los entrevistados ha ingresado al país en busca de oportunidades laborales, las cuales sostienen no han podido encontrar ni en sus países de origen, ni en los países por los que han transitado antes de ingresar a Chile:

*Viajé con mi pareja, entramos por Pisiga y de ahí hasta Paine, buscando trabajo. E15*

Se sostiene que, en el caso de la población venezolana principalmente, dado el éxodo masivo que han enfrentado millones de personas provenientes de este país, la incertidumbre al momento de ingresar a Chile aumenta, en el sentido que la certeza de poder encontrar trabajo y generar buenas condiciones de vida para sí mismos y sus familias ya no es una certeza:

*Señorita incluso cuando estuve en la cuestión de la ayuda humanitaria en Cúcuta eso no solamente se ve acá eso también se ve muchísimo país. La verdad que las cifras de la ONU están fallas porque no son 5.000.000 venezolanos que se han ido de Venezuela, yo digo que esa cifra hace rato paso por los 10 millones, somos una de las migraciones más grandes que ha existido en el planeta después de los judíos. Entonces en mi opinión hay muchas personas que en este momento se la están viendo fea. Están entrando en un país y vienen con todas las intenciones de progresar, pero a lo que salgan del refugio van a haber muchos que van a mirar a los lados y se va a encontrar con quién sabe qué. O sea, esa incertidumbre la tienen mucho, que no saben con qué se van a encontrar, qué van a ser. Sin embargo, aún no nunca le falta la Fe y las ganas de progresar y de seguir adelante y brindarles un mejor futuro a nuestras generaciones. Y no tengo la duda de que muchísimos vienen con buenas intenciones, no les va faltar Dios ni un golpecito de suerte para ellos puedan salir adelante y prosperar. E31*

#### **1.4. Percepción respecto al proceso de solicitud de Visa en Chile**

La **percepción generalizada de las personas migrantes entrevistadas es que el proceso para obtener la Visa en Chile es muy engorroso y largo**. Esto hace que la experiencia migratoria en Chile se torne muy difícil ya que la Visa es un requisito que se exige en muchas ocasiones para las y los extranjeros poder conseguir trabajo, vivienda y condiciones de vida dignas:

*Es muy largo, muy engorroso, mucha espera. Sin Rut hay muchas dificultades, no te quieren pagar, te bajan el precio. Yo ni tengo carnet, solo el comprobante. Si se me pierde eso me muerdo. E15*

*Fue muy difícil estar en otro país sin documentación y con hijos chicos (...), pidiendo ropa para ir a vender a las pulgas. E18*

*Para visa yo solicité visa de turista, luego yo encontré trabajo para solicitar temporaria. Ahora tengo residencia, temporaria. Yo hice el proceso para mi trabajo porque acá para legalizar la cosa de encontrar trabajo, para postular. Con contrato. E23*

*Después tuve que casarme, porque él tenía sus documentos, él si estaba avanzando más que yo, y me acogí a él. Nos casamos y pude meter los documentos por tener un contacto que ya había tenido su*

*primera visa. De allí él también acogió a los niños y desde ahí fueron cambiando las cosas. Yo conseguí trabajo, él igual consiguió trabajo bueno. E9*

*Estando allá, me tocó pasar por Chile por cosas del destino, y aquí el asunto de la documentación era accesible, metí el asunto de la cédula temporal, y dándole espera que me llegara la temporal, y después de la temporal la definitiva y todo eso, pasaron 3 años. E10*

Además, se sostiene que **toda la tramitación de documentos en Chile está centralizada en la ciudad de Santiago**, por lo que quienes residen en regiones deben esperar aún más dado que su documentación debe tramitarse en la capital y luego ser entregada en la ciudad de residencia:

*Claro, no es que pueda viajar a Santiago y pues tener la cita acá, tienes que volver a donde la pediste.*

*Mira, mi esposo estaba tramitando la temporaria, pero él nos tomó a carga a nosotros dos, llegamos a tener la temporaria porque él la tuvo, pero qué pasó, que en el transcurso tuvo un problema con la temporaria de mi hijo, a mí me llegó, pero a él no. Me decían que todo venía desde Santiago. La presidenta en ese tiempo, la Bachelet puso una ley que todos los niños migrantes tenían que tener carnet, en ese tiempo mi hijo ya estaba en Junji, entonces ahí un caballero, que trabajaba con las monjitas, me pidió que le pidiera un documento a la profesora para conseguirle carné. Mandó los documentos, pero postulando a proyecto, cuando respondieron dijeron que el alumno ya tenía visa en Chile, entonces a mí hace 15 días antes en extranjería me habían dicho que no había respuesta. Luego me dieron un nombre de un caballero que vio que de 7 meses el niño tenía la visa otorgada, solo que los de extranjería no me lo querían dar, se equivocaron, no sé. El caballero me dijo no puedes hacer nada porque la visa se vence en 3 meses, no te lo van a dar porque el carné va a vencer prácticamente un mes después que lo entreguen. Entonces al final yo fui y así mi hijo perdió la oportunidad de la primera temporaria. Luego tramitamos la segunda temporaria y pasó que ya tuvimos todos los documentos, yo ahora tengo la definitiva, y mi esposo están en trámite junto con mi hijo por la definitiva. A mi esposo le han rechazado porque la jefa durante un año no había cotizado nada, después ahora a lo último mandó todos los documentos los mandó por chileatiende, resulta que como él está en trámite junto con mi hijo y ahora en 2019 dijeron que le faltaba un documento que adjuntar, supuestamente lo habíamos corregido, como siempre ellos nunca tienen la culpa de nada, siempre es culpa nuestra y entonces se la rechazaron. Queremos ir a Iquique para renovar los pasaportes, aquí en Antofagasta no hay consulado peruano, pero no podemos ir porque Iquique está cerrado y al menos estamos esperando que Iquique abra para poder ir y partir todo de cero. E20*

## 2. Experiencia de vivir y trabajar en Chile en contexto de pandemia

### 2.1. Condiciones de vivienda

Los relatos de las personas migrantes entrevistadas narran **las grandes dificultades a las cuales se enfrentaron al llegar a Chile por conseguir una vivienda**. Esto debido a la falta de papeles regularizados, a la falta de redes de apoyo, a la desinformación, entre otros factores. Estas circunstancias llevaron a gran parte de las y los entrevistados a conseguir viviendas precarias, ya fuese en campamentos o bien habitaciones, ambientes que los han llevado a vivir en condiciones de hacinamiento. Asimismo, los relatos narran historias de muchos cambios de vivienda en poco tiempo:

*Yo ahora vivo en campamento. El tema de la vivienda es duro, porque uno bueno por migrante casi no dan contrato, duró mucho tiempo que yo trabajaba por día sin contrato y pues aquí el arriendo es casi la mitad de un sueldo. Me vine al campamento casi a los dos meses que había llegado porque entre los papeles y el arriendo, uno no quiere quedar ilegal, entonces al final privilegié sacar los papeles y me vine al campamento, porque más la comida, no daba. No tenía trabajo muy seguro. Cuando llegué a la toma no había luz, no había agua, nada. Yo tenía un cuarto de dos por dos y me tocaba ir a buscar el agua para abajo, hasta abajo, para hacer popó, hacer un hoyito y ahí y me tapaba con una sábana, con algo y eso y lo otro. Después se juntaban más casas y empezamos a juntar los servicios que el agua, que la luz. Pero fue una lucha porque los de la población nos vinieron a quemar, nos amenazaron, fue difícil. E24*

*Antofagasta, en el campamento. Eso fue problema también porque al principio arrendamos una pieza porque aquí conocí el que es mi esposo, cruzeño como yo, luego me fui a traer las niñas, tuvimos que arrendar algo más grande y compartimos gastos con una amiga. En el año 2019 fue el peor año, teníamos que pagar el arriendo y una amiga me dijo “mira que aquí están construyendo, capaz que no los saquen, vení a hacerte tu casita”, ¿de verdad?, era como un 28 de septiembre y teníamos que pagar el 3 y le digo a mi marido y intentemos, me dice. Así que la plata del arriendo la hicimos de materiales y nos vinimos al campamento. Un día dejé a las niñas en el colegio y me vine, todavía estábamos nivelando piso, trabajando y ahí escucho una moto, digo, serán los colombianos de mierda, yo estaba en una videollamada y esperá, dije, y ahí me puse a espiar. Éramos cinco familias, venezolano, peruano, chileno, boliviano. Eran como mil motos, eran todos, PDI, gobernación, carabineros, todo... vinieron a desalojarnos. Todo, viene la gobernadora, pero estábamos rodeados, es que ellos saben que los colombianos salen con sus cosas, entonces me dice la gobernadora lo desarmen ustedes o lo desarmamos nosotros. Nosotros muy educados, no, desarmamos nosotros no más. Los chilenos se pusieron bravos, le dijeron de todo y se los llevaron detenidos, los ecuatorianos habían salido y le derrumbaron todo, era puro material nuevo y se lo llevaron todo al vertedero. Empezamos a desarmar, eran unos nervios, entran la PDI y piden documentación. Yo con los nervios no me acordaba, no me acordaba del nombre de mi jefa. Ellos entran prepotente así, documentación, enseguida y yo no encontraba la cartera, no la veía, un momento decía y ahí estaba colgada en la cama, yo me sentía nerviosa, vinieron los del SENAME, me preguntaron si tenía niños menores, me decían “diga que no porque si no se los van a llevar” y yo, cómo voy a mentir, me van a pillar, al final dije sí, pero están en la escuela y los niños venezolanos no estaban en escuela, así que fueron al colegio a ver si era verdad y por suerte era verdad, mis niños estaban ahí, los venezolanos se los llevaron. Ya luego derrumbamos todo lo que habíamos construido y pedimos a la presidenta que nos ayudara. E18*

*Llegamos a Antofagasta, cuando mi esposo se vino a él le dieron la oferta laboral, que venía con trabajo seguro, que iba a vivir con la persona que le ofrecía el trabajo. Pero cuando yo llegué él ya no vivía ahí porque el caballero que le dio el trabajo, luego tuvo que desarmar y volverse a Perú, entonces mi esposo se fue a otra empresa, independiente, luego con contrato de trabajo, vivía en una pieza arrendada. Era un espacio de tres por dos. Teníamos un hijo que estaba aprendiendo a caminar, quería gatear, era un lugar donde no habían los privilegios que uno puede querer. Luego a los pocos meses perdió el trabajo porque le dijeron que estaba robando y no fue así, pero los echaron a todos. Perdimos mucha estabilidad y él no encontraba. Ahora estamos en un campamento en Antofagasta, llegamos a una situación muy crítica, fue nuestra última opción porque ya no había otro método, hasta ese tiempo yo no sabía que hasta para postular a arriendo hay que tener definitiva. Nosotros nos pusimos con una carpa arriba en un cerro porque no teníamos donde estar, vino la gobernación y nos dijeron que nos mandaban a un albergue pero que no podía entrar mi esposo, solamente yo y mi hijo y yo dije pero donde está la ayuda que nos están dando, nosotros ahí en el albergue, y él cagao de frío. No. Ellos dijeron que postulemos a subsidio de arriendo pero después averiguando supimos que no podíamos postular, fue muy muy difícil, yo no conseguía trabajo. Al final el campamento nos acogió, fuimos a hablar con la señorita de la intendencia y ella se contactó con la gente del campamento y ahí nos dieron un lugar. Ahora no hemos podido postular a ningún subsidio, mi marido*

*también tiene una hija en Perú, desde acá nosotros nos hacemos cargo de ella, entonces no es tan fácil, pero tampoco es peor que como estar en nuestro país. E20*

*Nos costó porque como eran niños pequeños no nos querían recibir en ninguna parte. Nos decían no, porque teníamos niños pequeños, nos cerraban las puertas. Yo ya decía como no conseguimos arrendar algo mejor me regreso con los niños, porque era muy duro, donde íbamos nos decían que no, que no podíamos, porque hay niños y no aceptaban con niños. Entonces yo colapsé y a la última señora yo le dije pero cómo voy a hacer con mis hijos, me los voy a comer o qué, acá no tienen niños o qué, y me decía no es que acá no aceptamos niños, y yo le dije usted parece que nunca fue mamá, y me fui. Ahí nos fuimos y me dio por caminar, caminando caminando y fuimos golpeando las puertas, no habían letreros ni nada, pero me dio por golpear y fui a preguntar si sabían dónde arrendaban. Era un caballero peruano y él me dijo, mira yo tengo una grande, nos mostró, a mí me gustó, le dije que yo tengo 4 niños, dijo que no es problema, que el problema es que había un balcón y que las niñas se van a descuidar cuando ustedes vayan a salir a trabajar, yo le dije que todos estudian, que cuando salgo yo paso recogiendo a la niña pequeña y así. Él me dijo que con esa condición sí, porque si llega a pasar algo es a mí al que me van a sancionar. Yo le dije que no se preocupe, le doy mi palabra. Yo de la desesperación porque me gustó. Ahí vivimos 2 años. Ahí nos fue cambiando de a poquito las cosas. Después pudimos arrendar una casa, tuvimos trabajo y nos fuimos encontrando con personas que nos iban ayudando. E9*

*Acá unas amigas me ayudaron mucho. Me ayudaron en el tema de que estoy viviendo en el tema de las casas que dio el gobierno donde la gente quedó damnificada con el tema del terremoto. Una amiga me dijo mira metete a vivir ahí, eso es algo ilegal que yo hice, tú tienes dos niñas, cualquier cosa te vamos a apoyar porque tú tienes dos niñas y no tienes cómo pagar arriendo. Y así fue, ya tengo 3 años, hace 3 años fue la separación. E9*

*Cuando llegué a Chile el primer lugar fue Quilicura en una calle Rigoberto Jara, pasó otro mes, un lugar, después otro lugar. Como una pieza. Todavía yo vivo en una pieza, pero la plata es muy difícil como arrendar una plata normal, una casa se arrienda como 500 mil pesos, el sueldo es bajo y el arriendo es muy caro. E21*

*En este momento estoy viviendo en Santiago, el amigo con el que me encontré él tenía su hermana en Santiago y nos alojó la primera semana. Vivimos con su hermana, su cuñado y dos niños, ellos están viviendo en un departamento, después me mudé donde estoy ahora que es una habitación arrendada pero que tiene todo, amoblado, estoy en la zona de San Miguel. E22*

*En Chile es muy difícil para encontrar arriendo, yo encontré arriendo haitiano para decir, hay un almacén y él me ayuda para encontrar una casa donde estoy ahora. Arriendo pieza, es una casa que comparto con otra pareja de haitianos, yo vivo arriba y ellos abajo. E23*

**Estas condiciones de vida los han dejado expuestos, según el relato de las y los entrevistados, a mayores posibilidades de contagio de COVID-19, dado principalmente el hacinamiento que viven:**

*El problema más grande es el de los arriendos, hay un solo baño, una sola cocina para mucha gente, son los arriendos a los que podemos ir, hay mucha gente y ha habido contagios. E15*

Las personas entrevistadas dan cuenta también de los cambios que han debido realizar en torno a sus viviendas por temáticas relacionadas a la pandemia:

*Actualmente, bueno primeramente llegué a la Comuna de Cerro Navia, porque era más económica y porque dependía sólo del sueldo de mi hermano y bueno se fueron dando todas esas situaciones sociales, y tuvimos que permanecer allí, una vez que apareció la pandemia yo pierdo mi empleo y mi*



*hermano también y nos sostuvimos con nuestros ahorros que teníamos, yo de lo que tenía reunido para la reválida, él también (...). Cuando decidí, cuando vi que no conseguía trabajo, teletrabajo, ni trabajo presencial en la Comuna Cerros Navia decidí cambiarme de comuna y por eso fue el cambio, porque metía currículum, buscaba por el mismo lugar los días que no había cuarentena, yo salía de casa a ver si había trabajo y no había trabajo en la comuna y metía los currículos, no me seleccionaban y yo evalúe mi currículum y volví hacerlo bien y me cambié de comuna, porque Peñalolén la abrieron, la pasaron a fase 3. Como tengo una amiga que vive allí muy cerca de la vía, entonces me mudé cerca de ella para no estar encerrada y mis amigos estaba en la comuna de Peñalolén, dije ya no voy a seguir haciendo cuarentena tan alejada de mis amistades y además no se me daban oportunidades de empleo y a mi hermano tampoco porque buscaba teletrabajo por 3 meses y cada tres meses se acaban los contratos entonces dije vámonos a Peñalolén y así lo hicimos. Por eso cambiamos de Comuna y allí cambié la dirección y empezaron a llamarme para entrevistas. E29*

*Vivo en el campamento, bueno antes ponían cuatro personas por habitación y por covid nos pusieron en dos, pero el problema es que uno no sabe la otra persona si sale, si se cuida, ese es el otro problema. Nosotros vivimos en campamento donde se recoge la fruta, si no se puede arrendamos en Paine o arrendamos piezas por ahí. En los campamentos estaba prohibido poner parejas, pero no pueden controlar, porque no sabe si las personas salen, no se sabe. Yo pregunté por qué no está prohibido y me dijeron que no se podía, que así no más tenía que ser. E15*

## 2.2. Condiciones de trabajo

Respecto al trabajo, la mayoría de las personas entrevistadas dan cuenta de los múltiples trabajos por los que han pasado desde que llegaron a Chile. Trabajos temporales y en área de servicios es lo más recurrente. **Las y los entrevistados dan cuenta del proceso de adaptación que han debido realizar para insertarse en el mercado laboral chileno, generalmente de manera informal** dadas las dificultades que han encontrado para tramitar de manera efectiva sus Visas:

*Bueno cuando no tienes el carnet, no quieren pagarte o te bajan el precio, no tienes muchas oportunidades. Recién ahora, hace un mes me salió el carnet. Entré un poquito antes de la pandemia y diez meses después, recién tengo RUT. E15*

*Soy trabajadora de temporada, trabajaba en la empresa, empresa de uvas Rio blanco, es un trabajo muy bueno, hay muchos trabajos. E15*

*De todo, cuando llegué si no había trabajo vendía en las pugas, luego las colaciones, si veía una construcción ahí iba con un carrito y colaciones a vender, así estuve, de ahí entré a trabajar con una señora de la PDI y le cuidaba a sus hijos. E18*

*Trabajé en una pizzería, pero luego la cerraron, yo nunca había trabajado porque antes de venir yo estaba en la universidad, pero no terminé. Uno va aprendiendo tantas cosas en el camino. E20*

*Yo trabajé con un gasfiter y luego trabajé en carwash y luego en aseo que trabajo ahora. Ahora trabajo en aseo, en edificio como un hospital, hay trabajo todos los días. E23*

*Mire no más trabajitos esporádicos, pololitos como dicen aquí. E24*

*Como tengo Visa de Responsabilidad Democrática me permite laborar y estoy trabajando como teleoperadora en Call Center. E29*

*He conseguido como cinco ofertas de trabajo, primero trabajé en construcción con una persona muy irresponsable que todavía no me paga y el actual empleo que tengo es en descarga, no tengo punto fijo, me llevan a distintas partes. E22*

Esta situación de irregularidad, sostienen, los deja en una posición subalterna respecto a sus jefaturas ya que no se ven posibilitados a negociar los términos de sus trabajos:

*Bien, bueno ellos ponen las reglas y si uno no tiene RUT es un poco difícil. E15*

*La mayoría de los empleos que se me ofrecen es de esos que son sin papeles, entonces sin seguridad, sin nada, pero sigue siendo una ayuda que nos den trabajo, aunque no tengamos papeles. Pero si, toca la mala experiencia con jefes. E22*

Las personas sostienen que **los salarios en Chile son muy bajos y los costos de la vida muy altos**, por lo que la mejor opción es tratar de emprender:

*Pero no tengo nada que quejarme en Chile, es un país muy de personas que les gusta emprender. La persona que le guste ser salario dependiente no le va muy bien porque aquí el salario no es muy bueno y la vida es muy cara. De hecho, la comparo con Nueva York. Tan y tan cara como Nueva York, pero con sueldos mínimos muy bajos. Entonces, si tú no eres emprendedor lamentablemente no te va a ir bien. Pero hay oportunidades para el emprendedor, y eso me gustó muchísimo de Chile. Y fue lo que se hizo. Monté la academia aquí y estos 3 años hemos estado haciendo de todo un poco, pero se ha podido hacer. E10*

Además, sostienen que **es muy difícil convalidar estudios en Chile, por lo que deben optar a trabajos que están muy por debajo de sus niveles de instrucción:**

*Mi papá es doctor, se volvió loco cuando supo de que yo estaba internada, porque yo estudié para enfermera, pero no terminé entonces yo sé de salud, pero cuando te pasa, uno no reacciona. Yo quisiera ser enfermera, ese es mi sueño. E20*

*Claro nunca voy a poder encontrar trabajo en lo que estudié, pero ya una vez que me arregle quizás pueda volver a estar o algo así. E22*

*Muy mal, porque yo estudié, pero nunca convalidaron mis estudios. Yo busqué mucho pero no conseguí, yo soy administrador de empleo. E23*

*Mire aquí es muy difícil nosotros vamos siempre a trabajar en lo más bajo, en obrero, aseo y eso también se ha cortado mucho. Yo misma estudié para enfermera, pero como el título no lo traje apostillado, entonces me toca lo más bajo, aseo, limpieza, no puedo trabajar en salud. E24*

*Porque hasta que no revalide en la Universidad de Chile, no puedo ejercer, entonces ese proceso toma tiempo porque justamente también se unió el tema del Estallido Social, entonces todo eso me fue atrasando y después llegó la pandemia y perdí mi empleo que tenía en esos momentos y como que tuve que ocupar el dinero tenía para hacer lo de la revalidación para mantenerme, y ese tiempo de la pandemia he estado sin empleo. E29*

Asimismo, **algunas de las personas entrevistadas relatan haber experimentado situaciones de gran discriminación por su condición de migrante**, lo que se ve exacerbado dadas las malas condiciones de vida que deben enfrentar, y el precario mundo laboral al cual se insertan en Chile:

*Acá en Chile al principio la cosa es muy difícil, trabajar también para la casa, es muy difícil, pero la cosa no es fácil, hay momentos en la calle hay mucha discriminación, la manera cómo hablan de nosotros, nosotros tenemos necesidad, por eso hay mucha gente como migrante. Antes de venir yo trabajaba como responsable en la dirección del colegio, pasé como 6 años trabajando en educación.*  
E21

Por otra parte, se rescatan testimonios de personas para quienes su inserción laboral se ha dado de manera exitosa y sin dificultades, a diferencia de la mayoría de los migrantes entrevistados:

*En Chile hasta el momento todo bien, se han portado bien. Conseguí trabajo rápido, nos han tratado bien, tengo unos buenos amigos chilenos ya, compañeros de trabajo, por eso estamos bien por acá.*  
E7

Las y los entrevistados dan cuenta de las **dificultades laborales que han debido enfrentar durante la pandemia**. Muchos han quedado sin trabajo y no han encontrado nuevas fuentes laborales, lo que los deja en una posición de alta vulnerabilidad:

*El único que ha trabajado durante la pandemia fue mi esposo, gracias a Dios, yo no, no encontraba.*  
E20

*Ahora tengo dos hijos, ahora trabajo en un hotel, se llama hotel alameda, ahora tiene como 15 meses que no funciona. El trabajo no es difícil encontrar porque yo hablo español, tengo residencia, pero el tema técnico de trabajo, todavía no me echaron de mi trabajo conseguí seguro de cesantía, pero me sirve.* E21

*Yo estuve 7 meses sin trabajar, porque los primeros 4 meses asustada de no salir de casa por la pandemia entonces estaba buscando trabajos de teletrabajo, entonces era complicado conseguir trabajo de teletrabajo, el tiempo que me demoré en conseguir, o sea, me tomó como 2 meses y medio conseguir un trabajo, decidirme por un trabajo presencial, entonces los primeros cuatro meses no quise agarrar ningún trabajo, me sostuve con mis ahorros, porque no quería salir tenía miedo de contagiarme y eso, después de unos 3 meses me quedé buscando un teletrabajo, vi que era medio complicado pues como muy exigente, la experiencia para teletrabajo, entonces tomé la valentía, empecé y tomé un trabajo de manera presencial. En lo que empezó la pandemia perdí mi empleo el 20 de marzo.* E29

*Ahorita yo comencé a trabajar gracias a Dios como asesora del hogar. Una familia chilena me recibió. Sabe mi situación, sabe que no tengo documentos en plena pandemia. Sabe que estuve en residencia sanitaria, todo.* E3

*Yo último día que trabajé fue 28 octubre año 2019 hasta ahora yo no trabajo, con protestas eso ya cerraron.* E21

*Todo esto ha sido muy difícil. Cuando comenzó esto yo comencé a tener un pequeño local, porque soy manicurista. Tuve que cerrarlo, entregar el local, porque nos dijeron un mes no más que íbamos a estar encerrados. Al fin y al cabo, nos fuimos 2 meses, 3 meses, 4 meses. Hace poco salió Iquique de fase 1, cuando pasó a fase 2 tuve que entregar el local, porque fui viendo las circunstancias de cómo iba la región y dije no, esto va pa largo. Cuando lo fui a entregar el caballero nos quiso cobrar la mitad del arriendo de cada mes. Yo le dije que no podía porque yo iba a domicilio y lo que había trabajado lo había hecho no a dentro de la galería, no a dentro del local, que era absurdo que tuviera que pagar algo que no había ocupado. Al fin lo tuve que entregar.* E9

En términos generales, **las personas entrevistadas que han trabajado durante la pandemia en Chile consideran que sus fuentes laborales si les han brindado medidas de seguridad para protegerse el COVID-19.** Las medidas más recurrentes son acceso a alcohol gel, a lavado de manos, distancia social y uso de mascarillas:

*Cuarentena no, pero la empresa nos daba protector facial y mascarilla siempre, pero trabajamos siempre, durante toda la cuarentena en Chile. Antes de ir a Copiapó, como vivía en Paine algunas personas se lo tomaban como si no existiese el COVID, como normal no más, nosotros desde que empezó empezamos a usar mascarilla, manteniendo distancia, pero no todos. No todos estaban bien informados o también es irresponsabilidad de las personas, hay letreros en Paine que dicen que respetes el metro de distancia. E15*

*Si contamos con gel antibacterial, usamos mascarilla, no tenemos mucho trato con otras personas, personal con empresas, el agua es potable. En verdad lo más importante es estar encerrado, porque uno tiene que proveer para uno. E22*

*Si, hay mascarilla, hay guante, hay gel, hay alcohol 60.*

*Me sentía seguro así, me cuido mucho. E23*

*En el trabajo igual, lavándome las manos cuando llegaba, quitarme la mascarilla de plástico, limpiarla, como este mes trabajo de Call Center y tengo que atender el micrófono yo me tenía que quitar la mascarilla plástica, entonces tratar de hablar con la mascarilla, tenemos que tenerla trabajando todo el día con la mascarilla y si uno a veces sin darse cuenta, por la falta de hábito, uno se la baja porque quiere hablar, porque a veces los clientes dicen no entiendo, la bajo un poco y hay personas que monitorean que uno tenga la mascarilla puesta, entonces yo tengo siempre alcohol gel y hay señoras que pasan a limpiar, yo a veces no les dejo que me limpie porque prefiero limpiarlo yo, yo llevo mi alcohol, mis toallitas y lo limpio yo. Pero a veces sí igual lo limpio yo. Igual si yo estoy de break o de hora de almuerzo y no estoy allí ellos limpian el lugar. Las computadoras, le quitaron puestos en medio entonces hay bastante distancia entre un puesto y otro y por ejemplo si uno tiene alguna duda quiere preguntarle al compañero algo, si nos ven muy juntos nos mandan a separar. E29*

Hay excepciones entre los entrevistados, que no se han sentido cuidados por sus fuentes laborales en el contexto de pandemia:

*Mira él me dice que no. Exagerando, no, no exagero, una vez le dieron una mascarilla en su trabajo. Los demás cuidados han sido de él, porque él ha querido, el jefe principal está en Santiago y la sucursal en Antofagasta el caballero que está acá nunca les ha dado los instrumentos de seguridad, ni un spray para fumigar el camión, no les controlan la temperatura, entonces eso... él está en contacto con otros, en el carro van como cinco, seis personas, todos se pegan. E20*

### **3. Experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes y durante la pandemia**

#### **3.1. Previsión de salud y uso del sistema de salud**

La mayoría de las personas entrevistadas sostiene tener sistema de previsión de salud a través de FONASA. Hay algunos casos de personas que dicen no tener previsión de salud ya sea porque vienen a Chile en calidad de turista, como porque **no están informados respecto a su derecho a afiliarse al sistema de salud:**

*Sí tengo FONASA. E18*

*Uno accede a salud cuando uno empieza a cotizar, porque mi marido alcanzó a tener contrato, se afilió, él tuvo FONASA y mi hijo se atendía con asistente social que lo puso en tramo A, yo no necesitaba atención, sólo mi hijo, por lo de control de niño sano, yo necesité FONASA solo ahora, me registré en consultorio y antes de tener FONASA me atendía con asistente social que te hacía pasar, pero en general todo bien. E20*

*Si, tengo FONASA. Me inscribí como hace años, no me acuerdo cuando. E23*

*Si, es que con el accidente me pasé a tramo A, antes que trabajaba estuve en FONASA B pero me pasaron a A, algo así. E24*

*Sigo con Fonasa. Bueno yo me inscribí porque empecé a trabajar en mi primer empleo cuidando niño y allí me inscribió mi empleadora, entonces ella me pagaba eso. E29*

*No. E15*

*No, no tengo, nunca me había atendido en Chile, porque cuando vengo aquí es como turista. E16*

*Mira la verdad, yo de eso chica te soy sincero y no sé nada. No sé a qué institución acudir, no sé. No he investigado sobre permisos de permanencia, definitiva, de contrato. Yo vengo para tener esos permisos por otra vía. E22*

Respecto al uso del sistema de salud en Chile, **quienes lo han utilizado en general han tenido buenas experiencias, tanto en atención primaria como hospitalaria.** Desatacan como aspectos negativos las largas esperas principalmente:

*En Chile había ido a ponerme una inyección anticonceptiva y esa vez fue buena la atención, pero sin RUT, fue en hospital, fue rápido, no preguntaron mucho. E15*

*En general muy bien, muy buena la atención, al menos eso del pie en el hospital me lo atendieron muy bien. E24*

*Mi marido estuvo hospitalizado hace dos años y fue lo mismo, tuvimos que armar un show para que lo atendieran, él fue con fiebre de mucha magnitud, pero nunca supieron qué era lo que tenía, entonces ya yo lo había vivido por eso no quería llevarlo al CAN, pero ahí como mi vecina nos exigió entonces solo por eso que fuimos. E20*

*En el consultorio también te miran como bicho extraño, tampoco que te dan mucha importancia. En el hospital no tengo nada que quejarme, porque ahí están personas que saben trabajar, que hacen por vocación, me han tocado personas que saben trabajar. Yo sé que es muy agotador, pasan a una sala, pasan a otra, pero nunca me han tratado mal, tal vez se demoran, pero es porque están muy estresados. E20*

*Primero cuando yo voy a consultorio, cuando me fui al médico decía por ejemplo voy a hacer la fila, vengo al doctor para hablar por mi hija, por ejemplo, pido, da atención está bien, para mí está bien. E21*

*Si, es que tuve un accidente, un vecino estaba borracho y me tumbó el pie, yo fui la que pagó los platos rotos, él al tumbarme me rompió el pie, ya de eso son dos años que no puedo trabajar, solo por día porque no puedo producir como una persona que está sana. E24*

*En diciembre de 2019 me dio un virus, medio dolor de cabeza y me atendí en un SAPU y allí me atendieron y me dieron unos medicamentos, me inyectaron Dipirona y me dio una reacción alérgica y*

*después me indicaron Desloratadina y eso me ayudó, por 3 días tuve dolor de cabeza intenso y me indicaron paracetamol una doctora y todo bien y eso se solucionó, esa fue mi única experiencia ahora. E29*

*Fui cerca de donde yo vivo a un SAPU. Fui, hablé con el médico, me dijo que síntomas he sentido y le dije que dolor de cabeza, que me dolía el cuerpo, que tenía un poco de gripe. Me mandó a hacer la prueba del COVID. E7*

*Sí, estuve satisfecha porque esa primera vez yo no recuerdo si estaba inscrita, porque yo había empezado en noviembre a trabajar y creo que no estaba inscrita y ellos me atendieron y siendo extranjera yo no tenía mi Rut, ellos me dijeron que no sea primer oportunidad me iban a atender gratuitamente, y fue gratuito toda la atención. E29*

*La verdad es que el único problema es que te hacen esperar mucho, yo llegué como fiebre 39, podría convulsionar, ahí ellos no salen a decirte, entonces yo me retorció del escalofrío y no había nadie, nadie que viene a ver que ese paciente se puede ir, se puede morir. E20*

*La verdad es que fue mala experiencia, no hay servicio, se demoran mucho, porque hay muchas personas esperando para tener servicio, por eso cuando yo tengo algo voy a clínica privada. Tengo que pagar, pero con FONASA no sale tan caro. E23*

Sobre los **mecanismos para informarse** respecto a la forma de funcionamiento del sistema de salud en Chile, las personas entrevistadas dicen **recurrir a diversos agentes, entre ellos, trabajadores sociales de atención primaria:**

*Ahí, más o menos la asistente social me explica. E18*

*Si, es que la trabajadora social nos ayuda. Mi hijo ha estado en el programa de vacunas, las leches, todo. E20*

*Eso poquito pero ahí uno pregunta. Yo no tengo mucha información de derechos y eso, pero algo cuando necesito me informo. E21*

*Si, lo comprendo. E23*

*No tuve mucho problema porque en Ecuador funcionaba muy similar, entonces sí, comprendo. E24*

Algunos sostienen que, **si bien en general el personal de salud los orienta en sus consultas, hay casos en que se han sentido maltratados por funcionarios de salud, dada su condición de extranjeros:**

*Hay gente de buena persona que explican cómo son las cosas, ayudan. También hay gente de mala persona, que dice que por qué embarazada en Chile, eso necesita explicar, para hacer la concientización de no hacer más hijos en Chile. E21*

En esta misma línea, **algunos acusan sufrir discriminación en el sistema de salud, ya sea por su condición de migrantes, color de piel o idioma.** Sienten que estas experiencias de discriminación las viven a diario en los espacios públicos, las calles, el transporte público y, asimismo, en la atención de salud:

*Mire usted sabe que acá hay mucha discriminación, nunca puedo decir que los chilenos son malos, pero hay algunos, siempre yo dije que Chile no tiene problema con los migrantes tiene problema con*

los haitianos. No sé por qué nuestro color de nuestra piel, la manera de hablar que no hablamos español bien, pero salud una vez fui a buscar leche para mi guagua, cuando llegué nuestro libro el baby, la persona me miró muy mal, y yo dije por qué mira mal, porque tengo mis derechos, porque yo sé que estoy en Chile, mi bebé nació en Chile. Yo hablé con un haitiano que trabaja en el consultorio él me ayudó. También en la micro yo encuentro discriminación, pero la diferencia es que en Chile el servicio es más rápido. El pasaporte de mi hijo fue en 8 días, aquí el servicio es más rápido. Lo difícil es la discriminación, aquí al menos hay servicio. Si vas a encontrar alguien que se molesta, pero al menos hay servicio. Ejemplo ayer, cuando yo me paro en paradero, si no hay una gente blanca que se pare conmigo, la micro no va a parar para mí. Yo tengo mi beep en mi mano, pero no paran. Eso no pasa con las mujeres, las mujeres que son chofer paran siempre, pero los hombres no. E23

### 3.2. Sobre la figura de mediadores interculturales/facilitadores lingüísticos

Para la mayoría de las personas extranjeras entrevistadas, la figura del mediador/a intercultural o facilitador/a lingüístico está asociada exclusivamente a una persona que traduce del creole al español. Por esto mismo, **quienes más cercanía tienen con estas figuras son las personas migrantes haitianas, quienes valoran la presencia de estas figuras en el sistema de salud:**

*Es una buena decisión que existan para hacer una buena decisión porque la comunicación es parte de comprender, porque si alguien habla el otro no entiende, por eso para facilitar los haitianos es importante poner a los facilitadores para ayudar la comprensión. En mi familia hablan poco español, el mayor de la señora que vive abajo habla español y yo también algo hablo. E23*

*Es importante como ejemplo mi esposa no habla mucho español, porque cuando va a centro de salud pide ayuda a persona que trabaja en el centro de salud. Tiene que ayudar a la información, es muy importante. E21*

*Yo no, porque yo entiendo bastante, pero lo que pasa es que para nosotros cuando llegamos aquí hay personas que busca pega, pega, entonces no se detienen a ver cómo funciona el país, con cultura, con comportamiento. Pero hay personas que solo trabajar. Cuando una persona quiere vivir tiene que saber las informaciones entonces ahí sí es difícil. Necesita un traductor. E21*

Para las personas entrevistadas procedentes de otras nacionalidades, es decir, que no son haitianos, la figura del mediador/a intercultural o facilitador/a lingüístico es mas bien lejana ya que sostienen que, como manejan el idioma español, no la necesitan en la consulta de salud. Esto deja entrever **cómo esta figura en Chile aún está asociada netamente a la labor de traducción lingüística y no a la mediación intercultural propiamente tal:**

*He tenido una comunicación fluida, sin mediador, no he conocido. E15*

*No, de eso no hay aquí porque todos somos latinos. E18*

*Si, pero yo no, pero en el consultorio hay traductor para los haitianos. E23*

*No, no, es que aquí no tenemos tanto haitiano. E24*

## 4. Experiencias en torno al COVID-19

### 4.1. Experiencias de contagio de COVID-19

Muchas de las experiencias de contagio de COVID-19 de las personas entrevistadas están relacionadas con las condiciones de vida a las que gran parte de las y los extranjeros acceden en Chile, condiciones caracterizadas por el hacinamiento y trabajos informales, variables que los mismos entrevistados identifican como sus principales fuentes de contagio del coronavirus:

*Por el tema de coronavirus, cada persona puede vivir con precaución, la coronavirus es una pandemia pero cualquier persona puede tener precaución con otra enfermedad. Yo hice mi esfuerzo para evitar, pero hay gente, las decisiones que toman otras personas. En la casa que yo vivo, hay gente que tiene tos, está sin mascarilla, tengo un baño con mucha gente. Por eso Nixon tiene coronavirus, yo hice esfuerzo, compré alcohol, mi mascarilla, pero las otras personas, viviendo en comunidad, no se puede prevenir, no se puede evitar. Yo siempre cuando salía a calle con mascarilla, lavaba mano, más de cuarenta segundos, mi esposa igual, mi hijo igual. E21*

*Yo mi familia no teníamos nada, ningún síntoma, pero uno de mis vecinos con los que vivimos fue al consultorio con su hijo y después tomaron temperatura y tenía más de 37, hicieron examen y salió positivo. De la municipalidad vinieron a la casa para hacer examen a todos y después de examen todos salieron positivo, yo y mi familia hicieron 7 días, yo tenía un hijo de 10 días en ese momento, yo y mi familia hicimos cuarentena sin síntomas y nos llevaron al bebé a la RS. El bebé estaba en hospital del niño, del Río (Roberto del Río). E23*

*No, a nosotros nos dijeron que no nos correspondía hacernos PCR porque éramos contacto estrecho, porque compartimos el baño con ella y al ser contacto estrecho te toman a ti y como si lo tuvieras, entonces bueno, yo cuando llegué a la casa le pregunté a mi hermano ¿tienes el nombre de la doctora? ¿el consultorio?, no me dijo, el SEREMI había dicho que cuarentena del 6 al 24 y yo le dije ¿y para lo de la licencia?, ellos van a llamar al día siguiente y yo le dije ok. Esperamos al día siguiente y no habían llamado, era el 14 entonces yo empecé a pasar un reporte para poder solicitar mi licencia porque yo le dije a mi jefe que no iba y ese día yo estaba estresada y llame al celular y no responde y me indicaron que para generar mi licencia necesito los datos del contacto estrecho, en este caso yo no tenía los datos del contacto estrecho, que es la señora que estaba contagiada de Colombia, entonces yo no me sabía del nombre de ella completo porque yo tenía un mes y medio viviendo en esa residencia y yo no tenía mucho contacto porque yo no sabía si iba a durar mucho viviendo en esa residencia. El anterior yo duré un mes y medio porque vi que eran personas del mal vivir por eso yo busqué en seguida mudarme, esto es lo que yo he aprendido al principio de migrar, no puedo decir mucho de uno, ni decirle mucho a la otra persona porque no sabes si te vas a quedar ahí en ese lugar 3 o 6 y meses o no, entonces yo claro que me quería ir por el tema del baño y yo había tenido problemas con la señora de arriba una que se fue justamente molesta con ella y había tenido problemas con el señor también por el gas y el agua cuando se baña. Entonces ya últimamente me estaba como molestando también a mí y yo dije no, tengo que irme para otro lugar. E29*

*No tenemos idea de cómo nos contagiamos. Cuando yo comencé con los síntomas comencé con dolor de cuerpo, dolor de cabeza. Dije que como está entrando el invierno, como todos los años me está entrando el resfrío, porque como soy asmática dije me va a dar un resfrío no más. Yo tengo una pareja actual viviendo conmigo, él trabaja vendiendo agua en los bidones de 20 litros, entonces como él se expone pensé que podía ser él, pero no porque él llega y tenemos la medida de precaución cuando él llega. Llegar, sacarse la ropa afuera, entra a la ducha y no tenemos contactos. Él me decía cómo va a ser si yo no me les acerco a ustedes. Comencé yo, después comenzó mi hija, mi tercera hija comenzó con síntomas. Mi yerno, eso que ellos viven aparte y no habíamos tenido tampoco contacto, y mi yerno se hace la prueba y cuando me llama mi hija y me llama llorando y yo estaba con todos los síntomas, pero pensando que era un resfrío, y me llama mi hija y me dice mamá a mi pareja le salió positivo, si tiene él hazte tú también la prueba, de pronto tu también tengas. Yo le dije no hija si a nosotros nos salió negativo y nosotros no hemos tenido contacto, cómo lo voy a tener yo. Ella me dice las niñas cómo están y yo le digo una está con un pequeño dolor de cuerpo, pero es el clima, estamos*



*entrando en invierno, igual hace sol, hace viento y toda la cosa. Me dijo no mamá, vamos, nos encontramos en el consultorio y nos vamos a hacer todos la prueba. Yo no les quería decir, pero yo ya estaba comenzando a perder el olfato, a mí se me fue primero el olfato. Ya bueno, nos fuimos, yo no quería tener contacto con mi hija y si yo tengo y mi hija no llega a tener, entonces no. Nos hicimos la prueba y nos llegó a los dos días. Cuando lo recibe en el correo mi tercera hija me abrazó y me dijo mamá dimos positivo. En esos días yo me empeoré, yo creo que, por haber salido, por haber caminado, nos daba miedo tomar colectivo o llamar un radiotaxi, entonces caminábamos, nos daba miedo seguir contagiando, entonces tomamos esa medida. Yo comencé con dolor de cuerpo, nosotros tenemos las piezas en un segundo piso y cuando yo bajaba la escala no soportaba el dolor de los pies, tenía que bajar casi de poto. Se me fue el gusto, la pérdida del olfato, nadie comía acá. Mi tercera hija también es crónica asmática, mi cuarta hija también perdió el gusto, el olfato. Mi pareja me decía que no tenía nada. Ahí llamamos a las residencias sanitarias. E9*

*Si, pero no sé cómo fue que me contagié, creo que en el bus porque yo vine de Copiapó a Paine a buscar mis papeles y ahí tuve que subir a transporte público, muchos cambios, mucha gente, no sé. E15*

*Ella se contagió en el refugio porque el primer resultado le salió negativo fue en el segundo donde le salió positivo. Ella se contagió ahí pero no le ha dado ningún síntoma, ningún malestar nada. Mientras que hemos estado en este lugar no le ha dado ningún malestar ni nada. E30*

*A nosotros nos dio COVID en el mes de julio. Comencé yo con los síntomas. Primero tuvimos 2 veces un susto. Primero fue mi hija que fue a visitar a su pololo que lo habían operado del apéndice. A los dos días a él le habían hecho la prueba del COVID y le habían dicho que tenía positivo. Mi hija se asustó, me dijo mamá yo tuve contacto con él. Nos fuimos a hacer la prueba y salió negativo. Después fue con mi yerno, pareja de mi hija que vive acá. En la empresa donde él había ido a arreglar un computador el caballero tuvo COVID, entonces como él tuvo contacto y tuvo contacto con mi hija, todos nos hicimos la prueba y salió negativo igual. E9*

En los relatos de las personas entrevistadas es recurrente que aparezcan testimonios sobre la **situación de vulnerabilidad en que muchos de ellos vivieron sus experiencias de contagio, ya fuera porque no tenían alimentos ni medicamentos a la hora de empezar sus cuarentenas, o bien porque sintieron el hostigamiento por parte de terceros, ya fuera vecinos y otras personas cercanas:**

*Cuando nos dio el positivo no teníamos víveres ni nada en el refri, no teníamos nada. Aquí como hay un comité llamamos al presidente y le dijimos que habíamos salido positivo y si podían ayudarnos a acercarnos los víveres. Los vecinos se portaron muy bien, nos dejaban los víveres afuera en la casa. Donde yo tenía la galería también avisé a una amiga, ellos se portaron bien, trajeron víveres y toda la cosa." E9*

*La señora había vuelto de la residencia sanitaria y estaba diciendo indirecta y cosas de esas incómodas, yo no hablaba nada, yo la evitaba completamente, como vi que me estaba provocando yo dije que me debía ir a una residencia, primero para evitar con esa señora y para poder terminar mi cosa bien, tener mis cosas mías y para no estar en contacto con ella y yo sigo teniendo síntomas no vaya a ser, y para yo descansar también porque yo allí en la residencia estaba limpiando igual, cocinando, yo dije no, todavía me persiste el dolor muscular que era el que tenía la espalda más que todo y dije me necesito ir a descansar de verdad para ya salir de esto. Porque lo que perdí fue el olfato, el gusto y el primer síntoma que me di cuenta que no era normal lo que me estaba ocurriendo era en la noche que me dio como un calambre en las piernas y en las manos. Yo pensé que era que tenía mala posición, me despertó el calambre y las piernas como calientes, como hormigueo entonces yo dije: si estoy con COVID, aunque no me hicieron la PCR yo me voy pues. E29*

*Yo sospecho que lo traía desde hace muchos meses desde antes de la pandemia. Usted sabe que hay un plazo como de 6 meses para que las pruebas te salgan negativas. Lo más que me dio hace tiempo fue un dolorcito de cabeza, pero más nada y me duró un día, yo creo que fue eso porque es raro que a mí me dé dolor de cabeza o cualquier cosa. Por eso que yo creo que el contagio fue desde hace mucho antes de yo tomar la decisión de venirme acá. Es primera vez que yo tengo una enfermedad así, pero nunca pensé que eso fuera COVID. Los síntomas pensé que eran más, no sé. Empezaron los síntomas, empecé a toser, eso. Pero nunca me imaginé que fuera COVID. La tarde que fui a hacerme el examen el lunes, ya el martes me habían dado los resultados que salí positivo. E7*

*No teníamos síntomas. Nos hicimos el PCR porque íbamos a viajar. Nos dió positivo, no teníamos dónde vivir porque habíamos entregado la casa, y la mudanza iba camino a Barcelona, está camino a Barcelona. Nos miramos y qué hacemos. Llamamos al SEREMI pero yo no tenía conocimiento de los recintos sanitarios. De hecho, en el hotel en que estábamos para cuando nos da positivo, nosotros nos miramos, ¿positivo? Mi madre, no vamos a poder viajar. Se dañó todo, ahora qué hacemos. El problema aquí no va a ser el no poder viajar, eso se cambia el vuelo y no pasa nada. El asunto es la salud, cómo nos va a dar a nosotros ese COVID. ¿Nos va a dar leve, fuerte? De manera responsable notificamos al hotel. Llamamos a recepción y le dijimos: mira, cómo hacemos para que nos entreguen la comida a la habitación porque salimos positivos en el COVID y no podemos estar saliendo a restaurantes para no infectar a nadie más. El hotel parece que era el primer caso que tenían y lo mejor que optaron, la mejor estrategia que tuvieron en el momento, el muchacho que nos atendió, era botarnos, nos botó del hotel. No, tienen que irse ya. E10*

*Mire, nosotros lo que más tratamos fue de cuidarnos, nosotros con Libni no salíamos, no más a ella la veía, pero el que salía era el esposo de Libni que trabajaba como pioneta, entonces, no sabíamos, eso es por parte e higiene y algunos hábitos que todavía no están tan enseñados. Ella fue dos veces a un puesto de salud y la mandaban de vuelta a casa y ya después fue al CAN y la hospitalizaron. Ahí nosotros quedamos como contacto estrecho y ya nos hicieron el test, como a los 4 días ya me llama la presidenta, mira es que usted vive sola y ahora va a estar cada quien en su sitio, no hay cómo que lleven los insumos de alimentos. E24*

#### **4.2. Sobre la comprensión y adherencia a las medidas de prevención de COVID-19**

Respecto a este punto, **la mayoría de las personas entrevistadas sostiene tener conocimiento sobre las medidas de prevención del COVID-19, principalmente el uso de alcohol gel, mascarilla y distancia social.** Sostienen que si bien han tenido acceso a información sobre prevención -a través de medios de comunicación, de la autoridad sanitaria y sus pares-, **cumplir con todas estas medidas se les hace muy difícil** por lo mencionado anteriormente, es decir, **las condiciones de vida y trabajo de gran parte de las personas extranjeras en Chile:**

*Comprender sí, pero no más uno por lo que puede porque en campamento compartimos baño, es difícil hacer distanciamiento. E15*

*En sí, por qué me contagié, no sabemos. Porque la vecina que yo tuve contacto estrecho, ella venía todos los días a mi casa, entonces ella tuvo un accidente, por eso quisimos acogerla y ella venía. No sabemos si fue por parte de ella que me contagié, porque igual yo iba al almacén, no sabemos en qué punto fue, si era el dinero, no sé porque mi marido cuando llegaba a la casa se desinfectaba con amonio y él, aunque siempre ha seguido trabajando, le han sacado 3 veces PCR y siempre da negativo. En sí nosotros tenemos un whatsapp del campamento que ahí decían que hacer, cómo cuidarse. E20*

*Si en la micro yo cuando encuentro mis compañeros yo hablé con mis compañeros de esta pandemia, mira aquí está mi alcohol para limpiar mis pies cuando llego. La gente haitiana estaba informada sí, pero hay alguien que niega se pueden encontrar muchos, pero eso se encuentra en todo el mundo, que hay gente que niega. E23*

*Si, porque en el trabajo ese desinfectante que nosotros usamos, nos dieron en el trabajo, porque yo trabajo en el CAN que ahí llegan todos los bichos, desde Calama llegan todos a hacerse los ensopados, el CAN era el único autorizado para hacer el examen. Yo no quería traer la enfermedad a mi casa a mis hijas, el CAN atiende la urgencia, yo trabajo ahí en limpieza, el aseo en urgencia yo veía entubado, no quería llevar el virus a mi casa y yo como hago torta, animación infantil no quería traer el bicho. Pero ya lo había traído, porque empecé yo con un resfrío, ahí me hicieron el ensopado y me entregan el resultado. Fui la primera en dar positivo ante todos los funcionarios. E18*

Personas entrevistadas sostienen que, a pesar de reconocer que hay migrantes que sí conocen y comprenden las medidas de prevención del COVID-19, **hay un grupo importante de extranjeros que no las entiende, que les falta información:**

*Para mí las personas migrantes como nosotros falta información de coronavirus, algunos dicen no existe coronavirus, cada persona tiene un sistema inmunitario pero hay mucha gente que no saben nada, de la educación, solo entienden la palabra coronavirus, pero no tienen la información de por qué la cuarentena, el contacto, eso. La información está clara, pero hay personas que no tienen nivel educativo alto, hay personas de un nivel, cuando hablan en noticias, no habla bien español, no sabe leer, todas esas cosas entonces cuesta. E21*

*Mire faltó mucha información porque al principio decían es como una gripe, no es verdad, no es ninguna gripe, yo soy diabética y yo lo viví y no es ninguna gripe. Cuando tenía la infección urinaria con la tos yo no tenía gripe, se me subió la presión, inclusive antes de exponerse coge patología con otras enfermedades y ahí te baja las defensas y sale en la prueba si es positivo o negativo. Yo no tenía la infección antes de enfermarme entonces fue por eso. Mire aquí cada quien con sus recursos fue consiguiendo las cosas, su mascarilla, su gel, personas como yo que no tenemos empresa o empleador y bueno mucha gente tuvo que dejar de trabajar, es entendible pero económicamente es un desastre, porque si usted no trabaja no come. Pero aquí nos han traído temas de alimentación, hay un restaurante comunitario pero si uno no tiene los mil pesos para el almuerzo no come, también nos trajeron jabón, desinfectante, pero eso es poco, en verdad. E24*

