Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo

ICIM

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

Informe de resultados generales y recomendaciones para la política sanitaria

Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2:

Construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

SANTIAGO, MARZO DEL 2021

Equipo de investigación:

Báltica Cabieses, PhD, investigadora principal. Universidad del Desarrollo.

Alexandra Obach, PhD, investigadora alterna. Universidad del Desarrollo.

Alice Blukakz, MSc, co-investigadora y coordinadora general. Universidad del Desarrollo.

José Tomás Vicuña, co-investigador. Ex director Servicio Jesuita a Migrantes.

Alejandra Carreño, PhD, co-investigadora. Universidad del Desarrollo.

Carolina Stefoni, PhD, co-investigadora. Universidad Mayor.

Claudia Pérez, MSc, co-investigadora. Universidad del Desarrollo.

Andrea Avaria, PhD, co-investigadora. Universidad Autónoma.

Junto a:

Carla Urrutia, MSc, investigadora asociada, Universidad del Desarrollo.

Marcela Oyarte, MSc (c), investigadora asociada, Instituto de Salud Pública de Chile.

Isabel Rada, PhD (c), investigadora asociada, alumna del Doctorado de Ciencia e Innovación en Medicina Universidad del Desarrollo.

Stephen Schneider, investigador asociado, informático.

Financiamiento:

Universidad del Desarrollo en colaboración con la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID, fondos COVID-19, Gobierno de Chile.

Proyecto COVID0873, Gobierno de Chile.

Agradecimientos:

Se agradece el apoyo de José Tomás Vicuña SJ del Servicio Jesuita a Migrante, Makarena Salvatierra del Servicios Jesuita a Migrantes de Arica y Diana Joglar del Servicio Jesuita a Migrante de Antofagasta por su apoyo en el levantamiento de datos. Se agradece a todos los participantes de este estudio, a migrantes que respondieron la encuesta online y a todos quienes participaron en la fase cualitativa en entrevistas semi-estructuradas confidenciales digitales.

INDICE DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS 4
LISTA DE FIGURAS 5
I. RESUMEN 10
II. ANTECEDENTES 18
1. La migración internacional como categoría de movilidad humana 18
2. Acerca de los conceptos de vulnerabilidades y recursos 20
3. Migrantes internacionales y COVID-19 21
4. Foco de este estudio 28
III. PREGUNTA Y OBJETIVOS 29
IV. PRODUCTOS DE TRANSFERENCIA 30
V. IMPACTO POTENCIAL DEL PROYECTO 31
VI. MATERIAL Y MÉTODOS 32
1. Descripción general 32
2. Etapas del proyecto 32
3. Reclutamiento y selección de participantes, recolección de información 33
4. Aspectos éticos 33
VII. RESULTADOS GENERALES 35
1. Resultados cuantitativos: encuesta online aplicada a migrantes en región metropolitana, octubre 2020 a enero 2021 35
a. Descripción general de la muestra 36
b. Factores asociados al proceso migratorio 38
c. Trabajo 44
d. Familia, vivienda y redes de apoyo 47
e. Acceso a salud y atención de salud 51
f. Enfrentamiento de la pandemia 57
2. Resultados cualitativos: entrevistas semi-estructuradas a actores clave, noviembre y diciembre 2020 61
1. Descripción general 62
2. Descripción de los participantes 64
3. Resultados parte 1: CONTEXTO DE MIGRACIÓN, VIDA, TRABAJO Y SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE 65
4. Resultados parte 2: VULNERABILIDADES, RECURSOS Y ESTRATEGIAS DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA 101
5. Resultados 3: RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE 152
6. Resultados parte 4: CONSIDERACIONES FINALES DE LA FASE CUALITATIVA DE ESTE ESTUDIO 162
VIII. INTEGRACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA SANITARIA 164
A. Integración de resultados e identificación de brechas o necesidades específicas de poblaciones migrantes en el contexto de pandemia por COVID-19 en Chile. 165
B. Recomendaciones para la política sanitaria en contexto de pandemia para poblaciones migrantes en Chile, en el marco de la Declaración de OMS 176
C. Medidas adicionales en contexto de pandemia: La crisis en la frontera de Chile en el marco de COVID-19 186
D. Medidas adicionales en contexto de pandemia: La vacunación contra COVID-19 188
IX. REFERENCIAS 189
ANEXOS 192

LISTA DE TABLAS

Cuadro 1. Resumen de artículos sobre migración y COVID-19 en Chile. Búsqueda en Google Scholar el día 22 de febrero del 2021.

Cuadro 2. Criterios de muestreo para el grupo de entrevistados migrantes internacionales.

Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio según sexo.

Tabla 2. Promedio de edad de los participantes de estudio total y según sexo.

Tabla 3. Distribución de la muestra de estudio según nivel educacional.

Tabla 4. Distribución de la muestra de estudio según pertenencia étnica.

Tabla 5. Distribución de la muestra de estudio según situación migratoria, tiempo en el país y estatus de refugiado.

Tabla 6. Distribución de la muestra de estudio según tiempo en el país y país de origen.

Tabla 7. Distribución de participantes con y sin trabajo al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile.

Tabla 8. Distribución de perfil de núcleo familiar en Chile y condiciones de vivienda de participantes del estudio.

Tabla 9. Distribución de perfil de remesas de participantes del estudio.

Tabla 10. Distribución de envío de remesas en participantes del estudio que indicaron hacerlo, según país de origen.

Tabla 11. Distribución de participantes con y sin envío de remesas al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile.

Tabla 12. Distribución de participantes según tipo de previsión de salud en Chile.

Tabla 13. Distribución de tipo de previsión de salud en Chile de participantes, según país de origen.

Tabla 14. Distribución de tipo de previsión de salud en Chile de participantes, según tiempo de residencia en Chile.

Tabla 15. Distribución de participantes del estudio según toma de examen para COVID-19 y resultado del examen.

Tabla 16. Distribución de participantes del estudio que cumplieron y no cumplieron con la cuarentena indicada por la autoridad sanitaria para su comuna.

Tabla 17. Distribución de participantes del estudio según haber o no haber recibido información de prevención y protección durante la pandemia por COVID-19 y si las comprendió o no.

LISTA DE FIGURAS

A. **Resultados cuantitativos:** encuesta online aplicada a migrantes en región metropolitana, octubre 2020 a enero 2021

Figura 1. Histograma. Edad en años cumplidos, por sexo (eje, porcentaje)

Figura 2. Distribución de la muestra de estudio según país de origen.

Figura 3. Distribución de personas que indicaron ser refugiados en el estudio, según país de origen.

Figura 4. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por búsqueda de trabajo, según país de origen.

Figura 5. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por mejores oportunidades, según país de origen.

Figura 6. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por mejor acceso a salud, según país de origen.

Figura 7. Distribución de personas que indicaron estar trabajando, según sexo, nivel educacional, tiempo en el país receptor, país de origen y si eran o no refugiados.

Figura 8. Distribución de perfil de núcleo familiar según sexo en participantes del estudio.

Figura 9. Distribución de no contar con servicios básicos y adicionales de vivienda en participantes del estudio.

Figura 10. Gradientes de personas sin previsión, con previsión pública y con previsión privada según tiempo de residencia en Chile en migrantes internacionales participantes del estudio.

Figura 11. Distribución de algún uso de cualquier tipo del sistema de salud chileno en participantes del estudio.

Figura 12. Distribución de tipos de barreras de acceso y uso de servicios de salud durante la pandemia de parte de migrantes participantes del estudio.

Figura 13. Distribución de evaluación general del sistema de salud chileno de parte de migrantes participantes del estudio luego de haberlo usado alguna vez, escala de nota de 0 a 10.

Figura 14. Distribución de grado de cumplimiento de medidas de protección personal y de prevención de contagio de SARS-CoV-2 durante la pandemia de parte de participantes del estudio.

Figura 15. Distribución de haber recibido información de protección personal y de prevención de contagio de SARS-CoV-2 durante la pandemia de parte de participantes del estudio.

B. Resultados cualitativos: entrevistas semi-estructuradas a actores clave, noviembre y diciembre 2020

Figura 1. Categorías de la temática "trayectoria migratoria de los participantes"

Figura 2. Códigos emergentes de la categoría "empleo y estudios pre-migración"

Figura 3. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida pre-migración"

Figura 4. Códigos emergentes de la categoría "motivos para migrar a Chile"

Figura 5. Códigos emergentes de la categoría "viaje a Chile"

Figura 6. Códigos emergentes de la categoría "regularización migratoria"

Figura 7. Códigos emergentes de la categoría "asentamiento"

Figura 8. Categorías de la temática "vivir y trabajar en Chile"

Figura 9. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida

Figura 10. Códigos emergentes de la categoría "tipos de empleo y condiciones de trabajo"

Figura 11. Categorías de la temática "vivir y trabajar en Chile"

Figura 12. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida"

Figura 13. Códigos emergentes de la categoría "tipos de empleo y condiciones de trabajo"

Figura 14. Categorías de la temática "experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia"

Figura 15. Códigos emergentes de la categoría "previsión de salud"

Figura 16. Códigos emergentes de la categoría "acceso y uso efectivo del sistema de salud"

Figura 17. Códigos emergentes de la categoría "calidad y aceptabilidad de la atención de salud"

Figura 18. Categorías de la temática "experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia"

Figura 19. Códigos emergentes de la categoría “avances en el acceso, aceptabilidad y calidad de las prestaciones de salud”

Figura 20. Códigos emergentes de la categoría “barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud

Figura 21. Códigos emergentes de la categoría “barreras de calidad y aceptabilidad de la atención de salud”

Figura 22. Categorías de la temática “manejo de la pandemia en Chile según los expertos”

Figura 23. Códigos emergentes de la categoría “nivel nacional y de políticas públicas”

Figura 24. Códigos emergentes de la categoría “nivel del sistema de salud”

Figura 25. Códigos emergentes de la categoría “nivel de la sociedad civil”

Figura 26. Categorías de la temática “vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile”

Figura 27. Códigos emergentes de la categoría “percepción de vulnerabilidad frente al contagio”

Figura 28. Códigos emergentes de la categoría “estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio”

Figura 29. Códigos emergentes de la categoría “estrategias de prevención del contagio en el ámbito laboral”

Figura 30. Códigos emergentes de la categoría “estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio”

Figura 31. Códigos emergentes de la categoría “dificultades para la prevención del contagio”

Figura 32. Categorías de la temática “vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile”

Figura 33. Códigos emergentes de la categoría “vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio”

Figura 34. Códigos emergentes de la categoría “estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio”

Figura 35. Códigos emergentes de la categoría “estrategias institucionales de prevención del contagio”

Figura 36. Categorías de la temática “experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19”

Figura 37. Códigos emergentes de la categoría “diagnóstico”

Figura 38. Códigos emergentes de la categoría “tratamiento y seguimiento”

Figura 39. Códigos emergentes de la categoría “contagios en la familia”

Figura 40. Categorías de la temática “experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19”

Figura 41. Códigos emergentes de la categoría “barreras de acceso a atención de salud por COVID-19”

Figura 42. Códigos emergentes de la categoría “residencias sanitarias”

Figura 43. Categorías de la temática “impactos de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile”

Figura 44. Códigos emergentes de la categoría “trayectoria migratoria”

Figura 45. Códigos emergentes de la categoría “condiciones de vida, trabajo y educación”

Figura 46. Códigos emergentes de la categoría “salud física y mental”

Figura 47. Códigos emergentes de la categoría “falta de redes de apoyo”

Figura 48. Categorías de la temática “impactos de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile”

Figura 49. Códigos emergentes de la categoría “trayectoria migratoria”

Figura 50. Códigos emergentes de la categoría “condiciones de vida y de trabajo”

Figura 51. Códigos emergentes de la categoría “salud física y mental”

Figura 52. Categorías de la temática “recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia”

Figura 53. Códigos emergentes de la categoría “recursos, capacidades y estrategias a nivel individual o del hogar”

Figura 54. Códigos emergentes de la categoría “recursos y capacidades a nivel comunitario”

Figura 55. Códigos emergentes de la categoría “apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia”

Figura 56. Categorías de la temática “recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia”

Figura 57. Códigos emergentes de la categoría “apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia”

Figura 58. Categorías de la temática “recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile”

Figura 59. Códigos emergentes de la categoría “promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud”

Figura 60. Códigos emergentes de la categoría “mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud”

Figura 61. Categorías de la temática “recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile”

Figura 62. Códigos emergentes de la categoría “promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud”

Figura 63. Códigos emergentes de la categoría “mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud”

Figura 64. Códigos emergentes de la categoría “cambios en el marco de la pandemia”

X. RESUMEN

ANTECEDENTES

- La OMS definió a la población migrante como población de riesgo debido a las condiciones de vida, problemas de habitabilidad, menor acceso efectivo a los servicios de salud, estatus migratorio, idioma, sector laboral en el que se concentran, entre otros aspectos. Se suma a ello cierto distanciamiento con los servicios de salud producto del desconocimiento sobre su funcionamiento, estatus irregular, experiencias de maltrato, entre otros.
- En el actual contexto de pandemia, esta distancia dificulta la implementación y adherencia de las medidas impulsadas por la autoridad sanitaria generando mayores problemas para la prevención de la enfermedad, aceleran eventualmente el contagio y debilitan la recuperación de la población.
- Existen al menos dos tipos de vulnerabilidades, la humana propia de nuestra inevitable finitud y la social que se puede prevenir y modificar. La vulnerabilidad social contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ej: pobreza), peligros externos al grupo (ej: terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ej: organización comunitaria ante desastres) como externos (ej: políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de estos grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar.
- Los recursos sociales son, en complemento a los recursos naturales y económicos, los recursos que son utilizados para que una sociedad pueda mitigar una necesidad; más que ser un recurso físico como el agua, los alimentos o el dinero, los recursos sociales pueden interpretarse como el acceso que los sectores de la sociedad tiene a oportunidades para alcanzar el bienestar. Para este estudio, se trabajó con el concepto de recursos sociales y humanos anclados en el capital social.
- La pandemia SARS-CoV-2 ha significado un enorme desafío para las poblaciones que experimentan vulnerabilidad social, teniendo un impacto no solamente en su salud física y mental, sino en todos los aspectos de su vida. Las personas migrantes internacionales pueden formar parte de aquellos que se enfrentan a una vulnerabilidad social exacerbada durante la pandemia, tomando en cuenta dificultades vinculadas con el estatus migratorio, la precariedad laboral y de las condiciones de vida, la falta de protección social y limitaciones al ejercicio de sus derechos sociales.

PREGUNTA Y OBJETIVOS DE ESTUDIO

- El proyecto se propuso conocer las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante; conocer los recursos y capitales sociales desplegados desde la propia comunidad y sus redes de apoyo, y analizar la recepción e implementación de las medidas indicadas por la autoridad sanitaria en las distintas etapas de la pandemia.
- La pregunta de investigación del estudio fue ¿cuáles son las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas que presenta la población migrante internacional que reside en Santiago de Chile, así como sus recursos y capitales sociales que debiera de considerar la política pública sanitaria de modo de que sus estrategias y medidas sean efectivas y pertinentes?
- Los objetivos específicos fueron:
    1. Identificar vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante, así como sus recursos y capitales sociales, diferenciada según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de prevención.

2. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital y nacionalidad en la etapa de contagio.
3. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de recuperación.
4. Construir desde un enfoque de interculturalidad, recomendaciones de normativa para autoridades sanitarias, protocolos a equipos de salud, e información a la comunidad migrante internacional para evitar el contagio, gestionar la enfermedad y apoyar su recuperación física, social y emocional en el país.

METODOLOGÍA

- Estudio multi-métodos focalizado en la ciudad de Santiago, una zona especialmente afectada por el COVID-19 y con alta población migrante internacional. Estudio en tres etapas: (i) cuantitativa, (ii) cualitativa, y (iii) traslacional.
- Fase cuantitativa: se aplicó encuesta COVID-19 MIGRANTE realizada por Proessa UDD, profundizando ámbitos psicosociales (estilos de vida, salud mental, enfrentamiento familiar y comunitario de la pandemia), socioeconómicos (ingreso, trabajo actual y riesgos asociados, vivienda incluyendo desalojos y hacinamiento), de recursos y capitales sociales (redes de apoyo familiares y comunitarias, así como relación con el sistema de salud y los equipos en terreno), y demográficos (edad, sexo, región, etnia, estatus migratorio, tiempo de residencia en Chile). Se estimó lograr un retorno mínimo de 800 respuestas, que luego de tres meses de aplicación alcanzó un tamaño efectivo final de 990 respuestas para análisis.
- Fase cualitativa: entrevistas semiestructuradas a migrantes e informantes claves. Los criterios para definir la muestra de población migrante fueron: Género (hombre/mujer), 5 nacionalidades con mayor presencia en Chile (Venezuela, Perú, Haití, Colombia y Bolivia), ciclo de vida (adultos y adultos mayores). Se realizaron 40 entrevistas en total (30 a migrantes y 10 a actores clave de organizaciones migrantes y pro migrantes, así como el Ministerio de Salud). Las entrevistas se realizaron de manera virtual o telefónicamente, y los informantes fueron contactados con la colaboración del Servicio Jesuita a Migrantes. Se abordó con cada uno de ellos las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, y recuperación de COVID-19 que estén desarrollando, sus capacidades y recursos, así como sus necesidades y vulnerabilidades sentidas, y qué estrategias serían útiles para apoyarlos en esta pandemia. Todas las entrevistas fueron transcritas y analizadas temáticamente.
- Fase traslacional: elaboración de las publicaciones académicas y los productos concretos de transferencia, en colaboración activa con todos los actores clave (autoridad sanitaria, equipos de salud y colectivos migrantes internacionales) y desde un enfoque intercultural. Los productos comprometidos eran: 1. al menos 1 publicación académica en revistas indexadas; 2. recomendaciones de política sanitaria; 3. protocolos para equipos de salud; 4. material informativo/educativo para población migrante. Todo el material generado por este estudio será de uso público. Este reporte da cuenta de resultados generales y de recomendaciones para la política sanitaria.

RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

Perfil socio-demográfico y migratorio

- Respondieron a esta encuesta online un total de 990 extranjeros. El 35% era hombre (n=350) y el 64% era mujer (n=637), mientras que solo un 0.3% indicó ser otro (n=3). Se observa una población relativamente joven, concentrada especialmente entre los 20 y 40 años de edad, similar a estimaciones nacionales. El promedio total de participantes fue de 34 años (d.s. 10.3, rango 13-78). Una proporción menor de participantes indicaron tener pertenencia étnica, un 9% en total, correspondiente a un 11% en hombres y un 7% en mujeres.

- Respecto de país de origen de los participantes de la muestra, los países de origen predominantes correspondieron a Venezuela con 316 (32%) de los encuestados, Perú (19%) con 193 encuestados, Colombia (19%) con 185 encuestados, Haití con 139 (14%), Bolivia con 45 (4%) y Ecuador con 40 (4%).
- La mayoría reportó visa en trámite de cualquier tipo con un 39%, seguida de visa definitiva vigente de cualquier tipo con 33% y visa temporaria vigente de cualquier tipo con un 16%. Acerca del tiempo de residencia en Chile, la mayoría indicó entre 1 y 5 años con un 59%, seguido de entre 6 meses y un año con 14% y entre 6 y 10 años con 13%. Solo el 6% reportó ser refugiado, en su mayoría haitianos (n=13, 9,35%) seguidos de venezolanos (n=21, 6,65%).
- El 59% (n=586) de los encuestados tuvo entre sus motivos para migrar la búsqueda de trabajo, 53% (n=524) la necesidad de dinero, 68% (n=672) mejores oportunidades, 55% (n=543) calidad de vida y bienestar, 21% (n=203) escapar de conflictos civiles, 20% (n=202) mejor acceso a servicios de salud, 9% (n=86) conocer otro país/turismo, 8% (n=76) reencontrarse con la familia y 1% (n=16) otros motivos (estudio, pareja, familia, situación en el país, entre otros).
- Respecto del nivel educacional de la muestra, la categoría más reportada fue la secundaria o enseñanza media con 47%, seguida de universitaria con un 27%, técnico superior con 19% y primaria o básica con 7%. Prácticamente no se observan diferencias según sexo en esta distribución.
- De los encuestados, 679 (68,6%) tenía trabajo formal o informal al día de la encuesta. Entre aquellos que se encontraban trabajando el 59,9% (n=407) tenía contrato laboral. Más del 70% de participantes con nivel educacional técnico o profesional indicaron estar trabajando en el momento de la encuesta, contra un 55% en personas con nivel primario que indicaron estar trabajando. Casi el 80% de los participantes hombres señalaron estar trabajando, comparado con un 63% en el caso de las mujeres.
- Se observa una gradiente positiva entre años de residencia y encontrarse trabajando al momento de la encuesta (a mayor tiempo de residencia, mayor proporción de migrantes con trabajo).
- Un 32% de participantes que indicaron estar en situación irregular incluyendo paso no habilitado estaban trabajando, comparado con un 75% de quienes indicaron estar con visa definitiva vigente de cualquier tipo, un 74% de quienes indicaron tener visa temporaria vigente de cualquier tipo y un 73% de quienes señalaron tener visa en trámite de cualquier tipo.

Familia, vivienda y redes de apoyo

- Del total de encuestados, el 51% indicó estar viviendo en Chile con algún miembro de su familia, seguido de pareja en un 27%, luego con amigos y conocidos en un 11%, solo en un 9% y con desconocidos solo el 1%. El 73% de los participantes señalaron no tener pareja o hijos en el país de origen, mientras que el 27% indicó sí tenerlos.
- Respecto de las características de la vivienda, el 58% reportó vivir en casa arrendada, el 29% reportó pieza en arriendo, el 5% vivienda propia y en un porcentaje menor vivir en vivienda precaria, campamento o en situación de calle.
- El 80% vivía sin hacinamiento, el 18% reportó hacinamiento medio y el 2% hacinamiento crítico, menor a las estimaciones nacionales (CASEN 2017). Un 93% no tiene teléfono fijo, un 66% no tiene TV pagada, un 43% no tiene Internet, un 31% no tiene calefón o caldera para calentar el agua, un 15% no tiene gas, un 4% no tiene baño, un 2.5% no tiene agua potable y un 0.4% no tiene energía eléctrica.
- Un 35% de los participantes indicó enviar siempre remesas a sus países de origen, un 37% hacerlo ocasionalmente y un 27% no hacerlo nunca. Entre aquellos que afirmaron tener que enviar dinero a su país todos los meses el 26,76% (n=194) reportó no tener trabajo formal o informal al momento de la encuesta. Por país de origen, venezolanos y haitianos tenían un mayor porcentaje de personas que tenían que enviar dinero a su país de origen, con 83% cada uno.

- En cuanto a redes de apoyo y capital social, el 61,72% (n=611) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en su país de origen y el 45,76% (n=453) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en nacidos en Chile. El 10,91% (n=108) de los encuestados indicó participar de alguna asociación civil u organización de cualquier tipo en Chile. Por su parte, el 59,29% (n=587) de los encuestados afirmó no tener a quien pedir dinero en Chile en caso de necesitar y el 34,85% (n=345) de los encuestados señaló no tener apoyo emocional en Chile en caso de necesitarlo.

Acceso a salud y atención de salud

- Casi el 70% de los participantes señalaron contar con alguna inscripción al sistema de salud chileno. Un 63% indicó pertenecer al sistema público de salud (FONASA), un 6% al sistema privado (ISAPREs), casi el 2% indicó tener otro y un 3% no saber si tiene alguna inscripción.
- Según país de origen, en el caso de venezolanos la previsión más reportada fue FONASA con un 65%, luego ninguna con un 23%, privada con un 8% y no sabe con un 3%. Migrantes de origen peruano indicaron en una mayor proporción el tener previsión pública o FONASA que venezolanos, equivalente a 74%, luego ninguno con 19%, privado o ISAPRE con 2%, otro con un 1% y no sabe con un 4%. Para población migrante internacional haitiana las proporciones son similares a venezolanos, con un 68% de inscripción en sistema público de salud, un 1.4% en privada, un 25% que reporta no tener ninguna inscripción y un 6% que no sabe.
- Existen claras gradientes de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también gradientes inversas de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones.
- Del total de participantes (n=990), 776 encuestados (78%) afirmaron haberse atendido alguna vez en el sistema de salud. De ellos, el 26,5% (n=206) afirmó por su parte haber enfrentados alguna barrera o dificultad para la atención.
- Con respecto a los tipos de barreas que reportaron haber enfrentado durante la pandemia migrantes internacionales participantes de este estudio (n=206), la más frecuentemente reportada correspondió a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, con un 40% de los casos. En segundo lugar, barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el sentido de que el 18% de los participantes señalaron que sabían dónde consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia. También como barrera de accesibilidad un 13% reportó que fue a la cita, pero no fue atendido, un 12% que no manejaba el idioma para pedir la hora y un 11% que no pudo acceder por problemas de visa, documentación rut o previsión de salud.
- De quienes sí habían consultado alguna vez en el sistema de salud (n=776), solo 119 habían escuchado del enfoque intercultural en salud para migrantes (15.3%).
- De quienes sí habían consultado alguna vez en el sistema de salud (n=776), solo 53 dijeron haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural alguna vez (6.8%).

Enfrentamiento de la pandemia

- Del total de personas encuestadas, 115 de ellos equivalente al 11,62%, reportaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año. Además, 189 (19,1%) indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19 y 413 de ellos se tomaron alguna vez el examen.
- Por su parte, 963 de los encuestados afirmaron haber estado en una comuna en cuarentena. De los 17 que afirmaron no haber estado en cuarentena, 14 residían en comunas que otros informaron que sí estuvieron en cuarentena, por lo que se podría interpretar que casi el 100% de los participantes estuvieron en algún momento sometidos a cuarentena. La mayoría de los participantes reportaron haber cumplido con la cuarentena estipulada por la autoridad sanitaria durante la pandemia por COVID-19.

- Un total de 309 personas (31.2%) señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena. De ese total, la mayoría señaló como razón principal el haber salido a trabajar (n=280, 91%), seguido de haber cuidado de otra persona (n=9, 3%), no tener miedo (n=5, 1.6%) y haber salido a comprar alimentos (n=3, 0.9%). Otras 7 personas señalaron otras razones como estar cesante y haber salido a buscar trabajo, y otras no especificadas.
- En general se reportó un amplio cumplimiento del uso de mascarilla, de distanciamiento físico en el vecindario y de limitación de participación en reuniones sociales. Se reportó menor cumplimiento en distanciamiento social en el trabajo.
- La inmensa mayoría de los participantes indicó sí haber recibido información durante la pandemia. De quienes indicaron sí haber recibido información (n=850 de 990 participantes totales), 96.3% señalaron sí haberlas comprendido.

RESULTADOS FASE CUALITATIVA

Caracterización de los entrevistados

- De los 40 entrevistados, 30 fueron personas migrantes internacionales en la RM y en menor medida de regiones de Antofagasta y Arica y Parinacota; y 10 fueron expertos del sector salud y del sector social ubicados principalmente en la región metropolitana (RM), pero con mirada nacional.
- Se entrevistó a 30 personas migrantes internacionales residentes habituales en Chile. De esas 30 personas, el 53% (16) era mujer. El 40% (12) tenía entre 25 y 29 años, el 30% (9) tenía entre 30 y 35 años, el 13% (4) tenía entre 36 y 40 años, el 10% (3) tenía entre 41 y 45 años y finalmente el 7% (2) tenía más de 45 años.
- Los participantes provenían de un total de 10 países de América Latina y el Caribe. El 23% (7) era de Venezuela, el 17% (5) de Perú, el 17% (5) de Colombia, el 10% (3) de Haití, el 7% (2) de Bolivia, el 7% (2) de Ecuador, el 7% (2) de Argentina, el 7% (2) de Brasil, el 3% (1) de Cuba y finalmente el 3% (1) de Uruguay. El 73% (22) residía habitualmente en la Región Metropolitana, el 20% (6) en la región de Arica y Parinacota y finalmente el 7% (2) en la región de Antofagasta.
- Asimismo, se entrevistó a 10 expertos provenientes de diferentes instituciones, incluyendo el Ministerio de Salud, organizaciones pro-migrantes, y profesionales de la salud con conocimiento experto sobre salud migrante. De los 10 expertos entrevistados, 4 eran mujeres. Cabe señalar asimismo que 2 de ellos eran migrantes internacionales en Chile.

Contexto de migración, vida, trabajo y salud de migrantes en Chile durante la pandemia

- Respecto de la trayectoria migratoria de los participantes, emergieron las siguientes seis dimensiones: (i) empleo y estudios antes de migrar (con gran variabilidad de nivel educacional y experiencias laborales en el país de origen), (ii) condiciones de vida antes de migrar (con marcada vulnerabilidad socioeconómica, pobreza y violencia entre los entrevistados), (iii) motivos para migrar a Chile (muy diversos, desde búsqueda de trabajo hasta escapar de conflicto), (iv) viaje a Chile (con importantes diferencias en la experiencia dependiendo del tipo de transporte, si se viajó solo o acompañado, y si se ingresó o no por paso no habilitado), (v) trámite migratorio (se reconocen algunas facilidades, múltiples dificultades y barreras, y marcadas consecuencias del trámite en la oportunidad de trabajo formal e incertidumbre de vivir en Chile, (vi) asentamiento (con cinco categorías relevantes: experiencias positivas, diferencias y barreras lingüísticas y culturales, condiciones de vida y redes de apoyo, salud mental y experiencias de xenofobia y discriminación).
- En relación con vivir y trabajar en Chile, existen relatos diferentes entre migrantes y expertos entrevistados. Los migrantes destacan principalmente dos aspectos: (i) condiciones de vida (con relatos distintos según si se vive solo o acompañado en Chile, pero muchos de ellos en condiciones de pobreza y hacinamiento), y (ii) tipos de empleo y condiciones de trabajo (con múltiples temáticas de interés: trabajo calificado y no calificado,

trabajo doméstico no remunerado, trabajos simultáneos, trabajo formal e informal, brecha de trabajo con estudios previos, dificultades para encontrar trabajo, discriminación y xenofobia, experiencias positivas). Por su parte, los expertos destacan, en condiciones de vida, la diversidad intragrupal en la comunidad migrante internacional en Chile, en lo que concierne grados de vulnerabilidad social, inclusión social y similitudes con la población local chilena. En lo que concierne el empleo, los expertos destacan que las personas migrantes internacionales en el país generalmente se desempeñan en empleos no calificados pero esenciales, y en ciertos casos peligrosos.

- Con relación a acceso y uso efectivo del sistema de salud, nuevamente existen relatos y visiones distintivas entre migrantes y expertos. Los migrantes destacan las siguientes tres dimensiones: (i) previsión de salud (algunos inscritos, otros no lo han conseguido y otros no lo desean con urgencia), (ii) acceso y uso efectivo de prestaciones de salud (donde destacan como temas importantes el estatus migratorio para poder usar el sistema, costos asociados, disponibilidad, discriminación percibida para acceder y comparación con el país de origen), y (iii) calidad y aceptabilidad de la atención de salud (donde emergen seis dimensiones: experiencias positivas de atención, experiencias negativas, preferencia por la atención privada, diferencias culturales, discriminación y xenofobia, y mediación intercultural). Para los expertos, son tres las dimensiones centrales de análisis: (i) avances en el acceso, aceptabilidad y calidad de las prestaciones de salud (marco legal, inclusión de comunidades migrantes, mediador intercultural), (ii) barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud (estatus migratorio, barreras de idioma y culturales, abordaje de la movilidad y falta de información), y (iii) barreras de calidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud (falta de conocimiento intercultural, discriminación xenofobia y negligencia, y relevancia de la atención de salud mental).

Vulnerabilidades, recursos y estrategias de personas migrantes en Chile durante la pandemia

- Los expertos destacan tres ámbitos principales en el manejo de la pandemia en Chile: (i) nivel nacional y de políticas públicas (incluyendo medidas concretas valoradas como positivas, medidas descoordinadas e insuficientes, tensiones entre necesidades sanitarias y las realidades locales, priorización de la economía, falta de información, y complejidades por el cierre de frontera) (ii) nivel del sistema de salud (donde se reconoce una red pública de salud fuerte, adecuaciones de atención durante la pandemia, descoordinaciones y fallas comunicacionales, y desafíos y aprendizajes del manejo del tratamiento del COVID-19), y (iii) nivel de la sociedad civil (en la que se releva el rol de la sociedad civil organizada con sentido solidario, organizaciones criminales, no cumplimiento de medidas de confinamiento y discriminación).
- Respecto de vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile, las personas migrantes entrevistadas destacan los siguientes puntos: (i) percepción de vulnerabilidad frente al contagio (con percepciones de alta y de baja vulnerabilidad, con cambios en dicha percepción a lo largo del tiempo y con diversas emociones frente a dicha vulnerabilidad), (ii) estrategias a nivel individual o del hogar para prevenir el contagio (donde destacan búsqueda de información, cambio de hábitos, instalación y evolución en el tiempo de medidas de autocuidado y de limpieza), (iii) estrategias de prevención del contagio en el ambiente laboral (en especial teletrabajo y diferencias si el trabajo es formal o informal), (iv) estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio (difusión de información, materiales para limpieza, implementación de medidas de prevención y su fiscalización), y (v) dificultades para la prevención del contagio (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación). Sobre el mismo tema, los expertos destacan tres ámbitos como principales: (i) vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio (donde destacan aspectos estructurales como capaz de vulnerabilidad, determinantes sociales de la salud, hacinamiento precariedad y necesidad económica, falta de redes de apoyo, estatus migratorio, y falta de información pertinente con enfoque intercultural), (ii) estrategias a nivel individual y del hogar para prevenir el contagio (grado de cumplimiento de recomendaciones

de prevención y el efecto del enfoque de género en esto), (iii) estrategias institucionales de prevención del contagio (falta de medidas orientadas a migrantes, estrategias que han surgido desde la sociedad civil y presencia en el terreno en los territorios).

Experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19

- De las 30 personas migrantes internacionales entrevistadas, 7, o el 23%, reportaron haber tenido COVID-19. Sin embargo, de esas 7 personas, 4 no fueron diagnosticadas por haber tenido contacto estrecho con una persona enferma y solamente 3 tuvieron un diagnóstico formal a través de la prueba molecular. Ningún entrevistado desarrolló un cuadro grave con necesidad de estar hospitalizado. Asimismo, muy pocos de los entrevistados tuvieron experiencias en torno a las residencias sanitarias y solamente una persona hizo uso de ese recurso. Finalmente, muchos de los entrevistados comentaron haber tenido familiares enfermos en Chile o en su país de origen.
- Las personas migrantes describen tres aspectos del diagnóstico y tratamiento de COVID-19: (i) diagnóstico (formal versus informal y dificultades de realización del diagnóstico), (ii) tratamiento y seguimiento (recuperación en casa, percepción de discriminación, experiencias en residencias sanitarias y experiencias de seguimiento), y (iii) contagios en la familia, en Chile y el país de origen. Los expertos en este ámbito señalaron los siguientes puntos: (i) evaluación positiva, (ii) barreras de acceso a la atención de salud para COVID-19 (por estatus migratorio, barreras culturales y lingüísticas, y escasez de recursos) y (iii) experiencias en residencias sanitarias (incluyendo algunas adaptaciones interculturales, desafíos de aceptabilidad, la necesidad que excede a la disponibilidad y estrategias de salida de las residencias).

Impacto de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile

- Los relatos de las personas migrantes internacionales evidencian impactos múltiples de la pandemia sobre su vida. Destacan las siguientes categorías: (i) trayectoria migratoria (en especial asociado a estatus migratorio y cierre de fronteras durante la pandemia), (ii) condiciones de vida, trabajo y educación (desempleo y pérdida de ingresos, pérdida de oportunidades laborales y cambios en las condiciones de trabajo, y cambios negativos en la educación de sus hijos), (iii) salud física y mental (desafíos en el seguimiento de condiciones crónicas, efectos negativos físicos, efectos positivos y negativos en salud mental), (iv) falta de redes de apoyo (redes debilitadas y vulnerabilidad exacerbada). Por su lado, los expertos entrevistados abordaron los mismos aspectos que las personas migrantes internacionales, exceptuando la educación y las redes de apoyo.

Recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia

- Las personas entrevistadas describieron recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento a nivel individual y de hogar, en ciertos casos también a nivel de comunidad y finalmente los apoyos externos a los cuales algunos accedieron: (i) recursos, capacidades y estrategias a nivel del individuo y hogar (volver a trabajar, manejo del estrés y de la angustia, redes de apoyo en Chile y a distancia), (ii) recursos y capacidades a nivel comunitario (ayuda económica y apoyo barrial), (iii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia en migrantes (ausencia de apoyo, apoyo en alimentos y económico, personas que prefirieron no recibir el apoyo). Los expertos entrevistados se enfocaron en los recursos y capacidades a nivel comunitario para enfrentar los impactos de la pandemia y en los apoyos institucionales, sin mencionar las estrategias y recursos a nivel personal o del hogar a las cuales recurren las personas migrantes internacionales en Chile para enfrentar las consecuencias de la pandemia: (i) recursos y capacidades comunitarias, (ii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia (ayuda económica y adaptaciones del sector salud).

Recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile

- Desde su experiencia con el sistema de salud en Chile, las personas migrantes entrevistadas formularon algunas recomendaciones para promover, por una parte, el acceso y uso efectivo del sistema de salud (acceso independiente del estatus migratorio, información sobre el derecho a la salud, acortar los plazos de atención, regulación de costos por prestaciones de salud, conocimiento sobre la realidad de las personas migrantes) y, por otra parte, para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud (humanización e inclusión, pertinencia cultural y lingüística, inclusión de médicos extranjeros, alargar los tiempos de consulta). Por otra parte, los expertos entrevistados formularon recomendaciones generales para mejorar el acceso y uso efectivo del sistema de salud y para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud y específicamente en el marco de la pandemia: (i) promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud (cambio estructural en el modelo de salud, implementación del marco legal y políticas de salud existentes, información sobre el derecho a la salud, datos sobre necesidades de salud en migrantes, trabajo intersectorial, multidisciplinario y participativo), (ii) mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud (cambios en el modelo de gestión y de atención, capacitación del personal de salud, profesionalización del mediador intercultural, enfoque intercultural y de determinantes sociales de la salud, abordaje de la migración como determinante social de la salud), (iii) cambios en el marco de la pandemia (adaptación de los discursos y relevancia lingüística de la información).

RESULTADOS FASE TRASLACIONAL

A partir de la integración de resultados de los hallazgos cuantitativos y cualitativos del estudio, se establecieron 38 recomendaciones para la política sanitaria, además de la incorporación de recomendaciones adicionales elaboradas por expertos del país en materia de frontera y vacunación contra COVID-19 en las últimas semanas en Chile.

XI. ANTECEDENTES

"Los migrantes y sus familias suelen formar parte de grupos marginados y vulnerables en las sociedades, que ya de por sí padecen dificultades económicas y marginación. Existe el riesgo de que estas adversidades se exacerben como resultado de las medidas de contención y de la xenofobia latente en la búsqueda de chivos expiatorios. Los migrantes también son parte de la solución, como miembros de las comunidades y como trabajadores de primera línea en el suministro de alimentos, transporte, cuidados y otros servicios."

Red de las Naciones Unidas sobre la Migración, https://migrationnetwork.un.org/covid-19-SP

1. La migración internacional como categoría de movilidad humana

La OMS definió a la población migrante como población de riesgo debido a las condiciones de vida, problemas de habitabilidad, menor acceso efectivo a los servicios de salud, estatus migratorio, idioma, sector laboral en el que se concentran, entre otros aspectos. Se suma a ello cierto distanciamiento con los servicios de salud producto del desconocimiento sobre su funcionamiento, estatus irregular, experiencias de maltrato, entre otros. En el actual contexto de pandemia, esta distancia dificulta la implementación y adherencia de las medidas impulsadas por la autoridad sanitaria generando mayores problemas para la prevención de la enfermedad, aceleran eventualmente el contagio y debilitan la recuperación de la población.

La *migración internacional* es definida por la organización internacional de migración (OIM) 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). La migración internacional es parte de un marco conceptual más amplio desarrollado por Naciones Unidas y referido a movilidad humana. La migración internacional da cuenta de desplazamientos atravesando fronteras políticas entre países, con intención de residencia temporal o permanente, y de causa voluntaria como involuntaria. Los migrantes se pueden distinguir según la duración de su estancia, en migrantes de corta duración (permanencia más de 3 meses y menos de un año) y migrantes de larga duración (residencia por más de un año) (2).

El número de personas migrantes es ahora mayor que nunca. La inmensa mayoría de ellos abandonan sus países de origen de forma voluntaria, en busca de mejores oportunidades económicas, sociales y educativas y de un mejor entorno de vida. Se estima que para finales de 2015 el número de migrantes internacionales superaba los 244 millones (aproximadamente un 3,5% de la población mundial), lo que representa un aumento de 77 millones (un 41%) con respecto al año 2000. Un 48% de las personas que se hallan en esta situación son mujeres. Por otro lado, el mundo está presenciando también los niveles más elevados de desplazamientos forzados de las últimas décadas, debido a la inseguridad y los conflictos. El número mundial de refugiados superaba a finales de 2015 los 21 millones y el de solicitantes de asilo, los 3 millones; estas cifras vienen a sumarse a unos 763 millones de migrantes internos (alrededor del 11% de la población mundial), de los cuales más de 40 millones son desplazados internos (3).

A nivel mundial se ha reconocido a la migración internacional como un determinante social de la salud (4). Sobre la perspectiva de determinantes sociales de la salud y su relación con la migración internacional se acepta, por una parte, que la decisión de migrar es resultado de los determinantes sociales a los cuales se ve expuesto el individuo en su fase pre-migración. Y por otra parte, la migración representa en sí misma un determinante social de salud (5). En este sentido, si bien la migración puede incidir en los resultados de salud, esta no implica un riesgo para la salud (6). Son las circunstancias en las cuales la migración internacional tiene lugar, en particular experiencias de riesgos y vulneraciones sociales y de salud, las que pueden influenciar en forma negativa la salud (6). Se ha propuesto, por ejemplo, que algunos grupos de migrantes internacionales experimentan vulnerabilidad estructural al limitarse su acceso a la atención de salud cuando es requerido, tanto en el tránsito como en la llegada al país receptor. Esto es especialmente frecuente en el caso de migrantes internacionales en situación irregular, refugiados y aquellos migrantes en situación de pobreza (7). La vulnerabilidad puede agravarse en mujeres, minorías étnicas, diversidades sexuales, personas con condiciones crónicas o enfermedades infecciosas, entre otros.

Sobre lo anterior, existe abundante evidencia que permite afirmar que el proceso migratorio se relaciona con condiciones que pueden dejar a la población que migra en una situación de vulnerabilidad e impactar en su salud. La salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diversas etapas del proceso migratorio, es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno (8). En específico, las personas migrantes internacionales se ven expuestas a factores de riesgo para su salud y enfrentan situaciones tales como dificultades en el acceso a vivienda, alimentación y agua, condiciones climáticas y geográficas riesgosas, amenazas de redes de trata y tráfico de personas, ausencia de políticas integradoras, discriminación y carencia de redes de apoyo, todo lo cual terminan por impactar tanto en su bienestar físico, mental y social (9). Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado un Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023, con el objetivo de generar una respuesta internacional coordinada e integral a las necesidades de salud de migrantes y refugiados (10).

El Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó la elaboración de este marco en enero de 2017, en su 140.a reunión, a efectos de su consideración durante la 70.a Asamblea Mundial de la Salud. Los principios rectores y prioridades de este marco se presentan en la Figura 1, el cual persigue un triple objetivo (10):

a) Orientar los debates entre los Estados Miembros y los asociados que intervienen en la formulación del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada con el fin de asegurar que los aspectos relacionados con la salud de los refugiados y los migrantes se atiendan adecuadamente;
b) Servir de base para la formulación de un proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes, que se prevé se presente a la 72.a Asamblea Mundial de la Salud en 2019;
c) Proporcionar un recurso que los Estados Miembros podrán tomar en consideración al abordar las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros marcos de política mundiales y regionales según sea oportuno en función del contexto y las prioridades de cada país.

2. Acerca de los conceptos de vulnerabilidades y recursos

La vulnerabilidad humana es inherente a nuestra existencia, por ser seres finitos; dimensión ampliamente desde la ética y bioética. La vulnerabilidad social, por su parte, puede ser entendida como una situación concreta en la que un individuo no posee, o cree no poseer, las herramientas necesarias para enfrentar una amenaza. La vulnerabilidad social, relacionada con la salud, tiene que ver con cómo la situación social en la que el sujeto se encuentra impacta en la gestión y acceso a las herramientas necesarias para afrontar diversas amenazas a la propia salud (11).

La vulnerabilidad social contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ej: pobreza), peligros externos al grupo (ej: terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ej: organización comunitaria ante desastres) como externos (ej: políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de estos grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar (11).

Los recursos sociales son, en complementación con los recursos naturales y económicos, los recursos que son utilizados para que una sociedad pueda mitigar una necesidad; más que ser un recurso físico como el agua, los alimentos o el dinero, los recursos sociales pueden interpretarse como el acceso que los sectores de la sociedad tiene a oportunidades para alcanzar el bienestar (12). Para este estudio, se trabajó con el concepto de recursos sociales y humanos anclados en el capital social.

Dos son las corrientes en que se puede ordenar el amplio campo del capital humano: las "definiciones estructurales" fundamentalmente referidas a Bourdieu y Coleman, y las definiciones culturales cuyo mejor representante sería Putnam. La primera se ubica, según Bourdieu, en "el agregado de recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo": acceso a la información, obligaciones que se desprenden de la confianza mutua, o aprovechamiento de las normas sociales cooperativas. La referencia material de este enfoque se encuentra en las redes. Éstas tienen historia y continuidad, pueden estar cerradas, ser unidireccionales, simétricas, horizontales o, sus contrarios; los vínculos pueden ser fuertes o débiles o frecuentes, con puentes hacia otras redes, o volcados hacia su interior, etc.

La segunda, refiere a un fenómeno subjetivo: valores y actitudes cuyo centro es la confianza generalizada, vinculada a un "juicio moral" conectado con la "cultura política". Se podría decir que para Putnam la virtud cívica es capital social. Los temas que recurren a este concepto son variados y amplios: la creación de Capital Humano; la efectividad de las instituciones democráticas; el desarrollo económico; y la acción colectiva. En las investigaciones sobre capital social éste aparece ya sea como variable dependiente o independiente: ya sea el conjunto de causas y procesos implicados en su formación, o sus consecuencias.

3. Migrantes internacionales y COVID-19

La pandemia SARS-CoV-2 ha significado un enorme desafío para las poblaciones que experimentan vulnerabilidad social, teniendo un impacto no solamente en su salud física y mental, sino en todos los aspectos de su vida. Las personas migrantes internacionales pueden formar parte de aquellos que se enfrentan a una vulnerabilidad social exacerbada durante la pandemia, tomando en cuenta dificultades vinculadas con el estatus migratorio, la precariedad laboral y de las condiciones de vida, la falta de protección social y limitaciones al ejercicio de sus derechos sociales (13).

A nivel global, se han publicado diversos estudios enfocados en experiencias de personas migrantes internacionales en diferentes países durante la pandemia y en el impacto de esta sobre sus vidas. Para este estudio se desarrolló una revisión de literatura sobre migración y COVID-19 en WoS el 01 de marzo del 2021, encontrándose 16 artículos científicos que se presentan en el Cuadro 1. Los estudios fueron realizados en diversas regiones del mundo, principalmente en Europa, Asia y Norteamérica. La mayoría de la población incluida corresponde a migrantes laborales, migrantes estudiantes y refugiados. En estos estudios se observa el efecto de la pandemia en la proporción de casos, condiciones de vida, situación laboral y psicosocial de los migrantes internacionales.

La vulnerabilidad de la población migrante internacional se ha evidenciado con la cantidad de contagios con respecto a la población general. Este el caso de Estados Unidos, donde se encontró mayor afectación en condados con alta proporción de población latina. Donde los casos se asociaban a componentes como el dominio del idioma y el distanciamiento físico. Mientras que las muertes se asociaban con las condiciones de vivienda y ambientales (14). Hallazgos similares se describen en un análisis específico para el Estado de Colorado. Los hispanos lideraron los diagnósticos, hospitalizaciones y muertes a lo largo de la pandemia. Particularmente esta población se caracterizó por participar en labores esenciales y continuar sus tareas mientras se encontraban enfermos (15).

La situación laboral de los migrantes ha sido fuertemente influenciada por las medidas implementadas en la emergencia sanitaria. Un estudio llevado a cabo en Alemania, por ejemplo, exploró los efectos de la pandemia sobre la integración laboral de personas refugiadas en el país. La pandemia afectó sus procesos de inclusión ante problemáticas relacionadas al nivel de exposición, estatus legal, tipos de contratación, comportamiento del mercado, disponibilidad de trámites administrativos etc. (16). Por otra parte, las modificaciones en la jornada laboral han generado consecuencias en la salud mental del migrante. En Inglaterra se evaluó el bienestar mental según la reducción de horas laborales en presencia o ausencia de mecanismos de protección de ingreso. El bienestar subjetivo de los migrantes cuyas horas laborales se redujeron, resultó más afectado que en los locales. A su vez, la falta de protección financiera y la pérdida de trabajo implicaban mayor costo psicológico (17).

Existen estudios que se han enfocado en la sintomatología de condiciones como la ansiedad y depresión mediado por las condiciones laborales durante la pandemia. En Israel se llevó a cabo una investigación en migrantes cuidadores de personas con discapacidad u otras condiciones médicas. Los hallazgos reportaron la presencia de dicha sintomatología, asociado a factores como las circunstancias de vida y estado de salud. Además, en esta población se detectaron experiencias de discriminación racial y deficiencias en el acceso a mascarillas médicas (18). Esto es semejante a lo descrito en mujeres filipinas

que trabajan en tareas domésticas en China; cuya ansiedad probable se asoció con la falta de elementos de protección personal, pobre conocimiento del COVID-19, con la carga laboral y el temor al despido. Lo anterior destaca la relevancia de atender la necesidades psicosociales de migrantes trabajadores durante la pandemia (19). En este sentido, un estudio desarrollado en Kuwait consideró la complejidad de estas relaciones. Para esto se aplicó un marco de evaluación de riesgo cumulativo que evaluara cualitativamente los riesgos a nivel individual, comunitario y laboral durante la pandemia. Así como también los factores vinculados con el medio ambiente, a los cuales se exponen los trabajadores migrantes originarios del Sureste asiático. Se llegó a la conclusión de que este subgrupo poblacional se ve expuesto a múltiples estresores y factores de riesgo que se superponen y añaden a una situación de marginalización previa a la pandemia (20).

Entre los grupos migrantes, aquellos que se encuentran en situación administrativa irregular han experimentado una agudización de su vulnerabilidad e impacto psicológico. Esto es evidenciado en un estudio multi-métodos realizado en Suiza. Los migrantes en dicha situación evitaban asistir al servicio médico, presentaban menores niveles de satisfacción personal y experimentaban inseguridad laboral y financiera. Aunque los migrantes en situación irregular reportaron mayor afectación, en general todos los migrantes referían preocupaciones en sus circunstancias de vida (21). De forma similar, migrantes en situación irregular radicados en Italia registraron un empeoramiento en sus condiciones de vida, pues un cuarto de la población terminó en situación de calle o en viviendas comunitarias (22). Por último, la vulnerabilidad financiera agravada por la pandemia ha complejizado la situación de otros grupos en riesgo. Este es el caso de mujeres migrantes que estudian en Australia, las cuales al perder su trabajo y en ausencia de apoyo económico, comprometieron su integridad física y emocional (23).

La población más joven ha enfrentado dificultades importantes en medio de la pandemia. En Dinamarca los profesores de educación media que trabajaron con niños, niñas y adolescentes migrantes y refugiados recién llegados al país, reportaron preocupaciones en el bienestar psicosocial de esta población vulnerable. Donde manifestaron que el hecho de no poder tener contacto presencial impidió la labor de cuidado realizada habitualmente por los profesores , afectando procesos de integración (24). Mientras que los refugiados adolescentes y jóvenes que permanecían en el campo de refugiados en Uganda revelaron el efecto adverso del temor y aislamiento producto de la pandemia. Particularmente se detectó que deficiencias en componentes estructurales (ecológicos, socioeconómicos, sociales) conducen a la falta de recursos financieros, lo cual posibilita la violencia de género (25).

La pandemia también ha provocado posturas negativas de la sociedad receptora hacia la población migrante. En Francia un estudio documentó experiencias de discriminación en migrantes asiáticos de primera y segunda generación; principalmente en aquellos menores de 30 años con ciudadanía francesa (26). De manera similar, en Estados Unidos se evaluó la ansiedad, depresión y percepción de discriminación en población asiática. Los hallazgos describen que el impacto en la salud mental durante la pandemia podría explicarse por la discriminación relacionada al COVID-19 (27).

A nivel de América Latina y el Caribe, existe incipiente investigación en esta temática. Un estudio cualitativo sobre el impacto de la COVID-19 sobre el acceso a la salud por parte de personas migrantes provenientes de Venezuela en siete ciudades de Colombia y Perú concluyó que la pandemia ha exacerbado las condiciones de informalidad e inequidades en salud para esta población. Las principales

barreras de acceso a atención de salud se vinculan con el estatus migratorio, los costos, la discriminación y la falta de información (28). Por otra parte, la población de refugiados en la región también se ha visto afectada por la respuesta gubernamental a la pandemia. Un estudio realizado en Brasil analizó cualitativamente las experiencias de refugiados provenientes de República Democrática del Congo, Siria, Malí, Venezuela, entre otros. Los reportes se enfocaron en la falta de medidas para proteger a esta población y reconocimiento de sus derechos. Debido la suspensión de algunas actividades federales que limitaban trámites administrativos relacionados a la reunificación familiar, acceso al servicio de salud y a las ayudas gubernamentales (29) .

En Chile, se cuenta con estudios en torno a la experiencias, vulnerabilidades y preparación (del inglés *preparedness*) de las personas migrantes internacionales para enfrentar la pandemia (30-32), pero la evidencia es todavía limitada. Un estudio exploratorio llevado a cabo con un grupo reducido de trabajadores de salud entre mayo y junio 2020 en Arica y con análisis de fuentes secundarias (33) llegó a la conclusión de que la falta de información en torno a la COVID-19 tiene un impacto sobre el acceso equitativo a la salud para personas migrantes y sobre las estrategias de incidencia de organizaciones pro-migrantes, así como la necesidad de difundir información cultural y lingüísticamente pertinente sobre la prevención del contagio y prevenir instancias de discriminación.

Cuadro 1. Resumen de artículos sobre migración y COVID-19 en Chile. Búsqueda en WoS el día 01 de marzo del 2021.

Primer autor	Año	Título	País	Tipo migrante	Objetivo	Resultado principal
Zambrano-Barragán	2021	The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities.	Colombia Perú	Migrantes sin especificar	Comprender cómo el COVID-19 afecta el acceso a la salud de migrantes en ciudades latinoamericanas.	Barreras de acceso al servicio de salud asociadas al marco regulatorio del país, inseguridad económica del migrante, obstáculos burocráticos y de calidad de la información para acceder.
Shen	2021	Fare differently, feel differently: mental well-being of UK-born and foreign-born working men during the COVID-19 pandemic.	Inglaterra	Migrantes laborales	Examinar si los costos psicológicos de las recesiones económicas se distribuyen de forma desigual entre trabajadores nacionales y extranjeros.	El bienestar mental es afectado en hombres migrantes que experimentan reducciones en su jornada laboral. Principalmente aquellos sin protección financiera.
Logie	2021	Exploring resource scarcity and contextual influences on wellbeing among young refugees in Bidi Bidi refugee settlement, Uganda: findings from a qualitative study.	Uganda	Refugiados	Explorar los factores contextuales asociados con el bienestar entre adolescentes y jóvenes refugiados de 16-24 años en el campo de refugiados de Bidi bidi.	Los refugiados adolescentes y jóvenes reportan estresores producto de la precariedad económica. Estos afectan su bienestar y posibilitan formas de violencia familiar, en la pareja y en la comunidad.
Martuscelli	2020	How are refugees affected by Brazilian responses to COVID-19?.	Brasil	Refugiados	Analizar la experiencia de los refugiados a las respuestas del gobierno federal brasileño para el manejo de la pandemia.	Impacto del cierre de fronteras en la reunificación familiar. Incertidumbre ante falta de acceso a ayudas gubernamentales y discriminación al acceder al servicio de salud .
Burton-Jeangros	2020	The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization.	Suiza	Migrante en situación administrativa regular o irregular	Describir el impacto de la crisis por COVID-19 en la salud y circunstancias de vida de migrantes en Suiza.	Compromiso de salud mental, dificultades financieras, inseguridad de vivienda y alimentaria. Principalmente en migrantes en situación administrativa irregular.

Devillanova	2020	Health care for undocumented immigrants during the early phase of the Covid-19 pandemic in Lombardy, Italy.	Italia	Migrante en situación administrativa irregular	Analizar condiciones socioeconómicas y de salud de 1590 inmigrantes indocumentados en Milán durante la emergencia por COVID-19.	Aumento de consultas por síntomas compatibles con COVID-19 y tratamiento. Se registró un empeoramiento de condiciones de vida resultando en migrantes en situación de calle.
Wang	2020	'I'm more afraid of racism than of the virus!': racism awareness and resistance among Chinese migrants and their descendants in France during the Covid-19 pandemic.	Francia	Migrantes primera y segunda generación	Analizar la exacerbación de racismo anti-asiático en Francia dentro del contexto de la pandemia por COVID-19.	En el contexto de pandemia un tercio de la población encuestada reportó haber experimentado discriminación, particularmente los jóvenes con ciudadanía francesa.
Falkenhain	2020	Setback in labour market integration due to the Covid-19 crisis? An explorative insight on forced migrants' vulnerability in Germany.	Alemania	Refugiados	Explorar cómo la situación actual ha afectado a los refugiados insertados en el mercado laboral previo a la crisis.	La pandemia exacerbó la vulnerabilidad de esta población, evidenciando dificultades e inestabilidad en el desarrollo, condiciones y proyección laboral.
Primdahl	2020	'It's difficult to help when I am not sitting next to them': How COVID-19 school closures interrupted teachers' care for newly arrived migrant and refugee learners in Denmark. Vulnerable Child Youth Stud.	Dinamarca	Estudiantes migrantes y refugiados	Explorar cualitativamente los esfuerzos y desafíos que enfrentan los profesores ante el cierre de colegios, para mantener la continuidad del cuidado de migrantes y refugiados recientes.	Los profesores reportan preocupación por bienestar psicosocial de los estudiantes ante la dificultad para mantener el contacto remoto, generar una rutina, proveer apoyo social y facilitar su integración.
Attal	2020	A rapid assessment of migrant careworkers' psychosocial status during Israel's COVID-19 lockdown.	Israel	Migrantes laborales	Explorar el estado psicosocial y bienestar mental de cuidadores migrantes en Israel durante la pandemia de COVID-19 y determinar el riesgo y factores protectores asociados con el distrés psicológico, ansiedad y depresión.	Los migrantes dedicados al cuidado de personas manifiestan compromiso de salud mental. Entre los factores asociados se encuentran la inseguridad alimentaria, pobre salud general y falta de confianza y elementos de protección tanto para el cuidado personal como del empleador.

Yeung	2020	Feeling Anxious amid the COVID-19 Pandemic: Psychosocial Correlates of Anxiety Symptoms among Filipina Domestic Helpers in Hong Kong.	China	Migrantes laborales	Examinar el correlato psicosocial de la ansiedad probable entre ayudantes domésticas en Hong-Kong durante la pandemia de COVID-19.	La ansiedad se asocia con la carga laboral, falta de equipos de protección personal e incertidumbre en caso de contagio.
Alahmad	2020	COVID-19 stressors on migrant workers in Kuwait: cumulative risk considerations.	Kuwait	Migrantes laborales	Investigar los múltiples estresores asociados con la pandemia de COVID-19 en trabajadores migrantes.	Los migrantes enfrentan estresores y factores que se superponen entre sí: laboral (exposiciones, barreras culturales, lenguaje); ambiente (condiciones de vivienda, polución); comunidad (apoyo financiero a la familia); individual (comorbilidades, acceso al servicio de salud).
Coffey	2020	Intersecting marginalities: International students' struggles for “survival” in COVID-19	Australia	Migrantes estudiantes	Explorar cómo las vulnerabilidades relacionadas al género, estatus migratorio y trabajo precario se intensificaron por el impacto de la pandemia de COVID-19 en mujeres estudiantes internacionales.	La inseguridad financiera agravada por la pandemia generó riesgos asociados a la integridad física, explotación laboral, tratos injustos y aislamiento.
Wu	2020	Anti-Asian discrimination and the Asian-white mental health gap during COVID-19	Estados Unidos	Migrantes primera y segunda generación	Proveer evidencia de la necesidad de intervenciones de salud mental específicas en respuesta a la pandemia de COVID-19. Establecer causalidad entre discriminación relacionada al COVID-19 y salud mental.	Los asiaticos registran mayor ansiedad y depresión durante la pandemia en comparación a la etnia local. A su vez, el aumento de estas condiciones es parcialmente explicado por la discriminación relacionada al COVID-19.
Podewils	2020	Disproportionate Incidence of COVID-19 Infection, Hospitalizations, and Deaths Among Persons Identifying as Hispanic or Latino - Denver, Colorado March-October 2020	Estados Unidos	Migrantes sin especificar	Evaluar las diferencias en COVID-19 en la comunidad e informar las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas, hospitalizadas y que murieron de COVID-19 en Denver, Corolado.	Los casos y muertes de COVID-19 se concentraron en población hispana. En los cuales se detectó retraso diagnóstico, mayor exposición a tranmisión domiciliaria y participación en labores esenciales.
Rodriguez-Díaz	2020	Risk for COVID-19 infection and death among Latinos in	Estados Unidos	Migrantes sin especificar	Determinar la dinámica de transmisión de COVID-19 entre	Los casos de COVID-19 a nivel nacional predominaban en condados con mayor

		the United States: examining heterogeneity in transmission dynamics			comunidades latinas a nivel nacional.	proporción de Latinos. Los casos se asociaban con dominar únicamente el español, tasas de empleo, muertes cardiovasculares, menor distancia social. Las muertes se asociaban a condados con condiciones de hacinamiento y polución.

4. Foco de este estudio

El proyecto se propuso conocer las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante; conocer los recursos y capitales sociales desplegados desde la propia comunidad y sus redes de apoyo, y analizar la recepción e implementación de las medidas indicadas por la autoridad sanitaria en las distintas etapas de la pandemia. Esta evidencia inédita permitirá construir, desde un enfoque de interculturalidad, recomendaciones para fortalecer la efectividad de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria e implementadas por los equipos de salud. El problema de investigación que aborda es cómo contribuir al diseño de políticas públicas efectivas y pertinentes para la población migrante en las distintas etapas del COVID-19 (prevención, contagio y recuperación del COVID-19).

Para ello el proyecto buscó identificar las principales vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas que presenta la población migrante residente en Santiago de Chile, así como los recursos y capitales sociales que poseen; y proponiendo a partir de esta información estrategias y protocolos sanitarios que consideren aspectos específicos de la situación migratoria, aplicables en los tres momentos de la crisis sanitaria. El grupo objetivo del estudio fue población migrante internacional, entendida como un colectivo heterogéneo de acuerdo con las siguientes categorías: género, grupo etario (jóvenes, adultos y adultos mayores) y nacionalidad. Los resultados se orientaron a la entrega de insumos a las autoridades sanitarias, a los equipos de salud y a la comunidad migrante en Chile.

El enfrentamiento de la pandemia requiere de estrategias articuladas a nivel internacional. Es por ello que este estudio contempló la generación de un espacio de encuentro virtual con especialistas de distintos centros de estudio, para compartir tanto resultados de investigaciones como de iniciativas que se hayan desarrollado en torno a COVID-19 y población migrante. Esto permite generar propuestas de política sanitaria en sintonía con acciones internacionales y protocolos para equipos de salud que asuman la experiencia del trabajo con perspectiva intercultural de distintos países.

XII. PREGUNTA Y OBJETIVOS

La pregunta de investigación del estudio fue ¿Cuáles son las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas que presenta la población migrante internacional que reside en Santiago de Chile, así como sus recursos y capitales sociales que debiera de considerar la política pública sanitaria de modo de que sus estrategias y medidas sean efectivas y pertinentes?

Objetivo general

Conocer vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile, así como sus recursos y capitales sociales, y proponer a partir de ello, estrategias y protocolos de acción que fortalezcan la prevención, disminuyan el contagio y promuevan una adecuada recuperación.

Objetivos específicos

5. Identificar vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante, así como sus recursos y capitales sociales, diferenciada según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de prevención.
6. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital y nacionalidad en la etapa de contagio.
7. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de recuperación.
8. Construir desde un enfoque de interculturalidad, recomendaciones de normativa para autoridades sanitarias, protocolos a equipos de salud, e información a la comunidad migrante internacional para evitar el contagio, gestionar la enfermedad y apoyar su recuperación física, social y emocional en el país.

XIII. PRODUCTOS DE TRANSFERENCIA

Se propusieron tres productos de transferencia:

1. Elaboración de recomendaciones de política sanitaria para la efectiva vinculación de la población migrante en el control de la pandemia COVID-19 en sus etapas de prevención, contagio y recuperación. Se trabajará entregando insumos concretos para la Política Nacional de Salud de Inmigrantes de Chile, que se encuentra en su elaboración de Plan de Acción. Desarrollaremos una sección nueva para dicho Plan de Acción, en el que miembros de este equipo han estado contribuyendo activamente como parte de la comisión experta de Minsal, con foco en manejo de crisis sanitarias y pandemias hoy y a futuro en Chile. Este será un aporte sustancial y de largo aliento para el país, por medio de un impacto concreto en (i) una propuesta de sección adicional sobre abordaje de poblaciones migrantes internacionales en Chile en contextos de crisis sanitarias, para ser incorporado al actual plan de acción de la Política de Salud de Migrantes de Chile, y (ii) actualizar el documento situacional de migrantes en Chile por COVID-19 desarrollado por el equipo investigador para la red global Lancet Migration (versión original septiembre 2020, se espera actualizar el 2021). Se presentará una propuesta de abordaje de poblaciones migrantes internacionales en Chile en contextos de crisis sanitarias, para ser considerado por parte del Ministerio del Interior y Seguridad Pública en el debate de la nueva Ley de Migración planificada para el 2021.

2. Generación de un protocolo o manual de buena práctica destinados a equipos de salud para el desarrollo de estrategias de comunicación y vinculación con la población migrante que sean efectivas y culturalmente pertinentes. Se trabajará en co-construir, con líderes de organizaciones migrantes y pro-migrantes (SJM, ColMed, organizaciones civiles de migrantes, entre otros) y la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de Salud (Minsal), un protocolo o manual de buena práctica para la atención de salud a migrantes internacionales en situaciones de crisis sanitarias. Este manual se pondrá a disposición de estas audiencias de actores clave por medio de los siguientes vehículos comunicativos: (i) Correo electrónico con todo el material para uso público; (ii) Reuniones de presentación de resultados y del protocolo o manual; y (iii) Redes sociales y grupos ad-hoc de WhatsApp; (iv) Observatorio Digital de Salud de Migrantes en Chile que es parte de la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración www.saludinmigrantes.cl

9. Desarrollo de material informativo y psicoeducativo (folletos, infografías, videos, manuscritos, entre otros) acerca del sistema de salud en Chile y del COVID 19 destinado a población migrante en sus distintas etapas del ciclo vital y desde una perspectiva intercultural. Todo material de este y otros productos serán de uso público. Este material se pondrá a disposición de estas audiencias de actores clave por medio de los siguientes vehículos comunicativos: (i) Correo electrónico con todo el material para uso público; (ii) Reuniones de presentación de resultados y del protocolo o manual; (iii) Redes sociales y grupos ad-hoc de WhatsApp; (iv) Observatorio Digital de Salud de Migrantes en Chile que es parte de la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración www.saludinmigrantes.cl

XIV. IMPACTO POTENCIAL DEL PROYECTO

Enfrentar una pandemia como el COVID-19 requiere que las estrategias de prevención, manejo de la enfermedad y recuperación lleguen a toda la población y sean implementadas por todos los ciudadanos, sin exclusiones. Es por ello que se hace urgente acercar el sistema de salud a aquellos grupos que por diversas razones se encuentran más distanciados, como es el caso de la comunidad migrante internacional. El presente proyecto busca mejorar esta vinculación a través del conocimiento de las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de este colectivo, así como sus recursos y capitales sociales, de modo de sugerir medidas y protocolos pertinentes que dialoguen con los capitales sociales y consideren las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población en las etapas de prevención, contagio y recuperación del COVID-19.

El proyecto se realizó en la región metropolitana que concentra más del 60% de la población migrante del país y cuenta con una gran heterogeneidad de dicha población. Así, la información recolectada y las propuestas para abordar las fases de prevención, contagio y recuperación del COVID-19 desde una perspectiva intercultural, serían extrapolables a gran parte del territorio nacional en tanto presentarán diversidad de al menos: sexo, nivel socioeconómico, estatus migratorio, país de origen, tiempo de residencia, zona urbana y rural, y ocupación. Las propuestas emanadas permitirán, a su vez, articular eficazmente a los distintos actores involucrados en el enfrentamiento de la pandemia: autoridad sanitaria, equipos de salud, gobiernos locales y migrantes internacionales. Estas propuestas (productos de transferencia ya descritos) serán también compartidas con grupos expertos del resto de América y Europa, lo que permitirá proponer acciones en sintonía con las medidas a nivel internacional.

Este estudio contó con la participación de un estudiante de programa doctoral (Isabel Rada) del Doctorado en Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo, quien participó en el análisis descriptivo de datos cuantitativos presentados en este informe. También en análisis de asociación que resulten en una publicación científica. También participaron alumnos de pregrado para desarrollo una tesis de licenciatura en la carrera de Enfermería UDD, relacionado con análisis cualitativo de datos. Durante su participación, los estudiantes involucrados pudieron desarrollar habilidades para el trabajo interdisciplinar y adquirir conocimientos sobre el enfoque de interculturalidad y su aplicación en el ámbito de la salud en contextos de pandemia y en grupos sociales y culturales diversos, como poblaciones migrantes internacionales.

XV. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Descripción general

Estudio multi-métodos en la ciudad de Santiago, una zona especialmente afectadas por el COVID-19 y con alta población migrante internacional.

2. Etapas del proyecto

a) La primera fue una fase cuantitativa donde se actualizó la encuesta COVID-19 MIGRANTE realizada por Proessa UDD (http://hdl.handle.net/11447/3267), profundizando ámbitos psicosociales (estilos de vida, salud mental, enfrentamiento familiar y comunitario de la pandemia), socioeconómicos (ingreso, trabajo actual y riesgos asociados, vivienda incluyendo desalojos y hacinamiento), de recursos y capitales sociales (redes de apoyo familiares y comunitarias, así como relación con el sistema de salud y los equipos en terreno), y demográficos (edad, sexo, región, etnia, estatus migratorio, tiempo de residencia en Chile). Criterios de inclusión: (i) ser mayor de edad, (ii) ser migrante internacional, (iii) hablar español o Creole haitiano, (iv) desear participar. Se excluyeron personas que no hablen español ni Creole haitiano. Se piloteó y aplicó la encuesta de manera virtual en alianza con el Servicio Jesuita a Migrantes (sede Santiago) y el Instituto Católico Chileno de Migración (INCAMI). Se estimó lograr un retorno mínimo de 800 respuestas, pero luego de tres meses de aplicación de la encuesta se alcanzó un tamaño de muestra efectivo final para análisis de 990 respuestas.

b) La segunda fase cualitativa contempló el levantamiento de información cualitativa mediante entrevistas semi-estructuradas a migrantes e informantes claves. Los criterios para definir la muestra de población migrante fueron: Género (hombre/mujer), 5 nacionalidades con mayor presencia en Chile (Venezuela, Perú, Haití, Colombia y Bolivia), ciclo de vida (adultos y adultos mayores). Criterios de inclusión: (i) ser mayor de edad, (ii) ser migrante internacional, (iii) hablar español, (iv) desear participar. Se excluyeron personas que no hablasen español. Se realizaron 40 entrevistas en total (30 a migrantes y 10 a actores clave de organizaciones migrantes y pro migrantes, así como el Ministerio de Salud). Las entrevistas se realizaron de manera virtual o telefónicamente, y los informantes fueron contactados con la colaboración del Servicio Jesuita a Migrantes. Se abordó con cada uno de ellos las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, y recuperación de COVID-19 que estaban desarrollando, sus capacidades y recursos, así como sus necesidades y vulnerabilidades sentidas, y qué estrategias serían útiles para apoyarlos en esta pandemia. Todas las entrevistas fueron transcritas y analizadas temáticamente.

c) La tercera etapa traslacional consistió en la elaboración de las publicaciones académicas y los productos concretos de transferencia, en colaboración activa con todos los actores clave (autoridad sanitaria, equipos de salud y colectivos migrantes internacionales) y desde un enfoque intercultural. Los productos son: 1. al menos 1 publicación académica en revistas indexadas; 2. recomendaciones

de política sanitaria; 3. material informativo/educativo para población migrante. Todo el material generado por este estudio será de uso público.

