



Acceso a servicios de salud para personas migrantes internacionales durante la pandemia por COVID-19: estudio cualitativo

Access to health services for international migrants during the COVID-19 pandemic: a qualitative study

Acesso a serviços de saúde para migrantes internacionais durante a pandemia de COVID-19: estudo qualitativo

Como citar este artículo:

Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Carreño A, Stefoni C, Pérez C. Access to health services for international migrants during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. Rev Esc Enferm USP. 2023;57(spe):e20220443. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0443en>

- Alice Blukacz¹
- Báltica Cabieses¹
- Alexandra Obach¹
- Alejandra Carreño¹
- Carolina Stefoni²
- Claudia Pérez³

¹ Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Santiago, RM, Chile.

² Universidad de Tarapacá, Facultad de Ciencias Sociales, Iquique, Tarapacá, Chile.

³ Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina y Carrera de Enfermería, RM, Chile.

ABSTRACT

Objective: To explore the experience and perception of international migrants in Chile regarding access to health services during the pandemic. **Method:** Collective case study following the qualitative paradigm. Forty semi-structured interviews were carried out with 30 migrants from different countries in Latin America and the Caribbean and 10 key actors from the health or social sector in November and December 2020. The interviews were analyzed thematically. **Results:** Perceived facilitators for general access to health services are related to formal work, support networks, and good treatment, while barriers are linked to immigration status, information gaps, discrimination, lack of cross-cultural skills, and personal limits of the system. In the context of access to COVID-19 diagnosis and treatment, the main barriers identified are: cultural approach to the disease, communication gaps, experiences of discrimination, costs, and lack of support networks. **Conclusion:** Access to health services is related to social vulnerability and violation of international migrants rights.

DESCRIPTORS

Human Migration; Health Services; COVID-19; Chile.

Autor correspondiente:

Báltica Cabieses
Av. Plaza 680, San Carlos de Apoquindo,
Las Condes, Región Metropolitana de Santiago.
bcabieses@udd.cl

Recibido: 21/12/2022
Aprovado: 23/05/2023

INTRODUCCIÓN

El acceso a servicios de salud por parte de personas migrantes internacionales en países de tránsito y de acogida es determinado por múltiples factores a nivel legal, de políticas públicas, de capacidad del sistema de salud, de accesibilidad física, e individual, que muchas veces se conectan de manera explícita o latente con la vulnerabilidad social que puede experimentar este grupo de la población⁽¹⁾. Los migrantes internacionales son aquellas personas que se encuentran fuera de su lugar de residencia habitual a través de una frontera internacional, excluyendo los movimientos con fines de ocio, vacaciones, visitas a amigos y familiares, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa⁽²⁾. En 2020 se estimaba que había unos 281 millones de personas migrantes a nivel mundial, representando alrededor del 3.5% de la población total, 14,8 millones de las cuales se encontraban en América Latina y el Caribe⁽³⁾.

La migración se reconoce como un determinante social de la salud física y mental, ya que el proceso migratorio la impacta, desde la fase pre-migratoria hasta la fase de asentamiento en un país de acogida, tras etapas de tránsito y llegada inicial⁽⁴⁾. Esto, asimismo, se conecta con la vulnerabilidad social, la cual es experimentada por una gran proporción de las personas que se desplazan dentro de la región, siguiendo patrones de migración Sur-Sur con grados variados de voluntariedad frente a situaciones de conflictos armados, crisis políticas, socioeconómicas y medioambientales. La pandemia por COVID-19 llegó a exacerbar la precariedad socioeconómica enfrentada por las personas migrantes, así como el riesgo de enfermarse y las consecuencias que esto conlleva para personas que muchas veces trabajan en el sector informal y cuentan con redes de apoyo limitadas, haciendo más urgente la necesidad de garantizar una respuesta inclusiva y adecuada por parte del sistema de salud^(5,6). En Chile las personas migrantes reportaron desde el comienzo de la pandemia diferentes preocupaciones en torno a su salud que revelan capas interrelacionadas de vulnerabilidad social. Por una parte señalaron la necesidad de contar con medidas de prevención adecuadas a la realidad a la que se enfrentan, y por otra la certidumbre de poder ser atendidos/as en el sistema de salud independientemente de su situación migratoria⁽⁷⁾. Este segundo aspecto resultó ser un elemento de diferenciación muy importante respecto a la población local, ya que muchas ayudas provistas por el Estado de Chile tenían como requisito contar con el documento de identificación nacional.