Por lo mismo, **algunos migrantes responsabilizan a personas extranjeras de los contagios masivos, por no respetar las medidas de prevención y con ello exponer a quienes sí las cumplen, sean estos migrantes o nacionales:**

*Sí, mire yo creo que los migrantes, hay algunos que no respetan nada. Los colombianos son así, siguen haciendo sus fiestas, sus cosas y les vale el coronavirus, y claro carabenero no viene aquí porque ellos hacen sus fiestas, sus perreos y nadie viene a fiscalizar, entonces yo por eso trataba de tener mis cosas aquí porque ahora si yo voy a la tienda, ellos andan así, sin mascarilla sin nada, después van a venir los contagios por estos, vamos a pagar unos por todos, porque son irresponsable. E18*

Por otra parte, muchas personas reconocen que por más que tuvieran la intención de cumplir las cuarentenas impuestas por la autoridad sanitaria en diferentes momentos desde el mes de marzo del 2020, **para quienes no tienen un trabajo con contrato o ahorros de dinero es imposible cumplirlas ya que deben de igual modo salir a la calle a buscar el sustento diario:**

*Mira las cuarentenas y eso están hechas para las personas que tienen seguridad, una cuenta de ahorro, pero como las personas que no están en ese momento con esa situación, yo por lo menos en Perú en cuarentena estuve encerrado solo 15 días, después salía igual, vendía protectores faciales, mascarilla. Igual si en Chile pasara lo mismo, haría lo mismo, buscaría la manera. Aquí solamente es en la noche que no puedes salir pero ahí no hay restricción más alta. E22*

*Lo que pasa también es que el sistema te obliga a estar en el medio porque si no sales no trabajas no comes. Es fuerte porque es caro y creo que no es un problema de gobierno, es un problema social. Si yo no salgo a trabajar no voy a comer, entonces cómo guardo una cuarentena si necesito pagar el arriendo que es caro, la comida que es cara. Lamentablemente me imagino que así ha pasado en muchos países. Pero sin embargo este gobierno siento que ha estado dando buena información a todo mundo. Los canales de televisión que son bien sensacionalistas han estado en el medio dando información, han dejado a un lado la farándula y han estado dando la información. Siento que hemos estado muy informados de los casos, del asunto del SEREMI, de los recintos sanitarios, de los controles por fase. Me parece que Chile ha tomado las medidas super bien pero lamentablemente no va a la par con la situación social. El gobierno hace lo suyo pero el pueblo tiene que comer. Es complicado. E10*

Algunos entrevistados **destacan la labor de carabineros y otras instituciones de control en la frontera norte en tanto agentes de información para la prevención del COVID-19**. Asimismo se **destacan también la información emanada por los canales de televisión y medios de comunicación en general**, los cuales les han permitido acceder a medidas preventivas a las que de otro modo no habrían podido acceder:

*Tuvimos esa esa información por los Carabineros, que son los que reciben allí en la frontera de migración, cerca, allí ellos nos anotaron, nos explicaron, nos llenaron unas planillas, nos atendieron pues. E30*

*Pero la información estupenda. Los canales de televisión, estupendo. No tengo información de otro país, pero creo que Chile ha tomado muy buenas medidas. Y siguen aumentando los casos, bueno imagínate. E10*

### 4.3. Acceso y uso del sistema de salud chileno por COVID-19

Las personas entrevistadas han tenido diversos contactos con el sistema de salud por temáticas relacionadas con el COVID-19. En términos generales, **la percepción es que el sistema ha sido bueno en la detección y asilamiento de las personas**, tanto en atención primaria como hospitalaria:

*Hice una semana enfermo en la casa y mi esposa dijo mira Nixon hay que ver médico qué tiene, el Lunes 18 fui al médico sacando una hora para hora a las 15:00 y dijo doctor Nixon tiene probabilidad para tener coronavirus. Me hicieron examen, dos o tres días me llaman: Nixon tiene coronavirus, está positivo. E21*

*Sí, estuvo bien, no tengo nada que decir porque me trataron bien. E23*

*Sí, fue buena, porque fui a CESFAM y me hicieron PCR al tiro. Venía, yo estaba en la cuarentena porque entre el 3 de Enero, yo estaba haciendo seguimiento, tenía que responder preguntas por mail, yo iba respondiendo que no tenía ningún síntoma, nada hasta que un día me dio fiebre, el día miércoles de la semana pasada me dio fiebre y después me empezó a doler la espalda. Yo no fui a consultar por la fiebre sino por el dolor de espalda, fui a la posta porque me empezó a doler la*

*espalda y eso era raro, para mí no era normal, entonces ahí me auscultaron y vieron que tenía crepitantes, y me dijeron que ese cuadro es típico del COVID y me hicieron el examen y me dieron el resultado al otro día. No sé cómo me contagié, yo creo que en el viaje o en la casa de mis papás, que ya son todos asintomáticos, mi hermano trabaja y sale, mis papás, no se... E16*

Se identifican de igual forma testimonios que **refieren a ciertas negligencias por parte de atención primaria al desestimar el diagnóstico de COVID-19, lo que derivó en que la persona contagiara a terceros al no estar aislada y que su propia situación de salud empeorara**, derivando en una hospitalización y entubación:

*Mire a mí me dio un resfrío, mi esposo compró TAPSIN limón, aspirina, pastillas para las amígdalas, compró todo eso. Según yo era resfrío porque como no salía de mi casa, estaba confiada. Es por eso que yo me empeoré, con neumonía. Después yo no sabía que era COVID, el día 27 mayo empecé a sentir resfrío, el 28 un poquito de fiebre pero normal para resfriado. El 29 empecé a sentir más fuerte, fuimos al consultorio, ahí un médico me atendió y me dijo no creo que sea COVID pero lo que creo que tienes que hacer es la prueba. Pero no me dijo nada de aislarse, nada, él no creía tampoco que fuera. Me dijo que tomara paracetamol y seis días se iba a demorar el PCR. Mi marido hasta se enojó porque para qué hemos venido para que te de paracetamol. El 30 de mayo era mi cumpleaños, me levanté y ya no tenía ningún síntoma, entonces dije ya estoy bien, no era el virus. Mi vecina vino a festejar, mi marido fue a comprar las cosas para hacer un ceviche, almorzamos y claro yo me bañé con agua fría porque sentía calor. Ya en la noche empecé a toser, me dolía la garganta, temblaba, entonces el 31 mi vecina dijo no, usted se va al CAN (Centro Asistencial Norte) yo me quedo con el niño. Ahí llegué de noche, me atendieron después de una hora y ahí ya empezaron a sacarle radiografía a los pulmones, y ahí ya el médico vio la radiografía y el caballero que vino con los resultados vino y movió la cabeza, ahí me di cuenta que era grave. El médico me dijo que iban a hablar con familiar, llamaron a mi esposo que se había quedado fuera, y le dijeron que tenía que trasladarme porque ellos habían observado una pequeña mancha en mi pulmón y el PCR se iba a demorar 4 días y no podíamos esperar. Entonces ahí, parece que no había camilla, al final me trasladaron a las 3 de la mañana, mi esposo volvió caminando, toque de queda, al día siguiente me sacaron otros exámenes y me dijeron que me iban a entubar porque estaba perdiendo el oxígeno para respirar. Me llamaron a mi familia y prácticamente nos despedimos, porque cuando uno lo duermen uno no sabe si va a despertar. Fue como una telenovela, una película, fue muy duro. E20*

Algunas de las personas entrevistadas relatan haber sentido fuerte **angustia cuando percibieron síntomas de COVID-19 pero sin diagnóstico médico, por lo cual no tenían acceso a licencias médicas que permitieran dar continuidad a sus fuentes laborales en el caso de las personas contratadas. Para estas personas, el acceso a atención primaria fue fundamental, ya que pudieron acreditar su dolencia y obtener licencias médicas:**

*Bueno como ella no me quiso dar los datos para solicitar licencia, yo lloraba todos los días porque no tenía mi licencia y no tenía cómo salir al exterior, estaba en mi casa encerrada, entonces hasta que al fin el domingo que me empezaron los síntomas me encontré súper angustiada porque me di cuenta que estaban empezando los síntomas, y hablé con una doctora del Cesfam, entonces allí ella sí me vio y me dio la licencia, osea, no me la quería generar porque yo no le daba ni el nombre completo ni el Rut, me tenía muy angustiada a mí y yo lloraba hasta que al final ella hizo como una gestión allí para poder solicitarla. E29*

Junto con lo anterior, varios entrevistados sostienen que **atención primaria ha hecho un seguimiento de sus casos** y que hasta la actualidad reciben llamados para saber sobre el estado de su salud:

*Sí, por ejemplo los del Cesfam me siguen llamando, yo les había dicho que ya estaba residencia sanitaria igual me siguieron llamando, y me hicieron un seguimiento y los de la residencia también, osea tengo seguimiento del Cesfam y de la residencia, es llamadas todo el día. E29*

**Este seguimiento por parte del sistema de salud algunas personas entrevistadas no lo han recibido, sobre todo quienes han sido dados de alta de las residencias sanitarias, y lo extrañan:**

*Esa necesidad de contactar, ya después de ahí no hubo contacto con médico, no tuvimos. Tampoco llamadas de seguimiento. E3*

*No nos dieron ningún seguimiento. Nos dijeron solo salimos de las residencia, nos enviaron el alta por correo y nada más. Yo pensaba que lo iban a hacer porque como cuando nos dieron el alta nos llamaron del Ministerio de salud, nos dijeron que porque como la niña es crónica nos iban a hacer un seguimiento para saber cómo iba evolucionando, pero no lo hicieron. Incluso el tema del consultorio me iban a ayudar con el tema de facilitarme los medicamentos. Lo hicieron una vez porque como ella sí toma medicamentos lo iban a hacer, pero no, tampoco. Porque igual me tocó salir de la residencia e ir a buscar los medicamentos. E9*

Existen otros relatos que dan cuenta de **una imposibilidad de acceso al sistema por no quedar en los registros de éste**. Así lo relata una de las entrevistadas, quien sostiene que una vez que fueron dadas de alta de la residencia sanitaria ella y su hija en el norte de Chile, se trasladaron a la ciudad de Viña del Mar. En la residencia les dijeron que ya estaban inscritas en el sistema ya que en dicho recinto recibieron una vacuna, pero al llegar a Viña del Mar e ir a solicitar la segunda dosis de la vacuna no aparecían en el sistema:

*Después que salimos nos dieron el alta. A todos nos pusieron una vacuna. Estábamos en Iquique y nos veníamos a Viña del Mar, nos dijeron que ya estábamos en el sistema, que no había ningún problema. Al mes me acerqué a un SAPU con mi hija, ahí la llevé, la buscaron, sus datos y todo lo demás, pero no apareció, eso sí no sé qué pasaría. Por ahí no le pude poner el refuerzo a la niña porque no apareció en el sistema, no le pude colocar la segunda dosis. E3*

## **5. Residencias sanitarias**

### **5.1. Información sobre las residencias sanitarias en población migrante internacional**

Entre las personas entrevistadas fue posible identificar diversas percepciones en torno a las residencias sanitarias. En la zona norte del país, en territorios fronterizos, **se identifican una serie de informaciones que circulan en torno a estos recintos, entre ellas, que el ingreso a las residencias sanitarias implica necesariamente la deportación del país, una vez pasado el periodo de cuarentena, de quienes no portan documentos regularizados de ingreso al país**. Estas informaciones generan una serie de reacciones en la población migrante que está ingresando al territorio nacional, entre ellas, el querer evitar las residencias sanitarias así como cualquier inspección sanitaria por temor a una posible deportación:

*Bueno mira, la persona que nosotros logramos contratar para sacarnos de esa zona de Colchane hasta Iquique, esa persona nos decía que, las personas que ingresaran a la residencia iban a tener problema porque después que pasara la cuarentena en la residencia los iban a devolver a Bolivia, cosa que es mentira porque casualmente una de las personas que venía conmigo que conocí en pleno camino pasaron por ese periodo de cuarentena en Iquique, tuvieron 14 días allá, y le dieron su*

*trámite, su visa y todo y lo único que tuvo que conseguir la carta notariada para poder subir al autobús. E26*

*Como te digo la información es muy amplia, el alcance de la información es muy amplia, porque tú no sabes si te están diciendo la verdad, o si te están dando una información para cuidarte o para preocuparte, osea uno no tiene realmente la certeza de lo que es cierto o que no. E26*

*Si, ahí me ofrecieron residencia sanitaria, me preguntaron si quería ir, yo dije no porque la información falsa que siempre dicen los haitianos. Luego viene un haitiano que trabaja con el médico me dice está bien la residencia, va a estar bien. Que la información no había, antes en Quilicura mucha gente no quiere ir a Residencia porque dice falta comida, pero toda comida tengo, televisión entonces mucha gente no llegó porque no había información. E21*

*Mira cuando venía en camino una persona mencionaba que estuvo allí en una residencia pasando la cuarentena, cabe destacar que son cómodas, la mayoría le dan hasta la comida, esta persona me mencionaba, que estuvieron su cuarentena y después lo dejaron movilizarse tranquilamente E26*

*Mira francamente el tema principal más bien es por la desatención de carabineros, porque como el sistema como se está controlando acá en Chile por el tema de las fases es un poco confuso, inclusive para quienes lo plantean que salen en los noticieros, entonces ese tema no queda claro y las personas no saben realmente dándole una información a las personas sino que todo queda en rumor, sin embargo en cuanto a la residencia me dicen que estar en la residencia es como estar en un resort, algo bien, no he recibido comentarios que sea algo insostenible, de hecho me han mostrado fotos de personas en las residencias donde se ven muy bien,. Hasta donde se las residencias como tal, son agradables claro no tengo más información que eso, de cómo funciona internamente. E26*

*He escuchado que muy mala la atención, que nunca me tomaron temperatura, pero a nosotras no, qué raro digo yo, porque a nosotros nos entraban todos los días y a las diez de la noche llamaban para saber cómo nos sentíamos antes de dormir. E18*

*Antes de esto yo había escuchado de residencia sanitaria pero no sabía qué es, nada... cuando me dijeron que tenía COVID estaba un poco asustada porque no sabía dónde me iban a llevar, pero ya me explicaron y me calmaron. Había escuchado que hablaba otras personas que conocía. E15*

*Yo al principio dije no, no me gusta que dónde me van a llevar, que voy a estar sola, pero bueno, me fui porque yo pues claro, no podía proveerme sola. E24*

Parte importante de las personas entrevistadas que ingresaron al país por la zona norte, específicamente por Colchane, sostiene que **se informaron de las residencias sanitarias y accedieron a éstas una vez que realizaron las denominadas “autodenuncias” en Carabineros o en la Policía de Investigaciones de los controles fronterizos o en la ciudad de Iquique:**

*Ingresé por Colchane, por allí donde está el flujo migratorio más fuerte en este momento y de una vez me presenté en la aduana, como el caso mío es atípico al resto de los migrantes, aunque todos los inmigrantes estamos en una crisis humanitaria, usted sabe, pero por lo menos, en mi caso me dijeron: Bueno, está bien, pase y vaya directo Carabinero. Me presente a carabinero y pase por todo el proceso y ellos me remitieron al refugio sanitario para cumplir la cuarentena. E31*

*Llegamos a Iquique y ya ahí, entró el fin de semana, ya el lunes, martes, mi familiares y mi esposo se hicieron la prueba. A los dos días les dieron la prueba y les dicen que de los 7 que se hicieron la prueba mi esposo salió positivo al COVID. Estábamos en un hotel. Ya de ahí contactaron a mi esposo le dijeron que no podía continuar ahí, que nos teníamos que aislar, que nos tenían que llevar a una residencia sanitaria para más cuidados. Nos llevaron al otro día pero no nos pusieron juntos, a él lo*

*pusieron a una habitación. Nos llevaron a una residencia a un hotel, a él lo pusieron en una habitación solo y a mí me pusieron en otra con mis tres hijos. E3*

Asimismo, **en las zonas fronterizas las personas sostienen haber accedido, en general, en una primera instancia a albergues** -tal como se mencionó anteriormente, estos son espacios donde las autoridades congregan a gran cantidad de población migrante que ha hecho ingreso al país, para que realicen cuarentenas preventivas-, **y posterior a eso, a quienes dan positivo a COVID-19, los han trasladado a residencias sanitarias:**

*Estuve primero en refugio y luego en residencia. E22*

*Estoy cumpliendo alejamiento del Covid, para poder ingresar y me den mi permiso de tránsito para ir a Santiago. Entonces como mi hija, la mayor, de 15 años, salió positivo de Covid, en la segunda prueba me correspondió quedarme más días acá en este refugio. Yo estaba en el refugio Lunas y de Lunas me enviaron para acá. E30*

*Cuando me diagnosticaron con COVID algunos nos trasladaron del refugio a algo que le llamaban el estadio, a otros nos llevaron a hotel, cuando eran pocos o no sé cual era el criterio, pero a ellos nos trasladaron al hotel. A mí me llevaron al IBIS, mira, los refugios como tal son infraestructura grandes que habilitaron para poder recibir extranjeros, esos se usaron como refugio. Los casos especiales son los que aíslan en hoteles, yo no te puedo decir con seguridad qué es lo que define quien se va a hotel, no sé si es que tenían alguna patología, sino que en el hotel lo que se buscaba era dar recibimiento a las personas que dan positivo a COVID. Cuando das positivo te llevan de refugio a hotel. E22*

Sobre los **medios a través de los cuales se informaron sobre las residencias sanitarias destacan, además de Carabineros y PDI en el caso de las zonas fronterizas, los medios de comunicación y el sistema de salud:**

*No tenía idea de las residencias sanitarias. Del SAPU me recomendaron que fuera por la salud de mi familia, que estuviera ahí. E7*

*Me propusieron residencia sanitaria porque yo solo había ido por tres días a Paine, a hacer la prueba, recoger mi carnet y volver a trabajar a Copiapó, entonces no tenía dónde quedarme, entonces ahí me propusieron la residencia y yo acepté. Fue el centro de salud que me lo propuso. E15*

La mayoría de las personas entrevistadas sostiene que una de sus **principales motivaciones para acceder a las residencias sanitarias tuvo que ver con no contagiar a las personas con las que viven, especialmente adultos mayores e hijos/as:**

*El tema de la residencia surgió porque yo lo había visto en la televisión, y cuando me notificaron de COVID pregunté qué podía hacer para hacer la cuarentena que no sea en mi casa, porque el tema es que mis papás son adultos mayores, tienen más de 70 los dos y con patologías de base, entonces se complicó todo porque en su casa, solo hay un baño y me preguntaron, si tienen que compartir baño ellos se van a contagiar y yo no quería eso, entonces pregunté lo de residencia y me dijeron que sí, que podían gestionarla. E16*

*Ahí es que fue que llame a un número que sale residencias sanitarias al 800 algo y llamé y ellos tomaron mis datos le expliqué mi caso, como compartir al baño y compartir la habitación con mi hermano entonces obviamente yo cumplía las condiciones, entonces ellos me llamaron, ellos me dijeron que de 12 a 48 horas me estarían llamando, al día siguiente fue domingo y me llamaron en la mañana y me dijeron al mediodía te estarían buscando, si no tenía asignada todavía lo del lugar*



*donde iba a estar pero me dijeron te buscamos y sin ese momento todavía no está te vamos a asignar un lugar igual te vamos en el transcurso del día. E29*

*Pero ahí mismo llamamos al SEREMI para ver qué solución había y estaban estos recintos sanitarios, que me parece una maravilla. Y más en personas como nosotros que no tenemos dónde quedarnos. Entonces, al día siguiente nos fueron a buscar unos muchachos, súper servicial. Te digo sinceramente, 3 años en Chile y nunca me habían atendido tan bien como en todos estos días. Increíble, increíble. Un muchacho muy atento, llegamos, nos hicieron el registro, hotel en Providencia. E10*

*Cuando a mi me dieron de alta, el doctor me dijo que todavía tenía un 2% de virus en el cuerpo, cuando llegó el día me dijeron tu si o sí tienes que hacer cuarentena. Me dijeron que tu estando aislada tienes que volver a tener el mismo organismo que tenías antes, están muy bajas tus defensas. Con decirte que yo no podía rascarme la cabeza porque se me caía todo el cabello. Me dieron suplementos alimenticios, entonces me dijeron con quién vas a estar en la casa y yo decía, mi marido, y él que hace, él trabaja. Viste él trae el virus de afuera o otra enfermedad, y tú estás muy débil, tienes que estar en un ambiente en que no esté en contacto con muchas personas. Yo no podía estar en contacto con otra persona que no había tenido COVID porque puedo también enfermarme a esa persona. Entonces ahí mi vecina que me recibió, ella no había tenido el virus y teníamos solo un baño, ella tenía un solo baño, tenía contacto con mi hijo pero con un facial, mascarilla y así. Después ya por eso cuando me llamó la SEREMI decía que yo podía poder contagiar a otra persona. Ahí me asusté porque esta amiga se podía enfermar, así que por todo eso, por cuidar a los otros tomé la decisión de cuidar a mi hijo. E20*

## 5.2. Sobre la experiencia en residencias sanitarias

Las personas entrevistadas, en términos generales, dicen **estar muy agradecidos y satisfechos con la experiencia en las residencias sanitarias**. Si bien las y los entrevistados han estado en diferentes residencias, ubicadas también en diversas regiones del país, comparten la percepción que la estadía en estos lugares ha sido altamente positiva, **destacando la buena organización, limpieza y alimentación recibida en las residencias**:

*Estoy en residencia hasta el Domingo. Ha sido muy buena. Ellos me dijeron te voy a hacer una consulta y luego el mismo día me consiguieron la residencia. Esta cerca de mi casa, mis papás están en Macul y yo estoy en Providencia ahora. E16*

*La verdad que fue muy bien, aunque me la pasé de profesora, me activaron el wi fi así que hacía las tareas, había que turnarse como son tres niñas, la atención 100 puntos. E18*

*Yo estoy bien, mi esposa y mis hijos están en otra habitación, ellos son contacto estrecho, no hicieron PCR porque no tiene síntomas, solo la chiquitita tiene tos pero los dos no tienen nada. Mucho mejor que en mi casa, muy tranquilo, la comida todo bien, baño limpiecito. E21*

*Yo hice una buena experiencia, la gente muy amable, no había ninguna discriminación, solamente el último día que teníamos que dejar hotel la comida llegó atrasado. E23*

*La verdad es que yo no quedé muy conforme o para recomendarle a alguien, porque no, mire yo llegué primer día nos repartieron la comida, nos dieron las instrucciones. E24*

*Aquí nos recibieron muy bien, todo fue excelente, en verdad no tengo quejas, no tengo de verdad nada que me pueda quejar o decir. Desde que entramos, atento, en el día y en la mañana pasaban las*

*enfermeras para la atención, el pulso, el oxígeno. Nos daban tres veces al día la comida y una merienda. Nos atendieron con la ropa, con lo que necesitábamos de uso personal. Igual con mi esposo estuvieron muy pendientes. E3*

*Bueno la cosa positiva fue que nos dieron apoyo, nos dieron cosas personales champú esas cosas comida, no tengo en qué quejarme, la atención fue buena en cuanto los media la atención estaban pendiente de la fiebre y todo eso. E30*

*Mira en realidad yo no sabía nada de esto, venía medio asustado y cuando estuve lo primero, la recepción en el auto vi la diferencia, me sentía confiado, me explicaron cómo iba a ser el sistema, cuando llegué donde la recepción, la amabilidad, cómo te tratan, nunca había visto que te trataran tan bien en la salud, la comida, todo muy bien, si me quejara de mal agradecido, los doctores te explican, lo que no te explican en el CESFAM, fue clarito lo que tenía, lo que iba a pasar, más personalizado. E16*

*La higiene periódica, un día sí, un día no. Perfecto. La comida A1. Servida bien, con precintos de calidad, cómo estaba elaborada la comida. Muy bien, muy bien. Las personas que las traían, muy amables todos. Las atenciones de los médicos, las enfermeras. Todo muy bien. E10*

*Actualmente estoy en residencia sanitaria. Hasta el momento todo ha marchado bien, una buena atención, un buen trato, están siempre pendiente de uno. Lo único es que uno está siempre solo, pero uno se entretiene con la televisión y el teléfono. E7*

*Mi experiencia fue buena, no me podría quejar. Porque tuve 14 días en que me atendieron muy bien. Todo lo que necesitábamos nos lo llevaban. Algo que nos faltara teníamos a la mano los números que nos habían entregado, había distanciamiento entre las personas, nos daban alimento, todo muy bien tapado, todo muy bien, mucha limpieza, limpiaban los baños muy bien, las personas iban con sus mascarillas, sus guantes, todo muy bien, me fijaba en eso. No hubo algo, para nada, me pareció muy bien. E3*

*No tendría nada malo que decirle, más bien que todo fue excelente. Gracias a Dios todo fue para bien. E3*

*Esto es una gran solución. La realidad va a depender de cada persona, nosotros no tenemos nada de qué quejarnos. Para nosotros fue una bendición de Dios el recinto. E incluso a pesar que hubiésemos tenido que pagar más días de hotel donde nos alojábamos, que lo pudimos haber hecho sin problemas, quien nos atendía el asunto de las comida, cómo salíamos a buscar el asunto de las comidas, quién nos atiende, no hay nadie, estamos solos. Entonces el recinto fue esa luz al final del túnel, fue una cosa de Dios. Nos atienden, nos traen las comiditas, nos llaman cada 30 minutos preguntándonos cómo estamos, hay un control, nos llaman del SEREMI también haciendo el control. Imagínate. Lo importante también es la tranquilidad, de saber que te están atendiendo. E10*

Para el caso específico de **personas migrantes sin rut, agradecen de manera particular el poder acceder a estos espacios aún cuando están en situación irregular en el país, destacando con ello la respuesta humanitaria que ha tenido Chile** para con las y los extranjeros en lo que se refiere a acceso y uso de residencias sanitarias:

*Para no tener RUT de verdad que agradecida estoy de que al llegar a un país que no conocemos, que no pertenecemos, nos reciben a pesar de todo, a pesar de la pandemia, y nos dan los cuidados. De verdad se necesita, por el virus que hay, nos tocó emigrar. A pesar de esta que enfrentamos, porque es a nivel mundial. Nos tocó en este momento y gracias a Dios no nos cerraron las puertas, nos las abrieron y nos atendieron, nos tendieron la mano muchas veces. No tengo de qué quejarme de Chile.*

*Como decirlo, en Perú, no. Perú fue diferente. Aquí en Chile no. Chile es mejor. A pesar de la situación pudimos entrar y con la pandemia. E3*

Ahora bien, sostienen que existen una serie de rumores respecto a este tema ya que, de acuerdo a algunos entrevistados, **abundan historias de personas que no se acercan a las residencias sanitarias por no tener rut y temen una posible deportación:**

*No sé, hay muchas personas que no tienen papeles, yo no sabría decirle si los ayudarían, me pidieron RUT cuando entré entonces no sé que habría pasado sin RUT, la verdad yo pienso que no llegan personas sin documentos, la gente por miedo no llega ni a hacer consultas ni nada, porque puede llegar PDI o algo así. Antes tener rut yo no fui a hacerme PCR porque tenía miedo a contagiarme, también a que me preguntaran cosas, las demás personas no van porque les hacen muchas preguntas, que cuando vinieron, qué hacen, si los papeles están, yo vi a una persona en el centro de salud donde fui a hacerme PCR, indocumentada, que le están haciendo esas preguntas, entonces por eso no van. Las que van dicen que se quieren ir del país, les preguntan si piensan volver y las personas dicen que no y ahí sí les sacan PCR, pero hay temor. Los que se van definitivamente a Bolivia lo están haciendo, pero los que no se van, no lo están haciendo, por miedo. E15*

*Si no hubiese tenido RUT no hubiese venido a la residencia, la verdad no, porque ahí no sabe uno si van a llamar a PDI a carabineros después, tienes miedo que deporten. E15*

Respecto a los aspectos negativos asociados a residencias sanitarias, algunas personas entrevistadas relatan **malas experiencias producto principalmente de haber sido separados de sus familias en el ingreso a las residencias sanitarias.** Esto es destacado por varios de las y los entrevistados como un aspecto negativo de la experiencia en residencia sanitaria:

*No, bueno, mira para mí lo más importante es el tema de separar a la familia. No deberían de separarnos, ya de resto por ejemplo del tema de las instalaciones para mí ya son pequeñeces. y la parte para mí eso, que no separen a la familia, que sí lo van a poner en un refugio los pongan juntos, así este uno negativo y el otro positivo que los pongan juntos. Porque es muy difícil estar separado así, tanto en la parte emocional como económica. E30*

*De allí llamamos a residencia sanitaria pero nos estaban dividiendo. Nos decían que como no le había hecho la prueba a mi última hija ella vendría aser solo contacto estrecho. Ella iría a una habitación y ustedes en otra por ser positivo. Yo le dije no y mi pareja tampoco se había hecho la prueba. Yo le dije no, ella no es la hija de él. No, le dije, no voy a aceptarla. Le dije que no a la residencia sanitaria. De allí al día siguiente me contactaron, me preguntaron si yo era la mamá de mi última hija. Me preguntaron si a usted le dio positivo la prueba, a ella le habían realizado la prueba, le dije no, a ella no le hemos realizado la prueba, pero ella ya tenía los síntomas. Mire lo que pasa es que ella es una paciente crónica, usted igual, deberían tomar la residencia sanitaria por medida de precaución y en el lugar de donde dieron la dirección son casas para que ustedes estén. Yo le dije mire es que aquí estamos los 4, yo ya no quería tomar la residencia. Y me dijo no, es que irían los 4 juntos igual acá en la residencia, no importa que su pareja no se haya realizado ni la niña tampoco, entonces yo le dije bueno sí. Ahí me dijeron que de 24 a 48 horas nos podían ir a buscar. E9*

*A mi me dio al principio como un resfriado, después caí hospitalizada, estuve dormida 23 días y el único soporte ha sido mi esposo que por suerte no ha dejado de trabajar, el único momento que dejó fue cuando estuvo en cuarentena. Yo salí positiva en COVID, luego a ellos los mandaron a refugio y ahí tuvo mala experiencia, porque yo no sabía nada, yo no estaba aquí, cuando yo desperté me hicieron videollamada, vi a mi hijo en un lugar extraño, me pareció raro ese ambiente, no recordaba mucho, muchas cosas, me duró como una semana y media volver a ser yo misma. Ahí fue que me mandaron a la residencia después del hospital, primero me vine a mi casa a hacer cuarentena con*

*una vecina y después no, me llamaron que yo tenía que ir a residencia y que esto que lo otro. Yo pregunté ya, pero ¿me puedo ir con mi hijo? me dijeron que no, entonces yo dije si yo no voy con mi hijo no puedo ir, porque él dejó de verme por un mes, que me estaba muriendo y después cuando volví no quería apartarse de mi lado. Entonces igual a un niño de 6 años él sabe que yo estuve al borde de la muerte, él ha temido de la muerte. Me preguntaron si mi hijo había tenido COVID y yo dije si, porque mi marido insistió le hicieron PCR, porque tampoco le querían sacar, por eso que a ellos le ampliaron su cuarentena. Por eso me fui yo a ESPAR y me fui con mi hijo. E20*

Una de las **consecuencias de las separaciones familiares en el ingreso a residencias sanitarias es la situación de vulnerabilidad en que quedan muchas personas ya que si no son dados de alta al mismo tiempo, la persona que sale antes queda, en muchas ocasiones, desprovista de dinero o redes de apoyo para subsistir:**

*Estoy muy preocupada es porque yo andaba con mi esposo y lo separaron de mí, por él no estar contagiado lo mandaron a otro refugio y yo quedé un poco preocupada porque la maleta donde yo tenía mis pertenencias le quedó a mi esposo, yo quedé sin ropa, sin mis útiles personales. Y hablé para que trajeras a mi esposo porque él también era contacto directo y no quisieron traerlo y nos separaron. Fíjese que yo salgo el viernes de aquí de este refugio y mi esposo sale el lunes y allí no sé dónde voy a quedarme estos tres días mientras él salga. Aparte no tengo dinero porque el dinero le quedó a él porque nos sacaron apurado y no logró, no logramos concretar nada para darme el dinero y para nada y en esa parte estoy preocupada porque no sé qué voy a hacer cuando me toque salir. E30*

*Hablé con la doctora y me dijo que no porque mi esposo fue un contacto directo, lo enviaron a otro Refugio por lo que no podía estar acá con el niño y la niña, y hablamos para que él se viniera conmigo y así saliéramos juntos, pero no, nada. Nos separaron y ahora yo estoy muy preocupada porque no tengo suficiente dinero y no sé qué hacer. Me dieron el número de un cura que tiene un refugio a ver si me recibe y estoy en eso hablando con él, el me pide la carta de recibimiento y Requisitos para entrar a ese Refugio mientras que mi esposo sale. Y me está pidiendo la carta de refugio directamente de un familiar. A mí me va a recibir un amigo y no sé qué hacer, me dice que tengo que cumplir eso porque si no, no me va a recibir allá en el refugio y estoy muy preocupada por mi situación. E30*

Esta situación, que involucra tanto la incertidumbre que provoca el estar diagnosticado de COVID-19, y el estar solos, tiene, de acuerdo a las y los entrevistados, **consecuencias anímicas y en la salud mental de las personas, y subrayan que las residencias sanitarias o bien no cuentan con profesionales que los apoyen en estos ámbitos, o la derivación es muy lenta:**

*Sí, aquí hay mucha persona que necesitan es aparte de atención psicológica que también es importante y no la hay, esa parte psicología no la hay, hay personas que vienen deprimida se ponen triste por el encierro, tantas cosas. Fíjese por ejemplo a mí me separaron de mi esposo y eso no me agrada, pero claro en últimas instancias no me iba a poner en contra, me vine, pero ahora estoy viviendo las consecuencias. E30*

*Lo único fue el tema del médico y para sacarme la hora con la psicóloga, demoro un poquito, porque como decían que estaban colapsados y todo decían que no se podía. E9*

*A mí me comenzaron a dar crisis de pánico. Yo comencé con los síntomas y la que terminé, fui la última en terminar. Yo me vine a mi casa y todavía tenía síntomas, ya el olfato se me había venido pero no recuperaba el gusto. Muy atentos. Las enfermeras nada que decir. Llegaban y muy preocupadas para poderme sacar hora con la psicóloga. En eso si hay un poquito de tardar. E9*

Sobre posible percepción de discriminación por ser migrantes, **en general las personas entrevistadas reportan no haber sentido discriminación en las residencias sanitarias.** Aun así, hay quienes reportan haber sentido que **los trámites de ingreso a las residencias son más complicados y burocráticos para los extranjeros en comparación a la población nacional:**

*Con nosotros que somos migrantes no nos hicieron diferencias, nos trataron igual, igual como pueden tratar a un chileno. No encontré así que nos dijeran ustedes son migrantes y los vamos a tratar diferente. No lo encontré así. E9*

*Sí, sí hay buen trato de verdad que no se ve esa xenofobia que uno vive en otros países como en Perú, Bolivia de verdad que no, aquí son amables educados, se pueden gozar de eso pues, como hay escases en otros países, aquí no, aquí gracias a Dios son amables, educados, receptivos no son apáticos Pues en esa parte. E30*

*El trato ha sido excelente. 100% bueno. Hasta el momento me han tratado como si fuera un chileno más. E7*

*Por ejemplo, cuando me fueron a buscar y me llamó primero una persona antes de irme a buscar y me dijo que no tenían todavía el lugar donde me iban a llevar horas previas a que me buscarán yo no sabía a dónde iba a ir y eso me tenía preocupada, me llamo mis amigos y me dijo ¿ajá dónde vas a estar? y eso, entonces yo le dije: no, no sé y cuando me fueron a buscar se identificó la persona que me tomó la temperatura pero tampoco me dijo donde me van a llevar a qué lugar me habían asignado entonces bueno cuando llegué a lugar mi amiga me decía toma foto por dónde vas toma foto de lugar porque te tan llevando aún lugar y uno sabe a dónde un poco asustados en ese sentido, yo bueno como era en el auto de Seremi ya yo sí sentía tranquilidad porque este auto siempre iba a revisarme, ya conocía el auto entonces yo iba tranquila, entonces cuando llegué no había habitación para mí y yo allí si me pregunté ¿porque no habían asignado a las personas antes de que me fuera a buscar?, no habían asignado la habitación me imagino porque fue rápido porque yo llamé el sábado y ya el domingo me vinieron a buscar entonces estaban en logística y toda la cosa, sin embargo uno como extranjeros sabe que todos los trámites para el extranjero toma más tiempo que para el chileno a mí me dan el carné como en 2 meses y a ustedes se lo pueden dar como en una semana entonces yo digo: ¿será porque soy extranjera? E29*

*Pero de parte del personal de médico enfermero no he visto hasta el momento ningún tipo de discriminación. E31*

*A nivel de atención el tiempo que estuvimos aquí no noté un trato especial por ser extranjero. Nos atendieron digo yo que normal. Nos atendieron muy muy bien. Que haga falta, no creo, porque si de plano sin saber de dónde eres te atienden bien, no creo que sea necesario formación de un ningún tipo para. Creo que lo manejaron muy bien. De hecho me asombré de lo bien que lo manejaron, porque la idiosincracia del chileno no es ser tan amable, tan lindo; no. Y lo viví y quedé en shock. Hola como está muy buenos días, muy buenas tardes. Es como si la preparación ya se la hubieran hecho. Calculo que las instrucciones son atiende a la persona de esta manera. No sé, yo creo. Te lo digo como alguien que ha vivido aquí. Nosotros en Venezuela somos muy así. Pero te voy a contar una experiencia. El día uno que yo llegué aquí a Chile me atendió una chica. Ella me estaba atendiendo y yo le dije gracias mi cielo. Y la muchacha me dijo cómo que mi cielo. Yo le dije perdón, yo hablo así. Ella me dijo no, no sea tan fresco, yo no lo conozco a usted para que me diga mi cielo. Yo me quedé con eso, será que aquí son así. Nosotros en Venezuela hacemos mucho conectivo de camaradería y terminamos con un mi amor, mi cielo, y es normal para nosotros. Yo lo dije aquí la primera vez y era chocante, era invasivo. Y yo mierda, qué raro, no es invasivo saludarte sin conocerte con un beso en la mejilla, cosa que para nosotros sí lo es, llegar sin conocerte un beso en la mejilla. Eso aquí no es invasivo, pero sí es invasivo que yo te haga un conectivo de amistad, mi cielo, mi amor, mi linda, mi*

*reina. Qué raro. Entonces, llegar al sitio de la residencia y que te traten así, quedé loco. Espectacular. Es que no tengo nada de qué quejarme.*

Por último, quienes sostienen que **para algunas personas fue imposible lograr el traslado a una residencia sanitaria, por lo que debieron experimentar las consecuencias del COVID-19 solos en sus hogares, sin mayores cuidados ni alimentos para subsistir:**

*El papá de mis hijas vive con ellas en una pieza separado, en una pieza en el patio, y a ellas sí se les dificultó mucho. El papá de mis hijas dio positivo y a él nunca lo fueron a buscar. Mi hija los llamaba, les decía que por favor lo fueran a buscar, que por si ella se iba. Igual los dos no podían salir y estaban sin alimentos en su casa, y les decía que por favor, cómo iban ellos a alimentarse, cómo ella iba a alimentar a sus niños. Le decían que lo que pasa es que las residencias están muy colapsadas y no los podemos ir a buscar. Mi hija estaba muy desesperada porque incluso la familia de su esposo no estaba acá, estaban en Ecuador en ese tiempo, la suegra, el cuñado no estaban acá. Mi hija no tenía ayuda porque yo estaba encerrada y la familia de su esposo no estaba, y el papá de mis hijas no podía salir porque si lo pillaban en la calle ya los vecinos se fueron dando cuenta que cuando fueron a buscar a mi yerno ellos tenían COVID. Entonces pasaron una semana muy mal, que mi hija si le contara la experiencia yo creo que ella pasó un poquito mal la experiencia, ella lo pasó mal con el papá de ella. En fin, a él nunca lo fueron a buscar, el cumplió con lo poco que los vecinos lo podían ayudar en lo que es alimento, pero él también tuvo los síntomas y los vecinos le pasaban su paracetamol, le pasaban para que se preparara los tés calientes, con el tema este de los tés calientes. Cuando ya a mi hija la fueron a buscar a la semana él la pasó muy feo, porque la pasó en la casa, solo y sin tener quién le ayude para pasar un vaso de agua o alguna atención. E9*

### **5.3. Atención con pertinencia cultural en las residencias sanitarias**

Uno de los **aspectos donde las personas entrevistadas ponen mayor énfasis en relación a una atención con pertinencia cultural en las residencias sanitarias es en los ámbitos alimenticios.** Muchos/as sostienen que les fue muy difícil alimentarse en las residencias sanitarias ya que el tipo de alimento que les brindaban no era acorde a sus contumbres alimenticias:

*Mira los horarios para la comida muy bien y me dejaban de una vez la cena y el desayuno me pareció genial porque aquí uno desayunaba a la hora que uno quisiera porque por ejemplo, hay días que me paraba con hambre y desayunaba y otros que no, tomaba como a las 10 o a las 11 del desayuno voy comiendo despacio entonces pareció bien porque depende uno y como durmió, y lo que sí, yo como extranjera que soy una de las cosa que me daba miedo antes de venirme a la residencia sanitaria y por la cual yo lo evite porque la persona contagiada primero se entra a la Residencia Sanitaria y yo elegí quedarme en la casa, porque yo podía hacerme mi comida como yo estoy acostumbrada a comer entonces me maleteaba y si me tocaba ir a una residencia me van a dar mucho pan porque yo no como tanto pan sino mi arepa, pero cómo eran poquitos días, yo me vine por 4 días a la Residencia entonces no comer arepa por 4 días lo puedo sobrellevar sin embargo comer pan en el desayuno y también en la cena como ya mucho pan para mí porque yo como más arepa que pan. E29*

Por otra parte, **se relatan estrategias de cuidado que refieren a la automedicación con hierbas naturales, las cuales preparan en sus hogares y buscan continuar en las residencias sanitarias,** pero muchas veces no lo logran hacer por falta de acceso a ciertos recursos:

*Los síntomas nos dieron a todas, perdimos el gusto, mis hijas y yo, a mí me dio congestión nasal, diarrea, pica pica en la garganta, el dolor de cabeza es como un marea constante, horrible. Yo las*

*hijas más que pensaba que no se vayan a poner mal Dios mío y yo ahí con jengibre, miel, limón, yo combatía con eso. E18*

#### 5.4. Percepciones en relación a la infraestructura y los servicios de las residencias sanitarias

Para muchas de las personas entrevistadas, la experiencia en relación a **la infraestructura de las residencias sanitarias es percibida de manera muy positiva, ya que en muchos casos corresponden a lugares con mejor infraestructura y servicios que sus propios hogares:**

*Muy bien está todo muy bien, mi casa no es confortable, yo vivo con el seguro de cesantía. E21*

*De eso qué le voy a decir, son palacios, mire como es mi casa, la comida me pareció muy bien, entonces a esto eso es un palacio. Pero uno está por salud, no tanto por dormir bien. E24*

*Sí, todo muy organizado porque en la mañana y a la media tarde me hacía en el seguimiento de los signos vitales y el doctor venía también, osea, todos los días venía un doctor distinto pero me chequeaban y todo el seguimiento y las personas que se encargaban de la limpieza ofrecían lavarme la ropa, las personas que traigan la comida me presionaba si quería algo más, en términos generales como yo me vine preparada con todas mis cosas no requerí ni siquiera, yo pensaba de repente decirle a mí amiga, que me trajera alguna fruta o algo que a mí me gusta pero me dieron comida balanceada un día fruta, leche asada cada día era como un postre distinto quede satisfecha en cuanto lo que es la comida yo me traje el atún porque yo soy de comer mucho, Aunque soy delgada, como bien, entonces yo me comí todas mis comidas y quede satisfecha nunca sentí cómo como que me faltó no. E29*

*Mire, otra cosa es que yo soy muy alérgica y respetaron la dieta en cuanto a lo de las alergias fueron cuidadosos con la comida y en cuanto al trato, habían señoras de la limpieza que eran colombianas yo lo detectaba por el acento y chévere también me trataban bien, yo les decía estaba rica la comida, para que ella supiera lo que me gustó mucho los almuerzos las cenas Encantada era calientita la comida y buena sazón todo. E29*

*A mis hijas se le fueron quitando los síntomas, pero ellas felices porque tuvieron muy bonita amistad con todas las enfermeras, a veces las enfermeras nos dejaban de último para poder conversar con nosotras, les gustaba el acento. En eso que fue el tema de enfermeras, las señoras de aseo, todo un 7, nada que decir. E9*

*Hasta que nos dejaron pedir una tortita para el cumpleaños de mi hija y ahí nos regalaron la bebida. E18*

Así como muchos agradecen la infraestructura, sobre todo por la estadía en hoteles que se reconvirtieron en residencias sanitarias, se **identifican relatos que dan cuenta de malas experiencias en torno a la infraestructura, principalmente de albergues** y, en ocasiones, de residencias sanitarias:

*Acá hay seguridad donde estoy, en Cavanca también ha ocurrido irregularidades, por ejemplo, no tenemos una buena, cómo le explico por ejemplo, esta infraestructura no cumple con las condiciones para tenerlos aquí porque afuera donde estamos hay caca de animales, hay niños, hay pocos baños para la cantidad de personas que hay, ves. Pero de hecho la seguridad bien y la comida bien, bueno a veces traen una comida que los niños no se están comiendo, mi hijo no la está comiendo casi, ya no está comiendo casi de hecho. E30*

*El hecho que compartimos tantos en una misma estructura, eso no... ahí creo que podría ser mejor. E22*

**Esto va en contra, sostienen algunos, de los principios para los que fueron creados los albergues y las residencias sanitarias,** que es resguardar a las personas contagiadas de COVID-19, protegiendo de posibles contagios a terceros.