3. Reclutamiento y selección de participantes, recolección de información

El equipo de investigación cuenta con colaboraciones amplias y de larga data con equipos de salud, municipalidades, grupos académicos y organizaciones civiles migrantes y pro migrantes. Esto facilitó no solo la ejecución del estudio sino la adecuación y pertinencia de sus productos. El estudio estuvo focalizado en la ciudad de Santiago, dada la concentración de poblaciones migrantes internacionales en esta zona. No obstante, algunos participantes pudieron referirse de manera libre y voluntaria a otros sectores del país si lo estimaban adecuado. Se trabajó de manera colaborativa, desde el enfoque intercultural de la salud, con dichos grupos específicos de manera de que los productos de transferencia generados sean revisados y validados por ellos antes de ser lanzados en sitios oficiales para uso público.

Los participantes fueron invitados a responder una encuesta breve online o a participar en una entrevista semi-estructurada, también 100% virtuales por medio de zoom u otro software similar. Los potenciales participantes de este estudio fueron: (i) personas migrantes internacionales adultas que hablen español o Creole haitiano y que residan en la región metropolitana; (ii) líderes de organizaciones migrantes y pro migrantes, autoridades locales o expertos nacionales académicos y del Ministerio de Salud.

Si la persona fue invitada a realizar una encuesta breve online (componente cuantitativo del estudio), debió entonces ingresar a un link en su celular o computador y responder una serie de preguntas anónimas sobre su proceso migratorio, condiciones de vida y necesidades sociales y de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Esta encuesta tuvo una duración estimada de 7 a 8 minutos. Ninguna pregunta personal sensible fue incluida, solo aspectos generales de sus condiciones de vida y necesidades de salud. Todas las encuestas fueron vaciadas en forma anónima a una planilla Excel para su análisis descriptivo. Nadie podrá ser identificado y todos los resultados serán generales.

Si la persona fue invitada a participar en una entrevista o grupo de discusión (componente cualitativo del estudio), se le pidió participar en una entrevista virtual de 30-45 minutos de duración. En esta entrevista preguntamos sobre su proceso migratorio, condiciones de vida y necesidades sociales y de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Todas las entrevistas fueron grabadas de audio en forma confidencial (sin el nombre de los participantes), para su posterior análisis. Los audios fueron transcritos a Word palabra a palabra y analizado en forma conjunta por medio de análisis temático de contenido.

4. Aspectos éticos

Los resultados de este estudio se consideran un aporte para comprender mejor las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile respecto de la pandemia por COVID-19, así como sus recursos y capitales sociales para enfrentar esta crisis, y proponer a partir de ello, estrategias y protocolos de acción que fortalezcan la prevención, disminuyan el contagio y promuevan una adecuada recuperación. Con esto, se espera generar nueva información para el país en estas importantes temáticas desde un enfoque de derecho, de inclusión y de interculturalidad. Este

estudio está financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad del Desarrollo. El financiamiento está 100% dedicado a la ejecución de este estudio.

La participación de sujetos en esta investigación fue completamente voluntaria, por lo que ellos/as tuvieron el derecho de no participar o suspender su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin ninguna consecuencia. La participación no tiene ningún riesgo conocido para los participantes, puesto que solo contempla la participación en una encuesta online o en una entrevista confidencial con el equipo de investigación. Tampoco se beneficiaron directamente por participar. La información recogida se considera de gran utilidad para poder comprender vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile respecto de la pandemia por COVID-19, así como sus recursos y capitales sociales para enfrentar esta crisis.

Todo el material, planilla Excel, audios y documentos, fue analizado solamente por el equipo de investigación. La información recolectada será confidencial. Para resguardar su identidad, no se usaron nombres, sino que se asignó 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 a cargo tuvo acceso a la información de este estudio. Toda la información recolectada será guardada por 6 meses luego del término del estudio y bajo llave en una oficina de la Universidad del Desarrollo, después de lo cual será digitalizada y destruida en su modalidad de papel en forma segura. Sólo los investigadores de este estudio 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, como por ejemplo artículos de revistas científicas, seminarios y recomendaciones para la autoridad sanitaria y los equipos de salud.

Las posibles publicaciones u otras formas de difusión científica que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de la información. Si desea tener acceso a las publicaciones o a los resultados del estudio, puede solicitarlos al investigador principal, quien se los hará llegar a su correo personal al término del estudio. Finalmente, el proyecto contó con aprobación ética del comité acreditado nacional de ética de investigación independiente de la Universidad del Desarrollo.

XVI. RESULTADOS GENERALES

A. **Resultados cuantitativos:** encuesta online aplicada a migrantes en región metropolitana, octubre 2020 a enero 2021

1. Descripción general de la muestra

Se diseñó y piloteó una encuesta online que estuvo disponible para ser auto-aplicada por parte de migrantes internacionales residentes de la región metropolitana de Chile entre el 15 de octubre del 2020 y 31 de enero del 2021. Respondieron a esta encuesta online un total de 990 extranjeros. El 35% era hombre (n=350) y el 64% era mujer (n=637), mientras que solo un 0.3% indicó ser otro (n=3) (Tabla 1). La Figura 1 da cuenta del histograma de edad en años cumplidos de la muestra de estudio, según sexo. Se observa una distribución similar y una población relativamente joven, concentrada especialmente entre los 20 y 40 años de edad. El promedio total de participantes de este estudio fue de 34 años (d.s. 10.3, rango 13-78), el grupo de hombres ligeramente más joven que el de mujeres (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio según sexo.

Sexo	Cant.	%
Hombre	350	35,35%
Mujer	637	64,34%
Otro	3	0,30 %

Figura 1. Histograma. Edad en años cumplidos, por sexo (eje, porcentaje)

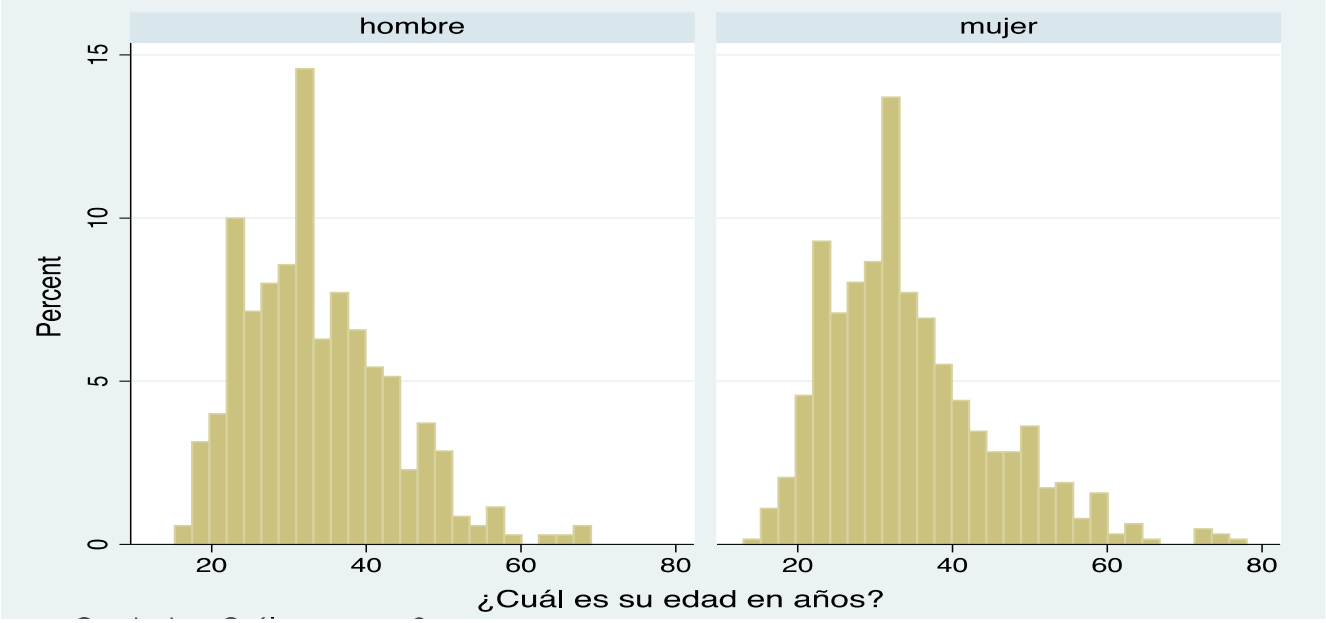


Tabla 2. Promedio de edad de los participantes de estudio total y según sexo.

	Media	Std.desv.	Mediana	Min	Max
Total	34,12	10,38	33	13	78
Hombre	33,59	9,52	32	17	69
Mujer	34,42	10,83	34	13	78

Respecto del nivel educacional de la muestra, la categoría más reportada fue la secundaria o enseñanza media con 47%, seguida de universitaria con un 27%, técnico superior con 19% y primaria o básica con 7%. Prácticamente no se observan diferencias según sexo en esta distribución (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra de estudio según nivel educacional.

	Total		Hombre		Mujer		p-valor*
Nivel educacional	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	
Primario o básico	74	7,47%	27	7,71%	47	7,38%	0.925
Secundario o enseñanza media	463	46.77%	162	46,29%	299	46,94%	
Técnico superior	190	19.19%	70	20,20%	119	18,68%	
Universitario o profesional	263	26.57%	91	26,00%	172	27,00%	

*P-valor: test chi cuadrado (variable, sexo)

Una proporción menor de participantes indicaron tener pertenencia étnica, un 9% en total, correspondiente a un 11% en hombres y un 7% en mujeres (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la muestra de estudio según pertenencia étnica.

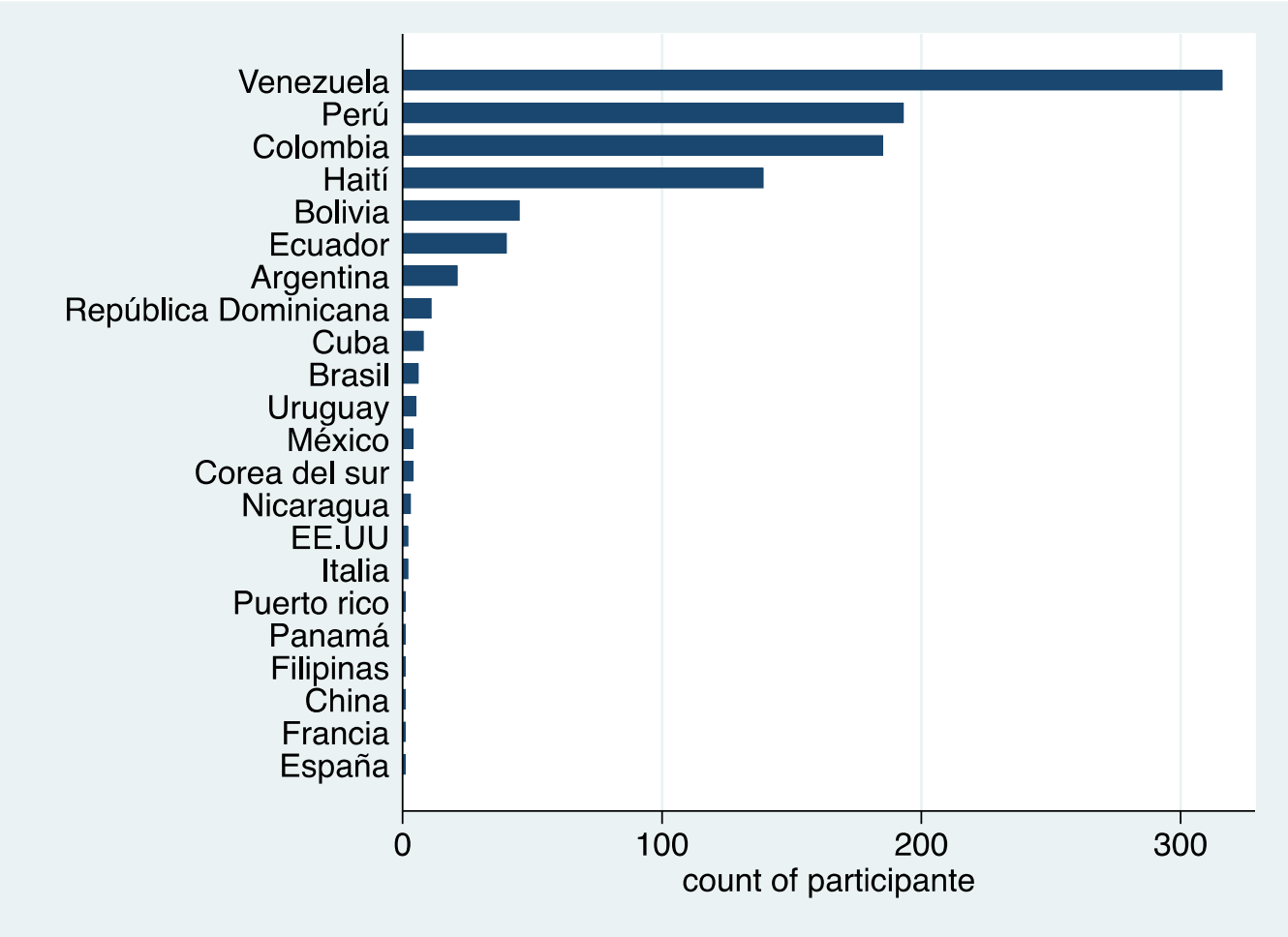
	Total		Hombre		Mujer		p-valor*
Pertenencia étnica	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	
No	818	82,63%	283	80,86%	533	83,67%	0.140
Sí	88	8,89%	40	11,43%	48	7,54%	
No sabe	84	8,48%	27	7,71%	56	8,79%	

*P-valor: test chi cuadrado (variable, sexo)

2. Factores asociados al proceso migratorio

Respecto de país de origen de los participantes de la muestra, los países de origen predominantes correspondieron a Venezuela con 316 (32%) de los encuestados, Perú (19%) con 193 encuestados, Colombia (19%) con 185 encuestados, Haití con 139 (14%), Bolivia con 45 (4%) y Ecuador con 40 (4%).

Figura 2. Distribución de la muestra de estudio según país de origen.

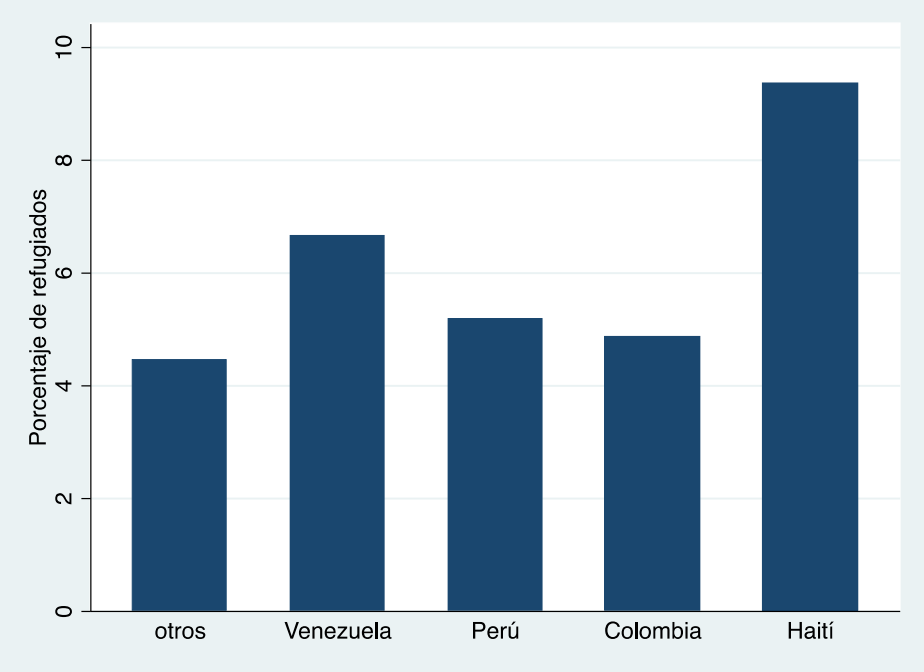


Respecto de la situación migratoria de los participantes, la mayoría reportó visa en trámite de cualquier tipo con un 39%, seguida de visa definitiva vigente de cualquier tipo con 33% y visa temporaria vigente de cualquier tipo con un 16%. Acerca del tiempo de residencia en Chile, la mayoría indicó entre 1 y 5 años con un 59%, seguido de entre 6 meses y un año con 14% y entre 6 y 10 años con 13%. Solo el 6% reportó ser refugiado. De ese grupo, por país de origen, haitianos (n=13, 9,35%) seguidos de venezolanos (n=21, 6,65%) son los que presentaron el mayor porcentaje de encuestados refugiados (Figura 3). Estas variables se describen en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de la muestra de estudio según situación migratoria, tiempo en el país y estatus de refugiado.

	Cant.	%
Situación migratoria		
En situación irregular incluyendo paso no habilitado	63	6.36
En situación irregular, paso habilitado	2	0.20
Irregular, sin especificar o en apelación	2	0.20
Legal sin tramites	1	0.10
Nacionalizado	5	0.51
Permanecía o residencia definitiva	3	0.30
Refugio rechazado	2	0.20
Visa sujeta a contrato	4	0.40
Turista	27	2.73
Visa definitiva vigente de cualquier tipo	331	33.43
Visa en trámite de cualquier tipo	385	38.89
Visa temporaria vigente de cualquier tipo	160	16.16
Visa temporaria vencida y/o en trámite	4	0.40
Visa turismo vencida	1	0.10
Tiempo en el país		
Entre 1 y 5 años	588	59.39
Entre 6 meses y un año	140	14.14
Entre 6 y 10 años	134	13.54
Hace más de 10 años	102	10.30
Menos de 6 meses	26	2.63
Refugiado		
no	930	93.94
sí	60	6.06

Figura 3. Distribución de personas que indicaron ser refugiados en el estudio, según país de origen.



P-valor: test chi cuadrado (país de origen, refugiado) = 0,371

La Tabla 6 detalla el tiempo de estadía en Chile según país de origen. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de residencia según país de origen de los participantes. Por ejemplo, países de origen asentados como Perú dan cuenta del mayor porcentaje de participantes con más de 10 años de residencia en Chile (35%). Los demás países más frecuentes corresponden a países de tipo emergentes, Venezuela, Colombia y Haití, los que reportan mayor concentración de participantes que llevan entre 1 y 5 años y entre 6 y 10 años en Chile. Colombia y Venezuela parecen ser los más recientes de todos, concentrando el 21% y 18% de los casos que llevan menos de un año en Chile, respectivamente.

Tabla 6. Distribución de la muestra de estudio según tiempo en el país y país de origen.

	Otros	Venezuela	Perú	Colombia	Haití
Menos de 6 meses	7 4.46%	8 2.53%	2 1.04%	4 2.16%	5 3.60%
Entre 6 meses y un año	23 14.65%	49 15.51%	17 8.81%	35 18.92%	16 11.51%
Entre 1 y 5 años	74 47.13%	242 76.58%	54 27.98%	109 58.92%	109 78.42%
Entre 6 y 10 años	34 21.66%	11 3.48%	51 26.42%	31 16.76%	7 5.04%
Hace más de 10 años	19 12.10%	6 1.90%	69 35.75%	6 3.24%	2 1.44%

P-valor: test chi cuadrado (país de origen, tiempo en el país) = 0,000

Se preguntó sobre las principales razones para haber migrado a Chile. Esta fue una pregunta de respuesta múltiple, en la cual el 70% de los encuestados indicó 2 o más motivos para migrar. De manera general, el 59% (n=586) de los encuestados tuvo entre sus motivos para migrar la búsqueda de trabajo, 53% (n=524) la necesidad de dinero, 68% (n=672) mejores oportunidades, 55% (n=543) calidad de vida y bienestar, 21% (n=203) escapar de conflictos civiles, 20% (n=202) mejor acceso a servicios de salud, 9% (n=86) conocer otro país/turismo, 8% (n=76) reencontrarse con la familia y 1% (n=16) otros motivos (estudio, pareja, familia, situación en el país, entre otros).

Según país de origen, la migración por razón de búsqueda de trabajo fue un poco más alta en participantes de origen Haitiano, Colombiano y Venezolano, comparado con Peruanos y otros países de origen (Figura 4). La razón de búsqueda de mejores oportunidades estuvo presente en casi todos los participantes de manera transversal, independiente del país de origen (Figura 5), mientras que Venezuela destacó como país de origen de participantes que indicaron haber migrado a Chile por mejorar su acceso al sistema de salud (Figura 6).

Por sexo, lo hombres indicaron en mayor porcentaje motivos de trabajo, envío de dinero al país de origen y mejores oportunidades en comparación con las mujeres (solo trabajo con p-valor test chi cuadrado <0.05). Caso contrario fue en mujeres participantes, quienes indicaron con mayor frecuencia el anhelo de reencontrarse con la familia, la calidad de vida y el acceso a servicios de salud (p-valor test chi cuadrado >0.05).

Figura 4. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por búsqueda de trabajo, según país de origen.

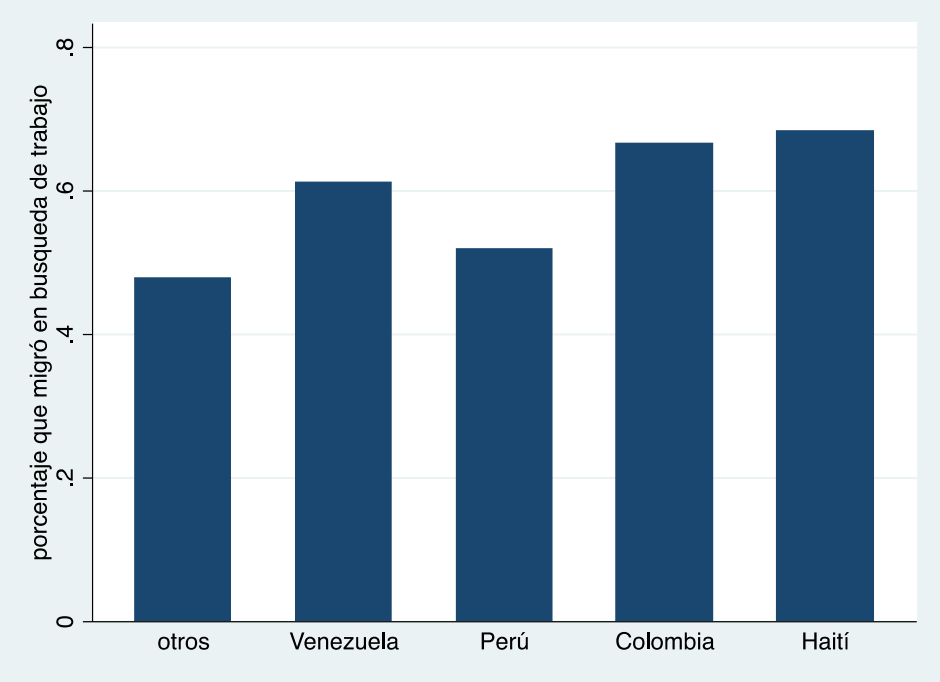


Figura 5. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por mejores oportunidades, según país de origen.

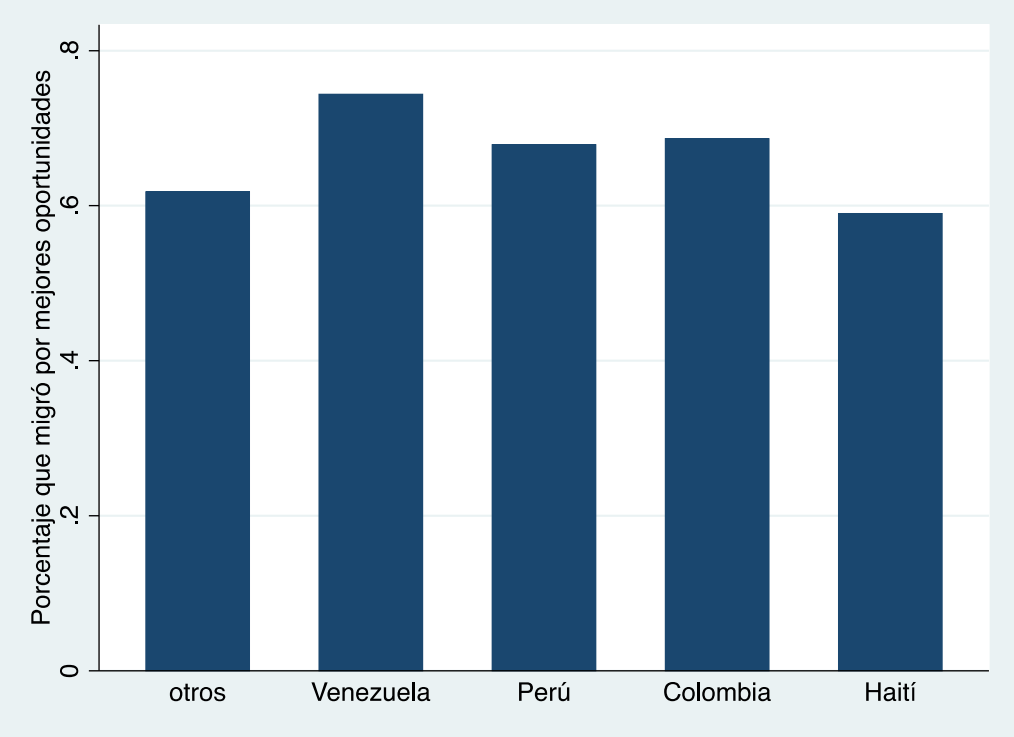
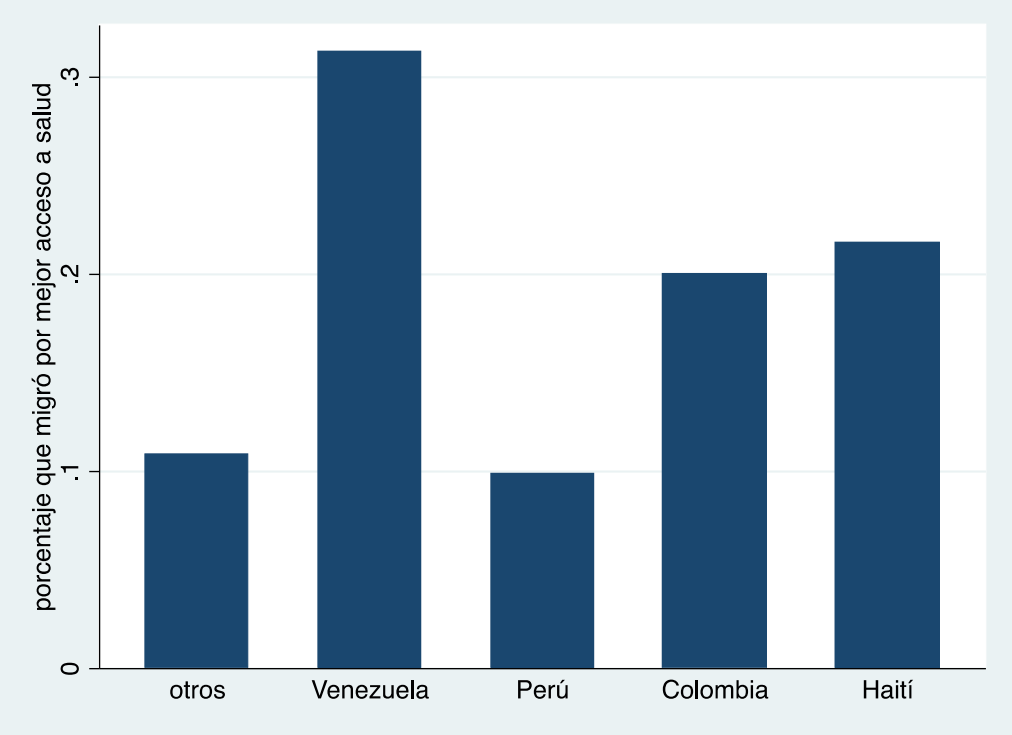


Figura 6. Distribución de personas que indicaron haber migrado a Chile por mejor acceso a salud, según país de origen.



3. Trabajo

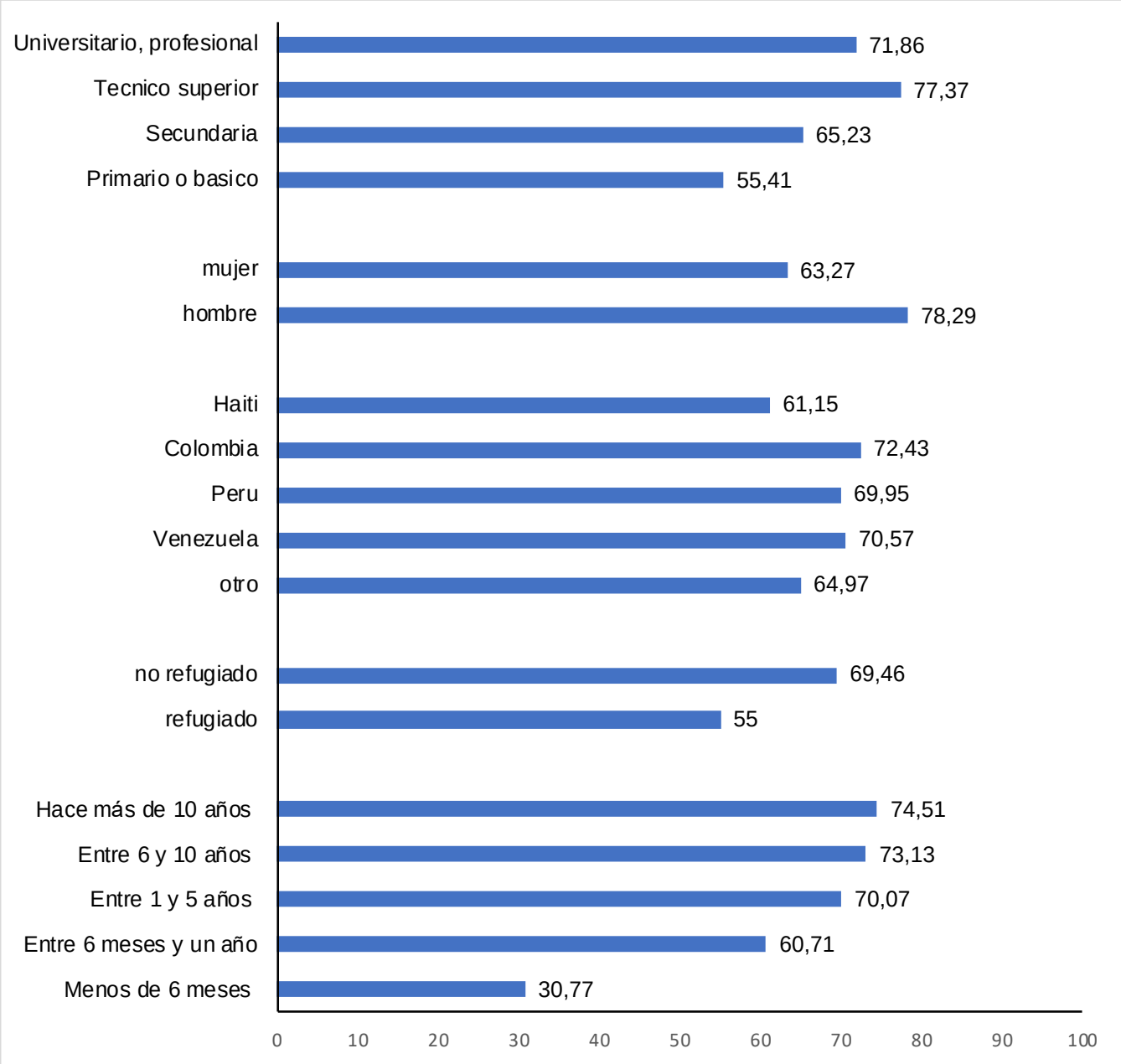
De los encuestados, 679 (68,6%) tenía trabajo formal o informal al día de la encuesta y 311 (31,4%) indicó no tener trabajo formal o informal. Entre aquellos que se encontraban trabajando el 59,9% (n=407) tenía contrato laboral. No obstante, se observó un subgrupo de 16 encuestados quienes afirmaron tener contrato laboral pese a haber reportado no estar trabajando de manera formal o informal.

Se analizó el porcentaje de encuestados trabajando, según sexo, nivel educacional, tiempo en el país receptor, país de origen y si eran o no refugiados (Figura 7). Más del 70% de participantes con nivel educacional técnico o profesional indicaron estar trabajando en el momento de la encuesta, contra un 55% en personas con nivel primario que indicaron estar trabajando. Casi el 80% de los participantes hombres señalaron estar trabajando, comparado con un 63% en el caso de las mujeres. Según país de origen, todos reportaron sobre un 60% de estar trabajando, con el siguiente ranking: Colombia 72%, Venezuela 71%, Perú 70%, otro 65% y Haití 61%. Casi el 70% de participantes sin categoría de refugiados estaban trabajando, versus un 55% en el caso de encuestados que indicaron ser refugiados.

Respecto a tiempo de residencia en el país, se observa una gradiente positiva entre años de residencia y encontrarse trabajando al momento de la encuesta. De esta forma, el 30% de participantes que indicaron estar trabajando al momento de la encuesta llevaban menos de 6 meses en Chile, seguido de 60% en quienes llevaban entre 6 meses y un año, 70% entre y 5 años, 73% entre 7 y 10 años y 74% de participantes trabajando llevaban más de 10 años de residencia en Chile (Figura 7).

La Tabla 7 describe la distribución de participantes con y sin trabajo al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile. Al respecto, un 32% de participantes que indicaron estar en situación irregular incluyendo paso no habilitado estaban trabajando, comparado con un 75% de quienes indicaron estar con visa definitiva vigente de cualquier tipo, un 74% de quienes indicaron tener visa temporaria vigente de cualquier tipo y un 73% de quienes señalaron tener visa en trámite de cualquier tipo.

Figura 7. Distribución de personas que indicaron estar trabajando, según sexo, nivel educacional, tiempo en el país receptor, país de origen y si eran o no refugiados.



P-valor: test chi cuadrado (trabajo, nivel educacional) = 0,001
P-valor: test chi cuadrado (trabajo, sexo) = 0,000
P-valor: test chi cuadrado (trabajo, país de origen) = 0,000
P-valor: test chi cuadrado (trabajo, refugiado) = 0,019
P-valor: test chi cuadrado (trabajo, tiempo en el país) = 0,000

Tabla 7. Distribución de participantes con y sin trabajo al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile.

	No está trabajando	Sí está trabajando	Total
En situación irregular incluyendo paso no habilitado	43 68.25%	20 31.75%	63 100%
En situación irregular, paso habilitado	2 100%	0 0%	2 100%
Irregular, sin especificar o en apelación	2 100%	0 0%	2 100%
Legal sin tramites	1 100%	0 0%	1 100%
Nacionalizado	1 20%	4 80%	5 100%
Permanencia o residencia definitiva	1 33.33%	2 66.66%	3 100%
Refugio rechazado	2 100%	0 0%	2 100%
Visa sujeta a contrato	1 25%	3 75%	4 100%
Turista	15 55.56%	12 44.44%	27 100%
Visa definitiva vigente de cualquier tipo	82 24.77%	249 75.23%	331 100%
Visa en trámite de cualquier tipo	102 26.49%	283 72.51%	385 100%
Visa temporaria vigente de cualquier tipo	58 36.25%	102 73.75%	160 100%
Visa temporaria vencida y/o en trámite	1 25%	3 75%	4 100%
Visa turismo vencida	0 0%	1 100%	1 100%

4. Familia, vivienda y redes de apoyo

Del total de encuestados, el 51% indicó estar viviendo en Chile con algún miembro de su familia, seguido de pareja en un 27%, luego con amigos y conocidos en un 11%, solo en un 9% y con desconocidos solo el 1%. El 73% de los participantes señalaron no tener pareja o hijos en el país de origen, mientras que el 27% indicó sí tenerlos (Tabla 8). Al separar entre hombres y mujeres, se observa un mayor número de mujeres viviendo con su familia y un mayor número de personas viviendo con sus parejas que los hombres, aun cuando en ambos casos los mayores porcentajes están concentrados en esas dos alternativas de respuesta (Figura 8).

Respecto de las características de la vivienda, el 58% reportó vivir en casa arrendada, el 29% reportó pieza en arriendo, el 5% vivienda propia y en un porcentaje menor vivir en vivienda precaria, campamento o en situación de calle.

Para la identificación de hacinamiento en la vivienda, se consultó por número de dormitorios y número de personas totales en la vivienda. Esto fue más problemático en casos en personas que arrendaban solo pieza. También se observó discrepancia en algunos casos, en el sentido de que hubo personas que reportaron vivir solos, pero luego señalaron más de una persona en total residiendo en la vivienda (esto es, hay 46 personas que afirmaron vivir solos, pero luego dijeron que habían 2 o más personas con las que vive). Pese a estas limitaciones de calidad de la información, se estableció el índice de hacinamiento de muestra de estudio, observándose que el 80% vivía sin hacinamiento, el 18% reportó hacinamiento medio y el 2% hacinamiento crítico (Tabla 8).

Un 35% de los participantes indicó enviar siempre remesas a sus países de origen, un 37% hacerlo ocasionalmente y un 27% no hacerlo nunca (Tabla 9). Entre aquellos que afirmaron tener que enviar dinero a su país todos los meses el 26,76% (n = 194) reportó no tener trabajo formal o informal al momento de la encuesta. Por país de origen, venezolanos y haitianos tenían un mayor porcentaje de personas que tenían que enviar dinero a su país de origen, con 83% cada uno (Tabla 10).

Respecto de la distribución de participantes con y sin envío de remesas al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile (Tabla 11), se observa que personas que indican tener visa en trámite de cualquier tipo son quienes concentran la mayor proporción de individuos con envío de remesas, con un 81%, seguido de visa temporaria vigente de cualquier tipo con un 73%, liego Permanencia o residencia definitiva y visa definitiva vigente de cualquier tipo con un 66% cada una.

En cuanto a redes de apoyo y capital social, el 61,72% (n=611) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en su país de origen y el 45,76% (n=453) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en nacidos en Chile. El 10,91% (n=108) de los encuestados indicó participar de alguna asociación civil u organización de cualquier tipo en Chile. Por su parte, el 59,29% (n=587) de los encuestados afirmó no tener a quien pedir dinero en Chile en caso de necesitar y el 34,85% (n=345) de los encuestados señaló no tener apoyo emocional en Chile en caso de necesitarlo.

Tabla 8. Distribución de perfil de núcleo familiar en Chile y condiciones de vivienda de participantes del estudio.

	cant.	%
Con quien vive:		
Con amigos o conocidos	109	11.01
Con desconocidos	11	1.11
Con familia	510	51.52
Con pareja	269	27.17
Solo	91	9.19
Pareja o hijos en el país de origen		
no	719	72.63
sí	271	27.37
Ocupación de la vivienda		
En situación de calle o desalojo	2	0.20
Campamento	8	0.81
Toma, mediagua, albergue, taller mecánico	8	0.81
Allegado en casa de otra persona	64	6.46
Pieza en arriendo	288	29.09
Vivienda en arriendo	572	57.78
Vivienda propia	48	4.85
Hacinamiento*		
Sin hacinamiento	782	79.88
Hacinamiento medio	173	17.67
Hacinamiento crítico	24	2.45

Figura 8. Distribución de perfil de núcleo familiar según sexo en participantes del estudio.

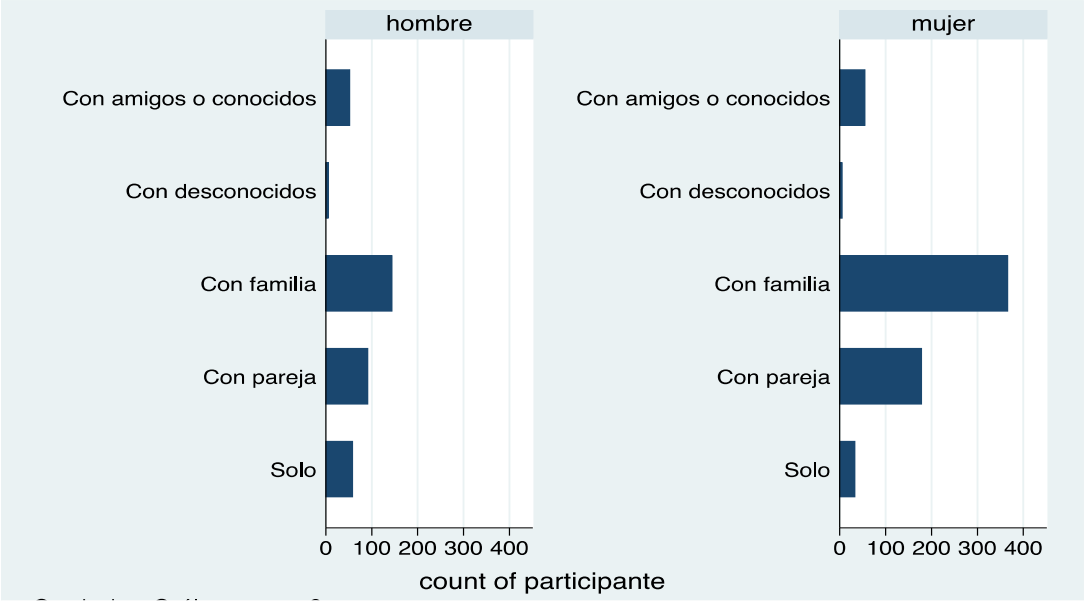


Tabla 9. Distribución de perfil de remesas de participantes del estudio.

	cant.	%
Enviar dinero al país de origen		
No	265	26.77
Sí	4	0.40
Sí, ocasionalmente	370	37.37
Sí, todos los meses	351	35.45

Tabla 10. Distribución de envío de remesas en participantes del estudio que indicaron hacerlo, según país de origen.

	% que tiene que enviar dinero	(cant.)
Otros	57,3%	90
Venezuela	83,2%	263
Perú	62,2%	120
Colombia	74,1%	137
Haití	82,7%	115

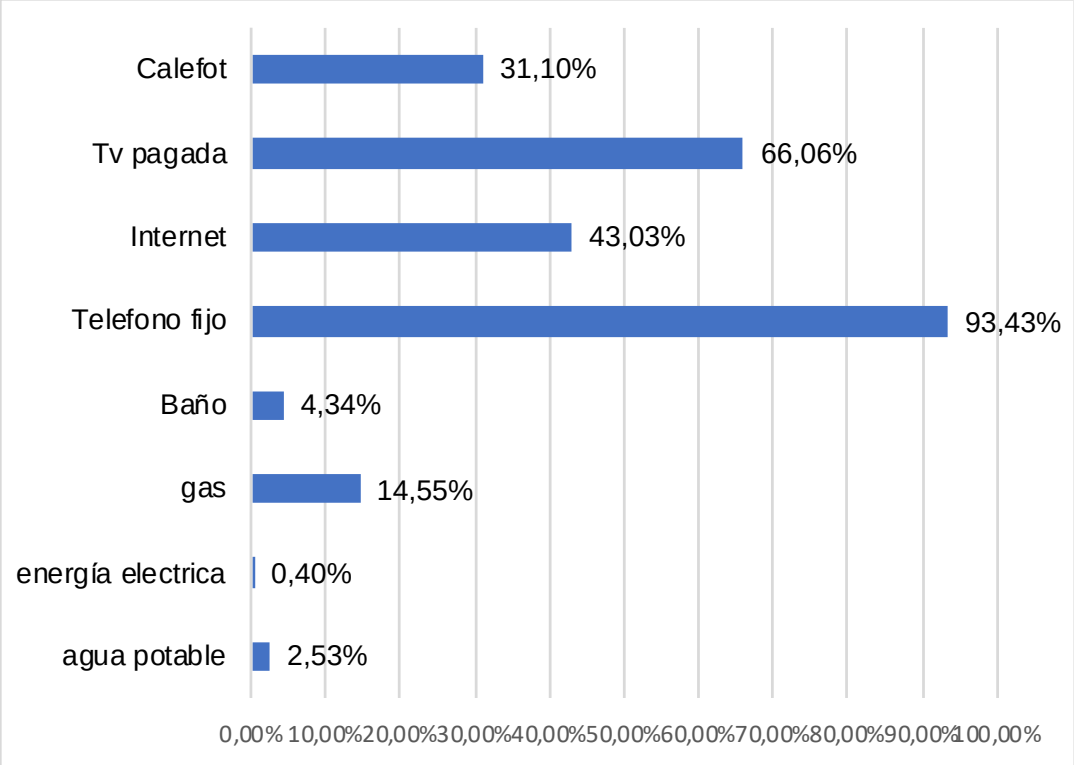
Tabla 11. Distribución de participantes con y sin envío de remesas al momento de la encuesta, según estatus migratorio en Chile.

	No envía remesas	Sí envía remesas	Total
En situación irregular incluyendo paso no habilitado	22 34.92%	41 65.08%	63 100%
En situación irregular, paso habilitado	0 0%	2 100%	2 100%
Irregular, sin especificar o en apelación	1 50%	1 50%	2 100%
Legal sin tramites	0 0%	1 100%	1 100%
Nacionalizado	2 40%	3 60%	5 100%
Permanencia o residencia definitiva	1 33.33%	2 66.66%	3 100%
Refugio rechazado	0 0%	2 100%	2 100%
Visa sujeta a contrato	0 0%	4 100%	4 100%
Turista	13 48.15%	14 51.85%	27 100%
Visa definitiva vigente de cualquier tipo	111	220	331

	33.53%	66.47%	100%
Visa en trámite de cualquier tipo	72 18.70%	313 81.30%	385 100%
Visa temporaria vigente de cualquier tipo	43 26.88%	117 73.12%	160 100%
Visa temporaria vencida y/o en trámite	0 0%	4 100%	4 100%
Visa turismo vencida	0 0%	1 100%	1 100%

Se consultó también por si la vivienda contaba con ciertos servicios básicos como agua potable, energía eléctrica, gas, baño, teléfono fijo, Internet, TV pagada y calefón o caldera para calentar el agua. La Figura 9 da cuenta de participantes que indicaron no tener alguno de ellos, destacando que un 93% no tiene teléfono fijo, un 66% no tiene TV pagada, un 43% no tiene Internet, un 31% no tiene calefón o caldera para calentar el agua, un 15% no tiene gas, un 4% no tiene baño, un 2.5% no tiene agua potable y un 0.4% no tiene energía eléctrica.

Figura 9. Distribución de no contar con servicios básicos y adicionales de vivienda en participantes del estudio.



5. Acceso a salud y atención de salud

Casi el 70% de los participantes señalaron contar con alguna inscripción al sistema de salud chileno. Un 63% indicó pertenecer al sistema público de salud (FONASA), un 6% al sistema privado (ISAPREs), casi el 2% indicó tener otro y un 3% no saber si tiene alguna inscripción. Destaca que el 26% indicó no tener ninguna inscripción al sistema de salud chileno, ligeramente más alto que lo estimado a nivel poblacional por la encuesta CASEN 2017 en torno al 18% según auto-reporte (Tabla 12).

Según país de origen, en el caso de venezolanos la previsión más reportada fue FONASA con un 65%, luego ninguna con un 23%, privada con un 8% y no sabe con un 3%. Migrantes de origen peruano indicaron en una mayor proporción el tener previsión pública o FONASA que venezolanos, equivalente a 74%, luego ninguno con 19%, privado o ISAPRE con 2%, otro con un 1% y no sabe con un 4%. Para población migrante internacional haitiana las proporciones son similares a venezolanos, con un 68% de inscripción en sistema público de salud, un 1.4% en privada, un 25% que reporta no tener ninguna inscripción y un 6% que no sabe (Tabla 13).

Tabla 12. Distribución de participantes según tipo de previsión de salud en Chile.

Previsión de salud	Cant.	%
No tengo ninguna	254	25,66
Sí, Fonasa	623	62,93
Sí, Isapre	64	6,46
Sí, otro	17	1,72
No sabe	32	3,23

Tabla 13. Distribución de tipo de previsión de salud en Chile de participantes, según país de origen.

	Venezuela	Perú	Colombia	Haití	Otro	Total
No tengo ninguna	73 23.1%	37 19.1%	76 41.0%	35 25.1%	33 21.0%	254 25.6%
Sí, Fonasa	207 65.5%	143 74.0%	92 49.7%	94 67.6%	87 55.4%	623 62.9%
Sí, Isapre	27 8.5%	4 2.0%	11 5.9%	2 1.4%	20 12.7%	64 6.4%
Sí, otro	0 0%	2 1.0%	2 1.0%	0 0%	13 8.2%	17 1.7%
No sabe	9 2.8%	7 3.6%	4 2.1%	8 5.7%	4 2.5%	32 3.2%
Total	246 100%	193 100%	185 100%	139 100%	157 100%	990 100%

P-valor Chi cuadrado=0.000

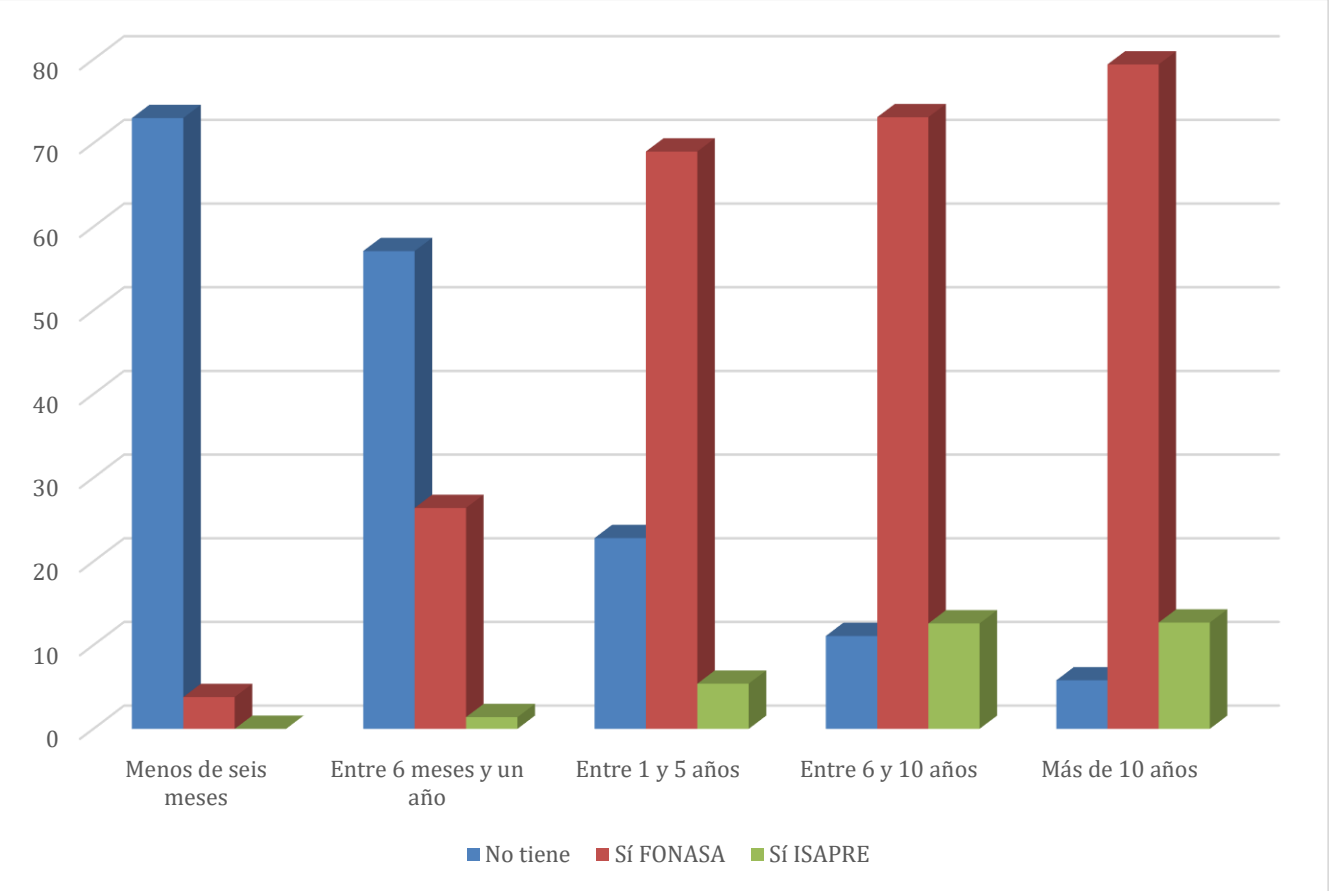
La Tabla 14 da cuenta del tipo de previsión de salud de participantes según tiempo de residencia en Chile. Se observa una marcada concentración de migrantes con menos de 6 meses en Chile sin ninguna previsión de salud (73%). Esto cambia luego de seis meses de residencia donde se observa que el 57% no tienen ninguna previsión y el 26% indica tener inscripción en el sistema público de salud, seguido de no sabe con 9% y otro con 6%. Luego del año de residencia el cambio es más notorio, puesto que el 69% indica tener inscripción al sistema público de salud FONASA, superando con creces al 22% que indica no tener ninguna previsión. Entre os 6 y 10 años de residencia concentra aun menos migrantes sin acceso a salud, con un 11% que indicó no tener ninguna inscripción, mientras que el 73% de quienes habían llegado a Chile en ese tiempo indicaron tener FONASA y el 13% ISAPRE. Migrantes con más de 10 años en Chile concentran la mayor proporción de inscripción a sistema público con un 79%, seguido de privado con un 13% y sin previsión con tan solo el 6%. De esta forma, existen claras gradientes de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también gradientes inversas de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones (Figura 10).

Tabla 14. Distribución de tipo de previsión de salud en Chile de participantes, según tiempo de residencia en Chile.

	No tiene	Sí FONASA	Sí ISAPRE	Sí, Otro	No sabe	Total
Menos de 6 meses	19 73.0%	1 3.8%	0 0%	5 19.2%	1 3.8%	26 100%
Entre 6 meses y un año	80 57.1%	37 26.4%	2 1.4%	8 5.7%	13 9.0%	140 100%
Entre 1 y 5 años	134 22.8%	406 69.0%	32 5.4%	3 0.5%	12 2.2%	588 100%
Entre 6 y 10 años	15 11.1%	98 73.1%	17 12.6%	1 0.7%	3 2.2%	134 100%
Más de 10 años	6 5.8%	81 79.4%	13 12.7%	0 0%	2 1.9%	102 100%

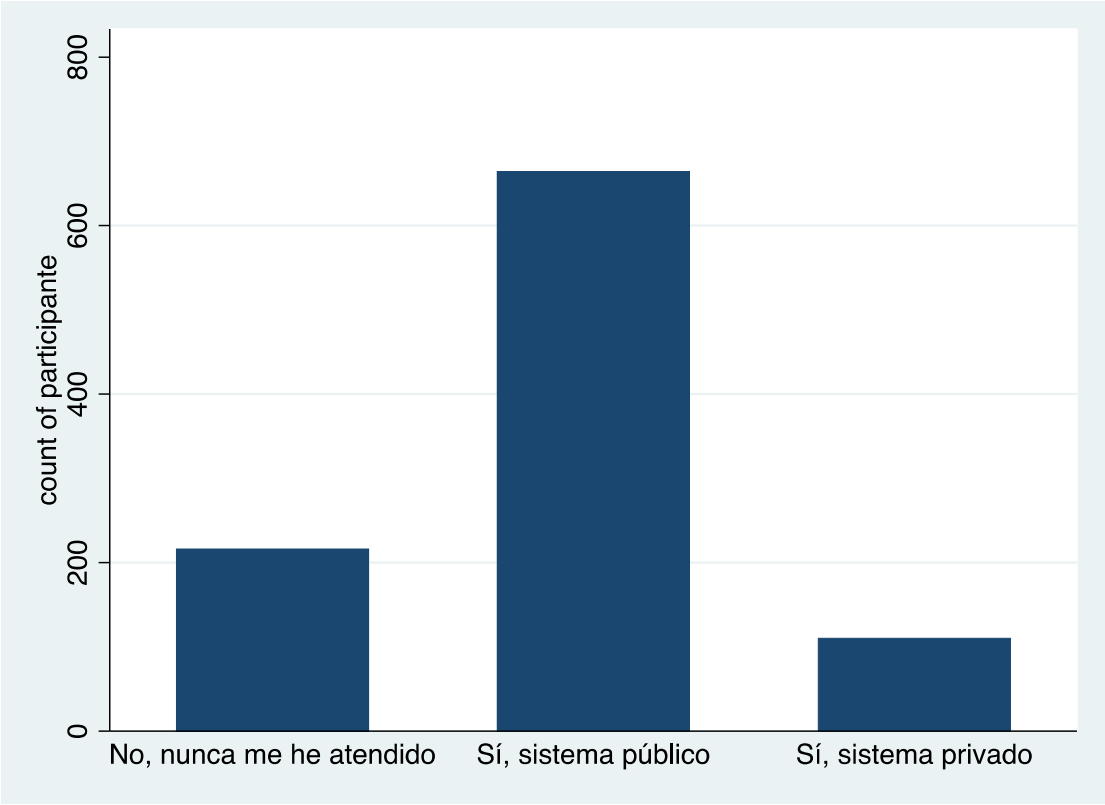
p-valor Chi cuadrado=0.000

Figura 10. Gradientes de personas sin previsión, con previsión pública y con previsión privada según tiempo de residencia en Chile en migrantes internacionales participantes del estudio.



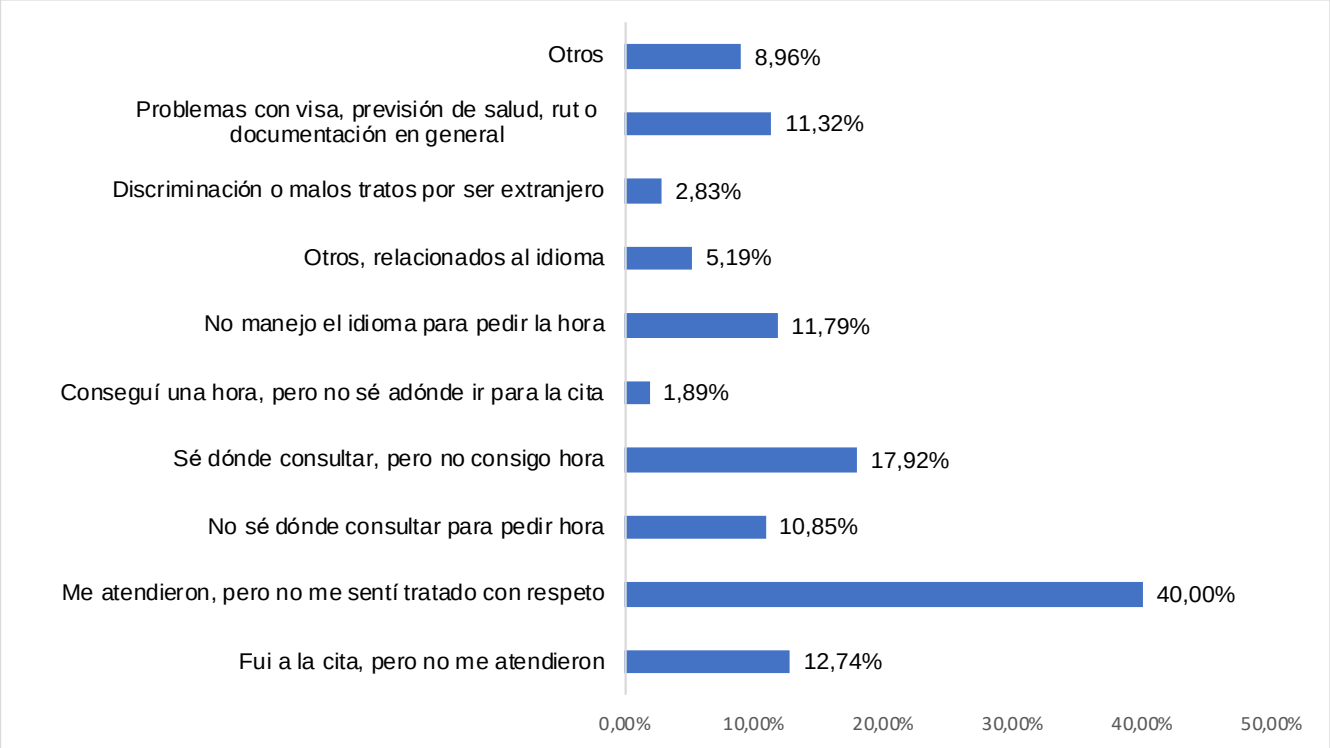
Cuando se preguntó por algún uso de cualquier tipo en el pasado del sistema de salud chileno, se observó que del total de participantes (n=990), 776 encuestados (78%) afirmaron haberse atendido alguna vez en el sistema de salud (Figura 11). De ellos, el 26,5% (n=206) afirmó por su parte haber enfrentados alguna barrera o dificultad para la atención. Cabe señalar las discrepancias de información de algunos participantes, en el sentido de que 9 encuestados que habían afirmado no haberse atendido dijeron haber enfrentado barreras; así como también 12 personas que afirmaron haber presentado barreras no especificaron ninguna.

Figura 11. Distribución de algún uso de cualquier tipo del sistema de salud chileno en participantes del estudio.



La Figura 12 da cuenta de la distribución de tipos de barreas que reportaron haber enfrentado durante la pandemia migrantes internacionales participantes de este estudio (n=206). La más frecuentemente reportada correspondió a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, con un 40% de los casos. En segundo lugar, barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el sentido de que el 18% de los participantes señalaron que sabían dónde consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia. También como barrera de accesibilidad un 13% reportó que fue a la cita, pero no fue atendido, un 12% que no manejaba el idioma para pedir la hora y un 11% que no pudo acceder por problemas de visa, documentación rut o previsión de salud. Otras barreras también reportadas, pero en menor frecuencia, fueron las siguientes: de disponibilidad (no sabe dónde pedir la hora 11%), problema de idioma 5%, discriminación o malos tratos 3% y consiguió hora, pero no sabe dónde ir para la cita 2%.

Figura 12. Distribución de tipos de barreras de acceso y uso de servicios de salud durante la pandemia de parte de migrantes participantes del estudio.

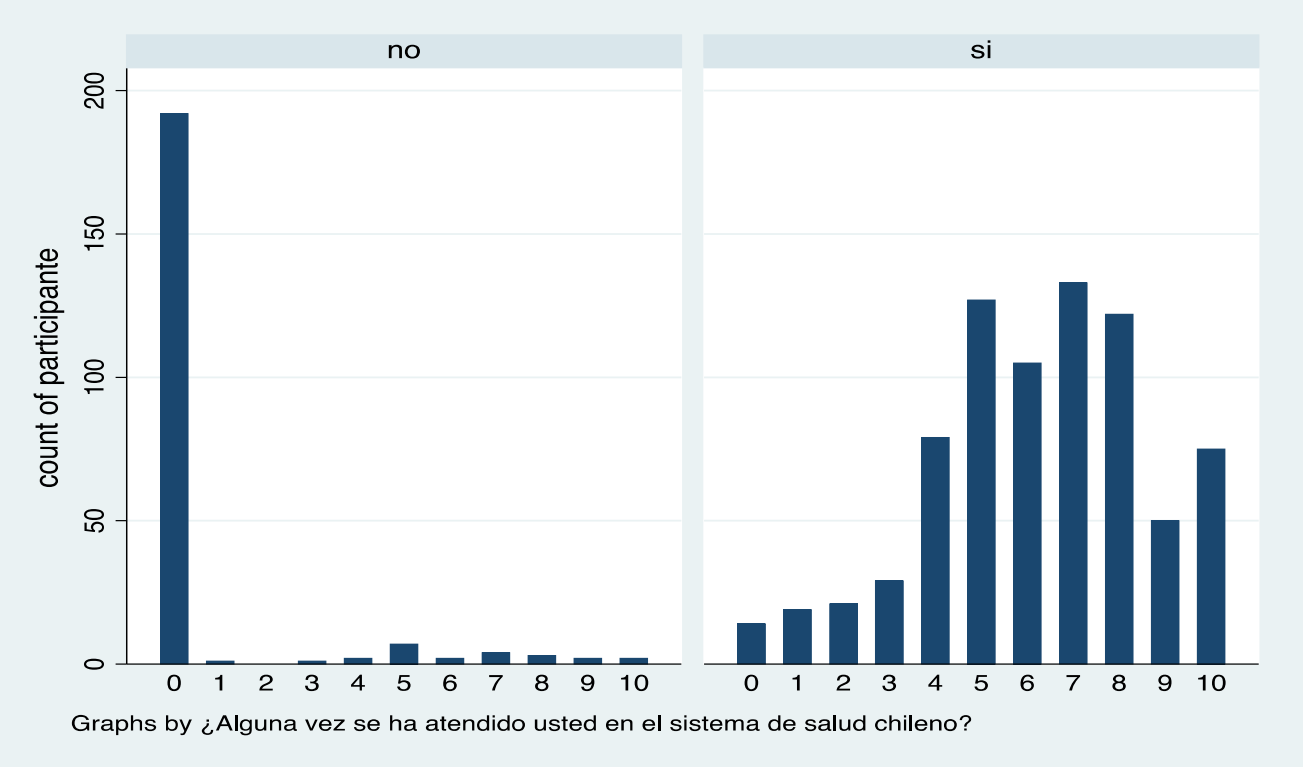


En la encuesta online se consultó acerca de una calificación general sistema de salud, en aquellos que se han atendido en el sistema chileno y aquellos que no. Tal y como se detalla en la Figura 13, se utilizó una escala de nota de 0 a 10 para evaluar el sistema de salud. En aquellos que indicaron sí haberlo usado alguna vez (n=766), las notas más frecuentemente reportadas estuvieron en el rango de 5 a 8.

Se preguntó también a los participantes si habían escuchado alguna vez del enfoque intercultural de salud en la atención recibida como migrante internacional. Del total de participantes (n=990), 776 dijeron haber consultado alguna vez y los 214 restantes no haberlo hecho. De quienes sí lo habían usado alguna vez (n=776), solo 119 habían escuchado de este enfoque (15.3%). De quienes no habían nunca asistido (n=214), solo 8 dijeron haber escuchado de este enfoque alguna vez (3.7%).

Por último, se preguntó a los participantes si habían recibido alguna atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural durante la pandemia. Del total de participantes (n=990), 776 dijeron haber consultado alguna vez y los 214 restantes no haberlo hecho. De quienes sí lo habían usado alguna vez (n=776), solo 53 indicaron haber recibido atención con alguna de estas figuras (6.8%). De quienes no habían nunca asistido (n=214), solo 3 dijeron haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural alguna vez (1.4%).

Figura 13. Distribución de evaluación general del sistema de salud chileno de parte de migrantes participantes del estudio luego de haberlo usado alguna vez, escala de nota de 0 a 10.



6. Enfrentamiento de la pandemia

A continuación, se presentan resultados descriptivos referidos a preguntas de enfrentamiento de la pandemia de parte de los participantes del estudio. Del total de personas encuestadas, 115 de ellos equivalente al 11,62%, reportaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año. Además, 189 (19,1%) indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19 y 413 de ellos se tomaron alguna vez el examen.

Tabla 15. Distribución de participantes del estudio según toma de examen para COVID-19 y resultado del examen.

	No se tomó el examen	Sí se tomó el examen	No sabe	Total
No	14	9	0	23
Sí, positivo	3	105	0	108
Sí, negativo	95	290	1	386
Sí, sin especificar	0	3	0	3
No sabe	463	6	1	470

Por su parte, 963 de los encuestados afirmaron haber estado en una comuna en cuarentena. De los 17 que afirmaron no haber estado en cuarentena, 14 residían en comunas que otros informaron que sí estuvieron en cuarentena, por lo que se podría interpretar que casi el 100% de los participantes estuvieron en algún momento sometidos a cuarentena. Tal y como aparece en la Tabla 16, la mayoría de los participantes reportaron haber cumplido con la cuarentena estipulada por la autoridad sanitaria durante la pandemia por COVID-19.

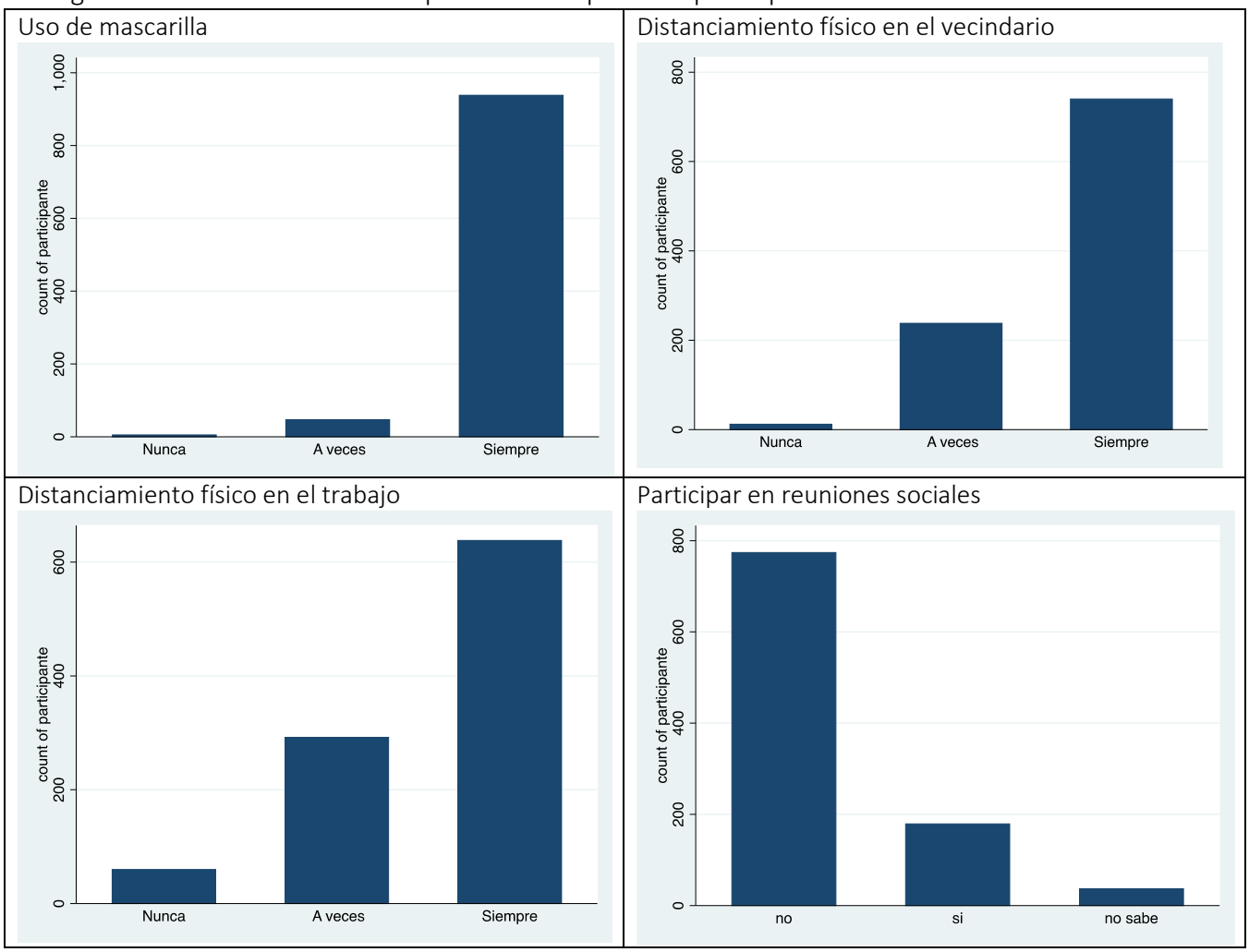
Tabla 16. Distribución de participantes del estudio que cumplieron y no cumplieron con la cuarentena indicada por la autoridad sanitaria para su comuna.

	No cumplió la cuarentena	Sí cumplió la cuarentena	No sabe	Total
Su comuna no tuvo cuarentena	9	6	2	17
Su comuna sí tuvo cuarentena	295	657	11	963
No sabe	5	2	3	10
Total	309	665	16	990

Adicionalmente, un total de 309 personas (31.2%) señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena. De ese total, la mayoría señaló como razón principal el haber salido a trabajar (n=280, 91%), seguido de haber cuidado de otra persona (n=9, 3%), no tener miedo (n=5, 1.6%) y haber salido a comprar alimentos (n=3, 0.9%). Otras 7 personas señalaron otras razones como estar cesante y haber salido a buscar trabajo, y otras no especificadas.

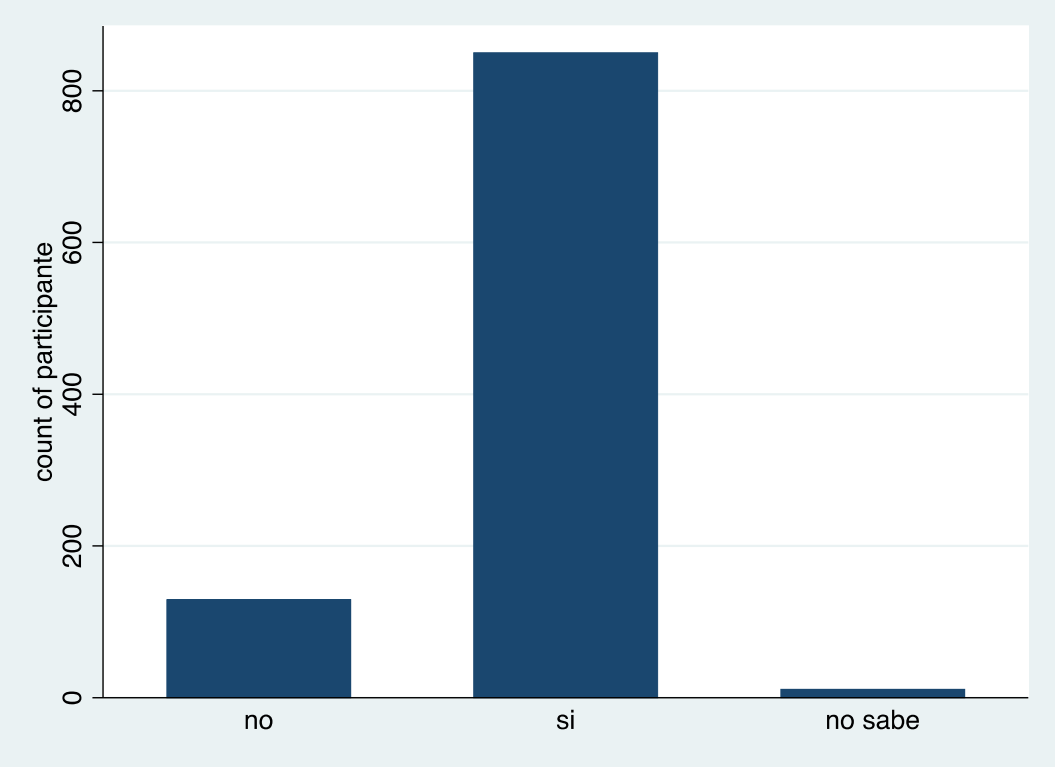
Se consultó sobre el cumplimiento de medidas de protección personal y de prevención de contagio de SARS-CoV-2 durante la pandemia. Como aparece en la Figura 14, en general se reportó un amplio cumplimiento del uso de mascarilla, de distanciamiento físico en el vecindario y de limitación de participación en reuniones sociales. Se reportó menor cumplimiento en distanciamiento social en el trabajo.

Figura 14. Distribución de grado de cumplimiento de medidas de protección personal y de prevención de contagio de SARS-CoV-2 durante la pandemia de parte de participantes del estudio.



Se preguntó también sobre si se recibió información de medidas de prevención y de protección durante la pandemia, de parte de autoridades o equipos de salud. La inmensa mayoría de los participantes indicó sí haber recibido información durante la pandemia (Figura 15).

Figura 15. Distribución de haber recibido información de protección personal y de prevención de contagio de SARS-CoV-2 durante la pandemia de parte de participantes del estudio.



Se preguntó también a los participantes si comprendían las recomendaciones que se entregaban (Tabla 17). De quienes indicaron sí haber recibido información (n=850 de 990 participantes totales), 96.3% señalaron sí haberlas comprendido.

Tabla 17. Distribución de participantes del estudio según haber o no haber recibido información de prevención y protección durante la pandemia por COVID-19 y si las comprendió o no.

	No entendía las recomendaciones	Sí entendía las recomendaciones	No sabe	Total
No recibió información de prevención y protección contra COVID-19	37 28.6%	85 68.8%	7 5.4%	129 100%
Sí recibió información de prevención y protección contra COVID-19	22 2.5%	819 96.3%	9 1.0%	850 100%
No sabe	1 9.0%	7 63.6%	3 27.2%	11 100%
Total	60 6.0%	911 92.0%	19 1.9%	990 100%

B. Resultados cualitativos: entrevistas semi-estructuradas a actores clave, noviembre y diciembre 2020

7. Descripción general

Se llevaron a cabo 40 entrevistas individuales semi-estructuradas de 45 minutos en promedio, a través de la plataforma Zoom o a través de videollamadas por la aplicación Whatsapp durante los meses de noviembre y diciembre 2020. Se grabaron todas las entrevistas para uso posterior del audio. Se eligió esta técnica de investigación por su versatilidad, flexibilidad, permitiendo establecer un diálogo fluido entre el entrevistador y el participante, al mismo tiempo que se cumplen los objetivos de recolección de datos en el marco del estudio (34, 35). Asimismo, considerando las restricciones de movilidad y las medidas de distanciamiento social recomendadas en el marco de la pandemia SARS-CoV-2, se optó por entrevistas virtuales, lo cual no presentó ninguna limitación para el estudio, permitiendo, al contrario, llegar a participantes en zonas alejadas del lugar de vida y de trabajo del equipo de investigación.

El sujeto de estudio fue la población migrante internacional residente habitualmente en la Región Metropolitana y en regiones de la Zona Norte de Chile. Se eligió la Región Metropolitana (RM) porque es la región del país que concentra la mayor cantidad de población migrante internacional en Chile, el 72% según estimaciones de la encuesta CASEN de 2017 (36). Asimismo, se eligió la Zona Norte del país por colindar con Argentina, Perú y Bolivia y por concentrar el 13,5% de la población migrante internacional del país según la misma fuente.

De los 40 entrevistados, 30 fueron personas migrantes internacionales en la RM y en menor mediad de regiones de Antofagasta y Arica y Parinacota; y 10 fueron expertos del sector salud y del sector social ubicados principalmente en la región metropolitana (RM), pero con mirada nacional. En lo que concierne la muestra correspondiente al grupo migrante internacional, se buscó orientar el reclutamiento según los criterios establecidos en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Criterios de muestreo para el grupo de entrevistados migrantes internacionales

Nacionalidad (según datos del DEM para residentes habituales estimados en 2019 (12)) 30,5% Venezuela – 10 participantes 16% Perú – 5 participantes 12,5% Haití – 4 participantes 11% Colombia – 3 participantes 8% Bolivia – 2 participantes 22% Otros – 6 participantes
Lugar (para la RM, aproximación según datos de la encuesta CASEN 2017 (11)) 72% RM – 22 30% Arica y Parinacota/Tarapacá/Antofagasta – 8
Sexo (aproximación según datos de la encuesta CASEN 2017) 50% mujeres – 15

50% hombres – 15

Edad
(aproximación según datos de la encuesta CASEN 2017)
37% 18-29 años - 11
42% 30-44 años - 13
14% 45-59 años - 4
7% 60 + años - 2

Estatus migratorio
40% Cualquier visa en trámite – 12
30% Visa temporaria vigente – 9
20% Visa definitiva – 6
10% Entrada paso inhabilitado u otro – 3

Previsión de salud
(aproximación según datos de la encuesta CASEN 2017)
16 % del total (n=30) sin previsión u otro - 5
80 % de los asegurados (n=25) - FONASA - 20
20% de los asegurados (n=25) - ISAPRE - 5

El reclutamiento de participantes de este grupo se realizó en base a difusión de la invitación entre organizaciones pro-migrantes en las regiones de interés. Asimismo, los primeros participantes permitieron expandir la muestra por medio de bola de nieve, considerando que algunos refirieron a conocidas o conocidos migrantes internacionales en Chile que pudiesen estar interesados en participar. En lo que concierne los expertos entrevistados, el criterio principal fue haber trabajado con personas migrantes internacionales en Chile durante la pandemia desde el sector salud o el sector social. Se invitaron por correo electrónico a potenciales participantes entre expertos con una relación de trabajo previa con el equipo de investigación.

Todas las entrevistas fueron transcritas *verbatim* a Word y fueron analizadas temáticamente. Se organizó la información en tres niveles: temáticas, categorías y códigos. Se aseguró el cumplimiento de los criterios de rigurosidad científica para estudios cualitativos, lo cuales son la credibilidad, la transferibilidad y la confiabilidad (37). La credibilidad se asegura a través de la triangulación, en este caso se entrevistan a personas migrantes internacionales de diversas nacionalidades, contextos sociales y regiones de residencia y a expertos con experiencia en el sector salud y sector social en la temática de migración internacional en Chile. La transferibilidad se asegura a través del reconocimiento y descripción del contexto específico en el cual el estudio se desarrolla: la experiencia de personas migrantes internacionales la RM y Zona Norte de Chile durante la pandemia por COVID-19. Finalmente, la confiabilidad de los datos se asegura a través de procesos de auditoría interna entre el grupo de investigación en las tomas de decisiones durante el desarrollo del estudio.

La protección del participante y el resguardo de su privacidad es una prioridad en el desarrollo de estudios de investigación. Primero que nada, al ser invitados a participar voluntariamente en el estudio, todos los

participantes recibieron una hoja informativa describiendo el proyecto, sus alcances y lo que se espera de su participación. Asimismo, se les informó de que la entrevista se fuera a grabar para usar solamente el audio, que su nombre e imagen no fuera a aparecer en ninguna parte del estudio, y que podían retirarse del estudio en cualquier momento o negarse a responder cualquier pregunta durante el transcurso de la entrevista. Finalmente, se les dio la oportunidad de comunicar cualquier duda, consulta, preocupación y observación al equipo de investigación. Antes de participar en su respectiva entrevista, cada participante llenó un formulario de consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados a través de un código asignado a cada participante.

8. Descripción de los participantes

Personas migrantes internacionales

Se entrevistó a 30 personas migrantes internacionales residentes habituales en Chile. De esas 30 personas, el 53% (16) era mujer. El 40% (12) tenía entre 25 y 29 años, el 30% (9) tenía entre 30 y 35 años, el 13% (4) tenía entre 36 y 40 años, el 10% (3) tenía entre 41 y 45 años y finalmente el 7% (2) tenía más de 45 años.

Los participantes provenían de un total de 10 países de América Latina y el Caribe. El 23% (7) era de Venezuela, el 17% (5) de Perú, el 17% (5) de Colombia, el 10% (3) de Haití, el 7% (2) de Bolivia, el 7% (2) de Ecuador, el 7% (2) de Argentina, el 7% (2) de Brasil, el 3% (1) de Cuba y finalmente el 3% (1) de Uruguay. El 73% (22) residía habitualmente en la Región Metropolitana, el 20% (6) en la región de Arica y Parinacota y finalmente el 7% (2) en la región de Antofagasta.

En lo que concierne el estatus migratorio, el 13% (4) reportó estar en situación irregular, el 37% (11) reportó estar con una visa temporaria o definitiva en trámite, el 17% (5) reportó estar con una visa temporaria vigente y finalmente el 30% (9) reportó haber obtenido la visa de residencia definitiva. Un participante no reportó su situación migratoria. Por otra parte, el 13% (4) de los participantes llevaba entre 6 meses y 1 año en Chile cuando participó en la entrevista. El 60% (18) llevaba entre 1 y 5 años en el país y el 7% (2) llevaban entre 6 y 10 años. Finalmente, el 20% (6) llevaba más de 10 años en Chile.

La mayoría de las personas entrevistadas habían trabajado de manera formal e informal en el transcurso de la semana en la que se le entrevistó, el 77% (23). El 17% (5) no había trabajado pero si quería trabajar. Finalmente, el 7% (2) declaró no trabajar, excepto trabajo doméstico no remunerado en uno de los casos y por restricciones de visa en el otro caso. De los 30 entrevistados, 23 reportaron su nivel de educación. El 4% (1) reportó un nivel primario o básico, el 31% (7) reportó un nivel de enseñanza media y el 65% (15) reportó un nivel de técnico superior o universitario.

Respecto de la previsión de salud, el 63% (19) reportó tener cobertura por FONASA y el 17% (5) por ISAPRE. Asimismo, el 17% (5) reportó no tener ninguna cobertura de salud o no saber y el 3% (1) reportó tener un seguro internacional.

Expertos

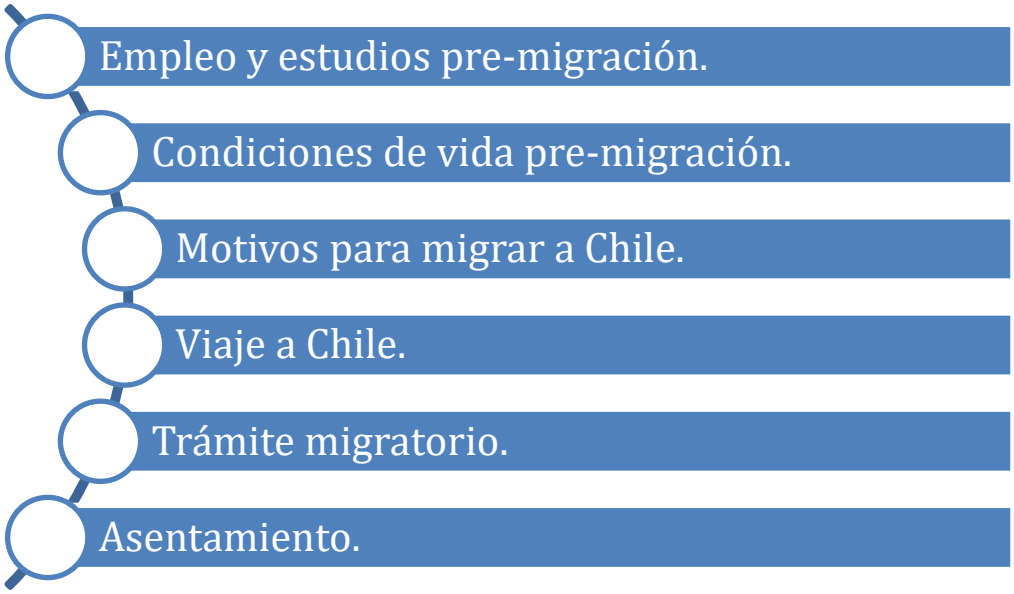
Asimismo, se entrevistó a 10 expertos provenientes de diferentes instituciones, incluyendo el Ministerio de Salud, organizaciones pro-migrantes, y profesionales de la salud con conocimiento experto sobre salud migrante. De los 10 expertos entrevistados, 4 eran mujeres. Cabe señalar asimismo que 2 de ellos eran migrantes internacionales en Chile. Con el fin de resguardar su identidad, no se entrega mayor detalle sobre los expertos entrevistados.

9. Resultados parte 1: CONTEXTO DE MIGRACIÓN, VIDA, TRABAJO Y SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE

a. Capítulo 1: "Migrar es como una montaña rusa, como la vida en verdad": trayectoria migratoria de los participantes

Se recolectó, en el marco de las entrevistas a personas migrantes internacionales en Chile, información de contexto sobre su trayectoria migratoria: cómo era su vida antes de migrar, cómo y por qué vinieron a Chile y experiencias de regularización migratoria. También se abordó el tema del asentamiento y de cómo se sintieron llegando a un nuevo país. A continuación, se desarrolla cada uno de ellos.

Figura 1. Categorías de la temática "trayectoria migratoria de los participantes"



Sobre **estudio y empleo antes de migrar**, el contexto pre-migratorio de los participantes es diverso, tanto en lo que concierne el país de origen como en la educación y el empleo. Muchos de los participantes reportan haber estudiado a nivel universitario y haberse desempeñado en trabajos calificados:

> *"Allá en Haití de hecho soy como abogado" Hombre haitiano RM 1*

> *"Yo soy profesional, yo soy contadora, ejercía allá como asesora contable" Mujer venezolana Arica 1*

Sin embargo, otros participantes se desempeñaban en trabajos no-calificados o trabajo doméstico no remunerado:

> *"Yo el trabajo que tenía, hacia limpieza en casa y vendía productos por catálogo (…) y así yo empecé, puse una vitrina" Mujer colombiana RM 3*

> *"Allá si, también trabajaba, todo era en chacra trabajando, cosechando yuca, plátano, todas esas cosas, café, todas esas cosas, y cacao, mandarinas, todas esas cosas, todas esas frutas que hay allá, cosechábamos todo con mi papá." Mujer boliviana Arica 1*

> *"Era ama de casa nomas y alguna que otra vez hacia una torta, un pedido porque yo aprendí a hacer pasteles, o sea tortas, pero por lo general ama de casa digamos" Mujer boliviana RM 1*

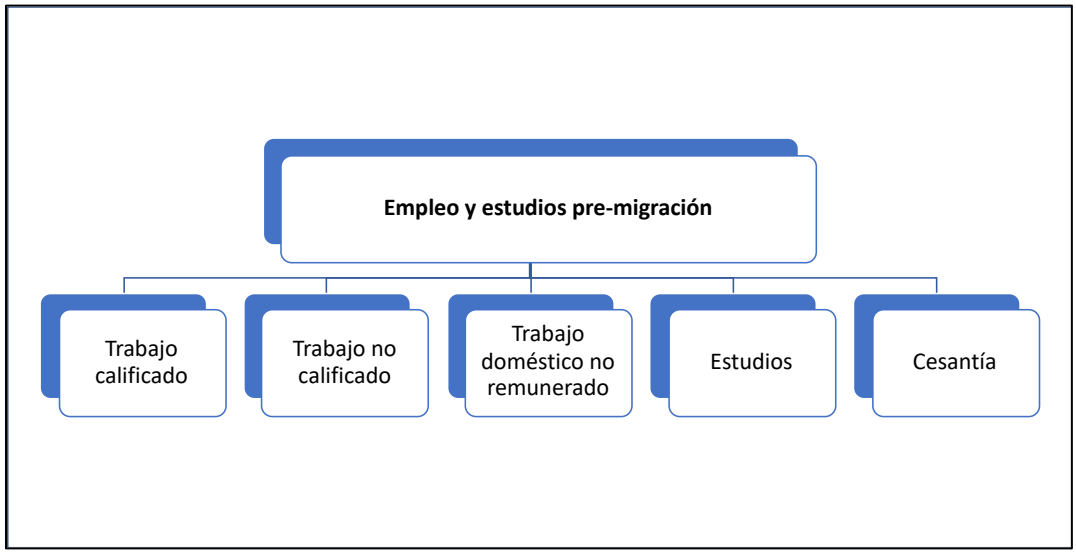
Asimismo, algunos participantes eran estudiantes al mismo tiempo que trabajaban:

> *"Yo trabajaba en Brasil en una joyería y estudiaba en la universidad." Hombre brasileño RM 2*

Finalmente, una participante comentó que su esposo estaba cesante antes de inmigrar a Chile:

> *"Mi esposo estaba cesante más de dos años, más mucho más y yo era la única que estaba trabajando, trabajaba en un restaurant de comida rápida." Mujer ecuatoriana RM 1*

Figura 2. Códigos emergentes de la categoría "empleo y estudios pre-migración"



Sobre condiciones de vida pre-migración, si bien el empleo en la fase pre-migratoria, o el nivel de estudios reportado por los participantes pueden dar alguna indicación de su contexto socioeconómico, algunos participantes explicitaron un contexto de vulnerabilidad socioeconómica:

> *"En Perú vivíamos en un nivel muy pobre, en un asentamiento humano, como se dice aquí, una población. En un cerro, entonces mi infancia, ha sido muy pobre, mucha violencia intrafamiliar y bueno siempre trabajando, nunca nos alcanzaba para más, solo para el alimento del día a día" Mujer peruana RM 2*

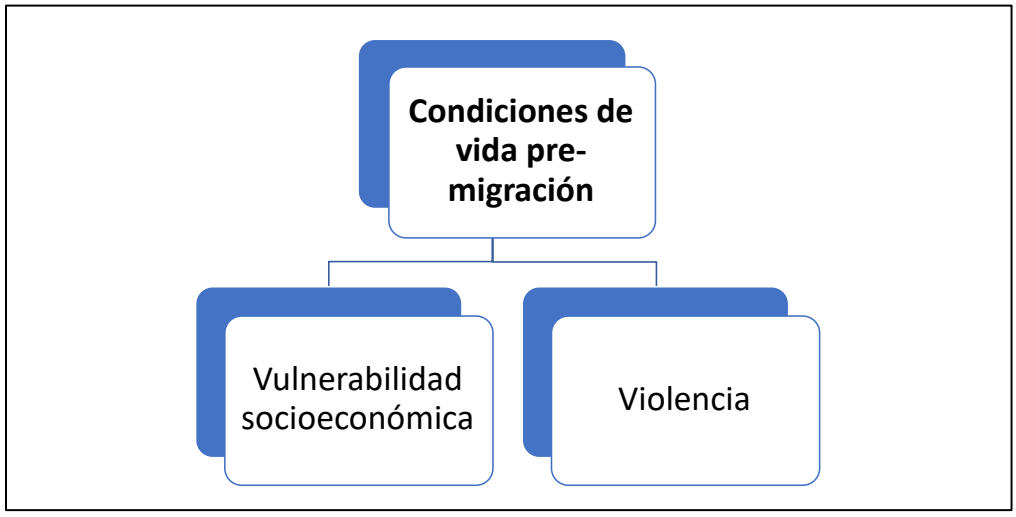
> *"Yo no he estudiado en el campo, como nosotros somos tantos hermanos, nosotros somos doce hermanos en total pues mi mamá no nos hizo estudiar, como estábamos en el campo igual y por eso a segundo básico estudié y hasta ahí no más llegué." Mujer boliviana Arica*

Asimismo, algunos participantes evocaron situaciones de violencia vivida o potencial, independientemente de su contexto socioeconómico:

> *"Empezaron ahí a pedirme fiado, (…) y una sabe que son personas que andan puro haciendo mal, y después de fiarme, no pagarme tenía que pagarles una cuota de diez mil pesos semanal (…) ahí como que se me empezaron a salir las cosas de control, entonces un día un tipo, no sé si estaba drogado, no sé si estaba tomado pero el caso es que me amenazó. La verdad es que eso fue terrible porque yo no sabía que hacer, para empezar mi mamá no vivía cerca, no tenía a quien contar, ir a poner una denuncia es como agrandar más el problema para mi" Mujer colombiana RM 3*

> *"Yo no quería que mi mamá se preocupara porque llegaba a las doce de la noche, porque le daba miedo que me puedan matar en la calle para robarme el carro o el teléfono, eso" Hombre venezolano RM 1*

Figura 3. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida pre-migración"



Respecto de motivos para migrar a Chile, Así como el contexto pre-migratorio de los participantes es variado, sus motivos para migrar son múltiples y, en ciertos casos, entrelazados. Por ejemplo, de una necesidad económica surge la necesidad de emigrar y al comenzar el proceso de toma de decisión, se activan redes de familiares y amistades que, a través de información informal o facilidades para la llegada y asentamiento, lleven a elegir Chile como país de destino. Efectivamente, varios de los participantes contaron haberse venido al país por necesidad económica, sea por necesidad de supervivencia o para oportunidades de mejorar sus condiciones de vida:

> *"lo que te pagaban no te daba para alimentarte, tenías que trabajar aquí, allá y más allá, tener cuatro, cinco empleos y obviamente el tiempo no te da, y el dinero tampoco te alcanzaba para nada, entonces, ¿qué había que hacer? Salir del país." Mujer venezolana RM 3*

> *"Luego me entró el bichito de querer seguir estudiando, pero por motivos de que allá el sueldo no es como estable para poder llevar una carrera y aparte no tener de todo, a menos que no tengas un título universitario importante, el sueldo no ayuda mucho." Mujer peruana RM 1*

Otros participantes, en búsqueda de mejores condiciones de vida, pasaron por un proceso personal o familiar para elegir Chile como país de destino, tomándose en cuenta varios factores como el sistema de salud, de pensiones y la estabilidad económica y política, siempre en relación con el país de origen:

> *"Por eso empezamos a explorar otros lugares que veíamos que se pagaba un poco más, había salud, AFP cosas que en Perú no hay, no tenemos FONASA." Mujer peruana RM 2*

> *"O sea, en su minuto mi hermano no sabía a donde irse (…) y hallamos en Chile como un país estable, con una economía no sé si pujante, pero al menos estable dentro de todo el continente, la percepción que tenemos de Chile es que es un país muy seguro, que es de lo que nosotros huíamos no, economía y seguridad" Hombre venezolano RM 1*

Algunos pocos participantes relataron haber salido de su país de origen a raíz de un contexto de inseguridad, violencia y persecución:

> *"Yo solita me vine no conocía aquí Chile, en 2010 me he venido, porque yo tuve a mi hijito (…) el papá de ellos me pegaba igual, me maltrataba, no me dejaba salir de la casa y pasé un montón de cosas (…) por eso decidí venirme a este lado mejor, dije mejor vivir lejos de ellos, por eso me vine acá." Mujer boliviana Arica 1*

> *"Y después por la inseguridad, porque dos veces me atracaron, yo quería dejar el país, y me fui a República Dominicana por 8 meses" Mujer haitiana RM 1*

> *"Vinimos porque por situaciones políticas, porque mi esposo estaba siendo muy... cómo explicar, muy acosado por lo que acá a ustedes le llaman carabineros en Cuba son policías, no podía mi esposo a raíz de eso, no podía trabajar, porque era todo el tiempo acosándolo, estuvo detenido por dos días y así. Y fuimos maltratados verbalmente, a mí me empujaron, esas cosas, mis hijos vieron eso. Entonces no queríamos que nos siguiera pasando." Mujer cubana Antofagasta 1*

Además de la necesidad económica, de la búsqueda de mejores condiciones de vida o de peligros, algunos participantes comentaron haber decidido venirse a Chile para viajar, para un nuevo comienzo o a raíz de un acontecimiento personal, independientemente de su situación socioeconómica en su país de origen:

> *"Vine para acá, en realidad vine de vacaciones porque aquí vive una tía, y posterior a eso decidí quedarme, tenía solo tres meses de vacaciones, y me quedé, me quedó gustando" Hombre peruano RM 2*

> *"Bueno no solo por trabajo, sino que pues también de pronto nos gustaba viajar mucho, nos gustaba conocer mucho y pues queríamos como, hacer un cambio en nuestras vidas, si me entiendes." Hombre colombiano RM 1*

> *"No, yo me vine a Chile más que todo por una depresión que tenía, yo tuve otra hijita y falleció en Perú, entonces tenía mucha depresión y quería despejar mi mente porque sentía culpa entonces quería venir para acá" Mujer peruana Arica 1*

Asimismo, algunos participantes tuvieron la posibilidad de planificar su traslado a Chile a partir de una oportunidad laboral o de inversión desde su país de origen:

> *"Justo me sale un trabajo acá en Santiago" Hombre uruguayo RM 1*

> *"Nosotros veníamos con un propósito de montar nuestro negocio porque traíamos un dinero pues para invertir, para montar una cafetería, algo bien chévere no." Hombre colombiano RM 1*

En lo que concierne el efecto de redes en determinar la migración, la mayoría de los participantes contaban con familia en Chile al llegar al país, ya sea familiares cercanos que viajaron en una primera etapa de migración del núcleo familiar, o porque al contar con un familiar en Chile, se decidieron por este destino:

> *"Mi mamá llegó un año antes, llegué yo y después juntamos dinero para traer a mis hermanos y mi padre que son 3 hombres mi papá que se vinieron por tierra. Y ellos llegaron al siguiente año." Mujer peruana RM 2*

> *"Mi esposo se vino primero, o sea yo di a luz. Nosotros íbamos a venir antes de que yo saliera embarazada, salí embarazada y mi embarazo fue de alto riesgo" Mujer venezolana Arica 1*

> *"Cuando venía acá en Chile, tenía también una hermana que tenía 4 o 5 meses antes de mí, y mandar dinero a ella, para arrendarme una pieza, cerca de donde ella vive, y así cuando llegué a Chile, tenía mi propio hogar para vivir sola" Mujer haitiana RM 1*

De una manera similar, varios participantes comentaron que contaban con amistades en Chile, quienes les informaron de la situación en Chile en términos de oportunidades laborales y calidad de vida, les convencieron de viajar y en algunos casos los recibieron al llegar al país:

> *"Y decidimos salir, pero teníamos unas amistades acá en Chile (…) entonces nos habló de Chile y todas esas cosas, y entonces, ahí nos pusimos en contacto con ellos, vendimos todo, la casa, todas las cosas, todo para salir de Cuba." Mujer cubana Antofagasta 1*

"Lo que pasa es que a él lo trajo un amigo, porque él se contactó con un amigo de allá de Ecuador, él tenía más menos unos siete años ya aquí trabajando, y él lo ayudó a venirse, le dio hospedaje y lo empleó entonces por eso fue que él se vino." Mujer ecuatoriana RM 1

Por otra parte, varias personas decidieron instalarse en Chile para estar con su pareja chilena:

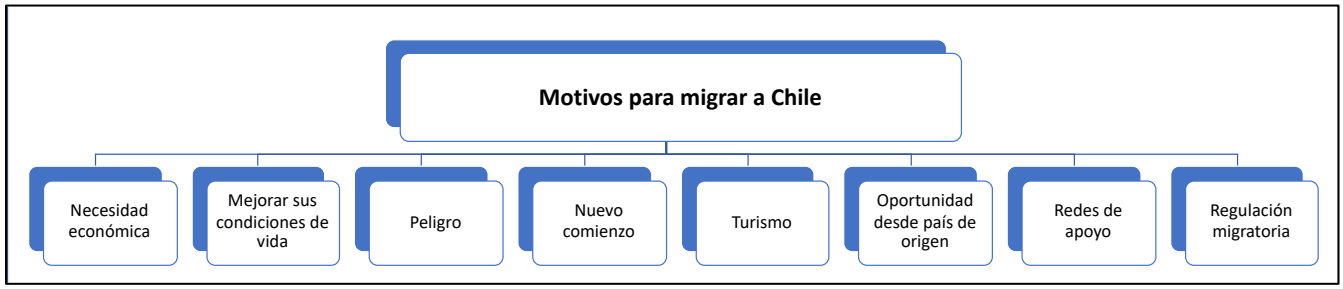
"Básicamente migré porque, mi pareja, mi marido es chileno, así que esa es la razón por la que migré. Nunca había migrado antes, ósea había viajado fuera del país, pero a estudiar, nunca a vivir." Mujer colombiana RM 1

"Me vine para acá, dejé todo por un cambio, una persona de Chile. O sea que estuvimos unos años yendo y viniendo, depende de la carrera de cada uno, cuál era más factible de hacerse, cuál era más factible de usar. Así que lo mío era un poco más factible, y bueno se tomó la decisión" Hombre argentino RM 1

Finalmente, en un caso, la decisión de migrar fue acelerada por un cambio en la regulación migratoria:

"Después como iba a salir una ley donde iba a ser más difícil viajar para Chile y podernos reunir, fue que nos vinimos con mis hijos" Mujer ecuatoriana RM 1

Figura 4. Códigos emergentes de la categoría "motivos para migrar a Chile"



Respecto del **viaje a Chile,** En la etapa de tránsito hacia Chile, también se reflejan las disparidades socioeconómicas y diferencias de contexto de los países de origen entre los participantes. Para parte de los participantes, el viaje a Chile no fue tema de mayor discusión, por lo que se puede inferir que éste se desarrolló por vía aérea, sin mayor acontecimiento. Uno de los participantes reconoció el contexto privilegiado en el cual viajó:

"No tengo nada que reclamar porque pensar mucho en cómo están todos los otros países de la América Latina, nosotros somos muy privilegiados en verdad. Porque vemos en la tele personas caminando en el desierto de San Pedro caminando para llegar acá, hubo personas que murieron (…) y somos muy privilegiados por venir de la forma en que vinimos a Chile." Hombre brasileño RM 2

Efectivamente, parte de los entrevistados relatan procesos largos de tránsito hasta llegar a Chile, con paradas en diferentes países y viajes de varias semanas por tierra, en bus e incluso caminando, con hijos pequeños:

"Tuvimos que venir en bus, en avión solo salimos de Cuba hasta Guyana, y de Guyana cruzamos la frontera en buses. En un bus pequeño, es como decir una mini van, ahí veníamos 22 personas, todos cubanos. (…) Y entonces fueron, 12 días que pasamos, fueron 7 días para llegar a Chile que fueron fuertes, fueron muy fuertes con respecto que nosotros veníamos con 4 niños, 3 bien chicos, un adolescente y que fue difícil" Mujer cubana Antofagasta 1

"En Colombia duré aproximadamente siete meses, de ahí me robaron y no pude tener plata para venirme en bus entonces nos vinimos caminando hasta acá. Sí, caminando. Como veníamos con los niños paramos en varios sitios entonces duramos un mes." Hombre venezolano Arica 1

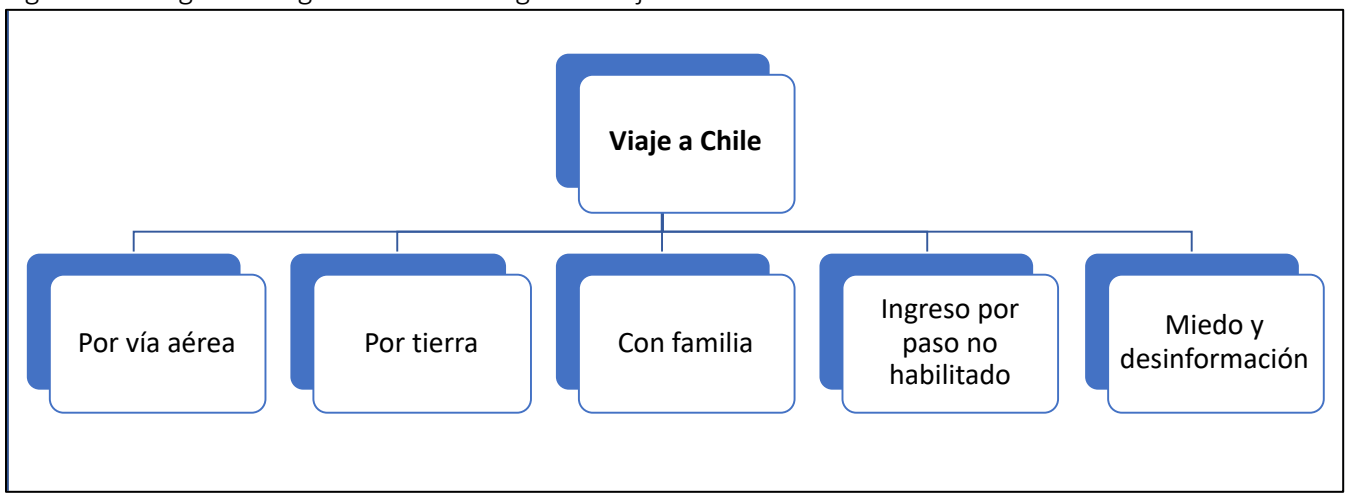
Asimismo, uno de los participantes explicitó haber entrado por paso no habilitado:

"Entonces de ahí viví un tiempo en Perú y luego nos vinimos aquí, aquí empecé a trabajar, como entre por paso no habilitado no puedo tener ingreso a una empresa como tal porque no tengo papeles" Hombre venezolano Arica 1

Estos relatos se acompañan de historias de miedo y desinformación:

"A mí me decían, si tú vas a Chile, si tú vas a Chile pasas la frontera chilena, a ti te van a quitar tus niños y te van a matar a ti y a tu mujer y a tus hijos los van a poner como esclavos, te los quitan, y yo decía, pero ya estoy aquí ahora que hago, yo me vine para acá y me decían, no enserio. Cuando entramos aquí yo le dije al policía, mire yo le quiero hacer una pregunta, esto es verdad o mentira, porque si es verdad yo me devuelvo, y ahí le conté la historia, es mentira me dice, lo que pasa es que nosotros tenemos como quien dice, unas diferencias entonces ellos te dicen así para que no vengas para acá y te quedes en tus tierras, pero bienvenido a Chile." Hombre venezolano Arica 1

Figura 5. Códigos emergentes de la categoría "viaje a Chile"



En lo que concierne la regularización migratoria, aunque algunos participantes reporten ciertas facilidades en algunos aspectos de su proceso de solicitud de visa:

> *"Si, yo me vine porque no sé si, el año que yo me vine el gobierno les dio a los venezolanos una VISA de responsabilidad democrática, esa VISA tu la obtenías en el país donde tu vivías, en la cancillería de Chile, en la embajada. (…) Sí, cuando llegué, automáticamente llegando al país a los dos días yo fui a la PDI, registré mi VISA que me habían dado en Venezuela por medio de la embajada chilena y me dieron un carnet, me dieron el RUT, a los días me mandaron al registro y ya saqué mi RUT, mi carnet." Mujer venezolana RM 1*

> *"Pedimos una visa desde Brasil (…) Experiencia un poco lenta, el proceso migratorio es un poco complicado, pero desde la empresa tuvimos todos los soportes necesarios." Hombre brasileño RM 1*

No obstante, la mayoría de los relatos explicitan importantes dificultades. Entre esas dificultades, destaca la demora de los trámites de obtención de residencia, tanto temporaria como definitiva y los procesos regularización por ingreso por paso no habilitado:

> *"Entonces ahí me presenté en el PDI y tenía que ir presentándome todos los jueves y estoy ahí y me daban una carta de expulsión, entonces ahí cuando (encontramos ayuda) para revocar, esa carta de expulsión y ahí empezar los procesos. Pero es lento pues, pero mientras que me estén ayudando es bueno. La intendencia de Santiago uno lo espera, eso tarda como tres meses creo, para que la den, de verdad no sé decirte (qué visa) me darán, pero lo importante es estar legal para tener un trabajo que me den contrato, no sé para tener estabilidad." Hombre venezolano Arica 2*

> *"Yo solicité una visa provisoria, pedí por un año, el tema es que los papeles ingresaron y tardan dos meses pero me los entregaron en octubre y recién la visa quedó aprobada en diciembre, así que recién ahora se extiende la visa" Hombre argentino RM 1*

También se hicieron evidentes dificultades falta de información y precariedad laboral:

> *"Nunca pensé sacar mis papeles y ahora no me están saliendo mis papeles, como yo no tengo buen trabajo, yo no tengo ni contrato nada. Estoy con mis papeles vencidos porque yo saque, tengo, pero están vencidos mis papeles y ahora no puedo sacar, me dijeron que no puedo, tengo que empezar de cero, no sé cómo será. Sí tengo, se venció y lo tengo que sacar de cero, no sé cómo será eso." Mujer boliviana Arica 1*

> *"Llegué como el 2004 a Chile y trabajaba sin papeles, no tenía papeles, después tuve a mi hijita la mayor el 2009, ahí recién pude obtener la VISA temporaria" Mujer peruana Arica 1*

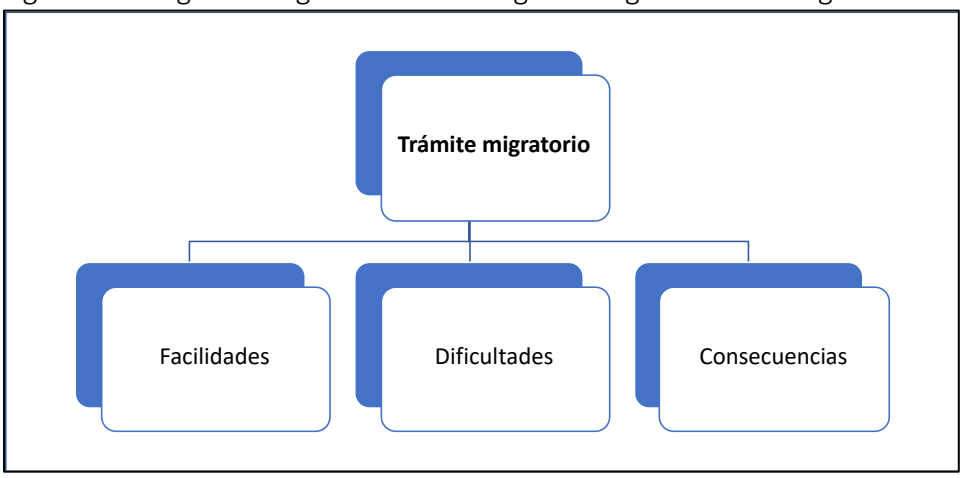
Asimismo, esas dificultades traen múltiples consecuencias para los participantes, desde la incertidumbre hasta la imposibilidad de trabajar de manera formal:

> *"Imagínate pasó un tiempo, pasó un tiempo en que yo estuve flotando en los aires sin poder hacer nada" Mujer colombiana RM 2*

> *"Como entre por paso no habilitado no puedo tener ingreso a una empresa como tal porque no tengo papeles, entonces empecé a trabajar en la construcción, aprendí y ahora soy maestro de obra, pero no puedo tener papel. No puedo ejercer más allá porque no tengo papeles." Hombre venezolano Arica 1*

"Resulta que cuando obtuve el permiso de trabajo no podía trabajar porque la gente aquí pide definitivo para todo" Mujer venezolana RM 2

Figura 6. Códigos emergentes de la categoría "regularización migratoria"



Durante las entrevistas, algunos participantes reflexionaron en torno a su **experiencia de asentamiento en Chile**. Resaltaron algunas experiencias positivas, de facilidades de adaptación y nuevas oportunidades al estar en Chile:

"Bueno yo creo que migrar es como una montaña rusa, como la vida en verdad, como que tiene momentos que son muy difíciles, muy cuesta arriba y otros que bajan, así como liviano y ya entiendes el proceso, es muy complicado pero la verdad sería muy mezquino quejarme porque siento que de todos los procesos migratorios que viven las personas como que en general mi proceso ha sido con muchas oportunidades" Hombre venezolano RM 1

"No me arrepiento de haberme venido porque si no mi bebé no estuviera bien, no tuviera sus cositas, buena alimentación, la educación ha sido buena, por lo menos va al jardín y al principio era un poco mala pero ya después se encariño con las tías y ya todo está bien." Mujer venezolana Arica 1

Sin embargo, también se evidenciaron dificultades en la etapa de asentamiento, por ejemplo, por diferencias culturales y barrera lingüísticas:

"Sin ánimo de ofender, Santiago fue difícil porque la gente es más distante (...) en mi país es un rasgo cultural ser bastante directo con sus cosas buenas y sus cosas malas, así y todo, lo prefiero" Hombre uruguayo RM 1

"Al principio, al principio fue muy difícil, fue muy muy muy difícil. Cultura, idioma, forma, tener una vida normal, tener una vida digamos, no tan buena pero buena y llegar a un país donde no tenía donde dormir, no estaba trabajando, entonces al principio fue muy difícil, pero con inteligencia, con fe, con fuerza estamos actualmente, está muy bien, está súper bien, estoy súper la verdad muy bien." Hombre haitiano RM 1

Haciendo eco a este segundo relato, estas dificultades también pudieron ser vinculadas con condiciones de vida y falta de redes de apoyo:

> *"Fue bueno, pasé cosas malas, o sea cosas que, qué sé yo, no conseguía trabajos rápido, no tenía donde dormir digamos, una habitación, pasé por muchas cosas, pero nunca estuve sola siempre Dios me acompañó de alguna u otra forma llegué a conseguir trabajo" Mujer boliviana RM 1*

> *"Fue complejo porque, bueno nosotros vivíamos en un pueblito muy pequeño donde todos se conocían, las redes de apoyo eran ahí inmediatas y venirnos a Santiago, una ciudad, el cambio fue importante porque no teníamos ninguna red de apoyo, nada y nos vinimos solo con las maletas a quedarnos en una casa" Mujer argentina RM 1*

Las dificultades materiales pudieron, a su vez, vincularse con añoranza y salud mental:

> *"Pues qué le cuento, los primeros meses que llegue acá fueron demasiado duros, porque estaba así como que caí en una depresión que yo no quería ni salir de la casa, extrañaba mucho a mis hijos, mi mamá, mi abuela entonces me la pasaba llorando en la cama, pero de ahí como a los cuatro meses empecé, y tenía que tomar una decisión, o buscar para trabajar y salir adelante, o irme, pues no tenía como irme en el momento así que yapo, empecé a buscar trabajo, igual fue un poco difícil conseguir" Mujer colombiana RM 3*

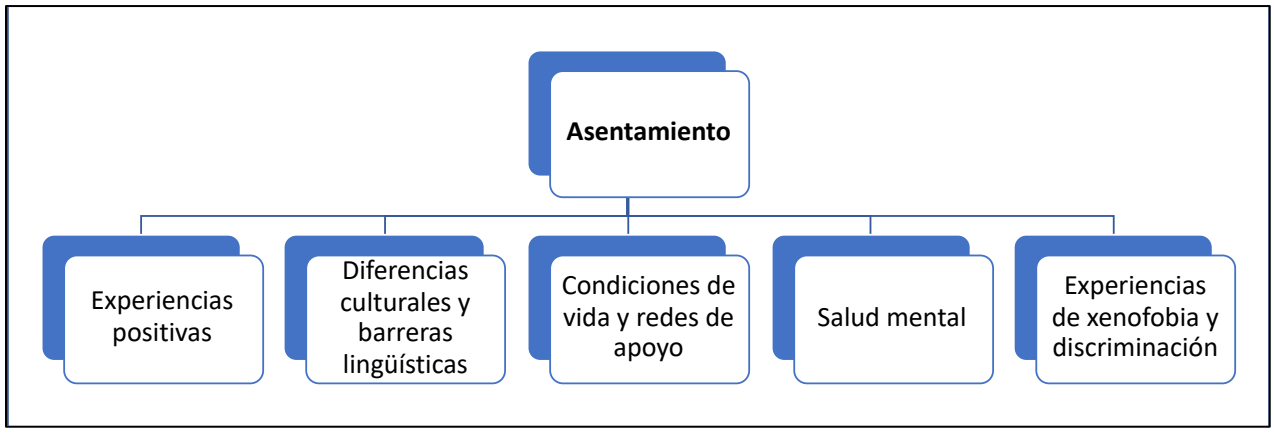
> *"Mire lo que pasa es que todo va en el tema sentimental porque obviamente yo creo que para todos el emigrar no es fácil, y tampoco conseguir empleo, sacar papeles y todo eso, pero como yo tenía mi enfoque en que yo tenía una hija en Venezuela y tenía a mi mamá, yo tenía que trabajar y tenía que luchar y no quería darme así de qué hago, me quedé sin empleo y ahora a sentarme a llorar, no tenía tiempo a sentarme a llorar, tenía que trabajar y como te dije, trabajo en lo que sea" Mujer venezolana RM 3*

Finalmente, algunos participantes relataron experiencias de xenofobia en la etapa de asentamiento o al hacer trámites migratorios:

> *"Claro los primeros años fueron muy difíciles me acuerdo, de no querer ir al colegio, llorar en la puerta de entrada porque nos molestaban por como hablábamos, el acento esas cosas, pero bueno de a poquito nos fuimos acostumbrando" Mujer argentina RM 1*

> *"Hay algunas que son malas, hasta pedí una vez, cómo debo hacer (para regularizarse), no sabía dónde acudir, pregunté a la señorita y me dice, y me grita y me dice, qué culpa tengo yo, la culpa la tiene la Piñera, tienes que decirle a él, así me dice." Mujer boliviana Arica 1*

Figura 7. Códigos emergentes de la categoría “asentamiento”



Los datos recolectados sobre la trayectoria migratoria de los participantes permiten detectar importantes disparidades entre éstos, en términos de contexto socioeconómicos en el país de origen, motivos para migrar y condiciones de tránsito. Están aquellos que, por ejemplo, se consideran privilegiados por haber llegado a Chile en avión, y está otro grupo, quien comenta haber viajado por semanas por tierra, en algunos casos caminando y con hijos pequeños. Sin embargo, muchos reconocen haber tenido obstáculos durante su proceso de regularización migratoria, llevando a consecuencias negativas, sin que eso se relacione necesariamente con un relato de vulnerabilidad social en el país de origen o en las condiciones de viaje a Chile. Finalmente, los primeros momentos de la llegada a Chile trajo desafíos a nivel personal para la mayoría de los participantes, en términos de diferencia cultural, lingüística, falta de redes de apoyo, pero también en algunos casos, una vulnerabilidad material importante.

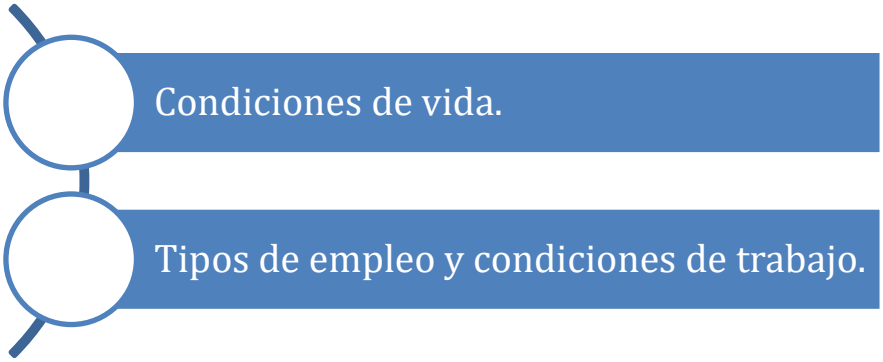
b. *Capítulo 2: "El baño es compartido, la cocina es compartida, el lavadero es compartido, menos la pieza": Vivir y trabajar en Chile*

Luego de explorar la trayectoria migratoria de los participantes, se buscó conocer sus condiciones de vida y de trabajo, desde su voz propia, pero también desde el punto de vista de los expertos entrevistados. Se presentan primero los resultados de las entrevistas a participantes migrantes internacionales, para luego presentar lo relatado por los expertos. En una tercera sección, se ponen ambas miradas en relación y contraste.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Los relatos de las personas migrantes permiten presentar información de contexto en torno a sus condiciones de vida y de trabajo (figura 3). Se les hizo preguntas en torno a las personas con quienes viven, cómo es su vivienda, cómo es su barrio y cómo son sus relaciones con sus vecinos y su entorno. Por otra parte, se les preguntó acerca de su vida laboral independientemente de la pandemia.

Figura 8. Categorías de la temática "vivir y trabajar en Chile"



Acerca de **condiciones de vida,** cabe destacar que emergieron dos grupos principales en torno a la vivienda. El primer grupo se compone aquellos que viven solos o con su pareja o familia, en ciertos casos en condiciones de hacinamiento:

> *"Vivimos los dos, no tenemos hijos, solo somos los dos. Tenemos una perrita de hace poco." Mujer colombiana RM 1*

> *"Compartimos casa, bueno en esto se da como el hacinamiento (…) no hay desconocidos, somos la pura familia." Mujer venezolana RM 1*

El segundo grupo se compone de aquellos otros que comparten una casa compartida con desconocidos o conocidos lejanos, posiblemente en condición de hacinamiento:

"Es como una casa grande donde tienen varias piezas y todo es compartido ves. El baño es compartido, la cocina es compartida, el lavadero es compartido, menos la pieza." Hombre venezolano Arica 2

"Bueno nos fuimos a vivir a otra habitación, o sea un departamento compartido que bueno, o sea no te niego es horrible, es horrible porque no tienes tu privacidad" Mujer venezolana RM 2

Emergió asimismo el caso de participantes que trabajan donde viven (excluyendo el teletrabajo por la pandemia) o que viven parcialmente donde trabajan:

"Trabajo de lunes a viernes (puertas adentro) y el fin de semana estoy en mi casa con mi familia." Mujer peruana RM 1

"Mira, yo acá tengo unas piezas, acá en las dos piezas, yo le doy las piezas, como trabajan conmigo yo le doy las piezas (…) yo trabajo acá en la casa, acá yo vivo, acá tengo piezas y acá vivo." Hombre peruano RM 1

En ciertos relatos, se transparentan situaciones de vulnerabilidad social, pobreza material y abusos:

"Yo vivía en otro lado igual ahí, donde ahí vivía el señor era malo, había un arrendatario y era malo pues cualquier cosita se molestaba (…) a mi hijito me lo gritaba todo y eso no me gustaba y se esquinaba del baño también y de todo, de esta yo no voy a salir de esta pieza, y de ahí me salí" Mujer boliviana Arica 1

"Vivo en una casa donde cortaron la luz, vivo tres años, no tenemos luz. Por eso me complicaba esa parte donde yo cargaba, yo pagaba en el almacén, pagaba para cargar las baterías, los celulares, entonces ese era el problema, la luz. Las niñas no miraban esa opción de tener tele, esas cosas no. (…) Después el agua, nos comenzaron a cortar el agua porque debe mucho el caballero, para qué le voy a mentir si es verdad" Mujer peruana Arica 1

En contraste, un participante reconoció vivir en un barrio privilegiado, que poco tiene que ver con la realidad chilena, en sus palabras:

"Este barrio, esta vecinanza (sic) no es Chile es Santiago como Las Condes, es importante enfatizar eso" Hombre brasileño RM 1

En lo que concierne las dinámicas interpersonales con los vecinos y la comunidad del barrio, algunos reportan conocer a sus vecinos que pueden ser personas de la misma nacionalidad, mientras que otros reportan prácticamente no conocer a sus vecinos:

"De a poco me fueron conociendo, puse mi letrero de costuras, a veces yo camino muy seria muy rápida entonces, como que no me hablaban, pero ya uno pasa en el sistema de querer mi comuna, porque no me gustaba. Mi círculo se está convirtiendo porque antes decía: todos mis amigos viven en Santiago (...) he compartido más con personas, con diferentes formas de vida, de casa" Mujer peruana RM 2

"Con los que viven por acá cerca nos conocimos acá, nadie conocido de Ecuador no, todos nos conocimos acá. Porque vive mucha gente ecuatorianos, pero todos nos conocimos acá." Hombre ecuatoriano Antofagasta 1

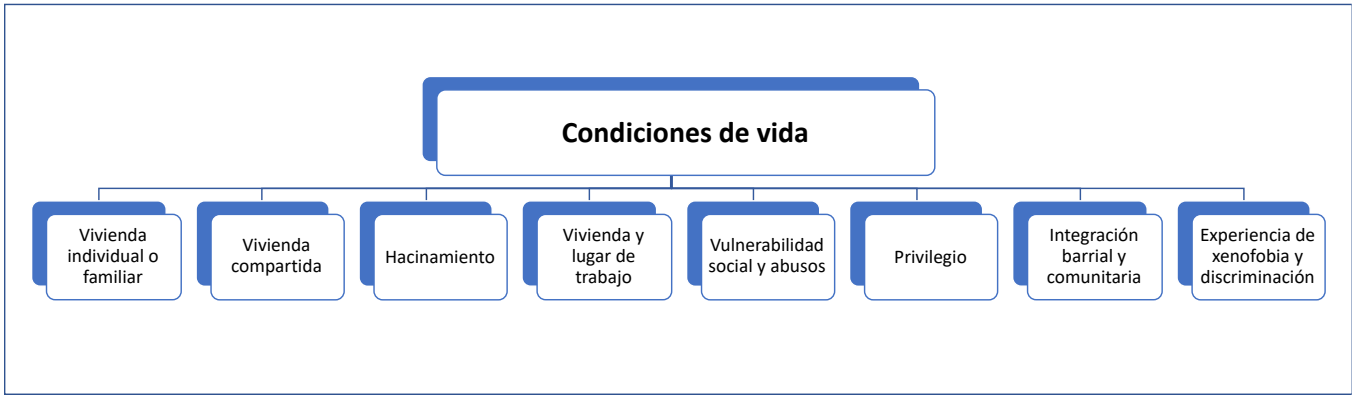
"En un edificio que tiene 15 pisos, pero dentro del edificio solo conocemos a una vecina que no es chilena, pero es argentina." Hombre brasileño RM 1

Finalmente, emergieron experiencias de discriminación y xenofobia en la vida cotidiana y en la comunidad:

"Bueno hay uno que otro que le dicen a una, ándate para tu país y toda la vaina (…) en la micro, la micro me ha pasado y fue algo así tan terrible que yo me sentí asustada que, de hecho, yo me bajé de la micro antes de llegar y esperé a tomar otra micro. Otro día estaba en el centro y también empezaron unas personas a hablar así, pero yo solamente me retiré, yo no hago caso mejor dicho, me hago la sorda, la loca y me voy" Mujer colombiana RM 3

"tengo una diferencia con una señora que porque aquí en la municipalidad entregan juguete a todos los niños (…) porque resulta que la señora es presidenta de la junta de vecinos parece, y resulta que, son catalogados los niños nacionales y los niños extranjeros" Hombre peruano RM 2

Figura 9. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida



Respecto de tipos de empleo y condiciones de trabajo, los datos recolectados en torno a la vida laboral de los participantes permiten identificar un grupo de personas que se desempeña en trabajos calificados:

"Si, ejemplo, acá donde yo trabajo, yo tengo el contrato que dice que soy administrativo y mediador, ese trabajo que yo estoy haciendo acá, yo tengo un parte como administrativo haciendo los ingresos, dar hora para la matrona, haciendo todo eso, tengo otro parte traducir para los haitianos" Hombre haitiano RM 1

"Justo con lo que estoy trabajando ahorita es hacerles seguimiento a unos indicadores de género del acuerdo de paz, entonces, eso. Digamos, si, es más de política pública, en realidad, humanitario" Mujer colombiana RM 1

Otro grupo se desempeña en trabajos no calificados:

> *"Mi esposo está trabajando en una peluquería, él es auxiliar de peluquería (…) trabajo en el área de limpieza." Mujer ecuatoriana RM 1*

> *"trabajo en una confitería de, soy cajera, encargada y reponedora, tengo varios cargos a la vez ahí en la confitería, ya tengo allí, ya tengo tiempito ya." Mujer venezolana Arica 1*

El grupo de trabajadores no calificados se divide entre quienes tienen trabajo formal y quienes no:

> *"Claro, yo tuve contrato rapidito, al mes ya tenía contrato, o sea si como al mes, dos meses cuando yo empecé a trabajar con ella yo ya tenía el permiso de trabajo y después ella me hizo todo eso." Mujer venezolana RM 3*

> *"De marzo soy yo el que sale a trabajar, a veces me sale un pololito (sic) para pintar casas o el maestro que me llama a mí, el contratista y me dice, "vamos a hacerte un contratito por seis días, cinco días" verbal, o sea un contrato verbal y siempre lo cumple y por eso trabajo con él." Hombre venezolano Arica 1*

Finalmente, un grupo minoritario aborda el trabajo doméstico no remunerado, desde su experiencia o la de su pareja:

> *"No, no, ella dejó de trabajar cuando nació mi hija hace tres años y medio, como no teníamos a quien dejar al cuidado de la hija, obviamente ella se hizo cargo del cuidado de la bebé y a cargo de la casa, los quehaceres del hogar que a veces son mucho más trabajosos que salir a trabajar, así que eso, pero anteriormente si estuvo trabajando." Hombre peruano RM 2*

> *"Bueno trabajo sin pagar porque cuido al niño, cuido la casa" Mujer haitiana RM 1*

Por otra parte, algunos participantes cuentan tener varios empleos de manera simultánea:

> *"Hago diferentes cosas al día: de lunes a miércoles hago costuras, arreglos, todo el tema de diseño. Hago clases a la municipalidad vía Zoom y los miércoles hay una señora que no me quiere perder y quiere que le siga haciendo aseo porque no hay nadie confiable" Mujer peruana RM 2*

> *"Entonces ahora hago transcripciones por ejemplo, estoy dando clases de español a, en una aplicación a europeos, en estos momentos tengo europeos. Eso por un lado, y además soy artista visual entonces estoy trabajando, trabajo en portadas para libros" Mujer colombiana RM 2*

En lo que concierne el nivel de estudios y la experiencia laboral previa, existe una diferencia entre éstos y el empleo actual en Chile:

> *"Yo soy profesional, yo soy contadora, ejercía allá como asesora contable, sé muchas cosas soy muy inteligente y sé que tengo campo para poder conseguir aquí" Mujer venezolana Arica 1*

> *"luego empecé a cuidar personas y eso me ha mantenido, cuidando adultos mayores, personas en clínicas. Lo que pasa es que mi mamá era enfermera, mi abuela era enfermera, estoy como criada en esa área de*

salud, entonces tengo la, como que una escuela de mi casa, y me gusta, lo que pasa que no lo estudié" Mujer venezolana RM 3

Algunos participantes mencionaron dificultades para encontrar trabajo, lo cual en ciertos casos se asoció al estatus migratorio:

"Tengo ahorita recientemente un trabajo en Chile, pero en realidad conseguir un trabajo aquí a sido muy difícil aquí, muy muy complicado. Por ser colombiana, por ser migrante, no sé pero a sido extremadamente difícil." Mujer colombiana RM 1

"Y entonces nos dieron temporaria y bueno y así mi esposo encontró trabajo de ayudante en la construcción, porque con la temporaria sabes que es muy difícil también, si es difícil encontrar trabajo sin papeles, con temporaria es difícil igual encontrar algo, algo que valga la pena y es por muy poco tiempo. (…) Yo no he tenido la oportunidad de trabajar porque como le digo, no me dan trabajo con la temporaria en donde quiera que yo he ido a llevar currículum: ¿tiene definitiva?" Mujer cubana Antofagasta 1

Al igual que en las interacciones con miembros de la comunidad, algunos participantes sufrieron experiencias de xenofobia en el ambiente laboral, por parte de compañeros de trabajo o por parte de clientes:

"Pero estando dentro de ese trabajo había personas que no les gustaban las personas extranjeras, fue por eso que terminó mi contrato. (…) Había una profesora que de por sí no solo le tenía mala al peruano, si no a cualquier extranjero" Mujer peruana RM 1

"Yo por lo menos en mi trabajo, en los completos, ahí si me tocó atender personas que te discriminan, te miran feo porque estas en otro país, pero olvídate, yo no me quedo con esa. A mí me decían, mira, prepárame dos completos, y yo me les quedaba viendo y les decía, por favor, buenas tardes, yo no soy una porquería, yo soy un ser humano y estoy trabajando" Mujer venezolana RM 3

Otros contaron experiencias de abuso por parte de su empleador, de manera recurrente con respecto a la remuneración:

"el señor me hizo trabajar un mes y me dio cincuenta mil pesos y en ese tiempo no sabía nada, entonces hay personas que no cumplen y hay personas que si. Y pinté toda una casa, enyesé y pinté toda una casa, que es un trabajo como de ochocientos mil pesos, novecientos mil pesos. A veces al extranjero muy poco. Pero qué puede hacer uno, nada porque no tengo papeles." Hombre venezolano Arica 1

"Sí, yo iba a las ocho, entraba a las ocho en punto, pero salía a las diez de la noche, salía a las seis, pero siempre me quedaba, siempre me hacían lavar ropa hasta tarde, todos los días iba a trabajar y una vez aun no me la ha pagado porque se negó y era mala también y me hacía llorar" Mujer boliviana Arica 1

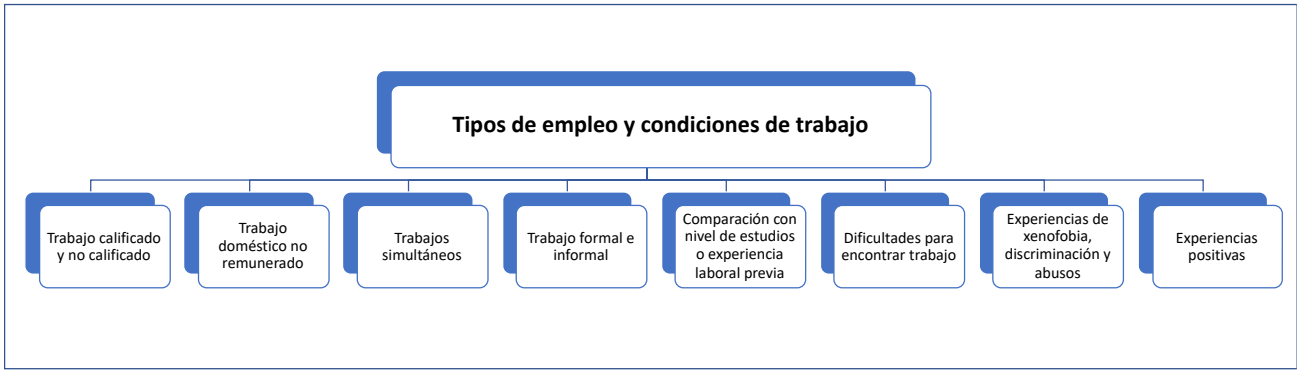
Sin embargo, también emergieron experiencias positivas, tanto desde un punto de vista personal como de las relaciones con las jefaturas:

"Ahí comprendí el valor, que yo, o sea las cosas que yo hacía tenían mucho valor, porque cuando yo fui a su país, ahí me daban las gracias por lo que hacía, por lo que limpiaba, planchaba, me daban las gracias y

cuando les servía la comida me decían "muchas gracias" Ahí entendí muchas muchas cosas." Mujer boliviana RM 1

"Gracias a Dios, capacitación igual, confianza en la forma como yo trabajo, confianza que me tiene como la jefatura" Hombre haitiano RM 1

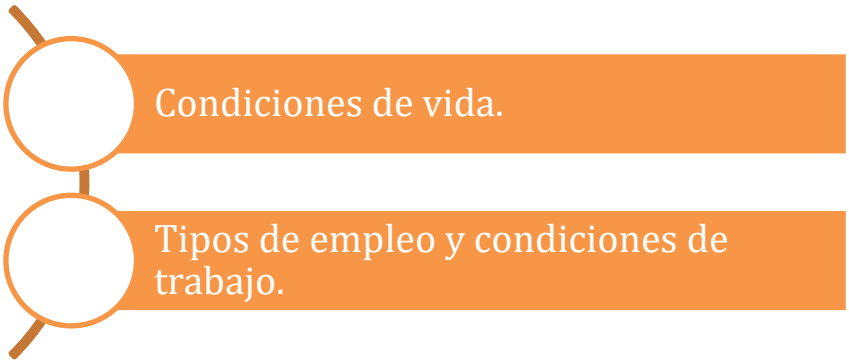
Figura 10. Códigos emergentes de la categoría "tipos de empleo y condiciones de trabajo"



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

Los expertos entrevistados también abordaron las condiciones de vida y de trabajo de las personas migrantes internacionales en Chile desde su experiencia y conocimiento.

Figura 11. Categorías de la temática "vivir y trabajar en Chile"



Sobre **condiciones de vida,** primero, cabe señalar que algunos expertos destacan la diversidad intragrupal en la comunidad migrante internacional en Chile, en lo que concierne grados de vulnerabilidad social, inclusión social y similitudes con la población local chilena:

> *"Yo diría que cuando hablamos de las personas migrantes o las comunidades migrantes, no es un universo, es un multiverso. O sea, hay una realidad bastante heterogénea (…) Entonces me gustaría hacer esa precisión inicial de que la mayoría por ejemplo está en una situación migratoria regular en nuestro país, muchos de ellos con trabajos formal, con previsión, por tanto, hay una variabilidad bastante importante." Experto 4*

> *"Existe un abanico entre la población migrante, entre los que son migrantes ya de años, donde ya tienen sus casas y están más habituados a la vida chilena como los peruanos verdad, que ya están bastante asimilados." Experta 9*

Sin embargo, la mayoría de los expertos se enfocaron principalmente en la vulnerabilidad social, dificultades y abusos a los cuales se enfrenta la comunidad migrante en su vida cotidiana en Chile:

> *"Todo para los migrantes es más difícil. Afecta profundamente la vulnerabilidad." Experta 5*

> *"Y está malito porque efectivamente tienen condiciones de vivienda bastante injustas, acá históricamente el barrio es San Ramón, La Granja, La Pintana; o sea nunca en la vida yo creo que soñaron con que iba a haber una casa arrendada en 400.000, 500.000 pesos y ahora las hay, porque aprovechan de que las personas migrantes no tiene papeles entonces les cobran lo que quieren, han subido bastante los arriendos, cuando están sobre todo estas otras vulnerabilidades, por lo tanto, hacen que arrienden y subarrienden." Experta 7*

Esos elementos, asimismo, se vinculan con el estatus migratorio:

> *"Sabemos que, la realidad de las personas migrantes en el país está cruzada también por la temática de la situación migratoria. Y eso es una llave que permite accesos o portonazos en la cara, y efectivamente, por ejemplo, una persona, una familia, un adulto que esté por ejemplo en una situación irregular, eso genera por ejemplo que no va a tener acceso a ningún bono del Estado." Experto 3*

Importantemente, en lo que concierne particularmente la vivienda, los expertos entrevistados ponen de relieve situaciones de hacinamiento y situaciones de calle:

> *"No es que las personas solamente, o, la otra vez escuchaba a una enfermera: sobre los migrantes bolivianos que iban a la frontera del norte: decía y además cómo que les gusta dormir en la plaza. ¿Tú pensai que les va a gustar dormir en la plaza? O sea, se da, terminan durmiendo en la plaza (…) Para que decir los haitianos, que viven en una pieza o que viven en una pieza con alguien que le ofreció y después se da cuenta que esa persona como que se está aprovechando, etc." Experta 9*

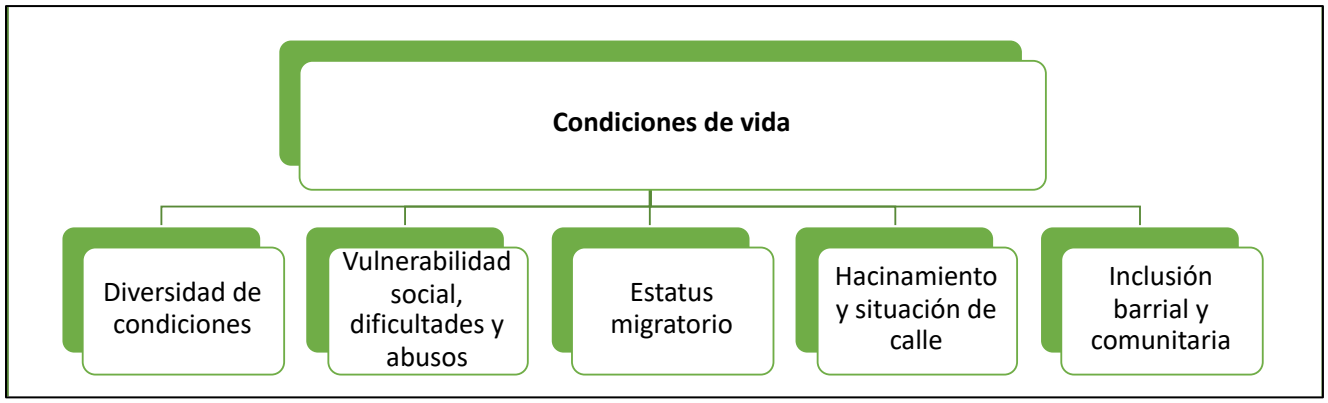
> *"el tema del hacinamiento siempre ha sido una cuestión constante dentro de la migración acá en Chile y bueno, en general, y sobre todo en los perfiles de llegada, que los migrantes que llegan con pocos recursos, llegan a compartir las redes, y eso muchas veces significa llegar a un departamento donde viven con 7, 8 personas. Viven 3 núcleos familiares, o a veces te toca llegar a vivir a estos cités, o a veces te toca irte a vivir arriba de una peluquería, o a veces te toca sortear cualquier cosa." Experto 10*

Finalmente, se aborda el tema de la inclusión e interculturalidad a nivel barrial y comunitario, lo cual se evalúa de manera positiva:

> *"Si se relacionan, no podría decir que, así como un chileno más, pero por ejemplo no pasa esto de por ejemplo Quilicura, que están todos en una zona y que no salen de ahí, acá hay unos en una calle, otros en otra. Y se ven, si se ven, podría decir que hay una integración, no un 100% pero si un 50% de personas está yendo a la universidad o escuelas o colegios y se juntan y juegan fútbol y tienen sus grupos y qué se yo hay harto migrante aquí con, con restorán, mucho, mucho, mucho. Haitianos, venezolanos, ecuatorianos" Experta 1*

> *"Ya hay lugares donde está instalado esta diversidad cultural, es algo muy propio, pero es distinta una olla común de chilenos a una con migrantes y chilenos, tienen sabores, formas distintas, organizaciones distintas particulares, donde es esencialmente esa olla común es como, decirte a ti ¿te gusta el café? (...) pero a ti te gusta el café cargado o a mí el cortado, esa diversidad también apunta a tener como un mayor microscopio respecto a las necesidades, pero con gustito local, con un valor agregado, que tiene que ver con la particularidad de quién eres." Experto 3*

Figura 12. Códigos emergentes de la categoría “condiciones de vida”



Respecto de tipos de empleo y condiciones de trabajo, , los expertos destacan que las personas migrantes internacionales en el país generalmente se desempeñan en empleos no calificados pero esenciales, y en ciertos casos peligrosos:

> *“Históricamente, no por hoy, harto trabajo en la construcción, mujeres y hombres en servicios como vendedores, aseo y conserjes en departamentos en edificios, como harto de servicio. Va más porque es un poco donde tiene más llegada” Experta 7*

> *“Todos los delivery, todos son venezolanos, todos son migrantes, o sea son los que han estado moviendo todo el país y la economía que estaban tratando de salvar, verdad, la han movido los delivery que son casi puros migrantes, los Ubers y todas esas cuestiones” Experta 9*

> *“Muchos, muchos casos laborales, que o sea a ver, lo más común una amputación, porque acá hay mucha madera, entonces se trabaja mucho con filo. Entonces una amputación por una celulosa, qué sé yo, se trabajó mal la máquina” Experta 1*

Asimismo, se hace hincapié en el hecho de que muchos de los trabajadores que son migrantes son sobre calificados, se enfrentan a situaciones de precariedad laboral, abusos e informalidad:

> *“Pero efectivamente mucha gente tiene formación, pero no va a poder trabajar de profe acá” Experta 7*

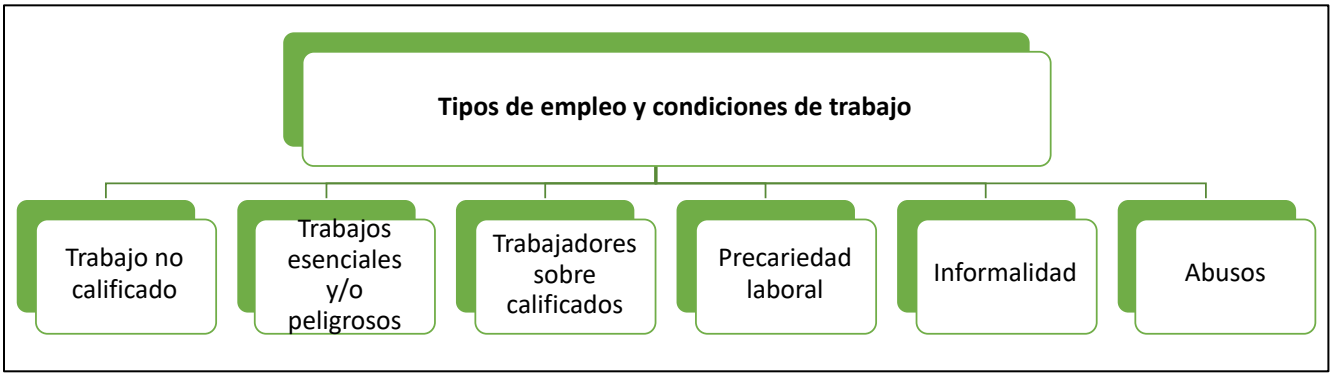
> *“Entonces una amputación por una celulosa, qué sé yo, se trabajó mal la máquina y el jefe: no, no fue accidente laboral, y arréglatelas como querai con la mano cortada. A mí esas cosas no me entran en la cabeza, actualmente tenemos dos casos, y que pasen constantemente, o sea, te creo una vez al año, que sean casos que se den constante, y que el jefe, nada incluso o sea ahí la persona con morfina a punto de operarse y le hacen firmar papeles, una cosa que yo no entiendo la sinvergüenzura. Pero si, es muy, muy precaria las condiciones de trabajo.” Experta 1*

Finalmente, se vincula el estatus migratorio con lo anteriormente mencionado:

> *“Pero si, son muy, muy precaria las condiciones de trabajo. No de todos ah, pero el recién llegado al final es el que agarra estos puestos más vulnerables porque está más desesperado por tener visa, y el migrante que ya tiene permanencia definitiva, generalmente eso es lo que le mueve el trabajo (...) pero el que tiene*

temporaria y no tiene sus 10 cotizaciones de trabajo, no tiene visa, y si no tiene visa no tiene trabajo. Y está este círculo como donde aceptan estas cosas porque el mismo sistema los obliga a aceptar porque o si no, pierden su visa, si pierden su visa que beneficios optan, cómo viven, qué hacen. Cómo cobra la licencia médica que está embarazada si no tiene cédula" Experta 1

Figura 13. Códigos emergentes de la categoría "tipos de empleo y condiciones de trabajo"



Como cierre de esta sección, los participantes describieron su vivienda, y en este marco, se evidencian situaciones de vulnerabilidad social, o por lo contrario, de privilegio, lo cual a veces es reconocido por el entrevistado. Asimismo, lo relatado en torno a la vida laboral permite identificar un grupo de personas que se desempeñan en trabajos calificados, otro grupo que se desempeña en trabajos no calificados y finalmente, un grupo que aborda el trabajo doméstico no remunerado. En ciertos casos, se pueden identificar diferencias importantes entre el nivel de estudios, la experiencia laboral previa en el país de origen y el empleo actual. Asimismo, se detectan situaciones de trabajo informal, necesidades de tener varios trabajos simultáneos, dificultades vinculadas con el estatus migratorio, experiencias de xenofobia y de abuso en el marco del trabajo, o por lo contrario, experiencias positivas.