Cabe destacar la **distinción que hacen personas que han estado tanto en albergues como en residencias sanitarias en el norte de Chile.** Estas personas hacen una distinción clara entre ambas experiencias, sosteniendo **que en las primeras hay mucha gente aglomerada y son espacios que algunas personas perciben como inseguros, tanto en relación a posibles contagios de COVID-19 como en relación a pérdida de sus pertenencias, violencias y otras situaciones de riesgo:**

*En el refugio no estaban al pendiente, pero luego me pasaron a otro refugio y aquí hay más medidas de seguridad y no corre uno el riesgo de que le vayan a quitar sus pertenencias. E30*

En la misma línea, **hay personas que rescatan de los albergues o refugios el hecho de poder compartir con otras personas, a diferencia de las residencias sanitarias, donde dicen sentirse más encerrados:**

*Mira la alimentación en hotel y refugio era la misma, llega una comida envasada, el desayuno era un té un pan, una fruta, el almuerzo un plato fuerte, una fruta, la merienda una fruta o una golosina y la cena era lo mismo que el desayuno, si vi lo que perdí en el hotel era que estaba más encerrado, porque en el refugio uno puede salir hacia salas comunes, a parte que lo que estamos encerrados, durmiendo. En el hotel no, es mas serio, encerrados en 4 paredes. E22*

Otra crítica que realizan algunos entrevistados respecto al **servicio en las residencias sanitarias hace referencia a la comida que reciben. Algunas personas sostienen que ésta no es apetecible para los niños, lo que hace que estos sientan hambre.** Sostienen haber elevado quejas al respecto pero que nunca recibieron respuesta:

*No, no, yo creo que no es comida que no le guste, sino que es una comida que no es adecuada porque no le están colocando sal y hace un tipo de comida que los niños no se la comen porque no saben a nada. Lo hemos hablado pero los doctores no, no nos dan respuesta, no nos dicen nada, hemos hablado con el encargado de traer la comida y nos han dicho que esa es la comida y se van, deja la comida y se van y de hecho, da dolor porque hay mucha comida que la botan porque nadie se la quiere comer de verdad da dolor que se pierda tanta comida. Nosotros venimos de ese país donde se vive demasiada hambre... E30*

En las residencias sanitarias, las y los entrevistados dicen tener contacto principalmete con el personal de salud, de aseo y de alimentación, por lo que cuando tienen reclamos los realizan a estas figuras, ya que dicen **no tener contacto alguno con los administradores de las residencias sanitarias:**

*Con ellos no tenemos contacto. E15*

*No, no tengo contacto con eso, veo solo las personas del aseo y los que te vienen a dar la comida, las enfermeras por los signos vitales. E16*

*Nosotros no sabemos de eso. E18*

*No los conoce una. E20*



## 5.5. Percepciones en torno al personal de salud en las residencias sanitarias

En términos generales, **la mayoría de las personas entrevistadas considera que el personal de salud en las residencias sanitarias cumple una función importante y los evalúan favorablemente**, tanto en lo que respecta al trato como a la atención de salud propiamente tal. Sostienen que, en general, **siempre están disponibles, realizan un seguimiento de los casos y están al tanto de la situación de salud de cada uno de los usuarios y usuarias de las residencias:**

*Son muy buenos, el trato es bueno. La gente es muy amable, las enfermeras te explican bien, me hace sentir segura. E15*

*Muy bien, todo muy bien, personalizado. Yo pensé que iba a estar solo, tirado, aislado y no, todo lo contrario. E16*

*Muy bueno, los doctores y enfermeros. E18*

*Son muy amables, vienen, preguntan, no discriminan. E21*

*Muy bien, hasta ahora tengo sus números. Nunca tuve síntomas, pero me controlaron siempre. Yo hablé con la enfermera que encarga a él, estaba bien. Ahora yo lo llevo a clínica privada para ver cómo era su desarrollo. E23*

*Y me preguntaban por el tema qué síntomas tenía, si había mejorado todo eso, aquí las enfermeras siempre me preguntaban que necesitaba. E29*

*Yo un día tenía dolor de espalda, me vio un doctor y me dijo que era una secuela de lo que había pasado, de mis pulmones. E20*

*Nos tomaron la muestra, la temperatura, registro, nos asignaron una habitación. Eso sí había que estar metido todo el tiempo aquí sin siquiera salir al patio, pero bueno está bien. Las cuatro comida, atención tres veces por día de enfermeros y médicos. Hoy en día nos sentimos muy bien solo que mi pareja perdió un poco el olfato y le ha costado recuperarlo, el olfato y el gusto. Pero en general, ella que es española y yo que soy de Venezuela, en ninguno de nuestros países está este sistema. Imagínate tú, en Europa no está este sistema. Es una cosa maravillosa.*

**Destacan la presencia de personal de salud extranjero**, lo que en algunos casos los hacía sentir más seguros y cómodos para realizar preguntas y aclarar dudas:

*Lo bueno por ejemplo de los médico que me atendieron una vez fue una venezolana y me sentí cómoda, porque mi mamá me estaba haciendo video llamada y ella participó, escucho, estaba preocupada allá en Venezuela entonces pudo haber que estaba bien que no era sólo yo que le decía mamá estoy bien porque uno le dice hacia los padres y creen que le ocultamos las cosas, entonces la doctora le dijo que estaba todo bien y ella se quedó tranquila y eso para mí es tranquilidad también y después me atendió otro doctor que me imagino que es haitiano entonces fue chévere esa experiencia porque a mí nunca me había atendido un doctor haitiano, lo que había visto era doctores chilenos y venezolanos, entonces fue bueno porque yo había compartido unos días con haitiano en la y residencia dónde estoy habían haitianos, pero ellos se mudaron a días de yo estar viviendo al allí, entonces uno no se comunicaba con ellos porque como que tenía otro idioma y porque estaba recién llegada, era mi única experiencia cercana con personas de Haití y el doctor fue muy amable, muy calmado explicándome las cosas y bueno me dijo eso, que me cuidara mucho porque yo soy muy alérgica a muchas cosas. E29*

*Me gustó que cada uno fuera de una nacionalidad distinta, porque fue una visión distinta uno como paciente siempre quiero una segunda opinión de médico, por lo menos en Venezuela es así, si un médico te dice una cosa tú no estás muy de acuerdo, como un diagnóstico grave, uno pide una segunda opinión, bueno eso tuve como tres atenciones y todos me decían tú estás bien, está evolucionando bien, me quedé más tranquila y me siento bien y hoy estoy feliz porque me voy. E29*

*Diariamente en refugio y en hotel pasaban a controlarnos la presión arterial y temperatura. La mayoría de las personas que nos aislaron en hotel y en refugio estábamos todos sin síntomas, incluso las personas salían a reunirse, a jugar cartas a fumar un cigarrillo y ninguno tenía síntomas. El personal de salud siempre se portó bien, con una buena actitud, claro, hay controles, pero se toman acciones cuando hay brote. E22*

Por otra parte, hay también **entrevistados/as que no quedaron conformes con la atención de salud recibida en las residencias sanitarias. Sostienen que tuvieron que dar peleas para que les hicieran el PCR, y que los tratamientos frente a evidentes síntomas de COVID-19 eran tardíos o inexistentes:**

*En la residencia donde estuvo mi marido y mi vecina, ese fue muy malo, luego fueron a uno más grande, que fue en Salvador Allende, pero ahí es donde el peleó para que le sacaran el PCR porque el niño tenía tos, se la negaban el examen. Luego él se tuvo que poner grosero y después se lo hicieron y salió positivo, tenía razón porque tenía mucha tos. E20*

*Eso era el problema, y no fue porque era colombiana, peruana, fue en general. Había personal pero decían siempre que hay que esperar el examen y eso son 8 días y en 8 días eso te puede matar esa enfermedad. E24*

*Incluso hasta en el tema de médico, porque yo tenía mucho dolor en el estómago. No podía dormir, no había noche que no me doliera, que tenía que llamar a las enfermeras para decir que tenía mucho dolor y no sabían de qué podía ser el dolor. Llegaba incluso la enfermera jefe, llegaba en las mañanas y yo le decía que no podía dormir, que tenía crisis de pánico. En el tema de médicos era entendible que como estaba todo colapsado y que no podían llegar por solo una paciente a la residencia. Yo le digo entiendo pero si una persona se pone mal, me dice no si una persona se pone mal para eso está la ambulancia para llevarla al hospital. Si una persona realmente se pone mal hay que llevarla al hospital. Pero si es así como usted está no hay médico, tenemos que esperar que se desocupe una residencia que tenga más personas que está más colapsada que tenga más personas así como usted. Yo le dije o sea porque soy solo una persona no vien ele médico acá. Es lo único que fue que me incomodó. Porque ya hubiésemos salido. Habíamos cumplido los 14 días y nos alargaban, nos alargaron una semana, estuvimos 21 días porque no llegaba médico y no podían dejarme salir con el tema del dolor que tenía. E9*

*Otras personas que conozco han dicho que no les ha ido tan bien, que no pasa el doctor, que no les toman temperatura, que no les llevan la comida, que jamás pasaron a verlo, incluso un caballero que estuvo en el mismo hotel que yo. No sé, fue raro eso, porque algunos estuvimos en el mismo hotel, con ser que uno estaba con niño también. E18*

*Al final tuve que ser grosera y al final me dieron receta pero yo tuve que mandar a comprar, todo yo, porque eso me dijeron mire usted si manda a pedir medicina pero no nos hacemos responsables. Bueno y entonces para qué me mandan acá, me van a cuidar o no, porque uno si está en su casa pues una aspirina se la toma. E24*

Algunos **acusan incluso la inexperiencia del personal de salud a cargo de las residencias sanitarias:**

*Yo no acuso ni señalo a nadie, nadie sabía como manejar esta enfermedad, pero yo lo que vi es que la gente que estaba en esa RS no sabían atender de salud, jno para los migrantes sino para todo mundo! E24*

## 5.6. Relaciones sociales al interior de las residencias sanitarias

En general, las personas entrevistadas sostienen que **no han tenido contacto con otras personas que estén alojando en las residencias sanitarias**. Tal como sostiene la mayoría de las y los entrevistados, el objetivo de las residencias sanitarias es aislar a las personas, por ende, no existe contacto entre ellas, y esto se cumple en los establecimiento donde ellos y ellas han estado:

*Estamos aislados así que mucha relación no he tenido. E15*

*No tienes opción de ver a nadie así que no sé...lo que veo por la ventana es que está bastante llena. E16*

Algunas personas relatan que han podido reconocer a gente conocida ingresando a la residencia sanitaria a través de las ventanas de sus habitaciones, lugar que funciona como vínculo de los residentes con el mundo exterior:

*Por la ventana no más nos mirábamos, algunos los conocía. E20*

*Ahí uno no puede hablar, pero uno veía que las personas igual, una señora se fue a un hospital pero por qué tienen que esperar a que esté grave para que la saquen, para que la traten. E24*

**Las ventanas también sirven como canales de comunicación entre habitaciones contiguas**. A través de ellas las personas relatan haber mantenido conversaciones con sus vecinos y vecinas de habitación, relatando sus experiencias con la enfermedad y de aislamiento:

*Me di cuenta que llegaban personas de todas partes. Llegaron haitianos, había colombianos también, peruanos llegué a escuchar también, porque nos comunicábamos por unas ventanas de los que estábamos más o menos cerca, ahí nos medio hablábamos y conversábamos de cómo llegamos, cómo fue. Y el trato, y ellos pues tampoco tenían ninguna queja, estaba todo bien. Nos entendíamos y de verdad todo bien, a pesar que eramos de diferentes países. E3*

**Respecto a la seguridad en las residencias sanitarias, la mayoría de las y los entrevistados dice haberse sentido seguro, pero hay excepciones donde dicen, por ejemplo, que debían proteger sus pertenencias por miedo a que estas fueran robadas**. En este punto, las personas del norte entrevistadas hacen una diferenciación entre la experiencia en los albergues y la residencias sanitarias. **Se sostiene que en los albergues o refugios se aglomeran muchas personas y no están aisladas unas de otras sino que comparten todos los espacios**. En estos recintos se establecen vínculos entre las personas, de hecho, las y los entrevistados relatan que en estos espacios las personas generan redes y se organizan para continuar viajando juntas:

*Ahí si se crean grupos para poder seguir viajando. E22*

Asimismo, **los albergues**, al ser espacios donde se aglomeran y conviven muchas personas, **son percibidos como espacios inseguros tanto en lo que respecta al resguardo de las pertenencias personales, como en relación a posibles contagios de COVID-19**:

*Lo único que nos faltó en la de seguridad que había personas que pasaban entrada va y que violentaban las normas pues, falta como personal de seguridad que controle a manera de que uno tenga más seguridad para que no se le vayan a perder las pertenencias. Porque por más que sean, llegan demasiadas personas y hay muchas personas malas y buenas, yo hice amistades buenas y también había personas que querían aprovecharse de otras. E30*

*No, no me sentía amenazado pero si habían personas en las otras salas que si querían aprovecharse o llamar la atención con características delictivas, uno corría con ese riesgo y se le dijo en varias oportunidades a seguridad y ellos no hicieron nada, y cuando los pasaron a otro Refugio a uno de ellos, a uno de esos muchachos fue expulsado, osea, quiere decir que en el otro refugio si había más seguridad, había más medidas restrictivas y si no cumplía las normas era expulsado, no consentían cosas mal hechas. E30*

*Con respecto a la convivencia si han habido problema de convivencia pero usted sabe en mi opinión los problemas de convivencia son normales porque Imagínese en una sala donde hay veinte personas, obviamente que va a haber choque por diversas posturas y lo veo de manera natural. E31*

*Cómo le mencioné qué momento que hay personas que carecen de cultura de valores y por tanto no le gusta conservar su higiene personas muy desaseadas y por lo tanto son cosas que vienen de su casa y por tanto no tomas las medidas, pero yo tomo mis medidas y trato de cuidarme. En lo particular la mayoría le ha exigido a los jóvenes que cumpla las medidas o sea lo que yo he visto y por tanto cada quien se cuida pues entre familia se cuida Hay unos que no se cuida eso forma parte de un 40 o 30% aproximadamente. Las generaciones que vienen después de mí, yo tengo 28 años, son parte de una degeneración generalizado de toda Latinoamérica. Pero hay que exigirles un poco más y hay que estar con un látigo en mi opinión. E31*

## **6. Recomendaciones de migrantes internacionales en relación a residencias sanitarias**

Respecto a recomendaciones que realizarían las y los entrevistados extranjeros para mejorar el acceso y uso de residencias sanitarias en migrantes internacionales en el país, aparecen diversos ámbitos, entre ellos:

- Necesidad de mayor información en las fronteras, por parte de Carabineros, PDI, ONGs y sociedad civil, sobre las opciones disponibles en las ciudades cercanas a los cruces fronterizos para que las personas que están recién ingresando al país realicen cuarentenas preventivas:

*Bueno, lo que te comentaba el tema de la información y que de repente el carabinero no te detenga para deportarte, es decir, que no te va a ser nada por lo menos que se detenga a informarte sobre las medidas que tienes que tener y cuáles son los procedimientos que deben seguir y ya después la persona ya tiene su libre albedrío y tomara la decisión de qué hacer con esa información, si tomarla o no, pero eso sería lo principal porque como te digo si a mí me hubiesen explicado por ejemplo, me hubiesen dicho mira Miguel si tu tomas la cuarentena después puedes seguir tu camino tranquilo pero primero pasa la cuarentena pues yo me hubiese tomado el tiempo de pasar la cuarentena y que me hubiesen explicado las condiciones, y que esto no es que te vamos sino es para cuidarte a ti y cuidarnos a nosotros, es una forma de guiarnos, creo que eso sería la principal. E26*

*Si claro, justamente al tu cruzar las fronteras y pasar de Bolivia al territorio chileno ya allí los carabineros te pasan por un lado y no te molestan, en cambio si hay algún tipo de información que simplemente sirva para informar te aseguro que muchas personas hubiesen tomado la decisión de pasar su cuarentena y después seguir su curso. E26*

*Bueno mi recomendación es que le permitieran a otros organismos ONG brindarles algún tipo de asesoramiento a las personas para su regularización. Osea las personas que en realidad lo merezcan, así también crear los mecanismos el control para filtrar personas y a su vez poder brindarle un mejor servicio a la gente en la calidad de la comida y los servicios básicos por ejemplo del baño que sean lo más óptimo ya que han habido deficiencia y eso se ve. Sin embargo uno comprende y pone de su parte. Pero básicamente eso, yo sería enfático en brindarles el asesoramiento a las personas y brindarles ayuda a aquel migrante que en realidad merezca ser asesorado o tener por lo menos un permiso de permanencia o algo para que le permita a el desenvolverse o desarrollarse o aspirar durante una determinada cantidad de tiempo 1 o 2 años de poder regularizar su situación, sería lo más cónsono, osea un asesoramiento o algo de que es lo que puede hacer y qué es lo que no. E31*

- Distractores en las residencias sanitarias para mitigar el efecto de aislamiento: respecto a las residencias sanitarias propiamente tal, se menciona la necesidad de tener mayores distractores en las habitaciones, por ejemplo, material de lectura (libros, informativos sobre COVID-19, etc.), para que las personas puedan distraerse durante el periodo de aislamiento que deben realizar en dichas instalaciones:

*Tener algo en la habitación, algo de lectura, algo para poder entretenerse, para mantener la mente ocupada, no solamente pensando en la enfermedad. Uno con una lectura uno ya se orienta más y puede no estar pensando tanto en la enfermedad. E7*

- Mejorar atención de niños, niñas y adolescentes: recomiendan mejorar lo que es la atención a niños, niñas y adolescentes en las residencias sanitarias a través, por ejemplo, de alimentación adecuada para ellos y ellas, más apetitosa, más adecuada a sus gustos sin por ello que deje de ser sana. Asimismo, tener un acceso más fluido a leche y agua para los niños en las residencias sanitarias:

*Para mí recomendaciones no decirlas, porque a mí me atendieron súper bien. Pero en el caso de lo que pasó mi hija, en ese caso sí, tener un poquito más cuidado. Yo creo que todas las personas merecemos el mismo trato, pero creo que cuando hay niños deberían ser más cuidadosos y darle más importancia cuando hay niños, porque ellos son tan pequeños, tan vulnerables. Le digo porque mis nietos sí los sentían. Mi hija con síntomas, mis nietos con síntomas, porque ella tiene una niña de 2 años. Entonces, en ese aspecto le daría, que mejoren la atención cuando hay niños. E9*

- Velar por mejores condiciones en albergues y mayor limpieza en estos espacios y en las residencias sanitarias: velar por una limpieza más exhaustiva de las habitaciones en las residencias sanitarias ya que hay personas que sostienen que les realizaban limpieza día por medio, que nunca les cambiaron las sábanas, todas estas situaciones que les generaron extrañeza toda vez que el objetivo de las residencias es evitar que las personas infectadas contagien COVID-19, por ende, la limpieza, sostienen, debiese ser una prioridad:

*Una limpieza más exhaustiva. Un poco más de profundidad en la limpieza porque la hacían día por medio. Nos dejaron la misma sábana durante toda la semana. Aunque calculo que el protocolo para limpiar la sábana de alguien que tiene coronavirus es diferente que lleguen y te limpien el baño. Calculo yo. Es un detalle. Porque si en este colchón está la sábana y nos estamos bañando y acostando, bañando y acostando para qué van a venir a cambiar la sábana cada tanto tiempo. E10*

## B. PERSPECTIVA DE AUTORIDADES, PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRADORES DE RESIDENCIAS SANITARIAS FRENTE A LA EXPERIENCIA DE RESIDENCIAS SANITARIAS EN PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES

### 1. La realidad de la migración internacional en Chile durante la pandemia por COVID-19

#### 1.1. El ingreso de migrantes internacionales a Chile en contexto de pandemia

La realidad de la migración internacional hacia Chile durante el año 2020, en contexto de pandemia, superó las proyecciones realizadas tanto por los organismos del Estado, como por organizaciones de la sociedad civil. Esto se intensificó particularmente en el norte de Chile, donde, dados los cierres de frontera producidos en el mes de marzo del año 2020, se esperaba que el ingreso irregular de personas disminuyera significativamente. La realidad fue otra, **el ingreso irregular aumentó drásticamente, principalmente de población venezolana, generando con ello un aumento significativo de población vulnerable en la zona:**

*Hay una segunda ola, que es la gente que llegó ahora último, que es la gente que en el fondo viene arrancando, los primero salieron previendo que el problema venía... es muy distinto al que viene ingresando prácticamente a pie pelado. E28*

Esta vulnerabilidad se ha visto exacerbadada por temas administrativos que se producen en los controles fronterizos donde, por diversas razones, **las personas que ingresan quedan en muchas ocasiones varadas en la frontera en condiciones climáticas no aptas para personas en tránsito, sin alimentos, ni acceso a servicios básicos:**

*No sé imagínate tres carabineros catastrando a 100 personas en un día igual es un volumen relevante, de hecho hemos tenido que hacer refuerzos de la dotación de la comisaría por ejemplo por esto mismo porque los equipos no estaban dando abasto, por ejemplo gente que tenía que pernoctar en Colchane porque el agente no alcanzaba en el día a tomarles como el registro. Hay otra cosa importante que es como una debilidad que nosotros vimos y que se lo planteamos a la SEREMI de Salud. Como Colchane está muy lejos de la ciudad la idea era que cuando ingresan se haga el traslado en el día de esto grupos. Entonces en algún momento la SEREMI restringió, porque el complejo fronterizo, si es que estuviera abierto a la migración general, en tiempos de pandemia se había restringido hasta las 2 de la tarde ya, estaba funcionando desde las 8 de la mañana hasta las 2 de la tarde y el complejo fronterizo cerrado y de hecho sigue trabajando no para turista sino para el ingreso y salida de mercancía. Y la SEREMI de Salud en algún momento restringió entonces que los catastros de salud se hicieran hasta las 2 de la tarde. Entonces tú migrante si entraste a las 3 de la tarde y te fuiste a autodenunciar a las 3 o 4 de la tarde la comisaría tú ya pasaste para el próximo día. Entonces nosotros no podíamos entender cómo te obligan por un tema administrativo a tener que pernoctar ahí en pleno desierto, o sea Colchane es pleno desierto y en la noche temperaturas bajo cero y en el día mucho calor y además estás a una altura considerable sobre los 3000 metros, entonces estar en esas condiciones por un tema administrativo para nosotros fue un poco chocante y lo tratamos de trabajar con la SEREMI pero el argumento era que como está muy lejos, los traslados eran muy tarde y de hecho pasa que hoy en día los buses por ejemplo suben el video a redes sociales que la gente está llegando una o dos de la mañana a albergues transitorios. E33*

Junto con esto, en las entrevistas **se da cuenta de diversos obstáculos para que las personas migrantes, una vez que han ingresado al país, se movilicen hacia otras ciudades de Chile, lo que los deja en muchas ocasiones en una situación de desprotección:**

*Lo que pasa es que Arica es una ciudad de paso, la gente no quiere quedarse aquí. Respecto a los buses, para que el migrante pudiese viajar habían muchos obstáculos, por los cordones sanitarios. Entonces ahí también muchos trataron de entrar a residencias sanitarias para poder hacer cuarentena y poder viajar, ahí eran negados porque si no tenían síntoma no podían ser ingresados. Entonces respecto a la pesquisa en frontera, generalmente el migrante no quiere ser atrapado en frontera pero hay gente que va muy cansada o con niños, entonces deciden caminar hacia la policía, entonces las personas que son pesquisadas entonces por cada pesquisado hay veinte pillados y otros ochenta no pesquisados porque no es que estén buscando en frontera, no. Ahora que el presidente firmó esto de la militarización no sabemos si eso van a ir a buscar, o no, no sabemos pero si ya existe vulneración de derecho esto lo va a empeorar. Lo que le pedían a la gente para poder moverse a otra ciudad era completamente extravagante, porque le pedían a la persona el contrato de la persona que los va a recibir y cuando ya lograban cumplir todo eso, el PDI que estaba en el terminal podía decir no, no va a viajar. Porque en el terminal estaba el servicio de salud y luego el PDI y servicio de salud podía decir ya, tiene todo para viajar pase y luego PDI decía no, porque no. Y por más que uno decía pero tiene todo, pero era totalmente antojadizo. Una vez estábamos entregando onces solidarias, llegaron 4 chicos y el PDI dijeron que no, que no iban a viajar, tuvieron que esperar el cambio de turno y ahí pudieron subirse, pero luego en otro control fronterizo los bajaron y los dejaron varados entrando a Iquique. E17*

Estas situaciones generaron la necesidad de idear estrategias para contener posibles contagios de COVID-19 entre quienes ingresaban al país:

*Nosotros comenzamos en teletrabajo, y al mismo tiempo comenzó el cierre de fronteras en Arica, nosotros pensamos que así iba a bajar un poco el ingreso irregular que estaba afectando a la población venezolana, porque hay que decir que el año 2018, cuando se cambió a visa democrática, aumentó el ingreso de personas venezolanas de manera irregular. Nosotros pensamos que con el cierre de fronteras iba a disminuir, pero al contrario, fue todo lo contrario, el ingreso fue mucho más, entonces cuando el ingreso comenzó, mucha población quedó en situación de calle. Empezamos a hacer toda la acción sanitaria para que las personas pudieran hacer sus cuarentenas. E17*

*Teníamos días que en realidad ingresaban sobre 200 personas y Carabineros en realidad, yo creo que por sentido común, los Carabineros de Colchane empezaron a registrar, a ver, ellos hacen el proceso de la autodenuncia que en realidad se refiere solamente a los adultos y por lo tanto, por ejemplo, con la PDI y Carabiniero nos dimos cuenta de que hay un vacío importante en torno a los niños, se catastraban solamente a los adultos y por lo tanto los niños de alguna forma quedaban invisibilizados. Entonces el tema fue que, bueno, con Carabineros, en lo que ellos empezaron a hacer fue hacer partes de denuncia como un parte regular digamos de cualquier otra situación de vulneración de derechos a derivar a los tribunales con competencia familiar específicamente como Colchane. E33*

**Estas estrategias contemplan principalmente la creación de albergues sanitarios para que, quienes ingresan al país, realicen una cuarentena preventiva. Los casos de COVID-19 positivos que se detectan en los albergues idealmente ingresan a residencias sanitarias.** La estrategia de albergues sanitarios ha sido articulado principalmente en la zona norte del país dado el gran contingente de migrantes que ha ingresado al país de manera regular e irregular. Tal como mencionan las personas migrantes entrevistadas, autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud, los albergues sanitarios son espacios que albergan a un gran número de personas migrantes. En general, **son galpones o escuelas que han sido destinadas para este fin, donde, en general, las personas no cuentan con el espacio suficiente para cumplir con las medidas de prevención de contagio, como la distancia social.** Por esto mismo, autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud entrevistado sostienen que **las condiciones de los albergues, en**

muchas ocasiones, facilita el contagio de COVID-19 dado el hacinamiento que se experimenta en estos espacios. Asimismo, se sostiene que en los albergues se han pesquisado casos de violencia intrafamiliar, violencias entre residentes, violencia sexual, entre otros comportamientos que son, de cierta manera, fortalecidos por las condiciones de vida que se dan en estos espacios:

*Los albergues transitorios han sido como buena voluntad un poco, el alcalde, la Seremi, pero si vamos a hablar como de las condiciones, no sé qué tan buenas condiciones tienen porque las residencias de protección tiene estándares también por ejemplo internacionales, el tema de los hacinamientos de la cantidad, por lo menos eso, y aun así. A veces nos pasa que incluso tenemos hacinamiento o sobrepoblación con esto de la residencia de protección, del punto de vista de la infraestructura, claro los albergues transitorios son colegios habilitados como en esta situación de emergencia y como en realidad no sabe cómo son las habitaciones en estos albergues transitorios. Claro, tienen harta capacidad pero es que también albergan un montón de gente, se nos ha dado todo tipo de situaciones internas, se han conocido caso de violencia intrafamiliar, de abuso sexual, de consumo de droga o sea un sinfín de situaciones porque además no hay una segregación, no sé, quizás una segmentación un poquito más adecuada, sino que es como toma este grupo de 100 personas y la meten a ese albergue y ya es como: entren y ordénense, y qué bueno por lo menos porque en algunos momentos nosotros conversamos con Desarrollo Social por este programa que ellos tienen de calle que podían hacer y claro la limitante era que Programa Calle no reciben niños, porque no tienen condiciones además para recibir niños, o sea ahora con estos albergues transitorios, qué tanto tienen las condiciones para atender a estos grupos familiares completos porque ahí se mezcla de todo o sea obvio mujeres, niños, embarazadas, adultos mayores, hombres solos, hombres acompañados o sea de todo un poco, entonces yo creo que, claro, ha sido como una respuesta más articulada, ordenada, sino que es como esto de estar actuando frente a la emergencia y seguimos como en ese modelo y finalmente son estos albergues lugares donde la gente llega a 14 días para afuera y no sé si ahí mejoran los espacios, yo creo que no, que los dejan así los que se habilitaron en realidad. E33*

*Todas las personas que ingresan al país, por decreto tienen que encontrarse por 14 días en cuarentena, al no saber si viene con una enfermedad o no, al no tener PCR, al no tener documentación, al no tener autodenuncia, eso los hace inmediatamente quedarse 14 días en el lugar en que ellos ingresan. Es por eso que Arica destinó estos hoteles que estaban en residencias sanitarias, que son residencias sanitarias, pero no para pacientes con COVID, sino para personas migrantes que ingresan a la región y tienen que permanecer en cuarentena en observación. Las personas que se encuentran con COVID ingresaban a otros hoteles, o en algún momento también habían en estos hoteles con personas migrantes, pero aislados en otros espacios, los atendían las personas de residencias. Nosotros de aduana nos hacemos cargo del control de temperatura y en caso de que alguna de las personas migrantes que están dentro de la residencia presentara alguna sintomatología, pasan a ser cargo del personal de residencia. E8*

*Las personas ingresan a Colchane y en la medida en que son o detectadas por las autoridades de control, en este caso cumple ese rol carabineros con la colaboración del ejército o de otros organismos o porque las personas derechamente ingresar a Colchane se presenta ante carabineros. Si estos ciudadanos son objeto del procedimiento de denuncia por infracción a la ley de extranjería, por ingresado por paso no habilitado, y una vez que carabinero hace ese control las personas son conducidas al complejo fronterizo de Colchane dónde son entregadas a la SEREMI de salud, que tiene personal allá y hacen una coordinación de los listados o las nóminas de las personas y entonces salud dispone de buses para ir a buscar a esa persona a Colchane y llevarlas directamente a Iquique a cumplir su cuarentena, de ahí tiene un sistema montado que lo han ido perfeccionando, han ido aprendiendo, haciendo una especie de triage, entonces son llevadas todas las personas a un lugar, ese triage significa que les aplican PCR, esperan los resultados y define cuáles son los negativos y van a un establecimiento y cuáles son contactos estrecho cuáles son positivos y de ahí siguen conductos diferentes en términos de cumplimiento de días de cuarentena, dependiendo cada caso. Entonces lo*



*que tienes que ver por ejemplo con que la autoridad haya buscado mecanismo para que estas personas puedan acceder a ver tiene dos caras esto. Por un lado la autoridad se preocupa de que los extranjeros al ingresar al país cumpla con la normativa de hacer cuarentena y eso tiene que ver con razones de política pública de salud en beneficios no sólo de los inmigrantes sino de la población nacional. Pero también visto desde otra perspectiva ya no sólo en término de que los inmigrantes estén obligados a cumplir, eso también es una forma de asegurar los derechos fundamentales en salud a que pueden tener un examen de covid y puedan dársele facilidades para que cumplan cuarentena al no tenerla porque no tienen dónde estar, no podría hacerla. Entonces, en ese sentido, nosotros hemos observado una preocupación que evaluamos positivamente, lamentablemente lo que ocurre es que hay una cantidad de ciudadanos venezolanos que ingresan por pasos no habilitado y no son detectados por la autoridad o ellos no concurren voluntariamente a la autoridad. E32*

Se sostiene que, a pesar de los aspectos antes mencionados, **los albergues cumplen una función importante para la realización de cuarentenas y, también, en tanto facilitar un espacio donde dormir y alimentarse a personas que ingresan al país luego de trayectorias de viaje en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo.** Por lo mismo, muchas personas, entre ellas niños y mujeres gestantes, ingresan al país en muy malas condiciones de salud y los albergues se constituyen en espacios de descanso y resguardo. Los albergues se han ido conformando de acuerdo a las necesidades de las localidades que van presentando altos índices de ingreso de población migrante, por lo mismo, en algunas ocasiones autoridades han debido improvisar infraestructura para albergar a la población migrante que ingresa al país:

*Ahí quien hace la distinción es la SEREMI de Salud, quien dice a dónde va a cada uno y dependiendo como de la situación de salud, entiendo yo que las residencias sanitaria, los hoteles, son para casos positivo de Covid y los albergues transitorios son como para estos ingresos masivos cuando se traslada no sé, lo que hace ellos es como reunir grupos, de migrantes no sé po, 100, 200, 300 dependiendo cómo también éste el flujo acá en Iquique a medida que se van desocupando los cupos, ellos van trasladando, por eso se ha visto por ejemplo las noticias que dicen que hay gente que duermen 3 o 4 días o hasta una semana en Colchane. Ahora, si tú me preguntas, mira, lógica a eso yo no le veo, yo me alegro porque por último la gente tiene después 14 días donde dormir, donde comer, donde asearse pero si están 1 semana, tuvimos caso que tuvieron dos semanas en Huara, en un campamento así súper improvisado que los militares le prestaron como unas carpas que son como éstas carpas de campaña que son como una tela así como militar, y allí estuvieron durmiendo aproximadamente, bueno gente que tuvo dos semanas y a medida aquí van llegando y se iban sumando, y después de eso, la SEREMI los toma y los traslada en buses a las residencias sanitarias que son estos albergues sanitarios, son como para estos grupo masivos, y aquellos casos donde ellos detectan que hay caso de Covid positivo esto lo trasladan generalmente a las residencias sanitarias como para hacer todo el tratamiento y todo el proceso como del cuidado, porque también se hace el proceso, de esta búsqueda, esta estrategia que hacen de búsqueda comunitaria como de casos donde le toman como PCR a estos grupos y allí van detectando los que están positivo y los que no y eso los van aislando y trasladando en general a esta residencias sanitarias como las oficiales y los demás quedan en estos albergues transitorios, cumplen su cuarentena de 14 días y ahí la residencia sanitaria les da el egreso y es cuando se nos provoca esta otra situación que quedan en grupos en situación de calle. E33*

Uno de los aspectos destacados por las personas entrevistadas son **los esfuerzos que se han realizado para articular APS con los albergues y las residencias sanitarias.** En este sentido, se han realizado las gestiones para que en los albergues las personas migrantes que ingresan puedan tener acceso, además de a un examen de PCR, a controles de salud, priorizando a niños y mujeres gestantes:

*Mira el traslado en sí por distintas vías ya desde la frontera cuando se detectan o han llegado a pie, que es lo más fuerte, o han llegado en vehículo particular o en camiones que los han traído por favor, o también se han hecho gestiones para ir a retirarlos en buses o en van, no se si de la gobernación parece en Calama. Y ellos en distintas instancias cierto, llegan a la residencia sanitaria, lo bueno es que acá se optó que por todas las residencias sanitarias que reciban gente venezolana que viene en esas condiciones lo primero hay una gestión con APS en el cual ellos gestionaron toma de PCR y control. E28*

*La detección de niños y de y de embarazadas para que por lo menos las embarazadas a lo menos tenga un control de matrona un embarazo de cualquier edad y los niños a detectar que no haya problemas y si es que hay un tema de vacunas, vacunar si es necesario, entonces en ese sentido la APS de Calama ha sido súper, muy buen muy buen, muy buena gestión y en Tocopilla lo mismo. Y el tema es que, y ahí entraban a la residencia sanitaria habiendo un PCR negativo lo que correspondía era que salieran de la residencia, pero incluso la Seremi de acá ante una solicitud especial que se le hizo desde la residencia dejo que se quedaran unos días más hasta tener el pase para llegar al sur ¿por qué?, porque ella decía mira mientras se porten bien no hay problema eee porque eee el hecho de salir de la residencia significaba la calle. Ese es el problema, el problema fue que hasta ahí llegamos. E28*

*Desde que son encontrados y se pesquisa el ingreso infraganti a la región, inmediatamente son parte de un seguimiento, son monitorizados diariamente por 14 días, de su estado de salud, no solo temperatura sino que cualquier otra situación de salud que tengan, diabetes, cualquier otra. Necesidades alimenticias diferentes, algunas alergias alimenticias de un bebé que me acuerdo, necesidades de operación que hubo en un caso. Mientras se encuentren dentro de la residencia sanitaria o ingresen a este programa de aduana o de residencia sanitaria, se encuentran con las medidas de protección, se encuentran con los monitoreos pertinentes. E8*

Autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud entrevistado sostienen que **al comienzo de la pandemia no estaba contemplado el ingreso de migrantes internacionales a albergues o residencias sanitarias. Una vez autorizado este ingreso por parte de la autoridad central, la burocracia en las regiones obstaculizaba el ingreso ya que se establecía que estos establecimientos estaban destinados para personas que recién ingresaban al país o que habían sido pesquisados realizando ingreso irregular al país. Esta situación dejaba (y deja en la actualidad) en una posición de alta vulnerabilidad a todas aquellas personas que no tienen cómo acreditar su ingreso al país porque han ingresado con anterioridad de manera irregular:**

*Al comienzo fue super complejo porque las residencias no nos tomaron muy en serio a nosotros ni tampoco pensaron que iba a ingresar población migrante, el Estado pensaba que el ingreso iba a bajar porque se cerraban las fronteras, pero no, a un cierto punto el ingreso fue tanto que tuvimos que solicitar reunión a los SEREMI de salud. Después llegó la información que las personas migrantes podían ingresar a las residencias sanitarias pero que la forma de ingreso iba a ser una vez que ellas fueran detectadas en la frontera ingresando, ahí iba a ingresar a residencias sanitarias a hacer cuarentena. Pero si una persona, por ejemplo, había ingresado un día y las personas se iban a autodenunciar, entonces después no podían ingresar a la residencia sanitaria porque no habían sido detectadas en frontera. Eso fue super complicado para nosotros por dos cosas, una porque las personas no tenían ningún tipo de control, habían pasado un montón de países sin ningún tipo de control. E17*

*Tuvimos una controversia con la SEREMI de Salud porque en una primera instancia, yo estoy hablando más o menos del mes de septiembre, no existía esta figura de la residencia sanitaria transitoria que en realidad son como estos albergues sanitarios que se abrieron masivamente, principalmente al público venezolano, entonces frente a eso, porque el primer acercamiento que*

*nosotros tuvimos fue a raíz de que la OPD (Oficina de Protección de Derechos) Iquique y de Alto Hospicio, viendo estos grupos familiares migrantes en situación de calle empezaron a levantar denuncias y derivaban estas solicitudes de medida de protección a los tribunales, ese fue como el primer acercamiento (...) teníamos la complejidad SEREMI de Salud nos decía no, no cumple el perfil porque en realidad no sabemos cuánto tiempo lleva esta persona y por lo tanto puede llevar tres meses viviendo en esta ciudad en situación de calle y el requisito para ingresar para la residencia sanitaria es que sea un ingreso reciente al país, es decir, que la policía tiene que acreditar que esta persona ingreso hoy día, antes de ayer, hace una semana, pero que lleve cómo poco tiempo en el país, entonces fue como nuestra primera controversia, además teníamos esta limitante de que eran residencias sanitarias regulares que están alrededor de todo el país, que son en realidad hoteles y por lo tanto los cupos eran bastantes limitados, allí tuvimos un par de discusiones entre instituciones hasta que finalmente, la SEREMI toma este problema y entonces habilita estos albergues transitorios que era para este flujo importante de personas que ingresaban día a día. E33*

*Estas son personas que vienen viajando en grupo, salen con un grupo, de Colombia, Ecuador, en el camino me voy haciendo los amigos y voy pasando las fronteras. Entonces quizás alguno tuvo mayor suerte y voy pasando fronteras, quizás alguien le pagó una hostal, un arriendo, quizás entró en algún programa en situación de calle. Pero mientras van pasando van teniendo contacto con mucha gente entonces ahí las RS no los dejan ingresar. Al no poder entrar a las RS no pueden hacer cuarentena, comienzan a trabajar, a tratar de obtener dinero, a irse a hostales y ya cuando la persona tiene un síntoma va a las postas y centros de urgencia. Si la persona está con contagio, ahí si entran a residencias sanitarias, pero ya es tarde, ya se contagiaron o contagiaron a otros porque no se hizo el ingreso cuando se solicita. E17*

*En un comienzo fue la poca claridad de quienes podían acceder a esto, ellos pensaron que como se cerraban las fronteras esto de las residencias sanitarias a ser solo para chilenos, pero no, se dieron cuenta muy tarde de esto. Creemos que tenían que sí o sí abrir la residencia sanitaria a migrantes, luego sí, la abrieron pero pusieron esta condición incluso hasta ahora que tenían que ser pesquizado en fronteras, siendo que el mayor problema es que las personas ingresaron y llevan más de 24 horas en el país se le debería igual dar la opción de hacer la cuarentena. Porque o si no la persona podría estar con algún tipo de contagio y podría estar contagiando a otras personas. E17*

Una de las mayores preocupaciones para las organizaciones pro-migrantes es la **desprotección en que se encuentran muchas de las personas que realizan su ingreso de manera irregular al país. A diferencia de otros flujos migratorios, el observado durante la pandemia, principalmente de población venezolana, se ha caracterizado por la presencia de familias completas, y un gran número de niños, niñas y adolescentes que están en situación de calle, sin acceso a alimentos, vivienda, ni a salud:**

*Necesitábamos darle un primer apoyo a esas personas, son personas que llegan sin comida, sin techo, nosotros como asociaciones pro migrantes la sobredemanda estaba colapsada porque estaban ingresando muchas familias venezolanas, no como por ejemplo, el caso de Bolivia, que hace poco tuvimos una reunión y ellos son más bien personas solas, que quieren mandar dinero a su familia, aquí no, eran familias, niños muy pequeños, recién nacidos, personas con discapacidad, las residencias sanitarias eran la mejor forma que las personas pudieran estar. Tuvimos reuniones con la SEREMI y ellos decían que sí, que nunca se ha negado esa posibilidad, existe un tiempo obviamente para que las personas puedan entrar, pero que siempre han estado disponible, pero no siempre ha sido así, porque la gran mayoría de los casos no son pesquizados en frontera, entonces queda como en un limbo. E17*

*En Arica siempre se ha visto mucha población peruana y colombiana. Los peruanos que ingresan aquí no vienen en situación migrante, sino que vienen en situación de trabajo, trabajo ilegal, pero por lo*

*menos ingresan con algún objetivo a la región. Por supuesto y muy por sobre el resto, 60% hacia arriba, eran en general personas venezolanas, y siguen siéndolo, en otro porcentaje colombianos, y muy poquitos haitianos por este ingreso. Si algunos quedaron en Perú, quienes pudieron ingresar acá. Pero en forma directa, venezolanos. Edades, bueno, me he impresionado que hayan tantos niños pequeños, y no he visto mucho adulto mayor, solo personas hasta 40 años. Personas con familia, en general personas con familia que es lo que más me llama la atención, que no exista este resguardo, porque hay mucha gente con muchos niños. Desde lo sociodemográfico, en general personas que yo llamaría como oleadas de migración. Hoy día con esta migración obligada. Ya no es esta migración que yo vi al comienzo, que era un poco opcional. Yo conversaba con ellos y me decían la verdad es que está muy mal mi familia yo opté por venir. Hoy día es como que no tenía opción, osea, no había más posibilidad. Es una migración más por supervivencia en este último tiempo. E8*

Tal como se mencionó anteriormente, **una de las estrategias que han utilizado migrantes que han ingresado de manera irregular al país y que, por lo mismo, no tienen acceso a albergues o residencias sanitarias, ha sido la autodenuncia en Carabineros o PDI.** El interés por acceder a estos espacios es, principalmente, para **salir de la situación de calle en que se encuentran, ya que familias completas** se encuentran durmiendo a la interperie, sin alimentos ni servicios básicos. **La autodenuncia también permite a las personas poder transitar hacia otras ciudades del país y, para las autoridades, significa poder llevar un recuento de las personas que ingresan al país:**

*(La auto denuncia) es para que también tengan ciertas prestaciones y no queden en esta dificultad de la situación de calle con la imposibilidad de seguir su viaje porque como te digo quizás no son las condiciones pero por lo menos uno se conforma con que 14 días están en un lugar seguro con techo con baño con agua con comidas con cosas básicas que quienes llegan directamente y se establecen allí en situación de calle no tienen. E33*

*Con respecto a las personas que no son pesquisadas en ingreso infraganti, no tengo la menor idea de qué está pasando con ellos. Sé que para moverse a otras regiones, como nosotros hacemos el control para que ellos se puedan mover tienen que tener sí o sí la autodenuncia. Sé que tiene que haber una recepción de PDI que sabe que existen, porque llegan, y tienen que hacer su autodenuncia para después moverse a las otras regiones. Entonces habría un control pero de ahí ese control que se hace no es pesquisado por nosotros desde el área de la salud. E8*

Ahora bien, **la estrategia de autodenuncia se ha visto mermada por las amenazas de expulsión por parte del gobierno** para quienes han entrado irregularmente al país:

*De hecho, en algún momento costó que se empezarán a autodenunciar porque con los mensajes del (Ministerio del) Interior que decían, los vamos a expulsar, los vamos a tomar y los vamos a llevar al tiro a la frontera, también empezó a existir mucho el temor de estos grupos de recurrir por ejemplo a la Policía, cuando ya se dieron cuenta que no era tan así, porque se empezaron a pasar la voz, empezó como éste proceso un poco más regular que duró hasta fines de diciembre y ya en enero tuvimos un par de semanas dónde empezamos los problemas de que rodeaban por ejemplo los lugares habituales de ingreso y no se auto denunciaban y llegaban directamente a la ciudad y hoy en día hemos empezado a ver que han empezado a subir alto flujo de auto denuncia que por lo menos nos permite también tener estabilidad de este panorama de cómo y cuánta gente está ingresando y quizás tener entre comillas un mejor control quizás de esta migración” E33*

Esta nueva realidad migratoria y la necesidad de dar respuesta humanitaria a las necesidades de las personas que están ingresando al país, ha **impulsado la generación de redes entre diversos actores sociales, tanto del Estado como de la sociedad civil y la academia,** impulsando con ello el trabajo intersectorial:

*En el mes de agosto con la SEREMI de Desarrollo Social nosotros empezamos a ver un flujo migratorio importante de grupos familiares y también de estos grupos que ejercían la mendicidad en la calle por lo tanto yo empecé a contactarme con la referente de desarrollo social, para ver si es que había algún catastro y es en ese contexto donde tomamos esta contingencia. Esta dificultad que estábamos teniendo en la ciudad la llevamos a la mesa técnica para discutirlo entre todos los intervinientes, entonces en el mes de septiembre como una comisión un poco más chiquitita tenemos comandada por una jueza de familia dónde empezamos a hacer este trabajo como de coordinación local y donde finalmente terminamos trabajando junto con la seremi de salud en algunos flujos de del tratamiento de estas medidas de protección que en realidad estaban llevando Carabineros en Colchane, para ese tránsito pasaron una serie de reuniones, la magistrada se constituyó en Colchane, fue a ver cómo era el ingreso, cuál era los procedimientos que adoptaban la policía, la SEREMI de Salud, cómo era el proceso completo desde que ingresaban estos grupos familiares hasta que ya llegaban a las residencias sanitarias. E33*

*Sin duda alguna que mi trabajo ha cambiado ostensiblemente desde que inicio la pandemia porque han quedado en descubierto una serie de problemáticas, bueno de hecho estas problemáticas ya venían con el tema del estallido social este pero con la pandemia ya definitivamente terminaron de explotar y un poco tienen que ver con la determinante sociales y todo lo que significa para un migrante no solamente el tema del acceso a la salud sino también temas de tipo económico, vivienda, educación, laboral, este que al final la suma de ellos y sus efectos repercuten también en su salud. (...) entonces al final lo que esto ha producido, de alguna manera ha obligado, pero ahora viéndolo más a la distancia, aunque que todavía estamos dentro de la pandemia, igual ha sido super bueno porque te ha obligado un poco a crear redes, me entiendes. Redes con otras reparticiones públicas de otros ministerios, de otras seremis o ONG, o del mundo académico, de muchas otras instancias como para poder efectivamente encontrar, como bien digo, se entiende, para encontrar otras soluciones integrales a las problemáticas migrantes, entonces yo creo que ha sido bastante creo yo enriquecedor. E27*

*En la capital tuvieron que coordinar con extranjería para el tema de los pacientes bolivianos, porque los documentos de ellos llegaron a la residencia, con la autorización para que pudieran viajar. Fueron en bus y luego de ahí también los fueron a retirar en bus. No sé... en el Cartun tuve más participación y nos pasó de una paciente venezolana que estaba sola, había quedado sola y lo único que quería era regresar a su país... y no tenía donde quedarse, el vuelo salía como en un mes más y ahí tuvimos que gestionar con asistente social que hizo lazos con una iglesia, tipo albergue, porque era de religión católica y ahí la acogieron para tomar su rumbo de regreso. Eso sí se hizo, porque por protocolo no podíamos tener a las personas más tiempo en las residencias, no había nada que lo podía atar, pero para casos especiales se conversó, por criterio o lógica, no podíamos dejarla en la calle E12*

Cabe destacar la mención especial que se hace entre las y los entrevistados **al trabajo colaborativo y en red de ONGs y asociaciones de la sociedad civil en la zona norte del país**, en contexto de crisis humanitaria que se ha evidenciado en el año 2020 dada la entrada de un gran contingente de personas venezolanas al país:

*Nosotros trabajamos a través de teléfono. Mucha gente nos conoce y somos parte de una red, entonces cuando hay necesidades se conectan con la red, cada organización presta un tipo de prestación, ejemplo Scalabrini aquí en Arica ofrece hospedaje, World Vision trabaja con niños y mujeres, entonces cuando una persona se consigue el número de una organización, esa organización la hace rotar y muchos nos derivan a nosotros, porque nosotros atendemos sin rango etario y género, también las personas se van compartiendo los teléfonos, entonces sí o sí, en algún momento van a llegar a nosotros con esas solicitudes. Generalmente ya conocen lo que nosotros podemos ayudar o no y si no la tenemos nosotros, derivamos a la organización. E17*

**El trabajo en red también ha servido para fortalecer lo que es la información a población extranjera respecto a ingreso irregular al país, COVID-19, y otras temáticas:**

*Sin duda que hay un tema de información nosotros por ejemplo como organismo ahora estamos, bueno la OIM tiene presencia en varios países entre ellos Bolivia, Perú y estamos haciendo esfuerzos de coordinación en ese sentido, vemos también que hay unas ONG que también están haciendo campañas informativas, ACNUR por ejemplo ha sacado unos vídeos interesante redes sociales que explican los efectos que tiene los ingresos irregulares. Claro sin duda que en estas cosas hay un flujo de información, osea cuando uno está en un proceso de migración regular, tú tienes ese acceso a la información porque tú vas a la embajada al consulado te va a entregar un díptico, averiguas, tienes tus permisos, cuando ingresas por aeropuerto información disponible etcétera. Pero cuando estás en una situación de esta naturaleza, cómo estamos a un contexto de irregularidad, también hay una cierta cuestión como de ocultamiento, no es tan fácil como que tú llegues por ejemplo a un lugar donde hay transportistas que están tomando gente y tú llegues con tanta libertad a entregar información. E32*

Cabe destacar la mención que hacen las personas entrevistadas respecto a las dificultades que se enfrentan para poder dar una respuesta en red a los casos migratorios que requieren de respuestas institucionales para una serie de temáticas vitales, tales como **reunificación familiar**, entre otras:

*A ver, la coordinación en realidad acá como a nivel territorial más que todo se dio por parte de nosotros, de hecho nosotros decimos así que es insólito como los jueces de familia tienen que estar como haciendo esto coordinación tan sectorial porque de hecho hasta el día de hoy para muchos problemas nos llaman a nosotros, de todas partes me llaman a mí a veces, por ejemplo servicios salud que tenían caso de residencia sanitaria que no entendí bien y yo decía: ¿ya pero que quieren que haga yo?, podemos ver el tema de medida de protección pero articular la red, así como yo normalmente le digo oye llámate a la OIM que te puede dar eso o quizás yo no sé po, llama bueno, es bien limitado, en realidad también la oferta en este sentido, para migración no tenemos nada, osea realmente no tenemos nada por ejemplo el Sename en algún momento se limitó a decir no podemos atender como al flujo completo de niños porque no todo son usuarios de la red, osea tienen que estar entre comillas judicializado el usuario de la red Sename para que ellos puedan intervenir. E33*

La ausencia de una respuesta humanitaria en muchos casos por parte del Estado ha llevado a, como sostienen algunos expertos entrevistados, **a judicializar la temática dada la vulneración de derechos por parte del Estado de la que muchas personas migrantes internacionales estaban siendo víctimas:**

*El cambio se dio en el contexto en que judicializar era más como para situaciones de vulneración graves de derechos (...) nosotros estábamos como que acostumbrado que esta vulneración fuera de los padres, entonces por ejemplo se presentaba mucho que en la cultura boliviana estaba muy permitido el tema del castigo físico y de hecho incluso hemos tenido casos de tortura, de castigos físicos graves, y eso era como que nosotros llegábamos a conocer negligencias graves pero siempre la vulneración era por parte de los padres y hoy en día con este fenómeno de la migración irregular como en masa que se ha dado con el tema de Venezuela nosotros, la mirada que hemos tenido desde el punto de vista judicial, bueno y hablo en realidad de esta comisión, no quiero hablar como a título general porque sé que también hemos tenido dificultades por ejemplo con jueces o ministros que dicen así como: ¡No, aquí no hay vulneración!, osea ¿porque están judicializando?, ¡no hay que acoger!, no entiende que la vulneración seda por parte del Estado al no tener una respuesta efectiva (...) porque más allá de que la persona ingrese de forma irregular ya tenemos estos grupos familiares no podemos dejarlos viviendo en situación de calle, osea, no tienen los servicios básicos que son propios de la dignidad humana, que no hay baño o agua potable para mí es gravísimo, y más aún si estamos hablando de grupos de extrema vulnerabilidad adultos mayores, niños niñas y adolescentes,*

*mujeres embarazadas, por ejemplo hemos tenido caso de una adolescente de 40 semanas caminando por el desierto. E33*

Otra de las preocupaciones relatadas por las personas entrevistadas tiene que **ver con la situación de migrantes en situación irregular una vez que son dados de alta de las residencias sanitarias**. Se sostiene que existe mucha confusión entre la población migrante respecto a las alternativas que existen para regularizar su situación en Chile cuando han entrado de manera irregular al país. Una de las prácticas comunes, sostienen autoridades entrevistadas, es la ya mencionada práctica de autodenuncia, pero se sostiene que esta práctica no es la más aconsejada ya que genera una serie de consecuencias que obstaculizan aún más la posibilidad de regularizar la situación migratoria de las personas extranjeras que han ingresado de manera irregular al país:

*Las residencias sanitarias reciben a las personas que no tienen documentos en el país, pero como son ingresos tan recientes se exige que las personas estén autodenunciadas, por un lado se entiende, porque por un lado se espera poder saber con quién se está trabajando, si es una persona con antecedentes, con ordenes de arresto, etc. porque algunos vienen sin ninguna identificación del país de origen, entonces se entiende que ellos están velando por el resguardo de las personas que están en RS, entonces la denuncia es super importante. El problema es que en ese momento se les entrega una tarjeta de infractor de ley, entonces con eso ya pueden hacer trámites. Teniendo esa calidad igual pueden ingresar. Luego... el problema es cuando salen de la residencias sanitarias, las autodenuncias generalmente los migrantes la hacen igual, es como decirle a Chile que yo ingresé a su país por un paso irregular y eso para Chile es un delito, por lo tanto estás cometiendo una falta grave, entonces yo le aviso al país que ingresé y lo que me espera es que me llegue una carta de expulsión. Pero como no existe una ley migratoria, solamente un decreto ley, existen muchas lagunas. Por lo tanto no es que llegue con violencia, no es que llegue un policia a sacarte, no, hay fechas en las que te va a llegar la carta, puede llegar en seis meses, el año, es al azar. Hay muchos migrantes que piensan erróneamente que autodenunciándose van a poder regularizarse en el país. Hay muchos de ellos que antes de comunicarse con nosotros, antes de que podamos orientarlos ya se autodenunciaron. (...) Lo que pasa es que Chile tiene dos premisas importantes respecto a las visas, para yo poder tener una visa me exige tener pasaporte y haber ingresado por paso habilitado. Entonces yo ya no cumplí con esa premisa. Entonces lo que estamos trabajando las clínicas jurídicas y otras organizaciones pro migrantes es que una vez a los migrantes les llega la orden de deportación se inicia un proceso de recurso de amparo y se le solicita a un juez que la carta de expulsión quede nula y es exitoso, la mayor parte de las veces los jueces dejan nulas esas cartas porque si no son personas que han estado detenidas, que ya venían con algún registro en el país, entonces la carta queda nula. Pero la persona piensa ya, ahora me voy a regularizar, pero no es así porque la persona queda como en una especie de limbo, la persona sigue estando irregular, entonces lo que se está intentando es que después que pase esta instancia de anulación de la carta, el INDH está tratando que a través de una solicitud al ministerio del interior él pueda entregarles la regularización a estas personas, pero es un poco ilógico porque si el mismo ministro está pidiendo que la persona se vaya después es difícil que él mismo autorice la regularización... puede que pase años para que pase esa situación o lo que se espera es que haya un perdono masivo, para que el presidente de la república diga a través de un decreto que las personas que entraron irregulares en el país de tal a tal fecha, puedan regularizar la situación, pero actualmente no existen certezas, existen probabilidades, como lo que pasó con la carta de expulsión, antiguamente con esa carta la gente se podía ir, ahora los mismos abogados han logrado jugar un poco con esta ley y han logrado cosas, pero generalmente lo que pasa es que las personas quedan en un limbo y si salen de la residencia así, lo que pasa es que salen a la calle, literalmente a la calle a pasar situación de calle. E17*

## 1.2. Ingreso de niños, niñas y adolescentes sin protección de adultos responsables

En la información entregada por las personas entrevistadas aparece una **temática nueva en términos de procesos migratorios en Chile, que son los niños, niñas y adolescentes (NNA) ingresando solos al país.** Esta situación se está evidenciando principalmente en los pasos fronterizos de la zona norte del país, donde se relatan casos de NNA que ingresan solos, sin la compañía de adultos responsables:

*Por ejemplo nosotros ayer supimos de un caso de una adolescente venezolana de 17 años que viene sola y no tiene red familiar acá en Chile, nos está cambiando un poquito el perfil y lo más probable es que esto sea vaya agudizando, cierto, entendiendo que se está agudizando la crisis social que se vive en el país de origen en relación con esta pandemia, como esta visualización de estos grupos familiares, porque además ellos egresan de la residencia sanitaria y no tienen otra, es como ¿qué hacemos?, hay algunos organismos internacionales que han estado tratando de cómo coordinar acciones, de ofrecer alguna ayuda, pero la verdad es que yo siento que esta respuesta debe ser una respuesta integral del Estado. E33*

**Algunos de estos casos ingresan, supuestamente, bajo el cuidado de un familiar, pero posteriormente se evidencia que esos familiares no eran tales sino más bien otros migrantes que, para apoyar a NNA en su ingreso al país, mienten sobre su supuesta relación familiar.** Cuando las autoridades fronterizas identifican el caso de NNA ingresando solos al país, la situación es comunicada al juez de turno, quien determina el **ingreso de esos/as menores a residencias del Servicio Nacional de Menores (SENAME):**

*Hemos tenido casos de adolescentes mayores de 16 y 17 años que tienen proyectado como una vida más independiente y vienen estos grupos grandes de personas que al empezar a hacer como el registro de los antecedentes, Carabineros se da cuenta que son no acompañados que no vienen con un adulto responsable (...) Lo que hace Carabineros entonces se comunica con el juez de turno que es el de Pozo Almonte, y el juez de turno determina que para el ingreso a una residencia de protección de Sename, es decir estos casos cuando se detectan en la frontera no debe hacerse ingresar a residencias sanitarias, ahora nos ha pasado que por ejemplo si hemos tenido casos donde como que se saltan todos estos filtros y en la residencia sanitaria en algún momento cuando hacen el nuevo despeje de antecedentes se da cuenta o donde ha tenido caso más dramático donde por ejemplo el adulto supuesto responsable de este niño dice algún momento: sabes qué, es mentira yo no soy familiar, nos ha pasado con caso de chicos con Covid-19 cuando se les dice así: Mira tienes Covid, tienen que quedarse en la ciudad; y dice: Ah No, yo no soy responsable en realidad es mentira que es mi nieto, y ahí se dan cuenta que entonces estando acompañado y se hacen todas las gestiones para poderle hacer el ingreso a residencias Sename pero con los no acompañados, debería ser así, que se ha ingresado directamente una residencia de protección porque en realidad nosotros entendemos también que no puede haber un ingreso a residencias sanitarias porque allí los niños no tienen los cuidados, osea, no hay como una persona a cargo del cuidado de este niño y quedan en general solos en las piezas, entonces eso es una situación de desprotección tremenda, por lo tanto por eso se toma como ese criterio que se haga ingreso de inmediato a las residencias de protección. E33*

Cabe destacar que, de acuerdo a las personas entrevistadas, **gran parte de los tribunales, al menos en la zona norte del país, están muy preocupados de dar prioridad a la reunificación familiar en estos casos, de ser posible.** Esto, ya que se están identificando casos de ingreso de menores sin compañía que vienen a reunirse con sus padres que ya están en Chile:

*El ingreso a una residencia de protección donde el tribunal conoce esta causa y genera la medida de protección correspondiente, hace todo el proceso de reunificación, se contacta con los familiares directo, por ejemplo muchas veces los papás están acá en Chile, entonces se hace contacto con los*



*padres y una vez que se cumplen los procesos de cuarentena entonces tanto el tribunal como los programas intervinientes, la misma residencia, hace todo el contacto para facilitar que el adulto venga buscar al niño o también hemos tenido algunos casos que se ha hecho el traslado hacia dónde está el adulto, generalmente el progenitor de estos niños que vienen en situación de no acompañados. E33*

*Osea, de hecho en algún momento se tuvo esa discusión, osea qué hacemos con estos grupos que tenían situación de calle y decíamos a todos los niños, Sename, NO, osea, por suerte la jueza en particular con la que yo trabajo, tiene una mirada de Derechos Humanos, de derecho internacional que dice rotundamente no, de hecho han habido casos donde se han separado por ejemplo a niños que vienen al cuidado de un tercero, no se pues, de un tío o por ejemplo nos pasó también que la pareja de la mamá que estaba en Chile que no tenía una relación de consanguinidad ninguna, pero era la pareja de la mamá, entonces de tener la intención de repente de decirnos que no tienen relación por lo tanto no hay parentesco, los tenemos que separar y de decir, no, osea si a la mamá por ejemplo la contactamos y dice si en realidad es mi pareja, acá están los documentos se los mando, no se separa y y se permite también que continúe come eso pero también estuvo esa discusión. E33*

*Tuvimos por ejemplo un caso de unas mujeres que venían con sus hijos muy pequeñitos y en Colchane les vendieron como un certificado C-19 que te habilita para trasladarte. Llegaron al aeropuerto de Iquique y allí carabineros se dieron cuenta que el certificado era falso y las tomaron detenidas, entonces a los niños tuvimos que mandarlos a una residencia de Sename por esa noche porque a las mamás las pasaron a control de detención, entonces quedaron detenidas por esa noche y al día siguiente, bueno, lo bueno es que esta jueza que está como radicada en la materia acá en Iquique tuvo esta visión: no, les entregamos de inmediato a los niños, independiente de todo las mujeres tienen derecho a estar con sus hijos y se los entregaron de inmediato. E33*

*Han habido detenciones por esta falta que la Ley Migratoria, por ingreso irregular, entonces el fiscal de turno, ya todos presos, pasan a control de detención, no sé pues un grupo de 10 hay uno o dos niños que finalmente quedan en esta situación de entre comillas abandono y hay que ingresarlos por esa noche al Sename y al otro día los adultos pasan el control de detención, finalmente quedan citados, no es más que eso, hay que entonces hacer el proceso de hacer la entrega inmediata al progenitor, pero hemos tenido ese tipo de situaciones que para nosotros son bien desastrosas (...) nosotros entendemos que hay una, como una desprotección sistemáticas de los derechos de los migrantes y una violación de sus derechos por parte del Estado. E33*

**Existe una preocupación específica con NNA migrantes que están ingresando solos al país ya que, si no son pesquisados para ingreso a residencias Sename, o bien si ingresan a albergues o residencias sanitarias por alguna razón, una vez que salen de estas instalaciones, es común que queden en situación de calle ya que no cuentan con redes de apoyo, y para las instituciones de protección de la niñez se hace muy dificultoso hacerles seguimiento si no han sido pesquisados en el ingreso al país:**

*Hoy en día el filtro se hacen Colchane directamente en la frontera, entonces muchas veces nosotros conocemos de estos casos, incluso en el momento o antes de que sean trasladados a estos albergues sanitarios y nos pasa que hoy en día por ejemplo se hace una coordinación, los consejeros técnicos de los tribunales de familia lo que hacen es contactarse con los referentes de la SEREMI o con los encargados de cada residencia o de estos albergues y pedirles los antecedentes de dónde están estos niños para poder hacer como las audiencias, porque claro, después ellos salen de la residencia sanitaria, y como yo te decía, le perdemos la pista, no hay forma de encontrarlos, muchos se van, no sabemos dónde pueden estar, en una plaza, después los van a buscar en esa plaza y no están, entonces en general ahora se trata de que se haga la pesquisa en la frontera y que se haga el proceso*

*estando ellos en el albergue sanitario, se haga todo el proceso como de despeje del caso, y que lleve a la reunificación, dónde están los papás si es que por ejemplo vienen en compañía de un tercero, y ¿dónde están los papás? si los papás en realidad autorizaron esta entrada al país etcétera. E33*

Las y los entrevistados dan cuenta de la **falta de experiencia de toda la institucionalidad en estas temáticas y, por lo mismo, de la falta de articulación de un trabajo en red** que potencie la coordinación efectiva para la activación de la protección de NNA en estas circunstancias:

*Estamos como hartos de ensayo y error yo creo, y de hecho hasta el día de hoy, ejemplo nosotros empezamos a utilizar esta Pauta con Carabineros en Colchane hace más de un mes y antes de ayer ingresaron a medidas de protección a solicitud de una residencia sanitaria, de otro albergue transitorio y no venían con esa Pauta, entonces las medidas no se aplicaban, la solicitud era cómo lo que nos pasa con Carabineros, el nombre y el DNI y es como eso, ya pero necesitamos más antecedentes, dónde está el niño, está registrado en residencia en compañía de qué adulto, cuál fue la situación que nosotros detectamos por esto dictó la medida de protección, osea todavía nos cuesta aprender, nos cuesta como articularnos, muchas veces nos llaman a nosotros como para ver problemas que serían cosa de entre las mismas redes se contacta, se articulen y solución entre ellas pero finalmente en general la red asistencial descansa de cierta forma como en lo que el poder judicial puede hacer o puede intencionar que muchas veces no es necesario porque son procesos administrativos, claro entendemos que hay algunas cosas, como por ejemplo esta solicitud de RUT provisorio que dice que tiene que ser a través de una resolución judicial osea allí tenemos que intervenir, pero en cosas por ejemplo: Oye, necesito conseguir para una mujer embarazada que se va a quedar dos noches en Iquique un lugar donde dormir, no nos tienen que llamar nosotros, es decir, tienen que llamar a los encargados de a quienes deberían estar encargados de facilitar los procesos o los que están prestando esta ayuda como por ejemplo organismos internacionales acá en Iquique pero como que mucho descansen también en lo que podemos hacer nosotros como poder judicial. E33*

Una vez que NNA ingresan a residencias Sename, se sostiene que reciben el mismo trato que los NNA nacionales que están en sistema de protección de la niñez, pero con ciertas garantías como la prioridad a reunificación familiar, procesos de obtención de RUT provisorio, entre otros:

*A ver, yo creo bueno entre comillas es que el estándar como de atención de los casos por parte de las residencias Sename ha sido la misma independiente de la situación migratoria para niños chilenos o extranjeros, irregulares o irregulares, en realidad eso da un poco lo mismo, los procedimientos son en general los mismos, la acogida, el tema de las cuarentenas preventivas, de hacer las reunificaciones familiares, osea, es un proceso bastante similar el ingreso de una vulneración de derechos grave de la familia, yo creo que eso sido lo bueno. Ahora también los niños migrantes tienen ciertos derechos, por ejemplo, el derecho a la identidad a través de las solicitudes de estos RUT provisorios, el tema de la salud, incluso poder hacer esta solicitud desde residencia, que la residencia Sename podría intencionar pero que de cierta forma nosotros, por ejemplo, para el tema del RUT provisorio hemos tenido que obligar un poco así como ustedes tienen que hacerlo es su responsabilidad, creo que quizás, es como paradójico, porque si bien es bueno que se haga este tratamiento como regla general para estos casos, entendemos que la situación de vulnerabilidad de los niños migrantes es distinta y por lo tanto deberían verse estos procedimientos distintos que hoy en día la residencia no está tomando en cuenta y se lo está saltando de cierta forma, entonces yo creo que ahí quizás es importante hacer un trabajo mejor. También yo creo que hay como hartos desconocimiento del tema migración en general y también de cuáles son los derechos y deberes que tenemos nosotros como aparato del Estado por estos niños migrantes, allí hay hartos donde tenemos que trabajar. E33*

## 2. Residencias Sanitarias

### 2.1. Experiencia laboral previa al ingreso a las residencias sanitarias

Gran parte del personal de salud entrevistado relata que su **experiencia laboral previo al ingreso a las residencias sanitarias era escasa**. Muchos/as de ellos/as son egresados de carreras como enfermería o kinesiología, o bien profesionales con más años de ejercicio pero sin mayor vinculación institucional:

*No tenía mucha experiencia profesional, egresé, me titulé y entré a trabajar en residencia cuando empezaron. Algunos reemplazos en CESFAM y prácticas de APS era lo único que había hecho E11 Enfermera chilena. E11*

*Tenía pacientes de forma particular, no trabajaba para instituciones de salud, sino de forma particular. E14*

*Soy kinesiólogo, titulado hace dos años y medio y desde el 8 de abril del año pasado trabajo en residencias sanitarias. Cuando ya se estaban instaurando o llevaban prácticamente una semana. Trabajo en la zona de San José de Maipo y siempre me he desempeñado como kinesiólogo en el aspecto hospitalario y ahora estoy de lleno dedicado al plano de las residencias sanitarias. E4*

*Trabajaba antes con chicos con discapacidad intelectual de un colegio, de una escuela especial, estaba en un proyecto de investigación haciendo eso. Justo cuando finalizó este trabajo, quedé sin trabajo y llegó el tema de las residencias sanitarias. E1*

*Me inicié en hospitalización domiciliaria, eran puros reemplazos, nada estable, me iba de un servicio a otro, donde había trabajo. Estaba trabajando para la UC para cuando empecé, siempre part-time, estaba full activo visitando pacientes activos, porque eso se activó mucho con COVID. El hospital donde yo me inicié, el San José, un turno completo se contagió, entonces ahí volví en Mayo y de ahí que estoy contratado y estoy teniendo algo más estable. Estuve con los dos trabajos simultáneos, en los días libres del hospital iba a residencia, era una buena oferta laboral y era tranquilo porque no es tan agotador porque no es como trabajar en UCI, no están descompensados, de 100 pacientes que veías 1 o 2 necesitaban de atención más especializada. E12*

*Trabajaba en trazabilidad, en uno de los centros de trazabilidad, uno de los primeros que habilitaron en Avenida Matta desde el 2 de junio en adelante. Partí ahí como operador, como ejecutivo de trazabilidad, con el tiempo subí a supervisor, y después subí a supervisor técnico de informática. Me dedicaba al manejo de base de datos, distribución de datos; sabía programación, entonces era una ventaja porque podía distribuir los datos más rápido y distribuir menos los procesos. Después de eso me trasladaron a residencias porque necesitaban apoyo de gente porque había mucha gente con licencias. Ya no estaba quedando personal para poder asistir a la gente en residencias. Fue una muy buena aventura, llevo ya mi tercer turno en residencias. E5*

*Soy fonoaudióloga de profesión, antes de entrar a la residencias estuvo trabajando en un centro que atiende a niñas que tienen Síndrome de Down, donde había hecho mi práctica profesional. Me sumé en marzo, luego comenzó la pandemia y alcancé a estar dos semanas presenciales. Por necesidades de la corporación tuvieron que reducir personal. Igual me tuvieron un tiempo con teletrabajo que me permitió entrar al seguro de cesantía, pero luego pusieron término a mi contrato, como en mayo." E2 Fonoaudióloga*

Aparecen también testimonios de personas con más experiencia, como el caso de un médico haitiano que lleva años en el trabajo con comunidades extranjeras, en tanto encargado de asuntos migrantes, pueblos originarios y diversidad sexual de un servicio de salud de la Región Metropolitana, y de profesionales de las ciencias sociales con años de experiencia en la temática:

*Yo trabajaba como médico encargado de asuntos migrantes, pueblos originarios y diversidad sexual, servicio de salud metropolitano central E13*

*Yo soy trabajadora social, trabajo en FASIC desde que hice la práctica E17*

Respecto a la experiencia previa en vinculación con población migrante internacional entre el personal de salud entrevistados, esto también es variable. Hay personas que llevan bastante tiempo vinculada a la temática y cuentan con vasta experiencia, mientras otros, **su desempeño en las residencias sanitarias ha significado el primer acercamiento a esta área:**

*Solo las veces que me había tocado trabajar con migrantes haitianos o peruanos en CESFAM o internado, pero no tenía mucha experiencia. E11*

*Había trabajado antes en hospitalización domiciliaria, en el San José abarcamos comunas que tienen mucha migración, Colina, Independencia, Recoleta, mucha migración haitiana. En mi caso, venezolano, Haití y Perú, son importantes en área norte. En las residencias llegó también población migrante, llegaron muchos pacientes de Bolivia, estaban en un albergue en Recoleta y para regresar a su país les hicieron cuarentena y a todos les hicieron PCR, eran muchos y estaban todos esperando documentos y resultado de PCR para partir a su país de origen. Fueron operativos, no fueron mucho, recuerdo ese particularmente, llegaron como 70 personas bolivianas. Muchos para una noche. E12*

*Si, trabajaba en esa área, también en CESFAM. E13*

*Yo hice práctica en FASIC hace más de diez años, así que es mucho tiempo, toda mi vida profesional que trabajo con migrantes. E17*

*Hice mi internado en la clínica cordillera y ahí me tocó estar con población migrante. E5*

*En el internado en un hospital tuve la oportunidad de trabajar con una persona migrante. Un usuario con traqueotomía que no manejaba el español. E2*

*No, nunca E14*

*No nada, ósea turismo no más. E19*

*Antes de eso no había trabajado con población migrante, a excepción de un estudio en el que ayudé a un chico de un magíster de salud pública. Ahí estuvimos haciendo una investigación acción sobre migrantes de Recoleta. Ahí trabajé un poquito más con personas migrantes. Pero fue más una aproximación desde la investigación que como pacientes. E1*

**Personal de salud, administradores de residencias sanitarias y autoridades del norte del país destacan la familiaridad histórica que existe en estas regiones con respecto a la temática de migración internacional.** Sostienen que para ellos la vinculación con migrantes es permanente hace décadas dada la cercanía a las zonas fronterizas y que, si bien en los últimos años la movilidad humana se ha intensificado en la zona, **la migración es una realidad instalada históricamente en las regiones:**

*A ver lo que pasa es que nosotros acá en el norte estamos bien acostumbrados a convivir con la migración incluso con la migración irregular de hecho creo que ahora como que se ha desatado una ola social de mucha indignación pero esto no es nuevo o sea nosotros nos toca regularmente que por ejemplo los bolivianos entran, salen, y de hecho hay intercambio comercial, a nosotros el tema de la movilidad no es algo nuevo de hecho una vez tuvimos un caso dramático, una mujer boliviana estaba en la carretera chilena así como regalando a los hijos, dijo algo así como mire no lo puedo tener, lléveselo por favor, hemos tenido casos de ese tipo y por eso también estamos muy acostumbrados ahora en general. E33*

## **2.2. Fuentes de información para la vinculación laboral con las residencias sanitarias**

Gran parte del personal de salud entrevistado relata **haberse informado de las ofertas laborales en residencias sanitarias a través de medios de comunicación y, principalmente, redes sociales tales como Facebook, LinkedIn, y por colegas que ya estaban trabajando en residencias sanitarias y requerían de apoyo de más profesionales:**

*Fue a través de linkedin. Cuando empezó la pandemia vi un anuncio y estaba super interesada entonces insistí, insistí para poder entrar y al final me llamaron, fui una de las primeras en entrar E11*

*Llegué por llamados masivos, en Facebook, tengo varios grupos de empleo en el área de salud. Llamaban de inmediato, no pedían experiencia, solo la disponibilidad inmediata y para trabajar en turnos 23x3. Todo era masivo, así que quedabas como inmediatamente, yo sólo tuve que hacer calzar con mis turnos que ya tenía. E12*

*Postulé a un aviso que había en Facebook para trabajar en residencias sanitarias, me hicieron la entrevista y me llamaron, prácticamente al día siguiente. Eso fue como en mayo, las residencias estaban empezando, se empezaron a abrir a fines de marzo, abril. E14*

*Se publicó un aviso en internet que necesitaban profesionales de diversas áreas, como recién egresados que no tuvieran tanta experiencia. Se ofrecía un monto a pagar y como era una buena suma de dinero dije quizás para la experiencia postular. En eso que postulé me llamaron y recibí una mini capacitación y después entré. E1*

*La mamá de un amigo que es Enfermera que trabajaba en la red asistencial oriente nos dijo que se abrió la posibilidad de entrar a residencias sanitarias, que ella insistía harto que entraran fonoaudiólogos y fonoaudiólogas, porque igual tienen formación en salud, y porque son personas que van a quedar al final porque no hay mucha pega. Le mando el currículum y ella nos hace los contactos para ingresar a las residencias. Eso fue a mediados de junio. E2*

*Me llegó un pantallazo de whatsapp que tenía que mandar un currículum a tal correo. Me contactaron a los dos días siguientes, me hicieron preguntas teóricas, aspectos que podría aportar yo desde mi profesión, cuando no se sabía nada del virus, y ahí fue seleccionado en cuatro días en todo este proceso. Fue bien rápido en verdad. E4*

*En ese momento estaba cesante durante cinco meses y ahí un colega que estaba trabajando en residencias sanitarias me solicitó el CV y alguien conocido, me llamaron para ir a trabajar. Fui empleado como cualquier médico, incluso en todo ese tiempo, junio a noviembre, no tuve oportunidad de atender compatriota haitiano. Llegaba mucho migrante pero no haitiano, he atendido peruano, colombiano, venezolanos, incluso compatriotas no. E13*

Se sostiene que uno de los elementos que hicieron tomar la decisión de trabajar en residencias sanitarias fue el salario ofrecido:

*Lo único es lo monetario, es una buena paga en comparación con otros centros de salud, era lo más llamativo. E12*

### 2.3. Entrenamiento para el desempeño laboral en residencias sanitarias

En términos generales, **el personal de salud y otros profesionales entrevistados que se han desempeñado laboralmente en residencias sanitarias dicen no haber tenido un entrenamiento específico ni particular para desempeñar su labor**, sino más bien una breve inducción de lo que debían realizar, y el resto lo fueron aprendiendo en el camino:

*Nada, mi inducción fue muy rápida, un día en la mañana nos juntaron a todos y nos dijeron, bueno, esto hay que armarlo, van a trabajar en duplas por piso, las personas se visitan en la mañana y en la noche, control de signos vitales, uso de equipo de protección, temperatura y nos mandaron para la casa. De ahí al día siguiente encontramos una enfermera que tenía mas experiencia de coordinación y fuimos armando todo, pero fue difícil, con cero inducción. E11*

*Muy corto, explicaban de qué se iba a tratar, sin mayor abordaje, en qué consistía, lo que no debía pasar, que no se descompensaran, que no murieran, los protocolos de traslado, para derivar, porque lo importante era que no pasaran esas ocasiones, que alguien se te muriera, no tener ningún paciente descompensado. Había que visitar a los pacientes dos veces al día y tener tus elementos de protección siempre, no podías trabajar si no los tienes. Todo se fue organizando los primeros días. E12*

*No la verdad es que fue como este es el hotel, aquí tienen EPP, tienen los pacientes y actúe, fue súper como en el aire. Al principio trabajé en otra residencia, en Eurohotel. Al principio cuando nos citaron, a las dos horas llegó un bus con 45 pacientes, fue todo sobre la marcha, nos organizamos como creíamos que se debía hacer, pero no hubo una inducción previa, no existió eso. E14*

*El día que llegué a residencia más que nada. E5*

Algunas de las personas entrevistadas relatan que al incorporarse a las residencias sanitarias fueron parte del proceso de organización de la atención de las y los usuarios y de los protocolos sanitarios de los mismos, ya que **todo se estaba armando en el camino, sobre la marcha**:

*Cuando llegué se estaban armando los flujos, dónde colocar la zona limpia, la zona sucia. Entonces yo igual participé en ese proceso de creación de flujos. Pero igual, de hecho en la entrevista me preguntaron si yo sabía ponerme una pechera, cómo se hacía, qué tenía que hacer con un virus de este tipo, qué precauciones debía tener, las consecuencias. Entonces igual me pidieron un conocimiento previo. Y al momento de llegar a la zona física donde trabajo ahí hicieron todo el repaso, se dieron cuenta que sabía. Ahí en el fondo fui siendo parte del equipo que educaba al personal, por ejemplo, de hotelería, que no tienen idea del tema de salud, que no tienen por qué saberlo en el fondo, y fui parte de un proceso educativo, hasta el día de hoy, del personal tanto médico como no médico. E4*

Asimismo, se sostiene que **el principal entrenamiento lo recibieron por parte de profesionales que llevaban más tiempo desempeñándose en las residencias**. El trabajo en equipo, sostienen, fue una

de las fortalezas que les permitió aprender lo necesario para desenvolverse de manera efectiva con las y los usuarios:

*Fue muy intenso, mucho trabajo, muy cansador. El equipo que creamos fue maravilloso porque estábamos todos en lo mismo, tratando de resolver, no podías prever lo que venía pero todos tratábamos de aplicar desde nuestras experiencias el conocimiento para resolver. E11*

*Aprendí mucho porque el equipo era muy buena onda y dispuesto a enseñar lo que sabía. El kinesiólogo nos hacía formación, nos recordaba aspectos importantes, nos permitía ingresar a sus sesiones, ver lo que hacía, auscultar a las personas. Fue una formación que pude complementar con mi formación, recordar el tema de medicamentos, todo el tema de salud que ya había pasado hace varios meses en mi internado, entonces fue gratificante en ese sentido. E2*

Junto con lo anterior, se destaca de la experiencia laboral en residencias sanitarias el hecho de que esto les **dio la posibilidad de realizar una labor de apoyo al país en pandemia**, lo que les otorgó un sentido de vida y profesional a muchos de los entrevistados:

*A parte de ser un ingreso económico, termina siendo una posibilidad para aportar a la pandemia, a parte de todo lo que se está viviendo termina siendo una oportunidad para aportar al bienestar de las personas. Uno está acompañando y cuidando a las personas con coronavirus o familiares, entonces da una sensación de aporte a la sociedad importante. E2*

**Algunos profesionales sintieron un desafío mayor al incorporarse a las residencias sanitarias ya que sostienen no tenían las competencias para realizar una labor de salud adecuada**, pero dicen que los mismos equipos de salud que estaban trabajando en las residencias se encargaron de capacitarlos y entregarles la confianza necesaria para realizar su labor:

*Fue bien desafiante. Primero porque no tenía tanto manejo clínico como las TENS y las enfermeras. En la carrera de fonoaudiología no enseñan mucho sobre el control de signos vitales, que son cosas básicas, entonces tuve que aprenderlo rápidamente en los primeros turnos que hice. E1*

Por parte de las administraciones de las residencias sanitarias, es decir, **hoteles que se reconvirtieron en residencias sanitarias, se sostiene que tampoco recibieron mayor entrenamiento para su funcionamiento como tales**, sobre todo en un inicio donde ni desde el MINSAL ni desde los hoteles había experiencia previa en el campo de las residencias sanitarias:

*En aquella época el MINSAL estaba completamente sobrepasado, en ese minuto no tenían ni siquiera un protocolo de cómo manejar la RS, entonces todo se construyó a pulso, ellos no tenían idea de hotelería y nosotros obviamente no sabemos nada de salud. Junto con ellos aportamos con nuestra visión, no hubo licitación, no hubo tiempo, hicimos una propuesta y ellos fueron eligiendo de acuerdo a un criterio que tampoco supimos mucho, precio, ubicación, capacidad del hotel. Mucho después se empezó a regularizar todo eso. E19*

*Mira era todo muy enredado porque al principio la contraparte era la subsecretaría de redes asistenciales, ellos se hicieron cargo, pero después a MINSAL y luego a SEREMI entonces siguió aumentando el desorden porque unos no se quieren hacer cargo de lo que había hecho el anterior y así, si habían contratos que regularizar, sino entonces más complejo.... E19*

Aseguran que **la reconversión fue rápida por parte del sector hotelero. La posibilidad para este rubro de convertirse en residencias sanitarias fue una oportunidad para subsistir, ya que desde el**

estallido social experimentado en Chile en el año 2019, este rubro se ha visto muy impactado, situación que se intensificó en contexto de pandemia:

*A partir del 18 de Octubre la industria hotelera cae a la mitad, nosotros tenemos hoteles en el centro de Santiago que estaban muy complicados, se vivía mucha violencia en ese momento y en Providencia también en algunas ocasiones, todos nuestros hoteles estaban ahí, entonces con la caída del turismo doméstico e internacional nos vimos obligados a cerrar hoteles, tuvimos que desvincular mucha gente, fue también para proteger la empresa y los empleos de otras personas, en ese contexto empezó la pandemia, nosotros veíamos que se venía el cierre y ahí empezó a rumorearse que el MINSAL iba a necesitar la infraestructura que teníamos nosotros y ahí hicimos nuestra propuesta y ahí partimos. E19*

#### 2.4. Percepción sobre los procesos de reconversión de hoteles en residencias sanitarias

De acuerdo a administradores de residencias sanitarias entrevistados, **la reconversión de hoteles en residencias fue una salvación para esta industria ya que primero por el estallido social experimentado en Chile desde el 18 de octubre del 2019, y posteriormente la pandemia de 2020, la industria hotelera estaba al borde del colapso.** En este contexto, la posibilidad de reconversión de hoteles en residencias sanitarias fue una salvación para éstos:

*Para la industria hotelera fue la salvación, esto era como win win porque el MINSAL necesitaba esto y las hoteleras también lo necesitaban, porque simplemente el turismo se acabó. A mí me había tocado estar en industrias en que por distintas razones se había contraído, pero es que esta industria se fue a cero, cero entonces yo creo que eso estuvo muy bien pensando en que esta, este requerimiento social terminó ayudando a una industria desde el punto de vista social. E19*

Personas entrevistadas, administradores de residencias sanitarias y personal de salud, dan cuenta de la serie de **cambios que debieron realizar los hoteles para reconvertirse en residencias sanitarias.** Estos cambios involucraron estrictos protocolos que implicaron, por ejemplo, designar ascensores para personal de salud y otro para usuarios, formación al personal encargado de los alimentos, etc. **Esto significó generar nuevos equipos de trabajo, compuestos por personal de salud y personal hotelero, dos estamentos que habitualmente no se conocen ni trabajan en equipo:**

*Mira el MINSAL lo que hizo fue colocar un cuerpo médico dentro de las residencias, habían algo así como 7 personas de cuerpo médico, enfermeras, doctores, TENS, etc. y tenían turnos y ellos ya después se empezaron a empoderar, a armar procedimientos de sanitización, de contactos y nosotros tenemos que cumplir esos protocolos. Por ejemplo, los ascensores hay que sanitizarlos tres veces al día, hay un ascensor para cuerpo médico otro para pacientes, para alimentos, que los pasajeros no pueden salir de las habitaciones ni siquiera a pasillos y así una serie de protocolos pero hay que cumplir y se generó una cosa bien interesante porque los procedimientos de los hoteles son bien distintos a los de salud, el personal es principalmente de limpieza y tienen un nivel digamos educativo más bajo, de formación, sencillo y de repente viene este cuerpo médico más empoderado, con mucho conocimiento médico y viene a tomar el control del hotel, entonces se genera un choque cultural bien interesante que logramos después que esto fuera complementario y positivo. E19*

*Modificaciones que se hicieron a la infraestructura hotelera, al principio los hoteles despidieron a todas las personas y luego cuando cacharon que iban a ser residencias llamaron a los trabajadores, sobre todo administrativos y limpieza. Los de limpieza fueron quienes más resistencia pusieron a volver porque tenían miedo, muchos son adultos mayores o con patologías entonces fue complicado eso, llamaron personal de hospital para suplir esa necesidad. También reestructurar el hotel, zona*



*limpia y sucia, habían espacios para los ingresos, reordenar la cafetería, las personas tienen prohibición de salir porque hay algunas con covid confirmado y otros son contacto estrecho, o están haciendo cuarentenas pero no sabemos si están contagiadas. Las habitaciones estaban afuera con un letrero si era positivo o contacto estrecho y dependiendo de eso veías a quien atendías primero. La basura los pacientes la dejaban a fuera de la habitación, el aseo era día por medio, no podían abrir mucho las ventanas. También la ropa, se les entrega 4 comidas que están organizadas en dos entregas, en la mañana desayuno y almuerzo y en la tarde once y cena. Mientras hacen el aseo de la pieza se tienen que encerrar en el baño. E11*

Cabe destacar la mención que hacen administradores de residencias sanitarias sobre **el complejo escenario que significó en términos administrativos la reconversión de hoteles en residencias sanitarias, ya que la autoridad sanitaria demoró o no realizó pagos**, lo que implicó que las administraciones de las residencias sanitarias no pudieran cumplir sus compromisos de pago con proveedores y con sus colaboradores:

*El principal problema era que tú tenías compromisos con proveedores, por ejemplo, de servicios o insumos para sanitizar, insumos desechables, un montón de proveedores de los que depende la industria hotelera, nosotros les empezamos a solicitar esos servicios y no solamente servicios, sino también de nuestro personal, nuestro personal estuvo trabajando y después el MINSAL no pagaba. Entonces a nosotros todavía tenemos un contrato que partió el primero de Abril y el MINSAL todavía no lo paga, entonces terminó siendo para algunas compañías que no tenían redes suficientes, que estaban semi quebrados todos que era la mayoría, terminó siendo un problema mayor. Porque se genera más deudas. Entonces esto se transformó para muchos hoteles se transformó en una pesadilla, aumentó su deuda, porque si te pagan 12 meses después el problema es muchísimo mayor, fue un tema muy irresponsable por parte de las autoridades. En nuestro caso tenemos un contrato muy grande, que todavía no se paga, hemos escalado el tema, con abogados, escalamos hasta el ministro, y el ministro no se presentó a la reunión pero mandó dos abogados y con ellos estamos tratando de sacar adelante el tema, pero son diez meses, dime qué empresa puede aguantar con contratos impagos por ese tiempo. Nosotros estamos en contacto con una serie de hoteles y es un factor común, yo creo que las autoridades no han dado la importancia o la celeridad para poder seguir funcionando. Esto obviamente tiene consecuencias para los trabajadores, porque nosotros afortunadamente tenemos las espaldas para sobrevivir, pero yo conozco hoteles que simplemente no pudieron cumplir sus obligaciones, porque la industria se vino a cero, ilusionadamente se dieron servicios a MINSAL y no pagaron o no han pagado, entonces se agravó a la situación. E19*

Esto generó bastante molestia en el sector hotelero ya que, de acuerdo a entrevistados, desde MINSAL y posteriormente SEREMI no se cumplieron los compromisos adquiridos al inicio del proyecto de reconversión de hoteles en residencias sanitarias:

*Bueno también es inestable la dinámica de los contagios, entonces no se sabe si van a seguir manteniendo las RS o no, nadie lo puede prever, pero sí, el MINSAL te avisa con 7 días de anticipación si va a cerrar una RS y son 7 días en los que tienes que dismantelar todo, hay contratos de servicios que no se pueden cortar en 7 días, también los supuestos de decisiones que ellos toman no son muy claros, al principio quisieron RS chiquititas y después no, grandotas, después cacharon que tenían bajo el factor de ocupación en las grandotas entonces no es rentable porque para mantener un hotel da lo mismo si hay un pasajero o está lleno, tú tienes que tener a la recepcionista 24 horas, entonces ahí volvieron a las pequeñas. Entonces ha sido difícil. Todos los temas administrativos en general no hubo un liderazgo en el MINSAL que estuviera viendo que esto se hiciera de forma eficiente para todos. El pago, al principio garantizaron el pago por el 100% de ocupación, después no, 70% de ocupación, después dijeron no, no vamos a garantizar ocupación. Entonces uno diría ya, van a pagar lo que se usa, pero el problema es que si uno entiende el funcionamiento de los hoteles sabes que eso no importa, vas a tener que tener 5 recepcionistas 24*

horas, independiente de si están atendiendo o no. Entonces, de nuevo, faltó un liderazgo desde el ministerio para que entendiera el funcionamiento del hotel y no lo reventara, porque eso pasó. E19

## 2.5. Percepciones generales sobre la experiencia de trabajo en residencias sanitarias

El personal de salud entrevistado destaca la labor que realizan en las residencias sanitarias y puntualizan respecto a la importancia de su quehacer tanto en la recepción de las y los usuarios, en el control de salud de estos, y otras laborales que tienen como finalidad mantenerles estables en términos de salud:

*Mi función es controlar signos vitales, ver cómo está el paciente, evaluar al paciente completo y también ingresar pacientes. Cuando ingresan el control de los signos vitales, explicarles que es una residencia, el consentimiento informado y todo lo que tiene que ver con aquello. E5*

Entre los aspectos que más destaca el personal de salud y otros profesionales que se han vinculado laboralmente a las residencias sanitarias, están el trabajo en equipo, el trabajo con personas de otras nacionalidades, y el agradecimiento de las y los usuarios frente a la labora que realizan en estos recintos:

*El trabajo en equipo, los colegas y el trabajo con la gente que en general era super agradecida. Me encantó los pacientes, son agradecidos, uno tiene que calmar esa ansiedad que viene de me voy a empeorar, me voy a morir o teniendo a las familias afuera, todos muy preocupados. E11*

*El trabajo con las personas, lo que uno puede hacer por ellas. La mayoría de los técnicos eran jóvenes, mucho estudiante de enfermería y en su mayoría los médicos era extranjero. Eran de todas las nacionalidades, venezolanos, colombianos y solo un chileno. Eso fue muy bueno porque teníamos pacientes de todas las nacionalidades entonces nos favorecía la atención, lo que ellos necesitaban en las comidas, su situación social. E14*

Sobre este tema, las personas entrevistadas destacan el trabajo interdisciplinario generado en los equipos, donde se desempeñaron codo a codo técnicos y profesionales de diversas áreas de manera horizontal, rompiendo con ello las tradicionales estructuras verticales de poder que se generan en los equipos de salud. Se menciona también de manera positiva la solidaridad al interior de los equipos, brindándose apoyo y ayuda permante entre ellos para llevar a cabo sus labores:

*Ha sido una excelente experiencia. Trabajamos en equipo: médico, tens, kinesiólogo, enfermera, coordinadora. Discutimos los casos, hacemos las preguntas teóricas pertinentes, discutimos caso a caso y llegamos a un consenso. En el fondo, trabajamos de una manera bien horizontal, eso nos ayuda bastante, así como la palabra de la tens, como mi palabra, como la de los paramédicos, todas tienen validez, y se va discutiendo en pro del paciente. En verdad ha sido una experiencia bien agradable, he aprendido muchísimo, he enseñado hartoo siento. Ha sido un ambiente bien integrativo y de construcción para todos, en especial para mí. E4*

También destacan el hecho de que la intensidad del trabajo es menor que en los recintos hospitalarios, donde la atención de pacientes COVID es muy intensa, mientras que en las residencias se sostiene que es más calmado. La prioridad es estar alerta a que ningún usuario se descompense:

*En términos de carga es un poco más tranquilo, es menos intenso que en hospital, hay días más tranquilos, hay algunos espacios, no tenemos pacientes que estén en los pasillos exigiéndonos cosas, porque tienen que estar en sus habitaciones. Hay días en los que los pacientes están más estables y*

*no hay derivaciones y hay otros en los que hay muchas derivaciones, cinco, seis, pero en general la carga no es tan fuerte. E14*

Entre los **aspectos negativos de la experiencia**, destacan **la demora en el pago de honorarios, la incertidumbre laboral, en términos de no saber hasta cuándo se seguirán desempeñando en las residencias sanitarias, y la falta de reconocimiento de su labor como parte del sector salud de primera línea que lucha contra el COVID-19:**

*La incertidumbre de hasta cuando vas a trabajar que generaba mucho estrés. Agotadora a nivel mental el hecho de esta incertidumbre respecto a los cierres porque en un principio eran muchas, después se fueron cerrando y sin mucho aviso y generaba un ambiente de incertidumbre y de cierta competitividad, de quienes trabajaban tanto personal de salud y del hotel, generaba mucho estrés y competencia, entre compañeros querer destacar para asegurarse que no vas a quedar sin trabajo. E12*

*Nosotros estamos dando la pelea igual que un centro de salud y no recibimos el reconocimiento, hay problemas de contratos, pagos, no han llegado bonos ni ayudas, nada, estamos todos luchando contra el virus y por eso te digo, la parte de recurso humano ha sido feo, estamos en el aire y hemos trabajado duro. (...) en términos de recurso humano fue muy precario, yo empecé a trabajar en mayo, recién en Agosto nos pagaron el sueldo, se demoraron muchos meses en regularizar esos temas. E14*

También se menciona **la falta de insumos** para poder realizar las labores necesarias de atención de salud. Cabe destacar que esta percepción no es generalizada sino más bien que depende de las residencias:

*En cuanto a trabajo ha sido bueno, muy bueno, lo que se necesita para cumplir con el trabajo es un poco deficiente. Fueron muchas cosas, al principio insumos, al principio faltaban todo lo que se necesita era muy precario, entre nosotros reuníamos recursos para poder suplir, cubrirlo. Fármacos tampoco llegaban, al principio era muy básico, ibuprofeno, paracetamol, colrfenamina como mucho, después unos cuantos salbutamol, aerocámara y sería. Fue muy sobre la marcha, día a día. E14*

*Ha sido genial. Está súper bien surtido el tema de los EPP. Somos dos personas las que con el tema de los signos vitales y todo aquello. A veces se hace poco, porque son dos personas para 80 personas o 70, pero es entretenido. Es otra área bien buena. Faltaría a lo mejor un esfuerzo de EPP de acuerdo a los últimos estudios, las últimas antiparras que pueden servir, la combinación de antiparra, careta y mascarilla, cosas así. E5*

Personas entrevistadas se refieren también al hecho que **gran parte del personal de salud son profesionales y técnicos recién egresados y con poca experiencia**, lo que implicó diversas situaciones negativas:

*La mayoría eran recién egresados y habían problemas. Por ejemplo un papá tuvo que irse hospitalizado y no había un documento que dijera qué teníamos que hacer con la menor que estaba a su cargo, ese turno se fue todo despedido, fueron muchas cosas que pasaron y se resolvieron en la marcha. E11*

Por otra parte, **desde administradores de residencias sanitarias y autoridades regionales se menciona la desorganización de las residencias sanitarias en términos administrativos desde, en un principio, MINSAL, y posteriormente SEREMI, como aspectos negativos de la experiencia:**

*El tema de recursos, el sentirnos reconocidos en nuestro trabajo porque estamos como en el limbo, no somos personal de salud porque no estamos en un recinto sanitario. Muchos meses sin recibir*

remuneraciones, meses en los que hay que vivir, hay que gastar dinero para venir al trabajo, la mayoría tenemos familia, hijos, entonces dos tres meses sin sueldo, generando gastos, se hizo difícil. E14

Mala experiencia con SEREMI, pagos que no llegaron, desorganización. Al principio eran los servicios metropolitanos que administraban, después pasó todo centralizado a SEREMI porque hubo conflicto de intereses. (...) se atrasaban en los pagos, fue terrible, con SEREMI lo pasé pésimo. Hubo un momento en que se fueron a huelga, se vio más en Julio o Agosto y después se normalizó y hubo ciertos empleados que quedamos con esos problemas. SEREMI es súper desorganizada, le decían a la gente que podía estar con su contacto estrecho y luego a nosotros nos exigían que no, que tenían que estar separados, entonces la gente llegaba esperando poder pasar la cuarentena juntos y no poh, sino nos pedían que la cuarentena se duplicaba, entonces el que se llevaba el reto del paciente éramos nosotros. Las familias tienen que estar separadas, privilegiábamos que las mamás estuvieran con los niños, también según el sexo, porque a veces uno no sabe la relación que tiene el papá con las hijas, entonces tratábamos de dejarlas con la mamá, separábamos al positivo de los contactos estrechos. También tuvimos operativos que fueron como cinco buses, 180 pacientes que había que ingresarlos en una noche. Otros fueron operativos de gente que iba a Rapanui y ahí teníamos que ingresarlos todos, gente que entre marzo y agosto, tenían que viajar a Rapa Nui y no tenía vuelo, entonces le pusieron un vuelo pero antes tenían que hacer cuarentena y bueno, fue complicado. Los operativos fue como empezar a probar en la marcha, entonces fue como ya, como funciona, cómo sería, además la mayoría éramos recién egresados. E11

Fue un desastre, no sabíamos a quien contactar, no sabíamos quién era el responsable. Luego salieron clasificaciones distintas, unas residencias sanitarias, otras para descanso del cuerpo médico y otras que se llamaban hoteles en tránsito para pasajeros que venían de afuera y que requerían aislarse y venían de los aviones directo a nuestros hoteles, se clasificaron en tres. Todo a pulso. El desorden dese el punto de vista administrativo sigue arrastrándose y no se ha resuelto del todo, diría yo. E19

Abriamos la residencia sanitaria, se suponía que el Ministerio pone todos los materiales de protección, mascarilla, máscara facial, unas pecheras y de repente te decían no poh, ustedes tenían que colocarlos. Pero en general yo creo que se hizo bien, en términos relacionales también entre estas dos culturas más sanitarias y de hotelería, pero creo que se hizo bien. El único gran tema fue la poca prolijidad administrativa. E19

También se menciona el **miedo del personal hotelero de contagiarse**, cuando se inició la reconversión de los hoteles en residencias sanitarias, y con ello contagiar a sus familias. Sobre este punto **se destacan el buen funcionamiento de los protocolos, lo que permitió generar confianza en dicho personal:**

Mira fue complicado porque mantuvimos a todo el personal, pero había miedo, porque los protocolos no estaban muy claros entonces había miedo que pudieran contagiarse, y nuestro personal también algunos son población de riesgo, así que fue evolucionando y gracias a Dios los protocolos estuvieron bien hechos, pero por ejemplo E19

Es difícil, yo tengo a mi hijo que es asmático y ha sido un boomerang de sensaciones, preocupaciones, miedos. Entonces yo siempre trabajo con mucho temor y en este momento uno tampoco se podía quedar en la casa, había que aportar, luchar, trabajamos estudiamos para eso, por vocación, aunque eso implica sacrificios personales con la familia. Ahora ya pasé un poco más a gestión y pude volver a estar con mi hijo, lo había dejado con mis papás para que estuviéramos aislados. Ahí ya volvió a mi casa mi cachorrito y con todas las medidas de protección, de ropa, de lavado, que no se acerque antes que yo me haya cambiado completamente. E14

Por último, se da cuenta de la **sobrecarga de trabajo que implicó para muchos/as de las y los entrevistados la labor en residencias sanitarias**, ya que muchas veces éstas estaban con más usuarios/as de las que podían atender. La sobrecarga emocional también es otro factor que se menciona, toda vez que las problemáticas psicosociales presentadas por la población migrante internacional son muy profundas y dan cuenta de una vulnerabilidad social en que se encuentra parte importante de esta población en Chile. El personal sostiene haberse involucrado con muchos de los casos, lo que generó gran estrés en ellos/as:

*Yo creo que la carga fue fuerte cuando uno se involucra con los pacientes, también el cansancio. La mayoría trabajábamos en otros lugares, también la sobrecarga, al principio éramos una enfermera para 90 pacientes, era mucha sobrecarga, ahora volvió con ese volumen. Igual en general la gente hace su cuarentena tranquila, hay igual pacientes alaracos, pacientes psiquiátricos... peor había muchas historias, gente muy angustiada, hijos, con los papas en UCI y no sabían noticias de ellos, o esposas, esas eran las historias más impactantes. E11*

Se sostiene que **en algunas residencias sanitarias se habilitaron espacios de autocuidado para el personal de salud**, pero que éste llegó tarde por lo que fue insuficiente para cubrir las necesidades del personal:

*El espacio de autocuidado entre colegas llegó tarde, para todos fue todo muy nuevo y había demasiada incertidumbre, todos aceptamos eso, era lo normal, que ocurrieran cambios constantemente, hasta de los tiempos que duraba la cuarentena, eran cosas que cambiaban. Son buenas medidas pero no se aprovecharon bien, creo yo E12*

## 2.6. Residencias sanitarias desde un enfoque de interculturalidad en salud

En términos generales, administradores de residencias sanitarias, autoridades y personal de salud sostienen que el desafío de la interculturalidad en las residencias sanitarias es reflejo del desafío que existe respecto a este tema a nivel nacional y, principalmente, en los territorios que concentran la mayor cantidad de población migrante internacional:

*Creo que el desafío intercultural aquí en la región en específico es alto, y en residencias sanitarias es como la traducción de la realidad local. Es muy alta la población migrante en esta región como para que no tenga la preparación de atención de personas migrantes en consultorios ni en hospitales. El que no se tenga en las residencias es solo la traducción de lo que ocurre en los mismos espacios. Por supuesto que es imperante el manejo que uno debiese tener con personas que provienen de otros territorios. Simplemente por venir de otros territorios existen otras formas de mirar las cosas, otra manera incluso de responder de los cuerpos, de las necesidades calóricas, eso a mí me llama mucho la atención, que es relevante cuando hablamos de salud responder a las necesidades calóricas de personas que viven más en el centro, personas que viven en el sur. Osea si estamos pensando en que pudieran salir de un estado de resfrío, porque muchos llegaban con resfrío, bronquitis, los niños con tos, y no nos vamos a preocupar de una alimentación complementaria en eso, a mis ojos queda en una pata coja. E8*

En este sentido, se hace referencia a los **problemas que se han visto durante la pandemia para aplicar un correcto enfoque de salud intercultural cuando se trata de población migrante internacional y COVID-19**. Al respecto, un entrevistado ejemplifica esta problemática a través de un caso en particular que sucedió en la Región Metropolitana con una comunidad de personas haitianas, caso que tuvo gran cobertura mediática, que **focalizaba el problema de brotes de COVID-**

**19 en la población migrante.** Este caso deja entrever la xenofobia y la discriminación a la que están expuestas las personas migrantes internacionales en el país, y también las dificultades que existen a la hora de aplicar un enfoque de salud intercultural con esta población:

*Lo que pasa es que aquí se cometieron mucho errores porque habían muchos interlocutores negociando con ellos cachai, estábamos nosotros, estaba el señor desde el servicio jesuita migrantes cachai, habían concejales ahí dentro que en algún momento llegaron, entraron tres militares que también eran facilitadores interculturales y que llegaron así, a lo mejor con la mejor intención, mira también nosotros queremos colaborar, el único detalle es que venían con metralletas y con sus granadas en el pecho me entiendes, entonces era como decía pero como va a ofrecer de facilitador si vienes con las armas, el rifle, era como super complicado, después llegan los PDI con sus trajes de alienígenas negros así como todo bien sofisticados, pero bueno ellos llegaron al final cuando ya habían fallado como todas las negociaciones. Había gente como que sí se quería ir, pero eran muy influenciados por otros líderes que se querían quedar, me entiendes, y particularmente este de tipo religioso que te digo yo que influenciaba bastante y disuadía a la gente a que no se fuera. Entonces claro, cuando se iba convenciendo paulatinamente a las personas, no sé en grupos de diez, se llama a un furgón digamos que de la residencia entonces entraba el furgón al cité, entraban las personas, iban con sus maletas algunos y se lo sacaba y se iba a la residencia, y así fue dándose diez, quince, diez y así sucesivamente ese primer día...el primero yo creo que fue un consentimiento bien a regañadientes porque imagínate toda esa cantidad de gente dentro, es como imagínate tu que entraron a tu casa no se a tu patio digamos y ahí treinta a cuarenta personas de distintos ámbitos del poder digamos intermedio, pero poder al fin y al cabo, convenciéndote que te tienes que ir a una residencia, o sea fue super, yo creo que para ellos fue una cuestión, debe a ver sido una experiencia bien, bien fuerte y aparte escuchaba a las mujeres que uno como no maneja el creol, deci claro tú de repente veías que ellos, entre ellos mujer y hombres se tensaban en discusiones que tu no sabías si estaban entre ellos discutiendo y claro yo me di cuenta por ejemplo que las mujeres son de personalidad bastante fuerte, claramente se contraponían o discrepaban respecto a lo que eventuales líderes que habían allí decidían por lo que uno mas o menos apreciaba sin entender el creol, pero más o menos por el lenguaje no verbal y lo que parecía estaba, por lo mismo que después te referían los facilitadores entonces, entonces ahí había una tensión bien bien fuerte.... muchos menores de edad, guaguas. Después también estaba el tema de que los mismos pobladores de allí de la San Juan Parinacota, que es un lugar bastante peligroso, arrojaban distintos tipos de piedra, proyectiles y otras cosas al cité, entonces si uno escuchaba los gritos de afuera diciendo váyanse negros de mierda, váyanse de acá, ustedes son los que están contagiando y a su vez también escuchaban los propios haitianos que decían pero porque vienen acá, porque no van al frente, al frente también dentro de los chilenos también hay gente que tiene COVID, eso también era un recurso era como una una respuesta super recurrente de ellos. Entonces claro...y también está el tema obviamente la discriminación, yo creo que ellos ellos también dentro de su memoria colectiva esta la memoria colectiva de la discriminación, de la xenofobia, el racismo entonces para ellos eso era discriminación me entiendes. Honestamente, se cometieron mucho errores ahí, pero como había toda una presión de la autoridad de que había que sacarlos de allí entonces...estaba lleno de periodistas, si fue una cosa impresionante, o sea tu colocabas un dedo así fuera del cité y se abalanzaban como treinta periodistas, si se se transmitió en directo o sea por eso te digo busca en YouTube eee no se po cité Quilicura traslado a residencia, de cómo cien personas cachai entonces eee y ahí aparecen varios videos de lo de lo que pasaba allí y entonces esa experiencia yo creo que fue bastante señalizadora por lo menos para nosotros como SEREMI en términos de intervención posterior tanto en los cites y también en el tema de la residencia, pese a que en la residencia en esos tiempos no la manejábamos nosotros, estaban a cargo de los servicios, entonces nosotros no teníamos digamos ninguna labor más que detectar casos positivos y trasladarlos a residencias, previa coordinación con cada uno de los servicios según la comuna donde tocara, pero fue de muchos aprendizaje en términos de cómo debía ser luego la intervención o el abordamiento más bien de tipo integral en otros cités, entonces como que ya uno aprendió de eso y ya no cometió los mismo errores. E27*

Esta autoridad entrevistada sostiene que dicha experiencia significó un aprendizaje importante en materia de **sensibilizar a los equipos de salud en las pautas culturales de las personas extranjeras, y generar un abordaje de éstas desde un enfoque de pertinencia cultural:**