Lo comentado por los expertos, por lo general, se condice con lo relatado por las personas migrantes entrevistadas, sin embargo, tienden a enfatizar condiciones de vulnerabilidad social y precariedad, tales como las situaciones de calle y la precariedad y abusos laborales. A pesar de esto, reconocen que las comunidades migrantes internacionales en Chile son diversas y experimentan capas de vulnerabilidad social en lugar de una vulnerabilidad absoluta y estática. Asimismo, es reconocido que el estatus migratorio es un factor muy importante de vulnerabilidad social.

En lo que concierne la integración barrial y/o comunitaria de las personas migrantes en Chile, los expertos hacen hincapié en la diversidad y el intercambio culturales que se puede observar de manera cada vez más evidente, y eso a pesar de las experiencias de xenofobia relatadas por los participantes cuando abordan su integración en su barrio o en la comunidad. Algunos participantes también reconocen cierto aislamiento, cuando cuentan que no se relacionan con sus vecinos. Sin embargo, otros participantes cuentan tener amistades en su vecindario y llevarse bien con las personas de su entorno extrafamiliar. En este sentido, la mirada externa de los expertos permite una interpretación "macro" que sugiere cierto nivel de intercambio intercultural a nivel de la sociedad, mientras que a nivel individual, los participantes se enfocan en dinámicas de intercambio sin necesariamente mencionar la cultura, o en términos de experiencias muy negativas de xenofobia.

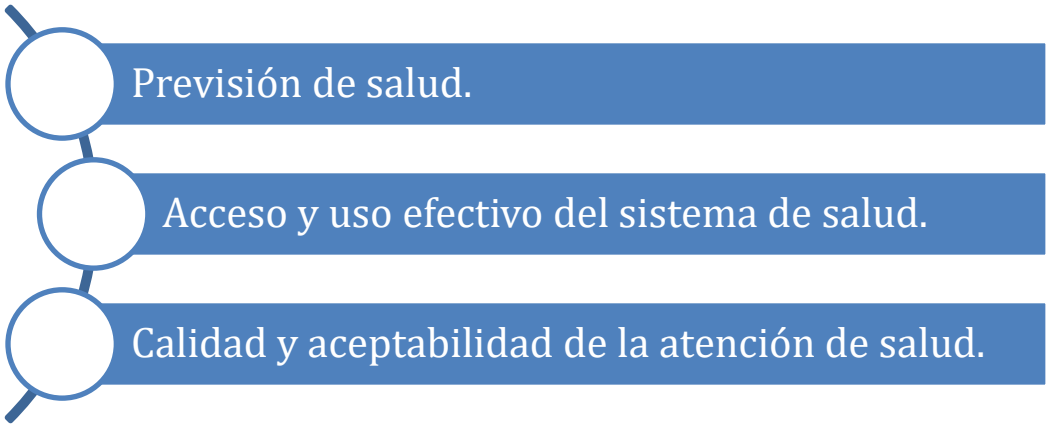
c. *Capítulo 3: "Yo me lo pienso más de una vez para ir al médico porque es carísimo": Experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia*

Tras haber presentado el contexto migratorio, de vida y de trabajo de los migrantes internacionales en Chile, a través de la mirada de aquellos que fueron entrevistados y la de los expertos, se explora el acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia, desde ambos puntos de vista. En un tercer momento, se ponen ambas miradas en relación y contraste.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Una vez el contexto de migración y de vida de los entrevistados se hubiese establecido, se les preguntó por su experiencia con el sistema de salud chileno antes de la pandemia. En términos de la previsión de salud, el 63% reporta estar cubierto por FONASA, el 17% por ISAPRE, el 17% reporta no tener cobertura y el 1% reporta una cobertura por un seguro internacional. Las personas entrevistadas brindaron algunos detalles sobre su previsión de salud, y en algunos casos, una caracterización del modelo chileno de salud. Asimismo, se abordaron específicamente, desde la experiencia de cada uno, el acceso y uso efectivo del sistema de salud y la calidad y aceptabilidad de la atención (figura 14).

Figura 14. Categorías de la temática "experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia"



Respecto de **previsión de salud,** Varios de los participantes que cuentan con un seguro de salud en Chile, sea este público o privado, lo obtuvieron a través de su trabajo:

> *"Si, mi empleadora me inscribió." Mujer boliviana RM 1*

> *"Ellos se encargaron de todo, es una empresa chilena" Hombre uruguayo RM 1*

Sin embargo, algunos participantes que contaban con FONASA en un principio decidieron cambiarse a ISAPRE:

"Ahí después como dicen ya me quedo en FONASA, después de un tiempo siento que con ISAPRE voy a estar mejor, entonces por eso me voy a cambiar." Hombre haitiano RM 1

"Si nosotros cuando llegamos el primer mes, estábamos inscritos en FONASA por un tema de RUT y después entramos a una ISAPRE (…) Para mi sueldo era igual, y la ISAPRE tenía más, cómo se llama, beneficios, mejor en el sentido de atención" Hombre brasileño RM 1

Otros cuentan dificultades para inscribirse o inscribir a un miembro de su familia por un tema de estatus migratorio:

"Tuve mucho problema a la hora de inscribir a mi hijo pequeño, porque él llegó primero que el grande y yo no le tenía todavía los documentos chilenos a él, y FONASA me negó mucho la, la integración de mi hijo a mi carga, me lo negó mucho porque me decía que tenía que tener un RUT chileno y los papeles de él estaban en trámite" Mujer venezolana RM 1

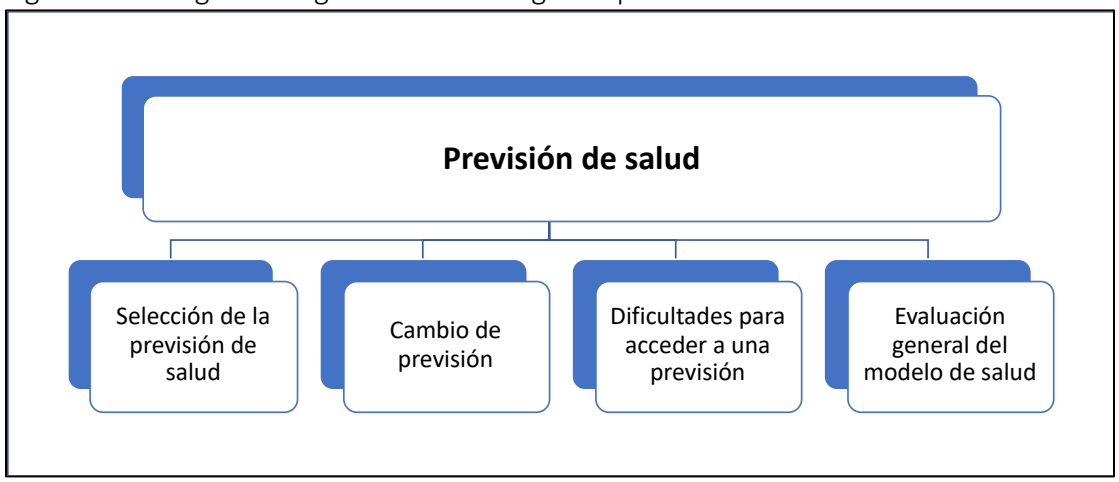
"Yo estoy sin FONASA porque obviamente sin papeles yo no puedo sacar ninguna previsión" Mujer colombiana RM 2

Por otra parte, al abordar el tema de la previsión de salud, los participantes tomaron la oportunidad de caracterizar, desde su perspectiva, el modelo de salud chileno en general, de manera más bien negativa:

"Lo entiendo más o menos, pero lo odio, odio el sistema de salud chileno, es terrible. (…) Todo, todo, el sistema o sea como sistema de salud, y el hecho que digas "cual", ósea por qué no todos pueden tener el mismo sistema, por qué no hay universalidad, ósea como de entrada, tú en qué estas, de entrada como que genera la división, terrible. Lo odio, y realmente yo siento que en medio de toda mi salud se ha precarizado acá." Mujer colombiana RM 1

"No bueno yo, a mi punto de vista yo veo que las cosas, lo único que no, no veo bien es que una persona si no tiene el dinero no la atienden, eso es lo único malo la salud es indispensable, o sea si lo necesita se atiende y ya, eso es lo único." Hombre venezolano Arica 1

Figura 15. Códigos emergentes de la categoría "previsión de salud"



Respecto de acceso y uso efectivo del sistema de salud, la mayoría de los participantes se enfrentaron a diversas barreras de acceso a prestaciones de salud, entre los cuales el estatus migratorio, considerando que algunos participantes no pudieron acceder a prestaciones de salud en el sistema público por no contar con su cédula de identidad, por ejemplo:

> *"Mire, antes de que yo tenga el carnet (sic), me puse mal y fui a un consultorio y no me quisieron atender porque tenia que tener el carnet." Mujer boliviana RM 1*

> *"Con mi hijo pequeño me pasó que como él es asmático, una noche me tocó llevarlo y no me lo quisieron atender. Me lo atendieron como por no hacerme un desaire, una grosería pero me dijeron que para la próxima vez no me lo podían atender porque como todavía no tenía documento chileno (…) Me dijeron, lo vamos a atender como decir una caridad, un favor, como por hacer un favor pero ellos no tenían permitido atender gente si entraba como turista al país, tenían que irse al sistema privado" Mujer venezolana RM 1*

En la misma línea, algunas personas, por no contar con cobertura pública por su estatus migratorio, optaron por atenderse en el sistema privado, citando el costo como otra barrera de acceso:

> *"No mire, yo tenía una plata ahorrada como le conté me quería mudar, tenía una plata ahorrada de hace como tres meses y cuando me empezaron a dar los mareos, me dolía el estómago, me ardía la boca del estómago fui a un consultorio privado porque ya no me aceptaban en, como iba a ir si yo no tenía los papeles, yo también me cerré y no fui. Entonces fui a algo privado de una vez, pero si uno tiene FONASA le cobran quince mil pesos el, la consulta. Cuando uno va particularmente le quitan cincuenta mil pesos, cuarenta mil pesos nada más la consulta, entonces ahí fue que yo por mi cuenta me atendí y después por la Cruz Roja que ya no tenía dinero la doctora me dio las medicinas." Hombre venezolano Arica 1*

> *"Además de esto del cálculo tenía que hacerme unos exámenes ginecológicos y fui a averiguar el precio de cuanto me salían estos exámenes y me salían cien mil, y era carísimo o sea para mi era así impensable, claro porque igual no tenía FONASA, no tenía manera de hacerme una rebaja, era el precio que era. Entonces bueno hasta el día de hoy no me he hecho los exámenes porque no tengo plata para pagarlos y no he encontrado la manera" Mujer colombiana RM 2*

Incluso para aquellos que cuentan con una cobertura de salud pública o privada, los altos costos de las prestaciones o de los fármacos pueden llegar a limitar su acceso:

> *"Porque si yo tengo ISAPRE y yo he ido al médico, yo me lo pienso más de una vez, yo me lo pienso más de una vez para ir al médico porque es carísimo, carísimo, así todos los meses paguemos, y hay cosas que no están cubiertas como la salud dental." Mujer colombiana RM 1*

> *"lo único que se me hace difícil a veces es que mi niña es asmática y el medicamento, cuando le falta es un poco difícil comprarlo, porque es caro y así nada más" Mujer cubana Antofagasta 1*

Por otra parte, la falta de disponibilidad de ciertas prestaciones, fármacos, infraestructura especializada o especialistas ha sido reportada como una barrera por algunos participantes:

> *"Yo tengo, tengo el túnel carpiano malo, la muñeca. Y fui y no tienen ni cómo hacerte una placa, no tienen ni cómo hacerte una placa para saber y me recetaron ibuprofeno y paracetamol y ni me los dieron, tuve que*

comprarlos por aparte porque ni había. El otro día fui también a una consulta con la matrona creo que le dicen aquí, ginecológica, y no había ni para hacer una ecografía. No hay para hacer ecografía, o sea y tú vas y te ponen a esperar una hora, dos horas para que te puedan atender." Mujer venezolana RM 1

"Sí, si si, salud más que todo mental. No, no he ido a un psicólogo, por tiempo por tiempo porque yo todo el tiempo estoy así, vivo ocupado, el único tiempo que tengo es más en la noche, a partir de las once de la noche o de repente los fines de semana que no hay psicólogos." Hombre peruano RM 1

Finalmente, dos mujeres mencionaron el miedo a ser discriminada por el personal de salud o la sospecha de no poder acceder a las prestaciones necesitadas por ser extranjeras:

"Es que realmente el miedo es por si, bueno no sé, que te vamos a decir, bueno yo lo voy a decir. El tema es que como somos extranjeros obviamente existe el miedo a la xenofobia y esto, el miedo que tenemos nosotros a que no nos vayan a dar un servicio por ser extranjeros, porque no somos monedas de oro, los venezolanos estamos muy rallados entonces este, claro es el miedo a ingresar a un sistema y bueno nada, te deje allí porque eres extranjero y la prioridad es para los chilenos. Y entonces claro a mí eso es lo que más me preocupa realmente" Mujer venezolana RM 2

"No sé si porque eres extranjero pero me han tocado citas de cuatro, cinco meses, y yo digo así como que, por qué mi cita está tan lejos y la de ella está como para mañana, una cosa así." Mujer venezolana RM 3

Finalmente, cabe señalar que, en varios casos, los participantes abordaron el acceso a servicios de salud desde la perspectiva de su país de origen, o de otro país, a través de lo cual se transparentan algunas expectativas no cumplidas:

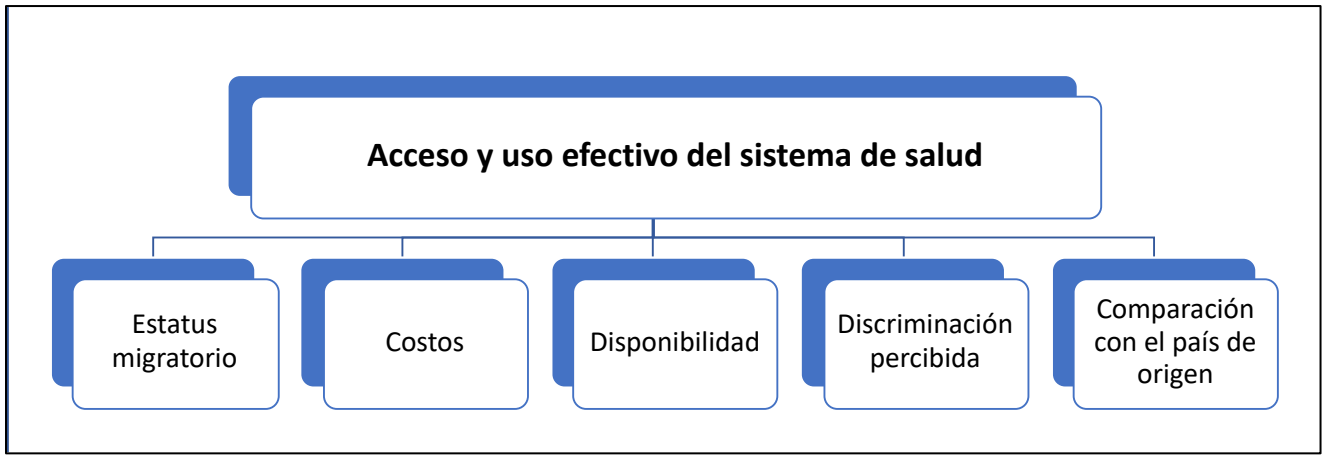
"pensar que tengas FONASA, que tengas ISAPRE, siempre tenés que disponer de efectivo. En Argentina no es tan así. Si vos tenés tu obra social es la que te cubre como una ISAPRE, tu seguro social te cubre tu trabajo, no pagás nada y si no tenés obra social, no estás trabajando, tenés salud pública, que algunos dirán que es buena o mala, pues muy buenos médicos y tampoco pagás nada, siempre tenés una cobertura" Hombre argentino RM 1

"Pues me sentí como decepcionada, sí, yo dije pucha aquí llega alguien muriéndose y no tiene nada, es extranjero y no tiene ningún documento, lo dejan morir porque no tiene ningún documento, no lo atienden. Creo que el sistema de aquí es muy parecido al de Colombia, yo soy colombiana también porque mi papá es colombiano, mi mamá que es venezolana por nacer en Venezuela." Mujer venezolana RM 1

O por lo contrario, una comparación más bien positiva para el sistema de salud chileno:

"El sistema de salud de Chile es mucho mejor que el de mi país, mucho mejor, lo único malo digamos de (Chile) es que todo caro digamos los medicamentos (en Chile)." Mujer boliviana RM 1

Figura 16. Códigos emergentes de la categoría “acceso y uso efectivo del sistema de salud”



También se obtuvo información sobre **calidad y aceptabilidad de la atención de salud.** Más allá del acceso y uso efectivo de los servicios de salud, cobra relevancia la calidad y aceptabilidad de la atención. Cabe señalar que varios participantes evalúan de manera positiva la atención de salud en Chile:

> *“Sí, si bueno fuimos con mi esposo pero, si lo atendieron bien, recibió lo que necesitaba y lo trasladaron a, le dieron el pase para un consultorio, porque fuimos al SAPU y ahí le dijeron para que vaya a un consultorio, pero no, todo bien. (…) Yo vi que lo atendieron igual como si fuera un chileno, o sea no hubo ninguna separación, nada, lo atendieron normal.” Mujer ecuatoriana RM 1*

> *“Y con el dermatólogo fue mucho mejor que en Brasil, tanto que me quedé desnudo de mi cuerpo y ella observando para ver si no había nada, entonces fue muy bueno que yo no esperaba. De verdad, de verdad. La humanidad en verdad, que es de mirar la otra persona como una persona y no como un producto o solamente un cliente” Hombre brasileño 2*

Otros participantes, sin embargo, la evaluaron de manera negativa:

> *“Fui a buscar un, cómo se llama esto, un traumatólogo porque yo me fracturé mi pie (…) y la señora esta donde yo trabajaba me llevó al, a un particular, a la clínica (…) me dice la técnica ahí que saca las radiografías, me dice este, este nomás es un esguince, no es fractura me dice. Me duele le dije, me molesté yo la verdad (…) Pero mire, con ese problema estuve mucho tiempo, me dolía mi pie, y como se llama esto, o sea mi tendón no sanó del todo mi tendón” Mujer boliviana RM 1*

> *“A veces he llevado a mi bebé porque ha estado enfermo al SAPUNAR o al hospital, hasta a la parte privada lo he llevado a la clínica por FONASA con mi esposo y no veo que lo traten como deben de tratarlo.” Mujer venezolana Arica 1*

Otros citaron que, a pesar de contar con cobertura de salud privada, prefieren atenderse en el sistema privado para asegurarse una mejor calidad de atención:

> *“Inclusive tenemos conversado si podemos, porque (mi esposa) se hace controles (de embarazo) en el San José y se hace un segundo control en la Dávila, entonces estamos analizando para ver si cabe la posibilidad*

que se mejore en la Dávila, para darle una mayor tranquilidad, al final uno está pagando algo para que le den una mejor calidad, una mejor atención." Hombre peruano RM 2

"Desde ese día que me dijeron eso yo quedé, así como que deprimida, entonces preferí cualquier cosa yo misma tratarlo con mis conocimientos o si puedo y tengo el dinero lo llevo a un medio privado." Mujer venezolana RM 1

Más específicamente, se hace referencia a las diferencias culturales, indicando que muchas veces no se respetan:

"No, no, todavía falta, falta mucho para decirte, falta mucho todavía porque primero tienes que tener el conocimiento de las culturas más o menos, de las personas. A veces el comportamiento de las personas o la acción de una persona tiene que ver mayoritariamente con su cultura y eso a veces los profesionales, los funcionarios de salud no entienden, o no solamente de salud, en todos ámbitos sociales no sé entiende." Hombre haitiano RM 2

Asimismo, algunos participantes indican que si bien no han experimentado las diferencias culturales como una barrera, reconocen que podría serlo para "otros":

"Según mi experiencia propia, si, súper respetuosos, pero yo creo que es un caso particular el mío, yo no sé, o sea en verdad. Claro soy una chica, blanquita que tengo un acento particular que nadie descifra entonces de repente como que, me entiende, o sea yo en mi caso no tengo ni una queja, no viví discriminación de nada, jamás, me trataron súper bien pero yo creo que tiene que ver por mi condición, por como yo soy (…) si yo tal vez hablara como colombiana por ejemplo, si yo tuviera un acento típicamente colombiano, creo que tal vez ahí ya podría haber un problema, si yo tuviera un color de piel distinto, creo que ahí también podría haber otro problema" Mujer colombiana RM 2

"Sí, bueno desde yo, afortunadamente como somos países cercanos, el tema cultural yo siento que es bastante parecido, no hay una barrera idiomática o temas culturales tan disparejos como para que sea tan difícil pero sí creo que en otras nacionalidades, por ejemplo, los haitianos que tienen otras formas, otra cultura, otro dialecto, otro idioma, entonces también hay una barrera ahí que se hace súper compleja." Mujer argentina RM 1

De una manera similar, varios participantes relatan haber presenciado situaciones de discriminación y xenofobia en el contexto de atenciones de salud:

"Pero si me he dado cuenta que (…) a los haitianos, a ellos si los tratan mal, yo he visto que los, váyase para allá, siéntese ahí, espérese ahí y yo quedo como o sea ello, está haciendo lo mismo que estoy haciendo yo, por qué a ellos los tratan diferente. Pero es todo cuestión como de raza, yo no sé que pasa. Y como no te hablan el mismo dialecto, no los entienden entonces ahí tampoco, los humillan, los tratan mal, entonces no me parece." Mujer venezolana RM 3

"Hay algunos profesionales que no tienen paciencia, pero igual a veces entiendo porque a veces yo estoy con un médico en un box y me está esperando una matrona que tiene media hora que esta con una haitiana, que tiene media hora con una haitiana, entonces está pasando veinte minutos esperándome a mi mientras yo estoy con un médico. Entonces esa matrona puede ser la frustración de ella contra esa persona que no

habla, más encima tu tienes hijos y no hablas español, no sé si me entiende. Es un poco más pesado para los haitianos en ese sentido, pero si la verdad si existe, hay diferencia de atención por cada persona, eso si existe." Hombre haitiano RM 1

Asimismo, algunos participantes han sufrido discriminación y xenofobia durante una consulta:

"Específicamente con este ginecólogo recuerdo muy bien que fui y claro me pregunta mi edad, como me llamo y ahí supongo que en la ficha sale que yo era peruana. Y me hizo un comentario así: "ah, tú eres peruanita", así tal cual. Y le dije: "sí, soy peruana". Y me acuerdo clarísimo que cuando me fui a poner la bata para que me examinara me dijo: "¿y usted se bañó?" Mujer peruana RM 1

"Por ejemplo igual en algún lado, otro lado igual a veces, no sé si es por la forma de uno, al principio me trataron un poco pesado, pero cuando esa persona entiende o cacha como que yo entiendo la cosa, yo conozco mi derecho, yo conozco alguna cosa, ahí se para un poco la mano." Hombre haitiano RM 1

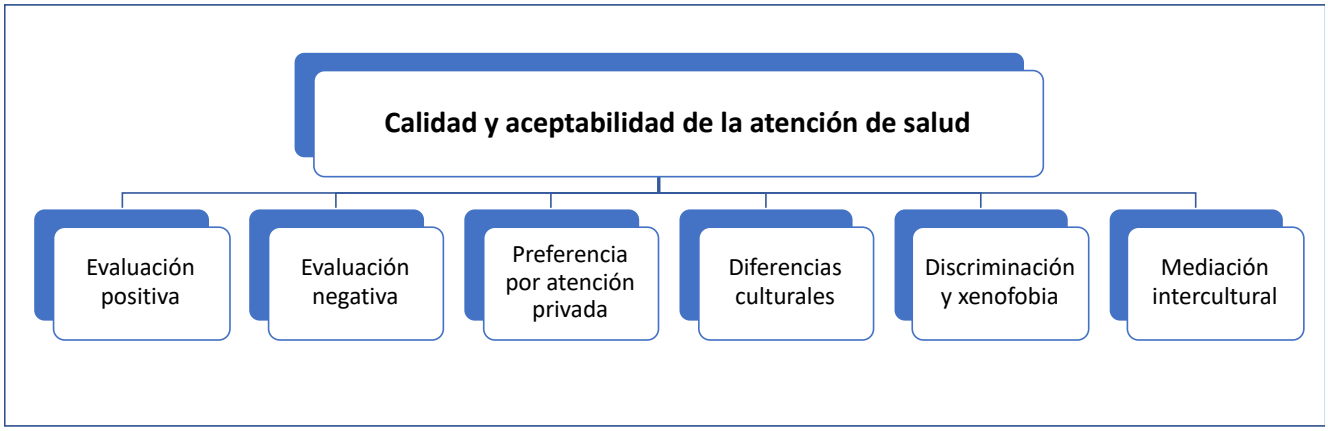
"Sí, es verdad, hay un trato distinto cuando te ven, ah este es peruano, o este es boliviano, así me dijeron cuando tuve a mi primera hija en Iquique, así me preguntaban, y tienes papeles, así me dijo así la enfermera y yo le decía, si tengo papeles, tengo carnet le dije yo, ya y el papá qué es, es extranjero, es chileno, así me pregunto por el papá y yo le dije, es chileno le dije yo porque sentí un rechazo en el hospital, que hay gente todavía que es racista, por el color o por el acento como que te discriminan y uno no se da cuenta, pero yo me di cuenta y si no es a mí, a otras mamás ahí igual hubiera sido lo mismo. Mala ahí la atención médica o sea, te tratan mal, te gritan, entonces eso me paso cuando nació en Iquique mi hija la mayor" Mujer peruana Arica 1

Finalmente, aquellos participantes que se desempeñan en el área de la salud señalan la importancia de los mediadores interculturales:

Pero cuando estoy hablando con un peruano, cuando estoy hablan con un venezolano, cuando estoy hablando con otro haitiano cuando no fui a trabajar o cuando estoy en vacaciones, entonces me están diciendo, como no está usted voy a cancelarlo porque cuando no está me trataron mal, no tengo la atención como cuando está usted. Entonces por eso te estoy diciendo que si, porque la verdad que hay mucho que me está diciendo lo mismo (…) yo podría tener duda de los haitianos, pero no solamente los haitianos me están diciendo lo mismo, son todos los extranjeros que están en el grupo (…) todos están diciendo lo mismo, lo mismo lo mismo lo mismo, pero es un poco peor para los haitianos en qué sentido, porque uno, no hablan español" Hombre haitiano RM 1

"ahí si teníamos un chico que nos facilitaba mucho, participaba en los talleres. Él pertenecía a un centro de salud, o al departamento de salud y solicitábamos su apoyo y él nos acompañaba a los talleres con los padres o a las visitas domiciliarias entonces era mucho más fácil vincularse con las familias, si como entender y sacarse también los prejuicios también va mucho de la mano, el conocer un poco más la cultura, también las condiciones de hacinamiento todo influye" Mujer argentina RM 1

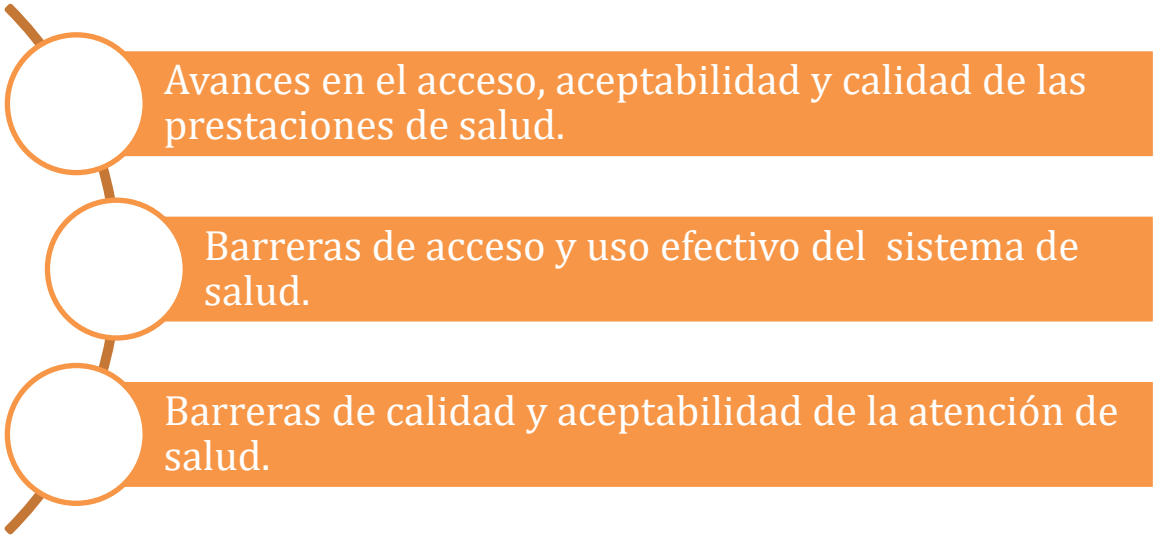
Figura 17. Códigos emergentes de la categoría “calidad y aceptabilidad de la atención de salud”



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

En lo que concierne el acceso, uso efectivo, aceptabilidad y calidad de las prestaciones de salud, los expertos entrevistados se enfocaron, por una parte, en los avances en la materia, y por otra parte explícitamente en las barreras.

Figura 18. Categorías de la temática "experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes de la pandemia"



Con respecto a **avances en el acceso, aceptabilidad y calidad de las prestaciones de salud,** lo primero que cabe destacar, es que varios de los expertos celebraron los avances en el marco legal y políticas públicas que garantizan y promueven el acceso a servicios de salud para personas migrantes internacionales en Chile:

> *"Obviamente también debo asumir que se han hecho muchos esfuerzos, por ejemplo, leyes, que facilitan el acceso de los migrantes, al sistema de salud o a la atención sanitaria, algunos decretos etc. (...) aunque no lo han resuelto, la cuestión ha ido mejorando." Experto 2*

> *"A ver yo creo que de las cosas que tenemos más avanzadas es lo de la protección social, la protección de salud, o sea el Decreto 67 y la, y que haya una atención que pueda ser gratuita sobre todo cuando hay pobreza y que esté la atención garantizada es de las cosas más avanzadas. Junto con educación en primer lugar que no es tema. Tú les preguntas a las familias migrantes en el colegio y dicen que están (...) tengan o no tengan situación migratoria regularizada. En salud, los RUT provisorios han sido una buena respuesta, excepto eso, el resto está malito." Experta 7*

Asimismo, destacaron la inclusión de las comunidades migrantes en el ámbito de la salud, tanto como personal de salud como en la toma de decisiones:

"Por el lado interno incluso hay médicos venezolanos que han ingresado a trabajar en la plantilla del consultorio y son muy bien vistos: le gusta el trato a la gente, les gusta el servicio que prestan, entonces eso ya te habla de la importancia, la integración que tenemos nosotros como profesionales." Experto 6

"El sistema fue diseñado para ver a los pacientes como un conjunto, como generalizado, estandarizados y no, yo no creo que lo respeta. Peo sí, yo creo que en los últimos años sobre todo con los aportes de la academia, los grupos sociales, el debate, la presencia de los migrantes y el fortalecimiento, disculpa no me gusta la palabra, pero el empoderamiento de los grupos de otros grupos, otras etnias en el país de los migrantes, etc. ha habido cierta incidencia sobre algunas políticas públicas de salud, las cuales tienden a dejarlo entender que podemos ir avanzando en ese sentido, pero yo creo que falta mucho camino por delante" Experto 2

Por otra parte, se abordó el rol del mediador intercultural en salud, el cual se consideró como esencial en el marco de la atención a personas migrantes:

"La presencia de estos personajes un facilitador interculturales o lingüísticos han sido tremendo aporte, porque la gente cree, o sea el equipo lo recibe bien porque les soluciona un problema que tiene que ver con el lenguaje, pero de pasadita, yo aquí tuve solo profesionales, un TENS y un enfermero, y otra y el hecho de que por ejemplo los enfermeros encuentren que es un par que está haciendo esta pega, lo valoren, yo decirle a los médicos (...) señoritas enfermeras, entonces hay mucho lenguaje técnico que usted va a comprender, pero hay cosas que ella le va a preguntar si hay algo por ejemplo que no sea lo mismo en su país. Entonces quitar esta mirada paternalista del migrante pobre, ignorante que no sabe leer ni escribir, perdona acá hay un profesional tan par como usted, que estudió como usted y que está desarrollando una labor" Experta 7

Sin embargo, también se identifican oportunidades de mejora en la formación de los mediadores:

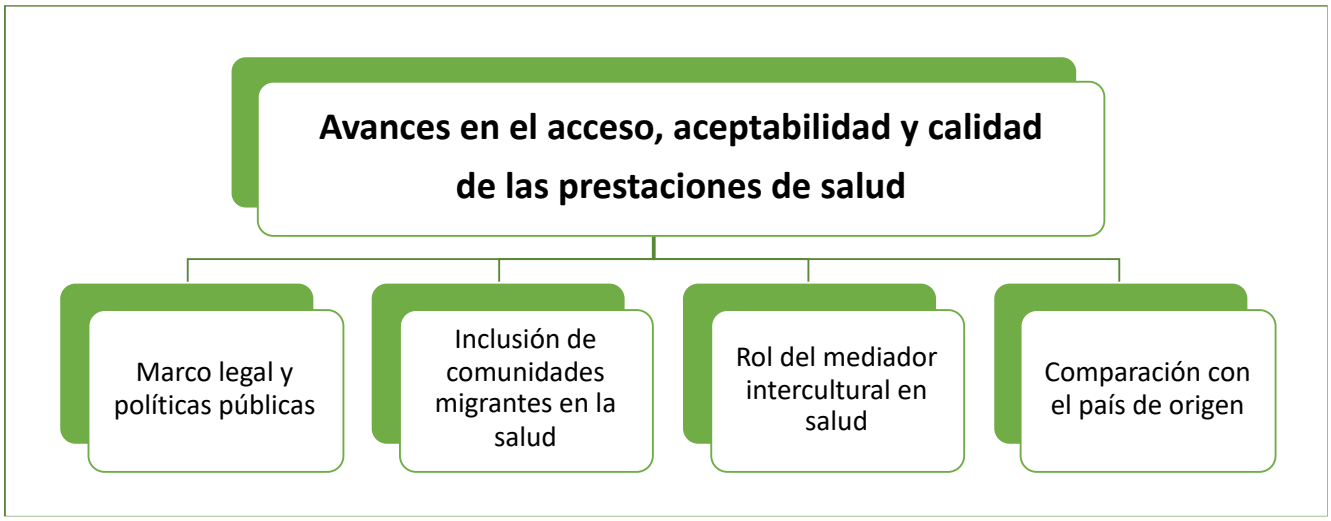
"Creo que es genial la idea, la intención de los mediadores siempre es buena y siempre están ahí tratando de comunicar. Pero también uno se da cuenta que es necesario como, trabajar tan con los mediadores para que se familiaricen con algunos temas tanto médicos, porque yo creo que con lo que están más familiarizados es con el funcionamiento del sistema, ¿verdad? Pero ponte tú, ahora tenía a una paciente, y o lo aprecio un montón, trabajo súper bien con él, que tiene tuberculosis, haitiana, y no entendiendo nada, llevaba poco tiempo en Chile etc. y el mediador no quiso pasar a examinarla porque tiene tuberculosis la paciente." Experta 9

Finalmente, algunos expertos consideraron que las personas migrantes internacionales en Chile valoran bien el sistema de salud en comparación con el del país de origen:

"Yo creo que lo valoran bien fíjate, en general hay una confianza en el sistema de salud (…) también tiene mucho que ver con los países de los que vienen el tema de salud en Chile si uno lo compara con otros países, este es espectacular, pero si uno lo compara hacia abajo (...) nacionalidades, Venezuela, Haití de todas maneras, en Venezuela no hay nada, en Haití te juro que los hospitales son como de la Segunda Guerra Mundial y la salud buena es carísima, impagable (...) en Haití casi todo es privado porque el país no tiene plata y lo público un desastre" Experta 1

"Hemos recibido percepción de un abanico amplio de respuestas, desde que es un sistema por supuesto mejor del país de origen del cual deriven" Experto 4

Figura 19. Códigos emergentes de la categoría "avances en el acceso, aceptabilidad y calidad de las prestaciones de salud"



Respecto de barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud, a pesar de los avances destacados por los expertos, persisten barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud, entre los cuales por supuesto, el estatus migratorio y otras barreras administrativas:

> *"Pero más que la atención en sí, yo diría con el acceso, que ven que es muy difícil acceder a la atención en salud, que no tienen el beneficio, porque tu comprenderás que en este país sin RUT uno no es nadie, entonces ese problema lo tenemos principalmente en los recién llegados" Experto 4*

> *"Resulta que fuimos nosotros de la fundación que hicimos una alianza con las uniones comunales de juntas de vecinos que son los que entregan los certificados de residencia, con lo que tu finalmente te puedes inscribir en FONASA (…) Pero antes de ¿cómo te consigues el certificado de residencia en cité? O arriendas una pieza, en donde las boletas no están a tu nombre. Con suerte te dan el recibo, no puedes acreditar residencia, imposible. Entonces no puedes acceder a salud si no acreditas residencia (...) nosotros la verdad es que hicimos un trabajo bien grande, hicimos charlas en todos los CESFAM de la zona, hicimos en urgencia, gente que atiente los administrativos, son los que categorizan o reciben la atención de urgencia" Experta 1*

También se citaron barreras culturales y lingüísticas:

> *"Ahí tenemos que diferenciar por ejemplo la persona migrante, es distinto a una persona como habla hispana migrante a una persona por ejemplo haitiana. Una persona hispanohablante no tiene ninguna dificultad por ejemplo respecto al tema de la información, a preguntar, consultar si no entiendo que puedo hacer, tengo más redes, tengo más soporte. Donde muchas veces hay funcionarios de salud que no atienden esta diversidad cultural, que no prestan atención atingente, donde no hay posibilidad de interlocución. Donde hay una temática de que si yo no entiendo o algo, y tengo toda la voluntad de entender pero no tengo los medios para hacerlo" Experto 3*

"Por otro lado tenemos personas asentadas que cuentan con un trabajo regular y la percepción ha sido bastante buena, les ha llamado la atención en este foco prevencional y preventivo que tiene el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, centrado en todo el curso de vida, que te llamen de repente, que hagan citas domiciliarias. Eso también en algunas culturas puede ser intrusivo, porque no están acostumbrados a que el equipo de salud en el fondo te hiciera seguimiento, ellos lo ven cómo que me persiguen, o lo asocian con otras medidas administrativas" Experto 4

Por otra parte, aparecen barreras de acceso vinculadas con la movilidad de las personas migrantes internacionales dentro de Chile, lo cual no se aborda de manera adecuada e impide, por una parte, el acceso a atención de salud y por otra parte seguimiento de enfermedades crónicas:

"Hay un modelo que a veces cuesta entender, que es el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, que es como territorial, lo que a veces es un dolor de cabeza para las administraciones municipales, que están en este país a cargo de la atención primaria. Una de las características de las personas migrantes es la movilidad, entonces se van moviendo por ejemplo en la medida en que van apareciendo fuentes laborales." Experto 4

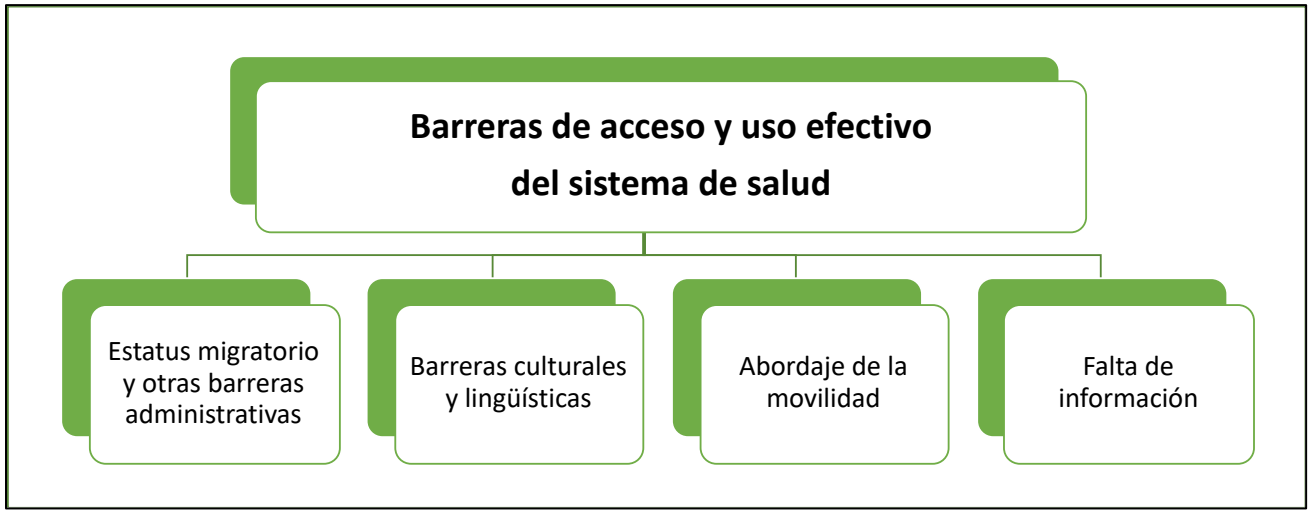
"Hartos que salen de temporeros para el campo también. Faltó fulanita a su control de VIH y ahí están con la matrona tratando de ubicar porqué faltaste a tu última hora, y varias veces le contestan que salieron a trabajar fuera de Santiago a distintas localidades en general rural" Experta 7

Finalmente, la falta de información en torno a la salud para migrantes internacionales en Chile también emerge como una barrera, que lleva incluso al cuestionamiento del derecho a la salud:

"Yo creo que el acceso es mediado por dos cosas, por un lado las personas migrantes en per sé tiene una disposición por un lado a que se ponen en una posición de desigualdad y lo asumen como una pre condición al hecho de decir: yo soy una persona externa acá y no voy a andar como pidiendo derechos de salud, soy como invitado y chao, y segundo que la información que se les da es muy parcial, no es una información desde un enfoque de derechos en que se le habla a la persona: es tu derecho constitucional humano el acceso a la salud, sino que se ve como un beneficio. Y eso hace que la persona sea un ciudadano vacío ante el hecho del acceso a la salud (…) un discurso del gobierno desde una lógica de seguridad del estado que pone en jaque, cuestiona a la población a que acceda condicionándolos según su condición migratoria, según su color de piel" Experto 10

"cuando el migrante internacional que es pobre no se le da ninguna facilidad, en cuanto a su instalación en Chile, a cómo funciona la seguridad social por precaria que sea, y en salud eso nos toca profundamente. Quizás los migrantes llegan siempre graves, en general no tienen idea que tienen aseguradas un montón de atenciones que son, muy necesarias: el programa de inmunización, el GES, las patologías de urgencia, las prestaciones perinatales. Hay una serie de políticas públicas que tienen cobertura universal y uno debiera difundirlas de mejor manera." Experto 8

Figura 20. Códigos emergentes de la categoría “barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud



También se relataron **barreras de calidad y aceptabilidad de la atención de salud.** En lo que concierne más específicamente la calidad y aceptabilidad de la atención de salud a personas migrantes internacionales en Chile, la mayoría de los expertos entrevistados destacaron la falta de conocimiento intercultural del personal de salud:

> *“Entonces hay gente que me dice ¿cómo son los haitianos? que las mamás haitianas no tienen apego, entonces tú te das cuenta de que en el fondo yo no soy consciente de que estoy generalizando [...] y eso más las circunstancias. Por ejemplo acá tuvimos, y ese es yo creo que es el ejercicio que nosotros tenemos que hacer permanentemente: que es imposible que un minuto dijéramos ya: de ahora 1, 2, 3 hicimos un curso y somos interculturales, permanentemente hay que ver cómo nos manejamos, como generalizamos” Experta 7*

> *“El tema de las barreras culturales es como hoy día una brecha que incide fuertemente en la calidad de atención de las personas migrantes en el sistema público. (…) En Batuco (...) una mujer haitiana fue al consultorio, que se sentía muy mal y le dieron una pastilla, y la persona volvió a su casa en un campamento en Batuco y resulta que al día siguiente se murió, se murió sentada en su silla, compartiendo el desayuno con la familia y tenía COVID. Entonces uno dice ya ahí, influye ciertamente el tema idiomático, influye el tema cultural” Experto 3*

Asimismo, relevan instancias de discriminación, xenofobia y negligencia en el ámbito de la salud:

> *“Hay doctores que son racistas y nos pasa mucho a nosotros. Que tenemos que denunciar que no los quisieron atender o, matronas que para qué tienen guaguas, tratando mal a las señoras.” Experta 1*

> *“Nosotros queremos para la prevención, diagnóstico, vacunas (...) si la persona se sintió rechazada, que la trataron diferente, esa persona no va a venir más (...) se concentran vulnerabilidades, y que nosotros estamos ayudando a que esas vulnerabilidades y esas brechas sean mayores...” Experta 9*

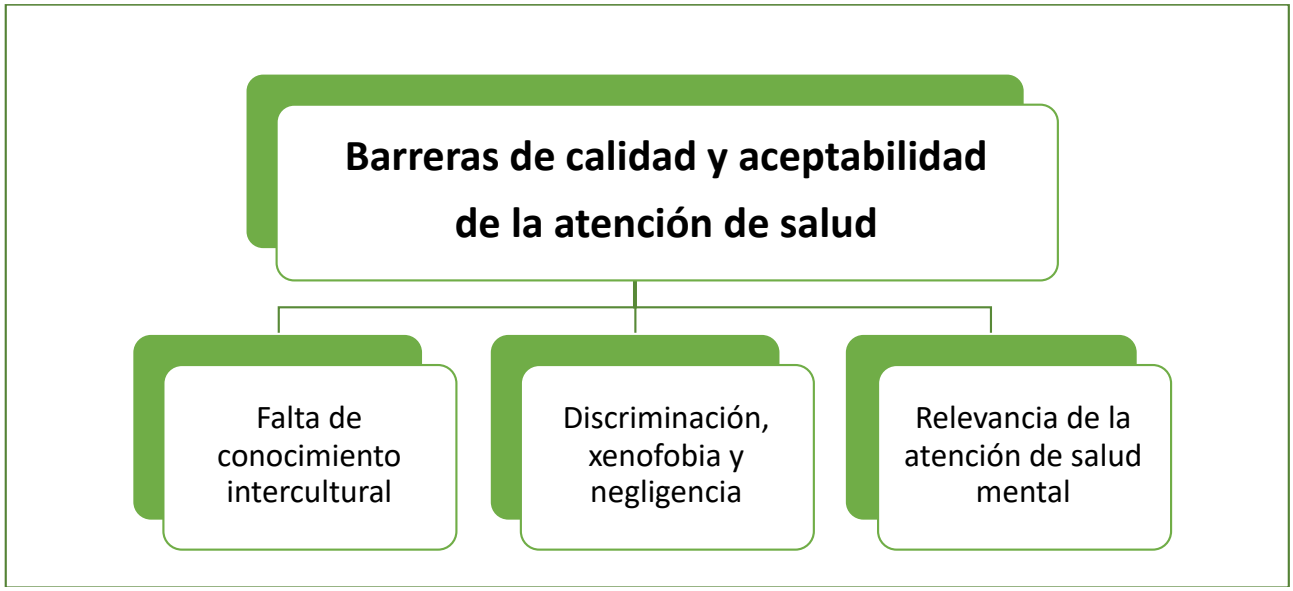
"Aquí la confidencialidad médica no existe, un migrante tiene VIH y la confidencialidad (…) se enteran todos." Experta 1

Por otra parte, se identifica la salud mental como un área de particular rezago en lo que concierne la relevancia de las prestaciones:

"Mundo de la salud mental hemos visto pesquisado que dependiendo de las distintas culturas, hay muchas problemáticas asociadas a salud mental que no se resuelven en un centro de salud, que su resolución no pasa por un fármaco ni por una atención psicológica, ni por una hospitalización psiquiátrica. Son otros los medios familiares, sociales, comunitarios que se activan como para amortiguar, como para proteger un colchón que sirve para abordar problemáticas de salud mental." Experto 4

"¿A qué salud mental tienen acceso las personas migrantes más empobrecidas? […] tú ves los COSAM y te citan a una atención de 5 minutos a veces, cada dos meses y efectivamente para las personas migrantes es mucho más complejo, y eso para nosotros, el tema de salud es un indicador que implica mayor vulnerabilidad, porque hace que la situación migratoria, sea más compleja en función de generar situaciones de crisis de angustia, de no tener espacios de contención profesional" Experto 3

Figura 21. Códigos emergentes de la categoría "barreras de calidad y aceptabilidad de la atención de salud"



A modo de cierre de esta sección, las personas migrantes internacionales entrevistadas relataron su experiencia con el sistema de salud chileno, en la mayoría de los casos en contexto pre-pandémico, excepto para los pocos que llegaron al país desde comienzos de 2020.

Lo primero que destaca es el rol importante del empleo formal como canal de acceso a una previsión de salud, por una parte, por facilitar la regularización migratoria pero también porque en varios casos, la persona entrevistada fue inscrita por su empleador. Sin embargo, subsiste un grupo que no está cubierto por ninguna previsión, principalmente por encontrarse en situación irregular o con su primera visa en trámite, y que no ha sido informado de su derecho a inscribirse a FONASA o a quienes simplemente se les negó la atención al acudir a un centro de salud por algún malestar puntual urgente, lo cual sugiere una falta de conocimiento sobre el derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile, por parte de las mismas personas migrantes, por lo general recién llegada, y por parte del personal de salud. Esto se refleja también en lo comentado por los expertos, quienes señalaron la vulnerabilidad específica de los "recién llegados" y la falta de implementación real y efectiva del marco legal y de políticas públicas del Estado que garantizan y promueven el acceso a la salud para personas migrantes internacionales independientemente de su estatus migratorio.

Asimismo, esa falta de información puede incurrir en gastos mayores para las personas migrantes que deciden atenderse vía particular, o incluso una barrera de acceso, ya que no necesariamente se cuenta con el dinero para pagar atención de salud particular, especialmente si el malestar subsiste o se vuelve crónico. Por otra parte, puede causar un miedo a no poder acceder a atención de salud o a recibir peor atención por el hecho de ser extranjera/o.

En lo que concierne la opinión que tienen las personas migrantes internacionales del sistema de salud en Chile, a pesar de describir múltiples barreras de acceso y rezago en la calidad y aceptabilidad de la atención, algunos expertos señalan que muy probablemente lo evalúan de manera positiva en comparación con su país de origen. Sin embargo, en su valoración general del sistema, las personas entrevistadas reconocen, por una parte, las desigualdades de un sistema segmentado y los altos costos de la atención de salud y fármacos, independientemente de su situación personal, especialmente con relación a su país de origen. Asimismo, tienden a valorar mejor el sistema privado que el público, tanto para la cobertura como para la calidad de la atención. Asimismo, varias personas se enfrentan a un desfase entre sus expectativas en cuanto a la atención de salud y la realidad.

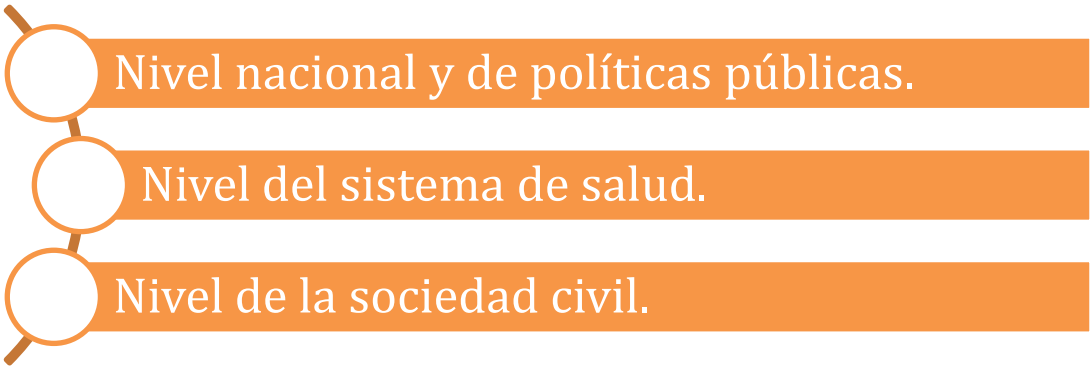
Justamente en lo que concierne la calidad de la atención, las apreciaciones de las personas migrantes entrevistadas son divididas. Asimismo, la división se exacerba en lo que concierne las experiencias de discriminación y xenofobia, entre quienes si las han vivido y quienes las han presenciado o perciben que les pasa principalmente a "otros", específicamente a personas migrantes alterizadas por su etnia o país de origen, y en especial las personas de Haití. Los expertos también tienden a enfocarse en las personas haitiana cuando abordan las barreras culturales y lingüísticas y las instancias.

10. Resultados parte 2: VULNERABILIDADES, RECURSOS Y ESTRATEGIAS DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE DURANTE LA PANDEMIA

a. *Capítulo 1: "Yo creo que acá se han hecho varios esfuerzos, y esfuerzos notables y también creo que se han cometido muchos errores": Manejo de la pandemia en Chile según los expertos*

Los expertos entrevistados ofrecieron su mirada en cuanto al abordaje de la pandemia en Chile en términos generales, desde su experiencia y ámbito laboral. Esas caracterizaciones se pueden situar en tres ámbitos o niveles: el nacional y de políticas públicas, el sistema de salud y la sociedad civil.

Figura 22. Categorías de la temática "manejo de la pandemia en Chile según los expertos"



Nivel nacional y de políticas públicas, se celebró el hecho de que se hayan tomado medidas concretas para manejar la pandemia:

> *"Pero yo creo que acá se han hecho varios esfuerzos, y esfuerzos notables y también creo que se han cometido muchos errores también. Pero también debemos tomar en cuenta de que es una enfermedad nueva de la que nadie en realidad sabe o tenía una idea precisa y todavía no existe un tratamiento específico de la COVID más allá de oxigenación" Experto 2*

> *"Mira yo como decía, yo creo que dentro de todo ha habido una respuesta por parte del estado, se han ajustado en parte a los estándares internacionales, ha logrado haber una coordinación por parte del MINSAL en conjunto de la cabeza del ejecutivo, si. Ha habido un trabajo sistemático, si, también. Se han generado respuestas como gestiones públicas a corto plazo, si, también. Entonces el tema más que si ha existido o no, que sí ha existido, es el reflexionar respecto a la calidad o de lo que se ha hecho" Experto 10*

Sin embargo, las medidas sanitarias, así como las medidas de apoyo socioeconómico, fueron poco eficaces, descoordinadas e insuficientes:

> *"Mi evaluación del manejo de la pandemia es negativa, debido a que en Chile ha dejado de hacer muchas estrategias que podrían haber protegido a la población especialmente a la población más vulnerable, mucho*

antes y concretamente el cierre de los colegios, una adecuada comunicación de riesgos desde el inicio. Un programa de testeo trazabilidad, aislamiento robusto con base en APS desde el inicio." Experto 8

"Algo que ha sido erróneo un desacierto fuerte, es la temporalidad en la respuesta de la política social, o en la política del Estado en cuanto a la batería social para llegar a los grupos que viven mayor desprotección social. (…) es bien complejo esto, porque muchas veces la sociedad civil celebramos por ejemplo la aparición de las ollas comunes, o los comedores populares, que ciertamente es un acierto, pero es algo que como Estado nos debiera avergonzar un poco, porque viene a responder o a hacer respuesta que es responsabilidad del Estado y la política social" Experto 3

Asimismo, se reconocieron las tensiones entre las necesidades sanitarias y las realidades locales, así como la falta de un abordaje desde los determinantes sociales de la salud y la participación ciudadana:

"Yo creo que ha habido una diferencia importante cuando hablamos de que Chile ha podido enfrentar la pandemia, en función de que hay Chiles muy distintos respecto a temas culturales, geográficos, pero también a temas de como diversidad social, como de territorio, y desde ahí está muchas veces parido por el dolor esta temática de que no es lo mismo vivir la pandemia desde una forma como un estrato socioeconómico más vulnerado, de un estrato social que quizás no tiene tantas dificultades. Hay algo que nos ha hecho iguales, que nos ha hecho comunes que es la fragilidad, pero la forma de vivir la fragilidad es distinta. (…) el COVID vino a mostrarnos todos como una realidad abismante Eso, creo inicialmente, entonces hay diversidad de Chiles y el COVID viene como a amplificar lo que nos mostró inicialmente el 18 de octubre" Experto 3

"Y vivir una pandemia o sea trabajando con el tema migrantes... me impacta la falta de, tantos años de salud pública, de conexión con las personas, esto de control sobre las personas. Entiendo que la pandemia lo requiere, pero encuentro que ha sido exacerbado. O sea la falta de conexión con las personas, y las decisiones que tienen que tomar las personas, es parte de nuestra tradición de salud, porque somos la policía sanitara, así se construyó el sistema de salud público" Experta 5

En ese contexto de tensión y desigualdad, se reconoce que hubo cierta priorización de la economía por encima de las necesidades sanitarias:

"Y al final todo resultó atrasado, palabras que quedaron como en el tintero, y muchas veces las recomendaciones de expertos no han quedado como de expertos si no un poco relegadas o como no sé si por asuntos económicos, o sea, se abren los malls, no se abren las plazas (…) Yo creo que los intereses económicos han primado bastante, la cosa de que, de la activación claro. Pero al final todas las empresas pequeñas han muerto, las empresas grandes echaron a sus trabajadores, y no perdieron. Igual hay una cosa macabra detrás, después en un momento en que no se podía salir a ninguna parte y abren los malls." Experta 9

Por otra parte, varios expertos destacaron la falta de información en torno a las medidas de prevención:

"Además que la comunicación de riesgo, las instrucciones nunca fueron las adecuadas a nivel centralizado entonces, no sé si te acuerdas pero las múltiples definiciones de casos sospechosos, caso probable, que fueron cambiando semana a semana, como en los momentos más críticos, luego, la poca confianza que hubo respecto de los datos, por lo menos en el día a día era bien difícil dar una información que le hiciera

sentido al paciente, porque recibía informaciones discordantes de distintas fuentes, entonces yo diría que fue muy difícil." Experto 8

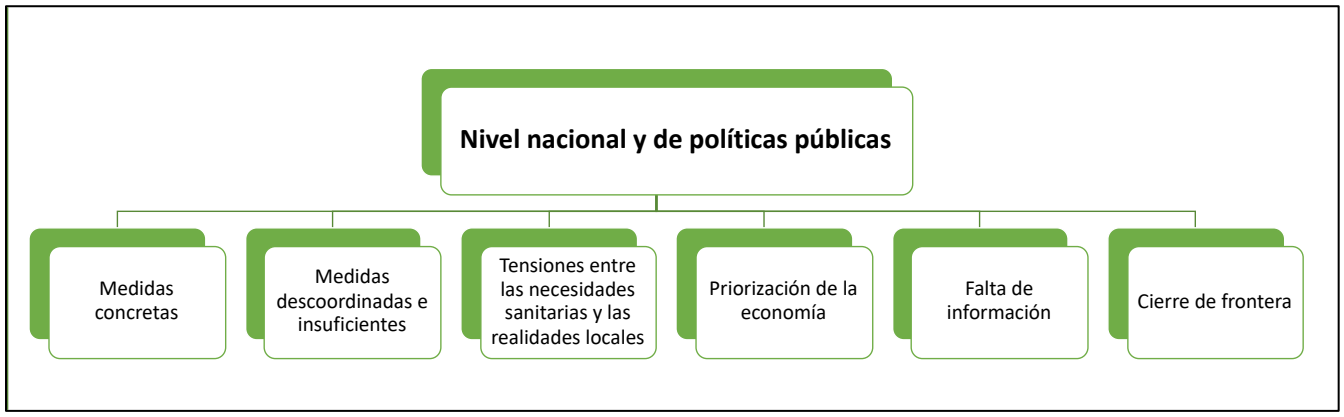
"Creo que también hubo desinformación, el tema de las mascarillas, también que hubo un momento en que: mascarillas, después de una carta que publicó el doctor Wolff que ahí explotó más el tema de las mascarillas y que fuera universal el uso. Pero ya iba bastante avanzada la epidemia, y no estaba claro tampoco los medios de barrera que había que ocupar, que si con guantes, que sí, sin guantes" Experta 9

Finalmente, y más particularmente en lo que concierne la migración internacional en Chile, se evalúa de manera negativa el cierre de frontera y el manejo de la movilidad en zona fronteriza:

"Ahí los medios de comunicación obviamente desvían la atención hacia los migrantes, hacia los ingresos clandestinos, que se yo las fronteras, es algo que yo hubiese manejado distinto. Si la hubiese cerrado tan radicalmente. Principalmente por el tema de los refugios, y al final igual está entrado millones de personas por paso no habilitado." Experta 1

"Cerrar las fronteras, que no la recomendaba la OMS en vez de hacer un trabajo conjunto, porque finalmente es el mismo espacio epidemiológico. Yo cierro y me las arreglo como puedo, cuando en realidad la gente sigue pasando por todos pasos no habilitados, en vez de preocuparnos de que esos, o generando otro tipo de problemas, que la gente no pueda juntarse con sus familias, no sé. Y esto está todo entrelazado también con los aspectos culturales" Experta 5

Figura 23. Códigos emergentes de la categoría "nivel nacional y de políticas públicas"



Con respecto al nivel del sistema de salud, se destacó el hecho de que el manejo de la pandemia se hubiese podido apoyar en una red de salud fuerte y las adecuaciones que se realizaron:

> *"Por tanto, bajo esa perspectiva, yo diría que nuestro país ha enfrentado bien, una de las fortalezas que ha tenido ha sido, y comparando con el contexto latinoamericano, la red de salud, considerándola tanto en su modelo de atención como en su modelo de gestión, que si bien se ha puesto a prueba, ha soportado relativamente bien, las demandas que ha significado contener no solo el virus si no también no dejar de lado la salud general de la población" Experto 4*

> *"Yo diría que ha sido, una cosa muy positiva la expansión de las camas críticas, nosotros teníamos menos de 700 camas críticas entre UPC y UTI o sea entre UCI y UTI pre pandemia, y teníamos 3 veces menos de lo que necesitábamos. Ahora lo que ha pasado es que se aumentó de la manera que se pudo. Se compraron más ventiladores, más dispositivos, se contrató más gente, se hizo una expansión presupuestaria en el sistema público y en el sistema privado y ahora lo que pasa es que, se evidenció que en realidad siempre se necesitaron al menos 2000 camas críticas" Experto 8*

Sin embargo, hubo descoordinaciones, fallas comunicacionales y falta de información:

> *"Si nos puso a prueba y pudo ser mejor todo el trabajo de por ejemplo, vigilancia epidemiológica, la coordinación entre los distintos actores relevantes del sector salud. (…) El protagonismo que debió haber adquirido desde un principio la tremenda red de atención primaria que tenemos ya, con un modelo implementado y validado hace mucho tiempo" Experto 4*

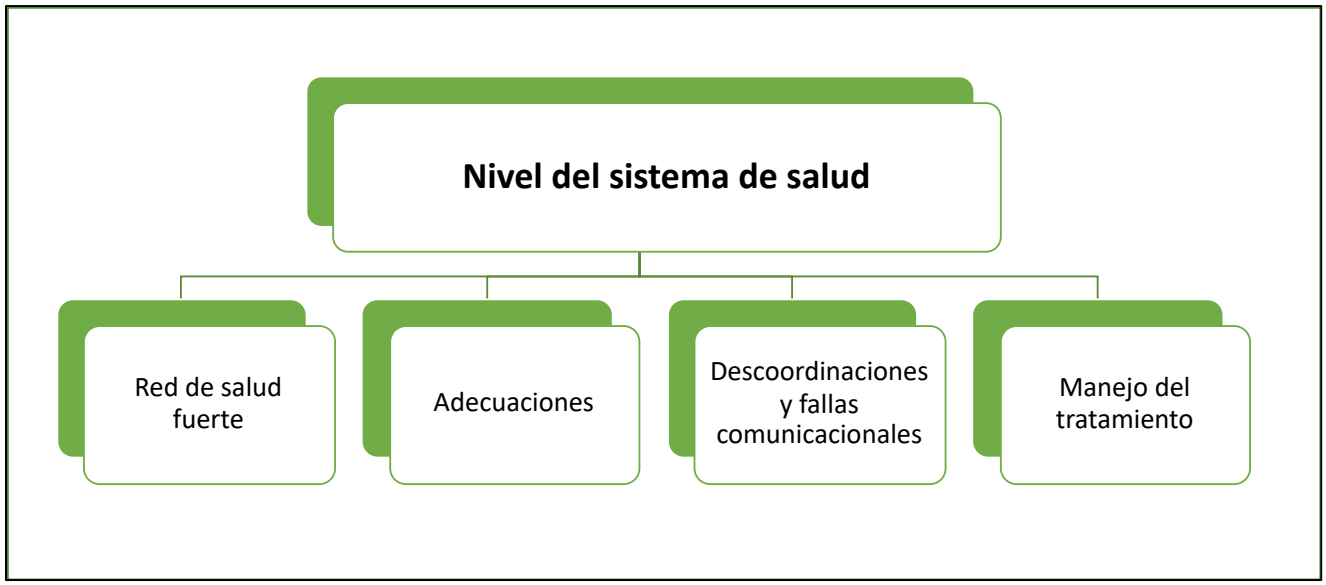
> *"Esa desorganización provocó harto, desorientación también de los usuarios. Había, por ponerte un ejemplo: acuda, porque este virus fue bien desagradable e innovador, entonces al principio: acuda si tiene fiebre. Después: no acuda. Después: vaya a la urgencia, Después: no, no vaya a la urgencia, vaya a APS, y parece que al APS no le dijeron que era allá entonces los mandaban para los hospitales, o decían que ante todo evento APS pero igual" Experta 7*

En lo que concierne el manejo y el tratamiento de la enfermedad, se evidencian necesidades no cubiertas para los profesionales de salud y tensiones entre el tratamiento y la dignidad del paciente:

> *"Si hay una segunda ola como la que tuvimos en junio, uno va a seguir viendo esas diferencias, o sea no, es incomparable, la mortalidad la morbilidad que han tenido las UCI que tienen, trabajadores de salud experimentados, o equipos recién formados. Lo que disminuye la mortalidad y le mejora la probabilidad de sobrevivir al paciente crítico, es un equipo bien afiatado, un equipo bien formado, capacitado. Y es eso, y eso cuesta tiempo, cuesta plata" Experto 8*

> *"En la conversación había una colega asistente social de un consultorio de Punta Arenas, y como que también le pasaban cosas, y dijo: no sabía que pasaba esto, organicémonos, comuniquémonos, porque yo no quiero que vayan de mi ciudad hasta allá desnudos (llora), que no tengan ropa para...son cosas que de repente como te digo, una vez salida la situación más de urgencia, queda dando vueltas" Experta 7*

Figura 24. Códigos emergentes de la categoría “nivel del sistema de salud”



Sobre el nivel de la sociedad civil, los expertos entrevistados celebraron el fortalecimiento de la solidaridad y la organización comunitaria frente a la pandemia:

> *“Yo siento que se ha generado mucha empatía hacia los migrantes de parte de las personas, yo creo que la sociedad se ha sensibilizado. Si bien ha habido la estigmatización y el racismo, pero en el nivel territorial se ha fortalecido el tejido social” Experta 5*

> *“Es una paradoja también es efectivamente como desde la sociedad civil se empezaron como a organizar espacios de oxigenación, de poder como dar más vida al tema comunitario organizacional y este como traslape de conocimientos entre las personas que digamos estuvieron en los ochenta, en los noventa levantando grandes temas de participación, y hoy día fueron súper necesarios para transmitir ese conocimiento a las personas más jóvenes. Secundarios, universitarios que estaban muchas veces como parando la olla en las poblaciones respecto a los comedores o las ollas comunes.” Experto 3*

Sin embargo, un experto consideró que hubo un vacío del Estado que se fue llenando por organizaciones criminales:

> *“Entonces el tema de protección, de generar alimentos de participación quedó en manos del narco y hay lugares que quedaron con cancha abierta total. Entonces el tema de la violencia en las comunidades, en los barrios más vulnerados se desató. Y eso es un tema muy invisible, muy complejo que pone en amenaza la ciudadanía, la democracia, y la participación. Entonces eso es algo que nos tiene que doler, nos tiene que espantar y es algo que pasó.” Experto 3*

Por otra parte, hubo un cumplimiento decreciente de las medidas de confinamiento, lo cual lleva a preguntarse sobre la cultural sanitaria de la sociedad en Chile:

"Pero a medida que ha pasado el tiempo, he escuchado durante el toque de queda pasando vehículos gente, he escuchado fiestas, la misma gente que reside acá en mi edificio yo las he escuchado que entran y salen en toque de queda y sé que no son funcionarios de salud, entonces también he visto que, se ha ablandado la mano" Experto 10

"Yo no me aventuraría a identificar a un responsable específico [...] los errores también dicen relación con una cultura sanitaria, dice relación con una forma de entender el mundo, una cosmovisión, unas relaciones sociales etc. [...] yo creo que los países asiáticos es más fácil declarar un confinamiento y que la gente lo respete porque tienen un ordenamiento jurídico, una cultura política etc. diferente a la de nosotros." Experto 2

Finalmente, se destaca la discriminación que puede haber en el marco de la pandemia:

"Y por otro lado hay una mirada, veo estas condiciones a veces como discriminadoras, si es que alguien tiene COVID casi como que se tiene que sentir culpable. Y no solamente del tema migrantes sino casi que transversal en general. Siento que son manejados... y para qué decir el personal de salud, que de hecho el propio personal de salud se ha visto discriminado en sus propios departamentos, edificios, o sea por trabajar en salud no puedes ir a la salita de no sé qué. Y es como ¿ya?" Experta 9

Figura 25. Códigos emergentes de la categoría "nivel de la sociedad civil"

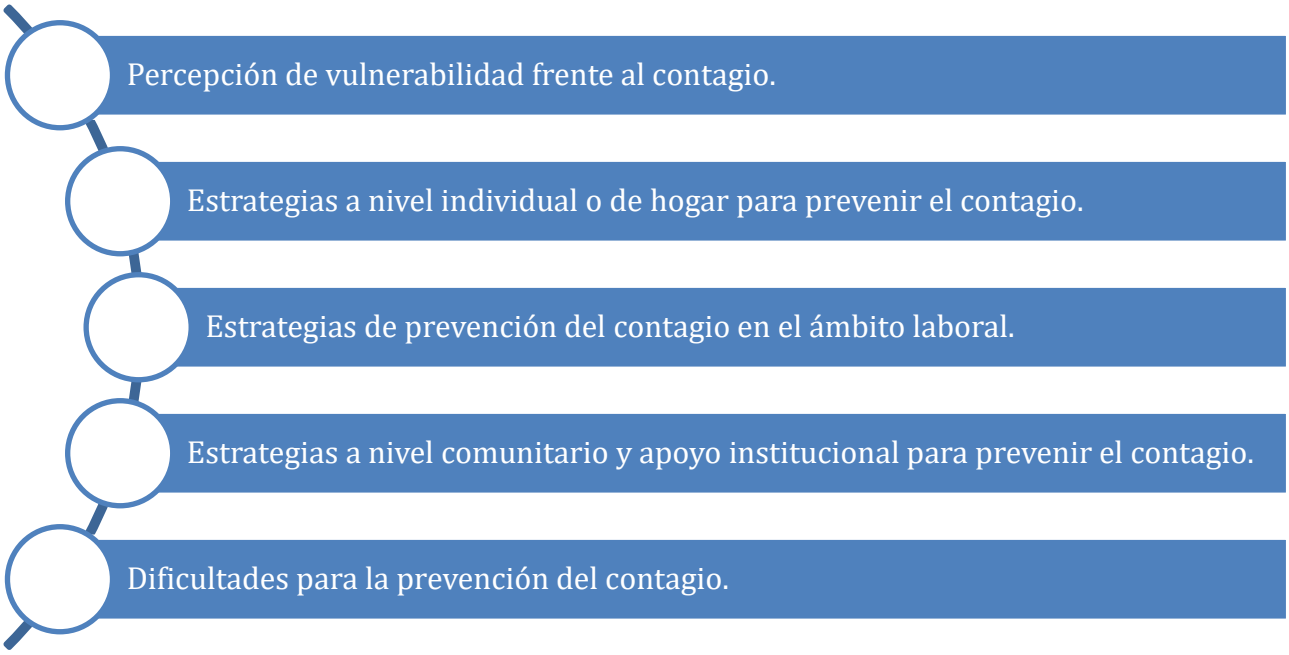
b. *Capítulo 2: "Uno va aprendiendo a vivir con el virus": Vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile*

Habiendo establecido el contexto general del manejo de la pandemia, se presentan ahora los resultados en cuanto a las vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile, desde el punto de vista de las personas migrantes internacionales entrevistadas y luego desde la mirada de los expertos. Asimismo, en una tercera parte, se contrastan ambas miradas.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Se abordó, con mucho detalle, la experiencia de cada uno de los participantes frente al contagio: su percepción de vulnerabilidad, la evolución de esa percepción a lo largo de los meses y las diferentes estrategias a nivel individual, del hogar o de la comunidad para prevenir el contagio. Asimismo, se evidenciaron dificultades importantes para prevenir el contagio.