*Fue una experiencia en en este diálogo intercultural, que creo que fue mal entendido, porque faltó empatía, faltó ponerse en el lugar de ellos, este, creo que faltó también entendido mejor como son sus pautas culturales, entonces como era la primera vez, osea todo esto fue nuevo me entiendes, osea tu estabai caminando por un terreno que no, que desconocidas absolutamente, entonces en esa lógica se cometieron muchos errores. Después de eso obviamente que se entendían las pautas culturales, por ejemplo, después si teníamos que ir a un cité donde habían peruanos, primeramente nosotros nos ilustrábamos un poco como son las pautas, cuales son, cuáles eran las creencias, los valores que tienen las personas peruanas en el ámbito de la salud particularmente, que relación tienen con ella, entonces claro nosotros obviamente ya sabíamos de antemano por ejemplo con ellos que había una toda una visión digamos de medicina complementaria, hierbas y otras cosas que obviamente las personas peruanas son muy creyentes y a pies juntillas piensan que esas hierbas o aguas medicinales los van a curar de su enfermedad. Entonces por eso te digo creo que la primera experiencia fue muy este te abrió los ojos un poco de como debían ser las futuras intervenciones tanto allí como en las propias residencias, porque de hecho también hubo muchos problemas en las residencias y hubo digamos situaciones un poquito agresivas. E27*

Esto implica profundizar, por ejemplo, en los **sentidos y significados culturales que se dan en la comprensión del COVID-19, y las estrategias que se llevan a cabo para atender esta enfermedad, prácticas estrechamente ligadas a las cosmovisiones propias de cada pueblo y cultura:**

*Bueno peruanos y bolivianos por supuesto conozco, así muy en concreto cuáles son sus grandes problemáticas, lo que piensan de la pandemia, del COVID, como sus pautas culturales de alguna forma permean absolutamente su representación imaginaria y visión sobre esta pandemia, entonces igual desde esa perspectiva igual ha sido bastante bueno para mí porque me, me ha permitido conocer mucho más; porque técnicamente mi rol como SEREMI es articularme con los referentes de los seis servicios de salud y esto a su vez con los referentes comunales, me entiendes. Pero esta pandemia a mí me hizo en el fondo bajar hasta las comunas, me entiende, cosa que a lo mejor quizás en un tiempo normal...exacto, sí como aterrizarlo y empaparte en el terreno mismo. E27*

*Aludiendo al sistema de creencias de las personas migrantes, era difícil recetar algunos medicamentos porque era como no, ¿no tiene un agüita de hierbas? Cosas que necesitaban que eran distintas, como que no creían mucho en los medicamentos. Me pasó muchas veces en que yo les decía con un paracetamol se le va a pasar, yo se lo traigo, y me decían es que no quiero tomar tanto remedio ¿no tendrá una hierba? Y en la residencia no había ningún tipo de hierba como para poder darle. En ese sentido no había una atención bajada a los distintos sistemas de creencias que tenían las personas migrantes en sí. E1*

Asimismo, se sostiene que es necesario comprender desde un enfoque intercultural y de determinantes sociales de la salud la reticencia, en algunos casos, de personas migrantes por ir a las residencias sanitarias:

*En el tema de las residencias sanitarias tenemos un amplio abanico de experiencias. En general, creo que la estrategia ha resultado bien, se ha podido incorporar a la población migrante. EL ingreso es rápido, es expedito. Pero ahí cuando te mencionaba de ciertas particularidades, es posible describir ciertas resistencias. Primero, muchos al no encontrarle sentido a tener que ingresar a estas residencias sanitarias si es que no se sentían enfermos. Piensa en los asintomáticos o a los que han sido contacto estrecho pero no están con la sintomatología a flor de piel, ahí aparece el choque cultural en carne viva, porque cómo hacer entender a una persona que requiere aislamiento si ella no*

*se siente subjetivamente enferma. No tiene fiebre, no tiene dificultad para respirar, pero sí aparece un examen que dice que es positivo. Entonces cómo internalizar que alguien me está diciendo que estoy enfermo, pero yo no me siento enfermo y más encima me sacan de mi arraigo, de mi lugar que yo he colonizado en este espacio extraño que no es mi tierra y me llevan a una residencia sanitaria. Eso ha sido un desafío bastante importante y ahí es donde han surgido algunas resistencias de personas que no quieren ir. E6*

Respecto a las residencias sanitarias, las personas entrevistadas señalan que **en las residencias sanitarias no existe una diferenciación en la atención hotelera ni de salud para usuarios nacionales y extranjeros. En este sentido, pareciera que no existe un enfoque de interculturalidad específico aplicado en las residencias sanitarias.**

*Las propias residencias que recibían personas haitianas no tenían ninguna pertinencia cultural, yo te hablo y por eso te insisto y te remarco, te hablo los primeros meses del año pasado cuando estaban recién partiendo las residencias, entonces como que no había mucho conocimiento y como abordar a las distintas digamos, los distintos colectivos migrantes entonces, y claro ahí tienes una barrera idiomática, y después estaba el tema que fue trasladada la gente de la residencia y claro como habían horarios bien establecidos para el tema de las comidas, claro había gente que llegaba muy temprano y que tenía que esperar cinco y seis horas para comer algo me entiendes, entonces fue bien complicado al principio esos temas, entonces todo eso fue abonando para que particularmente las personas haitianas, o sea pero comenzaban a tener una resistencia pero feroz a irse a una residencia por toda la experiencia que les estaban digamos advirtiendo otros compatriotas que ya habían ido ahí. E27*

El mayor acercamiento a este enfoque tiene que ver con **la presencia de gran cantidad de personal de salud extranjero, lo que facilita la comunicación con usuarios/as** en algunos casos -sobre todo para aquellos migrantes internacionales que no hablan español-, **y también como apoyo a la comprensión cultural de los tratamientos que se le están otorgando a usuarios/as:**

*Creo que el sistema tiene la preparación en algunas residencias, dependiendo si hay o no hay traductores. No sé cómo funcionan las otras residencias. Estuve sí hospitalizado en una residencia porque tuve COVID y ahí tenían también un traductor. Entonces el traductor ayudaba a ser el nexo entre el doctor, el equipo de salud para poder hablar con ellos. E5*

*Una paciente incluso no hablaba el idioma. Entonces ahí teníamos que llamar a su pareja si mal no recuerdo, pero era un familiar de ella, y ahí nosotros le hablabamos a él y él nos servía como traductor. Ahí nos enteramos que no estaba comiendo y que lo estaba pasando mal por así decirlo, que no le gustaba y que no se atrevía a probar los menús, que no eran malos del todo, eran buenas comidas, pero así nos fuimos enterando. Llegamos al momento de llamar a un familiar que sí le entendía y él actuaba como traductor de esta paciente. E4*

*Por ejemplo, el consumo de medicamentos para muchos de ellos no estaba, preferían evitarlo. Otros por favor. Un manejo distinto. E8*

Una de las **diferencias culturales que más se ha observado en las residencias sanitarias es respecto a la alimentación. Las diferencias en el ámbito alimenticio no se refieren solo al consumo de alimentos, sino que dejan entrever otras distancias culturales presentes entre la población migrante internacional y el personal de salud**, por ejemplo, concepciones en torno al cuerpo, a la salud y enfermedad, a la manera de concebir la vida en las diversas etapas del ciclo vital, entre otras:

*Me acuerdo de otro caso de una señora haitiana que tuvimos problemas de alimentación. Ahí buscamos alternativas. Buscar alternativas de alimentación que ellos coman. Me acuerdo que esta*



señora no comía nada porque comía solamente comida haitiana, y en verdad no comía nada. Al final ella terminó pidiendo el alta voluntaria. Estuvo uno o dos días por lo mismo. E4

Me pasó una situación puntual con una mujer haitiana. Era muy joven, de unos veinte tantos años, con su hijo de un par de meses, muy pequeño, ella llegó a la residencia. Pasa que de repente mandan a muchas personas en un solo horario, entonces es un caos en el momento de ingreso, pasaba que era pleno invierno, a las personas las mandaban a las 7 u 8 de la tarde, tenían furgones o ambulancias esperando, y se daba la dinámica de que hay que hacerlo lo más rápido posible. Todos los ingresos se hacían muy rápidos, y el ingreso es uno de los momentos más esenciales, porque además de recabar antecedentes de la persona le explicas cómo funciona la residencia, entonces todo eso había que hacerlo lo más rápido posible. Con personas que hablan con español eso puede ser lograble, no siempre. Pero además estaba esta barrera idiomática porque esta chica no hablaba casi nada de español, muy poco; yo creo que más comprendía algunas cosas porque podía responder cosas, pero expresivamente no hubo la posibilidad. En ese ingreso entró la enfermera encargada de la residencia, la tens y a mí porque estaba en momento de inducción, aprendiendo a hacer un ingreso sola. Estábamos las 3 con las EPP a full, de astronauta, la cara no se nos veía, el traje, y esta mujer, esta chica con su hijo. La enfermera estaba comenzando a hacer el ingreso, a hacer todas las preguntas, y ella no estaba pudiendo responder por la barrera idiomática, aunque ella intentaba responder, solamente que nosotros no sabíamos creol, entonces no teníamos la certeza de lo que quería decir. La enfermera muy de decirnos delante no, es que ella no está entendiendo nada, no va a funcionar esto. Yo así como, la persona está acá, sigue estando acá, puede estar comprendiendo eso. Bueno, le pregunta si tiene a alguien que sepa español, algún número, pareja, alguien, ahí llama a su pareja por teléfono y comenzó una dinámica de poner a este joven en alta voz y la enfermera explicarle a este joven que también era haitiano pero manejaba el español lo que estaba pasando para que el en creole se lo dijera. Todo muy rápido porque había mucha gente y había que seguir, y en eso también había que controlar signos vitales. Mientras la enfermera estaba hablando mediante esta tercera persona por celular para comunicarse con esta chica, la TENS empieza a examinar al bebé pero también sin explicar mucho. Fue como pásamelo, pásamelo y lo puso en la cama y lo comenzó a examinar. La chica solo miraba, no lo impidió, pero qué tanto vas a impedir en ese momento si es que estás incómoda. Es muy difícil. Posiblemente estás incómoda porque te están hablando, alguien le está hablando a tu pareja, alguien está revisando a tu hijo. Y era muy de así es como se hace esto, así se ven las respiraciones en un bebé, y también fue de sacarle la ropa al bebé para poder tener más contacto con su pecho y ver las respiraciones. Era una dinámica muy extraña en la que finalmente se le terminó explicando cómo era la residencia mediante su pareja en el teléfono. Finalmente ya la controlamos, se le controló la presión, la temperatura y chao. Ese era mi último día de ese turno y después tenía dos días libres. Al tercer día me tocaba volver, se nombran a las personas que están en las habitaciones y me nombraron a otra persona en la habitación donde había quedado ella. Yo dije ¿y la joven que estaba acá con su bebé? me dijeron ¿la mujer haitiana? No, ella se fue. ¿por qué, qué pasó? Me dijeron pidió el alta porque no comía, estuvo dos días sin comer, entonces no, se fue, pidió el alta. Yo tampoco sé qué tanto hay de que ella lo pidió, pero evidentemente no se estaba alimentando. Entonces hubieron varias barreras, no solo fue lo idiomático, yo creo que fue principalmente, pero no sé si alguien se centró en explicarle esto es tal comida, a lo mejor ella no come habitualmente eso. Quizás se sentía incómoda, no sabía qué le estábamos dando, quizás un montón de cosas que finalmente llevaron a que ella estuviera menos de 48 horas en la residencia. Terminó devolviéndose a su casa, que tampoco nunca logramos saber a qué se dedicaba ella, en qué condiciones sabía, yo sólo sé que estaba su pareja acá en Chile que hablaba un poco más de español, me imagino que volvió a vivir junto a él. El bebé era el que tenía coronavirus, fueron al hospital parece ahí le hicieron el examen al bebé, y ella iba por contacto estrecho, porque no pueden mandar al bebé solo, pero tampoco entendía muy bien por qué no había llegado la pareja junto a ellos. E2

Y también en el tema de los, de las residencias, bueno cuando ya empezamos a enterarnos digamos eee a la residencia, a la residencia a las cuales se fueron estas personas, esas mismas personas ese

*mismo primer día en la noche le empezaron a mandar WhatsApp a los que se habían quedado en el cité indicándoles no se vengán están mintiendo, estamos pasando hambre o la comida que nos sirven no es la comida que comemos nosotros, aquí no hay, no hay como se llama TENS o doctores o enfermeras que hablen nuestro idioma este eee todo mal, osea nos mintieron me entiendes, entonces claro cuando nosotros llegamos el segundo día ya obviamente nadie se quería ir a una residencia después de eso. E27*

*Otra cosa era la comida, que ellos están muy acostumbrados a comer mas aliñado y en la residencia sania tra se asume que es hiposódico, hipocalórico, entonces encontraban la comida mala, el tallarin con salsa, el arroz con verdurita. Ahora hay mas menú, pero al principio si se quejaban. E11*

*Para las personas que estuvieron dentro de la RS las principales dificultades que hemos recibido son de alimentación, trato de ser un poco empática que quizás nosotros tenemos una cultura de alimentación distinta, ellos comen en el desayuno, cenan, nosotros estamos acostumbrados a la once, yo tengo una familia que son solicitantes de refugio, estuvieron en la residencia y ellos solicitaron volver a su casa, porque los niños no comían, no se acostumbraban y entonces nos pidieron canasta de alimento, se las fuimos a dejar pero al final quisieron volver a su casa. E17*

*Los que logran entrar han tenido problemas, porque por ejemplo hay temas de alimentación, muchos casos me manifiestan también por la cultura, la comida no los sacia, la comida a los niños no les gusta, entonces también hemos tenido que apoyar con canasta de alimentos. E17*

*El tema de la alimentación dentro de las residencias sanitarias, por lo general no es que el hotel la ponga, sino que se externaliza. Generalmente una empresa externa que no tiene la noción de que no todos comen lo mismo, entonces muchas personas no comían. La hidratación, está todo predefinido. Por cada persona un litro de agua. Y hay otras personas que consumen 4 o 3 litros de agua al día. Esa noción no estaba incorporada y también significa un ayor gasto que tampoco estaba considerado. Entonces surgían respuestas como no podemos estar adaptando la alimentación a toda la diversidad cultural, eso es imposible. Entonces ahí surgía este discurso estamos en alerta sanitaria, la prioridad es la vida, no podemos interculturalizar todo. Ahí se generaban tensiones. E6*

En este sentido, **se sostiene que hay una carencia en este ámbito en las residencias sanitarias, que sería el hecho de establecer institucionalmente un enfoque intercultural en el acceso y uso de residencias sanitarias por parte de población migrante internacional**, para que la incorporación de este enfoque no dependa de voluntades específicas de ciertos técnicos o profesionales, sino que sea una normativa institucional:

*Yo creo que como suele ocurrir en las situaciones de emergencia en muchos de los casos los funcionarios han actuado con la mejor disposición y criterio, pero sin duda que hay brechas en términos culturales que puede generar distancia y los funcionarios no están capacitados porque no son dispositivos pensados en esa lógica. No tiene por ejemplo personal en el área social, entonces no hay una norma técnica, que es lo que ocupan habitualmente en salud con orientaciones en materia de interculturalidad en el contexto de las residencias. No lo conozco. Yo creo que a su vez eso también significa una mayor responsabilidad que se deposita en los funcionarios más que una cuestión institucional con cierta capacidad de respuesta institucional. Pero también puede resultar injusto emitir un juicio sobre esas capacidades institucionales en un contexto de emergencia de crisis sanitaria, donde a lo mejor tú puedes tener ciertas presunciones pero no la certeza de qué íbamos a tener un flujo de inmigrantes venezolanos por la región de Tarapacá con ese volumen. Por ejemplo yo no sé, porque aguien podría decir por ejemplo en el contexto en que estamos eso es un lujo y tratemos de resolver la tarea con lo que tenemos, pero yo no sé por ejemplo si tienen dietas interculturales. La gente llega la residencia y come lo que comen los chilenos. Ahora no me cabe duda, Porque además todas esas cosas son licitadas y eso tiene además su propia regulación. Piensa*

*tú que la JUNAEB varios años después de todo el proceso migratorio que ha vivido Chile en estos últimos años, incorporó dietas interculturales a través de sus proveedores en los establecimientos educacionales, eso llegó a ser una noticia destacada hace un par de años, no sé si lo recuerdas, pero además eso en un contexto de normalidad. E32*

Cabe destacar la mención a una experiencia específica de una residencia sanitaria que sí esta incorporando un enfoque de interculturalidad en salud en su quehacer, donde se intenciona que las y los usuarios sean atendidos por personal de salud de sus nacionalidades, que las comidas sean también acordes a cada cultura, entre otras prácticas en esta línea:

*Hay una residencia, que creo que te comenté, que se llama la residencia Bonaparte, que justamente se hizo eee con una mirada de pertinencia cultural cachai donde la idea es que ellos sean atendidos por personal de salud de su, que hable creol que sea de su propio país cachai. Que haya comida que es la que ellos comen también en Haití o las que consumen habitualmente acá en Chile este entonces hay como un, no hay como una idea, y una recién ahora, y esto te hablo, hace cuanto que se digamos se, se abrió esta residencia. Deben ser cosa de unos dos meses si la memoria no me falla donde se da esta posibilidad de que sean atendidos allí y no sea una experiencia tan traumática para ellos. E27*

*En el capital tuve más experiencia con inmigrantes, 50% era inmigrante, en la Bonaparte en providencia eran menos, pero en algún momento se decidió dejarla como referencia a población haitiana porque había dos médicos haitianos y luego llegó una enfermera entonces como teníamos esa facilidad, porque había ingresos de haitianos que no hablaban nada de creol y había que llamar al doctor. También había mucho personal extranjero, médicos venezolanos, colombianos, trabajando en residencias. E11*

## 2.7. Facilitadores lingüísticos/mediadores interculturales en residencias sanitarias

Sobre las y los facilitadores interculturales, algunos profesionales y técnicos entrevistados han tenido experiencia previa con esta figura tanto en atención primaria como hospitalaria. En términos generales, sostienen que **esta figura es central para una adecuada atención de salud a migrantes internacionales, sobre todo en el ámbito de respetar los derechos de los pacientes migrantes internacionales:**

*Fue una experiencia potente, lo recuerdo mucho, era una persona muy joven, haitiana, costaba mucho la comunicación. En la evaluación fonoaudiológica yo me apoyé de láminas en español y creole. Un tiempo intenté conseguir a la traductora del hospital, pero la demanda era muy alta, pudo ir solo a una sesión. Una vez tuvimos que decanular y yo creo que nunca entendió lo que íbamos a hacer. Una se siente muy complicada porque es pasar por encima de los derechos de la persona. Pero uno es la interna, la profe te exige que lo tienes que hacer. Entramos a intervenir y sentí que éramos muchas personas y ahí mi función fue tomarle la mano y él me la apretaba mucho, creo que sentía miedo, eso era la sensación que me daba. No hice mucho en cuanto a labor fonoaudiológica, eso hizo que mi tutora me retara y me dijo que yo no había estudiado fonoaudiología para tomarle la mano a las personas. Fue una experiencia muy potente, porque sentía que en ese momento estaba colaborando mucho con la persona en esa instancia solo con tomarle la mano, porque nunca he tenido la experiencia de tener una traqueo pero no debe ser nada cómodo, menos cuando te están haciendo una intervención que nadie te comente qué te van a hacer, qué va a pasar, qué vas a sentir, por qué hay tanta gente ahí, todas esas cosas no quedaron nada claras para esas personas. E2*

Se plantea la **falta de recursos en el sistema de salud para poder contar con estas figuras de manera permanente** para la atención de usuarios/as migrantes internacionales:

*Hay muchos CESFAM, consultorios que necesitan un facilitador, pero no, no hay po, que no hay plata, no hay recursos cachai este para contratar facilitadores yo mismo tengo ese mismo problema en la seremi; que ha sido una batalla prácticamente perdida que no no quieren contratarme uno. Así que yo al final tengo que verlos por fuera cachai entonces es es complicado y se necesita mucho un un facilitador porque de verdad hay muchos temas con ellos que son, que necesitas a alguien que medie en estos temas cahai. Es así. E27*

Respecto a la **presencia de facilitadores interculturales en residencias sanitarias, por lo general las personas entrevistadas señalan que no hay**. Dicen que **las funciones de traducción principalmente las realizan familiares de personas haitianas que hablan español, que están presentes físicamente en las residencias o bien vía telefónica**. También personal de salud como médicos extranjeros, especialmente personas haitianas, han realizado esta labor de manera espontánea dentro de las residencias, para facilitar la comunicación con las y los usuarios:

*No, no había nadie para traducir, hay que arreglárselas. Yo hablo algo de francés y con eso trato de comunicar el mismo mensaje a todos los pacientes, primero tranquilidad, que aquí van a estar atendidos por personal de salud, que cualquier cosa llamaran, había que reforzar pero la mayoría lo entendía y reaccionaba bien. E12*

*Yo mismo he trabajado como mediador, pero no en la residencia porque no me pusieron en una donde hubiera compatriotas y los migrantes que llegaron no eran haitianos E13*

*No no, no es que hayan allí facilitadores, más bien hay personal de salud haitianos, más bien, pero facilitadores no hay, no yo por lo menos que yo sepa porque de repente me han preguntado a mi oye necesitamos un facilitador en una residencia, les pasa eso, me entiendes y eso denota que obviamente no tienen. Mira, a mi me pasa por ejemplo ahora que no se po tengo personas haitianas positivas entonces, como tienen que hablar con estas personas que salen positivas pero como no se logran dar a entender vienen conmigo y me dicen hola Sr.XX sabes que tenemos tal persona que salió positivo pero le quisimos hacer la entrevista pero no no entendía nada, tu nos puedes ayudar, entonces que hago yo me comunico con los facilitadores que yo tengo, son amigos míos que uno los conoce porque he estado en varias actividades con ellos entonces yo les pido el favor ayúdame con esta persona que no entiende y hay que hacerle como esta encuesta epidemiológica, tu se la puedes hacer porfa y después me mandas la encuesta por correo. E27*

*Mira acá nosotros la población eee con otro lenguaje principalmente haitiana es prácticamente nada, ya yo se de un caso de un haitiano en Calama que fue medio dramático porque era una niña que tuvo una bebé prematura. Pero se logró, ¿por qué?, porque la pareja podía traducir y habían conocidos de ella que también le podían traducir. La gente lo subsano muy bien, la gente de atención primaria en Calama. E28*

Cabe destacar que **la problemática idiomática no se presenta solo en población haitiana, sino también en población de otras nacionalidades donde la lengua madre no es el español**, donde el personal ha debido buscar soluciones para comunicarse con las y los usuarios:

*El resto no he tenido nociones, nosotros tenemos gente China, que son todos los que viene de por los comerciantes, pero ellos también tienen siempre alguien que los va a traducir y van con esas personas. Una vez me toco una niña rusa a mí acá, pero eh, también fue con el esposo y ella ya manejaba bastante, a pesar que llevaba como un año y medio acá en Chile, manejaba lo básico del idioma así que no fue tan complicado. E28*

Se mencionan **estrategias específicas desplegadas en algunas residencias sanitarias**, iniciativas que han llevado a cabo el mismo personal dadas las dificultades presentadas para comunicarse con

personas que principalmente no manejan el idioma español, como tableros de comunicación, entre otros:

*Le planteé a una colega que hiciéramos un tablero de comunicación en creol por último, para iniciar una conversación como hola, estás en una residencia, internar con dibujos, íconos, que estuviera en creol, apoyadas con alguien que supiera, armar algo. Lamentablemente nunca lo pudimos concretar porque al cabo de unas semanas nos despidieron. Yo sentí que ni siquiera había eso, había un informativo pero estaba en español, no en creol. Ya la residencia no está estructurada para toda la población que vive en el territorio que llamamos Chile, está hecha solo para un tipo de población, muy para la población chilena solamente. Ni siquiera está pensado para la población que habla español, está pensado para personas chilenas. Las comidas son para personas chilenas. E2*

También se destaca la experiencia de la residencia en el Hotel Bonaparte, donde se ha conformado un equipo intercultural para dar atención en creole y culturalmente pertinente a personas extranjeras:

*Desde al principio no me tocó tanto con haitianos, ahora la residencia donde yo estoy es una residencia exclusiva para esa nacionalidad, tenemos dos médicos haitianos, una enfermera y prontamente nos va a llegar un TENS, entonces vamos a tener el equipo completo. Esa fue una medida que se tomó por la demanda que había de esos grupos para ingresar y era un problema porque no se podía comunicar con los pacientes y se tomó esa decisión que íbamos a hacer el centro de referencia para esos pacientes, nos incorporaron a una enfermera para que viniera a apoyar y desde ahí las solicitudes que ingresan de personas de esa nacionalidad, entran para acá (Residencia Bonaparte). Es una iniciativa única, ha funcionado bien porque si bien hay demanda, la totalidad de los pacientes tampoco son todos haitianos, entonces así podemos pedirle ayuda a los colegas cuando los necesitamos y ellos tienen toda la disponibilidad, hay que ir aprendiendo algunas palabras específicas. Y así la gente haitiana se sienten de todas maneras, más acogidas, es super importante, poder conversar, que fluya una conversación sobre lo que sienten, los miedos que tienen, lo que necesitan, es totalmente diferente. E14*

*Bueno, lo de los facilitadores era importante pero no había, luego cuando se dijo que la Bonaparte era residencia para haitianos, ya no llegaron haitianos, pero creo que fue lo único que se hizo para esa población. E11*

**La atención de salud culturalmente pertinente, es un punto central a la hora de abordar el tema de facilitadores interculturales toda vez que estas figuras están pensadas no sólo en términos de traducción lingüística, sino como agentes que puedan establecer puentes de comprensión entre personas provenientes de diferentes culturas:**

*El tema de los facilitadores es un tema, es un temazo la verdad, es un temazo porque los facilitadores igual tiene que tener ciertas competencias y al principio se cometió el error de contratar una serie de facilitadores que la única virtud que tenían eran, era manejar el español. Y eso no es suficiente porque tú tienes que tener competencias culturales, competencias en derechos humanos en interculturalidad, competencias comunicativas o sea hay una serie de cosas que debe tener un facilitador. E27*

### 3. Percepción de autoridades, personal de salud y administradores de residencias sanitarias respecto al acceso y uso del sistema de salud en contexto de COVID-19 por migrantes internacionales

#### 3.1. Acceso y uso del sistema de salud en general

En términos generales, las personas entrevistadas sostienen que los y las migrantes internacionales tienen poco conocimiento respecto al acceso y uso del sistema de salud en general, y más aún en contexto de COVID-19:

*Por ejemplo la mayoría no tenía ISAPRE ni FONASA, algunos ni sabían si tenían, uno le preguntaba y te decían que iban al SAPU, uno asumía que era FONASA pero en verdad no sabían si están inscritos en consultorio, nada, era muy raro el extranjero que sabía, el que llevaba más años en Chile, conocía el sistema, había tenido un hijo ahí si se conocía, pero era lo mínimo. E11*

*El tema de los prejuicios que puedan tener las personas migrantes respecto al sistema de salud chileno, sobre que es lento, que quizás las cosas se van a hacer de una forma distinta, no sé cómo se podría abordar eso, porque siento que ahí hay una barrera importante. E1*

Identifican que la población migrante maneja **poca información sobre qué hacer en caso de presentar síntomas, dónde acudir en relación al sistema de salud, y qué redes activar para ser atendidos:**

*Los pacientes con patología sabían un poco más, porque cuando preguntábamos, si tenían patología se habían acercado a un centro médico, pero si no, no, a veces sí veíamos que no tenían muy claro sus tratamientos ni diagnósticos, no se tomaban bien los medicamentos, bueno eso pasa con chilenos y extranjeros, pero si... ellos en general son los adultos mayores los que conocen más el sistema por estar enlazados por una patología, sino, no sabían donde acudir. En general lo que hacen es que cuando están con síntomas se acercan a SAPU, casi todos llegan por ahí. E11*

*A estas alturas yo creo que sí, pero cuando empezamos con las residencias la verdad no, había mucha desinformación de qué era lo que tenían que hacer, cómo recurrir a las residencias, cómo dirigirse a su consultorio o tenían miedo de acudir a las residencias, porque había muchos que no estaban de forma regular entonces tenían miedo de venir a las residencias y que por aquí los pudieran identificar o que los pudieran sacar del país. La mayoría venían por call center o derivados por los servicios de salud, también por operativos del gobierno porque al principio hubo mucha comunidad venezolana que se instalaban fuera de sus embajadas aquí en Chile, exigiendo que fueran llevados a sus países, entonces ingresaron en masa a las residencias personas de ciertos países, puros venezolanos, que estaban en esa situación. Con call center también... salud responde, ahí por ese número llegaban bastantes solicitudes y también derivadas de CESFAM. Lo que pasa es que en un principio las residencias sanitarias dependían de los servicios de salud, no del SEREMI ni MINSAL y entre Julio y Agosto y ahí dependimos de SEREMI. Ahí nos cambió el empleador, pero no se si fue por eso lo del cambio de contrato, porque al principio fue con boleta de honorario y luego con contrata pero la situación fue la misma, muy difícil que llegaran los pagos, hay personas que hasta ahora no han podido regularizar su situación, entonces por ahí ha sido feo. E14*

*Lo otro es que no les gustaba ir al médico en general. Conversaba sí se sintió mal por qué no fue a urgencia y me decían no es que allá al final te contagias más con la gente que va allá. Lo veían como algo más negativo, como hostil más que otra cosa. Y si iban era a clínicas particulares o a atenciones privadas. No se atienden en general en los SAPU o CESFAM de la comunidad, si no que prefieren ir al ámbito más privado. E1*

*Haber hay aquí hay varios puntos que son re interesantes a uno es que uno se da cuenta que la gente tiene poco, o poca cultura de acceder a salud o miedo, no sé qué temores tendrán eh, pero hay una gran consulta de urgencia por migrantes. Cuando podrían ir ellos a las consultas programadas ya entonces llegan cuando ya, por, por una urgencia ya. Entonces hay recién uno, hay un gran número que uno capta ahí como pa que entren al sistema, usted tiene niños ya, lo han vacunado, y entran al sistema normal. Por un lado, es eso y ahí van viendo los beneficios que tienen que para ellos son bastantes ya eh vacunas, alimentación, medicamentos, controles y acceso al sistema. E28*

Esta situación se ve exacerbadada, sostienen, en poblaciones como la haitiana donde hay un menor manejo del idioma español:

*No... no es de conocimiento para ellos, más aún la población haitiana ya no dominan el idioma, distinto la población venezolana que la comunicación es más efectiva. Haitianos son muchos y no todos tienen claro cómo acudir a un servicio de salud, me imagino que terminan siempre en un SAPU o urgencias, pero no se, será con ayuda de alguien que lleguen. E12*

*En especial como que uno ve, sabiendo el funcionamiento del sistema de salud chileno, no toda la población migrante no sabe exactamente donde acudir, sobre todo la comunidad haitiana, en pandemia, ofreciendo atención médica, de manera telefónica, atención a la comunidad haitiana yo he atendido consultas sobre qué hacer, cómo dar seguimiento a pacientes con COVID, el qué hacer en torno a la pandemia, falta información, falta seguimiento para la población migrante que son más vulnerables. E13*

Las dificultades que enfrenta la población migrante internacional no sólo se deben a la falta de información que ellos manejan ya que, según las personas entrevistadas, **el sistema de salud pone una serie de trabas, tanto a Onivel central como local, que obstaculizan la atención de salud de migrantes internacionales en situación irregular. Esta situación se ha visto agudizada, según las personas entrevistadas, en contexto de pandemia:**

*De nuestra experiencia para el migrante todo lo que es atención médica cada vez ha sido más complejo, a pesar de que la normativa establece que no se puede negar la atención a nadie, sí lo están haciendo a través de un decreto, una normativa interna le están cobrando, o le están poniendo problemas, entonces ahí estamos con las trabajadoras sociales, con las calificadoras para que se les califique y no se les cobre, entonces si en la RS pesquisan otra enfermedad, no se cómo estarán procediendo, pero lo que sí sabemos es que hay casos en que se les cobra o de frentón se les niega el acceso a salud. Nosotros, ni siquiera FONASA A se le está entregando al migrante en situación de calle. Nosotros tuvimos una reunión con extranjería, estaba FONASA y dice que tiene normativas internas que no puede dar salud a personas en situación irregular, después no, que vamos a hacer una excepción con los niños, con las mujeres embarazadas, y al final es como que todo se justifican unos para otros, no hay nada claro, entonces se excusan entre ellos mismos pero al fin y al cabo es el migrante el que queda sin salud. Nos hemos juntado en la mesa de la red de salud y cada vez que estamos en la mesa que no, que los migrantes que la atención, que la calidad, y nosotros estamos pidiendo las actas, y no las mandan, entonces no tenemos respaldo de lo que se está diciendo en esas revisiones. E17*

*El problema está sobre todo con migrante irregulares, pero vemos personas embarazadas, niños y con eso hemos tenido muchos problemas en el tema salud. Entonces para la gente irregular el tema de donde acudir es un tema, porque encuentran muchos obstáculos. Mira lo positivo es que el ACNUR firmó un convenio con la cruz roja para solicitantes de refugio y refugiados, incluyendo a la población venezolana que está toda caracterizada como refugiada y ahí hay una doctora que atiende a la gente, no es de urgencia, pero ella ve y se entrega una cuponera para que ellos puedan hacerse exámenes, porque así el ACNUR está como cubriendo lo que no cubre el área de salud pública. Es*

*para solicitantes formales y refugiados y población reasentada, la población venezolana tiene ese apoyo porque ACNUR la considera migración forzada. Eso es así para el ACNUR porque no para Chile, porque ahí hay que ver que cuando asumió este gobierno, nosotros podíamos ver que las solicitudes anuales de refugio en Arica eran de 100 personas, 130 y el año 2019 cerré con 16 personas. Eso es porque en extranjería les niegan la solicitud de refugio, les están negando la solicitud, están haciendo una pequeña entrevista donde ellos según su interpretación les niegan, en forma verbal, porque eso es irregular, entonces ahí tenemos nosotros a través del INH tenemos que poner un recurso de amparo para que se cumpla la ley que obliga al Estado a recibir la solicitud. Chile se la está negando a todas las personas. E17*

En esta línea, personas entrevistadas sostienen **que falta la plena incorporación del enfoque de derechos humanos en la atención de salud a migrantes internacionales. Se argumenta que el personal de salud en muchas ocasiones desconoce las normativas y decretos que otorgan acceso a migrantes al sistema de salud**, con lo cual se falla en el reconocimiento y otorgamiento de derechos de migrantes en salud:

*Bueno yo creo que, con perspectiva de derechos po, sin duda, porque ahora mismo yo tengo muchos problemas con personas migrantes que no los quieren inscribir en los CESFAM o consultorios. No sé te hablo de mujeres embarazadas, personas adultas mayores con no se con discapacidad motoras cachai. Entonces yo siento que, bueno no se si soy el más idóneo pa responder lo que me estas preguntado, pero de acuerdo a mí, mi humilde experiencia yo creo si hablamos de población migrante tiene que ser con enfoque de derechos sin duda alguna cachai. Porque si fuera así yo creo que reduciríamos bastante las problemáticas que hay hoy en día y que tiene que ver con el tema del acceso a la salud que por lo demás es un tema endémico me entiendes, no no es de ahora osea esto ya viene de larga data esta problemática del acceso de las personas migrantes a la atención primaria y particularmente los que están en situación de irregularidad osea cuesta mucho y bueno yo se entiendo que en APS, los CESFAM, consultorio, hospitales hay mucho eee rotación de personal entonces de repente los que llegan no conocen estos enfoques, desconocen lo que es el decreto sesenta y siete que resguardo los derechos de las personas irregulares carentes de recursos y sin documento entonces eee como se llama es como una suma de cosas pero yo veo que eso es super fundamental el enfoque de derechos porque eso también te permite que la gente sea atendida digamos sin temor a que sea discriminado tratado mal, aunque sabemos que que en el ámbito público igual muchas veces los funcionarios de salud lo que menos tienen es empatía no...hay problemas que ya ni siquiera tiene que ver con los migrantes si no que tiene que ver con el sistema en general y que también abarca a la propia población nacional en términos de como los tratan. E27*

*Después que eh, que haya por supuesto un conocimiento o una capacitación permanente en ciertas normativas y específicamente en el decreto sesenta y siete porque en el fondo si toda la gente que trabaja allí que esta en los mostradores y que atiende a las personas migrantes cuando llegan, si supieran en que consiste el decreto sesenta y siete seguramente el ochenta por ciento que mandan pa la casa o no los quieren atender yo creo que serían mucho más abiertos en términos de que hay una normativa que resguarda el acceso a la salud. E27*

Esto es de especial importancia en una población como la migrante, la cual presenta, de acuerdo a las y los entrevistados, altas tasas de contagio de COVID-19 a nivel nacional:

*Respecto a la información de cómo ha golpeado a la población migrante. El año pasado solicitamos un trabajo y ahí pudimos solicitar que entre un 9 y un 13% de los casos confirmados en el país pertenecían a personas migrantes. E6*



Desde el sistema de salud se sostiene que se han realizado diversas gestiones administrativas para asegurar el acceso al sistema de salud a personas migrantes en contexto de COVID-19. Estas acciones han implicado superar diversas barreras identificadas que obstaculizan el acceso a salud de esta población:

*Trabajamos en algunas orientaciones para el abordaje integral de prevención y promoción de la salud para población migrante en el contexto de COVID-19, y eso incorporaba tanto orientación para la población migrante pero también para los equipos de salud, para poder asegurar el acceso igualitario para la población migrante, sobre todo aquellos en condiciones de mayor vulnerabilidad, reforzando a los equipos de atención primaria, hospitales y también de FONASA que es un actor clave en este escenario. Todas aquellas acciones que permitan disminuir las barreras administrativas, culturales e idiomáticas en el marco del COVID-19. Aquí si lo pudiéramos resumir en un principio rector sería que la atención de salud debe estar por sobre cualquier acto administrativo de regularización de la persona. Osea, primero es a atención de salud y después vemos cómo se regulariza en caso de que la persona no tenga una previsión, y no al revés, no que aparezcan primero estas trabas administrativas, sino que el principio rector es la atención de salud primero y después nosotros damos todo el respaldo normativo que nos permite reforzar este principio. Entonces, todas estas orientaciones para no entorpecer, para no generar barreras en torno al acceso. E6*

*También trabajamos en orientaciones a los equipos de salud de atención primaria, de los hospitales, de FONASA, de las SEREMI de salud, los servicios de salud, para fortalecer la comunicación y difusión de las acciones orientadas a prevención y detección oportuna de covid-19, especialmente en aquellos que se encontraban en un situación más precaria. Todos aquellos que siguen viviendo en viviendas colectivas, en condiciones de hacinamiento, sin acceso a servicios básicos. Es cosa de recordar meses atrás cuando estaba el peak de los contagios como en los medios de comunicación comenzaban a salir estas notas de migrantes que vivían en cités, muchos de ellos resistentes a recibir la visita de las autoridades de salud; para qué decir si había indicación de ingreso a residencia sanitaria. Entonces debemos mencionar también que lamentablemente asistimos a mucha estigmatización por parte de medios de comunicación en torno a la resistencia de muchas personas migrantes por seguir las indicaciones de la autoridad sanitaria. E6*

Para lograr esto, se sostiene que **el trabajo comunitario y la comunicación con las comunidades migrantes es esencial, para avanzar en el derribamiento de estigmatizaciones que existen respecto a población extranjera y COVID-19:**

*El fuerte de nuestro trabajo fue y sigue siendo, porque creemos que esto va a continuar mucho más, la curva de contagio del virus, dos áreas estratégicas: una la red asistencial, que no ponga barreras para la atención de salud, que debiera ser incluso sin períodos, osea, no necesariamente en período de pandemia, sí no que en general. Y por otro lado trabajar bien la comunicación con la comunidad migrante, porque es entendible que si tú estás en un país extranjero e incluso si no conoces bien el idioma, por supuesto que va a haber temor, va a haber miedo, te agarran y te llevan a un lugar que no es tu vivienda, qué va a pasar con tus enseres. Hay mucho que mejorar en aspectos de lo que está ahora tan de moda, en aspectos de comunicación del riesgo. Más aún en un contexto de diferencias culturales. E6*

Aún así, se sostiene que se evidencian barreras explícitas de acceso al sistema de salud, por ejemplo, en gestantes, donde se ha evidenciado un retroceso en este ámbito en los últimos años, situación que se ha visto agravada en contexto de pandemia:

*Esa adolescente ingresó a una residencia de protección y a los pocos días ya ingresó directamente al hospital porque ahí tuvimos otra controversia porque yo no sé si tú sabes que Fonasa está poniendo*

*muchos problemas para que las mujeres que vienen embarazadas tengan sus partos de forma gratuita ya, Fonasa en realidad está restringiendo y les dicen: Si usted puede tener aquí la guagua donde quiera pero debe firmar un pagaré por \$800.000, o un millón lo que cuesta un parto y por lo tanto condicionan, entonces y muchas mujeres están teniendo mucho temor de eso de los cobros, yo trato de no tener este sesgo político pero en realidad antes de este gobierno no era así, para nosotros era muy común que por ejemplo las mujeres bolivianas vinieran a Chile a tener sus hijos y tenemos un montón de niños que son chilenos hijos de papás migrantes, se les daban todas las facilidades para hacerlo hoy en día están poniendo todas esas restricciones y de hecho en este caso el mismo tribunal tuvo que hacer una resolución donde se le solicitaba directamente al hospital que se le regularizara todo, porque además tuvimos que hacer una gestión de Rut provisorio con esta gente para que ella pudiera tener su bebé, pero se hizo rápidamente porque ahí también hicimos conexiones con el Registro Civil y efectivamente se logró y después bueno esta chica estuvo su cuarentena, su posparto, y finalmente fue reubicada con su mamá que la estaba esperando en la zona central no recuerdo bien en qué ciudad, pero fue entrecomillas un final exitoso. E33*

*Es un problema que teníamos con el servicio de salud, ¿qué hacíamos con las mujeres embarazadas? porque en realidad claro, como yo te decía al principio antes de quizás esta crisis que estamos viviendo este registro provisorio que entrega Fonasa, no teníamos problema, independiente de que la situación migratoria fuera regular o no, es decir no había problema. Hoy en día la respuesta y de hecho a mí la referente del sistema de salud como muy en la confianza me mandó un correo que les mandó el coordinador zonal de Fonasa que decía así como, no le vamos a dar a quiénes sean migrantes irregulares y por favor se les pide que los equipos de salud intencionen que esta gente se regularice, esa es la respuesta, y eso es como un secreto a voces que el personal de salud sabe pero nadie lo dice y es políticamente incorrecto lo que está pasando, pero claro con niños niñas y adolescentes nosotros hemos podido solucionar por la vía judicial a través de la solicitud de RUT provisorio en Registro Civil que los registran pero hoy en día eso no está pasando con los migrantes irregulares en temas de salud y allí tenemos una desprotección social de otros grupos vulnerables cómo las mujeres embarazadas, los adultos mayores, donde el tribunal de familia no tiene competencia, no hay forma de hacerlo. E33*

**Se reconoce que hay regiones donde ha existido un trabajo sistemático de información, capacitación y sensibilización al sistema de salud para asegurar el acceso al sistema de salud a migrantes internacionales. Se sostiene que de todas maneras en estas regiones desde las propias comunidades migrantes se mantiene aprehensiones de hacer uso del sistema de salud, sobre todo en situaciones irregulares por miedo a posibles deportaciones:**

*Del punto de vista desde el sistema esta muy arraigado, se ha hecho capacitaciones a toda la gente en todos los años, capacitaciones a distintos grupos de funcionarios y ya ahí el que la gente este llegando y se este controlando y este accediendo ya es absolutamente natural en toda la red de Antofagasta. Que no creo que pase en otros lugares más al sur. Claro el trabajo que se hizo, claro que se hizo acá eee como plan piloto para poder formular la, la política de salud migrante ayudo mucho a la región, ya porque en realidad todo el equipo de salud esta absolutamente integrado el tema de la migración osea aquí no te hacen diferencia, no hemos tenido mayores problemas por, por como se llama por, por discriminación ya. Se atiende a la gente en las mismas condiciones que se atiende a cualquier persona en el sistema de salud. El tema es que la gente no accede porque ellos tienen miedo ya, no acceden mucho porque no está la costumbre tampoco en algunas, en algunas nacionalidades como por ejemplo los bolivianos, no tienen un sistema arraigado de APS o de atención hospitalaria como el que tenemos acá en Chile, de hecho una de las mejores muestras es que por ahí por el año dos mil diecisiete el CESFAM de San Pedro de Atacama, que es un CESFAM pequeño, que una población más chica tuvo que atender alrededor de siete partos y no estaban preparados inicialmente para ello; osea es una urgencia básica. Y es porque la gente no tiene, no quería irse a*

*Calama en su, en su país no tienen esa, esa costumbre y para ellos es bastante normal tener los bebés en la casa y en condiciones más precarias. E28*

Cabe destacar también la mención que hacen las y los entrevistados sobre **dispositivos de salud** que se han levantado, especialmente en contexto de pandemia, para aquellas personas que han ingresado de manera irregular a Chile por la zona norte del país. Se reconocen las malas condiciones de salud en las que se encuentran las personas que ingresan, entre los que hay niños y gestantes, dados los largos trayectos recorridos, en muy malas condiciones de transporte o bien caminando:

*“Bueno, nosotros más allá también de la pandemia vemos personas de riesgo en tema de salud, la gran mayoría de ellos llevan muy malas condiciones de salud porque vienen enfrentando trayectos largos y muchos de ellos por un mes, 3 semanas viajan en distintos medios de transporte y ellos en general llegan con problemas por ejemplo de desnutrición o llegan deshidratados, he tenido casos donde se han tenido que trasladar rápido o ahí en la misma puerta de Colchane he tenido que atender a niños por ejemplo qué están descompensados porque son diabéticos y en el trayecto quedaron sin medicamentos, entonces también lo que nosotros conseguimos fue como aumentar entre comillas la dotación en el mes de diciembre, no sabemos si eso va a seguir este año, pero hasta el mes de diciembre el servicio de salud puso a disposición un equipo en Huará que era donde estaba este campamento como grande de gente para que pudieran hacer operativos médicos de control de salud principalmente para niños y mujeres embarazadas, para, a la llegada, poder hacer como un chequeo general de cómo era el estado de salud y cuál era las necesidades también propias de cada caso, y de hecho se detectaron por ejemplo casos donde era necesario hasta hospitalizar porque venían con problemas de salud ya desde el trayecto entonces, la verdad es que el panorama acá es bien dramático, en las noticias lo muestran así como, y en general se da esta visión como de nos estamos llenando de extranjeros pero cuando uno ve la situación de cómo vienen, de cómo son las historias, es bien dramático” E33*

### **3.2. Acceso y uso de residencias sanitarias**

Sobre el acceso a residencias sanitarias, autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud entrevistado sostienen que, de acuerdo a su percepción, **la población migrante internacional en general no maneja suficiente información sobre el acceso a estos recintos. Sostienen que hay muchas dudas entre migrantes sobre si pueden acceder si no tienen Rut y varias otras dudas en este sentido:**

*Se notaba que posiblemente habían más personas que querían acceder por las preguntas que hacían. Preguntaban mucho si podían ir sin tener RUT, sin tener papeles. Me da mucho la impresión que mandaban a las personas que tenían papeles o algo más establecido y formal en el país. Muchas dudas sobre el sistema, sobre qué iba a pasar, si tenían que hacer algo después. Esas dudas que se iban resolviendo al final terminaban en mucho agradecimiento. E2*

*Saben más que nada el ingreso por CESFAM y en el CESFAM los derivan a la residencia. Eso ha pasado con los que he podido interactuar un poco más. E5*

*Para los que no hablaban español era muy difícil, generar la comunicación adecuada, pero el resto el trato era igual para todos. No había información de cómo funcionaban las RS, quizás si lo hubiesen sabido habría habido más gente haciendo mejores cuarentenas, más efectivas, muchos quedaban felices por estar en un lugar de mejores condiciones, la infraestructura, un baño, creo que si lo hubiesen comunicado mejor se habría aprovechado mejor E12*

*Yo creo que son más vulnerables porque no dominan tanto el idioma. Entonces al momento de ver la publicidad sobre las residencias sanitarias, nunca ha salido un comercial en el idioma de ellos, ni siquiera en inglés. Eso deja una brecha bien grande. E5*

Esta desinformación hace, según los entrevistados, que muchos migrantes internacionales accedan a las residencias sanitarias cuando los cuadros de COVID-19 ya están muy avanzados o cuando faltan pocos días para que terminen sus cuarentenas:

*Pasaba mucho que las personas migrantes llegaban cuando quedaban muy pocos días para terminar su cuarentena. En ese sentido, habían personas que me decían que era muy lento el servicio. Claro, habían personas que habían estado mal hace dos o tres días atrás con fiebre o con síntomas más específicos de COVID que ya estaban bajando, pero que la atención en sí era muy lenta. El llamar, el venir. El tiempo de trabajo que yo tuve ahí fue justo en el peak de pandemia, fue justo entre junio y julio, entonces se demoraba hartito en llegar la gente. E1*

Asimismo, al parecer **existe cierta reticencia entre usuarios migrantes de las residencias sanitarias a dar a conocer sus fuentes de contagio, lo que se podría deber a cierta desconfianza que tienen respecto al sistema de salud:**

*La mayoría no da mucha explicación sobre cómo se contagió. El contagio puede ser en distintos. Uno trata de indagar pero tampoco más allá en algunos casos porque igual eso sería meterse mucho en el paciente. Cuando les pregunto eso a veces se nota que les incomoda, quizás se contagiaron en el trabajo, es lo más probable. E5*

Entre las principales **razones identificadas por las y los entrevistados de parte de los migrantes para acceder a las residencias sanitarias se encuentra la preocupación por no contagiar a sus familias, y también, de manera muy fuerte, por la presión que viven en sus barrios en cuanto a ser identificados como sujetos con COVID positivo.** Entrevistados relatan que, por lo que han escuchado y observado, hay fuerte discriminación y prejuicio entre las comunidades migrantes y nacionales frente a las personas contagiadas de COVID, por lo mismo, prefieren acudir a las residencias para realizar sus cuarentenas de manera tranquila:

*Las personas migrantes que más asistieron eran personas venezolanas y peruanas. Condiciones como conductores de Uber, la mayoría eran hombres, camioneros, trabajos de ese estilo, o de oficina, habían logrado trabajar en empresas, de ese estilo. Ahí no había barrera idiomática, era posible interactuar con estas personas. Muy desde la preocupación porque vivían con mucha familia en la casa, preferían que al menos, al salir positivos, decidían aislarse para poder cuidar a la familia. O decían que eran muy enjuiciados en las poblaciones, en sus casas, en los pasajes, que eran las personas que tenían coronavirus, pero cómo trajo el virus a la población. Muchas veces preferían irse a la residencia no solamente por una cosa personal o de cuidar a la familia, sino que por esa presión. O mucha gente vivía en situación de hacinamiento, entonces muchas personas los miraban feo, no solo les pedían irse a las residencias, sino que el resto de las personas terminaba siendo contacto estrecho, entonces también se molestaban por eso, porque la mayoría tenían trabajo muy independientes, del día a día, de salir a vender comida, de salir a trabajar de uber, entonces hacer 14 días de cuarentena para ese resto de personas que viven en casas grandes era disminuir los ingresos del mes brutalmente. Entonces había una molestia con la persona que era la primera en ser contagiada y que le informada a las autoridades cuáles eran sus contactos estrechos. E2*

Se menciona la **búsqueda activa por parte del sector salud para pesquisar casos de COVID-19 en comunidades migrantes.** Para esto, se relatan operativos realizados en ferias libres y otros espacios donde poder encontrar a población migrante:

*Los migrantes que llegaban eran más por búsqueda activa, por ejemplo en las ferias o porque estaban con síntomas e iban al SAPU, hay gente que quedaban por contactos estrechos, pero el que consultaba por su parte era el que tenía síntomas. Por búsqueda activa, lo más que hacían era las búsquedas en ferias. Una familia de peruanos llegaron porque el papá estaba con síntomas y los hijos llegaban por contactos estrechos. Igual eran responsables, porque llegaban los núcleos enteros a las residencias, tú veías que no tenían más contactos en Chile, le preguntabas con quien vives es con la familia que estaba completa en la residencia. Muchas veces cuando le pedías contactos de referencia te decían la casera, que les arrendaba la habitación, o vecinos, pasó mucho que no tenían quien dejarte como contacto. No tienen muchas redes de apoyo y las redes de apoyo que tenían estaban ahí. E11*

Algunos entrevistados mencionan el hecho que las **residencias sanitarias representan una suerte de salvación para ciertos migrantes internacionales, sobre todo en el norte del país para quienes están ingresando por pasos no habilitados y se encuentran en condiciones de vida y salud muy precarias. Los albergues y las residencias sanitarias en estos casos representan seguridad (las residencias por sobre los albergues en este punto), un lugar donde poder descansar, alimentarse y reponerse de las experiencias límites muchas veces vividas durante el trayecto de ingreso al país:**