Figura 26. Categorías de la temática "vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile"



En primer lugar, surgen ideas sobre la **percepción de vulnerabilidad frente al contagio.** Muchos de los participantes entrevistados expresaron su vulnerabilidad frente al contagio, con respecto a su familia, por su trabajo o por una precondición de salud:

> *"Mira, la verdad yo cuando recién estaba como la cosa estaba como peor acá en Chile, yo tenía miedo porque en ese momento estaba cuidando a mi hija, cada vez que salgo al consultorio tengo que ir a buscarla porque estaba cerrado el jardín entonces yo estaba con mucho, no como tanto miedo, pero estaba con muchas preocupaciones de usar todas las medidas" Hombre haitiano RM 1*

> *"por ejemplo me toco ir a repartir las cajas y en un solo pasaje ya habían fallecido como diez personas por COVID, de hecho el día que fuimos a entregar falleció una persona ahí cuando, fuimos a golpear y no salía nadie y un vecino salió y dijo, yo tengo la llave y entró y él caballero estaba ahí tirado en el suelo, entonces fue muy fuerte muy fuerte, teníamos mucho miedo, yo en lo personal, pero ahora lo que he visto, ya ha bajado bastante los contagios donde yo estoy trabajando" Mujer argentina RM 1*

> *"Bueno yo tengo enfermedad de base, o sea que te da un poquito de... de miedito, pero por ahí no es tanto al virus, o sea, en realidad es creo que es eso de que el aislamiento que te puede tocar depende del grado del virus que tengas, te puede ocasionar un poco más de angustia el tema" Hombre argentino RM 1*

Sin embargo, otros relataron sentirse poco vulnerable al contagio, ya sea por estar cumpliendo con todas las medidas de prevención, por la posibilidad de hacer teletrabajo o por la percepción de tener buena salud en general:

> *"No yo no siento miedo. No, no siento miedo ni aprehensión, no nada. Sé que es un virus bastante letal, pero yo pienso que tomando las medidas que se necesitan, yo pienso que no pase más allá de eso, tener mucho cuidado, si tengo y (…) de tener mucho cuidado con los niños principalmente" Mujer cubana Antofagasta 1*

> *"Nunca sentí miedo afortunadamente estábamos bien (…) Afortunados en medio de todo, el pudo estar en teletrabajo todo el tiempo igual que yo, de hecho sigue en teletrabajo y va a empezar la otra semana así que para nosotros en realidad todo bien" Mujer colombiana RM 1*

> *"No, yo no porque bueno soy más joven, me da igual si me enfermo, me da lo mismo y sé cómo actuar (…) sé que es lo que tengo que hacer, sé cómo enfrentarme al virus en caso de que me dé" Hombre venezolano RM 1*

Asimismo, se puede observar, a partir de los relatos de las personas entrevistadas, una evolución en la percepción de la vulnerabilidad frente al contagio ya sea de manera ascendiente o descendiente, como en la mayoría de los casos:

> *"Al principio no, no creo que me enferme si me cuido. Pero ahora si porque, por el tema de mi hermano, él se cuidaba muchísimo, él no viajaba en transporte público. Y fue un día que fue a comprar y porque él no salía tampoco, iba a trabajar, pero él trabajaba solo ... y se enfermó" Mujer peruana RM 1*

> *"Yo no me siento, en verdad, no. La percepción mía fue cambiando creo. Yo me sentía súper vulnerable al inicio, me sentía vulnerable porque sabíamos poco del virus, no teníamos idea, escuchábamos casos aislados, pero caso de gente tan, o personas que estaban en casa y se infectaron igual. Incluso como mis*

compañeros son médicos ellos compartían mucho eso, y yo estoy mucho más expuesto a ese tipo de información" Hombre brasileño RM 1

"Ya no tengo miedo al COVID, ya no tengo miedo al COVID. Dicen que bueno, dicen que el rebrote es más fuerte, no sé cómo será." Hombre peruano RM 1

Finalmente, cabe destacar las múltiples emociones que expresaron los participantes frente a la posibilidad de contagiarse, siendo la dominante el miedo, seguida por la incertidumbre:

"He sentido mucho pánico, sentía temor porque yo decía, si yo me enfermo acá, yo no vuelvo a ver a mis hijos, entonces yo decía, yo no salía, si no era a trabajar yo no salía, ni a la esquina ni a nada. Yo prefería aguantarme las ganas de comerme un helado, pero no lo iba a comprar." Mujer colombiana RM 3

"Si no también pues como te digo a ti, a uno también miedo también porque uno sabe cuándo va a haber una respuesta y también a veces la mente lo engaña a uno, también dicen que las cosas son psicológicas porque uno llega a hacerse un examen y le sale positivo y se llega a trastornar, si me entiendes, entonces ese es un miedo también" Hombre colombiano RM 1

Asimismo, algunos participantes expresaron tranquilada y aceptación:

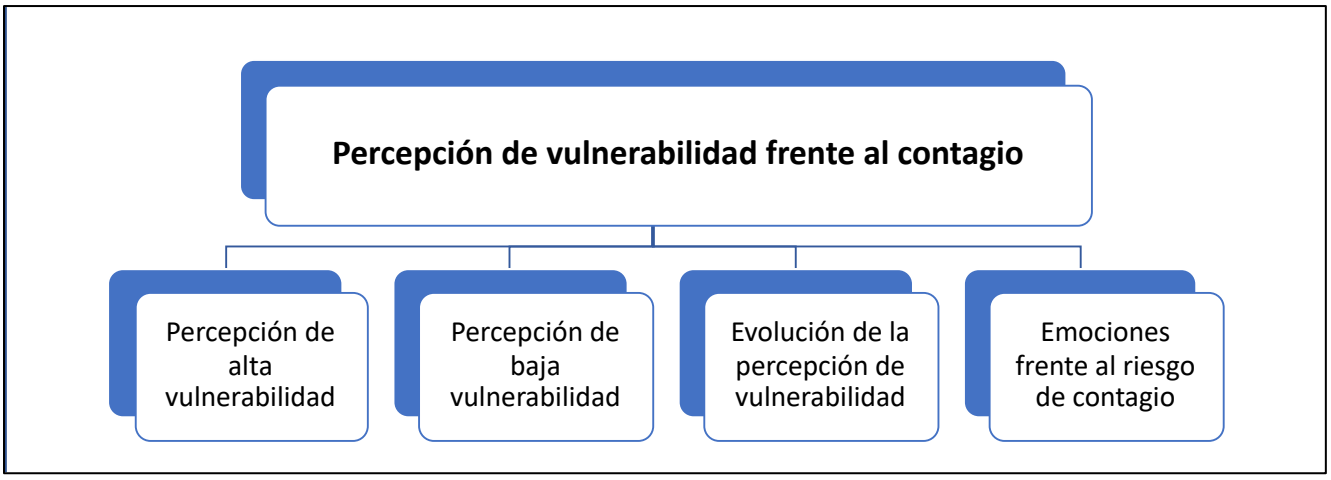
"La verdad es que soy muy tranquila con el tema, creo que tal vez debería ser un poco más, pero no pues" Mujer colombiana RM 1

"Esa cosa que dicen de que el virus se queda pegado en las superficies, de que, no sé qué y no sé qué, ya ese tipo de cosas ya como que, soltar nada más. Ya limpiar la casa, pero ya tampoco se puede controlar tanto." Mujer colombiana RM 2

Finalmente, un participante expresó escepticismo frente a la existencia de la enfermedad:

"Yo siento que ya no, bueno no sé, yo esas cosas de contagio, contagio y muerte y muerte, no se ven, yo no los veo, yo no veo eso, no sé si creer o no creer (…) uno no sabe, no sabe si es verdad lo del virus. A mí me queda la duda no sé (…) hay algo que no me cuadra ahí, como te estaba contando no, 200, 300 muertos y yo, no, no sé no hay, no 100.000 contagiados, tanta gente así no sé" Hombre venezolano Arica 2

Figura 27. Códigos emergentes de la categoría “percepción de vulnerabilidad frente al contagio”



Los participantes señalan **estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio.** En lo que concierne las estrategias individuales o del hogar para prevenir el contagio, cabe destacar que mucho de los participantes buscaron informarse a través de diferentes medios, tales como internet, redes sociales o televisión o incluso a través de la red asistencial y la municipalidad:

> *“La tele redes sociales todo hemos visto así, facebook, en youtube igual, en las noticias” Hombre ecuatoriano Antofagasta 1*

> *“En el Sapunar también daban información, unos folletos de cómo uno debe cuidarse y todo eso y también los leímos, nos instruimos por ahí. Sí y también hay un auto que pasa por aquí por mi casa y por donde yo trabajo todos los días, todos los días pasa ese auto, creo que es de la municipalidad y dice las medidas, dice que hay unos hoteles para los que sufren de COVID para que no enfermen a los demás, se vayan a esas residencias, residencias de COVID y a veces dan unos folletos y yo siempre los agarro para verlos y para dárselos a las demás personas.” Mujer venezolana Arica 1*

Asimismo, la gran mayoría de los participantes cuentan haber cambiado sus hábitos de manera drástica para prevenir el contagio, principalmente dejando de salir de su hogar salvo para actividades esenciales, eliminando actividades recreativas fuera del hogar o con personas ajenas a éste e incluso limitando el contacto físico entre miembros del hogar:

> *“Como que estuvimos mucho tiempo sin abrazarnos, sin besarnos con mi familia que vivíamos acá por el tema de que como yo salía a comprar o me tocaba el tema de las cajas de mercadería, no era como beso en la cabeza si es que” Mujer argentina RM 1*

> *“Yo iba a comprar, una vez al mes salía porque tenía miedo, o sea cuidarme, no importa aunque solo voy a comer arroz y ensalada pero no importa, solo voy a comer eso. Eso es lo que más hacia para cuidarme, siempre con mascarilla, mantener las distancias, si iba a comprar pan siempre con alcohol desinfectaba, lavarse las manos. Alcohol gel no, pude comprar alcohol líquido, con eso desinfectaba las manos, las zapatillas igual” Mujer boliviana Arica 1*

En paralelo, la mayoría de los participantes adoptaron medidas extremas de autocuidado y limpieza:

> *"Sí, al comienzo daba risa un poco, era un poco gracioso porque venía y me ponía en el patio y literalmente me quitaba todo, quedaba en ropa interior y me metía a la ducha de una. Ahora ya vengo, tengo unas chalitas afuera, no es necesario que me lo quite todo, si le digo a mi hija que no me abrace todavía y me dice, virus papá, vaya a bañarse que esta con virus y ya tengo que meterme a la ducha, después salgo ahí y sigo avanzando. Pero siempre mantengo unas chalas afuera, una toalla cosa que me meto a la casa a duchar, yo llego y no abrazo al tiro a mi hija ni saludo de beso a mi señora." Hombre peruano RM 2*

> *"Fueron como cinco meses de cuarentena con él ahí los dos estábamos muy estrictos, muy estrictos. Usábamos cloro para desinfectar el piso, para desinfectar las cosas que comprábamos en el supermercado también agua oxigenada, alcohol. Yo me cuidaba muchísimo cuando salía, salíamos una persona, uno iba a hacer las compras. Me cuidaba muchísimo de no tocarme la cara y todo." Mujer colombiana RM 2*

Sin embargo, una minoría de participantes declaró solamente haber adoptado medidas básicas de autocuidado:

> *"La verdad no es que haya adoptado unos hábitos extremos de higiene por esto no, no salí durante la cuarentena sí, pero apenas podía salir salí, no es que estemos saliendo a todos lados, pero no es que tenga hábitos extremadamente cuidadosos con el tema COVID" Mujer colombiana RM 1*

> *"entonces toda esa psicosis de las cosas del supermercado y los paquetes y lavarlos 20 veces y no (…) pero en mi caso yo soy bastante más descuidado de la norma o de lo que proponían porque me parece excesivo igual" Hombre uruguayo RM 1*

Finalmente, algunos participantes describieron otras medidas de autocuidado orientadas al cuidado de la salud y el sistema inmunitario:

> *"Yo siempre estoy inyectando endovenosa de vitamina C y eso me ha ayudado bastante" Mujer peruana RM 2*

> *"ella era del Perú entonces, y hubo tanta información en Facebook de que había que tomar, limón, jengibre, eucaliptus, canela, manzanilla y todo eso dice que ella hacia hervir eso y tomaban como refresco digamos, no, como agüita lo tomaban" Mujer boliviana RM 1*

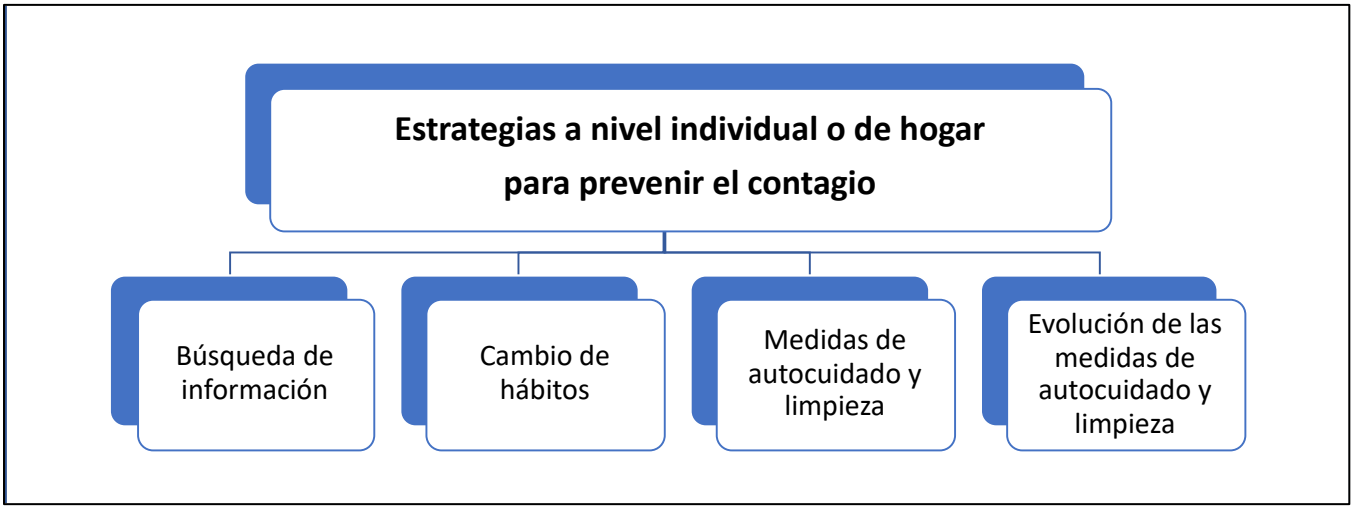
De la misma manera que evolucionó la percepción de vulnerabilidad frente al contagio, varios de los participantes declaran implementar medidas de autocuidado menos estrictas que al principio de la pandemia:

> *"Nos cuidábamos y cada vez que llegaba del trabajo me sacaba la ropa afuera pues, y me bañaba, cuando salía de compras igual, me llevaba mi alcohol gel, mi tapa bocas. Pero después ya de un tiempo para acá, no, lo dejé de hacer pues, pero si salgo con mi tapa bocas pero ya no, llego y me lavo las manos y eso pues pero, lo de la ropa ya no es tanto" Hombre venezolano Arica 2*

> *"Hicimos una cosa con gente al aire libre, pero sabiendo que todos estamos cuidándonos y que conoce a las personas y sé que ellos se están cuidando, las probabilidades pueden ser más bajas (…) Ahora salimos más,*

los domingos tiene la ciclo recreo vía, tenemos bicis que compramos cuando llegamos. algunas veces vamos, con la mascarilla y con nuestra vecina" Hombre brasileño RM 1

Figura 28. Códigos emergentes de la categoría "estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio"



Sobre **estrategias de prevención del contagio en el ámbito laboral,** cabe señalar antes que nada que muchos de los participantes estuvieron trabajando de manera informal durante la pandemia, muchas veces de forma independiente, lo cual implicó implementar medidas de autocuidado y cuidado hacia los demás en un ámbito laboral informal que, en ciertos casos, implicaba interactuar con clientes:

"Yo estaba trabajando en una empresa a escondiditas para que no me digiera la policía ni me sacara, entonces ahí le explicaba a uno todos los pasos que tenían que haber. A un metro de distancia atender a una persona o a un metro de distancia, metro y cinco centímetros en la calle porque en espacios cerrados se pega en quince minutos y en espacios abiertos en dos horas, bueno nos explicaban entonces uno iba, ya eso que uno aplicaba afuera también lo aplicábamos aquí en la casa. He sido algo intenso con eso yo también." Hombre venezolano Arica 1

"No, no podía salir, no salía. En la cuarentena no salía porque estaba acá, el trabajo lo tengo acá en la casa, mis clientes me dejaban el trabajo en la salida bien protegidos, guantes, todo eso. A mí, los clientes cuando me enfermé querían que siga avanzando porque tienen que producir pero si bien todos protegidos." Hombre peruano RM 1

En el caso de los trabajadores formales, los participantes describen medidas de cuidado implementadas por sus empleadores, y en algunos casos bien evaluadas, pero en otros, consideradas como insuficientes:

"Sí, gracias a Dios se preocupan. A nosotras nos consiguieron, porque somos dos chicas, mi compañera y yo somos las que hacemos limpieza. Todo el personal no esta yendo a trabajar, esta yendo la mitad más o menos a trabajar. Llegan, se toman la temperatura, se les hacen las preguntas de rigor que se están

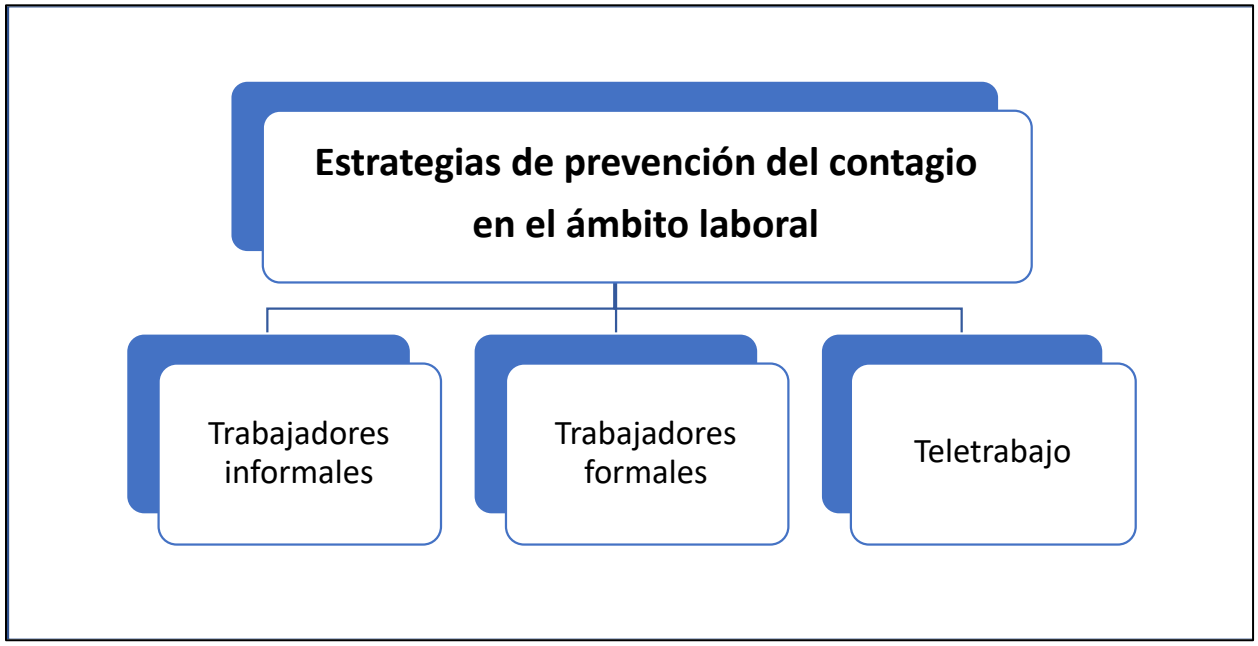
haciendo ahora, si tiene contagio, se limpian a cada momento los escritorios, las manillas, se usa alcohol gel, se usan mascarillas, no pueden andar sin mascarilla. Ellos se preocupan bastante por no contagiarnos, segura ahí sí." Mujer ecuatoriana RM 1

"Lo básico, o sea lo básico que pusieron gel, alcohol gel en todos lados, el amonio, pero considero que no, que no nos están dando la importancia como trabajadores en el sentido de que nosotros deberíamos por lo menos tener un test de, habernos hecho un test de COVID" Hombre peruano RM 2

Finalmente, algunos trabajadores pudieron seguir trabajando desde sus casas:

"Sí, yo no voy (a la oficina) desde marzo, bueno es otra cosa con la que yo creo que no me siento tan expuesto, porque yo creo que (han) sido muy preocupado en ese sentido como de resguardarnos, hay entrevistas que he tenido que hacer que los entrevistados me dicen, no que sea presencial y mis jefes me dicen, no, o es por zoom o no es la entrevista porque yo no los voy a arriesgar" Hombre venezolano RM 1

Figura 29. Códigos emergentes de la categoría "estrategias de prevención del contagio en el ámbito laboral"



Con relación a **estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio,** más allá del cuidado a nivel personal, de hogar, o en el ámbito laboral, se pudo detectar una estrategia de difusión de información a nivel comunitario para la prevención del contagio:

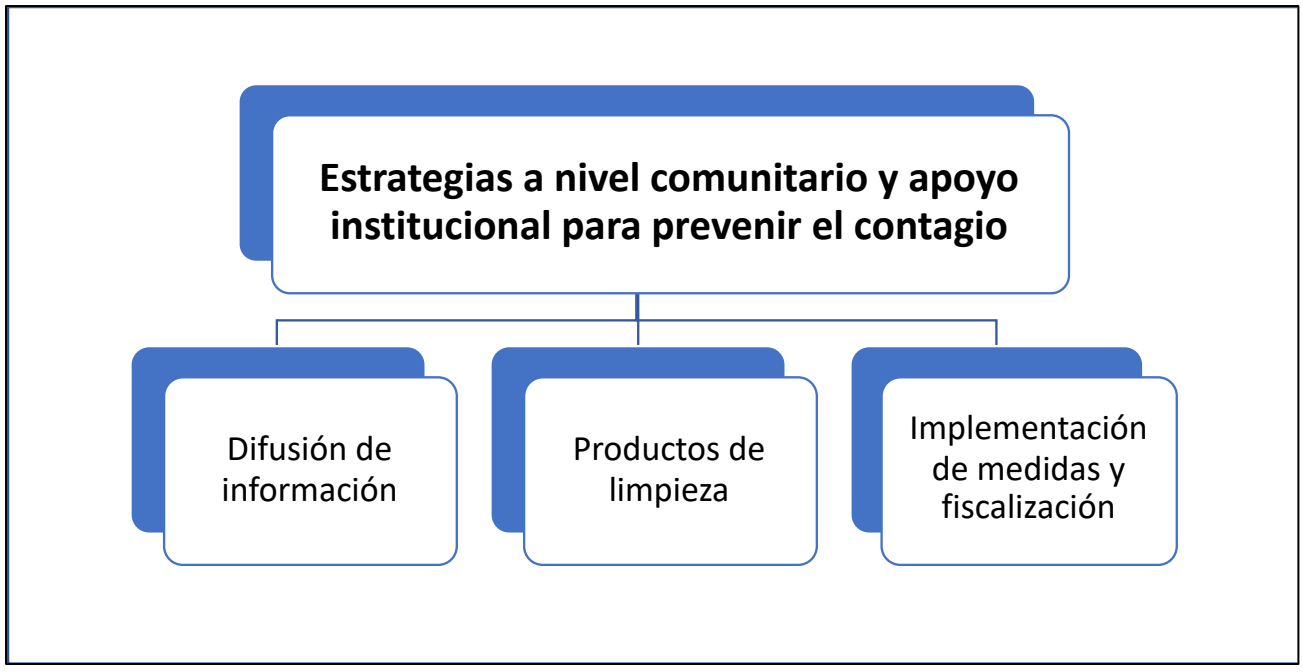
> *"Y en el video que hice en creole también, hablando de todo eso y para publicarlo para compartirlo igual con una doctora (nombre), ella es como encargada de la corporación que está en Puente Alto. Ella hablando en español, yo traduciendo en idioma bajo, entonces todas esas cosas hicimos con ellos para como luchar con el COVID." Hombre haitiano RM 1*

Asimismo, en lo que concierne el apoyo desde el nivel institucional, pareció ser muy puntual, ya que solamente un entrevistado reportó haber recibido una vez "una caja de limpieza" (Hombre cubano Antofagasta 1). Sin embargo, otros valoraron la implementación y fiscalización de ciertas medidas:

> *"Sí, bien y es más, cuando yo estaba yendo para Iquique para tomar el avión y venir para acá Bolivia, nos bajaron a las tres de la madrugada para hacer, o sea revisarnos si teníamos todos los papeles que requeríamos y nos examinaron nuestra temperatura, y si teníamos síntomas y todo eso, nos bajaron así, y eso es bueno yo lo veo bueno" Mujer boliviana RM 1*

> *"Yo creo que aquí en Las Condes si respetan las reglas, veo la distancia entre las mesas, y la gente tiene que trabajar para comer. Y yo estoy de acuerdo con que la gente está haciendo, paso a paso. Lo que el gobierno hizo de planificación para mi está fantástico, epidemiológico todo (…) las medidas en Brasil son peores y solo para el papel y el gobierno no hace nada para que ellas respetar la medida no." Hombre brasileño RM 1*

Figura 30. Códigos emergentes de la categoría "estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio"



Se señalaron dificultades para la prevención del contagio. A pesar de todas las estrategias implementadas por los participantes para prevenir el contagio, muchos de ellos tuvieron dificultades para asegurar su autocuidado y disminuir su vulnerabilidad frente a la posibilidad de enfermarse. La primer gran dificultad a la cual se enfrentaron algunos participantes fue vivir en situación de hacinamiento:

> *"Ha estado difícil porque como somos harta gente, entran, salen gente que no conocemos." Mujer peruana Arica 1*

> *"Yo creo que, que todos nos sentimos así como, como por un lado vulnerable porque uno no sabe cuando le puede tocar, porque eso es algo que tarde o temprano nos va a dar. Porque uno no sabe si sale a la esquina, o pase alguien que, porque yo vivo en un cuarto de dos por tres, o sea mi cuarto es súper pequeño y vivimos los cinco, o sea yo se lo puedo mostrar, de este tamaño es la habitación, lo que está ahí esa es la habitación. Entonces como vivimos varios y algunas personas como no tienen niños, dicen bueno soy yo y lo que le pase a los demás con tal que yo me cuide, esta bien." Hombre venezolano Arica 1*

La otra gran dificultad compartida por varias de las personas entrevistadas fue el hecho de tener que salir a trabajar por necesidad económica y precariedad laboral:

> *"A mí me pararon y, sí pero yo les dije, ah yo sé que ustedes, me van a tener que perdonar o disculpar pero yo sé que ustedes son autoridades y con todo el peso y le pido disculpa si no estoy en mi país pero, si usted tuviera tres niños en su casa tendría que salir porque el día que el niño le diga, papá tengo hambre o papá quiero comer esto, le va a decir, espera que pase la cuarentena. Lo entendieron, me dejaron ir" Hombre venezolano Arica 1*

> *"Sí se contagiaron pero algunas que eran asintomáticas, no sentían nada, no les dio fiebre, no sentían nada solamente la comida no sentían nada más. Pero si tenían todas las fuerzas de trabajar, querían trabajar porque acá si no trabajas, acá tienes que sujetar gastos, Chile es un país bien caro, todo cuesta caro, a veces te piden veinte mil, de repente cien mil, ganas cien mil y no te alcanza porque todo se va. Vas a un supermercado y gastas sus sesenta lucas, treinta lucas y así." Hombre peruano RM 1*

Por otra parte, el tener que usar el transporte público fue una fuente de vulnerabilidad al contagio:

> "En la micro, en la micro a veces me da como miedo porque a veces la silla está marcada y la gente llega y se sienta ahí y a veces uno por más que quiera, a mí por ejemplo me ha tocado ver que pasa una micro, pasa la otra y pasa la otra, y hasta cuando pasa una que lleve menos gente, y si se me está haciendo medio tarde para ir al trabajo igual tengo que tomar una, aunque vaya súper llena pero bueno, al final yo digo bueno." Mujer colombiana RM 3

En otro ámbito, un participante haitiano comentó que, en la comunidad haitiana, las creencias en torno a la enfermedad y la desinformación fueron un obstáculo importante para la prevención del contagio:

> *"Lo que pasa, hay una cosa que se llaman rumores, que están diciendo con el sol solamente, con el sol, con el calor, rumores, entonces con eso una persona que cuando hay sol es difícil de contagiarse, eso que está escuchando porque igual cuando estoy conversando con ellos, porque tiene duda de hacerse el PCR, usted no tiene síntomas, qué síntomas tiene. No tengo toz normal (…) piensan que por el color, resistencia que tienen, entonces el COVID no puede afectar a ellos. Porque eso es una cosa cultural también por dentro,*

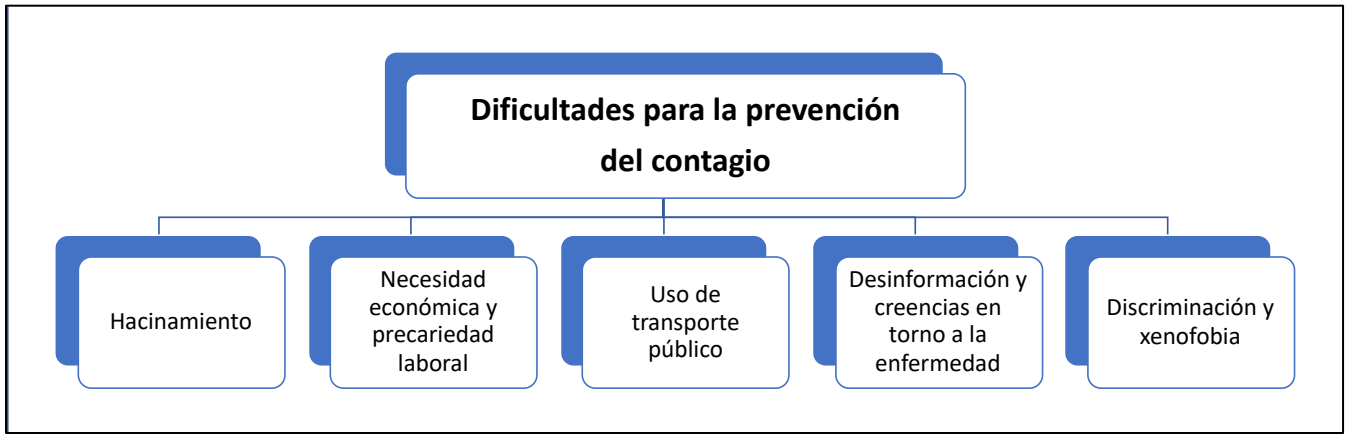
ellos piensan también, con COVID puede estar orando a Dios y ahí va a estar como sano, es cultura también, igual no no puedo contagiarme, entonces es algo que tienen por dentro, por el color, por la raza y no tiene nada de raza, entonces esas cosas tengo que yo un haitiano peleando con ellos" Hombre haitiano RM 1

Finalmente, experiencias de discriminación y xenofobia también contribuyeron a dificultar la implementación de medidas de autocuidado y prevención, a nivel de comunidad y a nivel individual:

"Justo en el mismo momento había noticias parece en Valparaíso, no me acuerdo donde, de un haitiano que tenía COVID, lo acusaron que tenía COVID después que lo empujaron, porque yo vi ese video, después de esa acusación lo mandan a hacer el PCR, él no tenía COVID entonces todos los haitianos que vieron ese video están diciendo, no que están acusando a nosotros porque nosotros somos morenos" Hombre haitiano RM 1

"hay gente que llega con el tapabocas por acá, entonces yo no me puedo quedar callada y le digo, oiga señor súbase el tapabocas que va hasta acá no ve que yo puedo estar contagiada y usted estando con el tapabocas así lo puedo contagiar, o al revés y se me enojan, me dicen váyase a su país, más encima extranjera me dicen, pero no me quedo con las ganas de decirle" Mujer colombiana Arica 1

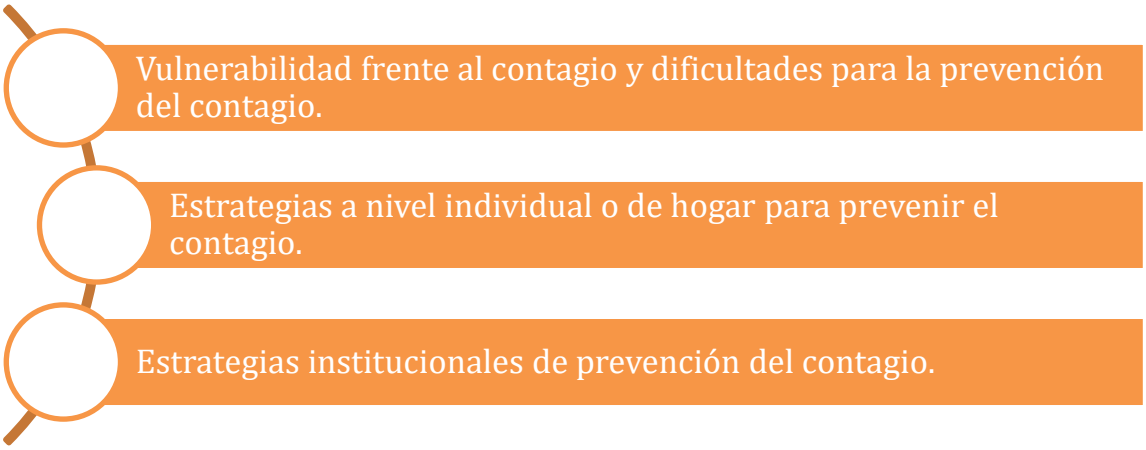
Figura 31. Códigos emergentes de la categoría "dificultades para la prevención del contagio"



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

Los expertos entrevistados se enfocaron principalmente en la vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio de las personas y comunidades migrantes internacionales en Chile durante la pandemia y remarcaron algunas estrategias a nivel individual y a nivel institucional.

Figura 32. Categorías de la temática "vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile"



El primer contenido que surgió fue de **vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio.** Lo primero que remarcaron los expertos en torno a la temática del contagio, es que los migrantes internacionales en Chile experimentan capas de vulnerabilidad y que entran en juego los determinantes sociales de la salud:

> *"Esta pandemia nos vino a reflejar fuertemente, de que ciertas condiciones asociadas a la situación social, a la situación económica, a la inserción en las redes del país huésped, ciertamente son un riesgo mayor a la hora de revisar por ejemplo, las personas migrantes que han sido confirmadas con COVID-19" Experto 4*

> *"En la posta, en el hospital de urgencias de la asistencia pública, hubo mucho más migrante, y era re interesante poder ver esos datos, porque ahí uno, a mi lo que me parecía era que el migrante de Maipú y Cerrillos, era un migrante más joven, más población haitiana, pero en general más joven que el migrante internacional que estaba en las comuna del centro, o en Estación Central que llegan a la Posta Central y ahí si hay un porcentaje importante de población migrante, en general son migrantes que llevan más tiempo [...] y afloraba la idea de que el migrante hizo propias las conductas, no sé, alimentarias, estilos de vida de los chilenos, con toda su morbimortalidad asociada, tenía más riesgo de, independiente de la edad en llegar a tener una neumonía o un cuadro COVID complicado" Experto 8*

Más específicamente, el hacinamiento, la precariedad laboral y la necesidad económica fueron factores de vulnerabilidad frente al contagio:

"También a la forma en cómo se realizó la cuarentena: viviendas colectivas, por ejemplo una vivienda que me tocó visitar con 47 habitaciones, con dos baños, y tú dices, cuando te dicen la cuarentena etc. lávese las manos, alcohol gel, ya pero hay condiciones como estructurales y de la infraestructura, que no te van a permitir generar ese tema" Experto 3

"Ahora tú igual has visto que ha sido fundamental el tema de los moto boys, de los repartidores, que ellos igual siguieron trabajando, siguieron repartiendo ante el hecho de la sobrevivencia. Lo mismo acá con el comercio sexual, acá el comercio sexual de red, trata y tráfico y sobre todo si pensamos en mujeres migrantes, siguieron trabajando en pandemia. En un principio cambiaron las dinámicas pero después lo hicieron de forma habitual, pero han seguido encontrando tratas y tráfico de redes de mujeres migrantes, que son explotadas a través de redes (...) si un moto boy deja de trabajar se muere de hambre" Experto 10

Por otra parte, la falta de redes de apoyo y el estatus migratorio significan no poder contar con apoyo por parte de conocidos o apoyo institucional durante la pandemia:

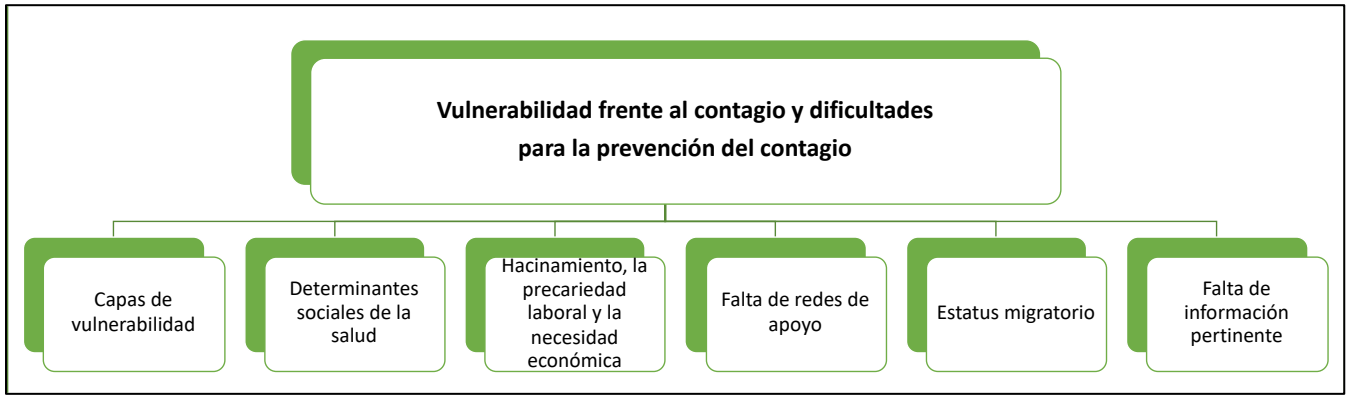
"Tiene que salir a trabajar, o sea el migrante no tiene redes, nosotros, lo que empezó a pasar con los chilenos que nos quedamos sin trabajo, y tenías a toda una familia viviendo en una casa. Pero no tienes redes, tenías una casa donde llegar si es que te quedabas sin trabajo" Experta 1

"en este escenario tan complejo, los migrantes no son parte del registro de hogares, los migrantes que se encuentran en situación irregular (…) O sea imagínate la cantidad de migrantes irregulares que hay, y si no son parte del registro hogar significa que no tienen ayuda" Experta 5

Finalmente, la falta de información pertinente y el desconocimiento del sistema de salud chileno se añaden a los diferentes factores de vulnerabilidad social descritos anteriormente:

"Yo diría que fue difícil para todos, para la población chilena, para la población migrante internacional también. Con suerte entendía el personal de salud qué hacer, menos iban a entender la población general, menos un migrante que no tiene idea de cómo funciona el sistema sanitario chileno" Experto 8

Figura 33. Códigos emergentes de la categoría "vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio"



En lo referido a **estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio,** en lo que concierne el respeto de las medidas de prevención se consideró que los migrantes internacionales las respetaron de manera variada, según otros factores de vulnerabilidades y nacionalidad:

> *"Yo creo que todos tratan de instalar a su manera, o sea porque algunos más que otros, como te digo, probablemente los que llevan más tiempo, están más seguros, y lo otro igual ya con mascarilla no más y sale para afuera no más. si yo le pregunto a la gente si se cuida, en general te van a decir que sí, hay un abanico de posibilidades de cuidarse es bastante amplio. O sea uno ponerse la mascarilla ya se está cuidando" Experta 9*

> *"Ahora la población venezolana si ha tenido mayor capacidad de acceder que otras nacionalidades, a la información y al acceso sí, pero porque ellos tienen una cultura digital y de acceso a un tipo de información idiomática mucho más complejizado esta capacidad. (…) Y bueno la población de habla inglesa que por lo general es una población de un nivel socioecónomico alto, tiene acceso a prestaciones en el servicio privado y también a recursos que les permiten llegar a conseguir los materiales e insumos necesarios para protegerse." Experto 10*

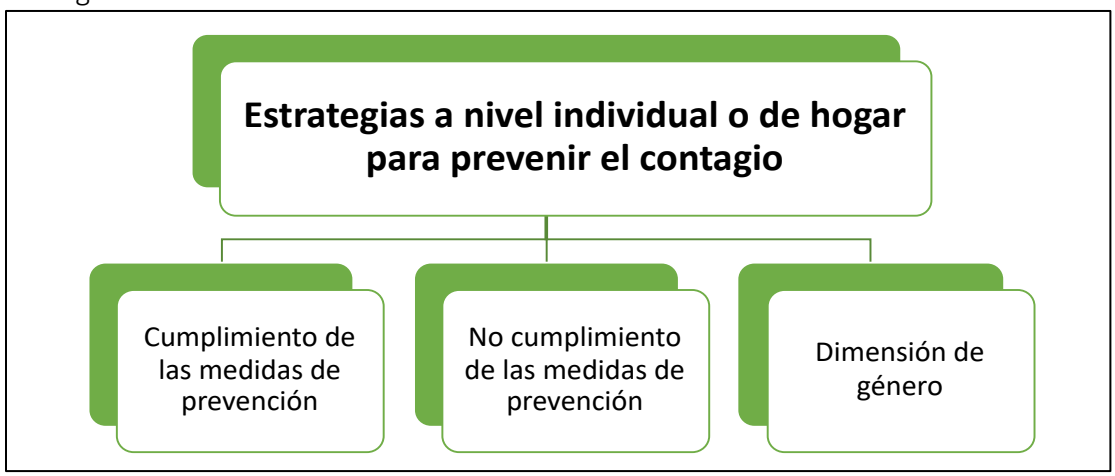
Por otra parte, también se consideraron las instancias en las cuales no se respetan las medidas de prevención del contagio, como el ámbito laboral informal:

> *"Pero si tú me dices la feria, el caballero que trabaja en la feria y está al lado del chileno, son microambientes súper informales. (…) los otros que andaban ahí eran los repartidores, los delivery y eran mayoritariamente migrantes (...) no cumplían para nada las medidas que en ese tiempo estaban siendo súper cumplidas por el resto de la población" Experta 7*

Asimismo, se consideró una dimensión de género en el cumplimiento de las medidas:

> *"Tema de las masculinidades y el poco cuidado preventivo, tienen una "fascinación por el riesgo" podríamos decir. No como las mujeres que tienen una aversión al riesgo, no digo todas, pero principalmente porque estamos preocupadas del cuidado de los demás" Experta 5*

Figura 34. Códigos emergentes de la categoría "estrategias a nivel individual o de hogar para prevenir el contagio"



También se señalan **estrategias institucionales de prevención del contagio.** Por lo general, los expertos consideraron que se tomaron pocas medidas enfocadas específicamente en las personas migrantes internacionales en Chile para apoyar la prevención del contagio:

> *"A mí no me da la impresión que hayan hecho algo especial para los migrantes, creo que no. Fuera de traducir no, que está en creole las mismas infografías que, del MINSAL que están en español en creole. O sea, a nivel, algo especial para migrantes creo que no." Experta 1*

> *"Muchas personas de las que nosotros atendemos y que efectivamente tuvieron COVID, no tuvieron temas con el tema de la atención, lo que si tuvieron digamos, o lo que tuvieron nada fue temáticas de prevención. Porque efectivamente uno dice, porque tampoco podemos caer en la discriminación positiva, pero voy a hacer algo particular porque es migrante. Pero es algo particular porque son personas que viven en situación de vulnerabilidad mayor que otras, y tiene que ver también con contextos sociales que fueron abandonados" Experto 3*

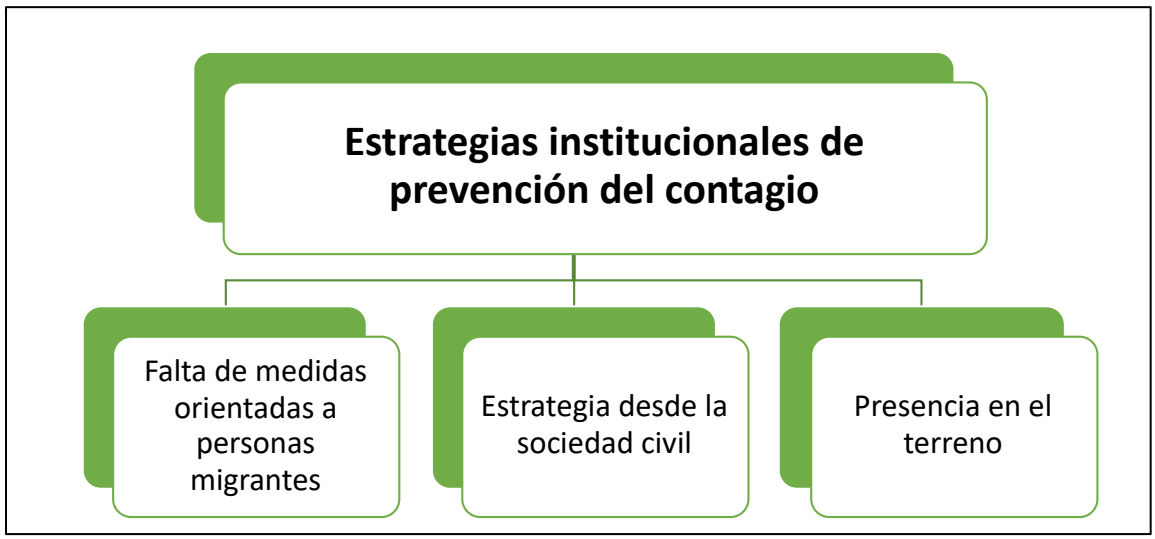
Por otra parte, en lo que concierne la información y educación sanitaria, hubo una estrategia específica desde la sociedad civil para las comunidades migrantes haitianas:

> *"Hemos estado trabajando a distancia, más específicamente con la comunidad haitiana, en lo que respecta específicamente a la pandemia de COVID-19, en lo que respecta a programa de educación sanitaria, programa de promoción de la salud, de prevención en el contexto de la pandemia; tanto prevención primara, no quiero decir secundaria, pero más o menos." Experto 2*

Asimismo, hubo presencia de instituciones en el terreno para abordar situaciones específicas:

> *"Lo otro fue los brotes en viviendas colectivas, donde tuvimos que hacer trabajo en terreno, un trabajo preventivo, pudimos distribuir kits sanitarios por ejemplo, ahí tuvimos también una fuerte coordinación con algunas agencias de Naciones Unidas, como la OIM, ACNUR que es para los refugiados, la OPS, UNFPA etc." Experto 4*

Figura 35. Códigos emergentes de la categoría "estrategias institucionales de prevención del contagio"



A modo de cierre de la sección, la prevención del contagio fue abordada en todas sus dimensiones en el marco de las entrevistas con las personas migrantes internacionales, evidenciando percepciones divergentes y cambiantes, aunque por lo general alta, y situaciones de vulnerabilidad social e inequidades frente al riesgo del contagio. Frente a esto, absolutamente todos los participantes reportaron cumplir con las medidas de autocuidado y prevención, algunos de manera extrema, lo cual para varios ha significado una percepción más baja o descendiente de la vulnerabilidad al contagio. Sin embargo, es muy importante señalar que las estrategias de prevención descritas fueron, en su mayor parte, estrategias individuales o a nivel del hogar: siempre salir con mascarilla, desinfectar todo lo que entra a la vivienda incluyendo los alimentos, bañarse al llegar de afuera, aplicarse alcohol gel constantemente, salir solamente cuando estrictamente necesario.

A pesar de esas medidas, muchos no pueden cumplir con el distanciamiento social de manera estricta y sistemática: tienen que salir a trabajar, a veces de manera informal y a pesar de medidas estrictas de cuarentena, tienen que usar el transporte público, viven en lugares hacinados, en ciertos casos con desconocidos con otros estándares de autocuidado y cumplimiento de las medidas de prevención. Los que trabajan de manera informal, también implementan medidas de autocuidado individuales en su lugar de trabajo, mientras que otros pueden teletrabajar o sienten que su empleador implementa medidas suficientes de prevención del contagio.

En lo que concierne la prevención del contagio, el apoyo institucional fue casi inexistente, según los relatos de las personas migrantes internacionales entrevistadas. Si bien recibieron información y cumplieron con las medidas de prevención individuales, no necesariamente pudieron seguir cumpliendo a mediano y largo plazo con medidas de distanciamiento social y cuarentenas. En este sentido, se hacen evidentes las principales condiciones estructurales que limitan la prevención del contagio, según los expertos entrevistados: el hacinamiento y la precariedad laboral, las cuales requieren soluciones más robustas que la mascarilla y el alcohol gel. En este sentido, la prevención del contagio no hace más que recaer en el individuo, el cual tiene entonces una responsabilidad con la que no puede cumplir totalmente, por factores más bien estructurales que requieren de soluciones institucionales.

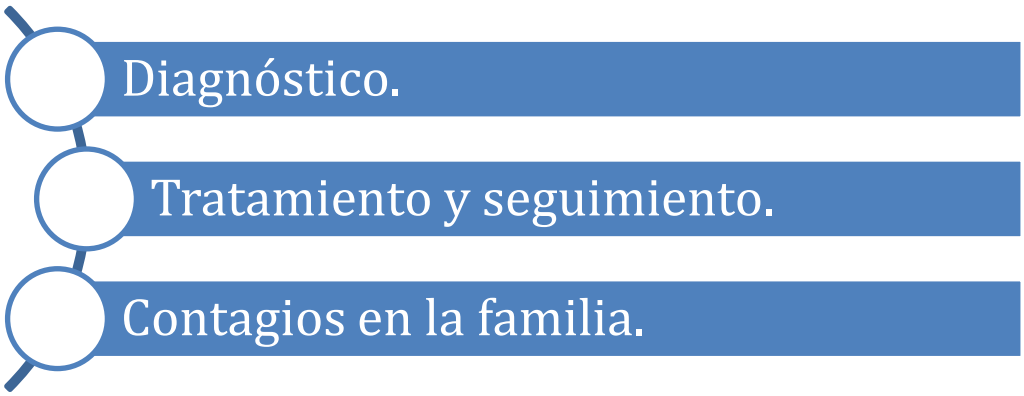
c. *Capítulo 3: "Yo asumo que la probabilidad de haber tenido coronavirus es bastante alta, aún así no estoy segura": Experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19*

Luego de ahondar en las vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile, se presentan los resultados en torno a las experiencias de diagnóstico y tratamiento, desde la propia experiencia de las personas migrantes internacionales entrevistadas y desde la mirada y experiencia de los expertos. En una tercera parte, se contrastan ambas instancias.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

De las 30 personas migrantes internacionales entrevistadas, 7, o el 23%, reportaron haber tenido COVID-19. Sin embargo, de esas 7 personas, 4 no fueron diagnosticadas por haber tenido contacto estrecho con una persona enferma y solamente 3 tuvieron un diagnóstico formal a través de la prueba molecular. Ningún entrevistado desarrolló un cuadro grave con necesidad de estar hospitalizado. Asimismo, muy pocos de los entrevistados tuvieron experiencias en torno a las residencias sanitarias y solamente una persona hizo uso de ese recurso. Finalmente, muchos de los entrevistados comentaron haber tenido familiares enfermos en Chile o en su país de origen.

Figura 36. Categorías de la temática "experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19"



Acerca del **diagnóstico,** cabe remarcar que muy pocos de los entrevistados recibieron un diagnóstico formal vía prueba molecular:

> *"Sí, sí, si me lo hice. Yo fui a la clínica Dávila, no ahí tuve que pagar sesenta mil pesos y ahí me salió positivo, mal, mal un poco mal porque, qué tan grave será el coronavirus, dije, a lo mejor voy a tener que ir al hospital, todo eso" Hombre peruano RM 1*

> *"Al final me contagió, no sé cómo, cuando llegué acá (de viaje) porque un día amaneció con dolor de cabeza y fiebre y yo tenía la sensación de que tenía COVID, y al llegar a Chile me hicieron el PCR y salió positivo pero no tenía ningún síntoma, y mi familia tampoco no tenía nada" Hombre haitiano RM 2*

En lo que concierne el acceso a la prueba molecular, un participante describe dificultades en el sistema público, optando por atención privada, mientras que otro participante comenta que su pareja pudo acceder fácilmente a una prueba a través de un dispositivo de la municipalidad:

> *"En la Dávila, si porque en el consultorio es algo como engorroso porque (…) nos dijeron que tenían que ingresarnos como que si ya tuviéramos lo síntomas, es un requisito indispensable decir que ya teníamos los síntomas para que nos puedan ingresar, y yo le dije no, pero es que no si yo no tengo síntomas porque voy a ingresar que tengo síntomas, por qué me lo están pidiendo así que no le dije, saqué una cita médica en el consultorio particular porque necesitaba un folio de medicina general y con ese folio llamamos a la clínica Dávila y con eso damos el test de COVID." Hombre peruano RM 2*

> *"A mi esposa creo que ya se lo hicieron y yo nunca me lo he hecho tampoco, yo nunca me lo he hecho la verdad. Creo que puede ser, por ejemplo, por donde nosotros vivíamos antes, nosotros vivíamos por (lugar donde vivían) y allá también se paraba una ambulancia de la municipalidad a hacer PCR no, y también era gratis." Hombre colombiano RM 1*

Sin embargo, algunos participantes tuvieron contacto estrecho con una persona enferma y/o desarrollaron síntomas, pero no accedieron a un diagnóstico formal:

> *"Cuando a mi patrona le dio el COVID, y a raíz del COVID porque a ella que le dio, me llamó el Ministerio de Salud que teníamos que guardar cuarentena porque eran los contactos estrechos de mi patrona. Pero hasta el sol de hoy que no se tiene ningún síntoma, si mi patrona lo tuvo tal vez lo pude haber tenido yo, pero yo no tuve ningún síntoma y en mi casa nadie tuvo ningún síntoma." Mujer venezolana RM 1*

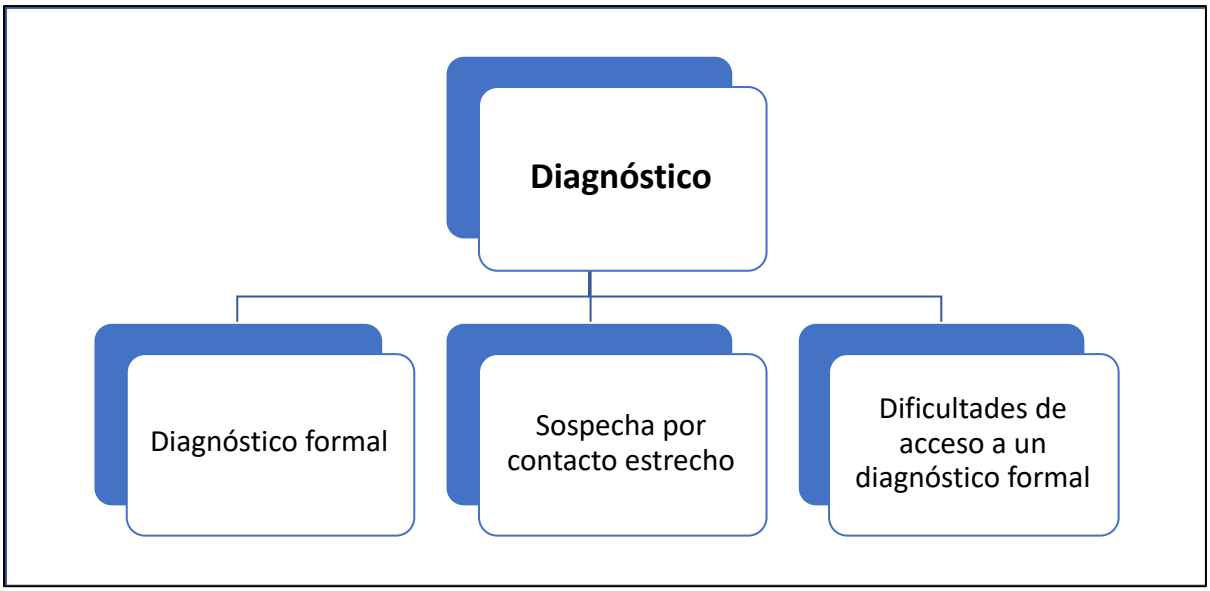
> *"un día caí 3 días a la cama con fiebre, no me podía levantar, con dolores, así como que no sé, yo sentía que virus iba y venía. Y mi mamá me dijo que fuera al médico y si es que podía respirar no tendría por qué ir, ¿qué me iban a decir?: si tienes coronavirus y nada más, mi idea era no seguir contagiando más y que ella se perjudique, he hicieron el protocolo porque mi mamá trabaja con personas asmáticas, sabe muy bien el protocolo." Mujer peruana RM 2*

En algunos casos, los motivos de no buscar, o no poder, acceder a un diagnóstico formal se relacionan con los costos asociados o la percepción de que no fuera necesario:

> *"Algunas fueron a hacerse el PCR y no se lo quisieron hacer por ser contacto estrecho. El PCR que era gratuito, el que se podía hacer gratuito por ser contacto estrecho se, se decía ya eres positiva no tienes que hacerte el PCR entonces las chicas de acá que se querían hacer el PCR tuvieron que pagar, para descartar que lo tuvieran, si yo me lo quería hacer también tenía que pagar veinticinco lucas que tampoco tengo, entonces claro, eso fue un tema, el tema del PCR yo lo quería hacer para asegurarme de que tenía" Mujer colombiana RM 2*

> *"Y mi mamá me dijo que fuera al médico y si es que podía respirar no tendría por qué ir, ¿qué me iban a decir?: si tienes coronavirus y nada más" Mujer peruana RM 2*

Figura 37. Códigos emergentes de la categoría “diagnóstico”



Con respecto a **tratamiento y seguimiento,** en lo que concierne el tratamiento, todos los participantes que reportaron haber tenido COVID-19 y desarrollado síntomas se recuperaron en su casa:

> *“No, no hemos tenido otra experiencia eso que tuvimos del COVID nada más pero, todo estuvo bien porque nos trataron con los medicamentos, pero no, no hemos tenido que volver a ir al médico” Mujer cubana Antofagasta 1*

> *“No, nada, tampoco las personas acá. Se trataba con pastillas, no se sentía la necesidad de ir al hospital. Lo que pasa es que en el hospital también, la atención del hospital. Otros amigos que habían ido al hospital como que no les atendían, no les querían atender, porque le daban una receta y lo mandan a su casa, coronavirus y a su casa, así, estaba muy colapsado el hospital.” Hombre peruano RM 1*

Asimismo, una participante relató que unos conocidos venezolanos en Chile no quisieron buscar atención médica por miedo a ser discriminados por su nacionalidad:

> *“Si, este tengo dos conocidos no aquí en el edificio, pero aquí en Chile si, conocidos que se han contagiado y lo pasaron bastante mal, por lo menos una de ellas. Ella no fue, no utilizó el sistema de salud por miedo, no sabía si la iban a dejar allí o bueno, el miedo de ella era, siendo extranjera, ingresar a ese sistema de salud y que no le den la prioridad o la atención que se merece por el miedo de ser extranjero, yo también ese es mi único miedo de contagiarme y ingresar en un sistema de salud, un hospital o una cosa de esta.” Mujer venezolana RM 2*

Sin embargo, una persona relató haber ido a una residencia sanitaria y evaluó la experiencia de manera muy positiva:

> *“Me llevaron a la residencia sanitaria porque yo tenía síntomas y a otra compañera también. (…) Fuimos también con otro chico que es amigo de la casa que no vive acá, pero presento síntomas también y ahí, la*

verdad es que dentro de la residencia sanitaria fue maravillosa la experiencia, que al menos para mí, la gente de la residencia fue muy atenta, los doctores que pasaban, el monitoreo, la comida, todo fue, todo fue muy bueno. Obviamente digamos que, si yo no tenía COVID yo me estaba exponiendo al COVID, eso eso es un tema igual, pero del trato, me trataron muy bien y fue bastante positivo. Eso, por un lado, después bueno al regreso también muy amables, pasaban hacían los controles, disculpa no al regreso, ahí en el hotel. Hacían los controles dos veces al día, la comida estaba buena, había limpieza, había una nutricionista" Mujer colombiana RM 2

Algunos no tuvieron la opción de ir a una residencia sanitaria, mientras que otros decidieron no hacerlo:

"No, no me ofrecieron eso, no me ofrecieron eso" Hombre peruano RM 1

"No, es muy muy difícil porque ya por el tema del niño, lo que, si decidimos no ir a una residencia sanitaria porque yo tuve todo el tiempo con el niño, con la señora y el contacto lo teníamos y hemos decidido que si usando el colectivo y hay muchas muchas probabilidades que ellos también porque teníamos el contacto ya. Pero al final bueno si aislamos un poco de la cama, pero sería difícil poner al niño alejado porque estaba acá en la casa y el también, es difícil." Hombre haitiano RM 2

Finalmente, un participante que se trató en su casa explicó que la clínica monitoreaba su recuperación:

"Sí, me recetaron unas pastillas y me dijeron que este en cuarentena, me dieron cuarentena. Venían acá a la casa a ver, a monitorearme que este bien, de la misma clínica yo creo. Para la fiebre, para bajar la fiebre. Tres días, si, tres días con fiebre." Hombre peruano RM 1

Figura 38. Códigos emergentes de la categoría "tratamiento y seguimiento"

Respecto de **contagios en la familia,** no obstante la pequeña proporción de personas reportando haberse enfermado por coronavirus entre los participantes, muchos comentaron que familiares en Chile se enfermaron:

"Muchas personas, muchas personas y lamentablemente hasta una prima que tenía acá, no la conocía, no estaba cerca mío pero era mi prima mi prima porque es la hija de mi tío, del hermano mayor de mi papá. Falleció acá en Chile por COVID." Hombre haitiano RM 1

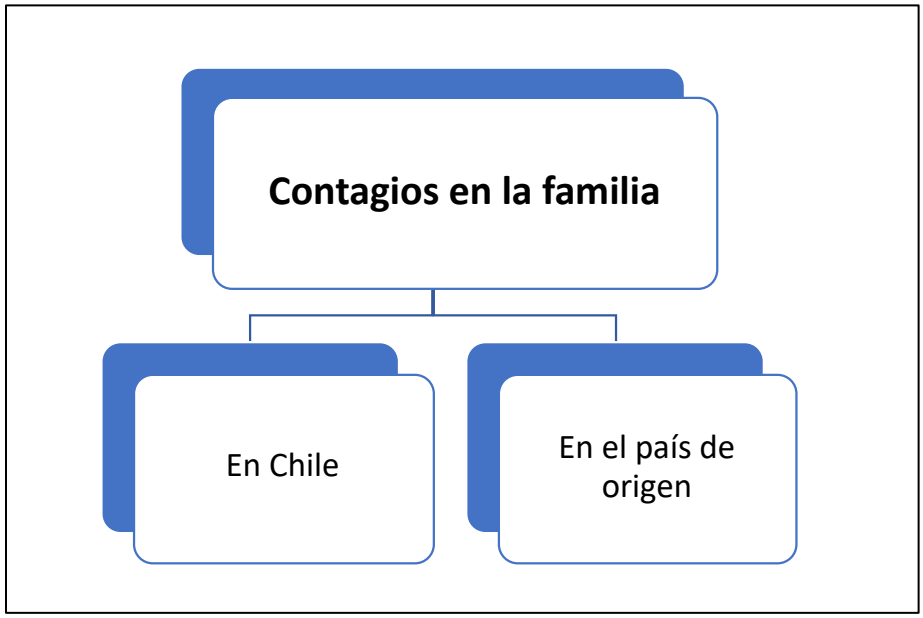
"Bueno mi pareja y el tío de mi pareja que estuvo hospitalizado también, estuvo bien complicado pero otras personas cercanas no, afortunadamente no, mis papás no se contagiaron ni nada afortunadamente" Mujer argentina RM 1

Asimismo, y con implicaciones para su salud mental, varios participantes comentaron que familiares en su país de origen se enfermaron:

"Al mismo tiempo resulta que mi abuela en Colombia tuvo coronavirus, al mismo tiempo mi tío en Colombia tuvo coronavirus, o sea la familia cuando a mí me dio coronavirus, llegó el coronavirus a la familia. Y yo que tenía tanto miedo, así yo tenía un miedo terrible a que mi abuela tuviera coronavirus, por ejemplo, y lo superó, lo superó." Mujer colombiana RM 2

"Te quería comentar que este también, tengo a mi papá o tuve a mi papá con COVID en Venezuela y eso fue, o sea no se lo deseo a nadie. Desesperante, yo digo que estar lejos de la familia y no poder contar aparte con el dinero suficiente porque en Venezuela no es mentira decirte que todo es ultra caro, entonces no, fue un tema también bastante difícil de manejar, yes, si ya está súper bien gracias a Dios, hace rato hablé con él y esta súper bien pero estuvo hasta con bomba de oxígeno y bastante delicado." Mujer venezolana RM 2

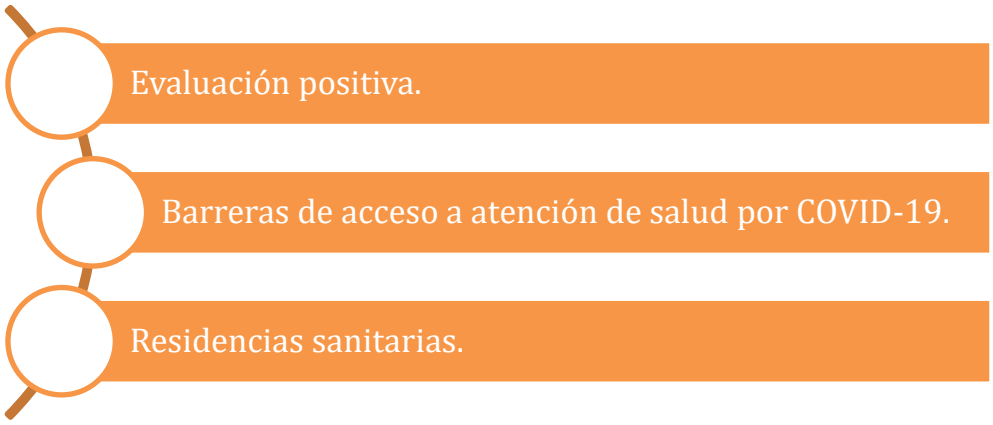
Figura 39. Códigos emergentes de la categoría "contagios en la familia"



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

En lo que concierne el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, un experto hace una evaluación general positiva, mientras que la mayoría se centra en las barreras de acceso a atención de salud por COVID-19 durante la pandemia y las dificultades de trazabilidad. Por otra parte, se hace una evaluación de las residencias sanitarias como estrategia de manejo del contagio y de monitoreo de la enfermedad para casos asintomáticos y leves.

Figura 40. Categorías de la temática "experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19"



Se documentan ejemplos de **evaluación positiva.** Uno de los expertos, desde su experiencia en un centro de salud, pudo observar que las personas migrantes internacionales pudieron acceder a la atención de salud requerida sin discriminación:

> *"Incluso ahora con lo de la pandemia fue igual, fueron atendidos porque el último tramo del proyecto fue en plena cuarentena en el mes de julio de este año. Me tocó ver cómo te digo ningún tipo de discriminación. Si es así ojalá que sea así en todas partes, en todos los hospitales." Experto 6*

Respecto de **barreras de acceso a atención de salud por COVID-19,** emergieron múltiples barreras de atención en los relatos de la mayoría de los expertos. La primera barrera, es la del estatus migratorio:

> *"Porque apela a una cuestión de justicia y una cuestión de salud pública. Si tú dices que no vas a atender a las personas en situaciones de irregularidad que tienen COVID entonces, por un lado, estarías alimentando la propagación del virus (…) desde el sector salud por razones éticas (…) no les podemos negar la atención o no le debiésemos negarle la atención a ningún enfermo, aunque sabemos que muchas veces hay normas y leyes que impiden hacer eso, pero no deberíamos por razones éticas negarle la atención a nadie." Experto 2*

Asimismo, el estatus migratorio se vincula con el miedo de no ser atendido en el caso de necesitarlo, impactando la decisión de buscar asistencia médica, poniendo en riesgo su propia salud y la salud pública:

"Nos hemos dado cuenta de que (muchas personas de Haití) indocumentadas si lo puedo llamar así o en situación irregular, una de las preguntas que nos planteaban era: yo me encuentro en situación de irregularidad etc. ¿ustedes creen que si yo voy al hospital o al CESFAM o al CECOF van a aprovechar eso para denunciarme en la PDI? El miedo está, pero es algo que en el sector salud no se puede hacer, y si se hace, la personas estaría incurriendo en grave falta, a la ética, puede ser a la ley, no sé. Pero el migrante lo cree así, y esa creencia impacta directamente en la decisión que vaya a tomar el caso de por ejemplo de presentar signos, síntomas que le pudiese pensar que está teniendo COVID. Ese es un problema que no solo pone en peligro su vida personal, pero también pone en peligro a la comunidad" Experto 2

Por otra parte, emergen las diferencias culturales en el abordaje de la enfermedad y la falta de información en torno a ese tema:

"Ahora claramente nos hemos visto frente a desafíos importantes, la dificultad en la comprensión de la enfermedad y de la gestión sanitaria que complejizó la concientización, del seguimiento y tratamiento en muchas ocasiones. Piensen por un minuto en el desafío que significó el tomar conciencia de los asintomáticos, para comunidades inmigrantes o sea, ¿cómo transmitir el mensaje que uno, aunque se pueda sentir bien físicamente, igualmente está enfermo? Entonces ahí hay un choque cultural importantísimo, es decir, a ver, pero yo estoy bien, ¿por qué me viene a hacer una vigilancia si yo me siento bien, no tengo fiebre, no tengo tos?" Experto 4

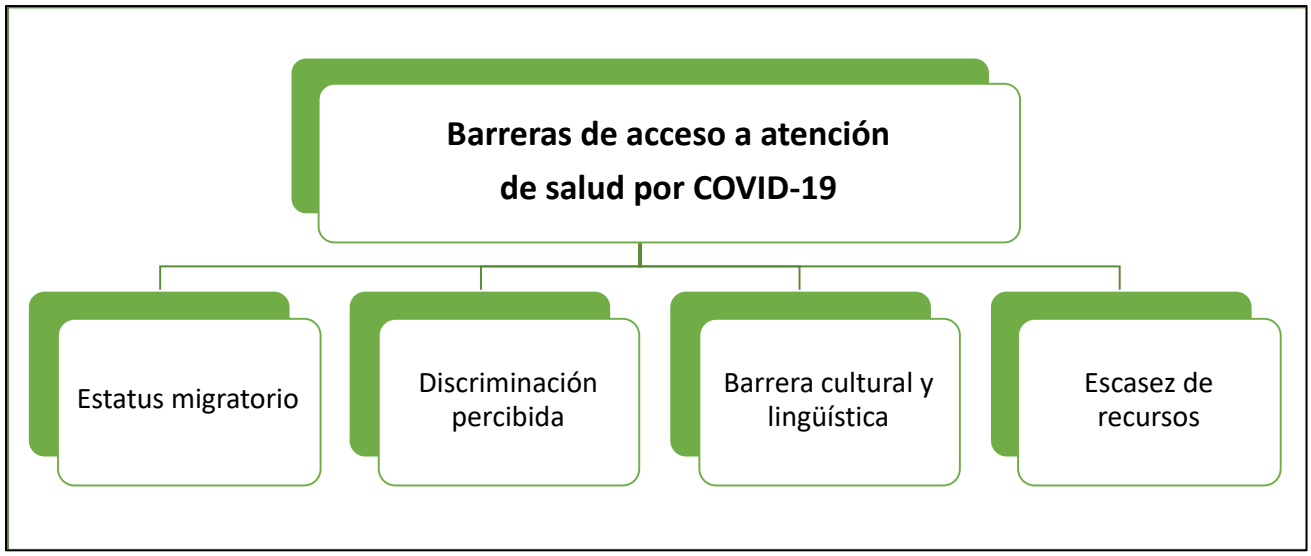
En una línea similar, el idioma, aunque de manera variada según el país de origen, surge como un obstáculo a la difusión de información y facilita más bien la desinformación:

"Sí ha visto ene dificultades, desde la comunicación, cierto, pero eso también ha sido transversal, pero se aumenta con los migrantes y más cuando hay idiomas de por medio, en particular con los haitianos, es más difícil, y porque a veces la interpretación de las cosas, aunque no sean inmigrantes, aunque sea el mismo idioma, igual es distinta hasta las entonaciones. Con los venezolanos me pasa incluso que a veces no los entiendo, es como palabras que a veces uno no les entiende porque ocupan para otra cosa el término, y ellos también uno les dice una cosa y como que ¿qué? [...] y eso que por teléfono uno no se entera si entendió. Yo creo que los peruanos que llevan más tiempo como que ya conocen los modismos, pero con los otros, yo creo que hay espacios de desinformación que no nos damos ni cuenta" Experta 9

Finalmente, en un contexto de emergencia sanitaria y de escasez de recurso en el sector salud, un experto señala el cuestionamiento implícito del derecho a la salud de las personas migrantes internacionales:

"Pero lo que hemos visto que sucede, es que independiente del estatus migratorio de la persona, se sigue cuestionando el acceso de salud de la persona, del acceso a urgencia, a inscripción a FONASA, se sigue cuestionando incluso en el caso de mujeres embarazadas, de niños también y también este contexto de crisis sea ambivalente, porque por un lado ha ayudado a que nazca un espacio de solidaridad social que ha abierto ciertos espacios pero también a puesto en cuestionamiento la cantidad de recursos que existen para afrontar esto y si tienen que ser utilizados, prioritariamente para la población chilena o la población migrante también" Experto 10

Figura 41. Códigos emergentes de la categoría “barreras de acceso a atención de salud por COVID-19”



Finalmente, evaluaron las residencias sanitarias. En materia de adaptaciones, se consideró la necesidad de considerar la dimensión intercultural:

> *“Y otros problemas como, por ejemplo, no olvidar que las residencias sanitarias, no considerar que para algunas comunidades migrantes era muy importante un consumo mayor de agua por ejemplo. O el tema de las comidas, o los niños, las personas, los chicos menores que quedaban, podían ingresar, no podían ingresar. Y ahí tuvimos una serie de dificultades que tuvimos que ir arreglándolas sobre la marcha.” Experto 4*

> *“Ha sido difícil con los migrantes, bueno es una estrategia sanitaria nueva, entonces hay gente que nunca ha trabajado en el sistema de salud, y muchos son funcionarios de los hoteles. y no saben cómo tratar a la gente, y pobre y migrante. Hay desafíos enormes” Experta 5*

Sin embargo, otro experto considera los avances que se han ido realizando para mejorar la pertinencia cultural y lingüística de los cuidados:

> *“En las residencias sanitarias etc. han venido haciendo varias modificaciones en lo que respecta a los migrantes, como, por ejemplo, hay residencias sanitarias que están siendo estructuradas para recibir a cierto grupo de migrantes [...] por ejemplo hay residencias sanitarias de referencia, para cierto grupo de migrantes aquí en la Región Metropolitana. Por ejemplo, los haitianos, están trabajando en algunas residencias sanitarias para usarlas de referencia, no es que ahí van a poner haitianos nada más, sino que ahí van a haber profesionales haitianos que hablan el idioma, yo creo que es un avance bastante importante e interesante” Experto 2*

Sin embargo, persisten desafíos de aceptabilidad de la estrategia, por el encierro y episodios de discriminación:

"Las residencias sanitarias están en un 50% desocupadas, por algo la gente no va. Es una estrategia importante pero no tiene aceptabilidad, algo pasa ahí. Tú quedas aislado completamente, no puedes salir, Si eres fumador no puedes ir ¿qué porcentaje de los chilenos son fumadores? Luego, la comida es de hotel, la última es a las 7 de la tarde, hay gente que dice que se siente discriminada. No puedes ir con tu familia, etc. entonces al final la gente prefiere quedarse en sus casas" Experta 5

"Sé también de casos en donde las propias residencias sanitarias han habido episodios de discriminación o de casi que me encierro, porque se sienten como que, si no les explicas bien, se sienten que los están encerrando en la cárcel" Experta 9

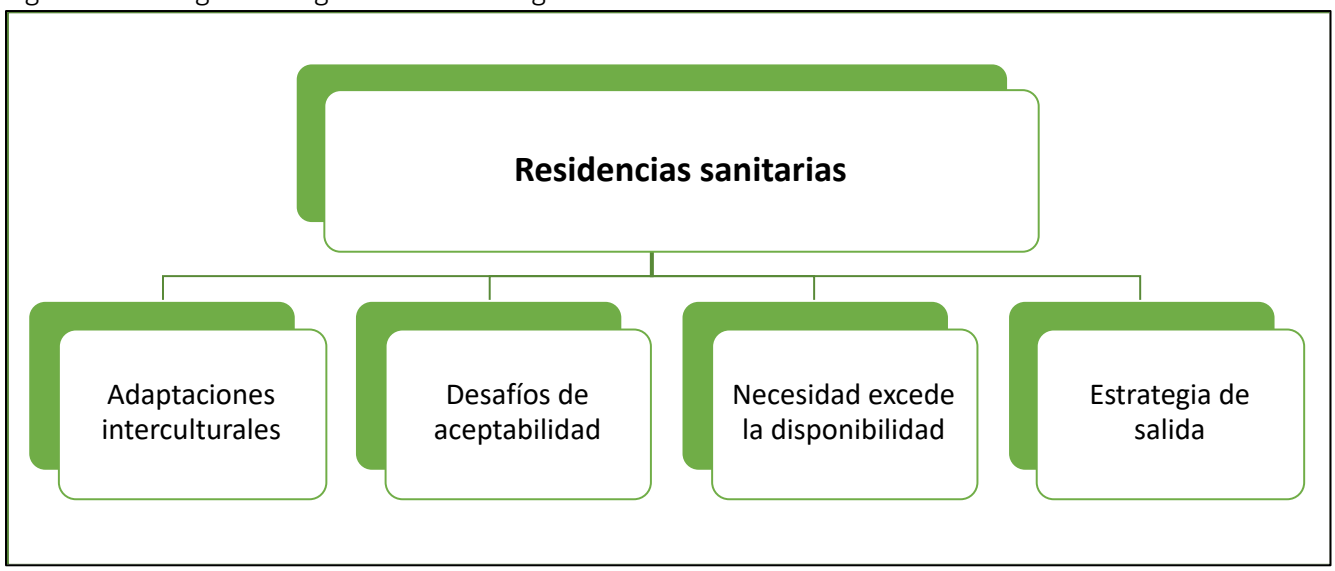
Asimismo, en el norte del país, donde ha habido un número importante de ingresos por paso no habilitado, la necesidad excede la disponibilidad:

"Estamos viviendo una crisis humanitaria importante en el norte del país, porque aunque no se crea, todos piensan que las fronteras del país han estado cerradas pero eso no ha sido así. Han estado ingresando por algunas comunas fronterizas, 40, 50, 60 personas diarias y eso también ha estresado todo el sistema de, no solo de salud si no de control fronterizo. Recuerden ustedes que toda persona que ingresa al país tiene que hacer una cuarentena, ahora se modificó, se puso esta cláusula que si tu presentas el PCR negativo con cierta antigüedad puedes saltarte esa cuarentena pero, es de hace poco. Entonces las residencias sanitarias y las residencias transitorias que tenemos en el norte están absolutamente colapsadas." Experto 4

Finalmente, en esa misma zona, la falta de una estrategia de salida produce que aquellas personas migrantes recién ingresadas a Chile sin redes de apoyo corren el riesgo de estar en situación de calle:

"Y otro gran problema es una vez que salen de ahí, quedan circulando por las calles o en albergues o en campamentos en situaciones totalmente precarias, por eso también estamos coordinando un apoyo de respuesta de emergencia frente a esas personas al menos desde el ámbito de salud." Experto 4

Figura 42. Códigos emergentes de la categoría "residencias sanitarias"



En términos de cierre de sección, los relatos de las personas migrantes entrevistadas en torno al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son relativamente escasos, debido al hecho de que muy pocas de ellas se enfermaron y ninguna desarrolló un cuadro grave. Sin embargo, destaca el poco acceso a pruebas moleculares para un diagnóstico formal, por el hecho de ser clasificado como caso sospechoso o por los costos que tomarse la prueba pueda implicar. Asimismo, el miedo a ser discriminada y la inseguridad de recibir el tratamiento adecuado en caso de enfermarse expresado por una participante da cuenta de barreras potencialmente similares a las barreras descritas por los participantes en su experiencia con el sistema de salud chileno pre-pandemia. Efectivamente, los expertos entrevistados, describen barreras similares, lo cual sugiere que estas, si bien no necesariamente se agravaron durante la pandemia, subsisten.

La estrategia de las residencias sanitarias fue evaluada positivamente por la participante que tuvo acceso a una, sin embargo, no todos los participantes que hubiesen podido beneficiarse de esa medida fueron derivados. Los expertos sugieren desafíos importantes de aceptabilidad, que no se detectaron entre las personas migrantes entrevistadas, por el tamaño de la muestra que tuvo acceso.

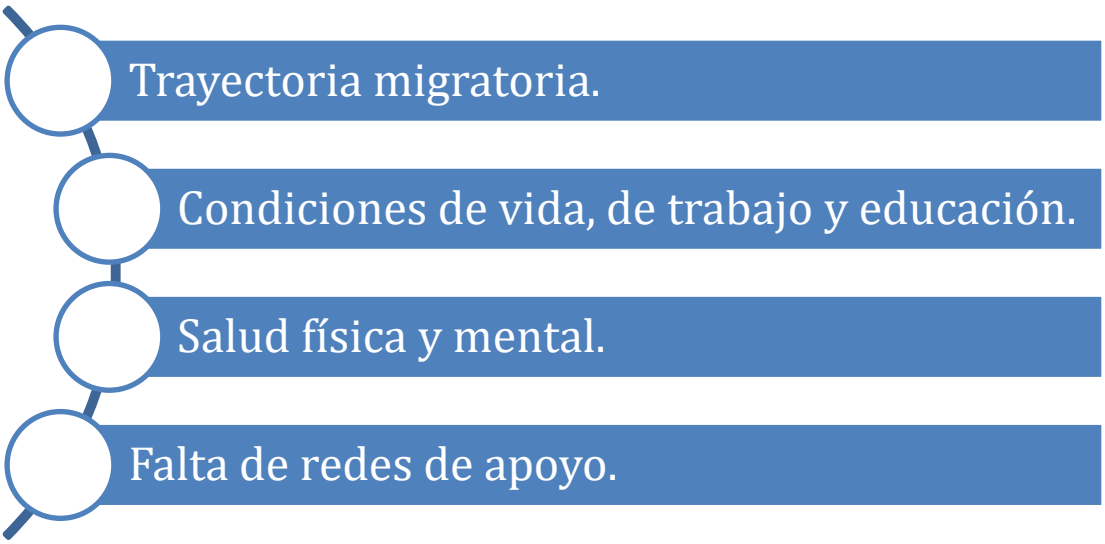
d. *Capítulo 4: "Vendía comida, pero ahora no puedo salir, porque ¿con quién voy a dejar a las niñas, quién me ve a las niñitas?": Impacto de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile*

Más allá del riesgo directo vinculado con la enfermedad y el impacto de enfermarse en la salud física, la pandemia ha tenido múltiples impactos sobre todos los aspectos de la vida de las personas migrantes internacionales en Chile. En este capítulo, se presentan los resultados en torno a los impactos de la pandemia y los recursos y capacidades para enfrentarlos por parte de las personas y comunidades migrantes internacionales en Chile, desde su propia experiencia y la mirada de los expertos entrevistados. Asimismo, en una tercera parte, se ponen en relación las experiencias y puntos de vista de ambos grupos.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Los relatos de las personas migrantes internacionales evidencian impactos múltiples de la pandemia sobre su vida. Se aborda primero el impacto sobre la trayectoria migratoria, para luego ahondar en el impacto de la pandemia sobre sus condiciones de vida y de trabajo y sobre la educación de los hijos de los participantes. Por otra parte, se aborda el impacto sobre la salud física y mental y finalmente, la falta de redes de apoyo como factor de vulnerabilidad adicional frente a las consecuencias de la pandemia.

Figura 43. Categorías de la temática "impactos de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile"



Respecto de trayectoria migratoria, La pandemia tuvo un impacto sobre el estatus migratorio de algunos participantes o de miembros de su familia, por las medidas de cuarentena restringiendo la movilidad por ejemplo o por la demora de los trámites migratorios:

> *"Y el grande se lo tramité como hace un mes y medio por lo que llegó, se fue a extranjería todo y entonces era muy difícil estar saliendo porque te daban ciertos permisos a la semana y no los podía estar gastar, tenía que sacarlos para salir a comprar comida o a trabajar. Entonces no le he podido hacer su documentación porque yo le decía pucha, es que dos permisos a la semana, uno me lo gasto para ir a trabajar, y el otro me lo gasto para ir a comprar comida entonces no voy a poder ir a extranjería o algo, entonces nada lo dejé en espera y hace como un mes que con el programa paso a paso que fueron las comunas saliendo de cuarentena que (…) yo pude enviarlo a extranjería, porque había que enviarlo en físico." Mujer venezolana RM 1*

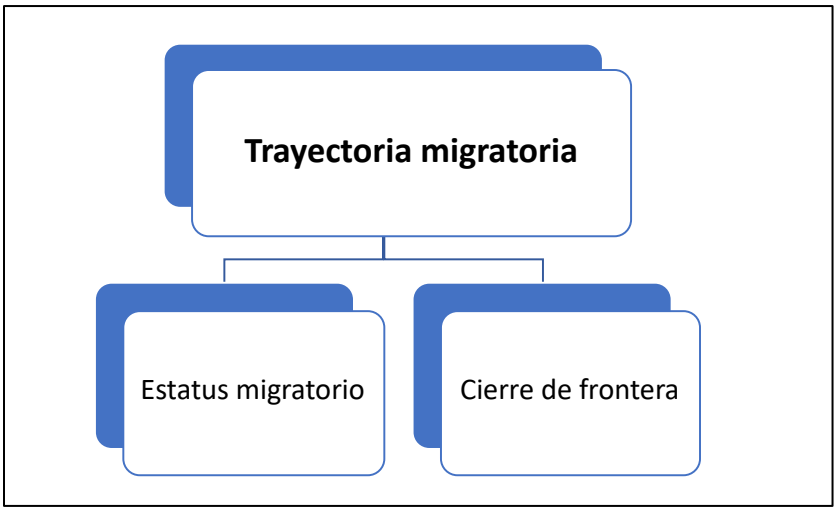
> *"La verdad demasiado, si se ha demorado mucho, si, se a demorado mucho (…) metimos la solicitud de visa como inversionista, si me entiende (…) ya como todo, la espera no es presencial ya todo es virtual, online. Uno tiene que mandar, esperar la respuesta, en cambio uno antes iba directamente allá, a la PDI o a extranjería, ahora ya no, ahora yo todo hay que mandar un correo, esperar que te respondan, todo entonces por eso yo creo que se ha demorado tanto." Hombre colombiano RM 1*

Por otra parte, el hecho de que se hubiese cerrado la frontera de Chile fue una fuente de problemas para algunos participantes que querían irse de Chile o que querían traer a su familia al país:

> *"Cuando inicio la pandemia resulta que nosotros nos íbamos del país y nos quedamos, o sea mira. Renunciamos al trabajo los dos, eso fue o sea una locura. Renunciamos al trabajo, entregamos casa, o sea donde vivíamos todo todo todo, y teníamos nuestra maletita, resulta que cerraron fronteras y nos quedamos viviendo unos meses en una habitación con la esperanza de que abrieran fronteras y nos pudiéramos ir y no pasó" Mujer venezolana RM 2*

> *"Quería traerme (a mis hijos) pero por el tema del COVID, no quiero moverlos de nuevo, por eso estoy haciendo lo más posible para ir a verlos, estar un mes con ellos y luego venir y tratar de viajar más seguido. Igual el que está más grande, él mayor me dice llévame, de pronto puedo trabajar mejor y te ayudo más, pero la situación no está como para llegar y trabajar, entonces yo le digo espérate más a delante de pronto que se arregle un poco la situación, ellos me dicen llévame no más pero no saben cuánto cuesta." Mujer colombiana RM 3*

Figura 44. Códigos emergentes de la categoría “trayectoria migratoria”



Respecto de **condiciones de vida, trabajo y educación,** En lo que concierne las condiciones de vida, la pandemia generó en algunos casos una pérdida de ingresos y de empleo:

> *“Sí en serio porque en junio lo estábamos pasando mal porque con la pandemia, la primera cuarentena no podía salir. Todo el mundo, yo creo que a todos nos pasó que con la primera cuarentena nos quedamos encerrados por miedo, entonces como hacíamos si no teníamos la manera de generar dinero, entonces yo, padre cómo le voy a hacer. Tenía cinco meses atrasado con el arriendo, cinco meses y yo pago ciento veinte mil pesos por este cuadrito que usted ve aquí, entonces ya tenía casi seiscientos veinte mil pesos en la espalda, entonces padre como hago el arriendo” Hombre venezolano Arica 1*

> *“También me pasó que, a nivel laboral, si bien yo tenía el trabajo, estuve como cinco meses sin sueldo” Mujer argentina RM 1*

> *“No, yo estaba trabajando antes pero sola, vendía comida pero ahora no puedo salir, porque con quien voy a dejar a las niñas, quien me ve a las niñitas. Porque antes estaban en el colegio y dos en el jardín, pero ahora no puedo. Ninguna, nadie y una profesora me dijo que va a seguir para el otro año, en que momento voy a trabajar, quien me las va a mirar, quien me las va a cuidar, entonces a veces uno piensa que es fácil, ya sí puedo trabajar, pero quien me va a mirar a mis hijas.” Mujer peruana Arica 1*

Asimismo, para aquellos que estaban por empezar a trabajar o concretar un emprendimiento, la pandemia fue un obstáculo con consecuencias importantes:

> *“Nosotros veníamos con un propósito de montar nuestro negocio porque traíamos un dinero pues para invertir, para montar una cafetería, algo bien chévere no. Pero por lo menos nosotros llegamos y a los diez días entro en cuarentena total todo Santiago nosotros encerrados pagando servicio, arriendo, comida, todo eso. Mejor dicho nos tocó como empezar otra vez todo de cero, desde cero todo, entonces sí.” Hombre colombiano RM 1*

"Bueno yo dejé de trabajar como, bueno no tenía trabajo en realidad, no conseguía trabajo y se nos hizo bastante difícil por lo del virus porque yo estaba, ya me estaban ofreciendo trabajo en un restaurante para trabajar allí de garzona, pero con lo del virus todo se apagó, todo se quitó, todo se cerró y fuimos afectados por eso porque mi esposo lleva la mayor carga en cuanto a los gastos y yo no lo ayudo mucho porque no gano mucho entonces a veces nos quedamos sin nada nada de dinero" Mujer venezolana Arica 1

Para los que sí estuvieron trabajando, en algunos casos hubo un cambio negativo en sus condiciones de trabajo:

"En el momento en que llegó el COVID estaba en el trabajo, y bueno, estaba puerta adentro y no me dejaron salir más, fue que te quedas y nada más no sales. Y fue fuerte para mí, porque yo ya estaba empezando a hacer mi nido aquí de formar mi taller entonces, ya limitarme a no salir fue muy fuerte (…) el aseo de las manos, desinfectar las verduras, entonces eso a mí colapsó en el trabajo, o sea, no eres tú y tu mamá, es la señora consiguió pololo, trajo al pololo, los niños (...) entonces tenía que desinfectar toda la comida, cocinar mañana, tarde y noche (...) eso me desequilibró mucho y renuncié mal" Mujer peruana RM 2

Sin embargo, algunos no se vieron afectados en el ámbito laboral o tuvieron cambios positivos a raíz de la pandemia:

"Yo cuando comenzó la pandemia, de antes que comience el trabajo estaba bajo, estaba bastante bajo porque aparte no tenía costureros, necesitaba personal. Cuando empezó la pandemia, empresarios chilenos empezaron a fabricar mascarillas, y empezaron a fabricar este, overoles de plástico y me ofrecieron trabajo en cantidades, y como acá había personas que no trabajaban, estaban preocupados, no sabían que hacer porque a todos los mandaban a su casa y bueno a mis amigos yo les enseñe a coser, y como la mascarilla es fácil, es sencilla ahí no más se adaptaron a esto, se adaptaron a coser. Y bueno a mi en realidad la pandemia si me favoreció porque me dieron trabajo bastante y yo a mis compañeros que no tenían trabajo les enseñé." Hombre peruano RM 1

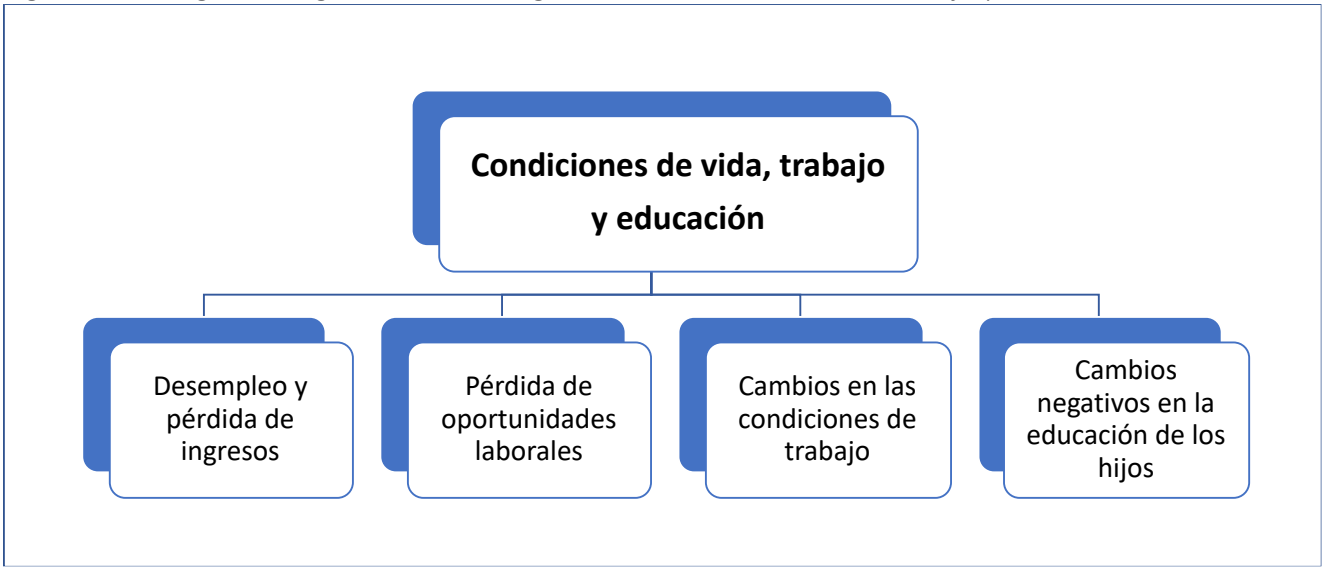
"Yo gracias a Dios el estado que ha estado viviendo el país, pero yo seguía con mi trabajo, igualito pasé mis quince días (en cuarentena) y mi patrona a mi igualito me depositó mi dinero, en ese sentido no la pase tan mal como otras personas." Mujer venezolana RM 1

Finalmente, para los hijos de los participantes, la pandemia trajo cambio en su forma de estudiar, o tuvo la consecuencia de que tuvieran que dejar de estudiar:

"La de dos años no, la mayor si ella está estudiando y cuando empezó la pandemia, empezaron las clases por online y así como estamos nosotros (en la entrevista), le ha ido bien. Si, pero, yo digo que no es igual que estar con presencia, mientras que estén estudiando como sea eso es bueno." Hombre venezolano Arica 2

"No, los chiquillos no están estudiando, se retiraron por el problema de la pandemia y como se hace muy difícil el internet y tenía que estar pagando mensualidades, porque estaban en el instituto los dos más grandes entonces optamos por salir porque no había como pagarlo, aunque tengo que pagar igual los meses que estuvieron." Mujer ecuatoriana RM 1

Figura 45. Códigos emergentes de la categoría “condiciones de vida, trabajo y educación”



En cuanto a **salud física y mental,** según el relato de algunos participantes, la pandemia tuvo un impacto sobre el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas:

> *“Yo tengo, sufro de la tiroides, tengo hipotiroidismo, yo tengo que comprar las pastillas, no me inscribí para que me lo dieran, con esto del COVID peor, dicen que no, no estaban dando porque tengo una amiga que también tiene ese problema y me dijo ella no, no me lo están dando, lo tengo que comprar nomas” Mujer boliviana RM 1*

> *Pero yo no sé si es por el tema de la pandemia, que como no están dando citas ni nada, entonces te atienden en el momento, pero eso si tiene que ser tiroides o azúcar o enfermedades crónicas, entonces las enfermedades crónicas no les pueden dar para el año que viene porque uno se descompensa y es peor la cosa para ellos.” Mujer venezolana RM 3*

Asimismo, aparte del contagio y enfermedad por COVID-19, los participantes vieron su salud física o la de su familia afectada por la pandemia:

> *“Pues apareció el COVID y para nosotros fue algo, me da risa porque fue como un giro de 360 grados porque yo estaba acostumbrada que con mi hijo pequeño, él es muy gordito, muy gordito y lo he tenido que llevar al nutricionista y todo eso, entonces estábamos acostumbrados todas las tardes salir a correr, a caminar, a jugar a la pelota y ya no, ya no podíamos salir, hasta para el almacén de la esquina había que pedir permiso. Fue algo muy trascendental para nosotros y nos marco porque no pudimos salir casi por mucho tiempo, había que estar con el permiso.” Mujer venezolana RM 1*

> *“Mírame mis manos, horrible, las manos tan resecas, es una cosa horrible, si se me enfermaron las manos un tiempo, me salieron como rosetones pero yo creo que de tanto mismo lavártelas, el alcohol gel, los guantes.” Mujer venezolana RM 3*

Por otra parte, la salud mental fue un tema muy importante a la hora de abordar las consecuencias de la pandemia sobre la vida de los participantes. Para algunos, los últimos meses trajeron una oportunidad de cambios que tuvieron un impacto positivo sobre su salud mental:

> *"Ahora estoy así viendo que hago, pero estoy feliz la verdad, creo que en medio de todo ha sido positivo, ha sido positivo todos los golpes que me ha dado personalmente la pandemia siento que me a ayudado a relajar un montón de ideas que yo tenía, entonces la verdad es que estoy bien. Estoy feliz y me gusta dar clases de español" Mujer colombiana RM 2*

> *"Me gusta la vida, el tiempo que tengo en mi casa me gusta disfrutarla y soy el que cambia la casa de lugar constantemente, porque aparte de ser diseñador de modas, soy profesor de arte y un montón de cosas, entonces como que, pinto, sobre pinto los cuadros, hice unos 6 cursos nuevos, y cosas pendientes que quería hacer, me vi todas las series de Netflix" Hombre argentino RM 1*

Sin embargo, para muchos participantes, la pandemia, especialmente las medidas de confinamiento, tuvo consecuencias negativas sobre su salud mental:

> *"Estaba a Santiago cuando empezó la pandemia. Yo, me molesta un poco porque en mayo, me dicen: no, vamos a hacer una fiesta para (mi hijo), su primer año y empieza la pandemia. Y pasé ese momento sin hacer nada porque no puede juntar mucha gente, tampoco no puedo salir, eso me molestaba igual." Mujer haitiana RM 1*

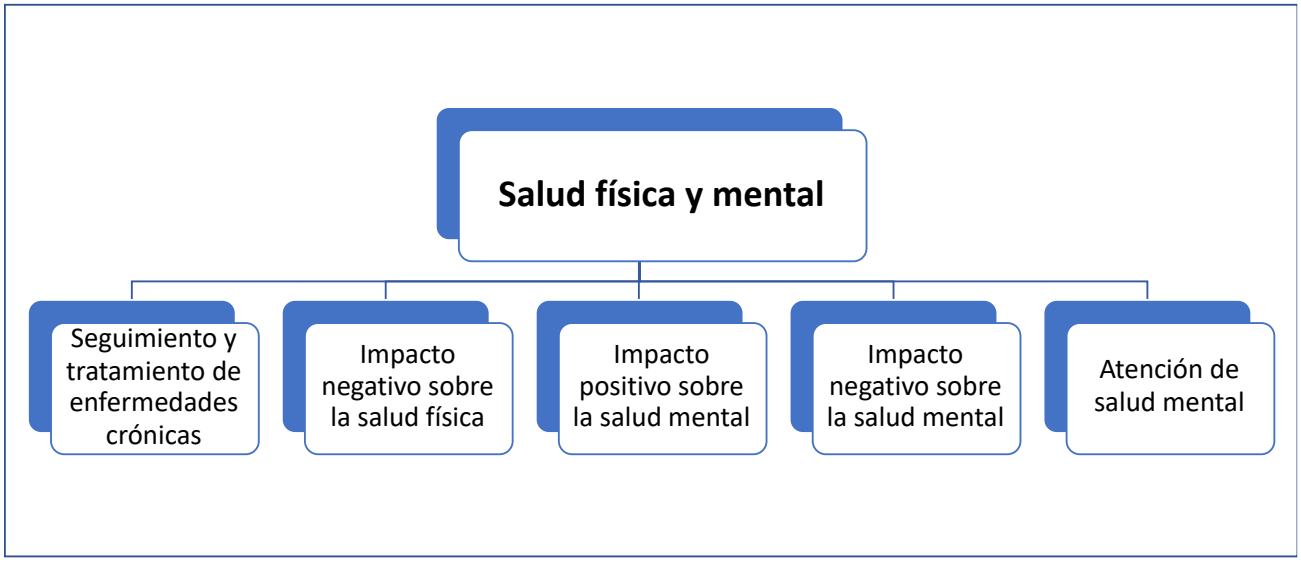
> *"Mira, el primer mes obviamente, yo creo que el primer mes y segundo mes fue terrible tanto para ellas (personas mayores que cuida) como para mí porque ni ellos podían salir ni yo podía pasearlos ni yo podía salir, nada, fue caótico te digo que hasta me caí me fracturé un pie y toda la cosa porque fue horrible, una cosa muy estresante para todos, yo creo que todos en general. No salíamos, no nos asomábamos porque casualidad que vivimos cerca de (hogar de ancianos) y te podrás imaginar el trauma cuando se contagió esa gente, que si el gato venía, que si nos cogía el miedo que el gato traía la contaminación, el virus, la vaina, una locura." Mujer venezolana RM 3*

En este contexto, y habiendo tenido experiencia de atención de salud mental previo a la pandemia, solamente dos participantes buscaron ayuda profesional para sobrellevar el impacto de la pandemia sobre su salud mental:

> *"Bueno este, créeme que este año full terapia porque si no de verdad que hubiese colapsado, y bueno yo porque de verdad tengo colegas y tengo el beneficio en Venezuela de que me pueden tratar gratuitamente vía online pero, sé de personas por ejemplo tengo una amiga en Perú que no cuenta con estos recursos obviamente porque no tiene el beneficio y de verdad que para ella ha sido súper difícil, no te digo que para mí no" Mujer venezolana RM 2*

> *"En este punto por ejemplo porque tenía solamente psiquiatra cuando estábamos más privilegiados, porque (su esposo) no tiene que salir de casa para ir a, yo no tengo que salir de casa, para nada, tenemos condiciones de privilegio" Hombre brasileño RM 2*

Figura 46. Códigos emergentes de la categoría “salud física y mental”



La pandemia puede haber **debilitado redes de apoyo**, como en el siguiente caso:

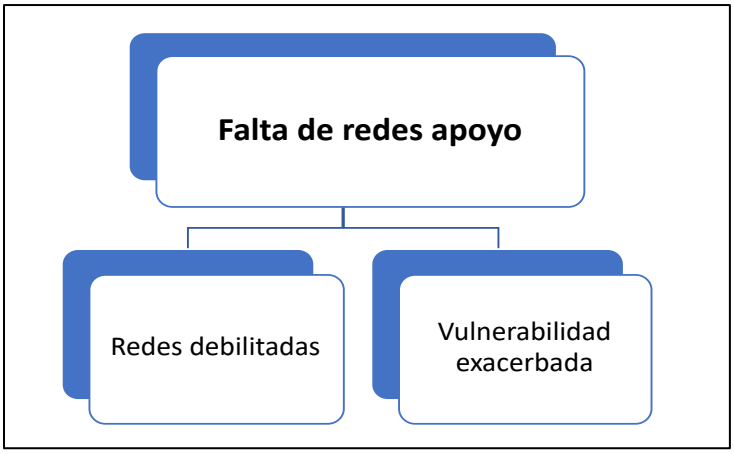
> *“Sí, estoy asustada, lo peor que no tengo con quien dejar a los niños porque antes de la pandemia vivía yo con mi madrastra acá en, y entonces ella se fue para Arequipa porque le tocó hacer algo del trabajo y justo cuando se fue la pandemia empezó, y ahí se cerró las fronteras y ahí no pudo entrar. Lo que me da preocupación es que yo tengo que estar bien, bien de salud bien bien, porque son chiquititas mis hijas y no las puedo dejar con cualquier persona, hay que tener mucho cuidado porque son pequeñitas, siempre hay que cambiar pañal, darles la leche, la hora de comer estar ahí con ellas, esa parte y más que todo con la situación de salud, eso me ha complicado bastante” Mujer peruana Arica 1*

Por otra parte, el hecho de tener pocas redes de apoyo también fue una fuente de preocupación en el marco de la pandemia:

> *“También el tema de estar de una manera incierta, que no sabes que va a pasar y todo esto, por ejemplo te planteo mi caso que somos inmigrantes y obviamente no tenemos esa estabilidad, por ejemplo a nivel económico porque se supone que si no trabajas no tienes tus recursos, no. Entonces claro ha sido bastante aprensivo, vamos a decirlo así porque o sea verte sin trabajo y estar en una situación que no cuentas con más nadie sino contigo, es difícil, de verdad que no ha sido fácil.” Mujer venezolana RM 2*

Finalmente, destacan los dos siguientes relatos, que trasparentan la manera en la cual las diferentes capas de vulnerabilidad social que pueden experimentar y la violencia institucional a la cual se pueden enfrentar las personas migrantes internacionales en Chile en el contexto de la pandemia (cuadro 2):

Figura 47. Códigos emergentes de la categoría “falta de redes de apoyo”



Finalmente, se relatan algunas experiencias de violencia institucional durante la pandemia, por ejemplo:

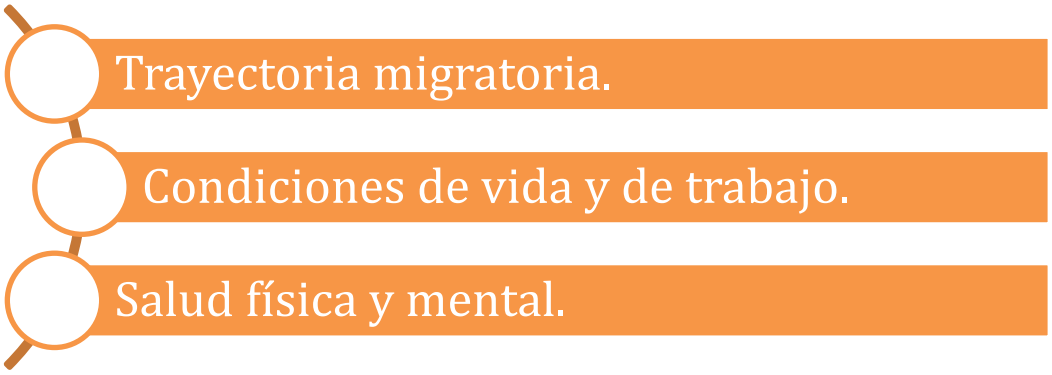
> *“Una vez mi hijo mayor estaba, tenía como un mes de haber llegado y él tiene ortodoncia, tiene tratamiento de ortodoncia de Colombia y él usa los dientes, se le había movido tanto que ya no aguantaba el dolor, entonces yo contacto a una amiga que también ella tiene un tratamiento de ortodoncia pero me dice que la doctora, la odontóloga es por San Miguel. Porque ya los dientes le habían corrido y cuando corre el alambre que le ponen entre los brackets se va saliendo y sale hacia la mejilla por dentro y ya tenía un hoyito por dentro entonces yo dije, ya saque mi salvo conducto, el era con su pasaporte, no tenía todavía un RUT para sacarle su permiso, entonces no se lo pude sacar y nos fuimos así, y saliendo de la consulta nos pararon los Carabineros, bueno incluso nos tomaron, nos tuvieron detenidos cuatro horas, nos hicieron firmar unos documentos. Parecíamos criminales mejor dicho. A mi hijo se lo llevaron por allá lejos, a mí me tuvieron por otro lado. Bueno al fin y al cabo, nos soltaron como a las nueve de la noche, desde las tres de la tarde nos soltaron a las nueve de la noche. Nos tuvieron allá en la comisaria de San Miguel, y bueno como hace un mes me llegó una citación para una audiencia porque mi hijo no tenía salvo conducto, por una multa impuesta que le están poniendo a pagar en Unidades Tributarias (UTM). Cuando yo le mostré mi constancia de que estaba en el medico los carabineros no le dio importancia a eso, nos trataron como unos criminales, yo les decía que a mi hijo no se lo podían llevar lejos entonces me insultaban, me decían que si querían me esposaban, entonces fui horrible, fue una experiencia traumática para mí, fue traumática y para mi hijo igual, desde ahí él dijo que no volvía a salir, ahora está volviendo a salir y es con mi hermana que se lo lleva a trabajar.” Mujer venezolana RM 1*

> *“Ya entro en otros terrenos pero yo tengo un amigo de Haití también que con todo este tema de Carabineros y la cuarentena y eso el vendía súper ocho y aguas en el semáforo de mi casa, ahí como que nos conocimos y todo. Y él seguía yendo en la cuarentena porque tenía que de algo tenía que vivir no sé, tenía que comer, tenía que seguir pagando el alquiler y era vendedor ambulante todo, pero iba, tenía que seguir yendo a trabajar y bueno llegó Carabineros y le quitó todas sus cosas, él perdió plata en ese momento, perdió su canastita donde vendía y quedó absolutamente desamparado, absolutamente porque hicimos lo del bono COVID o sea lo ingresamos y hasta el día de hoy no le llegó un peso, o sea estuvo en una situación muy, muy extrema también y tuvimos que hablar con los vecinos para que con los vecinos juntemos comida, juntemos plata para darle y eso por ejemplo en ese sentido siento que hay muchas violencias con los migrantes, y una de esas es la salud. Él tampoco tenía FONASA así que, si se enfermaba, si él se enfermaba qué pasaba, no sé cualquier cosa.” Mujer colombiana RM 2*

2) Punto de vista y experiencia de los expertos

Por su lado, los expertos entrevistados abordaron los mismos aspectos que las personas migrantes internacionales, exceptuando la educación y las redes de apoyo.

Figura 48. Categorías de la temática "impactos de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile"



En primer lugar, con respecto a la **trayectoria migratoria,** uno de los aspectos más mencionados por los expertos en esta temática fue el aumento de ingresos por paso no habilitado:

> *"Principalmente son venezolanos que vienen por un tránsito bien definido y actualmente la mayoría está ingresando por Bolivia. Y no es algo temporal o sea nosotros tenemos una estimación que vamos a estimar por bastante tiempo más, no olvidar que esto no es solo una crisis sanitaria, también es una crisis social, una crisis económica, una crisis política en muchos países entonces, he visto artículos sobre el hambre que va a empezar a aparecer en Sudamérica" Experto 4*

> *"Cerraron las fronteras y la cantidad de personas que ingresaron por pasos no autorizados, muy alto y también con mucha vulnerabilidad, muchas, embarazadas cruzando y tú sacas la cuenta que pasaron como de 8 meses por el desierto. O mujeres que hasta el día de hoy me relatan que pasan con niñitos de 3 años, 5 años." Experta 7*

Asimismo, se mencionaron los plazos alargados para la resolución de trámites migratorios o la imposibilidad de acudir a una oficina para solicitar una visa y regularizarse:

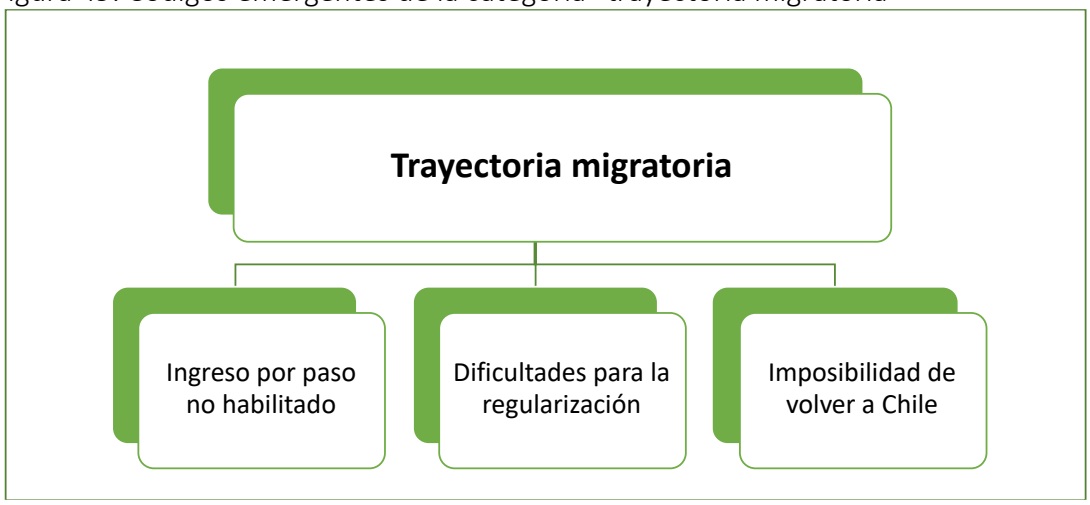
> *"Y está todo atrasado en extranjería, hay muchos que tenían sus papeles y hoy día los están perdiendo entonces, hay mucha irregularidad y esto genera esta situación. A mí me preocupan mucho niños, niñas y adolescentes porque están en familias en ese nivel de vulnerabilidad." Experta 5*

> *"Están muy desprotegidos, de hecho bueno, para que decir que con esto de las cuarentenas no pueden pedir permiso para salir, o sea ya partiste mal, y además que no podían regularizar los papeles porque estaban todas las oficinas cerradas [...] y pedir hora por internet y por internet es imposible" Experta 9*

Finalmente, se abordó el caso de personas con la visa en trámite en Chile que se encontraban fuera del país y no pudieron regresar:

> *"Hay mucho migrante que quedó fuera no cierto, con visa en trámite escapándome un poco de lo sanitario pero que es consecuencia del coronavirus y que no han podido volver hasta la fecha porque se les venció la cédula estando afuera y en el fondo, acreditar residencia en Chile es tener cédula vigente, y tiene su visa en trámite, pero no cédula vigente y eso implica ir al consulado a pedir un salvoconducto, que no siempre se otorga, depende mucho del cónsul. Entonces igual hay harta población migrante que se quedó adentro, turistas y al revés." Experta 1*

Figura 49. Códigos emergentes de la categoría "trayectoria migratoria"



Con respecto a condiciones de vida y de trabajo, en lo que concierne las condiciones de vida y de trabajo, se consideró la migración como factor de vulnerabilidad social exacerbada durante la pandemia:

> *"Y me atrevo a creer desde un punto de vista general que las cosas empeoraron para los migrantes, pero empeoraron "peormente" si me permite decirlo así para los migrantes como todos sabemos, migración es un factor de vulnerabilidad [...] es un determinante social de la salud que tiende a ser más negativo, las cosas empeoraron y sobre todo para cierto grupo de migrantes: por ejemplo, los haitianos, los venezolanos, los que venimos del Caribe, de Suramérica" Experto 2*

> *"el ingreso de personas por paso no habilitado, aumentado, por ejemplo el número de familias incluso en situación de calle, generando atochamiento en los dispositivos de salud, en los dispositivos de prevención, en los dispositivos de cómo se enfrentaba esta situación y se fueron generando temas como: la alimentación, la prevención, la comida para personas que estaban haciendo cuarentena pero particularmente en el norte, lo que han reportado los equipos es que las personas en situación de calle" Experto 3*

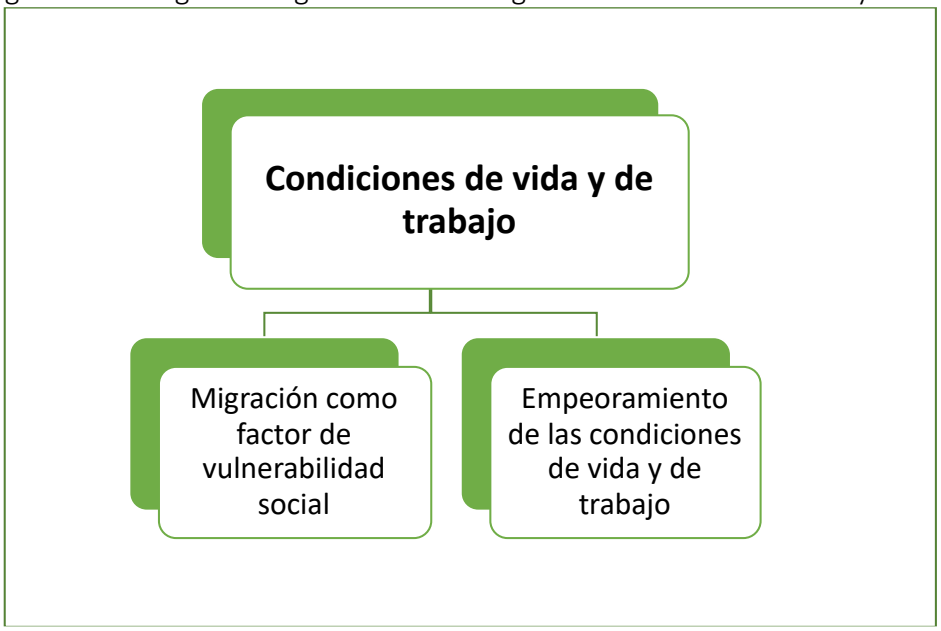
Más específicamente, los expertos coincidieron en que empeoraron las condiciones de vida y de trabajo de las personas migrantes internacionales en Chile de manera interrelacionada:

> *"Pero en tiempos de pandemia cuando particularmente las personas empiezan a quedar sin trabajo formal, uno queda de testigo y queda de manifiesto la dependencia absoluta al tema del ingreso (...) queda un efecto*

dominó (...) entonces la amenaza de expulsión de vivienda de personas migrantes es algo que se amplificó y se vio con mayor crudeza" Experto 3

"Mira, si para un ciudadano es complicado, para un migrante lo es mucho más, porque un migrante es mucho más prescindible, a la hora de hacer, de reducir de plantillas de personales en las empresas los migrantes son los primeros descartables, por ejemplo. Es así de crudo, porque habrá algunos que no tienen la residencia, habrá algunos que tendrán la residencia en trámite, y por supuesto, se empieza a tener que darle preferencia a los nacionales obviamente, eso no se discute. Pero en medio de la tragedia que supuso la pandemia en ese sentido, como te digo los migrantes fueron los primeros descartables del sistema" Experto 6

Figura 50. Códigos emergentes de la categoría "condiciones de vida y de trabajo"



En lo referido a **salud física y mental,** En lo que concierne el acceso a atención de salud durante la pandemia, los expertos comentaron que se dificultó, en especial para el seguimiento de enfermedades crónicas y prevención de otras enfermedades:

"Y ahí tenemos un trabajo, un desafío tremendo, no solo por la respuesta frente a la pandemia sino que también por todo el, los controles de salud que se han perdido a raíz de la respuesta a la pandemia. Desde los controles del niño sano de las migrantes gestantes, y de todos los controles programáticos que tiene salud, desde no sé, el programa cardiovascular, tema de salud mental, etc. etc. alimentaciones complementarias, se han perdido un poco por el temor de las personas de acercarse a los centros de salud. Y también, por cierto, hay que definir el recurso humano ha estado focalizado actuando en la respuesta a la pandemia y se han dejado de realizar algunas prestaciones, o prestaciones que son remotas y no todos los migrantes tienen acceso a plataformas de contacto vías remotas" Experto 4

Asimismo, la pandemia tuvo consecuencias sobre la salud física y mental de las personas migrantes internacionales en Chile:

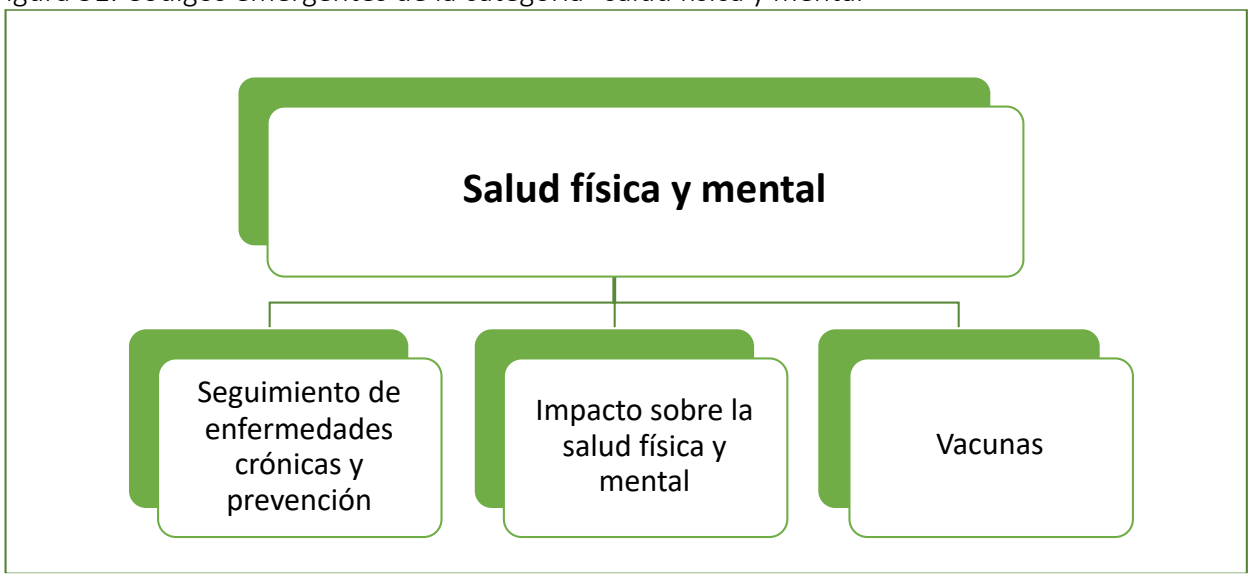
> *"Vi llegar en esta pandemia sobre todo a haitianos muy enflaquecidos, personas que de hecho murieron y que de repente están acá en Santiago este último periodo, y no tuve mucha información de su vida (...) lo que uno tiende a entender es que estaban en el sur en el campo y no me queda tan claro, pero uno sospecha que sus condiciones de vida en ese tiempo [...] que pasaron hambre, que pasaron frío, o sea con COVID o sin COVID la enfermedad que tuvieran los agarró con un estado de salud bien, su estado basal de salud bien precario, acá se aplican todas los determinantes sociales de la salud" Experta 7*

> *"un tema muy relevante que hemos levantado es el tema de la salud mental de la persona migrante, que tiene que ver con que efectivamente, estás viviendo una pandemia, lejos de tu familia, lejos de tus redes." Experto 3*

Finalmente, se vislumbra un desafío cercano, que es el acceso a vacunas:

> *"Yo creo que el tema de la vacuna va a ser un tema, sí o sí, la pregunta no va a ser ¿a quién se la vamos a poner primero? si no a quién se la vamos a colocar al final, eso yo creo que va a ser una gran discusión (...) va a haber un tema de racismo y xenófobo de a quién se la vamos a poner, lo mismo va a ser el tema de los presos ¿vamos a invertir en ellos? Porque científicamente hay modelos que explican el trabajo de la vacuna y de hecho hay proyecciones, pero yo creo que va en como social y políticamente se aborde el tema y eso es un punto de inflexión" Experto 10*

Figura 51. Códigos emergentes de la categoría "salud física y mental"



Como cierre de esta sección, sin duda alguna, la pandemia viene teniendo consecuencias importantes para las personas y comunidades migrantes internacionales en Chile. A nivel nacional y macro, una de las preocupaciones principales de los expertos entrevistados fue el aumento de los ingresos por paso no habilitados, lo cual es provocado por la crisis social y económica producto de la pandemia en otros países de la región de América y el Caribe y el cierre de frontera en Chile, que, lejos de impedir el ingreso, lo vuelve más peligroso y produce precariedad migratoria por las barreras de regularización, con consecuencias sobre las futuras condiciones de trabajo y de vida de quienes ingresan por este medio.

En lo que concierne las personas migrantes internacionales entrevistadas, los resultados en torno al impacto de la pandemia sobre su vida muestran que éste fue muy importante y por lo general negativo. El impacto socioeconómico de la pandemia afectó a la mayoría de los participantes, considerando condiciones estructurales frágiles y situaciones de vulnerabilidad social preexistentes, que se vieron exacerbadas. Asimismo, los factores de vulnerabilidad relevados tales como el estatus migratorio y la precariedad laboral muchas veces se interrelacionan: una solicitud de visa estancada por la pandemia significa quedarse trabajando en la informalidad, con riesgos mayores de contagio, de condiciones precarias de trabajo y de recibir una multa. Asimismo, la pérdida y falta de redes de apoyo pueden tener consecuencias dramáticas sobre las condiciones de vida y los ingresos de una persona, que por ejemplo ya no puede salir a trabajar por tener que cuidar a sus hijos. En estos elementos, lo comentado por los expertos coincide: la migración puede ser un factor de vulnerabilidad social, y eso se puede exacerbar en el contexto de una crisis social y sanitaria como la pandemia por COVID-19.

Asimismo, las preocupaciones por el estatus migratorio, poder mantener una fuente de ingresos y condiciones de vida dignas, y no contagiarse trajeron consecuencias sobre la salud mental de los participantes, así como el encierro prolongado. De la misma manera, el encierro tuvo consecuencias sobre la salud física de varios. Sin embargo, la búsqueda y acceso a apoyo en servicios formales de salud fueron muy limitados.

Sin embargo, cabe señalar que, para algunos, aunque una minoría, la pandemia trajo oportunidades y cambios positivos, reforzando el planteamiento de que las personas y comunidades migrantes internacionales no forman un solo grupo poblacional homogéneo, y que sus experiencias son diversas y múltiples.

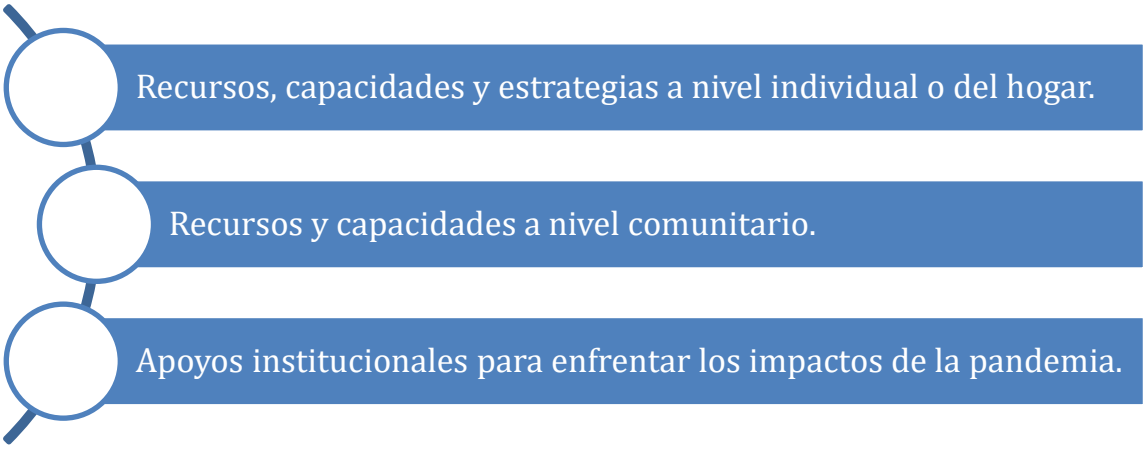
e. *Capítulo 5: "Aprendí a vivir con la cuarentena y con este tema del estrés, del encierro": Recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia*

Frente a la pandemia y las consecuencias que ésta ha tenido sobre los diferentes aspectos de la vida de los participantes, ambos grupos de entrevistados describieron recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento a nivel individual, de hogar, de comunidad y apoyos externos. Se presentan las experiencias de las personas migrantes internacionales primero, para luego ahondar en lo relatado por los expertos. Finalmente, se discuten ambas miradas en una tercera parte.

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Las personas entrevistadas describieron recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento a nivel individual y de hogar, en ciertos casos también a nivel de comunidad y finalmente los apoyos externos a los cuales algunos accedieron.

Figura 52. Categorías de la temática "recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia"



En primer lugar, sobre los **recursos, capacidades y estrategias a nivel individual o del hogar,** la posibilidad de volver a trabajar fue un factor de alivio tanto desde el punto de vista económico que para la salud mental de algunos participantes:

> *"En algunas veces me he sentido cabizbaja y me daba como ansiedad y no podía dormir, eso, pero de ahí, estamos más tranquilos. Por miedo a contagiarme y porque no sabía cuando iba a pasar todo esto porque a la larga el dinero se te termina y si no tienes trabajo que más hacia acá yo sola con mi familia. No, estoy más tranquila, el trabajo me ayudó, el volver a trabajar me ha ayudado." Mujer ecuatoriana RM 1*

"Gracias a Dios, o por suerte mi esposo volvió a reintegrarse a su trabajo, obviamente no con el mismo sueldo, pero ya estando allí en el trabajo (…) actualmente estamos viviendo en un departamento súper pequeño pero estamos nosotros dos. Un apartamento económico, muy económico para como se paga aquí en Chile, aquí estamos. Es súper pequeño." Mujer venezolana RM 2

También en el ámbito de la salud mental, los participantes recurrieron a estrategias individuales o del hogar para lidiar con el estrés, la incertidumbre, el miedo y la angustia:

"Yo aprendí a vivir con la cuarentena y con este tema del estrés, del encierro imagínate tu, yo tengo treinta años y vivía con gente que el menor tenía sesenta y siete y no eran las mismas costumbres porque yo soy extranjera, pero gracias a Dios nos adaptamos unos a los otros y aprendimos a vivir, hicimos migas. Ya vengo me voy de viaje, y yo me iba al segundo piso, ya vengo me voy a la rumba, a dale nos vemos en la noche y así jugábamos entre todos nosotros que salíamos. Para donde va, me voy a tomar un té, para donde va, no voy al centro y vengo, e íbamos a dar una vuelta a la casa y cosas así." Mujer venezolana RM 3

"Bueno, estaban un poco con susto, pero aguantamos, lloramos, aguantamos y mi señora también tiene conocimiento, es TENS, y ya como se entiende y cuidamos las medidas que ponemos." Hombre haitiano RM 2

"Tengo casi 7 meses sin escuchar noticias, nada, nada de noticias, solamente (mi esposo) ve noticias, yo no, prefiero pasar mi tiempo eh, telenovelas para distraerme, pero si, tenía miedo, mucho miedo" Mujer haitiana RM 1

Las redes de apoyo esencialmente familiares también fueron esenciales para enfrentar la pandemia y sus consecuencias:

"Afortunadamente tenemos buenos amigos acá en Chile que no sé, cualquier emergencia sabemos que los podemos llamar y ya son amigos no sé, veinte años de mis papás o míos, no sé quince años desde el colegio, la universidad con los cuales tenemos comunicación fluida y permanente todo el tiempo entonces, y también con la familia de mi pareja, sabemos que nos podemos apoyar, ellos cuando se enfermaron nosotros también les llevábamos mercadería porque no podían salir entonces sabemos que si nos ocurre ellos también lo van a hacer con nosotros, entonces eso nos da tranquilidad (…) estuve cinco meses sin sueldo (…) yo tengo la fortuna de que he vivido toda la vida con mis padres pero muy complicado en ese sentido" Mujer argentina RM 1

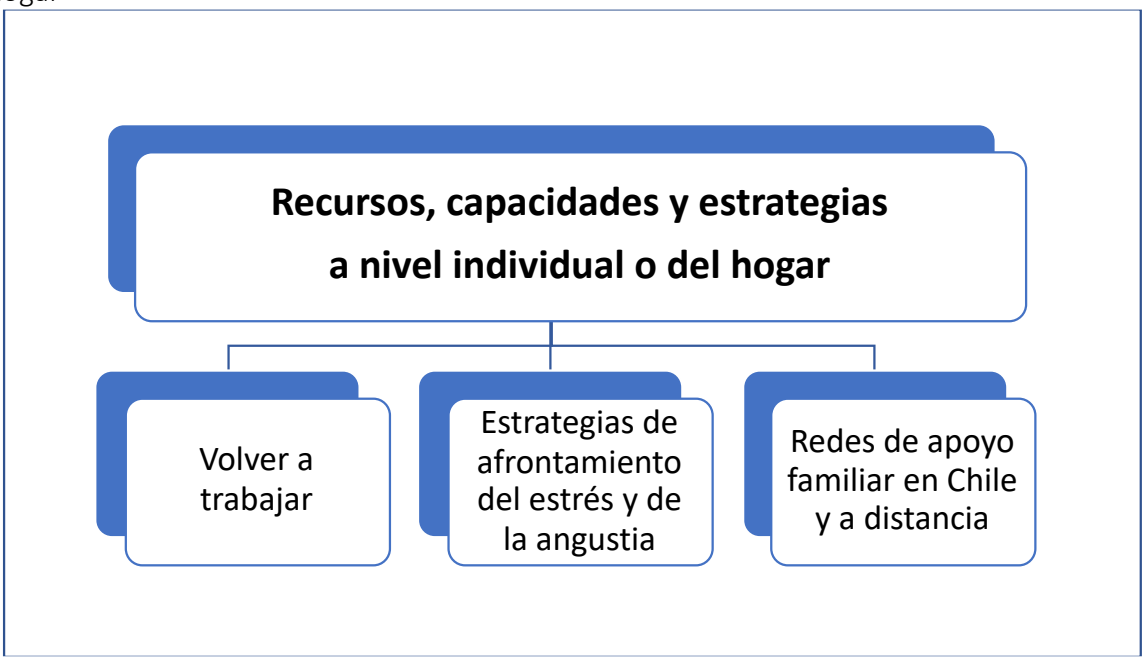
"Tenemos que caminar para llevar a mi bebé donde mi cuñada, luego irnos caminando para el trabajo, tenemos que salir muy temprano y llevar al bebé caminando porque no tenemos para pagar el pasaje." Mujer venezolana Arica 1

Asimismo, el contacto con familiares a distancia fue importante para los participantes en su manejo del aislamiento y el hecho de estar lejos de sus familiares durante la pandemia:

"Emocionalmente no ver a mis hermanas, pero con las videollamadas no estás ahí no la puedes abrazar, pero sabés, yo calculo que esta pandemia 40 años atrás cuando no había ni siquiera teléfonos celulares ni nada si hubiese sido un caos [...] se extraña distinto" Hombre argentino RM 2

"Lo más triste que como dejar a mis hijos, pero saber que estoy acá mandándoles para que puedan comer, les pago un techo para que puedan estar tranquilos." Mujer colombiana RM 3

Figura 53. Códigos emergentes de la categoría "recursos, capacidades y estrategias a nivel individual o del hogar"

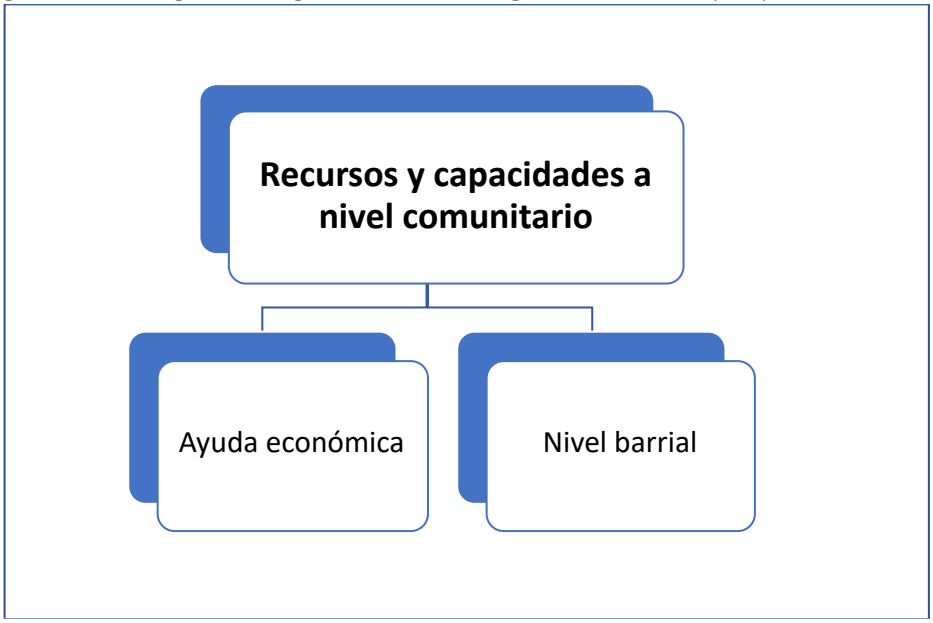


En segundo lugar, se hace mención a **recursos y capacidades a nivel comunitario,** se identificaron solamente instancias de estrategias de apoyo a nivel comunitario o entre vecinos, específicamente ayuda económica:

"Mira en el persa se hacen colectas para personas vulnerables, para pagar agua, luz, y vemos que a veces que el dinero que sobra es harto entonces podría ayudar a las personas" Mujer peruana RM 2

"Ya entro en otros terrenos, pero yo tengo un amigo de Haití (…) estuvo en una situación muy, muy extrema también y tuvimos que hablar con los vecinos para que con los vecinos juntemos comida, juntemos plata para darle y eso por ejemplo en ese sentido siento que hay muchas violencias con los migrantes, y una de esas es la salud. Él tampoco tenía FONASA así que, si se enfermaba, si él se enfermaba qué pasaba, no sé cualquier cosa." Mujer colombiana RM 2

Figura 54. Códigos emergentes de la categoría “recursos y capacidades a nivel comunitario”



En tercer lugar, surgió la temática de apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia, algunos participantes reportaron haber recibido apoyo desde diferentes instituciones del Estado u organizaciones de la sociedad civil durante la pandemia. Ese apoyo fue económico o través de canastas de alimentos:

> *“La ayuda nos la ha dado más Jesuita y migrante (SJM). Oh, demasiado, le dieron bueno a mi nombre o sea nos llamaron, nos dijeron que nos iban a ayudar mensualmente con el arriendo, con la comida y sí, sí lo hicieron. De ahí nos ayudaron, por cuantos meses nos ayudaron, desde el mes de julio nos ayudaron, nos dan una mensualidad del arriendo y con la comida.” Hombre venezolano Arica 1*

> *“O sea fue algo traumático para nosotros, o sea en la cuarentena por medio de mi hijo que ya tiene RUT chileno, él de nueve años, ya tiene su documento chileno, nos dieron, el gobierno por esa parte nos dio una ayuda mensual. Eran cincuenta mil pesos, no era mucho, pero algo te sirve, de algo te sirve, porque cincuenta mil pesos, algo haces con cincuenta mil.” Mujer venezolana RM 1*

Otros, sin embargo, recibieron poca o ninguna ayuda, en un caso por estar con su visa temporaria en trámite y no contar con su cédula de identidad:

> *“Hay personas acá que tienen su carnet, están legal acá en este país. Se inscribieron en la municipalidad y la municipalidad vino y entrego unas cajas de víveres y así también ayudo la municipalidad, si ayudo la municipalidad a otras personas, yo creo que a la gente que tenía, que estaban bien documentados. Claro, porque ellos se inscriben, ellos inscriben en la municipalidad y tienen que poner su carnet.” Hombre peruano RM 1*

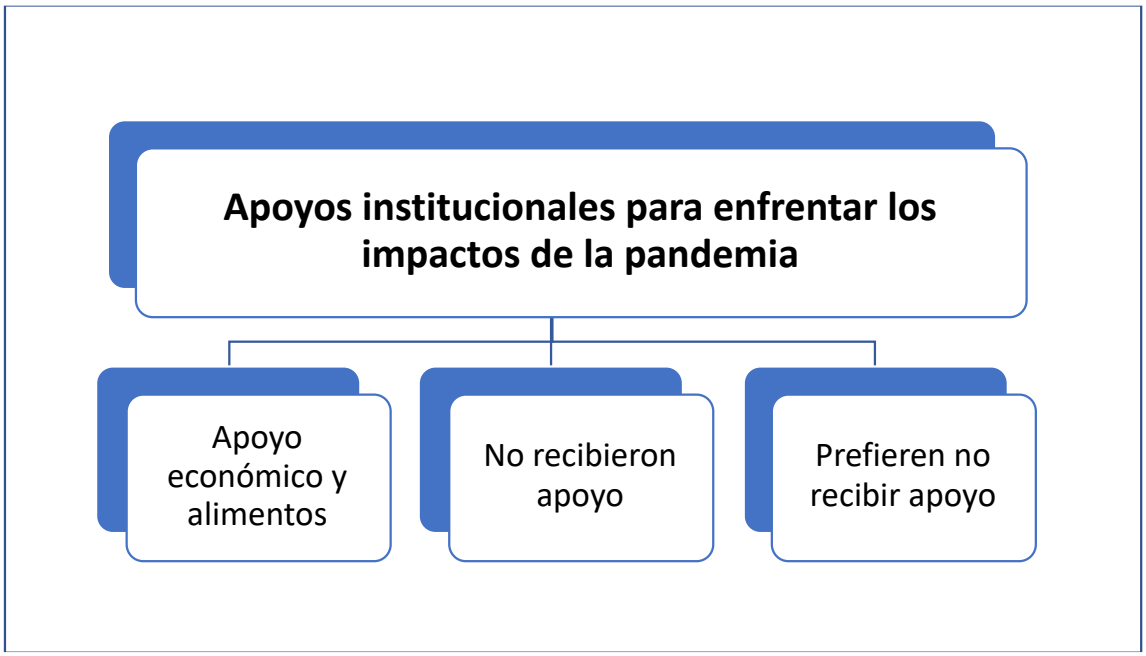
> *“Bueno, al principio estuvieron entregado unos mercaditos, el municipio estuvo entregando unos mercados pero una sola vez, y de ahí ayudas así no, ninguna.” Mujer colombiana Arica 1*

Finalmente hay quienes prefieren no recibir ayuda externa y enfrentar la pandemia con esfuerzo propio o que consideren no necesitarla:

> *"Ese es el tema, el dilema ¿por qué esperar a que el sistema te lo dé? (...) recuerdo que a mi mamá le trajeron las medicinas de adulto mayor pero no alcohol gel, nosotros mi familia no es que espere que ellos hagan algo por nosotros, nosotros siempre estamos trabajando, previniendo las cosas" Mujer peruana RM 2*

> *"Si, si nos llegó dos cajas de mercadería y eso, pero igual yo soy bien orgulloso en ese aspecto, yo creo que me estaré muriendo y no me gusta pedir ayuda, siempre he sido así, él que me conoce sabe que así soy yo, pero gracias a Dios no he tenido necesidades, he tenido trabajo y yo creo que esa caja le hace mucha más falta a otras personas. (…) trabajé en el área social y vi muchas necesidades en los campamentos, gente que de verdad necesitaba mercadería y yo a veces le digo a mi tía y me dice, yo voy a pedir una caja, por qué vai a pedir si no has visto las necesidades de los que realmente necesitan, nosotros podemos comprar. Y eso fue como que me marco en ese aspecto haber trabajado con asistentes sociales directamente, fue bueno y fue emotivo. Hay cada caso y son casos fuertes a veces." Hombre peruano RM 2*

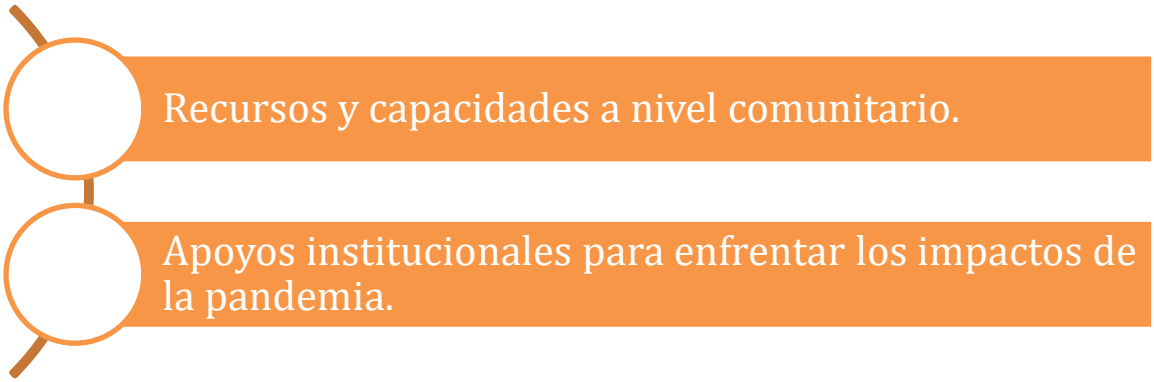
Figura 55. Códigos emergentes de la categoría "apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia"



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

Los expertos entrevistados se enfocaron en los recursos y capacidades a nivel comunitario para enfrentar los impactos de la pandemia y en los apoyos institucionales, sin mencionar las estrategias y recursos a nivel personal o del hogar a las cuales recurren las personas migrantes internacionales en Chile para enfrentar las consecuencias de la pandemia.