*Para los migrantes las residencias sanitarias han venido a ser un salvataje. Fue por mucho yo creo que lo único que les permitía tener una lucecita de esperanza en este país. Fue la razón por la que de hecho rogaban ser atrapados en el camino y ojalá quedar de la mitad pa acá. Para poder ingresar a residencias sanitarias y tener un rato de descanso para poder dormir, para poder tomarse un vaso de agua. Para muchos sí yo les preguntaba era un agradecimiento ferrio que alguien los pudiera recibir con una cama calentita, un lugar para ducharse. Se notaba que eso era. E8*

Cabe destacar que **a las residencias sanitarias, sobre todo en la zona norte del país, sólo tienen acceso aquellas personas migrantes que han sido pesquisadas cruzando la frontera, lo cual excluye de la posibilidad de acceso para migrantes irregulares que ya están en el país.** Así, por ejemplo, una persona entrevistada evidencia una situación muy compleja que se ha dado en ciudades del norte, donde grupos completos de personas migrantes, entre ellos niños y mujeres gestantes, están en situación de calle pero no pueden acceder a albergues o residencias sanitarias ya que no fueron pesquisados en frontera ingresando al país:

*No, para migrantes y fue como te decía, con esta limitación que para la gente que efectivamente se comprobara que ingresó por la frontera en un tiempo determinado, no por ejemplo estos grupos que nosotros pesquisamos son calle, no sé en Iquique, y que de hecho en algún momento la jueza que trabaja conmigo se la jugó, llegó un momento que encontramos un grupo de 30 personas y eran como 11 niños en todo el grupo entonces estaban en el terminal de buses de Iquique, habíamos empezado la cuarentena y la gente había quedado de cierta forma varada acá en la ciudad, querían continuar al sur y por lo tanto estaban en el terminal de buses, entraron los organismos internacionales y dicen, oye tenemos este problema no tenemos formas, no hay donde albergarlos y finalmente la magistrada, así como de oficio o por el turno, llama la PDI y le dice sabes que tengo este grupo y yo doy la orden a que los ingreses a la residencia sanitaria, entonces la PDI dice: Okay, entonces usted da la orden, yo lo llevo, pero si no está la orden del juez no se puede hacer. Entonces otro juez que esté de turno y que no tenga esta visión, no se va arriesgar, porque además podríamos también entender que no hay competencia porque la SEREMI dice que la Contraloría a nosotros nos auditan, y ese es otro tema, la Contraloría dice que tiene que ser gente que venga de frontera, que estén así en situación de calle no nos dejan, lo que pasa es que nos rechazan esos ingresos. Entonces en este caso un juez se la juega y da la orden no más y bueno los ingresamos. Ese grupo era cerca de 30, entró al albergue sanitario. Pero esa también es una limitación porque muchas veces lo que se está dando ahora es que la gente con estos figuras como de coyotes entran por Colchane, no necesariamente se autodenuncia y por lo tanto a veces llegan directo a Iquique porque ofrecen*

*transporte en Pozo Almonte y después llegan acá a Iquique y se dan cuenta que no pueden continuar su viaje y quedan en situación de calle o incluso hay coyotes que por ejemplo, no sé ingresan a Chile y los dejan en Huará y les dicen ya estás en Chile, entonces ahí la gente como que se encuentra en, ¿dónde estoy? están en pleno desierto, algunos medio caminando, en camiones pagando transporte irregulares, llegan finalmente a la ciudad no se autodenuncian, no hacen cuarentena preventiva y quedan en esta situación de calle. E33*

Las personas entrevistadas relatan que recibieron muchas **consultas de migrantes internacionales al interior de las residencias sanitarias para saber cómo tramitar sus licencias, sobre quien la gestiona y qué entidad las paga**. Esta desinformación, sostienen las y los entrevistados, generó mucha angustia entre algunos migrantes usuarios de residencias sanitarias ya que no sabían que sucedería con sus empleos una vez fueran dados de alta:

*No había información a cabalidad del sistema de salud. Muchas preguntas, mucha preocupación sobre las licencias, qué va a pasar, quién me paga la licencia, quién me gestiona la licencia. El empleo, preguntaban mucho. Los papeles también, nunca en específico de ellos, pero era una pregunta que preguntan por algo. Me da la sensación que más personas querían acceder pero falta información más certera. Y las limitaciones culturales e idiomáticas son importantes. Entendiendo las condiciones que uno sabe que gran parte de la población migrante vive en hacinamiento, para mí fue muy curioso no encontrar más gente migrante en las residencias, no son tantas, fue muy poco, no fueron tantas personas las que accedían y eso a mí me causaba muchas extrañeza. E2*

*En específico no nos han hecho muchas preguntas. Nos hacen más preguntas por temas de licencias, cosas más administrativas. Pero igual nos han llegado personas que ya están asentadas en el país, que ya tienen su RUT, que tienen conocimiento previo, tienen trabajo. Casi el 80% o 90%, yo diría que más tirado para el 90, es gente que ya está asentada acá y conoce más o menos los sistemas. No hemos tenido que yo recuerdo, quizás fue una persona que ha estado con RUT provisorio. Pero el resto que yo recuerde no hemos tenido personas que no estén legalmente, pero al menos que se vean así tan desinformados no me he dado cuenta, porque al parecer no hemos tenido esos casos que estén tan perdidos en su situación en Chile. E4*

*Creo que quizás la SEREMI participa un poco lento en las acciones. No sé más allá cómo va, es lo que me han contado los pacientes. Por lo menos conmigo fue super rápido. Pero les cuesta por ejemplo en algunos formatos como el DNI agregar el tema de las licencias y todo eso que se forma un problema eterno. Y los sitios web no están en muchos idiomas que digamos, para poder sacar licencia de contacto confirmado, contacto estrecho, o el mismo test PCR que venga en el idioma que habla la persona. Creo que ese es un problema grave grave. E5*

Por otra parte, administradores de residencias sanitarias sostienen que ellos nada tienen que ver con el acceso de usuarios/as a estos recintos. Este es un tema, sostienen, que lo maneja la autoridad sanitaria, por lo que las administraciones de las residencias no tienen ninguna injerencia en este ámbito:

*Nosotros recibimos migrantes, pero la verdad es que el ministerio de salud solicitó abrir residencias, nunca se especificó para quien era el usuario, ellos definen los criterios, quien se va a ir quien no, por cuanto tiempo. Ellos además tenían la potestad de ver que si hay un cité, donde viven todos muy apretados tienen la potestad de enviarlos a residencia sanitaria, pero eso nosotros como hoteleros no tenemos ninguna potestad sobre quien se mandaba y quien no, si algún cuerpo médico necesita, tenían que llamar una especie de call center, y a nosotros nos llegaba la información ya mañana les llegan 30 personas, si eran personal médico, familias, migrantes, quien fuera no teníamos idea. Eran muchos sí. E19*

### 3.3. Coordinación de la red en relación a las residencias sanitarias

Dado el contexto migratorio actual en Chile, y las complejas situaciones que se están viviendo en la frontera norte del país, con grandes flujos migratorios entrando por pasos no habilitados, siendo con ello expuestos a una serie de riegos en diversos ámbitos, **el trabajo coordinado en red entre el intersector parece ser una urgencia**. Una de las autoridades entrevistadas relata la manera en que ha debido coordinar al intersector para poder dar respuesta a las necesidades de las personas que están ingresando actualmente al país, quienes en su mayoría se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad social:

*Nosotros nos comunicamos con la Seremi de desarrollo social, con la MIDESO en la cual ellos tenían una película muy distinta entonces yo, casi los obligue a invitarlos a una reunión, ya entonces ellos el treinta de septiembre, primero de octubre por ahí hicieron una reunión en el cual me presentaron a mí un instrumento que ellos iban aplicar del punto de vista social y que tenía algunos puntos de salud. Entonces yo le dije que a mí me interesaba conocerla para saber si acaso efectivamente daba respuesta a algo, por ejemplo, vimos que no preguntaba por embarazadas, oye tenías que poner este punto, porque este punto es importante, bla bla bla, para en último caso esos niños que van a ser chilenos. Entonces cosas de ese tipo y algunos otros detalles desde el punto de vista de salud que yo les dije a ellos que lo modificaran y aplicaran este instrumento para poder mandar a nivel central de MIDESO una película, una foto del momento, lo aplicaron telefónicamente con los residentes que habían en la residencia, y además ellos salieron a terreno porque también había mucha gente que todavía estaba en las calles, sobre todo acá en Antofagasta. Ya esta gente que estaba en los semáforos, que está con niños chicos ya, eh entonces el resultado de ese de ese estudio de ese instrumento aplicado, todavía no lo da MIDESO. E28*

Uno de los temas que relevan los administradores de residencias sanitarias, autoridades y personal de salud entrevistados es que **las residencias sanitarias no son establecimientos de salud, sino dispositivos residenciales para que las personas que no cuentan con espacios protegidos para realizar sus cuarentenas de forma segura, la puedan realizar**:

*Hay que aclarar que la residencia sanitaria es un dispositivo residencial, no es un establecimiento de salud, no tiene esa categoría. Si la persona no cuenta con condiciones de habitabilidad para llevar a cabo el hacinamiento se le ofrece esta alternativa residencial donde va a tener sus necesidades básicas cubiertas durante el período que determine el equipo médico y va a tener un monitoreo de su estado de salud diario. Por tanto, dentro de las residencias hay un personal principalmente médico, de enfermería y de TENS, donde se va a ver sus signos vitales más que nada. Si la persona llegara a empeorar, ahí se activa la red y se lleva, si necesita hospitalización, al establecimiento hospitalario más cercano. No son establecimientos de salud, pero sí existe esta coordinación de egreso. Ese egreso puede ser porque la persona se agravó entonces necesita un establecimiento de salud de mayor complejidad, o puede ser un egreso a su domicilio, por supuesto va un informe de alta de su estado de salud, de sus signos vitales, nivel de saturación, etc. y se va a su domicilio, con el control en su respectivo centro de salud familiar donde debiese estar inscrito. Si la persona no tiene vivienda, va a la calle. La residencia sanitaria no va hacer este trabajo social de conseguirle una vivienda, un albergue, porque su foco es de atención en este período de aislamiento. E6*

De igual manera, el acceso a las residencias sanitarias requiere de la coordinación de la red de salud ya que los casos son derivados desde atención primaria y hospitalaria, o bien por Salud Responde, entre otras estrategias de acceso:

*Ellos llaman directamente a residencias sanitarias. Solicitan el cupo diciendo que están en caso sospechoso por contacto estrecho o test positivo. Que su consultorio lo detecte y le ofrezca la estadía*

*en residencia sanitaria, porque es voluntaria, no es obligatoria. Que en el servicio hospitalario un paciente también requiere residencia también se puede hacer ese trámite. Y lo otro es que cuando ellos llaman a salud responde, también se les hace la sugerencia. En residencia solamente nos notifican va a llegar tal paciente y nosotros solo vemos la habitación y eso, pero solamente llegan cupos ya confirmados. E4*

*Aquí nos enfocamos mucho en el tema de educación. Si vemos que tiene una difícil comprensión le damos una hoja para que vayan recordando. Igual las indicaciones no son más haya difíciles. Si tienen un manejo médico más profundo en residencia se le emite una hoja con derivación a su APS y así se va manejando. Pero nos aseguramos que el paciente sea bien educado al momento de llegar, durante su estadía y al momento de irse. E4*

Se establece la importancia que tanto los organismos del Estado como las asociaciones de la sociedad civil generen redes con Carabineros y la PDI, sobre todo en el territorio norte del país donde el ingreso por pasos no habilitados ha aumentado significativamente en tiempos de pandemia, y las personas que ingresan por estas vías requieren realizar cuarentenas, sin importar su situación migratoria. Desde diversos organismos sostienen que hacer seguimiento de estos ingresos es muy difícil, muchos de los migrantes internacionales que ingresan de manera irregular no cuentan necesariamente con redes de apoyo en el país, por lo que es posible verlos posteriormente en situación de calle en ciudades como Iquique y Antofagasta. Por lo mismo el trabajo coordinado por el intersector es una tarea urgente:

*Pero ahí es donde nosotros pedimos la conexión con el equipo local, donde pueda, primero, darle continuidad a su cuidado, y segundo ver su situación, osea, somos el sector salud, son otros los actores que están llamados a ver el tema social, pero de todas maneras con el poco equipo que tenemos en terreno tratamos de ver en qué condiciones egresa esa persona. Por ejemplo, sabemos que en el norte del país, aunque formalmente las fronteras están cerradas, el único ingreso formal al país es el aeropuerto de Santiago, sabemos que en la realidad no es así y que diariamente, por Colchane por ejemplo, ingresan personas. Como el país está en alerta sanitaria, aunque ingresen por paso no habilitado debiesen hacer cuarentena. Entonces si los detecta carabineros o la PDI los ingresan a residencia sanitaria. Los trasladan a Iquique, pasan los 14 o 15 días, y esas personas quedan en la calle, deambulan por las esquinas o van a la playa e instalan las carpas, o alojan en albergues precarios. Esas personas no están inscritas en el CESFAM y por tanto no podemos hacerles seguimiento. Tampoco tenemos personal para destinarlo a la esquina o a la playa para hacer esta pesquisa, lamentablemente. Entonces es un problema, es un drama que tenemos actualmente, y afortunadamente estamos trabajando muy de la mano con naciones unidas, agencias y programas, y por ejemplo frente a esta problemática estamos en el proceso de contratación de duplas sanitarias, duplas psicosociales también que hagan esta pega, que vayan a terreno, que puedan pesquisar a aquellas que ya salieron de la residencia sanitaria, que quedaron dando vueltas y poder conectarlas con salud, si es posible hacer un chequeo general de su estado de salud. Muchas de esas personas que ingresan son mujeres, hay niños, hay embarazadas pueden haber personas con morbilidad crónica, diabéticos, hipertensos. Entonces esa parte nos interesa y afortunadamente estamos con este proyecto piloto que va a empezar ahorita la próxima semana en el norte del país. E6*

### **3.4. Conocimiento y comprensión de las medidas de prevención del COVID-19 por parte de población migrante internacional**

En términos generales, las y los entrevistados sostienen que no ha habido mayores dificultades para llegar a la población migrante internacional en cuanto a medidas de protección y prevención del COVID-19:



*Diría que en general no ha habido grandes dificultades en cuanto a acceder a la población migrante en cuanto a la promoción, prevención y tratamiento. Por supuesto hay algunas especificidades que generan tensión y que son oportunidades de mejora, pero mi primera respuesta sería que no ha habido grandes dificultades en cuanto a incorporar a población migrante en el abordaje de la pandemia en general. E6*

*Más que nada por lo que daban en la tele. Sabían esencialmente que tenían que ocupar mascarillas, que si estaba alguien contagiado tenía que aislarse. E1*

Otro grupo de entrevistados sostiene que la situación no ha sido del todo así ya que reconocen que **gran parte de la población migrante no comprende a cabalidad las medidas de protección y prevención del COVID-19 impulsadas por la autoridad sanitaria. Esto se debe a múltiples causas según las y los entrevistados, entre ellas, falta de traducción de las medidas preventivas a idiomas como el creole para que la población haitiana que no maneja el español pueda acceder a esta información; falta de acceso por parte de población migrante internacional a fuentes de información oficial tales como sistema de salud, medios de comunicación; entre otros. Las fuentes de información son principalmente las comunidades migrantes, sobre todo en población que no habla español:**

*Ellos están informados pero con lo que se transmiten entre ellos y en general, yo encuentro que son más sumisos, como que te escuchan y no rebaten y si tú les dijiste ellos confían en ti, entonces no eran muy de hablar de no creo en la enfermedad, como los chilenos que nos rebatían todo. No sabría decir si les llegó la información, si realmente sabían lo que estaba pasando. El tema de la mascarilla, lavado de manos, eso sí. E11*

*La verdad los pacientes bolivianos no tenían mayor conocimiento de esto, sabían por el del PCR pero querían que fuera negativo para partir a su país, pero no sabían tanto por qué, por qué la mascarilla, por qué estamos vestidos así, existía poco conocimiento de por qué estaban las residencias, por qué estaban ahí. Faltó mucha información. Sé que se traducían algo en creole, cómo identificar los síntomas y bueno, estaba todo escrito. Esos documentos estaban en las residencias, porque recibimos pacientes haitianos y no había un traductor, ni nada. Se hace lo que se puede, en el momento. Todo muy improvisado. E12*

*No han llegado muy bien esas informaciones, yo veo en algunos casos específicos, en algún momento hay algunas atenciones fóbicas que se han desarrollado a ciertos grupos, en particular en el sector de Quilicura, a la comunidad haitiana, que fue totalmente una atención indebida en cuanto al manejo de los casos positivos, en ese momento no era búsqueda activa, los diagnósticos, sabiendo la ley 20584 sobre derechos de los pacientes en ese momento se pasó sobre esa ley que no discrimina ni viola los derechos que tienen los pacientes. Y ahí se hizo una violación de la ley. E13*

*Falto poder llegar a cierta población, más que nada la gente se ha guiado por lo que se dice en servicios de salud, pero lo que la gente accede, que es por ejemplo la televisión ahí estamos al debe, porque por ejemplo población haitiana difícilmente van a entender lo que se dice en la televisión, si no hay traducción, subtítulos. En general les faltaba educación en torno al virus, hemos visto más como... irresponsabilidad, tienen menos conciencia del uso de mascarilla, las condiciones en que habitan en Chile son más de hacinamiento, entonces como que no les importa si están en muchas personas una pura habitación, o quizás no pueden, eso les falta en torno a este tema. Hemos recibido grupos familiares completos, mamá, hijo, nieto, que se van distribuyendo las habitaciones según las condiciones que tenemos en los hoteles, según si son positivos, contacto estrecho. E14*

*Algunos refieren que falta información, que baje a la población en sí, a la junta de vecinos, que falta que baje la información ahí porque llega a medias la información no más y no llega en muchos*

*idiomas. Algunos se han enterado por publicaciones que están en el idioma que hablan las personas de Haití. También tenemos el consentimiento informado en creole, entonces ahí es cosa de leerlo. Cuesta un poco para nosotros, pero leyéndolo ambos podemos ir descifrando lo que va diciendo y poder ir explicando un poco de qué se tratan las residencias. E5*

Algunas personas entrevistadas sostienen que **la falta de trabajo comunitario con migrantes durante el año 2020 debido a la contingencia sanitaria dificultó aun más la posibilidad de acceso a información por parte de migrantes internacionales:**

*Lo que siento que si se vio afectado, porque se vio sobrecargado el personal de salud en un momento a nivel hospitalario, pero también en APS grandemente, se vieron limitadas un montón de acciones que tienen que ver con el trabajo comunitario. Eso por circunstancias no se pudo hacer como se hacía en un año normal. El trabajo comunitario, el trabajo de persona a persona con las comunidades migrantes se vio afectado. Todo tuvo que ser a distancia, por estas plataformas on-line, que tiene sus ventajas pero por supuesto sus limitaciones. Lo otro que hay que considerar es que muchos equipos de salud altamente estresados tuvieron y siguen teniendo bajas por licencia médica, entonces están funcionando como a media máquina. Y el énfasis es la atención, lo clínico asistencial, y si hacemos un zoom el tema de lo respiratorio. Por tanto todo ese trabajo lindo que tiene la APS se vio mermado y sigue viéndose mermado. Entonces ahí también tuvimos un déficit en cuanto a la comunicación. Por ejemplo, muchas mamás dejaron de llevar a sus niños al control de niño sano, muchas personas por control de salud mental dejaron de asistir. Comenzaron a aparecer estas atenciones remotas que si bien vienen a reemplazar no es lo mismo. Entonces, muchas atenciones de salud se han visto interrumpidas y es nuestro gran desafío que tenemos del segundo semestre en adelante cuando la mayor cantidad estén vacunados, cómo lo hacemos para la puesta al día, con todo lo que se vio postergada. E6*

Junto con lo anterior, se sostiene que **aunque la población migrante comprenda las medidas de protección y prevención, muchas veces no las cumplen ya que de ellos depende el sustento familiar diario. Por lo mismo, no realizan las cuarentenas debidas porque deben trabajar:**

*Muchos no tenían la posibilidad de hacer las cuarentenas, te decían cómo voy a dejar de trabajar, y claro tú pensabas es imposible que hagan cuarentenas. Teníamos un caso de un paciente que llegó con dermatitis en las manos, tenía sus manitas llenas de llagas porque llevaba tres meses lavándose las manos con cloro, porque no tenía otra cosa, entonces yo creo que igual va por un tema de acceso, la mayoría de los migrantes aquí en Chile tiene un acceso bajo, entonces te lo dicen es ya me contagio pero con eso alimento a mi familia. E11*

*Yo creo que el migrante no han podido cumplir en 100%, porque en general van cambiándose a la hostal más económica, están trabajando en los semáforos, están con niños. Ahí también está el tema del SENAME que se quiere meter porque están con abuso, trabajando con niños que no están en colegio, nosotros explicamos que no es así, entonces muchas veces están achoclonados y no existe el distanciamiento social para ellos. Pero tienen que trabajar, si no trabajan no comen. Luego está la opción de crear micro-albergues, que lo hizo una iglesia con la municipalidad. Ellos tienen que salir todos los días incluso cuando estábamos en cuarentena, el migrante igual salía a la calle, sin permiso, aunque después llegaba PDI a hincharlos entonces qué pasaba ahí que el papá trata de dejar al papá en la carpa con el niño y salía el papá pero con eso generan súper pocos ingresos, entonces ahí pasa que nos piden canasta de cosas para comer. Entonces ellos con esas de normativas de cumplir distanciamiento, cuarentena, no pueden cumplirlas no tienen factibilidad para poder hacerlo. E17*

*La mayoría no podía respetar las medidas de protección, la mayoría te manifiestan que ellos tienen que trabajar para mantenerse acá, en comercio ambulante, en obras, es muy difícil que ellos puedan evitar los contagios. Como te decía el tema del hacinamiento, el baño compartido, entonces viven en*

*lugares que no son aptos, es muy difícil lograr todas las precauciones. Tuvimos también ingreso de gente en situación de calle, la gente que estaba en las calles había que resguardarlas y así que sí, hubo, bastante ingreso al principio, ahí también habían personas migrantes. En ese caso lo que se hacía era gestionar albergues, se hacía despliegue de apoyo, se coordinaba con albergues para que se fueran ahí. Hay psicólogos que trabajamos con el CESFAM, entonces ahí nos coordinamos, RS, CESFAM, por medio de eso se lograban todas las coordinaciones para este tipo de casos. E14*

*La tendencia ha sido que han tendido trabajo con sistema contractual más deplorable, muchos se dedican a temas como delivery o cosas así. E4*

*Imagínese para el migrante, con el cierre de fronteras, muchos los echaron los que estaban trabajando, por lo tanto la manera, las empresas en las que los migrantes trabajaban para ganar el dinero del día, hay muchos que son vendedores ambulantes, en los momentos de cuarentena esas actividades se paralizaron, al interrumpir esa labor diaria, no tienen ingresos y eso dificulta mucho el poder hacer las cuarentenas. E13*

**La falta de acceso a beneficios sociales exacerba, según las y los entrevistados, esta situación, exponiendo a migrantes a una situación de mayor riesgo de contagio:**

*Las ayudas no llegaban, los extranjeros no tenían los requisitos, no estaban inscritos en el Ingreso familiar de hogar, son personas que no son beneficiarias de los bonos, las ayudas, hay que tener RUT y muchos no tienen RUT. E13*

Por otra parte, las personas entrevistadas sostienen **que aunque las comunidades migrantes lleven a cabo todas las medidas de protección impulsadas por la autoridad sanitaria, de igual modo su exposición permanente al contagio, dadas las condiciones de hacinamiento en que muchos viven, vida en campamentos, falta de servicios básicos, entre otros elementos que los dejan en una situación de alto riesgo de contagio permanente:**

*Muchos inmigrantes también me decían ya pero vivo en una casa con otras tres familias, si la otra se contagia y compartimos el baño, también quedamos como contacto estrecho entonces vamos a cuarentena, es mucho más difícil. Pasaban esas situaciones como de hacinamiento. El extranjero que nos llegó en la residencia estaban con una capacidad económica limitada. E11*

*Mira la prevención es un tema complejo porque eee bueno tu sabes que acá hay una gran cantidad de población que vive en campamento ya, en campamentos bien precarios algunos y de ellos una gran cantidad son migrantes, muchísimos ya, chilenos también. E28*

*Ahora estoy trabajando en trazabilidad y me toca llamar a personas con coronavirus. He llamado a mucha población migrante, muchas personas con pasaporte, personas con los RUT típico que uno sabe que tuvieron sus papeles hace poco, o las mismas personas te dicen esta persona no tiene papeles. Y de verdad vive mucha gente en un solo lugar, son personas con muchos contactos estrechos. Y cuando uno le pregunta si se quiere ir a una residencia sanitaria porque es una de las preguntas que hacemos dicen que no, que están bien en su hogar. Uno les comenta que son gratuitas con 4 alimentaciones al día, con internet, cable. Y dicen no no, estoy bien en mi hogar, sabiendo que no tienen las condiciones necesarias para aislarse. Si ya es difícil que una familia de 4 personas es difícil que se pueda aislar, que un familiar tenga para él solo una pieza y un baño. Eso para población migrante es aún más complejo, en general viven 8 o más personas en una casa, un solo baño, entonces ya no te aislaste efectivamente. Pero se quedan con mi casa, mi casa, mi casa. Voy a respetar la cuarentena señorita, somos personas que no nos gusta nada lo ilegal, nos estamos cuidando, queremos que todos saquemos pasaporte, si quieren nos vienen a fiscalizar pero queremos estar en nuestra casa. Muy desde el temor pero en verdad lo voy a cumplir. Ahora que miro par atrás,*

*deberían haber más posibilidades que las personas migrantes puedan estar en residencias pero existe un abarrera ahí que no sé si es el temor a lo desconocido a qué raro a prefiero estar en mi casa que hace que no quieran, a pesar de que no es un tema de comida, no es un tema de que sea gratuito, ellos saben que les va bajar los ingresos del hogar, pero al menos esa ha sido al experiencia a posterior siguiendo contactando a personas. E2*

*Una vez, en junio del año pasado, me acuerdo de un paciente haitiano que atendí que decía que vivía en un gimnasio hacinado. Él me decía no saco nada con usar mascarilla si la persona que tiene su cama un metro al lado mío toda su familia no ocupa mascarilla. Esa era la problemática de ellos. También hay que ser majadero con la insistencia del uso de mascarilla, respetar protocolos comunes en cuanto a pandemia. E4*

*En general la tendencia es que vivan más en hacinamiento, en situaciones en que requieren más cosas y ahí nosotros hemos aportado con ropa, con mercadería, hemos hecho esos aportes y generalmente tiende a ser para este tipo de población. E4*

Respecto a conocimiento e información de residencias sanitarias específicamente por parte de población migrante, en tanto medida de protección frente al COVID, se sostiene que falta información. También que muchos migrantes sienten miedo o también que, en algunos casos, la prioridad de las personas está puesta en regresar a sus países de origen por lo que no había interés en conocer la estrategia de las residencias sanitarias:

*Yo creo que en general han recibido poca información. Ha faltado educación, porque ellos generalmente viven en poblaciones, como los cités haitianos, yo creo que ahí habría que enfocarse mucho más porque si nuestra residencia de referencia es haitiana y no llego ningún haitiano, ese recurso se perdió, para qué somos referencia haitiana, podrían haber hecho más búsqueda activa en esos cités por ejemplo. Cuando yo lo mencionaba me decían “ya pero es que el haitiano nunca quiere nada” y bueno yo no tengo tanta experiencia con haitiana y es verdad, son más reacios o hay un desinterés, pero eso no me pasó al atender venezolanos, o bolivianos sí pero eso era porque era un bus de gente que quería regresar a Bolivia. Fue un operativo que era de mucha gente que quería viajar a Bolivia, se les fue a tomar PCR a su residencia y los positivos se tuvieron que quedar en residencia sanitaria. Ellos eran más reacios pero creo que era porque estaban desesperados por llegar a Bolivia, creo que a mí también me pasaría, que el COVID queda de lado, quieres solo volver. Pero... en general encuentro que entendían bien lo que estaba pasando... E11*

**También se identifica un temor por parte de migrantes internacionales de acceder a residencias sanitarias, temor por desconocimiento de estas instalaciones, de qué sucedería con su salud, etc.:**

*Entonces y la gente lo creía me entiendes, entonces es bien difícil decirle a alguien oye vengase a una residencia porque ahí va a estar mejor va a tener las condiciones propicias y mucho más digamos apropiadas para poder digamos seguir su aislamiento, pero la gente no entendía así, aparte también eso sucede porque en particular con las personas haitianas, yo me he dado cuenta por un tema experiencial, no soy epidemiólogo pero experiencialmente me he dado cuenta que de todo lo que yo he visto el noventa y tanto por ciento de lo que yo he visto, no tienen síntomas son asintomáticos, entonces eso abala, fundamenta y refuerza aún más la idea que tiene ellos de que yo no estoy contagiado es un invento de ustedes, me están engañando, me quieren mentir, me quieren sacar de aquí, pero yo no tengo nada no no no tengo efectos y por más que tú les les decías a ellos, oye pero es que están los sintomáticos y los asintomáticos, no lo entendían cachai. Pensaban que uno los, les estaba mintiendo cachai y claro para, por aquellos meses de marzo, abril del año pasado estaba muy infectada esta creencia particularmente en, en las personas haitianas de nos quieren matar cachai, nos quieren llevar a otro lugar y nos van a matar ahí, nos van a inyectar una vacuna y nos van a matar. E27*

Se identifica otro foco de temor de migrantes internacionales para acceder a las residencias sanitarias, el que está vinculado al hecho de dejar sus hogares por un periodo de tiempo prolongado, quedando expuestos a la posibilidad de ser víctimas de robos de sus pertenencias en sus hogares:

*La gente sabía, la información existía, pero en particular algunas personas que viven en campamentos o en casas donde no están seguros, algunas personas prefieren quedarse en casa para evitar salir, pensando que si van a estar 14 días fuera de ese lugar, podían robar lo poco que tenían o robar todo, por lo tanto quizás si, sabían de residencias pero tenían reticencia de acudir pero había un temor de que le podían robar o perder lo que tenían. E13*

### **3.5. Barreras identificadas en el abordaje de personas migrantes internacionales en residencias sanitarias**

Una de las principales barreras identificadas por las y los entrevistados para el abordaje de personas migrantes internacionales en residencias sanitarias son las barreras idiomáticas con personas que no hablan español, o personas sordas, ya que por lo general no hay personal en las residencias sanitarias que maneje el lenguaje de señas, entre otros casos que requieren de una atención especial:

*Con los haitianos el idioma, claramente, los tres o cuatro pacientes que tuve haitianos no hablaban nada nada, con los demás, uno tiene que bajar un poco el ritmo para explicar bien lo que está pasando, como empezar a explicar más despacio, pero aparte de eso no. Lograr hacerles entender que si siente algo hay que avisar. E11*

*Lo otro es que se le entregaba a todos tres comidas al día: desayuno, almuerzo y cena. Pero no había un protocolo distinto para una persona migrante, por ejemplo si llegaban una persona haitiana que no hablase español, no había ningún protocolo de hablar en creole por ejemplo. Igual me lo pregunté varias veces. Incluso aunque no hubiese una persona migrante, llegó una persona que era sorda, que hablaba lengua de señas, y tampoco había protocolo incluso para personas con discapacidad o personas sordas dentro de la misma residencia. Me imagino que tampoco había un protocolo para una persona que no hablase español chileno. Pero en cuanto a atención de enfermería era casi todo lo mismo, el protocolo de tomar signos vitales y salir de la habitación cuando tenías que salir. Lo otro era responder al teléfono cuando llamaban, responder a los whatsapp si necesitaban algo, pero para eso eran todos iguales. Aunque yo creo que si hubiese habido barreras idiomáticas hubiese existido un punto difícil de abordar. E1*

Otra barrera identificada es el cumplimiento de las normas sanitarias por parte de ciertos grupos de población migrante internacional, que se rehúsan, por ejemplo, a quedarse aislados en sus habitaciones, o incorporar el lavado de manos y el distanciamiento social en sus rutinas diarias:

*Yo creo que es una población que no ha integrado bien el tema de COVID, algunos sí, pero no todos, no han integrado bien el tema de lavado de manos, de distancia, hay personas que no entendían que no debían salir de la habitación, porque está prohibido, entras en la habitación y no puedes salir y eso no lo respetaban en ocasiones, todo el riesgo, las consecuencias que podía tener el estar en contacto con alguien sin protección. Yo creo que hay personas que aún no tienen incorporado el concepto de cuidado y prevención. E12*

*Por ejemplo, había una familia que no entendía lo de no salir de la habitación, se paseaban con el hijo, de allá para acá, entonces ahí tienes que explicarlo, repetirlo y sino ponerlo claro, si están juntos se extiende su cuarentena o pide su alta voluntaria. Pero eran los menos, nunca nada se salió de las manos. E11*

**Se identifican también dificultades en el abordaje de los niños y niñas en las residencias sanitarias. Se sostiene que éstas no están pensadas para este tipo de usuarios,** por lo que la alimentación y la infraestructura no está ideada para niños, y menos aún niños migrantes que no cuentan con redes de apoyo que puedan brindarles, por ejemplo, juguetes para distraerse durante su estadía:

*Respecto a los niños también es que son hoteles, entonces las piezas son camas, entonces un niño tenerlo encerrado es complejo, ahí está el problema para las familias, el hecho de estar en una residencia sanitaria solo, es complejo. Tu si eres chileno le puedes pedir a tus familiares que te lleven juguetes, que te lleven muchas cosas, pero un niño migrante lo que menos tiene son juguetes, entonces ahí lo de divertir a un niño es complejo. Entonces ahí de nuevo las asociaciones pro-migrantes que se encargan de llevar juguetes, kit de higiene, pero sí para los niños es complejo. Leche, las leches los cereales no les entregan las residencias sanitarias, está pensando para un adulto, las comidas que se entregan son básicas, ahí hay niños de dos años, entonces no se asume eso porque se entiende que te dan lo básico y tu familia te da lo demás, pero el migrante no tiene eso, muchos de ellos que están en la calle agradecen estar en residencias sanitarias porque tienen un baño, tienen comida, entonces eso sí se agradece. E17*

*Mira, primero que nada depende de la estructura hotelera que tengas, nosotros tenemos hoteles que tienen estructura por ejemplo de habitaciones dobles, como para una pareja y ahí te llegan por ejemplo, chiquititos y hay que poner una cama adicional, pero de nuevo, eso nunca lo previó el Ministerio de Salud. E19*

**La falta de redes de muchas personas migrantes internacionales que han sido usuarios de residencias sanitarias ha sido una dificultad para su abordaje. Esto se debe a que en muchos casos se asume que los insumos que no puede entregar la residencia sanitaria sean provistos por las redes de apoyo de las y los usuarios.** Esto se agudiza en casos de usuarios con otras patologías asociadas, y la falta de insumos en las residencias para poder asistir a dichas personas:

*Por ejemplo tuvimos pacientes que vinieron de fuera, les cerraron las fronteras y no pudieron regresar y muchos tuvieron problemas personales con las familias y quedaron solos, entonces ya habían cumplido las cuarentenas y la residencia sanitaria era el único lugar donde podían estar, tuvimos que contactar asistente social, darle un abordaje distinto a la RS, más consultorio para darle alguna solución a estos casos, que eran muy específicos pero que se presentaban, pacientes que son insulino dependientes, pero que son el único caso contagiado, entonces tienen que aislarse, hay que tener más cuidado con ese paciente, a veces no saben inyectarse y hay que ayudarlo, y hay que improvisar con los recursos que hay ahí pero que no son muchos, hasta una curación simple... no contabas con esos elementos, habían muchas cosas que se obtenían por donación de insumos de gente que trabajaba fuera y que traían cosas que necesitaban esos casos. La residencia sanitaria no tenía nada, nada, los primeros medicamentos son donaciones, después llegan cosas básicas, básicas, sal hidratante, paracetamol, algo para la deshidratación si había diarrea o vómito, pero todo muy acotado, con decirte que SEREMI en noviembre recién llevó equipos de oxígeno para las descompensaciones, para estabilizar en lo respiratorio. Entonces algunos de esos temas con migrantes son difíciles porque no tienen redes, se detecta algo y luego se hace la gestión para solucionarlo. E12*

*(...) y también lo que es pañales, también la RS considera que las personas tienen redes de apoyo para lo que puedan necesitar “demás” pero no es así, ahí se dirigen a nosotros y nosotros apoyamos. Hemos ido a terreno y solo una vez hemos entrado, en general se entrega en el lobby, los paquetes de lo que nos han pedido. E17*

*Para personas que iban teniendo otras necesidades iba siendo más complejo. Por ejemplo, que no llegaran las leches par a los niños, que no estuviéramos preparados para eso, que la cantidad de comida por el déficit calórico que tenían ellos por supuesto que era insuficiente. E8*

**La identificación de casos sociales complejos en personas migrantes internacionales también es un desafío para las y los funcionarios de las residencias sanitarias. El aumento de estos casos hizo que en algunas residencias sanitarias se tuviera que incluir a más profesionales de trabajo social, que apoyaran en la búsqueda de soluciones frente a las situaciones de vulnerabilidad social de estas personas, sobre todo cuando son dadas de alta de las residencias y corren el riesgo de quedar en situación de calle:**

*Mira lo mas complicado eran los casos sociales, teníamos muchos, fueron tantos que tuvimos que contratar trabajadores sociales para ver qué estaba pasando, también sicólogas Fue SEREMI que contrató, teníamos varias situaciones que ... el hijo las echo de la casa y no tenían donde vivir porque estaban contagiadas, o llegaron a Chile, arrendaban una pieza y la pieza ya no podían pagarla y se quedaron en la calle. Varios del operativo de Bolivia eran mucho así, que habían ido a pernoctar en la embajada, muchos trabajaban en Mallarauco, en la fruta, recolectando, entonces ellos ya no tenían donde vivir, tuvimos varios casos así, de gente que no tenía donde llegar después de la cuarentena entonces había que alargárselas, porque no puedes dejarlas en la calle. A veces se hacían “vacas” para comprarles los pasajes, a la casa de algún pariente, o a otra región si tenían que moverse. Generalmente todas tienen alguna residencia, alguna dirección. Me acuerdo unos pacientes que tenían pasaje para siete días después del fin de la cuarentena, a Perú y decían que no tenían donde llegar y este paciente, igual tenía compromiso, entonces había que cuidarlo, él tenía sólo un lugar donde ir a buscar las maletas e irse. A él se le alargó la cuarentena. Pero en general, de alguna manera siempre alguien podían indicarte, algún contacto de primos, amigos, las situaciones de calle, hubo, no eran tantas pero hubo. En ese caso pasan de residencia a albergues. También tuvimos operativos de albergues, donde surgía un brote en albergues y los derivaban todos a residencia y ahí también habían extranjeros. E11*

*El temor a tener que dejar sus bienes, sus pertenencias. A veces la indicación es que toda la familia debe entrar a una residencia sanitaria. Entonces, no todos tienen personas de confianza que se puedan quedar cuidando sus cosas. también hemos visto que muchas veces al egresar de una residencia sanitaria el dueño del lugar los ha expulsado o ha dejado sus cosas en la vereda porque no ha podido seguir pagando el arriendo. Esa es otra cosa que hay que considerar porque la mayoría está con empleos informales, entonces han perdido su fuente de ingresos. Es todo como un círculo vicioso. No tienen para subsistir, no tienen para pagar el arriendo, los echan del lugar y quedan en situación de calle. Si la persona es indocumentada peor aún porque no tiene acceso a los beneficios estatales. Es una realidad bastante compleja de quienes han tenido que vivir esto. E6*

**Algunos/as entrevistados identifican situaciones de discriminación hacia personas migrantes internacionales en algunas residencias sanitarias por parte del personal de las residencias. Asimismo, rechazo por parte de las y los vecinos de las residencias por el ingreso de personas extranjeras en estos recintos:**

*Es importante mencionar la existencia de algunos problemas de trato, de todo tipo. Ma trato me refiero. Tanto a veces del personal de salud que rayaba en conductas un poco discriminatorias, pero*

*también del personal del hotel, de los vecinos o de la comunidad aledaña que veían que ingresaban muchas personas que para ellos no les era grato o agradable.*

Junto con lo anterior, se relatan **situaciones de violencia derivadas de experiencias negativas por parte de migrantes internacionales a la hora de acceder a las residencias sanitarias, como la obligatoriedad de parte de autoridades para que algunos grupos de personas haitianas fueran a las residencias a realizar sus cuarentenas.** Esto generó gran malestar en estos grupos y, sumando a esto la falta de un diálogo fluido con el personal de las residencias, desembocó en algunos episodios de violencia:

*No solamente desde la perspectiva del personal de salud sino que también de la propia, desde la lógica de las personas haitianas que estaban allí que según lo que referían digamos el personal de salud tenían conductas violentas..., por eso te digo hubo todo un aprendizaje a partir de la incomunicación de la incomprensión que había ahí que fue un entorno super, super complejo, super impresionante pa todos porque aquí claro yo no puedo hablar solamente de las personas migrantes porque a mí también me escribía gente que trabajaba ahí como TENS o como enfermeras o como médico y todos referían lo mismo cachai que era super complicado trabajar con los, con las personas haitianas y que muchos de ellos eran agresivos entonces claro uno podía pensar no sé claro porque son agresivos si me pongo a pensar en toda la génesis de cómo llegaron ahí entonces claramente nadie estaba allí con un estado de ánimo entre comillas armonioso y equilibrado po cachai entonces y te encierran en una pieza, no te dan la comida, si te la dan llega fría, no es lo que tu comes entonces al final eh, fue complicado para todos ese tema. E27*

*También en el otro extremo, hubo situaciones de maltrato de personas migrantes hacia el personal de salud, hacia el personal del hotel, a veces situaciones de agresión física donde había que llamar a la PDI y a carabineros. Creo que es imposible desentrañar qué cosas pasaban, pero uno puede hipotetizar situaciones de alto estrés, de estar encerrado por muchos días, el miedo de qué va a pasar con mis cosas, el no tener la situación clara sobre qué va a pasar con mi situación de salud, qué va a pasar conmigo, puede gatillar actos a veces impulsivos. Pequeños robos en algunas residencias. De todo. E6*

Así también algunos **casos de fuga de usuarios por, de acuerdo a las personas entrevistadas, diferencias culturales:**

*Mira lo que yo se es que en general no ha habido grandes problemas ya, yo sé de uno o dos casos que se resistieron o que se fugaron ya, porque en general la gente sobre todo la población colombiana ellos son tan efusivos, tan, les gusta la música fuerte, les gusta bailar a les gusta estar en grupo, entonces eso era como complicado. No he tenido temas que actuar en forma muy muy violenta o no, no tengo conocimiento, no se si así ha sido. Pero de que esas características pesan, pesan. E28*

Otro tema difícil de abordar para las residencias sanitarias fue el ingreso explosivo de personas venezolanas que están entrando a Chile por pasos no habilitados. Estas personas llegaron en masa a los albergues y residencias sanitarias, en condiciones de salud muy malas dada las circunstancias de sus viajes hacia Chile, caracterizados por caminatas de muchos kilómetros, exposición a bajas temperaturas, falta de oxígeno, entre otras:

*Mira dentro dentro de lo que nos ha tocado ahora último más o menos de agosto fin, a fines de agosto septiembre nos empezaron a llegar nosotros estos venezolanos que venían en esa condición, antes llegaron Arica, llegaron a Iquique algunos y ya cuando en Iquique se empezó parece que a saturar más el sistema, porque todavía están los pobres ya, empezaron a pedirnos, incluso a*



repcionar acá. Y ahí hubo una, una oleada de cincuenta, cien, ciento cincuenta personas que llegaban en buses desde Guara. Entonces ellos entraban por Colchane, llegaban a Guara y desde Guara los eh, con una conversación que tuvo Seremi parece que fue el contacto que dijeron ya tráelos a Calama, entonces Calama fue la primera ciudad que empezó a recepcionar migrantes de venezolanos que venían en esa condición precaria en septiembre. El resto que había estado en residencia sanitaria en general eran residentes de acá. Estaban en Antofagasta, en Mejillones ya, en Mejillones hay hartos eh, pero son bolivianos, colombianos aquí igual entonces ellos iban, pero por un tema de hacinamiento que se yo, entraban a la residencia sanitaria y siguen entrando de hecho. Ahora el tema de los venezolanos que venían por un tema de ingreso irregular a Chile ya y todo eso es un tema particular. Y eso lo recibió inicialmente Calama, por un lado y por otro lado eh Tocopilla, por el camino costero en el cual la gente venía caminando. Muchos de estos venezolanos van hacia el sur, van a Santiago, había casos que iban hasta Puerto Montt y ahora muchos de ellos fueron víctimas de trata igual porque en el fondo eh, gente que los trajo, mira salió primero de Colchane ya después como en octubre los primeros de octubre dijeron oye están ingresando por Ollague que ya es la región de Antofagasta ya y ingresaban también a pie y llegaban quemados del sol, con guaguas con los zapatos llenos de armadas, con ropa no adecuada para el altiplano, que arriba hace frío, está diez grado bajo cero. Y con, incluso hubo una fallecida por ahí que no se si no hay agua, no recuerdo en realidad el caso que eee era una mujer hipertensa de cuarenta y tanto años obviamente que tiene que haber apunado y sufrió todo, entre frío, puna y todo lo demás. Entonces fue un caso que salió en las noticias y todo lo demás, entonces ese es como una oleada bien particular. Entonces eso ha sido y la mayoría de la gente, la gran mayoría de gente que venía pasando no por la, no por la aduana si no que pasando por pasos no habilitados, pasa la p, entonces los deja un estos estos eee no me acuerdo como se llaman, coyotes, los dejan como a un kilómetro del límite en el lado boliviano y ahí dice vaya pa allá y ahí llegan a Chile. E28

Este ingreso explosivo de personas extranjeras ha hecho que sea necesario **habilitar como residencias sanitarias no sólo hoteles, sino también escuelas y otros recintos. Esto ha generado cierto colapso para el sistema y el personal de las residencias sanitarias, quienes han debido adaptarse a las circunstancias que conlleva el nuevo escenario migratorio, sobre todo en el norte del país:**

*Mira en el caso de Iquique muy lateralmente en el caso de Antofagasta Y Tocopilla sí. Ahora lo que han hecho en realidad en el caso de Antofagasta y Tocopilla más que habilitar espacios especiales para migrantes por el volumen han funcionado con las residencias que tienen. En este caso en Tocopilla era un hotel que había allí. Ahí me tocó conversar con familia bueno estaba en sus piezas en buenas condiciones, pero en formato de claustro haciendo la cuarentena. En el caso de Iquique por el volumen se han visto en la necesidad de ocupar establecimientos educacionales entonces eso ya pone otras condiciones, entiendo que maneja un estándar de 8 personas máximo por sala porque a veces significa que no estás solo con tu grupo familiar puedes estar con otros. También probablemente hayan tenido que experimentar periodo de mayor estrés, en términos de capacidad, no me atrevería a decirlo puede en algunos casos esas capacidad este hasta el tope, con harta gente en lugares cerrados y eso puede generar algunas complicaciones. Lo bueno es que el Ministerio de salud tiene recursos entonces tienen duplas, tienen profesionales las 24 horas, la alimentación está segura, y ya esos son factores que le quitan tensión a la situación. Pero yo diría que lugares con volúmenes importantes también son factores de riesgo. E32*

### **3.6. Aspectos positivos de la atención a migrantes internacionales en residencias sanitarias**

En términos generales, el personal de salud y otros profesionales vinculados a residencias sanitarias **evalúan positivamente la atención que se ha brindado a población migrante extranjera en las residencias.** Sostienen que, si bien se presentaron algunos inconvenientes específicos con

migrantes, como dificultades en la comunicación, **el objetivo final de la estadía en las residencias, que es que las personas puedan realizar cuarentenas de forma segura, se ha logrado.** Destacan la solidaridad y humanidad del personal de las residencias sanitarias, y sostienen que estas características del personal son indispensables para llevar a cabo la labor para la que fueron convocados ya que debe asistir a personas en situaciones de alta vulnerabilidad social:

*Yo creo que fue buena, bien realizada, la comunicación no fue del todo efectiva pero sí se logró el propósito con la residencia con ellos, porque se logró la cuarentena, se le otorgó todo, todos tenían los mismos beneficios en una residencia, las cuatro comidas al día, para todos se repartía de igual manera, a todos se preguntaba si tenía dieta especial, todo igual para todos, todos tenían la misma comodidad, lo básico, aunque no todas las habitaciones son iguales pero eso ya dependía de la disponibilidad. Tenían una habitación cómoda, acceso a wifi, videollamadas, etc. Muchos pacientes si le faltaban insumos de aseo, algo básico que no otorgaba la residencia, uno a través de donaciones genera, compraba lo que ellos necesitaban. Lo mismo con medicamentos, si se indicaba medicamento que no estaba en la residencia en algún momento alguno de nosotros iba a comprar, algún técnico que iba a hacer todas las compras de los pacientes que requerían algo, con dinero recolectado. Entonces sí se hizo lo mejor que se pudo entre nosotros, no siempre eran migrantes, a veces llegaban personas con pocos recursos o con nada, llegó, se echó un par de ropas y se fue, y con esas personas se generaban instancias de solidaridad para ayudarlas. Era un grupo humanitario, para velar por esas cosas, por más que fueran COVID positivo, eso pasa a segundo plano, te acostumbras, son todos iguales, a todos los que requerían ayuda se les daba E12*

*Yo creo que ha sido buena, no porque yo trabaje ahí, pero creo que hemos trabajado mucho, me siento contenta en cómo nos entregamos como equipo, aun cuando faltan recursos, como funcionarios y como persona hemos trabajado para atenderlos lo mejor posible, siempre los pacientes se van muy contentos y agradecidos. E14*

*Entonces yo creo que del punto de vista de salud se hizo bastante, se ha hecho bastante y en realidad la gestión que han hecho los encargados de residencias sanitarias es admirable, eh sobre todas las de Calama son, pero super movidas, me llamaban a mí, sabe que no tengo kit de aseo, llegaron cien anoche, chuta que hacemos, no es que ya llame al Hogar de Cristo, llame a la Cruz Roja, llame a Caritas, eh la niña me decía todo eso y yo desde la Seremi gestionando con la organización internacional de migraciones, con el nivel central, con Sra. XXX el poder hacer de alguna forma alguna ayuda para poder apoyar a la residencia. Finalmente se logró, el obispado de Calama hizo una campaña en Calama en el cual ellos eh juntaron más o menos doscientos cincuenta kits de aseos, después la OIM empezó con un, también con apoyo kit y con apoyo alojamiento y desde el nivel central igual se están haciendo algunas otras actividades. Entonces de alguna forma tratamos de mover pa poder ayudar esta atención, pero todo el problema consistía en que, salen de la residencia y quedan en la calle. E28*

*Mira yo no tenido información oficial sobre eso, si me ha tocado de repente en algunas visitas o conversaciones como suele ocurrir tu grupo todos son más precario entonces uno observa que hay personas con mucho menor capital social, hemos encontrado por ejemplo algunos casos de consumo problemático de drogas, entonces eso también genera situaciones de riesgo de conflicto eventual en el interior de algunos residencias. También hay mucha gente joven lo que eventualmente podría dar lugar a acciones de violencia basada en género. Yo no tengo un registro, sería irresponsable en decírtelo, yo creo que la mayor fuente de información allí es el propio ministerio o la SEREMI pero en general lo que uno observa porque la gente al final con quien nos ha tocado a nosotros conversar es que más bien hay una disposición como de agradecimiento al cumplimiento de la cuarentena a pesar de las condiciones de estrechas y de alto volumen de gente. No observamos que hay una opinión predominante en sentido contrario. E32*

*La mayoría de las personas terminaba yéndose muy agradecidas, por las comodidades, porque finalmente las residencias sanitarias son hoteles, casa de relax. En la que yo estaba la noche tiene que estar a \$200.000 con vista a la montaña, piscina que no se podía usar, tele en la pieza, camas grandes, espaciosa. Eran tan grandes las habitaciones que cabían 5 personas en una cama de 1 plaza no apretados, con baño privado y closet. Era un lugar muy cómodo y muy lujoso, entonces las personas referían que se sentían de vacaciones, bien cuidadas. E2*

*En general y la percepción de la mayoría era un agradecimiento, porque obviamente entre lo que ellos esperaban de este país que era llegar y dormir en la calle, a que los hubiesen tomado detenidos e ingresado a una residencia sanitaria había un abismo de diferencia en lo que ellos estaban pensando. Entonces la sensación era de mucho agradecimiento. De tener un espacio donde llegar. E8*

Sostienen que, en general, **la mayoría del personal no hace distinción entre usuarios nacionales y extranjeros**. Dicen no haber presenciado actos de discriminación hacia migrantes internacionales y haber dado lo mejor de sí mismos para la realización de sus labores en las residencias sanitarias:

*Durante la pandemia por experiencia donde trabajé no había una discrepancia o diferencia en tanto atención brindada a un nacional o extranjero, por experiencia eso lo compartí, la atención siempre fue la mejor que se podía, el mayor esfuerzo, el mejor trato. No he visto actos de discriminación en las residencias. Llegaron bastante migrantes, ellos... estábamos en una fase en la que el contagio no era específico, que la persona sepa donde se contagió, pero la mayor parte se contagiaba por hacinamiento en sectores específicos, en que en un solo lugar, en una sola casa viven más de quince personas, entonces al estar infectados, uno con un solo baño, se infectan muchos. Pero en residencia fue lo mejor que pudimos dar como atención. E13*

*Yo no tengo un feedback ni negativo ni con problemáticas especiales, en general tendemos a pensar que fue muy positiva, porque los migrantes que llegaron a las residencias sanitarias fueron migrantes bastante vulnerables, de bajos recursos, que quizás estaban muy expuestos y llegaron a nuestros hoteles que son de un nivel muy bueno, llegaron y después no se querían ir, porque hay alimentación adecuada, cuatro comidas al día, al principio 3 y después una 4ta. Fue como bien positivo, tampoco hay nada negativo que hayan roto cosas, o malos tratos, no, super bien. Pienso que nunca tuvimos una situación complicada con migrantes. E19*

*La atención ha sido exactamente igual que hacia a un chileno, no hay diferencia alguna. En verdad no te podría decir una diferencia. Aquí todos los pacientes son por igual. Del niño al más anciano, del chileno hasta el haitiano, todas las atenciones son por igual. En el aspecto ya más clínico, el extranjero manifiesta muy pocos síntomas. Han estado más asintomáticos los extranjeros, eso ha sido lo que más me ha llamado la atención. E4*

*Ha sido la misma atención que se la ha dado a un chileno ya que forma parte, más allá de la nacionalidad es una persona y forma parte también dentro del sistema y es un usuario y se tiene que tratar con el mismo tiempo que todas las personas, no se hacen distinciones. Se ayuda más que nada a entender si te piden un concepto y tratar de buscarlo en su idioma, o tratar de buscar documentos que estén disponibles en su idioma. O por ejemplo, en el caso de la residencia hay una enfermera y un médico que hablan creole, con ellos son los intermediarios en caso de que ellos no hablen español. E5*

*De hecho en un momento tuvimos los documentos en creole en caso de que tuvieramos un paciente haitiano que tuviese difícil manejo con el español, que nos ha pasado. Pero, en verdad se ha llevado super bien, es un paciente en el fondo igual que el resto, no se hace una excepción con ellos. E1*

Se destaca la atención de salud que las personas reciben en las residencias sanitarias, y la **derivación que reciben hacia el sistema de salud una vez dados de alta:**

*Yo creo que eso ha sido bueno porque toda la gente a sido atendida por salud, por lo menos les han echado una mirada y se han detectado casos y se han derivado casos, ya el tema es que saliendo de la región ya los perdemos. Pero si se les ha dado la orientación que tiene que que como se llama que consultar al lugar dónde lleguen que se acerquen que no hay problema en la atención y todo lo demás. Se ha hecho la primera gestión para darles el número de FONASA a pesar de que ha sido problemático. E28*

*Cuando pesquizamos otras situaciones de salud, eso se da muy frecuente, la mayoría de los pacientes llegan con patologías de base, sin adherencia a sus tratamientos, sin sus fármacos y bueno eso lo informamos a los CESFAM, tratamos de tomar contacto, contar la situación en que está el paciente, rescatar sus fármacos. Hay pacientes que están hipertensos toda la estadía aquí y obviamente diez días no es tiempo suficiente para su tratamiento, pero lo que hacemos es tratar de vincularlo con CESFAM. Tenemos CESFAM que tienen personal a cargo de este tipo de pacientes que se van derivados y ellos están constantemente llamando, comentando la situación la que se encuentran. La RS ayuda, se les da la orientación, hacemos también promoción de la salud, aunque no sea un objetivo, es más bien algo espontáneo de la responsabilidad que uno tiene. E14*

#### **4. Percepción en torno al cuidado ético para personas migrantes internacionales en las residencias sanitarias**

##### **4.1. Percepciones generales**

La mayoría de las y los entrevistados sostiene que, en términos generales, **sí se ha dado un cuidado ético a la población migrante en las residencias sanitarias, considerando principalmente el que se les ha otorgado todos los cuidados de salud necesarios durante su estadía en las residencias:**

*Yo creo que sí, porque muchos nos agradecían, nos decían no si esto es como vacaciones para nosotros, la atención, pudieron estar relajados los días que estaban ahí, al principio mucha gente pensaba que tenía que pagar, se preocupaban si salía muy caro, que era un hotel, entonces había que explicar que no, entonces ahí se relajaban, yo creo que en general bien. Nosotros los veíamos dos veces al día, si había síntomas, se evalúa con medico, enfermera, se empieza a gestionar ambulancia para derivar a hospital, ambulancia. No se hace distinción entre que sea extranjero, hacer todo por el paciente, no hubo un caso que fue más si o más no, creo que todo el equipo aperraba con todo. E11*

*Si, las familias estaban super cómodas y agradecidas por la estadía que les estaban dando, nosotros no los molestábamos mucho, mañana y noche salvo que hubiera necesidad. Yo vi harto agradecimiento, había personas que preguntaban si esto se pagaba y tú decías no que era gratis, que pasaran la información a vecinos o algún compatriota, que les explicaran de qué iba esto porque los anuncios de RS yo no los vi en un inicio, en septiembre recién empezaron a aparecer comerciales, pero el proceso no todos lo tenían claro, pensaban que no, que iba a ser más tramitado, pero era bien efectivo todo E12*

*Yo diría que en cierto modo, en vista, por experiencia propia la residencia sanitaria resuelve bien el cuidado, resguarda el derecho a la salud, la ética de las personas que están ahí, muchas veces no son personas con COVID, son personas que están ahí por contacto directo y en general se cuida mucho su salud, se protege. E13*

*En general los pacientes se van muy contentos, se cuidan desde el punto de vista sanitario, emocional, les permite hacer su aislamiento tranquilos, no tienen ningún costo en comidas, reciben alimentación, atención médica, mucha gente viene a pasar 10 días en un lugar que es increíble para ellos, el mejor que han estado en sus vidas, además con la atención que se les brinda, se van muy*

*contentos de verdad. Se cuenta con todo, en su momento tuvimos hasta acceso a terapias complementarias, flores de Bach, ha abarcado bastante. E14*

*Mira yo creo que en general ha sido super bueno, los protocolos han sido super estrictos, no podían salir de las habitaciones, entonces se aisló una parte importante de la población que habría sido un vector importante de contagio, entonces sin ser experto yo creo que fue super positivo, se hizo bien al final. Nosotros nunca vimos discriminación, el tema nunca fue tema con migrantes, se trataron como cualquier pasajero y el feedback que tuvimos es que estaban contentos, que tenían mejores condiciones de las que tienen en su vida. E19*

Un grupo de personas entrevistadas coinciden con los argumentos antes planteados, pero consideran que las residencias están concebidas para un cierto tipo de público: adulto, con redes y apoyo y contención emocional, que no necesariamente es el perfil de las y los usuarios que llegan a las residencias sanitarias, como por ejemplo, muchos migrantes internacionales donde llegan familias completas con niños, no tienen mayores redes de apoyo y tampoco cuentan con contención emocional que pueda apoyar los procesos que están viviendo en relación al COVID-19:

*Yo creo que sí, pero creo que fueron pensadas para la salud de los chilenos, nunca pensaron que el ingreso clandestino iba a aumentar así, entonces yo creo que tratan de hacerlo, quizás no cumplen en un 100%, pero siento que el migrante igual es agradecido porque hay techo y comida por 14 días. Pero siento que para nadie una residencia sanitaria está adecuada desde el hecho de estar encerrados, sin contención en salud mental, siempre con miedo si tienes el virus, incluso hay familias donde han fallecido mamá, papá, no está previsto que hay infantes, no hay para cubrir necesidades como pañales, alimentación. Fue creado para un universo donde hay solo adultos y con redes y con una salud mental espectacular, entonces claro, en la realidad no ha sido así. E17*

En este sentido, algunos entrevistados consideran que falta una incorporación de enfoque de interculturalidad en la atención de las residencias sanitarias, y capacitación al personal de las residencias en estas temáticas. Se sostiene que en algunas regiones ésta es una carencia no solo de las residencias sanitarias, sino del sistema de salud en su conjunto:

*Absolutamente no. No no se traduce ni siquiera aquí mismo en la región. En la región tenemos una densidad alta de población migrante continuamente y no existe esa preparación ni siquiera para los consultorios. Tenemos una población aymara perteneciente a la región y no hay ese espacio intercultural ni para ellos que debiese, que existen desde siempre. No hay nada específico, no hay nada preparado. Solo este es el hotel, donde van a llegar personas, se les tiene que dar la comida tres veces al día, sus toallas y su jabón. Es toda la información que mantienen y que manejan residencias sanitarias. Y nosotros como parte de la Seremi, no existe ningún lineamiento, ningún protocolo de atención. Osea protocolo COVID, pero ningún protocolo intercultural (...) No hay capacitaciones con respecto a la atención intercultural. A mi no se me ha dado y estoy en un 99,9% segura que a mis colegas tampoco, y no es algo que se haya dado meses antes de que yo hubiese llegado, no es algo que haya escuchado y que me falte por completar. E8*

*No sé si hay capacitación formal. Al menos no nos han pedido. Sí ha habido un trabajo de acompañamiento y asesoría, pero de forma reactiva. O sea, una vez constatada alguna situación compleja se ha pedido asesoría y un trabajo con los funcionarios de salud. Pero algo a priori, por lo menos yo no tengo conocimiento de un programa de capacitación formal o de inducción en temas de interculturalidad. E6*

Se sostiene que **no existen protocolos específicos para población migrante internacional, así como tampoco para ningún otro grupo específico, con lo cual estas poblaciones quedan invisibilizadas en sus necesidades particulares en las residencias sanitarias:**

*Lo común que es para todo: el sistema de confidencialidad, el buen trato y el velar por el bien del paciente. Pero algo específico con ellos, resolver las dudas que van apareciendo. Pero algo diferente, no se maneja una diferencia que nos suscriba que tenemos que hacer tal cosa diferente con un paciente extranjero. Solamente identificar nacionalidad y pueblo originario también podría ser, pero sería. Más allá de eso no cambia ningún sistema protocolar determinado por la SEREMI. E4*

La carencia de protocolos específicos para población migrante internacional se vio reflejado en la presencia de barreras que identifican autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud entrevistados, en relación a la atención de usuarios/as extranjeros en las residencias sanitarias, vinculadas a las barreras idiomáticas y alimenticias:

*La barrera idiomática. Esas son barreras idiomáticas que podríamos haber tenido de atención. E8*

*Las necesidades especiales alimenticias habrían sido otra barrera que no pudimos suplir. E8*

*Por ejemplo, la necesidad que tenían de las leches o habían ocasiones en que ellos querían comprar cosas fuera y no se les permitía. Entonces veíamos la posibilidad de llevar material que permitiera desinfectar lo que fuese que ellos pidieran que pudiera ingresar, para que tuvieran acceso a otra alimentación o a otro tipo de cosas, y que llegara la leche pertinente para los niños que tenían alergia alimentaria fue de largo rato, tuvieron que esperar tres ó cuatro días, por ejemplo. E8*

El personal entrevistado sostiene **que la atención con algún enfoque intercultural depende de la voluntad de quien esta atendiendo, y no de una normativa establecida para las residencias sanitarias:**

*Sí, uno le explica más las cosas y obvio que uno tiene que tener un poquito más de tino. Uno tiene que explicar las cosas de manera lenta, uno está acostumbrado a explicar las cosas muy rápido. Entonces tienes que ir descifrando y llamar al doctor en caso de que no maneje el idioma español e ir viendo ese conducto regular. Pero se trata de dar el mejor apoyo y recalcar que no son pagadas. La mayoría cree que son pagadas. Incluso los mismos chilenos piensan que se pagan las residencias, llegan con dinero en efectivo. E5*

Otro tema al que hacen referencia las y los entrevistados es la falta de espacios en las residencias sanitarias para albergar a la gran cantidad de población que reciben, especialmnete en la zona norte del país, con la llegada de un gran contingente de personas extranjeras que han ingresado a Chile en periodo de pandemia. En muchos casos sostienen que los albergues y las residencias sanitarias están saturadas, pero que continúan ingresando personas:

*Ese fue otro tema que tuvimos al inicio de la pandemia poder habilitar en las residencias Sename espacios sanitarios adecuados para que se cumpliera el protocolo la cuarentena los aislamientos y que yo creo que hoy en día aún tenemos problemas y de hecho hemos tenido brotes y ahora tengo un brote en una residencia femenina de 6 casos más algunas educadoras de trato directo, o sea ahora están en cuarentena total no pueden entrar nadie, y yo creo que eso es debido porque no se ha podido como habilitar los espacios idóneos. E33*

Tal como se comentó anteriormente, **esta situación es aún más dramática con la población migrante internacional que no puede acceder a residencias sanitarias por no haber sido pesquisada**

en el momento exacto de cruce de fronteras de manera irregular. Esto ha dejado a miles de migrantes en el norte de Chile, entre ellos niños y mujeres gestantes, en situación de calle, sin posibilidad de acceder a alimentos, a un techo, en definitiva, a nada:

*Ha sido dramática desde ese punto de vista el hecho de que se tengan que quedar 14 días aquí en la región y no poder moverse a otras regiones donde tenían por lo menos familiares que los pudieran asistir y no quedar en situación de calle. También fue muy complejo aquí en Arica se comenzó a ver un aumento de personas en situación de calle abrumante, desde niños muy muy muy pequeños, mujeres gestantes, fue realmente dramático. Si lo pudiera caracterizar así, Arica se pobló en muy poquitos meses con una población flotante, migrante, y que quedó en situación de calle. En el caso de que no hubiesen sido pillados infraganti cruzando no tenían cómo ingresar a residencias sanitarias. Entonces quedaban estos 14 días desde que hacían su autodenuncia en situación de calle. Eso ha sido complejo para la población, desde el punto de vista sanitario, desde cómo poder acompañar a las personas migrantes acá, creo que no existe una realidad comparable en el país, por lo tanto Arica siempre ha estado muy alejado de la realidad, muy alejado de las políticas públicas que se puedan realizar, que está absolutamente por fuera de lo que alguien podría dimensionar. Definitivamente no sé si se cubrió como se debía el espacio. Sigue habiendo muchas personas en situación de calle y por supuesto todas ellas migrantes en el día de hoy (...) Ellos vienen en una situación de salud, alimenticia y un montón de otras aristas que ya vienen en desmedro desde su propio país, desde donde provienen. Las miles de horas de viaje ameritan un control más exhaustivo, sobre todo de los niños. Y necesidades especiales sobre todo de sus propias patologías y muchas otra patologías que podrían presentar y nosotros no tenemos idea. E8*

Otro tema que aparece referido por las y los entrevistados es la **falta de pesquisa en las residencias sanitarias de otros antecedentes de salud de la población migrante internacional, aparte de COVID-19**. Se sostiene que no realizar estas pesquisas es una pérdida para las y los usuarios como para el sistema de salud chileno ya que es información necesaria para poder hacer posterior seguimiento de esta población:

*No tengo idea si hay algo más aparte de que estamos seguros que no tienen COVID. No sé si el ingreso de estas personas sin una pesquisa, por ejemplo con diabetes, que me llamó la atención que hayan tantas personas con diabetes o con diabetes descompensada no sea un punto a evaluar en ellos. Cómo se encuentran sus patologías mórbidas, qué antecedentes familiares tienen. Principalmente por un registro de qué ocurre con esta cantidad de personas que está ingresando y que luego van a tener otras necesidades, de medicamentos y de otras cosas. Soy media crítica del manejo que se ha tenido, y siendo parte de la Seremi es una crítica muy desde adentro en ese análisis. Teniendo la posibilidad, viéndolos in situ, es ahora o nunca, si no cuándo, en qué otro momento vamos a hacer ese análisis. No sé si en otros lugares del mundo se hará o si será pertinente, pero esa es mi percepción. E8*

#### **4.2. Acciones, normativas y buenas prácticas en residencias sanitarias para el cuidado ético de personas migrantes**

La autoridad entrevistada es bien enfática en sostener que **las normativas y protocolos respecto al COVID-19 en el país son una sola, que no existe distinción para población migrante ni ningún otro grupo específico**:

*La estrategia de abordaje del COVID-19 es una sola para todo quien pise el territorio nacional. No es que haya una normativa paralela o protocolo paralelos para los migrantes, sino que el protocolo es uno solo de abordaje sin distinción de país de orígenes de nacionalidad, como tampoco de ninguna otra distinción social o perteneciente a pueblos originarios. Por eso la estrategia es una sola. E6*

Respecto a las acciones, normativas y buenas prácticas hacia migrantes internacionales desplegadas en las residencias sanitarias, en las entrevistas se menciona la **realización de sensibilizaciones y capacitaciones para encargados y personal de residencias sanitarias en temáticas migratorias, desde un enfoque de derechos humanos, con el fin de que estos funcionarios/as puedan entregar una atención a personas extranjeras desde una perspectiva intercultural:**

*Mira yo eh, una de las cosas que nosotros hicimos el año pasado fue tomar a todas estas personas encargadas de residencias y que trabajaran en residencias, y yo hice una reunión con ellas y les planteé el tema migratorio, la política de salud migrante, la función nuestra desde el punto de vista de migración. Y la necesidad que había de acoger a la gente bajo el tema de derechos humanos y todo lo que nosotros teníamos que hacer, y yo creo que eso fue, no es que lo haya hecho yo, si no que la Seremi igual me dijo es importante hacerlo y todo lo demás, y creo que fue un punto de inflexión bien importante en la atención de esta gente. Al punto que ellas mismas detectaron casos bien complejos. E28*

A pesar de estas iniciativas realizadas en algunos recintos, en las entrevistas se reconoce la **necesidad de crear protocolos específicos para una atención intercultural a migrantes internacionales, que considere además los determinantes sociales de la salud que están presentes en las condiciones de vida de la población migrante y que influyen directamente en su exposición al riesgo frente al COVID-19. Se sostiene que todos los protocolos, normativas y acciones están dispuestas pensando en usuarios/as chilenos, sin que haya sido considerada la especificidad migratoria:**

*Siento que el personal de salud está muy sesgado, y me incluyo también, hacia la atención a los chilenos. Explicar desde los chilenismos sobre algunas cosas, por ejemplo los síntomas de COVID, los protocolos que tienen que seguir. Al final me acuerdo que a todos se les entregaba recomendaciones para el hogar, cómo lavar la ropa y todo eso. Pero al final uno no sabe si estas personas tienen o no la posibilidad de lavar su ropa con cloro y agua caliente porque no sabes las condiciones en las que viven. Entonces en esa parte es poco aterrizada la estrategia sanitaria de las residencias hacia las personas migrantes porque no se están considerando los diferentes contextos o las ayudas necesarias para personas que viven con más personas aquí en Chile, o que viene escapando de una situación de pobreza de su país y que aquí tampoco tiene tantos medios o que vive con más personas. Siento que ahí habría que armar algún protocolo o coordinar mejor las redes con las municipalidades para dar asitencia social a las personas migrantes. E1*

En esta línea se sostiene, por ejemplo, que **faltan protocolos en creole en las residencias sanitarias, que permitan a la población haitiana que no habla español comprender las instrucciones del personal y de la autoridad sanitaria dentro de las residencias sanitarias. Asimismo, se menciona la falta de facilitadores interculturales en las residencias sanitarias en tanto necesarias para otorgar cuidado ético a la población extranjera:**

*Por las barreras con las que más me encontré, siento que adaptar algún protocolo en creole o tener algún traductor en las residencias sanitarias sería esencial. Porque piensa que esas personas haitianas que no hablan español chileno no están yendo a las residencias sanitarias solamente porque saben que no los van a entender. Entonces me imagino que debe haber ahí una barrera importante. E1*



En relación a **buenas prácticas destacadas por las y los entrevistados, se menciona la creación de protocolos en base a la experiencia adquirida en algunas residencias sanitarias con población migrante.** Una de ellas tiene que ver con la creación de flujograma de acción frente a la identificación de situaciones de violencia de género en parejas migrantes, con pertinencia cultural:

*Por ejemplo, el tema de la violencia de género que se ha dado en parejas migrantes y claro ahí obviamente que no no habían protocolos para eso entiendes, o sea y también esas son cosas que justamente se están incorporando ahora. De hecho, eh uno de los programas que está en mi unidad que es justamente violencia de género y trata de personas, este, la referente está haciendo como un flujograma eh, en donde obviamente se dan todas las instrucciones, todas las indicaciones, todos los pasos a seguir en caso de que se provoque o se produzca algún tipo de hecho de esta naturaleza me entiendes. Entonces con ese flujograma la idea luego obviamente es este eh derivarla a todas las residencias sanitarias para que todo el personal sepa mas o menos como tiene que actuar frente a ese tipo de situaciones. E27*

Se menciona también la creación de un instrumento específico en residencias sanitarias para la detección de casos vulnerables en personas y familias migrantes, y de niños, niñas y adolescentes migrantes que estuvieran en desprotección:

*Este instrumento nos permitía saber por ejemplo el país de origen, la ciudad, si hablaba el idioma, porque también nos preparamos en el caso que tuviéramos flujo haitiano, y que de hecho tuvimos algunos casos de niños haitianos que no hablaban el español, entonces por lo tanto, teníamos que saber si es que por ejemplo se necesitaba un intérprete, también si es que venían en proceso de reunificación familiar, dónde estaban los familiares, Ojalá poder saber la dirección específica porque, en el caso que detectáramos una situación real de vulneración, poder hacerle seguimiento a ese caso porque esa fue otra dificultad que muchas veces se perdía como de vista el caso, los niños, por ejemplo estaban 15 días en las residencias sanitarias y después se iban y ya después no sabíamos dónde están, por ejemplo tuvimos caso de violencia intrafamiliar, o de otras situaciones importantes y que finalmente a los 14 días esa personas es egresaron y no sabemos en realidad donde quedaron dónde se fueron, que es una dificultad importante” E33*

Algunas personas entrevistadas sostienen que, **respecto al cuidado ético en las residencias sanitarias, se hace lo mínimo. Es decir, se realizan atenciones de salud básicos pero nada más.** Se habla, por ejemplo, de prácticas de juntar a usuarios/as en habitaciones cuando ya no quedaban más vacantes, forzando que los síntomas que presentaban fueran similares y que las fechas de alta coincidieran:

*Incluso en algunas instancias siento que no fueron éticos en cuanto al aislamiento de las personas porque se supone que debería haber una persona por habitación y estaban dejando a dos personas por habitación, y se hacían malabares para que ojalá tuvieran los mismo síntomas, que terminaran la cuarentena en el mismo día. Entonces ahí siento que hubo poco cuidado, sobre todo de la salud de las personas. A veces las personas decían pero cómo voy a estar con otra persona si se supone que tengo que estar aislado y era difícil explicarle ahí que como estábamos casi colapsando las residencias tenían que estar con otra persona. Pero igual era difícil porque al fin y al cabo no estábamos siendo éticos con el trabajo, porque claramente ellos requerían una atención de salud mucho mejor que la que les estábamos dando en ese momento. E1*

Junto con lo anterior, se menciona una temática que tiene que ver con la **falta de seguridad al interior de las residencias sanitarias, lo cual afecta tanto a usuarios/as como a personal de las residencias, exponiéndolos a situaciones de alto riesgo ya que no hay personal que resguarde la**

**integridad de las personas.** Esto afecta el cuidado ético de todos quienes están involucrados con las residencias sanitarias, dejándolos expuestos a posibles situaciones que pudieran atentarse contra el bienestar de las personas:

*No creo. Creo que solo se basan en los deberes y derechos del paciente en cuanto a la atención, y darle los cuidados mínimos que tiene que ver con el control de signos vitales. Darles la comida y cumplir con el aislamiento según el protocolo del gobierno que es testeo, trazabilidad y aislamiento. Tratan de cumplir con eso, pero igual son los requerimientos mínimos. Lamentablemente es para poder decir que se hace, pero en cuanto lo ético no sé si tanto, porque te están apurando con el trabajo. Incluso nosotras mismas como profesionales de la salud que trabajábamos ahí ni siquiera había algún resguardo de seguridad. Lo que pasó con una chica que estuvo en el sur que hubo un caso bien complejo de abuso en una residencia sanitaria. Tampoco había resguardo para los mismos pacientes. Como queda tan aislado el Cajón del Maipo a la gente igual le da miedo irse literalmente a la punta del cerro a aislarse y ver que no había nada alrededor, y si les pasaba algo quedaban en las habitaciones con solo el celular. E1*

Vinculado a lo anterior, personas entrevistadas relatan, en relación al cuidado ético, un tema que tienen que ver con **malas experiencias que han sucedido en algunos recintos a nivel nacional, como robos, situaciones de violencia, y un caso extremo de violación a TENS por parte de usuarios extranjeros.** Estas situaciones llevaron al nivel central a tomar medidas tales como que la **PDI tenga acceso a las residencias y a la información de todos los y los/as usuarios/as de éstas.** Esta medida, de acuerdo a algunos entrevistados, viola el derecho a confidencialidad que existe en el país en relación a la salud, y no se enmarca dentro de un enfoque de derechos humanos:

*Mira yo te puedo hablar solo de los testimonios que a mí me llegaban, como te digo yo no como no soy de esa área pero claro uno generalmente mandaba orientaciones eh, también obviamente emanadas también del ministerio por supuesto, porque yo en el fondo yo informaba intercultural al ministerio y a partir de eso obviamente se comenzaban como a construir ciertos documentos, protocolos como para cómo debía ser la situación dentro de una residencia sanitaria, pero en todo ese proceso desde que se inician las residencias, o sea pasaron una cantidad de cosas que no te imaginas, o sea no, pasó de de todo, o sea gente que huyó de la residencia, hubo robos, eh, hubo violencia de género, este bueno ahora último, hace poco en el sur hubo violaciones a TENS. Fue un tema bien complicado y bueno ese tema, bueno a partir de la, de las relaciones complicadas que han vivido ha vivido cierto personal de salud en las residencias que es el otro tema mirado de la otra perspectiva, es que ahora este se está realizando una tarea que es bastante, o una gestión que es bastante impopular dentro de la población migrante y que a los líderes migrantes los tiene super preocupados y que tiene que ver con que la PDI ahora monitorea las residencias. Bueno según ellos no entran a las residencias y mucho menos van a andar paseándose por los cuartos, pero si ellos piden por ejemplo les digamos toda la base de datos de los pacientes que están ahí...desconozco si es en todo, no se si es como sea en las regiones pero acá en Santiago al menos, bueno en la región metropolitana entiendo que se está, entiendo que se hace, las residencias entregan esa información, la respuesta de la Seremi, a la cual yo me opongo pero es la respuesta de la institución es que es para cautelar la seguridad del personal que trabaja ahí, ¿por qué?, porque tu no sabes si dentro de los mil, bueno y en todo caso migrante y no migrante, o sea se entiende. Tu no sabes, claro quien es asesino en serie, no sabes, no tienes idea, me entiendes un poco cautelando a las TENS que tienen que estar a puertas cerradas con las personas positivas, esa es la discursiva que se plantea desde la Seremi, pero resulta que claro si uno lo pone en la perspectiva de los derechos humanos, desde la perspectiva de la confidencialidad de la información están violando obviamente ciertas normativas que tienen que ver con eso. E27*

En la misma línea, se relata que hasta ahora migrantes que están en situación irregular pueden acceder a las residencias sanitarias a realizar cuarentenas, pero una vez que salen existe la

probabilidad que la PDI los espere a la salida de la residencia, accediendo a su información confidencial como pacientes. Se sostiene que existe un ordinario que protege a migrantes de esta situación, pero dicho ordinario aún no baja a los territorios por lo que la práctica de pesquisa de casos irregulares en residencias sanitarias por parte de la PDI continúa:

*Tú no sabes, tú le vas, porque claro, por ejemplo, tu si encuentras un migrante en situación de irregularidad tú le, y esta positivo, y no tiene donde hacer su cuarentena, tu le dices entonces bueno váyase a una residencia, allá se le van a dar todos los cuidados, no se preocupe que esto es salud no le va a pasar nada. Claro a lo mejor en los diez o catorce días que va a estar allí no le va a ocurrir nada, pero quién te garantiza después que cuando el salga no va a estar la PDI ahí esperándolo entiendes. Entonces este es un problema super delicado, es un tema que esta pasando ahora me entiendes, y ahora lo que en este momento lo que se está es en una, en un pronunciamiento a través de un ordinario de en este caso el ministro, que está al tanto de este tema y esta de acuerdo en el fondo en de alguna manera en rechazar digamos la intervención de la PDI en términos de, de obtener esta información por los derechos por ahí, de derechos y deberes del paciente, eh de rechazar estas estas prácticas porque imagina, o sea cuando la gente migrante se entere que va la PDI o sea olvídate quién va a ir una residencia, o sea no va ir nadie, entonces es un tema, es un tema difícil el problema que esto ordinario estos pronunciamientos igual demoran entiendes, no salen un día para otro, entonces aquí a que eso este va a pasar su buen tipo y en ese buen tiempo probablemente pase esto que se le entregue la información a la PDI pero yo como no estoy en una residencia afuera no puedo saber a ciencia cierta si efectivamente va a ser así, o sea cuando acabe el periodo de una persona en situación de irregularidad salga de la residencia y lo este esperando la PDI. E27*

#### **4.3. Recomendaciones respecto a acciones, normativas y buenas prácticas en torno al cuidado ético de población migrante para residencias sanitarias en futuras crisis sanitarias**

- Chile país multicultural: como primera recomendación surge la necesidad de que Chile se entienda a sí mismo como un país multicultural, en el cual cohabitan personas provenientes de diferentes culturas, territorios y contextos sociales:

*Chile tiene que comenzar a comprender que somos un país multicultural, dejar de pensar desde este nacionalismo barato, que pasa desde la zona centro al sur que no estaban acostumbrados a ver migrantes, pero nosotros siempre en el norte, siempre compartimos con bolivianos y peruanos, para nosotros siempre estuvo. Ahora parece una cosa descontrolada de venezolanos pero no es así, ya en el 2015 ingresaron los colombianos en cantidad importante, entonces la salud debería ser como lo que pasó con pueblos indígenas que tuvieron que adecuarse y colocar intérpretes, conocer cuáles son sus costumbres, poder ser empático con el otro, explicarle, el migrante que viene de otros lados, el cubano, el venezolano, son personas que en sus países todo lo que son tecnologías es super escaso. El cubano no tiene acceso internet en Cuba. Aquí hasta para sacar el C19 hay que llenar formularios, la gente no sabe hacerlo, no se le enseña, eso es lo que le pasa a mucha gente que no entiende cómo se hacen las cosas en Chile y luego si no lo hacen lo vemos súper lapidario. A veces la gente en redes sociales veo tanto comentarios, como de odio y me asombra. Nosotros también fuimos un país que en mitad de la dictadura tuvimos que salir y Venezuela nos acogió, fue el que más acogió y se nos olvida eso. Frente a esta pandemia deberíamos saber que no se sale si no es juntos, adecuar las comidas, poder entender que el migrante no tiene muchas redes, ahora un pañal no es un privilegio es super básico, una toalla higiénica. Adecuar que si te voy a entregar a ti un albergue, que sea pensado para familias migrantes. También pensar en salud mental, en esos lugares tendrían que haber equipos interdisciplinarios, buscar formas. E17*

- Generación de protocolos y normativas específicas para población migrante, con enfoque intercultural: como recomendación para las residencias sanitarias en el marco de futuras crisis sanitarias, se recomienda generar protocolos y normativas específicas respecto a las barreras idiomáticas que hoy se identifican en las residencias sanitarias. Asimismo, generar protocolos desde enfoques interculturales que rescaten el estilo de vida y pautas culturales de migrantes internacionales, entre ellos, todo lo vinculado a alimentación, por ejemplo:

*Así como bien relevante es la barrera idiomática, y también el estilo de vida, la cultura. La alimentación, a veces algunas palabras que nosotros usamos que ellos no entienden, hay cosas más bien culturales que se interponen, pero lo principal es el idioma. E14*

## **5. Aspectos a mejorar en Chile para brindar una mejor atención en salud a migrantes internacionales en contextos de crisis sanitarias y residencias sanitarias**

### **5.1. Aspectos a mejorar en contextos de crisis sanitarias en general**

Uno de los aspectos mencionados por las personas entrevistadas respecto a aspectos a mejorar en atención de salud a migrantes para futuras crisis sanitarias tiene que ver con el **fortalecimiento en relación al acceso a información de salud en general, y a residencias sanitarias en particular, por parte de población migrante**. Se pone énfasis en la necesidad de mayor claridad en la información así como la traducción de la información a otros idiomas, como el creole. Así también que la información baje a las comunidades a través de trabajo directo con éstas:

*Mejorar la información, que los migrantes tengan acceso a material audiovisual, escrito, traductores, fortalecer eso porque la información no llegó bien E12*

*Más información, también de que en cierto modo los puestos de trabajo en estos temas estén dedicados a personas que trabajen, que conozcan a ciertos grupos específicos, quizás que los requisitos sean menos para que más personas puedan acceder a esos cupos. No sé cómo distribuyen los cupos, pero se necesitarían más facilidades porque en ese lugar es importante tener personas de ese tipo. Sería importante que haya más coordinación entre los encargados de las residencias sanitarias, en el sentido de cómo toman las decisiones y que sea más clara la información, los contratos, la forma de reclutamiento, eso, la parte administrativa. E13*

*Yo creo con información más clara, porque nosotros somos una estrategia clara, estratégica para el control de la pandemia. También que hayan más, porque estamos con lista de espera para entrar a las residencias, imagínate, no hay cupo, seguimos, pero seguimos sobreviviendo. E14*

*Que toda la información que se da entorno al coronavirus, los informes, cuando sale el Ministro o la Subsecretaria dando la información, lo dan en español. Entonces me pongo en la situación de persona migrante, me muestran un número y yo no tengo ni idea de qué es ese número, solo veo una serie de dígitos y ni siquiera sé qué será eso, todo depende de la persona que habla español en la casa. Siento que no se ha intentado en el manejo de la pandemia llegar a que todas las personas entiendan bien, sobre cómo funciona, qué está pasando y cuáles son las opciones. Creo que finalmente eso hace que o hay desinformación o que no me de confianza, entonces prefiero estar en mi casa, a lo mejor pasando hambre o qué se yo, pero estando con mi familia. A lo mejor las personas no saben que se pueden ir con todo su grupo familiar, creen que van a estar solos. Creo que hay mucha desinformación porque no han existido las intenciones claras de brindar lo mínimo que es entregar información sobre todo en una pandemia, y para entregar información tienes que agotar todos los*

*medios e imaginar a todas las personas. En el mapa de las personas que están implementando las políticas públicas o pensando la pandemia no está la población migrante. Por eso no se llega a estas personas. E2*

*Debería haber un operativo que baje a todas las poblaciones, que se organice por juntas de vecinos y que se les explique más que nada. Es fácil criticar que él no ocupa mascarilla y todo eso, pero nunca se le ha explicado en detalle. Entonces se da por hecho que se les ha explicado y todo, y eso es un grave error que se ha cometido respecto al manejo de la pandemia. Puede ser que la gestión esté muy bien estructurada y todo, pero cuando se baja la información a la población y no se baja de manera clara, pucha que baje la SEREMI o de las redes asistenciales, que diga hoy día nos vamos a juntar en tal lugar de la comuna, manzana tanto, vamos a explicar qué es el COVID, el uso de la mascarilla y por qué se tiene que utilizar. En sí creo que eso falta. E5*

Personas entrevistadas dan cuenta de la necesidad de un modelaje por parte de las autoridades sanitarias en relación a la información y mensajes que informan por medio de la televisión. Por ejemplo, el uso de mascarillas y el distanciamiento social:

*Por ejemplo en la TV también, que están sin mascarilla y están con estas caretas, y todos sabemos que la combinación de las dos hace el tema de disminuir los aerosoles, y ellos están así, yo encuentro que da una mala imagen. Deberían estar todos con mascarillas. Es como la suma de factoresm debería estar todo alineado. Cómo en la tele no ocupan mascarilla y ocupan caretas, la gente se escuda en eso, algunos. Entonces es un problema más transversal. E5*

Junto con lo anterior, se plantea la **necesidad de formación específica del personal de salud en temáticas de migración, interculturalidad, derechos humanos, género, entre otros. Asimismo, formación en idiomas como creole**, para poder dar respuesta sanitaria a las personas que no hablan español:

*En nuestra formación como profesionales de salud tienen que existir cursos de creole y de lenguas de señas. Eso nos hubiera permitido explicarles qué va a hacer, dónde estaba, qué va a comer 4 veces al día. Si una persona que no hablaba español no tenía la posibilidad de decir si algo no come. Las personas que hablaban español podían decir yo no como leche, soy intolerante a la lactosa. Pero a lo mejor esta persona no comió porque no comía nada de eso, a lo mejor es alérgica, no le gustaba, pero nunca tuvo la posibilidad de decir eso. E2*

*Tener también más personas que manejen otros idiomas. Fomentar en el personal de salud becas o algo para poder generar que manejen más idiomas. Manejar un solo idioma es súper limitante. El inglés deberíamos todos manejarlo. Dentro de un equipo de salud cuando estuve en otro equipo de salud eramos 4 no más los que hablábamos inglés, algo que es básico. Deberíamos todos hablar inglés y manejar otros idiomas. E5*

## **5.2. Recomendaciones para una mejor atención de salud a población migrante en residencias sanitarias**

Entre las recomendaciones que surgen de las personas entrevistadas en relación a mejorar la atención a población migrante en residencias sanitarias se encuentran:

- Comunicación de la información respecto al COVID-19, con pertinencia cultural: mejorar la comunicación de la información respecto al acceso y uso de las residencias sanitarias por parte de población migrante. Las personas entrevistadas sostienen que para lograr este objetivo se requiere

trabajo directo con las comunidades migrantes, para lograr una comunicación efectiva respecto a las residencias sanitarias para población extranjera:

*Más educación a la población, no tratando de que si llega bien o si no llega bien. Cerciorarse de que la información llegue a la población, más búsqueda activa, que sea más directa, realmente ofrecerles a ellos las ayudas. Yo no sé si las ayudas de las cajitas llegaron a estas personas, porque ellos no están inscritos, entonces yo primero me cercioraría, me plantaría con un camión en la calle, porque por RUT y eso puede que no estén llegando. Como que se asume que están en Chile y suerte que te vaya bien. E11*

*Es importante el trabajo con la comunidad migrante, con la sociedad civil organizada, con las organizaciones de migrantes. Siempre va a ser mucho mejor transmitirle la información a una organización que individualmente, persona a persona. Hay organizaciones que ya tienen historia, que tienen trayectoria. Es trabajo siento que podría mejorar. Que ellos pudiesen mejorar la oferta. Para que las personas puedan acceder sin temor a que los vayan a expulsar del país, si es que están en una situación nada que ver con la gestión migratoria, ni con el ministerio del interior, ni con la policía. Esto es simplemente un tema de salud que tratamos de resguardar la vida de las personas, que son servicios temporales, que es gratuito, que si no tienen RUT no importa, que en la planilla se le pondrá su número de pasaporte. Esos temas que son finos pero que pueden ayudar a disminuir el temor al ingreso en una residencia sanitaria. E6*

*Después yo cuando hice la licitación de, del del como se llama del de las cápsulas radiales uno de los temas era que fueran los modismos lenguaje de colombianos y bolivianos ya, me pusieron música de fondo ad hoc y todo y eee que era para dar las medidas de prevención básica y lo otro es que lo hicieron en esta radio. E28*

Junto a esto, se sostiene que se requiere generar información no solo en español sino también en la lengua de poblaciones migrantes específicas como creole:

*Generar mayor información a la que pueda acceder toda persona, si al final todos nos podemos contagiar y eso faltó información, por qué no se dio uso en su totalidad, sobre todo para personas migrantes que tampoco tuvieron información en su lengua, era importante para hacer aislamiento, es un lugar tranquilo, con comodidades. E12*

- Incorporación del enfoque intercultural en las residencias sanitarias: intencionar la incorporación del enfoque intercultural en las residencias sanitarias, desde el quehacer de todos los estamentos que ejercen algún rol en estos establecimientos. Se sostiene la necesidad de que en las residencias sanitarias se fomente un diálogo intercultural, que anime las relaciones horizontales entre las personas y se resignifiquen las tradicionales relaciones de poder, generando modelos de relaciones sociales más empáticas para con migrantes internacionales:

*La última cosa que yo creo que también sería super importante es el enfoque, sin duda alguna, el enfoque intercultural, i o sea que básicamente tiene que ver con este diálogo de igual a igual, con el otro, más allá que venga de otro país este diálogo de igual a igual, y donde obviamente la empatía, la comunicación horizontal este y en donde por ejemplo yo no me veo desde un ámbito de poder porque tu sabes que el país que recibe tiene poder sobre aquel que sale de otro país. Entonces si uno termina con esa misma reproducción se van a seguir repitiendo estas prácticas donde el que tiene el poder humilla, trata mal, da poca información este o le da información errónea cachai. E27*

*Mejoraría el incipiente trabajo que hay con los que están a cargo de la coordinación central, desde la coordinación central de las residencias sanitarias. Implementaría un trabajo más de la mano con el*

referente migrante, ya sea cualquiera de las subsecretarías que tiene el ministerio de salud, cosa que las personas que trabajen en estas residencias sanitarias, y también ampliarlo al personal de hotelería que está trabajando ahí, pudiese tener un bagaje general de la salud intercultural, de los derechos que tienen, independiente de lo que me pueda personalmente generar el tema de la migración o no, hay una norma que ya está implementada, hay una política, que conozcan esos elementos normativos básicos, en un marco de respeto de los derechos humanos. Usted puede tener la opinión que quiera sobre los migrantes, pero trabajando aquí este es el estándar mínimo que tiene que cumplir, y que tiene que ver con brindar una atención con pertinencia cultural, no renunciaría a eso. Formalizarlo de mejor manera. Una inducción de unas dos horas o tres horas y dejar el nexo por cualquier eventualidad que pueda pasar. Tenemos desplegados en todos los Servicios del país referentes migrantes. Tenemos personas comprometidas con el tema que conocen la normativa, la plataforma está. E6

- Incorporación de facilitadores/as interculturales en las residencias sanitarias: las personas entrevistadas dan cuenta de la necesidad de incorporar de manera permanente facilitadores interculturales en las residencias sanitarias. Esto con el fin tanto de traducción idiomática para aquellos/as migrantes que no manejan el español, como de traducción cultural general, con el fin de que estas figuras establezcan puentes entre el personal de salud y administrativo de las residencias sanitarias, y las y los usuarios migrantes internacionales:

*Si al corto plazo no vamos a tener formación en creol por parte de profesionales que están trabajando en las residencias, lo mínimo es tener un apersona que permita hacer de traductor/traductora, y no uno por área o uno por si llega alguien, eso es un amedida demasiado parche y demasiado incluso contra los derechos humanos. Debiesen ser personas que estén constantemente en esos lugares. Implementar la información que esté en español en otros idiomas. Por ejemplo, personas que manejen el mapudungun no hubieran podido entender bien cómo funcionan o las reglas de las residencias. Que hayan informativos en creol. A eso voy. Que no solo estén las reglas o los informativos en español. Creo que es una de las medidas que se podrían tomar perfectamente. E2*

- Residencias sanitarias como espacios de acceso a información y educación para migrantes internacionales: se sostiene que se debiera aprovechar la estadía de personas migrantes internacionales en las residencias para generar instancias de información y educación con ellos y ellas en diversas temáticas, entre ellas medidas de prevención de COVID-19, pero también de acceso y uso del sistema de salud chileno en sus distintos niveles, trámites administrativos para la regulación de la situación migratoria, entre otras:

*Creo que se podrían crear instancias más educativas en la residencia. El tiempo da para eso. Hay mucho tiempo muerto. Por ejemplo yo que tenía que ver que las personas estuvieran bien, hacer dos controles vitales al día, si bien habían momentos en que habían hartas personas y uno está un poco colapsada, igual hay momentos en que podríamos haber generado más instancias educativas siento yo. Pero existía mucho temor a entrar a las habitaciones, tenía que hacer todo muy rápido, muy corto. Efectivamente pudimos haber hablado sobre el sistema de salud, dar indicaciones a las personas, recomendaciones más en profundidad, que no estaba en la indicación de todes hacerlo. Yo obviamente intentaba educar, dar indicaciones sobre todo al salir de la residencia, qué va a pasar después, qué hago con mi familia, les saludo o no les saludo, y eso no puede ser cosa del trayecto, explicárselo cuando estás caminando hacia la ambulancia o el furgón que te lleva de vuelta. Esas cosas se tienen que hacer previamente y no tome ahí está el informativo léaselo ahí está todo. No porque hay preguntas que surgen cuando se logra decantar toda esa información. Son sesiones de educación que perfectamente se pueden hacer con anticipación. E incluso creo que no es solo para la*

población migrante, yo creo que harta población en general no sabe muy bien cómo funciona el sistema de salud, en especial a personas que vienen llegando hace poco, en esta idea de migrar, buscar nuevas oportunidades, nueva vida, distintas motivaciones, y justo te contagiaste y te fuiste a la residencia y todavía no entiendes bien cómo funciona el sistema. Un montón de cosas. Era la instancia sobre todo porque las personas estaban ahí solas todo el día. Algunas veces con compañeros de habitación, pero creo que se les podría haber dado un acompañamiento más constante, no solo un control de signos vitales. E2

En las residencias me gustaría que tomaran un rol más educacional. En torno a entregar folletos, explicar qué son los EPP, por qué se está en las residencias más que nada. Explicar lo que puede pasar, qué hace el COVID y todo eso. Y medidas para que cuando se vayan a su casa, con estudios recientes, con papers y todo, explicarles que se tienen que seguir cuidando, porque no se sabe mucho todavía del virus. Esos son los problemas que he notado mientras he estado en esto. Pero la educación a la población creo que ahí hemos estado bien pobres. Digo hemos estado porque uno siempre puede aportar en eso, pero faltarían unidades territoriales para poder explicarle a la gente y así por lo menos la gente pudiera tener un acceso a preguntar y a saber qué está pasando, cómo es esto, y ahí recién criticar y echarle la culpa a la población como lo hacen. Por eso, educar a la población, creo que falta educación. Promoción y prevención, creo que ahí estamos al debe en el tema del COVID. E5

Exacto yo creo que eso es un tema que se podría mejorar y para eso tal vez lo que sería ideal residencia sanitaria no solamente tenga un profesional de la salud sino que ya aquí la intervención no sólo es sanitaria, porque esto tiene otro componente. También es importante que hubieran profesionales de ámbito social que fuesen partes de estos modelos. Ahora yo me puedo equivocar pero a veces eso puede ser una cosa que sea resorte del minsal, pero son temas de coordinación de ajuste. Entonces yo te diría que cosas es que uno podría mejorar. Tener maletines informativos para las personas que están en residencias. Poder fortalecer o dotar de personal a las residencias con formación en el área social que tenga conocimiento de trabajo con migrantes, no necesitas un equipo por residencia, puedes tener a una dupla móvil que le vas entregando acciones y coordinaciones. E32

Exacto, yo creo que hay un elemento clave ahí en algunos casos se ha podido avanzar nosotros por ejemplo estamos avanzando en eso junto con la Seremi de salud de Tarapacá y la gobernación provincial de Iquique. Particularmente por el liderazgo del gobernador y del Seremi de salud de poder tratar de tener intervenciones tempranas en la residencia sanitaria. Las personas están ahí no tienen que hacer, o sea, va a estar ahí un público cautivo que tiene, entonces lo ideal sería que esas personas por ejemplo, entendiendo que están en sus piezas etcétera, pero pudiera haber alguna modalidad de entregarles información. Que reciban información sobre la red de organizaciones que trabaja con migrantes las distintas ciudades. Que reciban información sobre lo que implicó este proceso denuncia y autodenuncia. O sea, que puede ser una carpeta formativa. Ahora yo sé y lo estamos trabajando la OIM con el minsal y otras agencias la ops y otras, se van a entregar 5 dípticos informativos y algunos que son bien interesantes. Pero por ejemplo no específicamente sobre el tema migratorio, sobre la condición migratoria, o sobre los dispositivos más sociales Y eso es cosa de coordinación. Yo diría que es un tema importante que tiene que ver con lo que hablábamos antes que tú me preguntabas, O sea si no tuviste información en el trayecto o en el proceso de ingreso a nuestro país, bueno que tengas esa información en el lugar donde estás estacionado hasta que puedas continuar. Información de esto mismo de la salud de la educación. Por lo menos que tenga ciertas pistas para que cuando salgas no te cuenten cuentos. E32

Sería bueno un documento o una charla informativa sobre cómo son los temas protocolares cuando ellos necesitan una información más específica, si tienen que ir a su consulado, dónde queda su consulado. Porque igual nos han hecho esas preguntas, y nosotros investigando logramos llegar. Pero estas preguntas que nos pueden pillar desprovistos sería bueno saber qué hacer. Si es que va a llegar



*un migrante ilegal, si es que hay que notificarlo. Algo más preventivo más que de mecanismos de acción. Pero en general es un paciente más, entonces no hay un manejo diferente, a menos que en verdad requiera un manejo de idioma diferente, como nos pasó esta situación con el paciente que solo hablaba creole. E4*

- Capacitación al personal de salud de las residencias sanitarias para un cuidado ético de personas migrantes internacionales: en las entrevistas se sostiene la necesidad de capacitar al personal de salud que se desempeña en las residencias sanitarias en temáticas de migración y salud, proceso migratorio, interculturalidad, derechos humanos, participación, entre otras áreas.