Figura 56. Categorías de la temática "recursos y capacidades de las personas y comunidades internacionales en Chile para enfrentar los impactos de la pandemia"



En lo concerniente a **recursos y capacidades a nivel comunitario,** lo que se relevó en esta categoría fueron las instancias de participación y organización comunitaria activa para enfrentar el impacto socioeconómico de la pandemia:

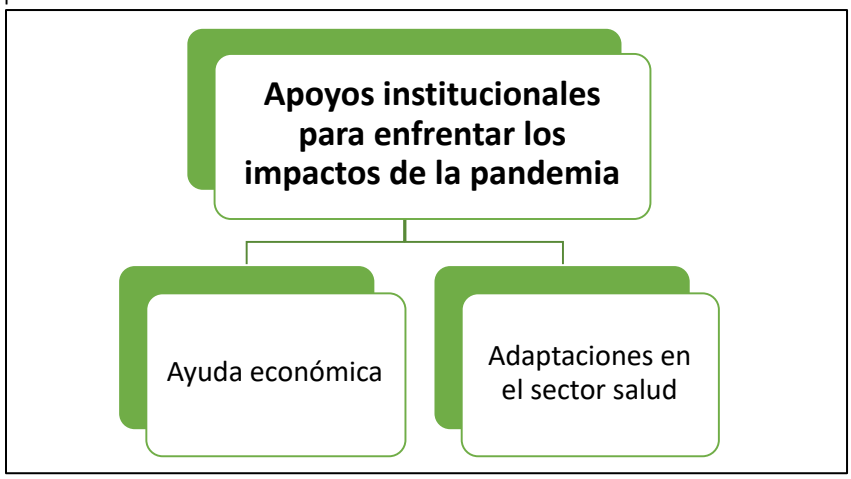
> *"Fuimos testigos de muchas instancias de organización en donde los migrantes estaban participando de forma protagónica, no tan solo de un rol más pasivo como receptor de beneficios, sino también como codo a codo con chilenos, chilenas, en la toma de decisiones, en la ejecución y particularmente con experiencias más comunitarias (…) Nos tocó ver experiencias de colectividades migrantes, que se preocuparon y organizan mucho en función de sus coterráneos, en función de necesidad de techo, alimentación, servicios médicos, atención de salud; y eso generó evitar caminos más burocráticos y como establecer como puentes directos entre la comunidad migrante y la necesidad que estaban demostrando" Experto 3*

Respecto de **apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia,** se relevaron instancias de apoyo institucional en forma de ayuda económica desde una organización de la sociedad civil y adaptaciones desde el sector salud para asegurar la continuidad de la atención a distancia:

> *"Entonces la forma de canalizar ayuda humanitaria era, nosotros nunca dimos alimentación con una caja de mercadería. Todo lo que se hizo fue por medio de transferencia económica (...) eso ameritaba a la persona que la recibía, la rendición de la misma. Entonces siempre llegó de vuelta la boleta del supermercado o la boleta del minimarket o cuando no había boleta y compraban en la feria, la foto de lo comprado" Experto 3*

"Aprendí a trabajar harto con llamado telefónico, no tanto por videollamada porque se cohíben un poco, hay que tener el mismo respeto a alguien de entrar a su casa (...) yo sé en ese sentido si no es necesario, no tengo para qué (...) entonces harto teléfono y harto correo (...) y el material que ustedes crearon les mando correos con las instrucciones de cómo hacer un trámite y resultados de cómo se usa el RUT provisorio, y material como adjunto o del SJM, antes nunca les pedía el mail ahora sí." Experta 7

Figura 57. Códigos emergentes de la categoría "apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia"



Como cierre de esta sección, en lo que concierne las estrategias de las personas migrantes internacionales para enfrentar las consecuencias de la pandemia, de una manera similar a las estrategias de prevención, éstas fueron principalmente individuales o a nivel de hogar y familiar. Por ejemplo, el poder volver a trabajar, a pesar de los riesgos de contagio, fue un alivio para varias personas quienes se enfrentaron a una pérdida de ingresos o a un cambio en sus condiciones de vida como producto de la pandemia. Asimismo, las estrategias de afrontamiento y de manejo del estrés y otros resultados negativos de salud mental fueron esencialmente individuales, a través de distracciones, por ejemplo, o familiares, a través de mantener contacto sostenido con miembros de la familia en el país de origen.

Desde un punto de vista socioeconómico, el poder contar con redes de apoyo fue clave para quienes las tuvieran en Chile y en algunas instancias, se organizaron vecinos para asegurar apoyo a quienes lo necesitaran. Un experto describió organización comunitaria también para enfrentar el impacto socioeconómico de la pandemia. También se describieron iniciativas desde organizaciones de la sociedad civil para proveer ayuda económica y alimentos por parte de los expertos, y varios participantes relataron haberse beneficiado de ese tipo de ayuda, por parte de organizaciones e instituciones del Estado. Sin embargo, algunos no se beneficiaron, aunque lo hubiesen necesitado, posiblemente por su estatus migratorio. En tal sentido, las estrategias relevadas para enfrentar la pandemia se centran en torno a asegurar ingresos y alimentos, afrontamiento de las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental y mantener redes de apoyo.

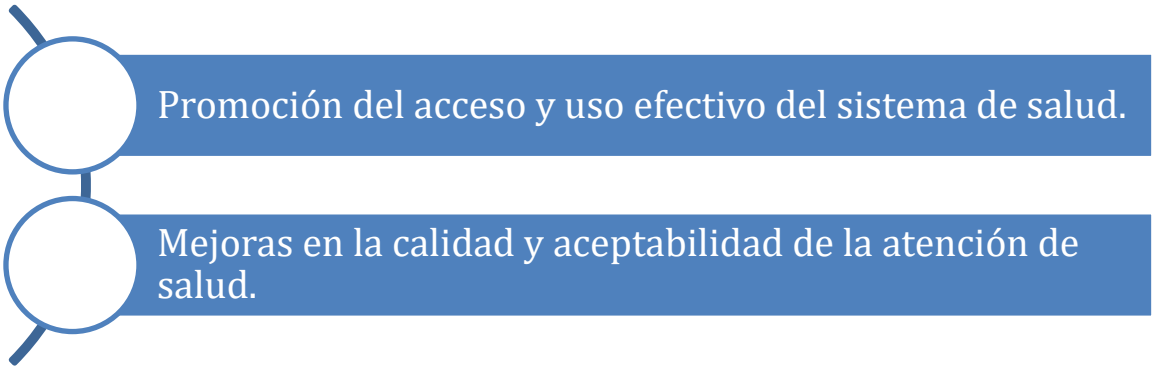
11. Resultados 3: RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

"No solamente entender la cultura, entender la realidad que viven los migrantes": Recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile

1) Relatos de personas migrantes internacionales

Desde su experiencia con el sistema de salud en Chile, las personas migrantes entrevistadas formularon algunas recomendaciones para promover, por una parte, el acceso y uso efectivo del sistema de salud y por otra parte, para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud.

Figura 58. Categorías de la temática "recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile"



Como primer punto, se señala por los participantes la dimensión de promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud. Los participantes mencionaron la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud independientemente del estatus migratorio o de la nacionalidad, y en este marco, brindar información sobre el derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile:

> *"A mí me gustaría que, si me toca ir a mi pues me gustaría que me atiendan, que me atendieran igual que como atienden acá a las personas, como atienden a todos, porque todos somos iguales, eso es lo que me gustaría a mí. Igual yo a veces me siento mal porque a cuando algo le pregunto y me dicen, como yo digo porque soy igual que el caballero, eso yo pienso cuando pregunto algo y me gritan, porque ese señor me decía ah, es que eres boliviana" Mujer boliviana Arica 1*

> *"Lo que pasa es que yo no estoy, yo no estoy enterada si como migrantes nosotros tenemos beneficios en la salud. Por ejemplo si un migrante viene y no tiene trabajo, no sé si tendrá el beneficio de ser atendido en un hospital o en una clínica, no sé si en caso tuviera una emergencia, eso no sé. Yo creo que deberían darse las oportunidades, o dar folletos, no sé, para que la gente que migra a cualquier país, no solamente Chile, tenga los conocimientos de que si va puede tener la seguridad de que puede ser atendido, aunque no esté legal. Yo por ejemplo vine acá y no sabía si podía ir a un hospital o no podía ir a un hospital sin trabajar, porque*

los primeros meses yo no estuve trabajando, me daba miedo enfermarme porque no sabía si iba a ser atendida" Mujer ecuatoriana RM 1

Por otra parte, se considera la necesidad de acortar los plazos para recibir atención, especialmente en el sistema público:

"Hacen esperar demasiado para poderte atender, hay que mejorar mucho el tiempo de espera y los requisitos para poder ser atendidos yo creo que hay que modificarlos." Mujer venezolana RM 1

"Si es algo chocante para mí en qué sentido que te dan turno, para ir a ver el médico, te lo dan para tal tiempo, esas cosas me entiendes, porque en Cuba no es así, en Cuba te sientes mal, tienes cualquier cosa, vas al médico y punto. Y cualquier médico te ve y ya sea ginecólogo, pediatra, ya sea, cualquiera usted llega a cualquier hora y el médico la atiende, pero acá para mí ha sido frustrante eso nada más" Mujer cubana Antofagasta 1

Asimismo, los participantes recomendaron facilitar el acceso a través de una regulación de los costos de las prestaciones y de los medicamentos, o en su defecto, facilidades de pago:

"Sobre todo en salud sexual y reproductiva deberían garantizarse y no sé si por ejemplo proveen métodos de anticoncepción (…) sé que veinte mil pesos es caro, si todos los migrantes lo pueden pagar, no sé, entonces ese tipo de cosas creo que deberían estar." Mujer colombiana RM 1

"El psicólogo, es casi un privilegio tener una atención de salud mental" Mujer peruana RM 1

"Entonces debería haber una seguridad para los migrantes de que se puedan atender con facilidades de pago, no digo tan gratis porque yo creo que ni el chileno recibe salud gratis, entonces debería de darse una facilidad para que la persona migrante se pueda atender" Mujer ecuatoriana RM 1

Finalmente, varios participantes consideraron la necesidad de mejorar el conocimiento sobre la realidad de las personas migrantes y su inclusión en la toma de decisiones en el ámbito de la salud:

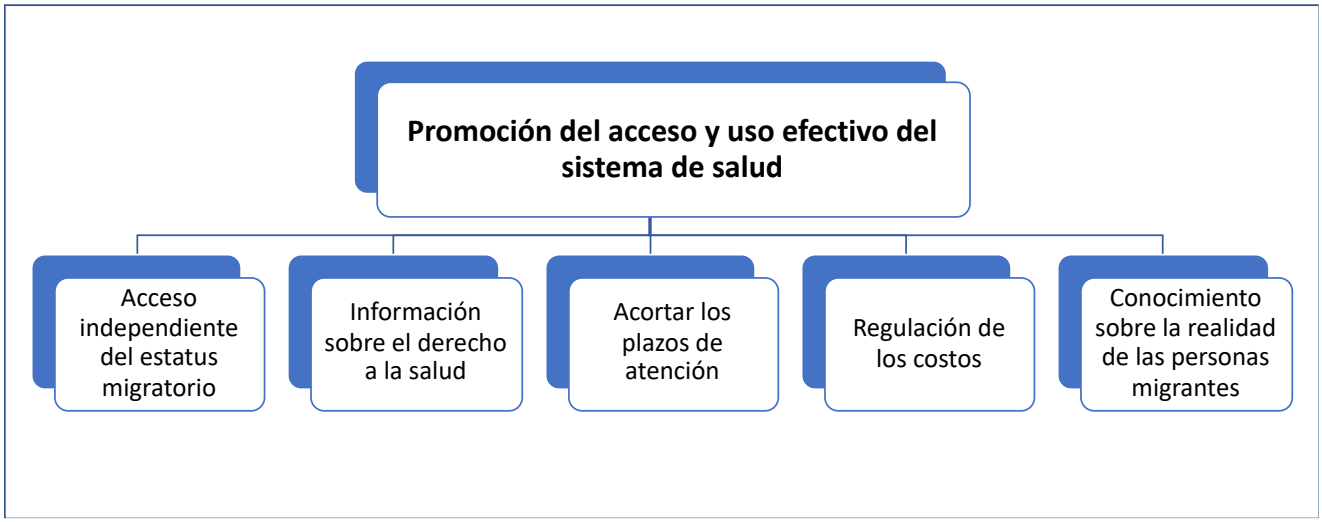
"Entender la cultura, no solamente entender la cultura, entender la realidad que viven los migrantes, lo que sufren y saber también el tema de acogido es súper importante, de brindar mayor apoyo a esas personas y el tema de salud es súper importante, tiene un papel súper importante para, de saludar más, para tener un mayor acceso a la salud." Hombre haitiano RM 2

"Mira es difícil porque si ya no es capaz de dar una mejor calidad a sus nacionales es mucho más complicado darle a los extranjeros, pero si ser un, ir como, debería haber como un ministerio o un no sé, cierto sector más abocado a las necesidades del extranjero, como le digo yo completamente de acuerdo que primero siempre los nacionales y siempre se respeta y siempre a sus ciudadanos y todo, pero no olvidar que igual todos somos seres humanos" Hombre peruano RM 1

"Claro, es como lo que se hace también, diagnósticos participativos en salud cuando se hace el plan comunal de salud se hacen muchos diagnósticos en juntas de vecinos y cosas así, también ahí debiese integrarse más a comunidades extranjeras porque es la instancia de escuchar y de que los extranjeros también podamos

hablar al respecto, dar nuestro parecer y finalmente o construir, que no sea algo tan impuesto porque puede que no le haga sentido al otro, desde la necesidad real" Mujer argentina RM 1

Figura 59. Códigos emergentes de la categoría "promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud"



En segundo lugar, se señalan **mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud.** En lo que concierne la calidad y aceptabilidad de la atención de salud, algunos participantes consideraron que se debiese, por un parte, mejorar la calidad humana y el carácter inclusivo de la atención y por otra parte, su pertinencia cultural y lingüística:

"Qué cosas diría, más incluyente, bueno realmente es algo ya es algo cultural pero, un poquito más de amabilidad hacia todos porque realmente los chilenos a veces veo que los chilenos sufren de eso, siendo atendidos sufren de eso, no sé yo digo que para trabajar con el público hay que estar preparados porque no siempre estamos de buen ánimo, entonces eso. Inclusión y amabilidad." Mujer venezolana RM 2

"Hay gente que es xenofóbica obvio, pero en general la gente hace cosas porque no sabe, porque es ignorante, entonces yo creo que lo primero que tienes que hacer es enseñar, o sea si tu eres funcionario público tienes que saber atender a la gente sea chilena, sea haitiana, alemana, como lo básico, yo sé que es muy difícil tener un poliglota pero si tu sabes que tu población migrante general es gente que habla español y creole, que sepan lo básico de creole, no sé qué tengan a alguien que sepa de creole, yo sé que no es un idioma fácil pero es necesario" Hombre venezolano RM 1

Asimismo, varios consideraron importante la inclusión de médicos extranjeros para mejorar la aceptabilidad de la atención:

"O sea hay médicos de Haití y hay gente buena, o igual de otras nacionalidades, pongo el ejemplo de Haití por la barrera idiomática pero cuando tu eres migrante y te atiende alguien de tu nacionalidad, tú te sientes más resguardado porque te entiende, el trato es distinto, y a mi me ha pasado, a veces yo, las veces que he ido a la clínica, cuando veo a algún venezolano me siento más tranquilo porque de alguna forma sé que me va a entender" Hombre venezolano RM 1

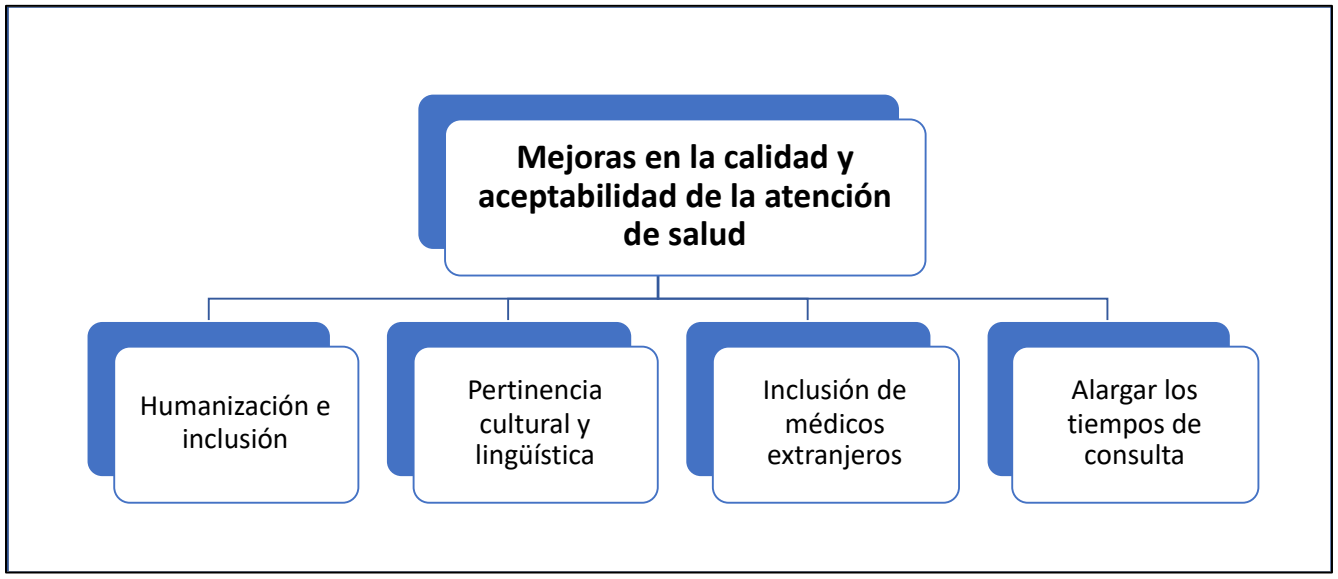
"Más que nada puede ser, hay muchos inmigrantes que son médicos, que han estudiado, darle la también la oportunidad a ellos de que como de pertenecer a su equipo de trabajo y así como que comparten experiencias de cómo atender al paciente, porque a lo mejor no todos traten de la misma manera al paciente como tratan ellos y eso sería una manera de, o tener médico, por ejemplo en el SAPUNAR, un médico especial para los inmigrantes, que trate bien al emigrante, que tenga ética profesional, que tenga empatía" Mujer venezolana Arica 1

Finalmente, se recomienda alargar los tiempos de consulta para poder recibir la atención integral requerida:

"Y tanto que, o sea que la atención medica se le preste al ciudadano, a la persona porque somos seres humanos como debe ser, tú no eres un poroto que te pone ahí, dime que es lo que tu siente y pone, no, tienen que revisar porque para eso es un médico, un médico tiene que revisar, tiene que tocarte donde te duele, tiene que examinar. Y yo he visto que al nivel público te dicen, que es lo que tiene y te dicen a ya tómese esto y listo. Tiene que haber más objetividad." Mujer venezolana RM 1

"Siento que bueno, en cuanto al sistema de salud chileno debieran de tomar más tiempo en el paciente, verdad, porque por ejemplo, llega alguien enfermo y lo atienden en menos de cinco minutos, independiente de la nacionalidad, toman poco tiempo con el paciente, debiera tener más tiempo con el paciente, estudiarlo más, no remitirlo y remitirlo, remitirlo a otro médico otro médico porque más se gasta. Bueno el chileno o el extranjero, para cualquier persona es más gasto porque remiten, remiten, remiten pero si, eso." Mujer venezolana Arica 1

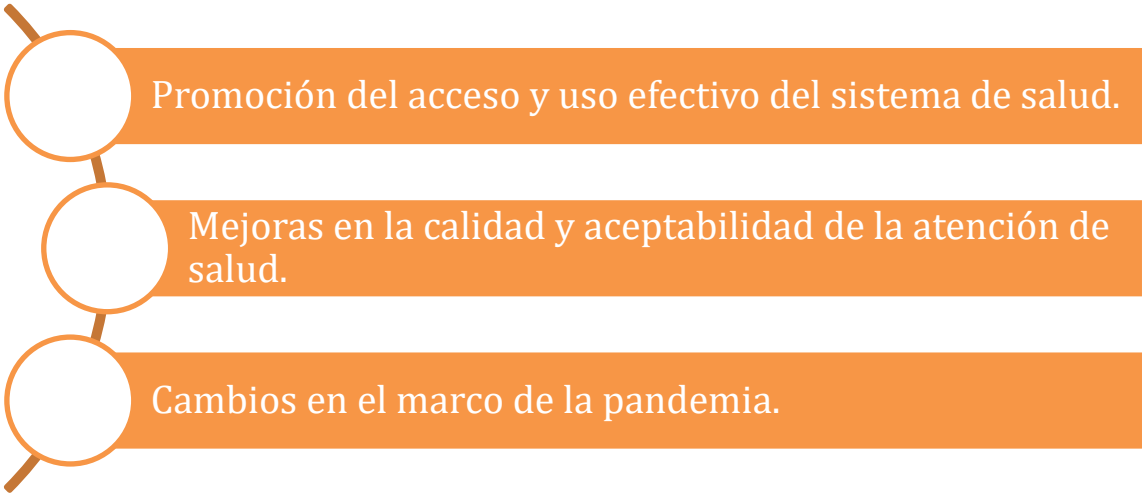
Figura 60. Códigos emergentes de la categoría "mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud"



2) Punto de vista y experiencia de los expertos

Por otra parte, los expertos entrevistados formularon recomendaciones generales para mejorar el acceso y uso efectivo del sistema de salud y para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud y específicamente en el marco de la pandemia.

Figura 61. Categorías de la temática "recomendaciones para la promoción de la salud de las personas migrantes en Chile"



El primer punto está referido a promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud. Frente a las barreras de acceso y uso efectivo del sistema de salud por parte de las personas migrantes internacionales en Chile, pero también en un contexto general de inequidades en el sistema, un experto consideró la necesidad de un cambio estructural en el modelo de salud chileno que garantizaría un acceso equitativo a la salud para todos en Chile:

> *"Constituye una barrera la segmentación del sistema, si tuviéramos un solo sistema de la manera que sea un seguro nacional de salud, o un servicio nacional de salud, el acceso para todos sería mucho más adecuado, esto es una política más grande que pesquisar a un migrante y vincularlo a una red (...) que solo tú por el hecho de pisar el territorio nacional tengas acceso a una red explícita de atención" Experto 8*

Por otra parte, se recomienda asegurar que los marcos legales y políticas existentes que efectivamente garantizan y promueven el acceso a la salud de las personas migrantes sean implementados de manera sistemática:

> *"Yo diría primero no claudicar, no renunciar a los procesos de capacitación de nuestra red asistencial a nuestros funcionarios, muchas veces por rotación de personal muchas veces no conocen la normativa que acoge las demandas de salud de las personas migrantes." Experto 4*

"A un nivel intermedio creo que es importante que instrumentos como el que mencioné por parte del MINSAL deben ser ratificados y aclarados respecto a las implicancias y los alcances que tienen o a nivel del trabajo coordinado y los acuerdos que realice FONASA con otras instituciones, como FONASA y las AFP, y las instituciones de salud privada" Experto 10

Asimismo, se debe reforzar la difusión información para las personas migrantes en Chile en torno a su derecho a la salud:

"Yo creo que también hay acciones que se pueden hacer al momento del ingreso o previo ingreso al país, hay un montón de cosas que uno podría hacer cuidando que no generen ningún tipo de discriminación, pero que faciliten la información. Uno podría esperar que toda persona que ingrese puede recibir o un folleto, o un video, o un correo previo ingreso sobre todo la gente que no tiene el mismo idioma. Eso se hace en otros países, teléfonos de contacto, en fin, cuando el migrante internacional que es pobre no se le da ninguna facilidad, en cuanto a su instalación en Chile, a cómo funciona la seguridad social por precaria que sea, y en salud eso nos toca profundamente." Experto 8

En lo que concierne la información, se requieren datos específicos sobre las características y necesidades de salud de las personas migrantes a nivel territorial:

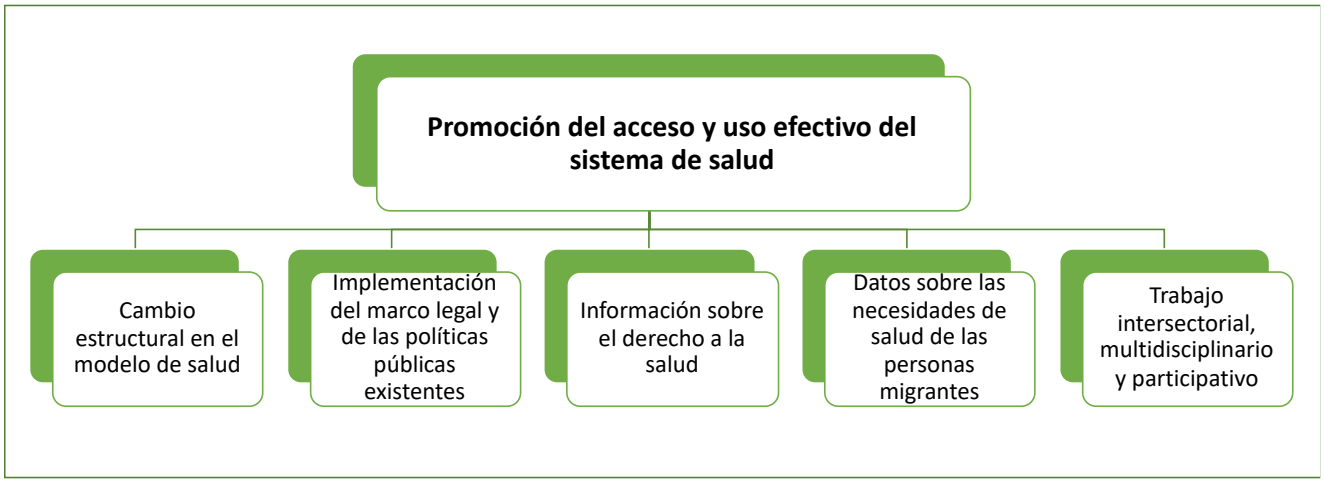
"Poder avanzar en el mapeo de esta movilidad poblacional, es importante conocer dónde están, porqué están ahí, donde viven, en qué trabajan, que edades tienen, que problemas de salud, no por un tema de control si no por poder llegar de mejor manera y responder a las necesidades que tienen. Intervenciones locales, focalizar recursos" Experto 4

Finalmente, se requiere un trabajo intersectorial, multidisciplinario y participativo que involucre a las comunidades migrantes:

"Generar como en cada centro de salud específicamente, núcleos, no sé si entre comillas especialistas de migrantes, pero algunos núcleos tal vez multidisciplinarios para que el mediador no esté tan solo [...] que trabaje con una enfermera, con un antropólogo con alguien más social y alguien de más médico, que el mediador no sea sólo un mediador, que haya un equipo de mediación por decirlo así" Experta 9

"Ya en un nivel más cercano en temas de salud, el reforzar el trabajo que se viene haciendo a nivel local, dotar de mayores capacidades y mayor apoyo real institucional más allá de un sello a las municipalidades y entregarles recursos, y un trabajo en red. Esto no es algo que es responsabilidad del estado, lo tiene tanto el estado a través del gobierno central como también el tercer sector, entiéndase sociedad migrante, sociedad chilena, como las ONG, academia y también por supuesto son importantes las misiones diplomáticas, y poner en protagonismo a las personas migrantes ellos tienen muchas herramientas" Experto 10

Figura 62. Códigos emergentes de la categoría “promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud”



En segundo lugar, emergió la dimensión de mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud. Así como se recomendó un cambio estructural para promover el acceso a la salud, se recomienda un cambio en el modelo de atención y gestión:

> *“Hay un modelo de atención que no siempre se acopla con un modelo de gestión, entonces es difícilmente si tú tienes metas que rendir y tú tienes un paciente cada 30 minutos o en casos peores en el rendimiento de los médicos, 6 por hora. Y no solo en ese tiempo es un tiempo exclusivamente cara a cara a las personas. O sea, yo tengo que abrir la ficha clínica que ya la mayoría es digital, tengo que llenar algunos datos entonces apenas estoy mirado a la persona, también estoy mirando la pantalla, tengo que estar preocupado de ingresar los datos, entonces va despersonalizando un poco la atención de salud, que para el caso de los migrantes debiese tener una mayor profundidad, porque de eso dependen muchas variables: la adherencia al tratamiento, la confianza, etc.” Experto 4*

Asimismo, la mayoría de los expertos recomendó capacitar el personal de salud en conocimiento intercultural y profesionalizar a los mediadores interculturales para mejorar la atención de salud a personas migrantes internacionales:

> *“Yo creo que, a nivel estatal, es como reforzar mucho la formación intercultural de las personas que trabajan en salud, de las personas que están por ejemplo en la ventanilla, de las personas que están en la primera atención que cada dispositivo tenga, la posibilidad de atender digamos desde esta dimensión intercultural. No es viable, no es posible. no es aceptable que centros de salud no cuenten con esa prestación, entendiendo que hoy día el número de personas migrantes en Chile es más de 1.500.000 y va a ir in crescendo.” Experto 3*

> *“Y yo partiría por desarraigar, por usar ese verbo, la idea de que si tu hablar creole puedes comunicar con el paciente haitiano y eso también tendría que venir directamente relacionado con la facilitación intercultural. Porque, muchas veces los criterios que usan para elegir a los facilitadores no son de los mejores. Con eso no estoy diciendo que no lo está haciendo bien, lo están haciendo bastante bien,*

necesitamos contextualizar, institucionalizar, profesionalizar, tal como lo hacen en España e Inglaterra ¿no? en Francia" Experto 2

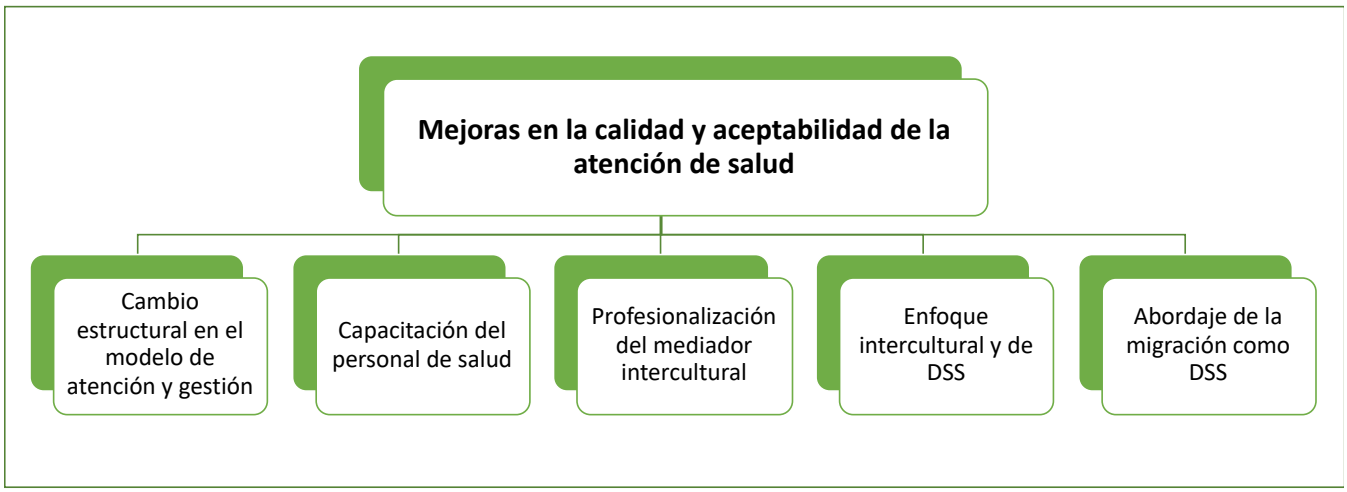
Asimismo, se debe promover de manera activa el enfoque intercultural y el de los determinantes sociales de la salud en la atención de salud:

> *"Yo lo resumiría en Determinantes Sociales de la Salud, aunque es un concepto bien amplio (...) pero en ese contexto específico, yo lo resumiría a: salario, familia, acceso a la información, pero ese acceso a la información no solamente desde el idioma, sino también el contexto en el cual se brinda la información. Tengo la sensación de que los haitianos viajan más en micro que en metro, puede ser una falsa observación, pero también puede tener una explicación geográfica, de urbanización, es para explicar el contexto en el cual se brinda la información, vamos a poner el ejemplo de la campaña comunicacional sobre el VIH/Sida, que se hace una sola vez al año si no me equivoco. Vamos a darnos cuenta, me he dado cuenta de que las pancartas mayormente las ponen en el metro, en la calle, en la micro no está esa información [...] entonces los que viajan en micro no van a tener acceso a esa información y parte de la campaña la hacen en la televisión" Experto 2*

Finalmente, se debe abordar la migración como determinante social de la salud:

> *"Concientizar sobre los derechos humanos, y entregar salud con pertinencia cultural, incorporando distintas variables en el quehacer diario de las prestaciones de salud. Ejemplo, que importante es darse un tiempo como para poder evaluar el ciclo de la persona, el ciclo migratorio. No es lo mismo que alguien te diga que lleva 3 meses acá que alguien que lleva 2 años y alguien que lleva 10 años." Experto 4*

Figura 63. Códigos emergentes de la categoría "mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud"

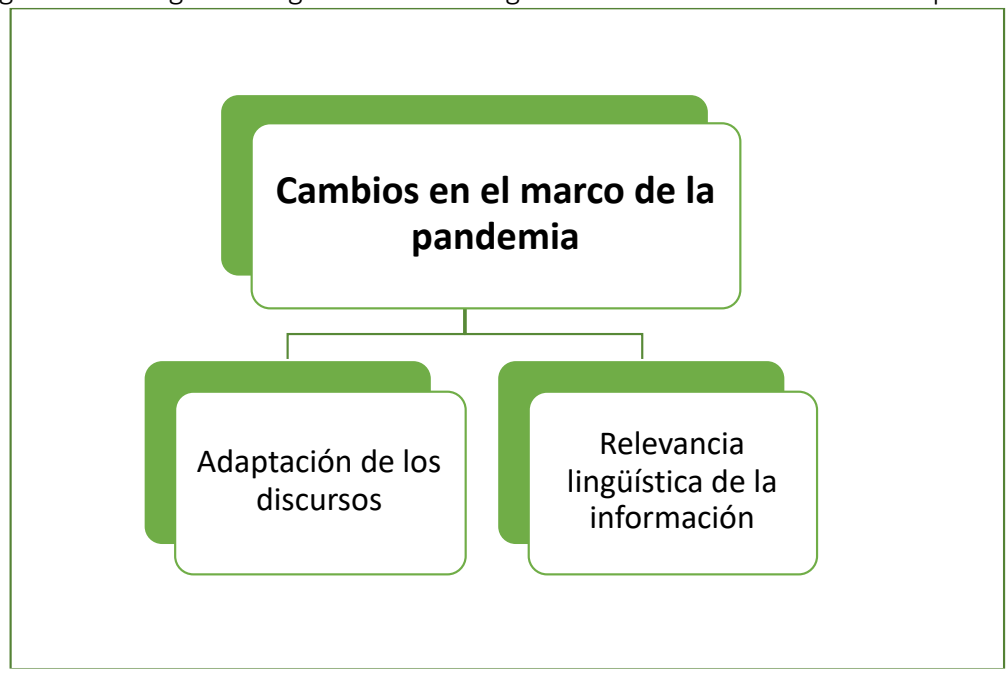


La tercera dimensión fue la de cambios en el marco de la pandemia. Muy específicamente en el marco de la pandemia, los expertos recomendaron, por una parte, adaptar los discursos para incluir a las personas migrantes internacionales y por otra parte, mejorar la relevancia lingüística de la información brindada en torno a la enfermedad:

> *"Es, las comunicaciones, discursos, el relato o la campaña comunicacional detrás de la pandemia (…) por ejemplo, para mencionarle una frase: "les aseguro que ningún chileno va a morir por falta de un respirador mecánico", obviamente el migrante que está viendo y dice: "pero yo me voy a morir porque yo no soy chileno". Entonces si yo voy a un hospital y necesito un respirador mecánico no me lo van a dar, y en realidad el discurso no tiene nada que ver con eso, pero así es el discurso, que se escucha e interpreta (…) yo buscaría una forma más inclusiva de emitir la misma frase sin excluir por defecto a otros grupos. Y yo creo que mucha gente se siente excluida y esa no era la idea, y el emisor no se da cuenta de ello." Experto 2*

> *"Hay que tratar de transmitir a la gente en sus códigos que significa disnea. Si tiene disnea acuda al CESFAM. Si tiene problemas respiratorios. La gente se siente cansada y se va a acostar, porque está cansada. Eso ponte tú es parte de la educación sanitaria con pertinencia cultural muy, muy importante. Porque las muertes en las casas, intra-domiciliarias hay que ver, qué pasó ahí" Experta 5*

Figura 64. Códigos emergentes de la categoría "cambios en el marco de la pandemia"



A modo de cierre de esta sección, las recomendaciones de las personas migrantes entrevistadas y de los expertos para la promoción de la salud de personas migrantes internacionales en Chile coinciden en los siguientes puntos, en lo que concierne el acceso y uso efectivo: (1) se debe garantizar el acceso equitativo e igualitario a la salud, independientemente del estatus migratorio, implementando efectivamente el marco legal y las políticas públicas existentes, (2) se debe difundir mayor información sobre el derecho de las personas migrantes a la salud, tanto para que conozcan sus derechos, como para el personal de salud los conozcan y los apliquen, (3) se deben bajar las barreras de acceso vinculadas a los costos de la atención de salud y de los fármacos, para todos, (4) se debe generar información confiable sobre la realidad de las personas migrantes internacionales en Chile y sus necesidades de salud, (5) se debe asegurar un trabajo intersectorial y con participación activa de las personas y comunidades migrantes internacionales.

En lo que concierne recomendaciones para promover la calidad y aceptabilidad de la atención, emergen los siguientes puntos: (1) se deben humanizar los cuidados y asegurar que la atención de salud sea inclusiva y pertinente cultural e lingüísticamente, lo cual debe pasar por una mayor capacitación del personal de salud, pero también, y de manera complementaria, puede pasar por una mayor inclusión de médicos y personal de salud extranjeros, así como la profesionalización del mediador intercultural en salud, (2) se deben conciliar los modelos de gestión y de atención y alargar los tiempos de consulta para que ésta pueda abordar el contexto psicosocial del paciente, (3) se debe entender y abordar la migración como un determinante social de la salud.

Finalmente, si bien esas recomendaciones son de alta relevancia en el marco de la pandemia, también surgieron recomendaciones específicas centradas en generar discursos inclusivos y difundir información relevante cultural y lingüísticamente.

12. Resultados parte 4: CONSIDERACIONES FINALES DE LA FASE CUALITATIVA DE ESTE ESTUDIO

Este estudio cualitativo es el primero de esta naturaleza y alcance sobre las experiencias de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile durante la pandemia por COVID-19. Sus resultados pueden informar futuras acciones por parte de los actores relevantes de la sociedad civil y del Estado, así como futuros estudios que ahonden en dimensiones específicas relevadas por el presente estudio.

La información de contexto brindada por los participantes en torno a su trayectoria migratoria nos da una primera indicación de la diversidad de las comunidades migrantes internacionales en Chile, desde las etapas pre-migratorias y de tránsito a Chile. Varios participantes llegaron al país de países no-limítrofes, como Venezuela, Colombia, e incluso Cuba por tierra, tras un viaje de varios días o semanas por tierra, algunos caminando con su familia y entrando por paso no habilitado, y en ciertos casos huyendo de violencias o de un contexto económico nacional poco propicio. Otros llegaron en avión en condiciones mucho más favorables.

Sin embargo, aflora la vulnerabilidad particular de los "recién llegados", en los relatos de los que llegaron a Chile hace un año o menos, o en los relatos de los que llevan más tiempo pero cuentan sus primeros años en Chile, independientemente de su contexto socioeconómico o de las circunstancias de su llegada: las complicaciones y plazos para regularizarse, las dificultades para acceder a un empleo formal o para acceder a una cobertura de salud, tener que enfrentarse a instancias de discriminación y xenofobia, y contar con frágiles redes de apoyo.

En lo que concierne las condiciones de vida de las personas migrantes internacionales en Chile, hay disparidades entre quienes gozan de una vivienda individual y quienes viven en condiciones de hacinamiento con desconocidos. Por limitaciones prácticas, no se entrevistaron a personas en situación de calle; sin embargo, los expertos entrevistados describen las situaciones extremas a las cuales se pueden enfrentar las personas migrantes más vulnerables, especialmente en el norte del país.

Asimismo, en lo laboral, se evidencian dos extremos: los que trabajan formalmente en empleos calificados y los que, a pesar de contar con estudios universitarios en algunos casos, se desempeñan en trabajos no calificados y a veces informales, y esto muchas veces se vincula con el estatus migratorio. Muchos tuvieron dificultades para encontrar trabajo independientemente de su nivel educacional y si bien las personas migrantes entrevistadas no relataron las situaciones de extrema vulnerabilidad observadas por algunos de los expertos entrevistados, varios experimentan o han experimentado precariedad laboral, abusos e instancias de xenofobia en el ámbito laboral.

Finalmente, en lo que concierne el contexto del acceso a la salud y la satisfacción con la atención de salud, si bien varios, entre los cuales algunos expertos, reconocen elementos positivos, sobre todo con relación a la existencia de un marco legal y de políticas públicas que garantiza y promueve el acceso a atención de salud para las personas migrantes internacionales, siguen persistiendo barreras importantes de acceso que tienen que ver con las brechas de implementación del Decreto Supremo Nº67 y la falta de información sobre el derecho a la salud de las personas migrantes. Asimismo, instancias de discriminación y xenofobia vividas, presenciadas, o anticipadas, agregan una barrera que es urgente derribar con capacitación del personal de salud, reforzamiento del enfoque intercultural en salud y la integración de

personal de salud extranjero y mediadores interculturales. Cabe señalar también que esa combinación de barreras que afectan específicamente a las personas migrantes internacionales se inscribe en el contexto de un sistema de salud segmentado, desigual e inequitativo, con altos costos en el sistema privado y rezagos estructurales en el sistema público, algo que fue relevado y reconocido por los participantes entrevistados.

Habiendo planteado ese contexto general, es importante reconocer que la vulnerabilidad social es dinámica y se manifiesta en "capas", siendo que la mayoría de las personas entrevistadas y de las personas migrantes internacionales en Chile solo experimentan algunas de sus dimensiones y que eso por lo general varía en el tiempo. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 declarada en marzo 2020 por la Organización Mundial de la Salud cambió la vida de muchos de los participantes al mismo tiempo que vino a exacerbar ciertas dimensiones de la vulnerabilidad social experimentada, la cual también juega un papel importante en el manejo de la pandemia y de su impacto por parte de las personas migrantes internacionales en Chile.

Primero, en lo que concierne la vulnerabilidad al contagio y las estrategias de prevención, si bien la autopercepción de los participantes frente al contagio varía entre personas y globalmente parece haber disminuido, es por lo general alta. Todos tienen consciencia del riesgo asociado con el contagio y algunos expresan sentimientos de miedo y de incertidumbre. En este contexto, todos han cambiado sus hábitos y la mayoría ha tomado medidas drásticas de autocuidado y limpieza personal y del hogar. Sin embargo, quedan dificultades vinculadas con el hacinamiento, el hecho de vivir con desconocidos y la precariedad e informalidad laboral, las cuales exacerban la vulnerabilidad al contagio independientemente de los esfuerzos individuales de prevención. Segundo, en lo que concierne el diagnóstico y el tratamiento, se pueden observar barreras similares a las barreras de acceso a la atención de salud, lo cual se refleja por ejemplo en la poca proporción de personas entrevistadas que pudieron recibir un diagnóstico formal de la enfermedad. No obstante lo anterior, la recuperación más difícil que se vislumbra es la de las consecuencias de la pandemia sobre la vida de las personas migrantes internacionales en Chile: la pérdida de trabajo e ingresos o la exacerbación de condiciones de trabajo precarias, la precarización de las condiciones de vida, la debilitación de redes de apoyo, y las consecuencias sobre su salud física y mental. Para hacer frente a la pandemia y a sus consecuencias, muchas veces las personas entrevistadas desarrollaron estrategias individuales o a nivel del hogar, con un insuficiente apoyo institucional e incluso comunitario y apoyándose en redes familiares en Chile o a distancia.

Estos resultados nos informan de la urgencia de abordar la migración como un factor de vulnerabilidad social y como un determinante social de la salud en el contexto de la pandemia pero también en un contexto post-pandémico e invitan a replantearse el manejo de la pandemia frente a poblaciones que experimentan capas de vulnerabilidad social, hacia soluciones integrales y de largo plazo que abordan los aspectos socioeconómicos de la vulnerabilidad al contagio. En este sentido, es absolutamente clave entender las diferentes capas de vulnerabilidad social y cómo pueden interactuar y exacerbarse en el marco de la pandemia como crisis sanitaria pero también como crisis social, prestar especial atención a las poblaciones migrantes internacionales recién llegadas, las personas ingresadas por paso no habilitado, los trabajadores informales y las poblaciones de habla no hispana. Finalmente, para enfrentarse a esta pandemia y a futuras crisis sanitarias, los resultados llaman a construir un sistema de salud más equitativo y justo, en el contexto del cual el estatus migratorio no puede ser una barrera para la atención.

XVII. INTEGRACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA SANITARIA

E. Integración de resultados e identificación de brechas o necesidades específicas de poblaciones migrantes en el contexto de pandemia por COVID-19 en Chile.

Demográficos, trayectoria migratoria y regularización

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuanti: Se observa una población relativamente joven, concentrada especialmente entre los 20 y 40 años de edad, similar a estimaciones nacionales. El promedio total de participantes fue de 34 años (d.s. 10.3, rango 13-78).	Población joven en edad reproductiva, más joven que la población local, pero con amplia diversidad etaria.
Cuanti: Una proporción menor de participantes indicaron tener pertenencia étnica, un 9% en total, correspondiente a un 11% en hombres y un 7% en mujeres.	Población migrante internacional en baja proporción reporta pertenecer a pueblo indígena, pero igualmente representa al menos un 10% aproximado de la población.
Cuanti: los países de origen predominantes correspondieron a Venezuela con 316 (32%) de los encuestados, Perú (19%) con 193 encuestados, Colombia (19%) con 185 encuestados, Haití con 139 (14%), Bolivia con 45 (4%) y Ecuador con 40 (4%). Cuali: Los participantes provenían de un total de 10 países de América Latina y el Caribe. El 23% (7) era de Venezuela, el 17% (5) de Perú, el 17% (5) de Colombia, el 10% (3) de Haití, el 7% (2) de Bolivia, el 7% (2) de Ecuador, el 7% (2) de Argentina, el 7% (2) de Brasil, el 3% (1) de Cuba y finalmente el 3% (1) de Uruguay.	Existen dos grandes grupos de migrantes: migrantes asentados de países fronterizos que tienen menor representación en la muestra de estudio, coherente con las estimaciones nacionales, y otro grupo más reciente emergente de países más alejados de la región y que tienen el liderazgo general en Chile en la actualidad.
Cuali: Respecto de la trayectoria migratoria de los participantes, emergieron las siguientes dimensiones: (i) empleo y estudios antes de migrar (con gran variabilidad de nivel educacional y experiencias laborales en el país de origen), (ii) condiciones de vida antes de migrar (con marcada vulnerabilidad socioeconómica, pobreza y violencia entre los entrevistados), (iii) motivos para migrar a Chile (muy diversos, desde búsqueda de trabajo hasta escapar de conflicto), (iv) viaje a Chile (con importantes diferencias en la experiencia dependiendo del tipo de transporte, si se viajó solo o acompañado, y si se ingresó o no por paso no habilitado), (v) trámite migratorio (se reconocen algunas facilidades, múltiples dificultades y barreras, y marcadas consecuencias del trámite en la oportunidad de trabajo formal e incertidumbre de vivir en Chile, (vi) asentamiento (con	Existen experiencias dispares en las trayectorias migrantes hacia Chile, con cambios bruscos de caída en movilidad social en algunos, y permanencia de vulnerabilidad social en otros.

cinco categorías relevantes: experiencias positivas, diferencias y barreras lingüísticas y culturales, condiciones de vida y redes de apoyo, salud mental y experiencias de xenofobia y discriminación).	
Cuanti: La mayoría reportó visa en trámite de cualquier tipo con un 39%, seguida de visa definitiva vigente de cualquier tipo con 33% y visa temporaria vigente de cualquier tipo con un 16%.	La regularización migratoria es una prioridad para personas migrantes y sus familias, que requiere de acompañamiento y que toma tiempo, incluso experimentándose barreras administrativas, económicas y culturales en el proceso.
Cuanti: Acerca del tiempo de residencia en Chile, la mayoría indicó entre 1 y 5 años con un 59%, seguido de entre 6 meses y un año con 14% y entre 6 y 10 años con 13%. Solo el 6% reportó ser refugiado, en su mayoría haitianos (n=13, 9,35%) seguidos de venezolanos (n=21, 6,65%).	Existe heterogeneidad en el tiempo de residencia en Chile de personas migrantes. Una proporción menor de migrantes reporta ser solicitante de refugio y asilo, la mayoría de origen haitiano y venezolano.
Cuanti: El 59% (n=586) de los encuestados tuvo entre sus motivos para migrar la búsqueda de trabajo, 53% (n=524) la necesidad de dinero, 68% (n=672) mejores oportunidades, 55% (n=543) calidad de vida y bienestar, 21% (n=203) escapar de conflictos civiles, 20% (n=202) mejor acceso a servicios de salud, 9% (n=86) conocer otro país/turismo, 8% (n=76) reencontrarse con la familia y 1% (n=16) otros motivos (estudio, pareja, familia, situación en el país, entre otros).	La búsqueda de trabajo y la premura económica son las principales razones para migrar a Chile, pero pueden ser razones múltiples y diversas, incluyendo escape de conflictos, mejor calidad de vida y mejor acceso a servicios de salud.
Cuanti: Un 35% de los participantes indicó enviar siempre remesas a sus países de origen, un 37% hacerlo ocasionalmente y un 27% no hacerlo nunca. Entre aquellos que afirmaron tener que enviar dinero a su país todos los meses el 26,76% (n=194) reportó no tener trabajo formal o informal al momento de la encuesta. Por país de origen, venezolanos y haitianos tenían un mayor porcentaje de personas que tenían que enviar dinero a su país de origen, con 83% cada uno.	Las remesas son una dimensión importante de la experiencia migratoria en Chile, incluso en contextos de precariedad laboral o falta de trabajo.

Condiciones de vida y vulnerabilidad social

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuanti: Respecto del nivel educacional de la muestra, la categoría más reportada fue la secundaria o enseñanza media con 47%, seguida de universitaria con un 27%, técnico superior con 19% y primaria o básica con 7%.	Migrantes internacionales reportan niveles educacionales intermedios con enseñanza media en casi la mitad de los casos. Esto es diferente a evidencia de años anteriores donde destacaba la alta escolaridad de migrantes en Chile.
Cuanti: 679 (68,6%) tenía trabajo formal o informal al día de la encuesta. Entre aquellos que se encontraban trabajando el 59,9% (n=407) tenía contrato laboral. Más del 70% de participantes con nivel educacional técnico o profesional indicaron estar trabajando en el momento de la encuesta, contra un 55% en personas con nivel primario que indicaron estar trabajando. Casi el 80% de los participantes hombres señalaron estar trabajando, comparado con un 63% en el caso de las mujeres. Cuali: En relación con vivir y trabajar en Chile, los migrantes destacan principalmente dos aspectos: (i) condiciones de vida (con relatos distintos según si se vive solo o acompañado en Chile, pero muchos de ellos en condiciones de pobreza y hacinamiento), y (ii) tipos de empleo y condiciones de trabajo (con múltiples temáticas de interés: trabajo calificado y no calificado, trabajo doméstico no remunerado, trabajos simultáneos, trabajo formal e informal, brecha de trabajo con estudios previos, dificultades para encontrar trabajo, discriminación y xenofobia, experiencias positivas). Cuali: Los expertos destacan, en condiciones de vida, la diversidad intragrupal en la comunidad migrante internacional en Chile, en lo que concierne grados de vulnerabilidad social, inclusión social y similitudes con la población local chilena. En lo que concierne el empleo, los expertos destacan que las personas migrantes internacionales en el país generalmente se desempeñan en empleos no calificados pero esenciales, y en ciertos casos peligrosos.	Casi el 70% de migrantes indican estar trabajando, pero una menor proporción indica tener contrato (60%). El trabajo y el contrato son dependientes del grado educacional y del sexo, siendo más altos en personas con nivel profesional y hombres. Pese a tener trabajo y en algunos casos contar con contrato, los migrantes relatan experiencias de condiciones de pobreza y hacinamiento, riesgos asociados a informalidad, dificultades para encontrar trabajo, discriminación y xenofobia, así como también algunas experiencias positivas de reconocimiento a la integración a personas migrantes en Chile. Los expertos destacan gran heterogeneidad en condiciones de vida y de trabajo en migrantes, aun cuando las personas migrantes internacionales en el país generalmente se desempeñan en empleos no calificados pero esenciales, y en ciertos casos peligrosos.
Cuanti: Se observa una gradiente positiva entre años de residencia y encontrarse trabajando al momento de la	El tiempo de residencia en Chile es un importante marcador de la posibilidad de encontrarse trabajando (a mayor tiempo

encuesta (a mayor tiempo de residencia, mayor proporción de migrantes con trabajo).	de residencia, mayor proporción de migrantes con trabajo).
Cuanti: Un 32% de participantes que indicaron estar en situación irregular incluyendo paso no habilitado estaban trabajando, comparado con un 75% de quienes indicaron estar con visa definitiva vigente de cualquier tipo, un 74% de quienes indicaron tener visa temporaria vigente de cualquier tipo y un 73% de quienes señalaron tener visa en trámite de cualquier tipo.	El estatus migratorio de regularidad o irregularidad en Chile es un importante marcador de la posibilidad de encontrarse trabajando.
Cuanti: el 51% indicó estar viviendo en Chile con algún miembro de su familia, seguido de pareja en un 27%, luego con amigos y conocidos en un 11%, solo en un 9% y con desconocidos solo el 1%.	Cerca de la mitad de los migrantes viven con familiares en Chile, un tercio aproximado con pareja, y cerca de un 20% con amigos o conocidos, solos o desconocidos.
Cuanti: El 73% de los participantes señalaron no tener pareja o hijos en el país de origen, mientras que el 27% indicó sí tenerlos.	Cerca de un cuarto de los migrantes tiene pareja o hijos en el país de origen, relevando la experiencia de cuidados virtuales a distancia y necesidad de soporte económico en los países de origen.
Cuanti: el 58% reportó vivir en casa arrendada, el 29% reportó pieza en arriendo, el 5% vivienda propia y en un porcentaje menor vivir en vivienda precaria, campamento o en situación de calle.	La mayor parte de migrantes (60%) vive en casa arrendada y cerca de un tercio en pieza arrendada (30%).
Cuanti: El 80% vivía sin hacinamiento, el 18% reportó hacinamiento medio y el 2% hacinamiento crítico, menor a las estimaciones nacionales (CASEN 2017). Un 93% no tiene teléfono fijo, un 66% no tiene TV pagada, un 43% no tiene Internet, un 31% no tiene calefón o caldera para calentar el agua, un 15% no tiene gas, un 4% no tiene baño, un 2.5% no tiene agua potable y un 0.4% no tiene energía eléctrica.	El hacinamiento no emergió en la magnitud de estimaciones previas del país. Sobre activos de vivienda, un 43% no tiene Internet, un 31% no tiene calefón o caldera para calentar el agua, un 15% no tiene gas, un 4% no tiene baño, un 2.5% no tiene agua potable.

Recursos y capacidades sociales

Cuanti: el 61,72% (n=611) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en su país de origen y el 45,76% (n=453) de los encuestados afirmó tener redes de apoyo en nacidos en Chile.	Seis de cada 10 migrantes indican tener redes de apoyo en sus países de origen y 4 de cada 10 en Chile
Cuanti: El 10,91% (n=108) de los encuestados indicó participar de alguna asociación civil u organización de cualquier tipo en Chile.	Uno de cada 10 migrantes participa en alguna asociación civil u organización de cualquier tipo en Chile.
Cuanti: Por su parte, el 59,29% (n=587) de los encuestados afirmó no tener a quien pedir dinero en Chile en caso de necesitar y el 34,85% (n=345) de los encuestados señaló no tener apoyo emocional en Chile en caso de necesitarlo.	Seis de cada 10 no tienen a quien pedirle dinero en caso de requerirlo en Chile y tres de cada 10 indicó no tener apoyo emociona en Chile en caso de necesitarlo.
Cuali: Las personas entrevistadas describieron recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento a nivel individual y de hogar, en ciertos casos también a nivel de comunidad y finalmente los apoyos externos a los cuales algunos accedieron: (i) recursos, capacidades y estrategias a nivel del individuo y hogar (volver a trabajar, manejo del estrés y de la angustia, redes de apoyo en Chile y a distancia), (ii) recursos y capacidades a nivel comunitario (ayuda económica y apoyo barrial), (iii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia en migrantes (ausencia de apoyo, apoyo en alimentos y económico, personas que prefirieron no recibir el apoyo). Los expertos entrevistados se enfocaron en los recursos y capacidades a nivel comunitario para enfrentar los impactos de la pandemia y en los apoyos institucionales, sin mencionar las estrategias y recursos a nivel personal o del hogar a las cuales recurren las personas migrantes internacionales en Chile para enfrentar las consecuencias de la pandemia: (i) recursos y capacidades comunitarias, (ii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia (ayuda económica y adaptaciones del sector salud).	Existen recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento de parte de migrantes durante la pandemia a nivel individual y de hogar, en ciertos casos también a nivel de comunidad y apoyos externos institucionales. Los expertos reconocieron: (i) recursos y capacidades comunitarias, (ii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia (ayuda económica y adaptaciones del sector salud).

Acceso y uso efectivo del sistema de salud

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuanti: Casi el 70% de los participantes señalaron contar con alguna inscripción al sistema de salud chileno. Un 63% indicó pertenecer al sistema público de salud (FONASA), un 6% al sistema privado (ISAPREs), casi el 2% indicó tener otro y un 3% no saber si tiene alguna inscripción.	La mayoría de migrantes pertenece al sistema público de salud, con una inscripción efectiva del 70% en total. Esto equivale a cerca de un 30% de migrantes sin inscripción formal, un poco más alto que las estimaciones nacionales CASEN 2017.
Cuanti: Según país de origen, en el caso de venezolanos la previsión más reportada fue FONASA con un 65%, luego ninguna con un 23%, privada con un 8% y no sabe con un 3%. Migrantes de origen peruano indicaron en una mayor proporción el tener previsión pública o FONASA que venezolanos, equivalente a 74%, luego ninguno con 19%, privado o ISAPRE con 2%, otro con un 1% y no sabe con un 4%. Para población migrante internacional haitiana las proporciones son similares a venezolanos, con un 68% de inscripción en sistema público de salud, un 1.4% en privada, un 25% que reporta no tener ninguna inscripción y un 6% que no sabe.	Migrantes más asentados o históricos como peruanos tienen mayor proporción de inscripción formal al sistema de salud que migrantes emergentes o más recientes como venezolanos, colombianos o haitianos.
Cuanti: Existen claras gradientes de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también gradientes inversas de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones.	Existen claras gradientes de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también gradientes inversas de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones.
Cuanti: Del total de participantes (n=990), 776 encuestados (78%) afirmaron haberse atendido alguna vez en el sistema de salud. De ellos, el 26,5% (n=206) afirmó por su parte haber enfrentados alguna barrera o dificultad para la atención.	Cerca de 8 de cada 10 migrantes reportan haber usado alguna vez el sistema de salud en Chile. De esos que sí lo han usado, cerca de 3 de cada 10 reportan haber enfrentado alguna dificultad o barrera de atención en salid.
Cuanti: Con respecto a los tipos de barreas que reportaron haber enfrentado durante la pandemia migrantes internacionales participantes de este estudio (n=206), la más frecuentemente reportada correspondió a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, con un 40% de los casos. En segundo lugar, barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el	Las dos barreras de acceso y uso del sistema de salud más frecuentemente reportadas por migrantes fueron: (i) barreras de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, (ii) barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el sentido de que sabían dónde

sentido de que el 18% de los participantes señalaron que sabían dónde consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia. También como barrera de accesibilidad un 13% reportó que fue a la cita, pero no fue atendido, un 12% que no manejaba el idioma para pedir la hora y un 11% que no pudo acceder por problemas de visa, documentación rut o previsión de salud.	consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia.
Cuanti: De quienes sí habían consultado alguna vez en el sistema de salud (n=776), solo 119 habían escuchado del enfoque intercultural en salud para migrantes (15.3%).	Solo uno de cada 10 migrantes que recibieron alguna vez atención habían escuchado sobre el enfoque intercultural en la atención de salud.
Cuanti: De quienes sí habían consultado alguna vez en el sistema de salud (n=776), solo 53 dijeron haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural (6.8%).	Menos de 1 de cada 10 migrantes que recibieron alguna vez atención de salud dijeron haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural.

Experiencias y necesidades asociadas a la pandemia

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuanti: Del total de personas encuestadas, 115 de ellos equivalente al 11,62%, reportaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año. Además, 189 (19,1%) indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19 y 413 de ellos se tomaron alguna vez el examen.	Uno de cada 10 migrantes fueron diagnosticados por COVID-19 durante la pandemia. Dos de cada 10 indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19.
Cuanti: La mayoría de los participantes reportaron haber cumplido con la cuarentena estipulada por la autoridad sanitaria durante la pandemia por COVID-19.	La cuarentena fue cumplida en la mayoría de las personas migrantes y sus familias.
Cuanti: Un total de 309 personas (31.2%) señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena. De ese total, la mayoría señaló como razón principal el haber salido a trabajar (n=280, 91%), seguido de haber cuidado de otra persona (n=9, 3%), no tener miedo (n=5, 1.6%) y haber salido a comprar alimentos (n=3, 0.9%). Otras 7 personas señalaron otras razones como estar cesante y haber salido a buscar trabajo, y otras no especificadas.	Cerca de tres de cada 10 migrantes señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena; de ellos 9 de cada 10 fue para salir a trabajar.
Cuanti: En general se reportó un amplio cumplimiento del uso de mascarilla, de distanciamiento físico en el vecindario y de limitación de participación en reuniones sociales. Se reportó menor cumplimiento en distanciamiento social en el trabajo.	Se reporta amplio cumplimiento de mascarilla, de distanciamiento físico en el vecindario y de limitación de participación en reuniones sociales, con menor cumplimiento en distanciamiento social en el trabajo.
Cuanti: La inmensa mayoría de los participantes indicó sí haber recibido información durante la pandemia. De quienes indicaron sí haber recibido información (n=850 de 990 participantes totales), 96.3% señalaron sí haberlas comprendido.	La inmensa mayoría sí recibió información de COVID-19 durante la pandemia y la inmensa mayoría señaló haberla comprendido, una proporción mayor al grado de entendimiento en migrantes en estudio previo de abril del 2020.
Cuali: Los expertos destacan tres ámbitos principales en el manejo de la pandemia en Chile: (i) nivel nacional y de políticas públicas (incluyendo medidas concretas valoradas como positivas, medidas descoordinadas e insuficientes, tensiones entre necesidades sanitarias y las realidades locales, priorización de la economía, falta de información, y complejidades por el cierre de frontera) (ii) nivel del sistema de salud (donde se reconoce una red pública de salud fuerte, adecuaciones de atención	Se reconocen como aspectos positivos del manejo de la pandemia: (i) medidas concretas de prevención y manejo de la autoridad, (ii) respuesta de la red pública de salud, (iii) solidaridad de la sociedad civil en apoyo a migrantes. Se identifican como aspectos débiles: (i) falta de información, tensiones en territorios, complejidades por cierre de frontera, no

durante la pandemia, descoordinaciones y fallas comunicacionales, y desafíos y aprendizajes del manejo del tratamiento del COVID-19), y (iii) nivel de la sociedad civil (en la que se releva el rol de la sociedad civil organizada con sentido solidario, organizaciones criminales, no cumplimiento de medidas de confinamiento y discriminación).	cumplimiento de medidas de confinamiento de algunos grupos y discriminación.
Cuali: sobre vulnerabilidad, las personas migrantes entrevistadas destacan los siguientes puntos: (i) percepción de vulnerabilidad frente al contagio (con percepciones de alta y de baja vulnerabilidad, con cambios en dicha percepción a lo largo del tiempo y con diversas emociones frente a dicha vulnerabilidad), (ii) estrategias a nivel individual o del hogar para prevenir el contagio (donde destacan búsqueda de información, cambio de hábitos, instalación y evolución en el tiempo de medidas de autocuidado y de limpieza), (iii) estrategias de prevención del contagio en el ambiente laboral (en especial teletrabajo y diferencias si el trabajo es formal o informal), (iv) estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio (difusión de información, materiales para limpieza, implementación de medidas de prevención y su fiscalización), y (v) dificultades para la prevención del contagio (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación). Sobre el mismo tema, los expertos destacan tres ámbitos como principales: (i) vulnerabilidad frente al contagio y dificultades para la prevención del contagio (donde destacan aspectos estructurales como capaz de vulnerabilidad, determinantes sociales de la salud, hacinamiento precariedad y necesidad económica, falta de redes de apoyo, estatus migratorio, y falta de información pertinente con enfoque intercultural), (ii) estrategias a nivel individual y del hogar para prevenir el contagio (grado de cumplimiento de recomendaciones de prevención y el efecto del enfoque de género en esto), (iii) estrategias institucionales de prevención del contagio (falta de medidas orientadas a migrantes, estrategias que han surgido desde la sociedad civil y presencia en el terreno en los territorios).	Como dimensiones de vulnerabilidad asociadas a la pandemia se identifican: (i) percepción de vulnerabilidad frente al contagio, (ii) dificultades para la prevención del contagio según percepción de migrantes (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación), (iii) dificultades para la prevención del contagio según expertos(hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación). Como recursos y estrategias de enfrentamiento a la pandemia se reconocen estas dimensiones: (i) estrategias a nivel individual o del hogar para prevenir el contagio (donde destacan búsqueda de información, cambio de hábitos, instalación y evolución en el tiempo de medidas de autocuidado y de limpieza), (ii) estrategias de prevención del contagio en el ambiente laboral (en especial teletrabajo y diferencias si el trabajo es formal o informal), (iii) estrategias a nivel comunitario para prevenir el contagio (difusión de información, materiales para limpieza, implementación de medidas de prevención y su fiscalización), (iv) estrategias institucionales y civiles de

	prevención del contagio (difusión de información, materiales para limpieza).
Cuali: Las personas migrantes describen tres aspectos del diagnóstico y tratamiento de COVID-19: (i) diagnóstico (formal versus informal y dificultades de realización del diagnóstico), (ii) tratamiento y seguimiento (recuperación en casa, percepción de discriminación, experiencias en residencias sanitarias y experiencias de seguimiento), y (iii) contagios en la familia, en Chile y el país de origen. Los expertos en este ámbito señalaron los siguientes puntos: (i) evaluación positiva, (ii) barreras de acceso a la atención de salud para COVID-19 (por estatus migratorio, barreras culturales y lingüísticas, y escasez de recursos) y (iii) experiencias en residencias sanitarias (incluyendo algunas adaptaciones interculturales, desafíos de aceptabilidad, la necesidad que excede a la disponibilidad y estrategias de salida de las residencias).	Se han desarrollado grandes y sistemáticos esfuerzos por acercar a migrantes a medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento durante la pandemia. No obstante, se identifican como tareas pendientes: (i) barreras de acceso a la atención de salud para COVID-19 (por estatus migratorio, barreras culturales y lingüísticas, y escasez de recursos), (ii) fortalecer adecuaciones interculturales en las estrategias, (iii) aumentar disponibilidad de respuesta.

Efectos de la pandemia en la vida, trabajo y salud

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuali: Los relatos de las personas migrantes internacionales evidencian impactos múltiples de la pandemia sobre su vida. Destacan las siguientes categorías: (i) trayectoria migratoria (en especial asociado a estatus migratorio y cierre de fronteras durante la pandemia), (ii) condiciones de vida, trabajo y educación (desempleo y pérdida de ingresos, pérdida de oportunidades laborales y cambios en las condiciones de trabajo, y cambios negativos en la educación de sus hijos), (iii) salud física y mental (desafíos en el seguimiento de condiciones crónicas, efectos negativos físicos, efectos positivos y negativos en salud mental), (iv) falta de redes de apoyo (redes debilitadas y vulnerabilidad exacerbada). Por su lado, los expertos entrevistados abordaron los mismos aspectos que las personas migrantes internacionales, exceptuando la educación y las redes de apoyo.	Los efectos de la pandemia en la vida, trabajo y salud de migrantes son profundos y diversos: (i) cierre de frontera y regularización migratoria, (ii) desempleo y pérdida de ingresos, pérdida de oportunidades laborales y cambios en las condiciones de trabajo, y cambios negativos en la educación de sus hijos, (iii) redes de apoyo debilitadas y vulnerabilidad exacerbada.