*Lo otro es que se hicieran capacitaciones para el personal de salud que está trabajando en residencias para dar un trato ético a las personas migrantes. Ya sea desde considerar el sistema de creencias de dónde viene, entregarle información de una forma de que la persona entienda, porque quizás uno usa tecnicismos chilenos que las personas no los van entendiendo, o quizás personas que llevan como 3 años viviendo acá quizás recién entienden. Sería importante que ellos puedan entender qué hacer después de salir de las residencias o cómo ir a las residencias, porque las cosas que están hechas están hechas solo para las personas chilenas, en ese sentido siento que está muy sesgado. E1*

*Principalmente creo que los profesionales de salud estamos super al tanto de la necesidad de capacitación con este punto. En otro momento pensaría una capacitación aah que estoy diciendo?! Pero hoy día creo que para nosotros sería una necesidad. Entonces efectivamente más capacitación. Falta el espacio de capacitaciones desde lo legal. Nosotros recibimos capacitaciones continuamente que van cambiando todas las semanas. Creo que lo más complejo para nosotros desde el área de salud ha sido el cambio de normas técnicas, de normativas semanalmente que nos han mantenido todo el rato en constante lectura de análisis de las leyes, de cómo tienen que llegar, que son 14, que son. En eso nos mantienen súper capacitados, que cuántos días, que son 7, que son 8. Pero no tenemos idea qué pasa con esta población que de la noche a la mañana dejó de aparecer. Que antes eran 80 al día y hoy día uno a la semana, tres. Teníamos 3 residencias sanitarias y ahora tenemos una con 15 personas. Nos falta información. Estoy segura que con mayor capacitación, que con mayor entendimiento, nosotros podríamos manejar de muy buena manera la cantidad de población que ingresa. E8*

*Por supuesto capacitar al personal que se encuentra dentro de la residencia que se elige. Creo que no solamente el personal de salud es pertinente sino que también las personas que los van a recibir en el lugar. Además de la capacitación que es un eje transversal que siento que es una falencia con respecto a estos espacios nuevos que se crean. E8*

*También hay cosas que se están haciendo en desarrollo, se van a hacer capacitaciones a funcionarios de la residencia. Es un tema importante el fortalecimiento de capacidades del personal de la residencia sanitaria. E32*

*Yo creo que, yo creo que es super importante eso, el ir más allá el el que la gente este sensibilizada al tema de migración y más que el tema de migración como tal, sino que al proceso de migración ya, que vienen en malas condiciones y todo lo demás E28*

- Incorporación de atención de salud mental de forma permanente en las residencias sanitarias, con foco particular en población migrante internacional: en las entrevistas se recomienda la incorporación de atención en salud mental para población migrante internacional en las residencias sanitarias de manera más sistemática de lo que sucede en la actualidad, donde hay residencias que cuentan con este tipo de atención, pero en otras no. Se sostiene que se identificaron varios casos de personas descompensadas en el área de salud mental, y las residencias no pudieron siempre dar respuesta a estas situaciones:

*Faltó también mayor asistencia psicológica, se dio al final, pero tú veías pacientes descompensados en temas de salud mental, tratar de desarrollar atención telefónica eso no fue en primera instancia... en otra ocasión debería estar más contemplada esa parte. E12*

- Articular el trabajo en red entre las residencias sanitarias con el sistema de salud y otras reparticiones del Estado, organizaciones internacionales, y organizaciones de la sociedad civil y de migrantes: las personas entrevistadas sostienen que en los espacios de las residencias sanitarias se debiera generar una articulación de las redes del sistema de salud en temáticas de COVID-19, por ejemplo, tema de trazabilidad. Además de eso, articulación entre las residencias sanitarias y atención primaria, para la derivación de las personas migrantes a estos espacios de salud, facilitando el acceso y uso de estos. Para esto, se sostiene que es necesario que desde las residencias sanitarias se haga un seguimiento de las personas migrantes que ingresan, para poder tener un registro de las regiones y comunas donde habitan o piensan habitar, las redes de apoyo con las que cuentan, etc. Asimismo, necesidad de coordinar el trabajo en red para aquellas personas migrantes que requieren asistencia humanitaria, con las agencias e instituciones estatales y de la sociedad civil a cargo de estas temáticas:

*Articular mucho mejor las redes, sobre todo con atención primaria en salud, porque pasaba mucho que la gente llegaba, no sabía cómo había llegado o había llegado porque había llamado por teléfono. Siento que la trazabilidad que se está haciendo en APS se podría coordinar mucho mejor el tema de las residencias sanitarias incluso si hubiera esa misma trazabilidad coordinada con el MINSAL. Porque esas dos trazabilidades no quedan en el mismo sistema, entonces los datos que se obtienen de trazabilidad no van a las residencias sanitarias y ahí no se puede saber bien el contexto en el que vive la persona migrante, en qué situación está, si es que tiene rut o no tiene rut, si en verdad se atiende en un CESFAM o si es del sector del CESFAM. Porque al fin y al cabo quedan al aire, sobre todo los niños que no tienen RUT chileno quedan muy al aire en cuanto a las atenciones o elementos que podrían darle desde la ayuda socioeconómica a personas migrantes. E1*

*Creo que también un espacio que sea coordinado con algunas otras entidades. Creo que lo que se está haciendo en la residencias sanitarias no se ha traducido a ningún otro espacio. Claro, hay un número. Pero no sé si sabemos a dónde van después. Eso no lo tenemos que registrar. No hay ningún registro sobre dónde va a esta persona, con quién se va esta persona, qué va a ser de su vida, se va a quedar en situación de calle, se va a la casa de su hermana, a la casa de su mamá, va a internarlo por sus medios. Creo que hay una pérdida de oportunidad con estas personas que se ingresó, aprovechar desde lo sanitario, de reconocer qué va a ocurrir con ellos, porque el día de mañana son por supuesto la misma población que vamos a tener que atender en los consultorios. Entonces, no sabemos qué pasa con ellos, qué va a ocurrir. Por eso se desprotegen, hasta aquí llega nuestro cuidado, saber que usted no tenga fiebre. Como que se pierde, creo. Se pierde esta posibilidad de enriquecer este espacio que se pudo dar de recepción. E8*

*Aprovechar estas instancias desde la salud y coordinarlas con las otras entidades. Esta falta de coordinación entre todos los agentes que trabajamos o quienes nos vamos a vincular durante este proceso de migración no están coordinados. Hay una separación, uno es pa esto este es pa lo otro, como ocurre en nuestro sistema en general, como nos pasa en todo. Entonces creo que residencias sanitarias viene a ser un espejo de lo que es en general nuestro sistema de salud hoy en Chile. E8*

*Hay una cuarta que puede tener que ver con asistencia humanitaria que uno pudiera coordinar mientras estas personas están ahí. E32*

## VI. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del estudio, y de acuerdo con lo señalado por los/as participantes de este estudio de manera explícita o implícita, tanto entrevistados/as migrantes internacionales, como autoridades, administradores de residencias sanitarias y personal de salud entrevistado, se han establecido una serie de recomendaciones principales para el cuidado ético de migrantes internacionales en residencias sanitarias en contexto de crisis sanitaria:

### 1. DIMENSIÓN: Cruce de fronteras y medidas sanitarias

#### RECOMENDACIONES:

- Fortalecer el trabajo en red con países vecinos para el resguardo y cuidado de personas migrantes que cruzan e ingresan a Chile por pasos no habilitados, arriesgando sus vidas y la de NNA migrantes.
- Resguardar los derechos de las personas que crucen fronteras, con especial énfasis en aquellos/as que lo hacen por pasos no habilitados, en particular, niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes.
- Generar dispositivos de información sanitaria en el cruce de fronteras para migrantes regulares e irregulares que ingresan al país, desde enfoques de interculturalidad y derechos humanos.
- Generar programas de capacitación para personal de fronteras (PDI, carabineros, personal de salud, entre otros), en temáticas de migración y salud, con enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género.
- Permitir el acceso y uso de albergues y residencias sanitarias para la realización de cuarentenas a todos/as los/as migrantes internacionales que se encuentran en el territorio nacional, sin importar su condición migratoria ni su fecha de ingreso al país.
- Fortalecer las estrategias de prevención de COVID-19 implementadas en frontera, tal como el ingreso a albergues sanitarios, incorporando planificaciones que resguarden el cuidado ético en estos recintos (medidas que eviten el hacinamiento, situaciones de riesgo, y contagios de COVID-19 para población migrante internacional, resguardo de la confidencialidad).

#### - INDICADORES DE ÉXITO A 10 AÑOS:

- Fortalecimiento de la red de trabajo con países fronterizos para el resguardo de población migrante, desde un enfoque de ética del cuidado, derechos humanos, interculturalidad y género.
- Instalación de dispositivos de información sanitaria en el cruce de fronteras para migrantes regulares e irregulares que ingresan al país.
- Generación de capacidades en personal de frontera para que cuenten con las herramientas necesarias para velar por la vida y la salud de personas que ingresan por pasos no habilitados al país, desde un enfoque de cuidado ético de migrantes internacionales.
- Instalación permanente de albergues sanitarios en frontera para prevenir el contagio de COVID-19 u otras amenazas que se produzcan en el marco de futuras crisis sanitarias.

- Lograr la capacitación de todo el personal de fronteras (PDI, carabineros, personal de salud, entre otros) en temáticas de migración y salud, con enfoque de ética del cuidado de migrantes internacionales, derechos humanos, interculturalidad y género.

**2. DIMENSIÓN:** Condiciones de vida de migrantes internacionales en Chile en contexto de pandemia

**RECOMENDACIONES:**

- Potenciar el trabajo en red entre organismos estatales, de la sociedad civil, y organismos internacionales que resguarden a niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales que están ingresando sin la tutela de un adulto al país.
- Reforzar los lineamientos administrativos y judiciales que favorecen la reunificación familiar de migrantes internacionales en Chile, con especial atención en NNA migrantes que ingresan solos al país para reunirse con sus familias.
- Potenciar la incorporación del enfoque de interculturalidad en las residencias del SENAME, para resguardar que el ingreso y cuidado de NNA migrantes en estos recintos se realice con pertinencia cultural y resguardo de sus derechos.
- Potenciar programas de acción intersectorial que resguarden la situación de personas y familias migrantes que ingresan al país y que, dado en contexto de pandemia, viven en situación de calle en diversas ciudades del país, especialmente en las regiones del norte del territorio.
- Reforzar el acceso de migrantes internacionales a la red de protección social nacional, con el fin de mitigar las malas condiciones de vida a las que esta población accede en el país (hacinamiento, falta de acceso a servicios sanitarios básicos) y, con ello, que puedan adherir a las medidas de prevención del COVID-19, tales como cumplimiento de cuarentenas, distanciamiento social, uso de mascarillas, lavado de manos.
- Fortalecer, desde atención primaria, el trabajo comunitario con migrantes internacionales a lo largo del país, para la realización de trabajo educativo, informativo y de prevención en salud en los contextos de vida de migrantes internacionales.

- **INDICADORES DE ÉXITO A 10 AÑOS:**
- Instalación de red de trabajo intersectorial especializada en el resguardo de NNA migrantes en el territorio nacional, coordinada por agencia estatal, designada para este fin específico.
- Generar una política de Estado intersectorial, que priorice desde los diversos ámbitos, la reunificación familiar de migrantes internacionales.
- Instalación de redes intersectoriales que velen por el resguardo a migrantes internacionales, para evitar la situación de calle de personas y familias migrantes a lo largo del territorio nacional.
- Generar políticas que velen por el acceso de migrantes internacionales a viviendas dignas y acceso a servicios sanitarios básicos, generando con ello un cuidado ético de esta población desde el quehacer del Estado.

- Instalación del trabajo comunitario con población migrante internacional en el quehacer del personal de salud de atención primaria, generando con ello seguimiento y control de las condiciones de vida de esta población, y trabajo educativo, informativo y de prevención en salud.

**3. DIMENSIÓN:** Acceso a información y adherencia a medidas de prevención de COVID-19 por parte de migrantes internacionales.

**RECOMENDACIONES:**

- Potenciar estrategias de comunicación sanitaria del COVID-19, incorporando un enfoque de interculturalidad en salud, y con pertinencia cultural.
- Potenciar la información respecto al acceso y uso de las residencias sanitarias por parte de población migrante, tanto a través de campañas publicitarias masivas, como mediante trabajo directo con las comunidades migrantes en los diversos territorios a nivel nacional.
- Potenciar la información en relación al COVID-19 y residencias sanitarias en diversos idiomas.
- Empoderar en salud a líderes migrantes internacionales para la comunicación de información de COVID-19 en sus comunidades.

- **INDICADORES DE ÉXITO A 10 AÑOS:**
- Generar línea de trabajo específica desde el Ministerio de Salud para la prevención de crisis sanitarias con población migrante internacional.
- Instalar, desde Redes Asistenciales y Seremi, información permanente sobre acceso y uso de residencias sanitarias en contextos de crisis sanitarias en población migrante internacional, con enfoque de interculturalidad en salud.
- Capacidad instalada en todos los niveles de atención de salud información sobre acceso y uso de residencias sanitarias para migrantes internacionales en contextos de crisis sanitarias en diversos idiomas.

**4. DIMENSIÓN:** Acceso y uso del sistema de salud por migrantes internacionales en Chile en contexto de COVID-19.

**RECOMENDACIONES:**

- Generar estrategias para la implementación, en todo el territorio nacional, del enfoque de interculturalidad en salud para migrantes internacionales en todos los niveles de atención del sistema de salud chileno.
- Facilitar el acceso y uso del sistema de salud para migrantes internacionales, con implementación de normativas y programas que faciliten el acceso y uso del sistema en contexto de pandemia.

- Potenciar la información sobre acceso y uso del sistema de salud para migrantes internacionales en relación a COVID-19.
- Fomentar la inclusión de la figura de facilitadores/mediadores interculturales en los distintos niveles del sistema de salud, delimitando con claridad su rol y funciones en los equipos de salud.
- Crear equipos de salud interculturales en atención primaria.
- Profundizar el trabajo comunitario con población migrante internacional, fomentando en los territorios la prevención y cuidado del COVID-19, e informando sobre acceso y uso del sistema de salud, así como de residencias sanitarias, para migrantes internacionales.
- Profundizar el trabajo de erradicación de prácticas xenófobas y de discriminación de migrantes internacionales en el sistema de salud.
- Potenciar el enfoque de género en las estrategias hacia migrantes internacionales en salud, velando por los derechos en salud de niñas y mujeres gestantes en contextos de crisis sanitaria.

**- INDICADORES DE ÉXITO A 10 AÑOS:**

- Generación de capacidades en todo el personal de atención primaria del territorio nacional en temáticas de migración y salud, interculturalidad, derechos humanos y género, con énfasis en la erradicación de la xenofobia y discriminación hacia migrantes internacionales.
- Instalación, a nivel nacional, de facilitadores/mediadores interculturales en atención primaria.
- Instalación, a nivel nacional, de equipos de salud interculturales en atención primaria.
- Instalación desde el Ministerio de Salud, de red de actualización permanente sobre normativas en materia de migración y salud a nivel de atención primaria, de acceso para todo el personal de salud, la cual facilite el acceso y uso del sistema de salud por parte de migrantes internacionales.
- Instalación de estrategias de prevención de crisis sanitarias, con pertinencia cultural, dirigida a migrantes internacionales, en los distintos niveles del sistema de salud, y con énfasis en el trabajo territorial.
- Instalación en atención primaria, de un enfoque de género en la atención a migrantes internacionales, con foco en niñas y mujeres gestantes, con el fin de velar por el cuidado ético de esta población específica.

**5. DIMENSIÓN:** Cuidado ético a migrantes internacionales en residencias sanitarias

**RECOMENDACIONES:**

- Intencionar la incorporación del enfoque de interculturalidad y de salud intercultural en las residencias sanitarias, desde el quehacer de todos los estamentos que ejercen algún rol en estos establecimientos.

- Generar estrategias para la incorporación de facilitadores/as interculturales en las residencias sanitarias, con el fin de que realicen tanto de traducción idiomática para aquellos/as migrantes que no manejan el español, como de traducción cultural general.
- Potenciar la presencia de personal de salud extranjero en las residencias sanitarias, con el fin de facilitar la comunicación y generar atención en salud con pertinencia cultural con usuarios/as migrantes internacionales.
- Generar estrategias para que los albergues sanitarios y las residencias sanitarias sean espacios de acceso a información y educación en salud en general, y a prevención y manejo del COVID-19 en particular, para migrantes internacionales. Así también información en relación a regularización de situación migratoria.
- Capacitación del personal de salud de las residencias sanitarias para un cuidado ético de personas migrantes internacionales, en temáticas tales como migración y salud, proceso migratorio, interculturalidad, derechos humanos, participación, entre otras.
- Incorporación de atención de salud mental de forma permanente en las residencias sanitarias, con foco en población migrante internacional.
- Potenciar la articulación del trabajo en red entre las residencias sanitarias con el sistema de salud y otras reparticiones del Estado, organizaciones internacionales, y organizaciones de la sociedad civil y de migrantes, para abordar temas como trazabilidad de COVID-19, vulnerabilidad social, situación de calle de población migrante internacional en contexto de pandemia, entre otros.
- Potenciar la articulación entre las residencias sanitarias y atención primaria, para la derivación de las personas migrantes a atención primaria una vez dados de alta de las residencias, facilitando el acceso y uso del sistema de salud por parte de migrantes internacionales.
- Potenciar el seguimiento de las personas migrantes que son dados de alta de las residencias sanitarias, con el fin de tener un registro de las regiones y comunas donde habitan o piensan habitar, las redes de apoyo con las que cuentan, etc.
- Coordinación en las residencias sanitarias del trabajo en red para aquellas personas migrantes que requieren asistencia humanitaria, con las agencias e instituciones estatales y de la sociedad civil a cargo de estas temáticas.
- Generar estrategias de autocuidado para el personal de salud al interior de las residencias sanitarias.
- Velar por el cuidado de la confidencialidad de migrantes internacionales en residencias sanitarias, en lo que refiere a personal de salud pero también por parte de Carabineros y PDI en lo que respecta al seguimiento de migrantes que ingresan a las residencias sanitarias.
- Velar por el resguardo de los principios de justicia y no maleficencia hacia migrantes internacionales en las residencias sanitarias, incorporando en todo el quehacer de estas instituciones enfoques de derechos humanos, género, equidad, participación, determinantes sociales, e interculturalidad.

**- INDICADORES DE ÉXITO A 10 AÑOS:**

- Instalación de residencias sanitarias para migrantes internacionales a nivel nacional, con enfoque de interculturalidad.
- Instalación de facilitadores/mediadores interculturales en las residencias sanitarias para migrantes internacionales, a nivel nacional.

- Personal de albergues y residencias sanitarias a nivel nacional capacitados en interculturalidad en salud, migración y salud, cuidados éticos para migrantes internacionales, derechos humanos y género.
- Instalación de trabajo en red entre residencias sanitarias y atención primaria para trabajo coordinado con población migrante internacional, para derivaciones desde residencias sanitarias, como seguimiento de casos y acceso de migrantes internacionales al sistema de salud.
- Generación de normativa, emanada desde el nivel central, que vele por el cuidado ético de migrantes internacionales en residencias sanitarias a nivel nacional, incluyendo contenido referido a: incorporación de facilitadores/mediadores interculturales en las residencias sanitarias; personal capacitado en interculturalidad en salud, con foco en migración internacional; vigilancia del cuidado de la confidencialidad relativa a la información de migrantes internacionales en residencias sanitarias.

A las recomendaciones propuestas se suman los principios rectores y prioridades del marco normativo de la OMS referido al Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023 (2017):

#### **PRINCIPIOS RECTORES**

- i. El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.
- ii. Igualdad y no discriminación.
- iii. Acceso equitativo a los servicios de salud.
- iv. Sistemas de salud centrados en las personas, que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y los aspectos de género.
- v. Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud.
- vi. Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad.
- vii. Participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes.
- viii. Alianzas y cooperación.

#### **PRIORIDADES**

1. Promover la incorporación de la salud de los refugiados y los migrantes en los programas mundiales, regionales y nacionales y en la planificación para casos de emergencia.
2. Promover políticas de salud que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes, la protección jurídica y social, y las intervenciones programáticas.
3. Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud.
4. Reforzar los sistemas de seguimiento de la salud y los sistemas de información sanitaria.
5. Acelerar los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluida la cobertura sanitaria universal.
6. Reducir la mortalidad y la morbilidad entre los refugiados y los migrantes mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo.



7. Proteger y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos de refugiados y migratorios.
8. Promover la continuidad y la calidad de la atención.
9. Elaborar, reforzar y aplicar medidas de seguridad y salud en el trabajo.
10. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas refugiadas o migrantes.
11. Apoyar las medidas destinadas a mejorar la comunicación y a luchar contra la xenofobia.
12. Fortalecer las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional

## REFERENCIAS

- (1) Castelli F. Drivers of migration: why do people move? *Journal of travel medicine*. 2018;25(1):tay040.
- (2) OIM. WORLD MIGRATION REPORT. 2020.
- (3) Segal U. Globalization, migration, and ethnicity. *Public health*. 2019;172:135-42.
- (4) Cerrutti M, Parrado E. Intra-regional migration in South America: trends and a research agenda. *Annual Review of Sociology*. 2015;41:399-421.
- (5) UN. Population Facts. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 September 2019.
- (6) INE. Estimación de Población Extranjera en Chile. 2019 [Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/07/Minuta-Estimaci%C3%B3n-Regional-y-principales-Comunas.pdf>]
- (7) CASEN. Inmigrantes Síntesis de resultados 2017 [Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Inmigrantes\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf)]
- (8) Ortiz-Muñoz, L. E., Pantoja, T., & Morel, M. (2020). Resumen SUPPORT de una revisión sistemática: Cuarentena sola o en combinación con otras medidas de salud pública para controlar el COVID-19: una revisión rápida. *Satellite Cochrane EPOC-CHILE*.
- (9) Cabieses, B. (2020). Encuesta sobre COVID-19 a Poblaciones Migrantes Internacionales en Chile: Informe de Resultados Completo. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM). <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3267>
- (10) Blukacz, A. y B. Cabieses (2020), "COVID-19: Leaving no one behind in Latin America". *The Lancet*, vol. 296, N°10257.
- (11) Burke, S., J. Bethel, y A. Britt (2012). "Assessing disaster preparedness among Latino migrant and seasonal farmworkers in eastern North Carolina". *International journal of environmental research and public health*, vol.9, N°9.
- (12) Guo, C., T. Sim, y H. Ho (2020). "Evaluation of risk perception, knowledge, and preparedness of extreme storm events for the improvement of coastal resilience among migrants: A lesson from Hong Kong". *Population, Space and Place*, e2318.
- (13) Gushulak, B. D., Weekers, J., & MacPherson, D. W. (2009). Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2(1), 7091.
- (14) Crispi, F., Cherla, A., Vivaldi, E. A., & Mossialos, E. (2020). Rebuilding the broken health contract in Chile. *The Lancet*, 395(10233), 1342.
- (15) Ministerio de Salud de Chile. (2020). Orientación técnica de las residencias sanitarias plan COVID-19. <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/664/Orientación%20técnica%20de%20las%20Residencias%20Sanitarias.%20Plan%20COVID19.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- (16) Leider, J. P., DeBruin, D., Reynolds, N., Koch, A., & Seaberg, J. (2017). Ethical guidance for disaster response, specifically around crisis standards of care: a systematic review. *American journal of public health*, 107(9), e1-e9.
- (17) Ong, W. Y., Yee, C. M., & Lee, A. (2012). Ethical dilemmas in the care of cancer patients near the end of life. *Singapore medical journal*, 53(1), 11-16.
- (18) Chen S, Zhang Z, Yang J, Wang J, Zhai X, Bärnighausen T, et al. Fangcang shelter hospitals: a novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*. 2020.

- (19) Wang K-W, Gao J, Song X-X, Huang J, Wang H, Wu X-L, et al. Fangcang shelter hospitals are a One Health approach for responding to the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *One Health*. 2020;10:100167.
- (20) Fang D, Pan S, Li Z, Yuan T, Jiang B, Gan D, et al. Large-scale public venues as medical emergency sites in disasters: lessons from COVID-19 and the use of Fangcang shelter hospitals in Wuhan, China. *BMJ global health*. 2020;5(6):e002815.
- (21) Li X, Liu M, Zhou R, Zhang Y, Wu C, Xu L. Centralized medical quarantine for imported COVID-19 in Shanghai, China. *J Travel Med*. 2020;27(5):taaa109.
- (22) Goei A, Tiruchittampalam M. Community Care Facility—A Novel Concept to Deal With the COVID-19 Pandemic: A Singaporean Institutions Experience. *J Public Health Manag Pract*. 2020;26(6):613-21.
- (23) Chia ML, Him Chau DH, Lim KS, Yang Liu CW, Tan HK, Tan YR. Managing COVID-19 in a Novel, Rapidly Deployable Community Isolation Quarantine Facility. *Ann Intern Med*. 2020.
- (24) Saurabh S, Kumar R, Kumar N, Bhardwaj P, Nag VL, Garg MK, et al. Dynamics of SARS-CoV-2 transmission among Indian nationals evacuated from Iran. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020:1-20.
- (25) Joshi RK, Ray R, Adhya S, Chauhan V, Pani S. Spread of COVID-19 by asymptomatic cases: evidence from military quarantine facilities. *BMJ Mil Health*. 2020.
- (26) Mansoor SN, Gill ZA, Rathore FA, Uttra KM. Establishing and Managing a Quarantine and Isolation Centre in COVID-19 Pandemic. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020;70(5):S11-S4.
- (27) Naganathan S, Meehan-Coussee K, Scott Pasichow M, Rybasack-Smith H, Binder W, Francesca Beaudoin M, et al. From Concerts to COVID: Transforming the RI Convention Center into an Alternate hospital Site in under a Month. *Rhode Island Medical Journal*. 2020;103(6):8-13.
- (28) Maslanka M, Hurwitz JA. An Eye on COVID: Hurricane Preparedness at a COVID-19 Alternative Care Site. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020:1-7.
- (29) Baggett TP, Racine MW, Lewis E, De Las Nueces D, O'Connell JJ, Bock B, et al. Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston. *Public Health Rep*. 2020:0033354920936227.
- (30) Hoefler A, Pampaka D, Wagner ER, Herrera AA, Alonso EG-R, López-Perea N, et al. Management of a COVID-19 outbreak in a Hotel in Tenerife, Spain. *Int J Infect Dis*. 2020.
- (31) Ramírez-Cervantes K, Romero-Pardo V, Pérez-Tovar C, Martínez-Alés G, Quintana-Díaz M. A medicalized hotel as a public health resource for the containment of Covid-19: more than a place for quarantining. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. 2020.
- (32) Bredy CEG, Maina MP, Plasencia RGP, Chugani VM, COVID S. Primeras medidas de salud pública para la contención del COVID-19: cuarentena de un hotel. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2020;32(3):194-6.
- (33) Bruni T, Lalvani A, Richeldi L. Telemedicine-enabled accelerated discharge of patients hospitalized with COVID-19 to isolation in repurposed hotel rooms. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202(4):508-10.
- (34) Al-Tawfiq JA, Sattar A, Al-Khadra H, Al-Qahtani S, Al-Mulhim M, Al-Omouh O, et al. Incidence of COVID-19 among returning travelers in quarantine facilities: A longitudinal study and lessons learned. *Travel Med Infect Dis*. 2020;38:101901.
- (35) Zhang W, Ge Z, Lu J, Wang H, Yang Y. How to set up central isolation sites to prevent re-outbreaks from imported cases of coronavirus disease (COVID-19)—the experience of Shanghai, China. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020:1-18.
- (36) Teng Y-M, Wu K-S, Lin K-L. Life or Livelihood? Mental Health Concerns for Quarantine Hotel Workers During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;11.

- (37) Lio CF, Cheong HH, Lei CI, Lo IL, Lam C, Leong IH. Minimizing the risk of community spread of COVID-19 via institutional quarantine of high-risk travelers with serial viral RNA testing: A successful experience from Macao SAR, China. *World journal of clinical cases*. 2020;8(13):2674.
- (38) Wong IA, Yang FX. A quarantined lodging stay: The buffering effect of service quality. *International Journal of Hospitality Management*. 2020;91:102655.
- (39) Modini M, Vrkleviski L. A hotel room on Mars: quarantine and the psychological view from the virtual front line. *Australasian Psychiatry*. 2020:1039856220956465.
- (40) Fotheringham P, Anderson T, Shaw MM, Jewitt MJ, Storey MH, Hutchings O, et al. Control of COVID-19 in Australia through quarantine: the role of Special Health Accommodation (SHA) in New South Wales, Australia. 2020.
- (41) Al-Busaidi IS, Martin M. Provision of primary care in managed isolation and quarantine facilities during the COVID-19 pandemic: lessons learned from Christchurch, New Zealand. *NZ Med J* 2020;133:130-2.
- (42) Jordan-Martin NC, Madad S, Alves L, Wang J, O'Gere L, Smith YG, et al. Isolation Hotels: A Community-Based Intervention to Mitigate the Spread of the COVID-19 Pandemic. *Health security*. 2020;18(5):377-82.
- (43) MacKenzie OW, Trimbura MC, Vanjani R. An isolation hotel for people experiencing homelessness. *N Engl J Med*. 2020;383(6):e41.
- (44) Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976-e.
- (45) Dai L-L, Wang X, Jiang T-C, Li P-F, Wang Y, Wu S-J, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *PLoS One*. 2020;15(8):e0238416.
- (46) Wang Y, Tang S, Yang C, Ma S, Bai H, Cai Z, et al. Psychological intervention in Fangcang shelter hospitals for COVID-19 in China. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(11):618-9.
- (47) Dickens BL, Koo JR, Wilder-Smith A, Cook AR. Institutional, not home-based, isolation could contain the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020;395(10236):1541-2.
- (48) Wilder-Smith A, Cook AR, Dickens BL. Institutional versus home isolation to curb the COVID-19 outbreak—Authors' reply. *The Lancet*. 2020;396(10263):1632-3.
- (49) Guadagno L. Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis. International Organization for Migration (IOM) <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs-60.pdf>. 2020.
- (50) Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, d'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. 2020;395(10232):1237-9.
- (51) Banik R, Rahman M, Hossain MM, Sikder MT, Gozal D. COVID-19 pandemic and Rohingya refugees in Bangladesh: What are the major concerns? *Global Public Health*. 2020;15(10):1578-81.
- (52) Suresh R, James J, RSJ B. Migrant Workers at Crossroads—The COVID-19 Pandemic and the Migrant Experience in India. *Social Work in Public Health*. 2020;35(7):633-43.
- (53) Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K. Covid-19 in Refugee Shelters: The German Public Health Service Needs Strengthening Now. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2020;82(5):392-6.
- (54) Redditt V, Wright V, Rashid M, Male R, Bogoch I. Outbreak of SARS-CoV-2 infection at a large refugee shelter in Toronto, April 2020: a clinical and epidemiologic descriptive analysis. *CMAJ open*. 2020;8(4):E819.
- (55) Wells A. Keeping Displaced Communities Safe and Healthy As COVID-19 Pandemic Takes Hold International Organization for Migration 2020 [Available from:

- <https://storyteller.iom.int/stories/keeping-displaced-communities-safe-and-healthy-covid-19-pandemic-takes-hold>.
- (56) Schotland SD. A plea to apply principles of quarantine ethics to prisoners and immigration detainees during the COVID-19 crisis. *Journal of Law and the Biosciences*. 2020.
  - (57) Calderone JR, Abel AM, Rosenbaum E. COVID-19 and Undocumented Immigrants. *Family Doctor, A Journal of the NY State Academy of Family Physicians*. 2020;9(1):37-40.
  - (58) Meyer JP, Franco-Paredes C, Parmar P, Yasin F, Gartland M. COVID-19 and the coming epidemic in US immigration detention centres. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020.
  - (59) Abd Rahman A, Moideen MA, Anuar EM, Mahabot FR, Mustapha WMHW, Rusli MF. Risk Evaluation on Security Personnel Managing Illegal Detainees in a Makeshift COVID-19 Low Risk Quarantine and Treatment Center. 2020.
  - (60) Baldacchino G. Extra-territorial quarantine in pandemic times. *Political Geography*. 2020.
  - (61) Azzopardi K. From overcrowded facilities to floating prisons, Malta's current struggle with migration: Malta Independent; 2020 [28 diciembre 2020]. Available from: <https://www.independent.com.mt/articles/2020-06-13/local-news/From-overcrowded-facilities-to-floating-prisons-Malta-s-current-struggle-with-migration-6736224156>.
  - (62) Koh D. Migrant workers and COVID-19. *Occup Environ Med*. 2020.
  - (63) Pokharel S, Munikar S, Wagle CN, Adhikary P, Shahi BB, Thapa C, et al. Anxiety and depression among people living in quarantine centers during COVID-19 pandemic: A mixed method study from western Nepal. *medRxiv*. 2020.
  - (64) Pascual J. Mise à l'abri des migrants : « Les gymnases ne sont pas des lieux appropriés » Francia2020 [updated 31 marzo 2020. Available from: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/31/mise-a-l-abri-des-migrants-les-gymnases-ne-sont-pas-des-lieux-appropries\\_6035002\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/31/mise-a-l-abri-des-migrants-les-gymnases-ne-sont-pas-des-lieux-appropries_6035002_3224.html).
  - (65) Carillon S, Gosselin A, Coulibaly K, Ridde V, du Loû AD, Group MS. Immigrants facing COVID 19 containment in France: an ordinary hardship of disaffiliation. *Journal of Migration and Health*. 2020:100032.
  - (66) IOM. EAST & HORN OF AFRICA COVID-19 SITUATION REPORT - #31. IOM; 2020 11 noviembre 2020, actualización.
  - (67) OIM. Matriz de Seguimiento de Desplazamiento 2020 [28 diciembre 2020]. Available from: <https://primi.iom.int/es/dtm>.
  - (68) IOM. COVID-19 RESPONSE IOM Regional Office for Asia and the Pacific Situation Report 18 IOM; 2020 September 16 2020.
  - (69) IOM. IOM Supports COVID-19 Quarantine Facilities Across East and Horn of Africa 2020 [Available from: <https://www.iom.int/news/iom-supports-covid-19-quarantine-facilities-across-east-and-horn-africa>.
  - (70) IOM. COVID-19 DISEASE RESPONSE SITUATION REPORT 26 IOM; 2020 25 July - 7 August 2020.
  - (71) GPC. COVID 19 PROTECTION RISKS & RESPONSES SITUATION REPORT No.7 24 AUGUST 2020 2020 [28 diciembre 2020]. Available from: <https://www.globalprotectioncluster.org/2020/08/24/covid-19-protection-risks-responses-situation-report-no-7-as-of-24-august-2020/>.
  - (72) Committee I-AS. Interim guidance: scaling-up covid-19 outbreak readiness and response operations in humanitarian situations, including camps and camp-like settings (jointly developed by IFRC, IOM, UNHCR and WHO). 17th March 2020.
  - (73) MINSAL. Ministerio de Salud presentó Residencias Sanitarias para el cumplimiento de cuarentenas por COVID-19 2020 [6 de enero 2021]. Available from: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presento-residencias-sanitarias-para-el-cumplimiento-de-cuarentenas-por-covid-19/>.

- (74) MINSAL. Resolución 341 exenta. Dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID -19 . 2020 [6 de enero de 2021]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1145132>.
- (75) Gamboa C. Ord. B1/Nº 2992. Elementos disponibles para disponer indicación de aislamiento en residencias de manera obligatoria In: MINSAL, editor. 2020.
- (76) MINSAL. Resolución 419 exenta. Establece los requisitos que indica para las residencias sanitarias 2020 [6 de enero 2021]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1146286>.
- (77) MINSAL. Orientación técnica de las residencias sanitarias plan COVID-19 2020 [6 de enero 2021]. Available from: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/664/Orientaci%C3%B3n%20t%C3%A9cnica%20de%20las%20Residencias%20Sanitarias.%20Plan%20COVID19.PDF?sequence=1&isAllowed=y>.
- (78) MINSAL. ORD. C5 Nº 1541 del 27 de mayo. Residencias Sanitarias Plan de Acción Coronavirus COVID-19 versión 5.0 2002 [Enero 6 de 2021]. Available from: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2020/06/Circular-N%C2%B0-93-Remite-Modificaci%C3%B3n-Protocolo-Residencias-Sanitarias-Plan-de-acci%C3%B3n-Coronavirus-28-05-2020.pdf>.
- (79) MINSAL. ORD B1/Nº 2838 Recomendaciones para la implementación de estrategia en Residencias Sanitarias en el marco de plan de acción del Coronavirus COVID-19. 2020.
- (80) MINSAL. Estrategia de residencias sanitarias recomendaciones para la atención de personas con enfermedades crónicas. 2020.
- (81) MINSAL. Estrategia de residencias sanitarias. Recomendaciones para la atención de familias con gestantes, niños, niñas y adolescentes 2020.
- (82) MINSAL. Estrategia de Residencias Sanitarias: Recomendaciones para el ingreso, seguimiento y egreso de: Personas mayores con dependencia leve y moderada que vivan en la comunidad y/o que estén institucionalizadas. 2020.
- (83) MINSAL. Estrategia de residencias sanitarias. Guía de recomendaciones para el cuidado de personas mayores en las residencias sanitarias. 2020.
- (84) MINSAL. Estrategia de Residencias Sanitarias. Recomendaciones para el ingreso, seguimiento y egreso de personas con necesidades de manejo terapéutico asociado a condiciones de salud mental o en condiciones de exclusión social extrema 2020.
- (85) MINSAL. Estrategia de residencias sanitarias. Recomendaciones para el ingreso, seguimiento y egreso de personas con discapacidad. 2020.
- (86) MINSAL. estrategia de residencias sanitarias: Recomendaciones para el ingreso, seguimiento y egreso de personas con enfermedad oncológica. 2020.
- (87) SJM. ¿Qué son las residencias sanitarias y cómo puedo acceder a ellas? 2020 [Available from: <https://sjmchile.org/2020/06/24/que-son-las-residencias-sanitarias-y-como-puedo-acceder-a-ellas/>].
- (88) Ríos CM. Expertos Usach afirman que COVID-19 expone precarias condiciones de vida de los migrantes en Chile 2020 [11 de enero 2021]. Available from: <http://www.usach.cl/news/expertos-usach-afirman-covid-19-expone-precarias-condiciones-vida-los-migrantes-chile>.
- (89) ELMOSTRADOR. Haitianos contagiados con Covid-19 son trasladados a residencias sanitarias y el caso reinstala debate por arriendos inescrupulosos a inmigrantes 2020 [11 de enero 2020]. Available from: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/04/22/haitianos-contagiados-con-covid-19-son-trasladados-a-residencias-sanitarias-y-el-caso-reinstala-debate-por-arriendos-inescrupulosos-a-inmigrantes/>.

- (90) Cero E. Migrantes regulares o no que crucen la frontera serán enviados a residencias sanitarias en Iquique 2020 [11 de Enero de 2020]. Available from: <https://edicioncero.cl/2020/08/migrantes-regulares-o-no-que-crucen-la-frontera-seran-enviados-a-residencias-sanitarias-en-iquique/>.
- (91) Tarapacá Gd. Seremi de Salud aborda situación de migrantes en residencias transitorias 2020 [Available from: <https://www.goretarapaca.gov.cl/seremi-de-salud-aborda-situacion-de-migrantes-en-residencias-transitorias/>].
- (92) Reyes C. Ingresos clandestinos: Gobierno encabeza reuniones con intendentes y diputados del norte para analizar la situación y dice que es “indispensable” tener una ley migratoria para enfrentar el tema 2020 [Available from: <https://www.latercera.com/politica/noticia/ingresos-clandestinos-gobierno-encabeza-reuniones-con-intendentes-y-diputados-del-norte-para-analizar-la-situacion-y-dice-que-es-indispensable-tener-una-ley-migratoria-para-enfrentar-el-tema/K2CFMYFJSJFSHNQEN4DOPOYBOE/>].
- (93) Cooperativa. Alto flujo migratorio pone a prueba las residencias sanitarias del norte de Chile 2020 [11 de Enero 2021]. Available from: <https://cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/alto-flujo-migratorio-pone-a-prueba-las-residencias-sanitarias-del-norte/2020-10-12/102344.html>.
- (94) Línea DeL. Gobernadora de El Loa confirma arribo de casi 130 migrantes venezolanos a residencias sanitarias de Calama 2020 [11 de Enero 2021]. Available from: <http://enlinea.cl/gobernadora-de-el-loa-confirma-arribo-de-casi-130-migrantes-venezolanos-a-residencias-sanitarias-de-calama/>.
- (95) SSMN. SSMN analiza atenciones de salud de población Migrante en tiempos de Pandemia 2020 [11 de Enero 2020]. Available from: <https://www.ssmn.cl/noticia.php?id=697>.
- (96) Cero E. Bolivianos que dejan residencias sanitarias o esperan el alta, al borde del colapso. No tienen donde quedarse 2020 [11 de Enero 2021]. Available from: <https://edicioncero.cl/2020/07/bolivianos-que-dejan-residencias-sanitarias-o-esperan-el-alta-al-borde-del-colapso-no-tienen-donde-quedarse/>.
- (97) Creswell J. Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Sage Publications; 2014.
- (98) Patton M. Qualitative research & evaluation methods. Sage; 2002.
- (99) Vázquez ML, Ferreira M, Mogollón A, Fernández MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
- (100) Cypress B. Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research. Dimensions of Critical Care Nursing Vol. 36 / No. 4; 2017:253-263.
- (101) Creswell J. Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches. Sage Publications; 2013.

# ANEXOS



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
**MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA  
COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS**

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

### ¿A qué estoy siendo invitado/a?

Usted está siendo invitado/a a participar libre y voluntariamente en una investigación que tiene como propósito explorar en la experiencia en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile, desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades, y administradores de residencias sanitarias.

### ¿Cuál es el aporte de esta investigación para Chile?

Los resultados de este estudio serán un aporte para avanzar hacia un enfoque de atención ética hacia población migrante internacional en las residencias sanitarias en Chile, en tanto estrategias de salud pública frente a crisis sanitarias, a través de la elaboración de un protocolo de cuidados éticos en residencias sanitarias y de un curso en línea de acceso público enfocado en migración internacional ética y gestión de crisis sanitaria, orientado a profesionales de salud, autoridades de salud y gerentes de residencias sanitarias.

### ¿Quién financia este estudio?

Este estudio está financiado por la Organización Mundial de la Salud, a través del fondo *Public Health Emergency Preparedness and Response Ethics*. El estudio es conducido por el Programa de Estudios Sociales en Salud, del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, ICIM, que es parte de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo.

### ¿Qué se espera de mí en este estudio?

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, por lo que usted tiene el derecho de no participar o suspender su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin ninguna consecuencia para usted.

Su participación no tiene ningún riesgo para usted, aunque tampoco se beneficiará directamente de ella. Creemos que la información recogida será de gran utilidad para poder comprender la experiencia de población migrante internacional en residencias sanitarias para hacer frente al COVID-19 en Chile, durante los meses de abril y diciembre del año 2020.

Para esto, le pediremos su autorización para participar en una entrevista online vía zoom, videollamada o teléfono con algún miembro del equipo de investigación, en día y hora a definirse, por unos 30-40 minutos aproximadamente. Antes de participar, deberá aceptar formalmente mediante un consentimiento informado digital. Antes de aceptar participar, puede hacernos llegar todas sus inquietudes y preguntas con total libertad.

Todas las entrevistas son grabadas y luego transcritas en forma anónima a un documento de Word para análisis cualitativo. Todo el material será analizado solamente por el equipo de investigación dedicado a la realización de este estudio.

### ¿Cómo se protegerá mi confidencialidad? (que se resguarde mi privacidad en el estudio)

La información recolectada será confidencial. Para resguardar su identidad, no usaremos su nombre, sino que le asignaremos un número de identificación único para que nadie ajeno al estudio pueda identificarlo, ni acceder a algún tipo de información sensible acerca de usted. Sólo la investigadora y coordinadora a cargo tendrán acceso a los videos, que serán únicamente utilizados para la transcripción a Word. La cámara de video puede estar apagada en todo momento, y su identificación en el video puede ser genérica como “participante”. Asimismo, usted puede negarse a responder a cualquier pregunta y retirarse del estudio en cualquier momento. Las citas, producto de la entrevista, que se usarán en la posterior elaboración de documentos de uso público, serán presentadas de manera anónima.

### ¿Dónde quedará toda esta información y quién la protegerá?

Toda la información recolectada quedará guardada en el laptop personal de las investigadoras principales. Sólo las investigadoras responsables tendrán acceso a esta información y por un período limitado de tiempo (mientras el estudio está en desarrollo).

Los datos obtenidos se usarán solamente para esta investigación con propósitos profesionales y serán destruidos al cabo de 9 meses después de finalizarse el proyecto. Entiendo que el material de esta entrevista podrá ser usado con fines de investigación, usando citas en forma anónima en productos científicos como artículos, conferencias y reportes, así como en material de transferencia como cápsulas educativas y protocolos. Nunca se podrá identificar mi identidad en estos productos, en respeto a mi plena confidencialidad.

### ¿A qué tengo derecho en este estudio?

Su participación será totalmente voluntaria. Su decisión de participar o no, **NO** afectará de ninguna forma la relación que usted mantiene con el equipo de salud que lo/a atiende o con su centro de salud, o con su lugar de trabajo o compañeros de su equipo de trabajo, ni con la Universidad del Desarrollo.

De ser solicitado, puedo pedir apoyo al equipo de investigación para ser derivado a contactos de asesoría administrativa, legal, de salud o psicológica durante mi participación en el estudio, incluso si decido no participar o retirarme de este estudio.

### ¿Cómo puedo saber más de este estudio o conocer sus resultados?

Si usted desea, puede indicar su dirección de correo electrónico en el formulario para que se le pueda compartir el informe de resultados una vez éste se haya finalizado.

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con:

**Báltica Cabieses** [bcabieses@udd.cl](mailto:bcabieses@udd.cl) Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina UDD, a quien puede contactar en caso de preguntas relacionadas con sus derechos como participante de la investigación [ceccasudd@udd.cl](mailto:ceccasudd@udd.cl) Dirección Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of 202, Fono 223279157.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Versión 2 - 27 de noviembre 2020

**Esta forma será destruida a los 9 meses de término del estudio**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA  
COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS**

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con las instituciones relacionadas. Entiendo que puedo elegir no querer responder cualquier pregunta, sin afectar mi relación con el estudio o el equipo de investigación.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que mi participación será completamente digital, vía zoom, videollamada o teléfono.
- Entiendo que toda la información recolectada será destruida de manera segura (videos, consentimientos, transcripciones) tras haber finalizado el estudio.
- Entiendo que tengo la oportunidad de conocer los resultados de este estudio por medio de un correo electrónico, para lo cual debo entregar esta información en este formulario.
- Entiendo que el material de esta entrevista podrá ser usado con fines de investigación, usando citas en forma anónima en productos científicos como artículos, conferencias y reportes, así como en material de transferencia como cápsulas educativas y protocolos. Nunca se podrá identificar mi identidad en estos productos, en respeto a mi plena confidencialidad.

Estoy **de acuerdo / en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar en el estudio

Nombre Participante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma investigador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?**

Email: \_\_\_\_\_

**Contacto**

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina UDD, a quien puede contactar en caso de preguntas relacionadas con sus derechos como participante de la investigación [ceccasudd@udd.cl](mailto:ceccasudd@udd.cl) Dirección Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of 202, Fono 223279157.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
**MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA  
COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS**

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

**Ficha sociodemográfica**

**Código Nro:** \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTICIPANTE:

1. Migrante internacional
2. Profesional o técnico de salud de residencias sanitarias durante pandemia COVID-19
3. Gerente o manager de residencias sanitarias durante pandemia COVID-19
4. Experto/ autoridad de salud general o local

Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_

Género:

1. Masculino
2. Femenino
3. Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su país de nacimiento?

1. Chile
2. Venezuela
3. Perú
4. Colombia
5. Ecuador
6. Bolivia
7. Haití
8. Argentina
9. República Dominicana
10. Otro cuál: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel educacional?

1. Primario o básico
2. Secundario o enseñanza media
3. Técnico superior
4. Universitario o profesional

¿Tiene seguro de salud?

1. Sí, Fonasa (público)
2. Sí, Isapre (privado)
3. Sí, otro (seguro internacional u otro)
4. No tengo ninguno
5. No sé

## GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

### A personas migrantes internacionales

Versión 1 16 de noviembre del 2020

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

A continuación, le haré una serie de preguntas generales sobre su proceso de migrar, condiciones de vida y necesidades de salud en Chile:

<p><b>1. Primero una pregunta general sobre la experiencia de migrar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo era su vida antes de migrar? ¿a qué se dedicaba? ¿cómo vivía?</li><li>• ¿Nos puede contar su experiencia de cómo migró a Chile? ¿tuvo alguna experiencia importante para usted? ¿qué le gustó? ¿Qué no le gustó de la experiencia? Si pudiera vivirlo de nuevo, ¿qué cambiaría?</li><li>• ¿Cómo ingresó a Chile? ¿a dónde llegó primero y cómo llegó a vivir en esta comuna?</li><li>• ¿Cómo evalúa esta experiencia de llegar a esta comuna como migrante? ¿cómo ha sido su inserción inicial?</li></ul>
<p><b>2. Respeto de la experiencia de vivir en su comuna y de trabajar en Chile</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuénteme acerca de su lugar de residencia, dónde vive, ¿cómo es? ¿con quiénes vive? ¿qué le parece vivir ahí?</li><li>• ¿Cómo es el barrio dónde usted vive? ¿cómo es su integración a ese barrio? ¿cómo se lleva con sus vecinos?</li><li>• ¿En qué trabaja usted? ¿hace cuánto tiempo? ¿tiene contrato o es informal? ¿tiene medidas de seguridad o protección? ¿cómo se lleva con sus jefaturas y sus pares?</li><li>• ¿Es su trabajo en Chile similar a su trabajo en su país de origen antes de migrar? ¿De qué manera sus capacidades o estudios previos le han servido para el trabajo que hoy realiza en Chile?</li><li>• ¿Cómo es la remuneración de este trabajo? ¿le parece adecuado? ¿cómo se compara con un nacional que hace lo mismo?</li></ul>
<p><b>3. Respeto de experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud, experiencia de residencias sanitarias en COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Está usted inscrito en el sistema de salud en Chile? ¿cuál sistema previsional de salud tiene? ¿cómo lo eligió? ¿está su familia en Chile (si la tuviera) cubierta también?</li><li>• ¿Sabe usted dónde acudir y cómo conseguir hora en el sistema de salud si lo necesita? ¿cómo lo ha hecho en el pasado?</li><li>• ¿Ha usado alguna vez el sistema de salud chileno? ¿cuándo, cómo y por qué? ¿cómo evalúa esa experiencia en general?</li><li>• ¿Siente que comprende el sistema de salud chileno? ¿siente que sabe usarlo cuando lo necesita?</li><li>• Si pudiera modificar algo del sistema de salud en Chile, ¿qué modificaría?</li><li>• En su opinión, ¿de qué forma la atención de salud en Chile respeta (o no respeta) las diferencias de cultura o cosmovisión de las personas migrantes? ¿qué ejemplos tiene para ilustrar su opinión? ¿y cómo evalúa usted esto?</li><li>• ¿Ha sido alguna vez atendido o apoyado por un facilitador lingüístico o mediador intercultural en su experiencia con el sistema de salud en Chile? ¿cómo fue su experiencia? O ¿qué opina de que estas figuras de apoyo a migrantes existan y cuál cree que debería ser su rol?</li><li>• A propósito de la pandemia por COVID-19:<ul style="list-style-type: none"><li>○ ¿tuvo usted alguna experiencia con esta enfermedad en estos meses? ¿ha podido comprender y seguir las recomendaciones de prevención? ¿usó usted alguna vez el sistema de salud chileno por el COVID-19? ¿cómo fue su experiencia?</li><li>○ ¿estuvo usted alojado en residencias sanitarias? ¿cómo fue esa experiencia? ¿qué le gustó? ¿qué cambiaría?</li></ul></li></ul>
<p><b>4. Respeto de recomendaciones de mejora para la atención de salud en Chile a migrantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En su opinión, ¿cómo se podría brindar una mejor atención de salud a migrantes internacionales en Chile en contextos de emergencias sanitarias?</li><li>• Si pudiera hacer alguna recomendación o dar algún consejo para que haya una mejor atención en salud en residencias sanitarias a migrantes internacionales en Chile, ¿cuál sería?</li><li>• ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?</li></ul>

## GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

A equipos de salud, gerentes y expertos

Versión 1 16 de noviembre del 2020

### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: HACIA UNA RESPUESTA ÉTICA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

A continuación, le haré una serie de preguntas generales sobre su proceso de migrar, condiciones de vida y necesidades de salud en Chile:

#### 1. Primero una pregunta general sobre su trabajo en residencias sanitarias

- ¿Cómo era su vida profesional antes de la pandemia? ¿a qué se dedicaba? ¿tenía alguna relación con migrantes internacionales?
- ¿Nos puede contar su experiencia de cómo llegó a estar relacionado a una residencia sanitaria? ¿tuvo algún entrenamiento para trabajar en una residencia sanitaria?
- ¿Tuvo alguna experiencia importante para usted mientras trabajaba en una residencia? ¿qué le gustó? ¿Qué no le gustó de la experiencia? Si pudiera vivirlo de nuevo, ¿qué cambiaría?
- ¿Cómo evalúa esta experiencia general de haber trabajado o estado relacionado a una residencia sanitaria?

#### 2. Respecto de experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud, experiencia de residencias sanitarias en COVID-19 de parte de MIGRANTES INTERNACIONALES

- En su opinión, ¿Saben los migrantes dónde acudir y cómo conseguir hora en el sistema de salud si lo necesita en el contexto de esta pandemia COVID-19?
- ¿Cómo cree que los migrantes evalúan en general el sistema de salud chileno? ¿por qué?
- Si pudiera modificar algo del sistema de salud en Chile y su relación con migrantes, ¿qué modificaría?
- En su opinión, ¿la atención de salud en Chile respeta (o no respeta) las diferencias de cultura o cosmovisión de las personas migrantes? ¿qué ejemplos tiene para ilustrar su opinión? ¿y cómo evalúa usted esto?
- ¿Ha tenido la experiencia de trabajar con un facilitador lingüístico o mediador intercultural en su experiencia con el sistema de salud en Chile? ¿cómo fue su experiencia? O ¿qué opina de que estas figuras de apoyo a migrantes existan y cuál cree que debería ser su rol?
- A propósito de la pandemia por COVID-19:
  - En su opinión, ¿cómo han recibido los migrantes internacionales las indicaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de COVID-19 en Chile ¿qué le parece rescatable? ¿qué cambiaría?
  - En su opinión, ¿cómo fue la atención a migrantes internacionales en residencias sanitarias durante la pandemia? ¿qué le parece rescatable? ¿qué cambiaría?
  - ¿Cree usted que en las residencias en general se ha protegido el cuidado ético de las personas en general y de migrantes en particular? ¿por qué? ¿podría dar ejemplos que ilustren su opinión? ¿cómo se compara con los nacionales?
  - Para una próxima crisis sanitaria como esta que requiera de residencias sanitarias, ¿qué acciones, normativas o buenas prácticas se podrían instalar antes y durante la crisis para promover el cuidado ético de personas migrantes internacionales?

#### 3. Respecto de recomendaciones de mejora para la atención de salud en Chile a migrantes

- En su opinión, ¿cómo se podría brindar una mejor atención de salud a migrantes internacionales en Chile en contextos de emergencias sanitarias?
- Si pudiera hacer alguna recomendación o dar algún consejo para que haya una mejor atención en salud en residencias sanitarias a migrantes internacionales en Chile, ¿cuál sería?  
¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?