Recomendaciones desde los actores clave

RESULTADOS CUANTI/CUALI	BRECHA O NECESIDAD IDENTIFICADA
Cuali: Desde su experiencia con el sistema de salud en Chile, las personas migrantes entrevistadas formularon algunas recomendaciones para promover, por una parte, el acceso y uso efectivo del sistema de salud (acceso independiente del estatus migratorio, información sobre el derecho a la salud, acortar los plazos de atención, regulación de costos por prestaciones de salud, conocimiento sobre la realidad de las personas migrantes) y, por otra parte, para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud (humanización e inclusión, pertinencia cultural y lingüística, inclusión de médicos extranjeros, alargar los tiempos de consulta). Por otra parte, los expertos entrevistados formularon recomendaciones generales para mejorar el acceso y uso efectivo del sistema de salud y para mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud y específicamente en el marco de la pandemia: (i) promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud (cambio estructural en el modelo de salud, implementación del marco legal y políticas de salud existentes, información sobre el derecho a la salud, datos sobre necesidades de salud en migrantes, trabajo intersectorial, multidisciplinario y participativo), (ii) mejoras en la calidad y aceptabilidad de la atención de salud (cambios en el modelo de gestión y de atención, capacitación del personal de salud, profesionalización del mediador intercultural, enfoque intercultural y de determinantes sociales de la salud, abordaje de la migración como determinante social de la salud), (iii) cambios en el marco de la pandemia (adaptación de los discursos y relevancia lingüística de la información).	Surgen una serie de recomendaciones de mejora para la vida y salud de migrantes en Chile, que se resumen en: (i) promover el acceso y uso efectivo del sistema de salud, (ii) mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud, (iii) cambios y mejoras específicas pendientes en el marco de la pandemia.

F. Recomendaciones para la política sanitaria en contexto de pandemia para poblaciones migrantes en Chile, en el marco de la Declaración de OMS del 2017

Las recomendaciones aquí presentadas están basadas en los principales resultados de este estudio, desde su integración de fases cualitativa y cuantitativa. Están, a su vez, inspiradas en los principios rectores de OMS del 2017 (10):

1. El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.
2. Igualdad y no discriminación.
3. Acceso equitativo a los servicios de salud.
4. Sistemas de salud centrados en las personas, que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y los aspectos de género.
5. Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud.
6. Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad.
7. Participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes.
8. Alianzas y cooperación.

En coherencia con dichos principios rectores, se establecen una serie de recomendaciones basadas en los resultados principales de este estudio y también inspiradas en las doce prioridades de la Declaración de OMS del 2017 y que fueron adaptadas para este informe. Estas recomendaciones están basadas en su ordenamiento y secuencia en un estudio paralelo de la región andina para respuesta sanitaria de la migración venezolana, y que incluyó el estudio de caso de Chile, aquí adaptadas y adecuadas a los resultados específicos de este estudio y sus hallazgos originales.

1. Promover la incorporación de la salud de los migrantes y sus familias en los programas mundiales, regionales y nacionales y en la planificación para casos de emergencia.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- La mayoría de migrantes pertenece al sistema público de salud, con una inscripción efectiva del 70% en total. Esto equivale a cerca de un 30% de migrantes sin inscripción formal, un poco más alto que las estimaciones nacionales CASEN 2017.
- Uno de cada 10 migrantes fueron diagnosticados por COVID-19 durante la pandemia. Dos de cada 10 indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19.
- La cuarentena fue cumplida en la mayoría de las personas migrantes y sus familias.
- Como dimensiones de vulnerabilidad asociadas a la pandemia se identifican: (i) percepción de vulnerabilidad frente al contagio, (ii) dificultades para la prevención del contagio según percepción de migrantes (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación), (iii) dificultades para la prevención del contagio según expertos (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación).
- Los efectos de la pandemia en la vida, trabajo y salud de migrantes son profundos y diversos: (i) cierre de frontera y regularización migratoria, (ii) desempleo y pérdida de ingresos, pérdida de oportunidades laborales y cambios en las condiciones de trabajo, y cambios negativos en la educación de sus hijos, (iii) redes de apoyo debilitadas y vulnerabilidad exacerbada.

Recomendación 1: Fortalecer el trabajo internacional y en especial regional de consejo de ministros de salud en estrecha cooperación con organismos internacionales y actores clave de cada país, incluyendo la academia y sociedad civil.

1.1. Siguiendo la declaración de PROSUR del 25 de febrero 2021, se recomienda en específico acoger la propuesta de la actual presidencia Pro Tempore para impulsar la creación de una red de observatorios en salud con especial atención en personas y familias en condición de movilidad humana, a fin de facilitar el intercambio de información, el análisis de datos y de experiencias en la materia, para apoyar la toma de decisiones e implementación de políticas públicas en salud en la región.

Recomendación 2: Explicitar la importancia de la protección de la salud de la población migrante en Chile y en toda la región, por medio de documentos de trabajo, de posición o reportes de carácter internacional que visibilicen las necesidades de salud de esta población creciente en la región.

Recomendación 3: Establecer diagnósticos de salud en migrantes en países de la región, por medio del soporte de cooperación articulado de organismos internacionales para el proceso de diseño, ejecución e interpretación; idealmente en estrecha colaboración con los Estados y grupos académicos.

Recomendación 4: Elaborar protocolos de atención a salud de migrantes en contextos de crisis sociales y sanitarias incluyendo pandemias. Dichos protocolos para emergencias y desastres deben promover los derechos humanos y dignidad de personas migrantes, la pertinencia intercultural en la atención de salud, la ética del cuidado en salud en contextos sanitarios excepcionales, la experiencia migratoria particular de cada persona, su perspectiva de curso de vida individual y familiar, así como la continuidad del cuidado de la salud.

Recomendación 5: Reforzar la protección a la salud de personas migrantes en tránsito, con especial foco en frontera, en el contexto de emergencias y desastres sociales y sanitarios en la región, por medio del trabajo formal y articulado, sistematizado y monitorizado de organismos internacionales en cooperación estrecha con los países y actores sociales relevantes en la temática.

5.1. En escenarios de crisis y emergencias sanitarias, establecer medidas de prevención y de seguridad a personas migrantes que consideren el contexto migratorio y socioeconómico de dichas personas, incluyendo factores estructurales como vivienda, trabajo, transporte y acceso a la atención de salud sin discriminación alguna.

2. Promover políticas de salud que tengan en cuenta a los refugiados, la protección jurídica y social, y las intervenciones programáticas.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- La regularización migratoria es una prioridad para personas migrantes y sus familias, que requiere de acompañamiento y que toma tiempo, incluso experimentándose barreras administrativas, económicas y culturales en el proceso.
- Una proporción menor de migrantes reporta ser solicitante de refugio y asilo, la mayoría de origen haitiano y venezolano.

Recomendación 6: Fortalecer y velar por el pleno cumplimiento de acuerdos nacionales e internacionales sobre la protección de la vida y salud de personas migrantes internacionales y

solicitantes de asilo y refugio, por medio de normativas y mecanismos formales de aseguramiento y monitoreo de este ejercicio en cada país y territorio.

Recomendación 7: Elaborar y fortalecer políticas de salud de los Estados que garanticen, protejan y promuevan de manera formal y explícita la salud de estas personas y sus familias, independiente de su estatus migratorio, tipo de visa, nacionalidad, pertenencia étnica o condición socioeconómica o estatus social.

Recomendación 8: Desarrollar, ejecutar y evaluar intervenciones en salud que acompañen, apoyen y promuevan la salud general, y la salud mental en particular, de migrantes internacionales solicitantes de asilo y refugio en la región y en Chile.

Recomendación 9: Auditar y documentar de manera sistemática el grado de cumplimiento de cada Estado de entrega de visas por asilo y refugio en Chile y los países de la región, por medio del análisis longitudinal de visas entregadas versus solicitudes en cada año y en cada país, así como análisis comparado entre países que apoye y promueva el fortalecimiento de la acogida de este tipo de migrantes en América Latina.

3. Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Población migrante internacional en baja proporción reporta pertenecer a pueblo indígena, pero igualmente representa al menos un 10% aproximado de la población.
- Existe heterogeneidad en el tiempo de residencia en Chile de personas migrantes. El tiempo de residencia en Chile es un importante marcador de la posibilidad de encontrarse trabajando (a mayor tiempo de residencia, mayor proporción de migrantes con trabajo).
- Existen experiencias dispares en las trayectorias migrantes hacia Chile, con cambios bruscos de caída en movilidad social en algunos, y permanencia de vulnerabilidad social en otros.
- La búsqueda de trabajo y la premura económica son las principales razones para migrar a Chile, pero pueden ser razones múltiples y diversas, incluyendo escape de conflictos, mejor calidad de vida y mejor acceso a servicios de salud.
- La mayor parte de migrantes (60%) vive en casa arrendada y cerca de un tercio en pieza arrendada (30%).
- Sobre activos de vivienda, un 43% no tiene Internet, un 31% no tiene calefón o caldera para calentar el agua, un 15% no tiene gas, un 4% no tiene baño, un 2.5% no tiene agua potable.

Recomendación 10: Desarrollar y/o fortalecer marcos conceptuales y prácticos de trabajo en políticas de salud de migrantes en los países de la región y en Chile que estén basados en el enfoque de determinantes sociales y que permitan entrenar y asegurar el desarrollo de indicadores de brechas socioeconómicas, laborales, étnicas y de género en salud de migrantes en América Latina, incluyendo variables migratorias que actúan como determinantes sociales (país de origen, tiempo de residencia, estatus migratorio, razones para migrar, entre otros) así como aquellos determinantes de la salud ya reconocidos a nivel mundial.

Recomendación 11: Promover la capacitación continua de autoridades y equipos de salud en todos los territorios de la región respecto del enfoque de determinantes sociales y su centralidad en la experiencia migratoria internacional general y de personas y familias migrantes.

Recomendación 12: Catalizar el desarrollo de investigación de alto nivel en metodologías cuantitativa, cualitativa y multi-métodos con equipos de investigación regionales e internacionales que tengan experiencia en la medición de determinantes sociales de la salud en poblaciones migrantes y en brechas sociales en salud en estas poblaciones, en profunda comprensión de los desafíos y dificultades que se enfrentan al investigar en esta compleja y dinámica temática.

4. Reforzar los sistemas de seguimiento de la salud y los sistemas de información sanitaria.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Las dos barreras de acceso y uso del sistema de salud más frecuentemente reportadas por migrantes fueron: (i) barreras de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, (ii) barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el sentido de que sabían dónde consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia.
- Solo uno de cada 10 migrantes que recibieron alguna vez atención habían escuchado sobre el enfoque intercultural en la atención de salud.
- Menos de 1 de cada 10 migrantes que recibieron alguna vez atención de salud dijeron haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural.

Recomendación 13: Fortalecer el rol de los sistemas de salud como determinantes sociales del acceso, uso de servicios, trato y resultados de salud de migrantes en Chile y la región, por medio de mejoras en competencias interculturales de los equipos de atención en salud, en registro y monitoreo habitual, en sensibilización y en sistematización de experiencias en salud que se desarrollen desde los sistemas de salud.

Recomendación 14: Identificar brechas sistemáticas de registro e información sanitaria en torno a poblaciones migrantes en Chile y la región. Para ello, es necesario al menos (i) modernizar paulatinamente los sistemas de registro, (ii) incluir nuevas variables migratorias relevantes para mejorar la documentación de información.

14.1. Acortar sistemáticamente barreras de acceso y de trato en la atención de salud de parte de equipos de salud hacia migrantes internacionales, con especial atención al reforzamiento del registro y monitoreo de atenciones de salud con enfoque intercultural y con uso de mediador intercultural o facilitador lingüístico, para que a través del registro y monitoreo de salud adecuado se logre fomentar la inclusión de la diversidad social y cultural en el sistema de salud.

Recomendación 15: Poner a prueba las mejoras de sistemas de registro y monitoreo de información sanitaria de los países, por medio de estudios diagnósticos y de medición de brechas entre migrantes y locales que permita la evaluación de calidad del registro, al mismo tiempo de informar para la toma de decisiones en salud sobre la base de la construcción de dichos indicadores sanitarios.

Recomendación 16: Promover de manera estratégica, sostenida e intencionada, la interoperabilidad de sistemas de registro e información sanitaria entre países de la región, de tal forma de poder

establecer diagnósticos y monitoreo a lo largo del tiempo en migrantes, documentando sus procesos migratorios, sus efectos en salud y la real continuidad de cuidado entre países a partir de dichos mecanismos regionales de inteligencia en salud pública.

Recomendación 17: Promover la investigación y la innovación en salud para los sistemas de información y registro oficiales de los Estados, por medio de alianzas de cooperación con organismos internacionales, grupos académicos y expertos, y asociaciones con la sociedad civil que permitan el desarrollo de dichas innovaciones en salud con foco en el registro de migrantes internacionales.

5. Acelerar los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluida la cobertura sanitaria universal.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Población migrante internacional en baja proporción reporta pertenecer a pueblo indígena, pero igualmente representa al menos un 10% aproximado de la población.
- Existen dos grandes grupos de migrantes: migrantes asentados de países fronterizos que tienen menor representación en la muestra de estudio, coherente con las estimaciones nacionales, y otro grupo más reciente emergente de países más alejados de la región y que tienen el liderazgo general en Chile en la actualidad.
- Las remesas son una dimensión importante de la experiencia migratoria en Chile, incluso en contextos de precariedad laboral o falta de trabajo.

Recomendación 18: Asegurar mecanismos estratégicos, legales y administrativos que promuevan de manera explícita y formal la cobertura universal en salud en todas sus dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y equidad) de personas y familias migrantes en la región, independiente de su estatus migratorio, tipo de visa, nacionalidad, pertenencia étnica o condición socioeconómica o estatus social.

Recomendación 19: Promover la formación de capacidades en equipos de salud de todo nivel acerca de los ODS, en especial aquellas metas vinculadas de manera estrecha al bienestar, protección y salud de migrantes y de experiencias relevantes asociadas que se hayan desarrollado en la región y que sean transferibles entre países. Esto debe incluir aspectos como condiciones de vida y salud en el tránsito, en fronteras, en contexto de crisis sanitarias, en retorno, cuidados virtuales y remesas, por mencionar algunos principales.

Recomendación 20: Promover la investigación formal y la acción sanitaria en los territorios y países, que permitan el diagnóstico y análisis de diversos ODS relevantes para migrantes en América Latina; así como la puesta a prueba y evaluación de diversas intervenciones de salud y comunitarias que vayan en línea con metas estratégicas de los ODS en estas poblaciones.

6. Reducir la mortalidad y la morbilidad entre los refugiados y los migrantes mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Seis de cada 10 no tienen a quien pedirle dinero en caso de requerirlo en Chile y tres de cada 10 indicó no tener apoyo emociona en Chile en caso de necesitarlo.
- Existen recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento de parte de migrantes durante la pandemia a nivel individual y de hogar, en ciertos casos también a nivel de comunidad y apoyos externos institucionales. Los expertos reconocieron: (i) recursos y capacidades comunitarias, (ii) apoyos institucionales para enfrentar los impactos de la pandemia (ayuda económica y adaptaciones del sector salud).
- Como recursos y estrategias de enfrentamiento a la pandemia se reconocen estas dimensiones: (i) estrategias a nivel individual o del hogar para prevenir el contagio (donde destacan búsqueda de información, cambio de hábitos, instalación y evolución en el tiempo de medidas de autocuidado y de limpieza), (ii) estrategias de prevención del contagio en el ambiente laboral (en especial teletrabajo y diferencias si el trabajo es formal o informal), (iii) estrategias a nivel comunitario para prevenir el contagio (difusión de información, materiales para limpieza, implementación de medidas de prevención y su fiscalización), (iv) estrategias institucionales y civiles de prevención del contagio (difusión de información, materiales para limpieza).

Ver recomendaciones 6 a 9, así como recomendaciones 17 a 20.

Recomendación 21: Fortalecer un enfoque de salud en todas las políticas y de medicina social en el desarrollo de políticas, acciones y programas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud de todo tipo, que integre determinantes sociales de la salud contextuales y estructurales en procesos de salud y enfermedad en personas y comunidades migrantes internacionales.

Recomendación 22: Establecer metas, acciones e indicadores de salud que consideren el desarrollo de comunidades multiculturales y mecanismos protectores de la salud relacionados al capital social y cohesión social de personas y comunidades migrantes y en contexto de movilidad.

Recomendación 23: Reconocer y dar un lugar político, programático y práctico a los recursos y capacidades de personas y comunidades migrantes en países receptores, de tal forma de promover su identidad multicultural, dignificar y catalizar dichos recursos y capacidades en pro de la salud de todos y todas quienes comparten su vida en un territorio común.

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.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Población joven en edad reproductiva, más joven que la población local, pero con amplia diversidad etaria.
- Cerca de la mitad de los migrantes viven con familiares en Chile, un tercio aproximado con pareja, y cerca de un 20% con amigos o conocidos, solos o desconocidos.
- Cerca de un cuarto de los migrantes tiene pareja o hijos en el país de origen, relevando la experiencia de cuidados virtuales a distancia y necesidad de soporte económico en los países de origen.
- Seis de cada 10 migrantes indican tener redes de apoyo en sus países de origen y 4 de cada 10 en Chile.

Todas las recomendaciones anteriores desde la 1 a la 20 son aplicables a este grupo de migrantes venezolanos y de otros países. Se pueden además agregar otras recomendaciones más específicas:

Recomendación 24: Dotar de capacidades humanas, legales y financieras a los países para la protección inequívoca de la vida y salud de mujeres y niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes, por medio del pleno cumplimiento de compromisos internacionales del bien superior del niño y de la mujer.

Recomendación 25: Reforzar la protección de la vida, dignidad y salud de mujeres y NNA migrantes en el contexto de crisis humanitaria actual, activando en los Estados mecanismos de protección internacional como refugio y asilo toda vez que sea requerido, por medio de medidas ágiles, simples, claras y transparentes, que incluyan la integración efectiva de estas personas en países receptores.

Recomendación 26: Fortalecer el trabajo de protección y aseguramiento de la salud y vida de mujeres y NNA migrantes en contextos de tránsito y en fronteras, reconociendo dichas etapas de la migración internacional como críticas y de alto riesgo para la vulnerabilidad humana, social y cultural de estas personas.

8. Promover la continuidad y la calidad de la atención de migrantes y sus familias en países receptores y a lo largo del proceso migratorio.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- La mayoría de migrantes pertenece al sistema público de salud, con una inscripción efectiva del 70% en total. Esto equivale a cerca de un 30% de migrantes sin inscripción formal, un poco más alto que las estimaciones nacionales CASEN 2017.
- Migrantes más asentados o históricos como peruanos tienen mayor proporción de inscripción formal al sistema de salud que migrantes emergentes o más recientes como venezolanos, colombianos o haitianos.
- Existen claras gradientes de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también gradientes inversas de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones.
- Cerca de 8 de cada 10 migrantes reportan haber usado alguna vez el sistema de salud en Chile. De esos que sí lo han usado, cerca de 3 de cada 10 reportan haber enfrentado alguna dificultad o barrera de atención en salud.
- Seis de cada 10 migrantes indican tener redes de apoyo en sus países de origen y 4 de cada 10 en Chile.

Ver recomendaciones 1, 2, 4, 5, 7, 13, 16, 17 y 18.

Recomendación 27: Propiciar el desarrollo de investigación y de innovaciones con enfoque de curso de vida y de proceso migratorio, idealmente con financiamiento y con marcos de trabajo competitivos y de alto nivel en la región, de manera de documentar y analizar los resultados de salud de migrantes en su experiencia de continuidad del cuidado y calidad de la atención en salud.

Recomendación 28: Promover y catalizar desde los Estados, y con apoyo de organismos internacionales articuladores, la capacidad de compartir información y buscar su integración con perspectiva de curso de vida y de proceso migratorio, por medio del intercambio e interconexión de información y registro sanitario en salud, iniciando al menos en grupos más vulnerables (mujeres,

NNA, adultos mayores, discapacitados, minorías de diverso tipo) e incluyendo las múltiples trayectorias migratorias entre y dentro de países de la región.

28.1. Desarrollar mecanismos y acciones que aporten a la integración social de personas migrantes con locales en países receptores, así como de migrantes con personas significativas en países de origen, con un enfoque transnacional de construcción de familia, bienestar, salud y continuidad del cuidado en la región de manera integral.

9. Elaborar, reforzar y aplicar medidas de seguridad y salud en el trabajo en migrantes.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Migrantes internacionales reportan niveles educacionales intermedios con enseñanza media en casi la mitad de los casos. Esto es diferente a evidencia de años anteriores donde destacaba la alta escolaridad de migrantes en Chile.
- Las remesas son una dimensión importante de la experiencia migratoria en Chile, incluso en contextos de precariedad laboral o falta de trabajo.
- Casi el 70% de migrantes indican estar trabajando, pero una menor proporción indica tener contrato (60%). El trabajo y el contrato son dependientes del grado educacional y del sexo, siendo más altos en personas con nivel profesional y hombres.
- Pese a tener trabajo y en algunos casos contar con contrato, los migrantes relatan experiencias de condiciones de pobreza y hacinamiento, riesgos asociados a informalidad, dificultades para encontrar trabajo, discriminación y xenofobia, así como también algunas experiencias positivas de reconocimiento a la integración a personas migrantes en Chile.
- Los expertos destacan gran heterogeneidad en condiciones de vida y de trabajo en migrantes, aun cuando las personas migrantes internacionales en el país generalmente se desempeñan en empleos no calificados pero esenciales, y en ciertos casos peligrosos.
- El estatus migratorio de regularidad o irregularidad en Chile es un importante marcador de la posibilidad de encontrarse trabajando.
- Cerca de tres de cada 10 migrantes señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena; de ellos 9 de cada 10 fue para salir a trabajar.

Ver recomendación 18 de cobertura universal en salud.

Recomendación 29: Frenar, fiscalizar y reprender toda forma de trabajo informal e inseguro en personas migrantes en Chile y la región, por medio de instrumentos administrativos y legales que permitan el correcto y transparente cumplimiento de esta meta social y de equidad.

29.1. Promover la comprensión y sensibilidad de la experiencia laboral migrante no solo por su efecto en condiciones laborales en país receptor, sino que también por sus profundas implicancias en procesos laborales y económicos globales como remesas y cuidados a distancia de familiares e hijos/as de personas migrantes en sus países de origen.

29.2. Proteger el trabajo y la seguridad laboral de personas migrantes en contextos de pandemia o crisis socio-sanitarias, por medio de equipamiento de protección personal, mantención del trabajo, flexibilidad y cualquier otra medida que promueva la protección y seguridad laboral de personas en contextos migratorios en emergencias sanitarias.

Recomendación 30: Apoyar y dinamizar el desarrollo de estrategias y acciones concretas que aseguren el pleno cumplimiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile en las dimensiones de seguridad y salud en el trabajo, tanto por la inscripción formal a aseguramiento social y de salud, como por la garantía de medidas de protección para posibles riesgos ocupacionales y de aseguramiento laboral correspondiente.

Recomendación 31: Promover la convalidación profesional y técnica de migrantes en Chile, por medio de evaluaciones curriculares oficiales o mecanismos alternativos de examinación, que permitan que personas calificadas en nuestro país puedan ejercer en sus capacidades y aportar de manera fructífera y plena al desarrollo del país y de las personas y comunidades que en este territorio habitan.

31.1 Promover la capacitación y educación de migrantes internacionales en Chile, en favor de su desarrollo y florecimiento y en igualdad de oportunidades que nacionales, desde la infancia.

10. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas refugiadas o migrantes.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Cerca de un cuarto de los migrantes tiene pareja o hijos en el país de origen, relevando la experiencia de cuidados virtuales a distancia y necesidad de soporte económico en los países de origen.
- El trabajo y el contrato son dependientes del grado educacional y del sexo, siendo más altos en personas con nivel profesional y hombres comparado con mujeres.

Todas las recomendaciones anteriores desde la 1 a la 28 son aplicables a este grupo de mujeres y niñas migrantes. Se pueden además agregar otras recomendaciones más específicas:

Recomendación 32: Fiscalizar y castigar toda forma de inequidad social y de salud hacia mujeres y niñas migrantes en espacios sociales públicos y privados, laborales, comunitarios e institucionales, que sean debidamente documentadas y que cuenten con procedimiento administrativo, judicial o criminal real y formal en Chile y que se pueda aplicar cuando sea necesario, según la severidad de la situación.

Recomendación 33: Promover la integración justa y transparente de mujeres migrantes al trabajo en Chile, por medio de mecanismos de selección y contratación que no limiten por sexo, número de hijos o maternidad.

Recomendación 34: Facilitar que niñas y mujeres migrantes se integran a espacios educacionales y comunitarios en los territorios, por medio de redes municipales, desarrollos comunales y procedimientos de inclusión institucional en distintos niveles. De esta forma, catalizar la creación de redes de niñas y mujeres migrantes y de otros países, así como vincularlas a otras mujeres chilenas con intereses similares, en la co-construcción de redes de capital social integradas y multiculturales.

Recomendación 35: Generar mecanismos de participación social amplia y en salud para niñas y mujeres migrantes en Chile y la región, de manera de promover capital social vinculante a toma de

decisiones en espacios locales, regionales y nacionales, por ejemplo por medio de diálogos ciudadanos, diagnósticos comunitarios participativos, cabildos y plebiscitos, que incluyan sistematizaciones y evaluaciones en temáticas relevantes a salud y a acceso, uso y trato de servicios de salud con pertinencia de género e intercultural en el sistema de salud de cada país.

11. Apoyar las medidas destinadas a mejorar la comunicación y a luchar contra la xenofobia hacia personas migrantes.

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Población migrante internacional en baja proporción reporta pertenecer a pueblo indígena, pero igualmente representa al menos un 10% aproximado de la población.
- Uno de cada 10 migrantes participa en alguna asociación civil u organización de cualquier tipo en Chile.

Ver recomendaciones 10, 11, 12, 13, 18, 19 y 20, además de todas las anteriores generales. Se pueden además agregar otras recomendaciones más específicas:

Recomendación 36: Construir, por medio de instrumentos formales de trabajo desarrollados en el sistema de salud, ambientes de buen trato en todos los equipos de salud en Chile, con mirada especialmente interesada en el respeto a los derechos humanos, a la diversidad social y cultural y al encuentro intercultural efectivo entre miembros de los equipos de salud y hacia personas migrantes.

Recomendación 37: Frenar, fiscalizar y castigar toda forma de expresión de racismo, discriminación y xenofobia en atenciones de salud en Chile hacia personas y familias migrantes internacionales.

Recomendación 38: Capacitar y sensibilizar a equipos de salud en todo el territorio nacional sobre la existencia, causas, formas y consecuencias de estereotipos, prejuicios y toda expresión de discriminación en espacios de salud, con especial foco en poblaciones migrantes internacionales y que puedan realizar intercambios comparados en este problema en América Latina como fenómeno de relevancia regional.

38.1. Promover la integración de personas y familias migrantes y en cualquier forma de movilidad a organizaciones civiles de cualquier tipo, que apoyen la identidad, la construcción de redes de apoyo y el desarrollo de comunidades multiculturales integradas y respetuosas de la diferencia.

12. Fortalecer las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional

Brechas o necesidades que estas recomendaciones cubren, a partir de hallazgos de este estudio:

- Cerca de un cuarto de los migrantes tiene pareja o hijos en el país de origen, relevando la experiencia de cuidados virtuales a distancia y necesidad de soporte económico en los países de origen.
- Seis de cada 10 migrantes indican tener redes de apoyo en sus países de origen y 4 de cada 10 en Chile.

Ver recomendaciones 1 a 5, 6, 17, 20 y 25.

G. Medidas adicionales en contexto de pandemia: La crisis en la frontera de Chile en el marco de COVID-19

El 2021 el país de Chile enfrenta, al menos, tres crisis simultáneas que hacen de la situación nacional una emergencia de excepción: (i) crisis *migratoria humanitaria* de largo aliento y de profundo alcance que afecta a toda la región incluido Chile, (ii) crisis de *pandemia por COVID-19* que ha exigido el extraordinario despliegue de nuestro sistema de salud y de nuestros valientes profesionales y técnicos de salud, y (iii) crisis *socio-política en Chile* que sigue vigente desde el estallido social. Todo esto provoca reacciones intensas de miedo y angustia, desesperanza y frustración, odio y rechazo, las que a su vez provocan acciones de discriminación, lamentables actos de violencia, y medidas de política pública reactivas y de corto plazo.

A partir de la evidencia disponible a nivel internacional y de experiencias en este tema, la red chilena de investigación en salud y migración (RECHISAM) propuso en febrero del 2021 desarrollar y/o fortalecer con urgencia las siguientes acciones de salud:

1. Hacia una atención de salud integral y de largo plazo en frontera. Se recomienda crear y desplegar programas integrales de protección de la salud, atención de salud y acompañamiento a personas migrantes que están residiendo de manera accidental y desprotegida en la frontera, con adecuado financiamiento de emergencia socio-sanitaria, comprendiendo el recorrido que han hecho para llegar a ella y los riesgos en salud que se deben prevenir por medio de la oportunidad de acceso a la atención de salud. En este sentido, de especial urgencia son los siguientes casos:
    a. Mujeres de cualquier edad, con énfasis en el cuidado de migrantes gestantes, en proceso de lactancia, en vulnerabilidad social y en cualquier riesgo de abuso de su dignidad y derechos.
    b. Niños, niñas y adolescentes migrantes, en especial aquellos con alguna condición de salud física o emocional, en favor del bien superior de la infancia y el efectivo cumplimiento de acuerdos internacionales a los que Chile ha adscrito en esta materia.
    c. Personas con condiciones crónicas de cualquier tipo y que requieran de una efectiva continuidad del cuidado de la salud, con enfoque de riesgo y de equidad social para migrantes con enfermedades en frontera.

2. La urgente consideración de niños, niñas y adolescentes (NNA) no acompañados en frontera. Si bien el fenómeno de NNA no acompañados es frecuente en otros países de la región, en Chile se requiere de su reconocimiento formal y explícito. NNA no acompañados sufren de mayores riesgos de abuso, violencia, enfermedades y trauma. La experiencia de migración de NNA no acompañados es excepcionalmente compleja y requiere de manera urgente de personal de salud, psicosocial y judicial entrenado, así como también de programas de largo aliento y recursos especialmente dispuestos para este fin en nuestra frontera norte.

3. Vacunación para todos y todas en Chile. Replicando el llamado de Naciones Unidas a todos los países del mundo: "*Los Estados tienen la obligación de vacunar a la población migrante, regular e irregular, en iguales condiciones de trato que los nacionales, sin discriminación*."

4. Aumentar recursos y desplegar más capacidades de salud en frontera. Es fundamental aumentar el equipamiento y recursos humanos y financieros con urgencia y en forma permanente, más allá de la actual pandemia, en la frontera norte de nuestro país. No existe forma alguna de establecer un enfoque de derechos, de salud pública y de protección a la vida de personas migrantes en Chile si no se dispone de más personal, más recursos y más esfuerzos por crear soluciones para estas personas desde la frontera.

5. Sistematización de experiencias y aprendizajes de salud de migrantes en frontera. Sistematizar de manera formal y estructurada los éxitos y aprendizajes de esta compleja y desafiante experiencia de crisis humanitaria en nuestra frontera norte, podría ser de extraordinaria importancia para el mejoramiento de acciones y el desarrollo de programas, normativas y protocolos que se dispongan en frontera. Además, serviría para apoyar y fortalecer el plan de acción de la política de salud de migrantes internacionales de Chile, que se encuentra en fase final de elaboración.

6. Registro y monitoreo de salud de migrantes en frontera con enfoque de equidad y de derechos. Es esencial mantener un registro y monitoreo de estas poblaciones migrantes con enfoque de derecho y de confidencialidad de la información desde el sistema de salud, para mejorar la inteligencia en salud pública en estas poblaciones que residen en nuestro país y que han llegado al territorio en contexto de crisis humanitaria y de pandemia.

7. Trabajo en red por medio de programas formales de largo aliento en Chile en esta temática. El trabajo en red articulado y de largo plazo reporta mejores resultados de salud que esfuerzos aislados y de carácter ocasional. Por ello, proponemos el general un programa de acompañamiento intersectorial a personas y familias migrantes que hoy están ingresando al país y que comience en frontera, superando la barrera de tiempo de la cuarentena. De esta manera se podrá asegurar la inserción en ciudad de destino de estas personas, la reunificación familiar y el acceso a protección social a largo plazo.

8. Apoyo de sociedad académica y universitaria. Se está trabajando en forma cooperativa hoy en frontera desde instituciones públicas, organismos internacionales y organizaciones civiles. Pero existe la oportunidad de más y mejor trabajo en red. Chile puede contar hoy por ejemplo con el apoyo de sociedad civil, incluyendo el cuerpo académico dedicado a la temática de salud y migración, docentes universitarios de profesiones de la salud y afines, y alumnos voluntarios, entre otros.

9. Cooperación internacional con miras a una salud de todos y todas en la región. Desde un enfoque de salud global, democracia y paz, el trabajo sostenido de cooperación internacional entre países donde se enfrentan crisis de frontera es crítico. La ausencia de diálogo y búsqueda conjunta de soluciones para la regularización de personas migrantes en fronteras comunes tiene efectos catastróficos en la vida y salud de estas personas. Proponemos el fortalecer el diálogo entre países vinculados a la crisis de frontera que hoy enfrentamos, en la certeza de que este es un fenómeno que será duradero y persistente en nuestra región y en nuestro país.

H. Medidas adicionales en contexto de pandemia: La vacunación contra COVID-19

Adicionalmente, el pasado jueves 10 de febrero del 2021 el Ministerio de Salud tomó la decisión de no vacunación a personas migrantes internacionales con visa de turista o en situación irregular, tal y como lo mandata la Resolución Exenta 1138 (136) en la que se indica que "debe precisarse que la población *que vive en Chile* es aquella que tiene nacionalidad chilena, permanencia definitiva, visa de residente, visa de estudiante o visa sujeta a contrato, o quienes cuenten con una solicitud de visa temporal o definitiva ingresada a trámite, excluyendo a aquellos que estén transitoriamente en el país exclusivamente con una visa de turista".

Al respecto de esta resolución y su restricción a personas migrantes, refugiadas y en movilidad que se encuentren con visa de turista o en situación irregular, la RECHISAM nuevamente presentó una carta abierta con una serie de recomendaciones, con enfoque de salud pública, y por el bien de la vida de niños/as, jóvenes y adultos migrantes que han sufrido de inclemencias humanas, sanitarias, sociales y climáticas de todo tipo para lograr sobrevivir en nuestra región. Dichas recomendaciones tienen pertinencia para este reporte al estar basadas en la evidencia científica, pero además al establecer propuestas adicionales que son relevantes para este estudio y reporte.

Las recomendaciones fueron las siguientes:

1. Asegurar el derecho a la salud en todo ser humano que habita el territorio nacional, de cualquier edad, género, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, país de origen y creencias, en profundo sentido de respeto a la dignidad humana y a la diversidad social y cultural que hoy nos representa como sociedad.
2. Recuperar la tradición histórica de salud pública en inmunizaciones, donde las vacunas son consideradas un bien público de salud sin ningún tipo de discriminación ni restricción, y que nos ha permitido como país erradicar de manera exitosa enfermedades tan relevantes como polio, sarampión, etc.
3. Recuperar una visión amplia y de largo aliento de salud pública en materia de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile en contexto de crisis por pandemia COVID-19, que es por esencia integral, equitativa, con sólidas competencias técnicas y basada en la evidencia científica.
4. Cautelar que la información que se difunde en medios de prensa sea revisada desde un ángulo técnico experto, que informe de manera comprensiva y real de las complejas aristas migratorias, sanitarias, sociales, políticas y culturales que Chile y toda la región están enfrentando en esta materia en la actualidad.
5. Abogar de manera persistente por un enfoque regional, internacional, del fenómeno migratorio y de la crisis socio-sanitaria por COVID-19 que todos y todas en nuestro territorio latinoamericano enfrentamos.
6. Comprender, de manera informada e integral, que tanto pandemia como migración son fenómenos complejos y duraderos en el tiempo, por lo que en lugar de medidas restrictivas se debe abogar por más y mejores acciones y mecanismos de despliegue de recursos y capacidades para equipos de salud, psicosociales y civiles que hoy están en la primera línea en el sistema de salud, en las comunidades y en nuestra frontera.

XVIII. REFERENCIAS

1. OIM. IOM's Global Migration Data Analysis Centre: OIM; 2019 [
2. Segal U. Globalization, migration, and ethnicity. Public health. 2019;172:135-42.
3. ACNUR U. Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes. UN; 2016.
4. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. Introducción y conceptos esenciales. . In: Cabieses B, Bernales, M., McIntyre, A. , editor. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas Universidad del Desarrollo. Satiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 15-26.
5. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. Annual review of public health. 2015;36:375-92.
6. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. Eurohealth. 2009;16(1):10-2.
7. Thomas F. Handbook of migration and health: Edward Elgar Publishing; 2016.
8. OIM. Social Determinants of Migrant Health. 2007.
9. OIM. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica. 2016.
10. OMS. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Geneva: OMS; 2017.
11. Cabieses BB, M.; Obach, A.; Pedrero, P. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: evidencia y recomendaciones para políticas públicas. Santiago. : Universidad del Desarrollo; 2016.
12. Badii MH, Guillén A, Castillo D, Abreu JL, Ramírez C, Garza D. Clasificación, uso y abuso de los recursos sociales. Daena: International Journal of Good Conscience. 2018;13(1):263-82.
13. Blukacz A, Cabieses B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. Lancet. 2020;396(10257):1070.
14. Rodriguez-Diaz CE, Guilamo-Ramos V, Mena L, Hall E, Honermann B, Crowley JS, et al. Risk for COVID-19 infection and death among Latinos in the United States: examining heterogeneity in transmission dynamics. Ann Epidemiol. 2020;52:46-53. e2.
15. Podewils LJ, Burket TL, Mettenbrink C, Steiner A, Seidel A, Scott K, et al. Disproportionate incidence of COVID-19 infection, hospitalizations, and deaths among persons identifying as Hispanic or Latino—Denver, Colorado March–October 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(48):1812.
16. M. F, U. F, A. H, S. N, K. S, T. V. Setback in labour market integration due to the Covid-19 crisis? An explorative insight on forced migrants' vulnerability in Germany. Eur Soc. 2020;0(0):1–16.

17. Shen J, Bartram D. Fare differently, feel differently: mental well-being of UK-born and foreign-born working men during the COVID-19 pandemic. European Societies. 2021;23(sup1):S370-S83.

18. Attal JH, Lurie I, Neumark Y. A rapid assessment of migrant careworkers' psychosocial status during Israel's COVID-19 lockdown. Israel journal of health policy research. 2020;9(1):1-11.

19. CY Yeung N, Huang B, Lau CY, Lau JT. Feeling Anxious amid the COVID-19 Pandemic: Psychosocial Correlates of Anxiety Symptoms among Filipina Domestic Helpers in Hong Kong. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):8102.

20. B. A, H. K, K. C, J. G, J. A, MA. F. COVID-19 stressors on migrant workers in Kuwait: cumulative risk considerations. . BMJ Glob Health. 2020;5(7):e002995.

21. Burton-Jeangros C, Duvoisin A, Lachat S, Consoli L, Fakhoury J, Jackson Y. The impact of the Covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization. Frontiers in public health. 2020;8.

22. Devillanova C, Colombo C, Garofolo P, Spada A. Health care for undocumented immigrants during the early phase of the Covid-19 pandemic in Lombardy, Italy. Eur J Public Health. 2020;30(6):1186-8.

23. Coffey J, Cook J, Farrugia D, Threadgold S, Burke PJ. Intersecting marginalities: International students' struggles for 'survival'in COVID-19. Gender, Work & Organization.

24. NL. P, AS. B, A. V, SS. J, I. D, M. S. 'It's difficult to help when I am not sitting next to them': How COVID-19 school closures interrupted teachers' care for newly arrived migrant and refugee learners in Denmark. Vulnerable Child Youth Stud. 2020;0(0):1–11.

25. Logie CH, Okumu M, Latif M, Musoke DK, Lukone SO, Mwima S, et al. Exploring resource scarcity and contextual influences on wellbeing among young refugees in Bidi Bidi refugee settlement, Uganda: findings from a qualitative study. Conflict and Health. 2021;15(1):1-11.

26. Wang S, Chen X, Li Y, Luu C, Yan R, Madrisotti F. 'I'm more afraid of racism than of the virus!': racism awareness and resistance among Chinese migrants and their descendants in France during the Covid-19 pandemic. European Societies. 2020:1-22.

27. Wu C, Qian Y, Wilkes R. Anti-Asian discrimination and the Asian-white mental health gap during COVID-19. Ethnic and Racial Studies. 2020:1-17.

28. P. Z-B, S. RH, LF. F, M. L, R. S, A. R. The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. . J Migr Health. 2021;1(3):100029.

29. Martuscelli PN. How are refugees affected by Brazilian responses to COVID-19? Revista de Administração Pública. 2020;54(5):1446-57.

30. Cabieses B, Darrigrandi F, Blukacz A, Obach A, Silva C. Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: findings from an opinion poll. Medwave. 2021;21(1):e8103.

31. B. C, F. D, A. O. Factores asociados a sentirse preparado para enfrentar el COVID-19 en migrantes internacionales en Chile. . Rev Inst Salud Pública Chile [Internet]. 2021;4(2):https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/103.

32. B. C, F. D, A. B, A. O, C. S. Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla. Notas de Población. 2021;111:43-62.

33. S. R. Migración y salud en Chile: el impacto del coronavirus en la vida de los migrantes. . Indep Study Proj ISP Collect 2020;https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3314.

34. JA. M. Qualitative Research Design: An Interactive Approach. : SAGE Publications;; 2012.

35. H. K, A-M. P, M. J, 2016;72(12): KMJAN. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs 2016;72:2954–65. .

36. Social MdD. Inmigrantes. Síntesis de resultados. CASEN 2017. 2017.

37. A. B. Social Research Methods. : Oxford University Press; 2016.

ANEXOS

CARTA GANTT

Nombre actividad	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Preparación equipo y comité de ética	x										
Revisión literatura internacional		x	x								
Elaboración instrumentos (encuesta y entrevistas)		x									
Terreno: Realización encuestas online			x	x							
Terreno: Realización entrevistas a informantes claves y migrantes					x	x					
Transcripción entrevistas y elaboración base datos						x	x				
Análisis del material cuantitativo y cualitativo						x	x	x			
Producto 1: Propuesta preliminar de lineamientos de política sanitaria con perspectiva intercultural							x	x			
Producto 2: Desarrollo de protocolos preliminares para equipos de salud								x	x		
Producto 3: Generación de Material educativo preliminar con perspectiva intercultural								x	x		
Presentación y discusión de las propuestas preliminares con comité asesor internacional									x		
Elaboración artículos académicos								x	x	x	x
Informe final											x

FORMULARIO DE INFORMACIÓN A PARTICIPANTES
Versión 01 – 05 septiembre 2020
CON TRADUCCIÓN A CREOLE HAITIANO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

¿A qué estoy siendo invitado/a?

Usted está siendo sido invitado/a a participar libre y voluntariamente en una investigación que tiene como propósito general conocer vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile respecto de la pandemia por COVID-19, así como sus recursos y capitales sociales para enfrentar esta crisis, y proponer a partir de ello, estrategias y protocolos de acción que fortalezcan la prevención, disminuyan el contagio y promuevan una adecuada recuperación. Vulnerabilidad en este estudio se define como el riesgo de decaer o empeorar la condición de vida y salud actual.

Los objetivos específicos de este estudio son:

OE1. Identificar vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante, así como sus recursos y capitales sociales, diferenciada según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de prevención.

OE2. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital y nacionalidad en la etapa de contagio.

OE3. Identificar las mismas vulnerabilidades y recursos/capitales según género, ciclo vital, y nacionalidad en la etapa de recuperación.

OE4.Construir desde un enfoque de interculturalidad, recomendaciones de normativa para autoridades sanitarias, protocolos a equipos de salud, e información a la comunidad migrante internacional para evitar el contagio, gestionar la enfermedad y apoyar su recuperación física, social y emocional en el país.

¿Cuál es el aporte de esta investigación para Chile?

Los resultados de este estudio serán un aporte para comprender mejor las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile respecto de la pandemia por COVID-19, así como sus recursos y capitales sociales para enfrentar esta crisis, y proponer a partir de ello, estrategias y protocolos de acción que fortalezcan la prevención, disminuyan el contagio y promuevan una adecuada recuperación. Con esto, se espera generar nueva información para el país en estas importantes temáticas desde un enfoque de derecho, de inclusión y de interculturalidad.

¿Quién financia este estudio?

Este estudio está financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad del Desarrollo. El financiamiento está 100% dedicado a la ejecución de este estudio.

¿Qué se espera de mí en este estudio?

Usted está siendo invitado a responder una encuesta breve online o a participar en una entrevista o grupo de discusión, también 100% virtuales por medio de zoom u otro software similar. Los potenciales participantes de este estudio son: (i) personas migrantes internacionales adultas que hablen español o Creole haitiano y que residan en la región metropolitana; (ii) líderes de organizaciones migrantes y pro migrantes, autoridades locales o expertos nacionales académicos y del Ministerio de Salud.

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, puesto que solo contempla la participación en una encuesta online o en una entrevista confidencial con el equipo de investigación. Tampoco se beneficiará directamente de ella. Creemos que la información recogida será de gran utilidad para poder comprender vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante que reside en Santiago de Chile respecto de la pandemia por COVID-19, así como sus recursos y capitales sociales para enfrentar esta crisis.

Si usted es invitado a realizar una encuesta breve online (componente cuantitativo del estudio), deberá ingresar a un link en su celular o computador y responder una serie de preguntas anónimas sobre su proceso migratorio, condiciones de vida y necesidades sociales y de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Esto tendrá una duración estimada de 7 a 8 minutos. Ninguna pregunta personal sensible será incluida, solo aspectos generales de sus condiciones de vida y necesidades de salud. Todas las encuestas serán vaciadas en forma anónima a una planilla Excel para su análisis descriptivo. Nadie podrá ser identificado y todos los resultados serán generales.

Si usted es invitado a participar en una entrevista o grupo de discusión (componente cualitativo del estudio), le pediremos participar en una entrevista virtual de 30-45 minutos de duración. En esta entrevista le preguntaremos sobre su proceso migratorio, condiciones de vida y necesidades sociales y de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Todas las entrevistas serán grabadas de audio en forma confidencial (sin el nombre de los participantes), para su posterior análisis. Los audios serán transcritos a Word palabra a palabra y analizado en forma conjunta.

Todo el material, planilla Excel, audios y documentos, será analizado solamente por el equipo de investigación.

¿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 a cargo tendrá acceso a la información de este estudio.

¿Dónde quedará toda esta información y quién la protegerá?

Toda la información recolectada será guardada por 6 meses luego del término del estudio y bajo llave en una oficina de la Universidad del Desarrollo, después de lo cual será digitalizada y destruida en su modalidad de papel en forma segura. Sólo los investigadores de este estudio 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, como por ejemplo artículos de revistas científicas, seminarios y recomendaciones para la autoridad sanitaria y los equipos de salud.

Las posibles publicaciones u otras formas de difusión científica que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de la información. Si desea tener acceso a las publicaciones o a los resultados del estudio, puede solicitarlos al investigador principal, quien se los hará llegar a su correo personal al término del estudio.

¿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, ni con ninguna persona en su comuna.

¿Cómo puedo saber más de este estudio o conocer sus resultados?

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** 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) dirección Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of. 202, Fono 223279157.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Versión 01 – 05 de septiembre del 2020
CON TRADUCCIÓN A CREOLE HAITIANO

Esta forma será guardada por un periodo de 6 meses luego del término del estudio

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidades* y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

*Vulnerabilidad en este estudio se define como el riesgo de decaer o empeorar la condición de vida y salud actual.

He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar.

1. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
2. 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 el sistema de salud en Chile ni con ninguna otra institución.
3. Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
4. Entiendo que la información recolectada será confidencial, que no se identificará de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y se mantendrá el anonimato de cada persona en todo momento.
5. Entiendo que los resultados de este estudio serán presentados en forma agregada y sin identificar a ningún participante, protegiendo mi confidencialidad.
6. Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 6 meses tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.

Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** *[subrayar la correcta]* en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar los resultados finales del estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

Contacto: Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), 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) dirección Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of. 202, Fono 223279157.

ENCUESTA BREVE ONLINE
FORMULARIO PARA PLATAFORMA DIGITAL
Versión 01 – 05 de septiembre del 2020
CON TRADUCCIÓN A CREOLE HAITIANO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

¿Cuál es su edad en años? _____

¿Cuál es su sexo?
1. Hombre
2. Mujer
3. Otro

¿Cuál es su país de nacimiento?
1. Venezuela
2. Perú
3. Colombia
4. Ecuador
5. Bolivia
6. Haití
7. Argentina
8. República Dominicana
9. Otro cuál: _____

¿Es usted refugiado o asilado?
1. Sí
2. No

¿Cuál es su estatus general migratorio actual?
1. Turista
2. Visa en trámite de cualquier tipo
3. Visa temporaria vigente de cualquier tipo
4. Visa definitiva
5. En situación irregular incluyendo pase inhabilitado
6. Otra

¿Pertenece a algún grupo étnico o aborigen?
1. Sí
2. No
3. No sé

¿Hace cuánto tiempo llegó a Chile?
1. Menos de 6 meses
2. Entre 6 meses y un año
3. Entre 1 y 5 amos
4. Entre 6 y 10 años
5. Hace más de 10 años

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

¿Cuál es su nivel educacional?
1. Primario
2. Secundario
3. Universitario

¿Trabajó esta semana?

1. Sí
2. No, pero quiero trabajar
3. No, pero no quiero trabajar

Si se encuentra trabajando en este momento, ¿tiene contrato laboral?

1. Sí
2. No
3. No aplica (no está trabajando)

¿Tiene seguro de salud mientras vive en Chile?

1. Sí, Fonasa (público)
2. Sí, Isapre (privado)
3. Sí, otro (seguro internacional u otro)
4. No tengo ninguno
5. No sé

¿Qué lo llevo a tomar la decisión de migrar a Chile? (Marque con una X TODAS las que correspondan).

a) Búsqueda de trabajo

b) Necesidad de dinero

c) Mejores oportunidades

d) Calidad de vida/bienestar

e) Mejor acceso a servicios de salud

f) Escapar de conflictos civiles o armados

g) Conocer otro país/turismo

h) Otro ¿cuál? _____

¿Con quién vive?

1. Solo
2. Con familia
3. Con amigos o conocidos
4. Con desconocidos

¿Tiene pareja o hijos en su país de origen?

1. Sí
2. No

¿Tiene que enviar dinero a su país todos los meses (remesas)?

1. Sí
2. No

Respecto al tipo de vivienda en la que usted reside, marque la casilla que corresponda:

a) Vivienda propia
b) Vivienda en arriendo
c) Pieza en arriendo
d) Allegado en casa de otra persona
e) En situación de calle o desalojo
f) Otro cuál: _____

¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda en la que usted reside? _____ (número)

¿Con cuántas personas vives actualmente aquí en Chile? _____ (número)
(Considere a todas las personas que viven en su vivienda).

Del siguiente listado ¿Su vivienda cuenta con los siguientes servicios…?

a) Agua potable	1)Si	2)No	3) No sabe
b) Energía eléctrica	1)Si	2)No	3) No sabe
c) Gas	1)Si	2)No	3) No sabe
d) Sistema eliminación de excretas	1)Si	2)No	3) No sabe
e) Teléfono fijo	1)Si	2)No	3) No sabe
f) Internet	1)Si	2)No	3) No sabe
g) Televisión pagada (Tv cable/Tv satelital/digital)	1)Si	2)No	3) No sabe
h) Calefón (caldera eléctrica, calefactor solar, calefón a gas)	1)Si	2)No	3) No sabe

ASPECTOS PSICOSOCIALES

¿Tiene amistades o redes de apoyo social de personas de su país de origen usted aquí en Chile?

1. Sí
2. No

¿Tiene amistades o redes de apoyo social de personas nacidas en Chile usted aquí?

1. Sí
2. No

¿Forma usted parte de alguna asociación civil u organización de cualquier tipo aquí en Chile?
1. Sí
2. No

Si necesitara dinero, ¿tiene a quién pedirle aquí en Chile?
1. Sí
2. No

Si necesitara apoyo emocional, ¿tiene a quien pedirle aquí en Chile?
1. Sí
2. No

ASPECTOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

¿Alguna vez se ha atendido usted en el sistema de salud chileno?
1. Sí sistema público
2. Sí sistema privado
3. No nunca me he atendido

¿Ha enfrentado alguna vez alguna barrera o dificultad para acceder a una atención de salud en Chile?
1) Sí 2) No 3) Nunca he intentado acceder al sistema de salud en Chile

SI RESPONDIÓ QUE SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR, ¿qué barrera o dificultad ha enfrentado? (marque con una X todas las que correspondan)
a) No manejo el idioma para pedir la hora
b) No sé dónde consultar para pedir hora
c) Sé dónde consultar, pero no consigo hora
d) Conseguí hora, pero no sé adónde ir para mi cita
e) Fui a la cita, pero no me atendieron
f) Me atendieron, pero no me sentí tratado con respeto
g) Otra ¿cuál? _____
h) No aplica (no he experimentado ninguna barrera)

En las atenciones de salud que ha recibido en Chile, ¿tuvo la oportunidad de tener un mediador Intercultural o facilitador lingüístico que hiciera traducción simultánea?
1) SI 2) NO 3) No aplica, nunca he asistido

SI ES QUE HA ASISTIDO AL SISTEMA DE SALUD EN CHILE. Considerando una escala de 1 a 10, donde 1 es "muy malo" y 10 "muy bueno", en su opinión ¿cómo calificaría usted el sistema de salud chileno en general?

0=No aplica, no ha asistido al sistema de salud chileno

Muy mala 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy buena 10

SI ES QUE HA ASISTIDO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE. Considerando una escala de 1 a 10, donde 1 es "muy malo" y 10 "muy bueno", en su opinión ¿cómo calificaría usted el sistema de salud chileno PÚBLICO?

0=No aplica, no ha asistido al sistema público de salud chileno

Muy mala 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy buena 10

SI ES QUE HA ASISTIDO AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD EN CHILE. Considerando una escala de 1 a 10, donde 1 es "muy malo" y 10 "muy bueno", en su opinión ¿cómo calificaría usted el sistema de salud chileno PRIVADO?

0=No aplica, no ha asistido al sistema privado de salud chileno

Muy mala 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy buena 10

SI ES QUE HA ASISTIDO AL SISTEMA DE SALUD EN CHILE. En sus atenciones en el sistema de salud chileno, ¿Ha escuchado alguna vez del enfoque intercultural de salud? 1) SI 2) NO 3) No aplica, no he asistido al sistema de salud chileno

ASPECTOS SOBRE EL COVID-19 Y SU ENFRENTAMIENTO

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

a. ¿Tuvo su comuna cuarentena obligatoria en algún momento? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
b. De haber tenido cuarentena obligatoria, ¿pudo cumplirla? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ

c. ¿Tuvo acceso a mascarillas durante estos meses? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
d. ¿Usó usted mascarilla durante estos meses al salir de su hogar? 1) Siempre 2) A veces 3) Nunca
e. ¿Mantuvo usted el distanciamiento físico de al menos un metro en su vecindario? 1) Siempre 2) A veces 3) Nunca
f. ¿Mantuvo usted el distanciamiento físico de al menos un metro cuando salía a trabajar? 1) Siempre 2) A veces 3) Nunca
g. ¿Participó usted o alguien de su familia en cualquier evento social durante estos meses? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
h. ¿Recibió información de cómo prevenir el contagio desde autoridades o trabajadores de salud?1) SI 2) NO 3) NO SÉ
i. ¿Entendía usted las recomendaciones de prevención que se entregaban? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
j. ¿Estuvo usted o alguien de su familia en una residencia sanitaria? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ

DIAGNÓSTICO

k. Al día de hoy, ¿ha tenido usted el diagnóstico de COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
l. ¿Tuvo alguien de su núcleo familiar en Chile el COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
m. ¿Se tomó alguna vez un examen para saber si tenía COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
n. Si usted sí se tomó algún examen de COVID-19, ¿cuál fue el resultado? 1) Negativo 2) Positivo 3) No sabe

TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN

o. ¿Estuvo usted o alguien de su familia hospitalizado por COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
p. ¿Falleció alguien de su familia a causa del COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
q. ¿Estuvo alguien de su familia enfermo de COVID-19 y se recuperó? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ

EFECTOS DE LA PANDEMIA

r. ¿Perdió usted o alguien de su familia el trabajo por el COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
s. ¿Tuvo que salir a trabajar para mantener el ingreso para su familia? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
t. ¿Fue usted o alguien de su familia desalojado durante la pandemia por COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
u. ¿Estuvo afectado su ánimo (triste o angustiado) por el COVID-19 en la última semana? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
v. ¿Se siente usted preocupado por las consecuencias sociales del COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
w. ¿Pudo usted acceder a beneficios sociales por COVID-19 como alimento, bono, u otro? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
x. ¿Contó con apoyo de vecinos o amigos para enfrentar la pandemia por COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
y. ¿Sufrió alguna forma de violencia psicológica o física en su hogar durante la pandemia por COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ
z. ¿Sufrió alguna forma de violencia psicológica o física social durante la pandemia por COVID-19? 1) SI 2) NO 3) NO SÉ

¿Ha tenido algún cambio en su estilo de vida como consecuencia de la experiencia de la pandemia de COVID-19? MARQUE CON X TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

1. Sí, he cambiado mi alimentación (como más o como menos que antes)
2. Sí, he cambiado mi hábito de sueño (duermo más o duermo menos que antes)
3. Sí, he empezado a fumar o he aumentado mi consumo de tabaco
4. Sí, he comenzado a beber alcohol o he aumentado mi consumo de alcohol
5. Sí, estoy más sedentario (hago menos deporte)
6. Sí, otros cambios en mi estilo de vida
7. No, no he modificado nada en mi estilo de vida

¿Se siente apoyado por su familia y amigos para enfrentar el COVID-19 y sus consecuencias negativas?

1. Sí 2. No

¿Se siente apoyado por las autoridades del país para enfrentar el COVID-19 y sus consecuencias negativas?

1. Sí 2. No

¿Qué es lo que más le preocupa como consecuencia del COVID-19? MARQUE SOLO UNA

1. Perder mi trabajo o fuente de ingreso
2. El retorno de mis hijos a la escuela
3. Contagiarme o que alguien de mi familia se contagie
4. La discriminación hacia migrantes durante la pandemia
5. Las relaciones interpersonales en mi familia
6. Otra, ¿cuál? _____

¿Qué necesidades de salud tiene <u>usted</u> hoy a propósito de la pandemia? MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

a) Salud física
b) Salud dental
c) Salud mental o emocional
d) Salud de mis hijos (salud infantil)
e) Otra: cuál_____

Gracias por participar! En agradecimiento, le entregamos información sobre salud de personas migrantes en Chile en el siguiente link: www.saludinmigrantes.cl

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL
A personas migrantes internacionales
Versión 01 – 05 de septiembre del 2020
CON TRADUCCIÓN A CREOLE HAITIANO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

1. **Primero una pregunta general sobre la experiencia de migrar**
   - ¿Cómo era su vida antes de migrar? ¿a qué se dedicaba? ¿cómo vivía?
   - ¿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?

2. **Respecto de la experiencia de vivir en su comuna y de trabajar en Chile y efectos de la pandemia**
   - Cuénteme acerca del lugar de residencia donde usted vive, ¿cómo es su vivienda? ¿con quiénes vive?
   - ¿Cómo es el barrio donde usted vive? ¿cómo es su integración a ese barrio? ¿cómo se lleva con sus vecinos?
   - ¿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? ¿Ha cambiado esto con la pandemia?
   - ¿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?

3. **Respecto de experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes y durante la pandemia**
   - ¿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?
   - ¿Ha usado alguna vez el sistema de salud chileno? ¿cuándo, cómo y por qué? ¿cómo evalúa esa experiencia en general? Si pudiera modificar algo del sistema de salud en Chile, ¿qué modificaría?
   - 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?
   - ¿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?
   - A propósito de la pandemia por COVID-19, ¿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? ¿se siente vulnerable a contagiarse? ¿por qué?

4. **Respecto de recursos y capacidades para enfrentar la pandemia**
   - Para <u>prevenir el contagio</u> por COVID-19 usted y su familia,
     - ¿qué cambios en su vida han hecho? ¿cómo han funcionado dichos cambios? ¿cómo ha logrado implementar esos cambios en la práctica?
     - ¿De qué manera sus redes de apoyo social (pares, amigos, familiares) y de apoyo institucional (municipalidades, juntas de vecinos, equipos de salud, autoridades) han aportado a la prevención de contagio por COVID-19?
   - Para <u>el diagnóstico y tratamiento/recuperación</u> por COVID-19 usted y su familia,
     - ¿Estuvo usted o alguien de su familia enfermo por COVID-19 estos meses? ¿cómo lo enfrentaron? ¿tuvo que residir o conoce a alguien que residió en residencias sanitarias durante estos meses? ¿cómo fue la experiencia?
     - ¿qué cambios en su vida han hecho para el diagnóstico y tratamiento o recuperación? ¿cómo han funcionado dichos cambios? ¿cómo ha logrado implementar esos cambios en la práctica?
     - ¿De qué manera sus redes de apoyo social (pares, amigos, familiares) y de apoyo institucional (municipalidades, juntas de vecinos, equipos de salud, autoridades) han aportado a su diagnóstico y recuperación de COVID-19?
   - Para <u>manejo de efectos negativos</u> por COVID-19 para usted y su familia,
     - ¿Qué efectos o consecuencias ha dejado en usted y su familia el COVID-19? ¿cómo lo está enfrentando? ¿qué necesita para poder enfrentarlo de mejor manera?

5. **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?
   - Si pudiera hacer alguna recomendación para que haya una mejor atención en salud, ¿cuál sería?
   - ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL
A autoridades, líderes y expertos nacionales
Versión 01 – 05 de septiembre del 2020

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

1. **Primero una pregunta general sobre la pandemia en Chile**
   - ¿Cómo ha enfrentado nuestro país la pandemia por COVID-19 en estos meses? ¿qué considera que fue acertado o un éxito en este enfrentamiento nacional? ¿qué considera que fue inadecuado o un fracaso en este enfrentamiento nacional? Si pudiera vivirlo de nuevo, ¿qué cambiaría de la forma en la que Chile lo enfrentó?

2. **Respecto de las condiciones de vida y trabajo de migrantes en Chile antes y durante la pandemia**
   - ¿Cómo viven los migrantes en Chile? ¿condiciones materiales de vivienda? ¿hacinamiento? ¿integración barrial y convivencia en nuestro país? ¿protección social y de salud?
   - ¿En qué trabajan principalmente las personas migrantes en Chile? En general ¿tienen contrato o es informal? ¿tienen medidas de seguridad o protección? ¿cómo ha cambiado esto con la pandemia?
   - ¿De qué manera las capacidades o estudios previos de migrantes le han servido a Chile para su desarrollo? ¿ha cambiado esto desde la pandemia? ¿han aportado los migrantes en algo en esta pandemia? ¿en qué? ¿han sido un problema los migrantes en esta pandemia? ¿por qué y cómo?

3. **Respecto de experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes y durante la pandemia**
   - ¿Cómo es el acceso a salud de las personas migrantes en Chile? ¿cómo cree que ellos en general evalúan el sistema de salud en Chile, ¿qué se podría mejorar? ¿qué se debería mantener?
   - En su opinión, ¿de qué forma la atención de salud en Chile respeta (o no respeta) las diferencias de cultura o cosmovisión de las personas migrantes? ¿qué ejemplos tiene para ilustrar su opinión? ¿y cómo evalúa usted esto?
   - ¿Conoce usted el trabajo que realizan facilitadores lingüísticos o mediadores interculturales en el sistema de salud en Chile? ¿qué opina?
   - A propósito de la pandemia por COVID-19, ¿cómo evalúa las acciones y recomendaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento hacia migrantes en Chile? ¿son los migrantes un grupo más vulnerable al contagio? ¿por qué?

4. **Respecto de recursos y capacidades para enfrentar la pandemia de parte de migrantes internacionales en Chile**
   - Para <u>prevenir el contagio</u> por COVID-19 usted y su familia,
     - ¿qué cambios en su vida han hecho? ¿cómo han funcionado dichos cambios? ¿cómo ha logrado implementar esos cambios en la práctica?
     - ¿De qué manera sus redes de apoyo social (pares, amigos, familiares) y de apoyo institucional (municipalidades, juntas de vecinos, equipos de salud, autoridades) han aportado a la prevención de contagio por COVID-19?
   - Para <u>el diagnóstico y tratamiento/recuperación</u> por COVID-19 usted y su familia,
     - ¿Estuvo usted o alguien de su familia enfermo por COVID-19 estos meses? ¿cómo lo enfrentaron? ¿tuvo que residir o conoce a alguien que residió en residencias sanitarias durante estos meses? ¿cómo fue la experiencia?
     - ¿qué cambios en su vida han hecho para el diagnóstico y tratamiento o recuperación? ¿cómo han funcionado dichos cambios? ¿cómo ha logrado implementar esos cambios en la práctica?
     - ¿De qué manera sus redes de apoyo social (pares, amigos, familiares) y de apoyo institucional (municipalidades, juntas de vecinos, equipos de salud, autoridades) han aportado a su diagnóstico y recuperación de COVID-19?
   - Para <u>manejo de efectos negativos</u> por COVID-19 para usted y su familia,
     - ¿Qué efectos o consecuencias ha dejado en usted y su familia el COVID-19? ¿cómo lo está enfrentando? ¿qué necesita para poder enfrentarlo de mejor manera?

5. **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?
   - Si pudiera hacer alguna recomendación para que haya una mejor atención en salud, ¿cuál sería?
   - ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?

Tienes derecho a acceder a los servicios públicos de salud en igual condición que los chilenos.
Por Decreto Supremo N° 67, marzo 2016.

- **Si tienes un problema de salud que requiera atención médica y NO PONE EN PELIGRO SU VIDA**

1. Debes asistir al Centro de Salud familiar (CESFAM) o Centro comunitario de Salud Familiar (CECOSF).
2. Acércate a la ventanilla del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) con el documento de Identificación (pasaporte, DNI).
3. Solicitar una hora.

INDEPENDIENTE DE LA SITUACIÓN MIGRATORIA

- Puedes inscribirte en el consultorio de la comuna presentando tu pasaporte, DNI.
- La atención de menores de 18 años y embarazadas está garantizada.
- En situación irregular y sin recursos económicos puede beneficiarse del sistema público FONASA A (cobertura 100%). Solicitar con pasaporte en consultorio.
- Puedes solicitar visa por tratamiento médico ante tratamiento de larga duración.

- Si estás en situación migratoria irregular sólo puedes acceder al servicio de salud CESFAM, CECOSF o de urgencias. Si necesitas atención secundaria (mayor complejidad) , solo puedes acceder pagando la atención y/o regularizando tu situación migratoria.

- Si estás renovando tu visa y estás registrado en FONASA, mantienes todos los beneficios aunque tengas cédula vencida. Debes presentar la credencial FONASA y documento de visa en trámite.

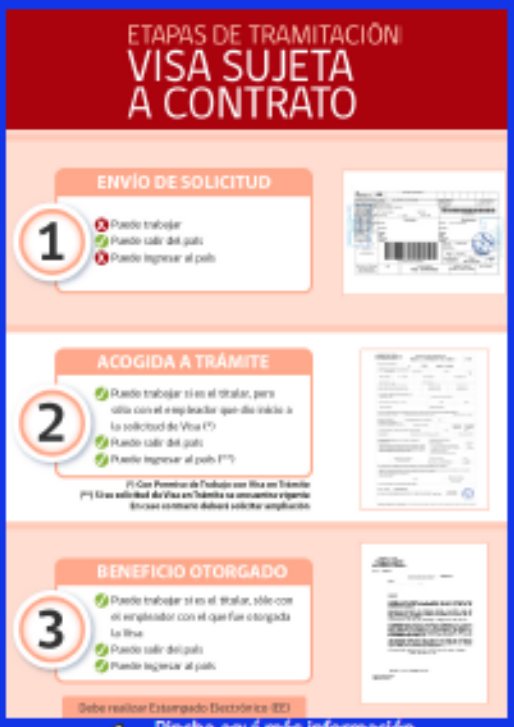
No dejes de acudir al servicio de salud, tienes el derecho. Nunca estarás en riesgo de denuncias o expulsión por solicitar atención.

Trámites Departamento extranjería y migraciones (DEM)

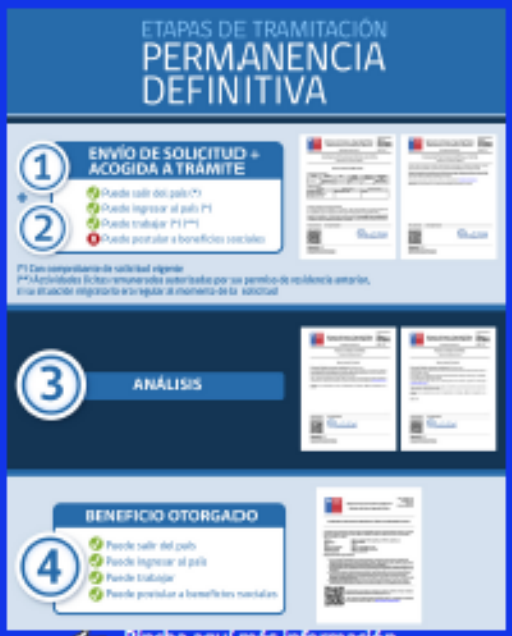
- Asesoría oficial en visados y situación jurídica.
- Evalúa cada caso y resuelve solicitudes de visa, refugio o asilo político.
- Registro y resolución de sanciones migratorias.

Acerca las imágenes, conoce los trámites y beneficios.

Pincha aquí más información tipos de visa temporaria.



Pincha aquí más información Visa sujeta a contrato.



Pincha aquí más información visa definitiva.

Prórroga de turismo

Autorización para permanecer por un período adicional de 90 días (tramitar 30 días antes del vencimiento de la tarjeta única migratoria.

Pincha aquí más información.

Si cumpliste el plazo de estadía como turista:

1-Solicita "cálculo de multa extranjero".
2- Seguir instrucciones en trámites.extranjeria.gob.cl.
3-Realizar pago.
4- Tendrás 10 días para regularizar o salir del país.

Pincha aquí para reserva de horas.

Pincha aquí para portal de ayuda DEM.

Pincha aquí para acceder a trámites en línea.

Redes de apoyo y links de interés para migrantes internacionales

REDIN
Fundación Red Inmigrante

Pincha aquí.
Fundacionredin@gmail.com

COORDINADORA NACIONAL DE INMIGRANTES
migrar es un derecho

Pincha aquí.
coordinadoramigrantechile@gmail.com

ASOCIACIÓN INMIGRANTE FELIZ

Pincha aquí.
contacto@inmigrantefeliz.com

Servicio Jesuita a Migrantes

Pincha aquí.
santiago@sjm.org
Fono: 5622838756
Lord Cochrane 104, Santiago

incami
Instituto Católico Chileno de Migración

Pincha aquí.
contacto@incami.cl
Fono: 56222226440
Avenida Bustamante 180, Providencia

COLECTIVO SIN FRONTERAS

Pincha aquí.
infronteraschilecom@gmail.com
Fono: 5622732 5006
Barnechea 320, Independencia

FRÈ
Chile acoge a sus hermanos

Pincha aquí.
hola@somosfre.cl
Fono: 56964944037
Agustinas 2510, Santiago

Fundación Embajada del INMIGRANTE

Pincha aquí.
embajadadelinmigrante@gmail.com

REDmigrantes

Pincha aquí.
contactoredmigrantes@gmail.com

Pincha aquí.
Descarga guía de apoyo.

MigrApp

Aplicación del Servicio Jesuita a Migrantes (SJM), destinada a orientar a personas migrantes y refugiadas en temas como **regularización, trabajo, salud, educación y otros**. Permite conectar a voluntarios y voluntarias con personas migrantes gracias a un sistema de mensajería instantánea.

Google Play

Descarga migrapp para Android aquí.

Disponible en App Store

Descarga migrapp para Apple aquí.

¿Si sospecho que tengo coronavirus o tengo alguna duda sobre donde consultar donde puedo comunicarme?

En caso de sospecha de coronavirus, o de tener alguna duda respecto a que servicio de salud acudir, puede llamar a Salud Responde, donde se responderán sus dudas y recibirá orientación por personal especializado las 24 horas del día. La llamada a esta central no tendrá un costo asociado para usted. El número de teléfono de Salud Responde es: **600 360 7777**.