Las personas migrantes internacionales en Chile representan actualmente un 8% de la población total del territorio, cerca de 1,5 millones de personas⁽⁸⁾. El fuerte incremento de la población venezolana significó que pasara a ser la nacionalidad con mayor representación en el país, reemplazando a la población peruana. Por otra parte, se observa una diversificación de nacionalidades y personas provenientes de países más distantes geográficamente⁽⁹⁾. Un aspecto inquietante, sin embargo, es el incremento de personas que ingresan por pasos no habilitados desde el cierre de las fronteras producto de la pandemia por COVID-19. En 2021 el número de ingresos por paso no habilitado registrados en el norte del país, llegó a 18 000⁽¹⁰⁾.

En lo que concierne al acceso a la salud, se han hecho esfuerzos para derribar barreras, entre los cuales destaca el Decreto

N° 67 de 2016 que permite el acceso al sistema de salud público de forma gratuita para aquellas personas que se encuentran en situación migratoria irregular y carentes de recursos⁽¹¹⁾. Sin embargo, el 11% de la población migrante reporta no estar inscrita en el sistema de salud ya sea público o privado⁽¹²⁾. Además, estudios recientes apuntan a barreras persistentes, donde lo garantizado por el Decreto no se cumple en la práctica, o barreras relacionadas con la xenofobia, el idioma o la falta de pertinencia cultural siguen impidiendo el acceso igualitario a la atención de salud⁽¹³⁾. Asegurar el acceso efectivo a una atención de salud relevante y culturalmente adecuada contribuye a la realización del derecho humano a la salud y representa una base indispensable para el desarrollo sostenible⁽¹⁴⁾.

En este contexto, el objetivo de este estudio es explorar la experiencia y percepción de las personas migrantes internacionales en Chile en torno al acceso a servicios de salud durante la pandemia. Esto permite identificar cuáles son los principales facilitadores y barreras, persistentes o nuevos, y así desarrollar una mejor respuesta frente a emergencias sanitarias.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de caso colectivo bajo el paradigma cualitativo. Se seleccionó inicialmente este diseño, ya que permite indagar a profundidad en la experiencia de los participantes, tomando en consideración sus respectivos contextos y los procesos vividos⁽¹⁵⁾. La pregunta de investigación que guía este análisis es la siguiente: ¿Cuáles son los facilitadores y barreras de acceso a servicios de salud hacia las personas migrantes internacionales durante la pandemia por COVID-19 en Chile percibidos por esta población y por actores clave del sector salud y social?

POBLACIÓN Y UBICACIÓN

Participaron 40 personas, entre las cuales 30 personas migrantes internacionales y 10 actores clave provenientes del sistema de salud o de organizaciones pro-migrantes. En términos de cobertura geográfica, el estudio se llevó a cabo en la Región Metropolitana de Santiago y las regiones de Antofagasta y de Arica y Parinacota en el Norte del país. Estas tres regiones concentran el 75% de la población migrante a nivel nacional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para la población migrante fueron los siguientes: haber nacido fuera de Chile, ser mayor de 18 años, hablar castellano, haber vivido en Chile durante la pandemia y vivir en una de las regiones de interés. Para los actores clave, se consideraron aquellos mayores de edad, hispanohablantes, y con experiencia de trabajo con personas migrantes internacionales durante la pandemia. No se aplicaron criterios de exclusión específicos.

MUESTRA Y RECLUTAMIENTO

El proceso de selección de participantes se llevó a cabo buscando diversidad de experiencias y discursos, incluyendo así a personas migrantes de diversas nacionalidades, situación migratoria, situación socioeconómica y cobertura de salud

pública/privada. El reclutamiento de participantes se realizó en noviembre y diciembre del 2020, de manera simultánea al proceso de entrevistas. Ambos procesos se llevaron a cabo de manera remota, considerando que en ese periodo todavía no había partido la campaña de vacunación contra el COVID-19 y regían restricciones de movilidad y recomendaciones de distanciamiento social. Los participantes migrantes fueron reclutados entre las redes extendidas del equipo de investigación y con el apoyo del Servicio Jesuita a Migrantes. Los participantes fueron contactados por teléfono y ninguno se negó a participar, sin embargo, tres personas no se conectaron a la videollamada en el horario acordado y no re-agendaron, citando la falta de tiempo disponible como motivo. Los actores clave fueron contactados por correo electrónico y todos/as aceptaron participar.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales de 45 minutos de duración en promedio, mediante la plataforma Zoom o videollamada de WhatsApp, desde un lugar de conveniencia del participante (hogar o lugar de trabajo, en un lugar apartado para resguardar la privacidad). Cada participante fue entrevistado una sola vez.

Se utilizaron guías de entrevistas diferenciadas según las características de la persona entrevista (persona migrante o actor clave). Se grabaron las entrevistas para su posterior transcripción, con acuerdo previo del participante. No se tomaron notas de campo y las entrevistas no fueron compartidas con los participantes considerando los límites de tiempo del trabajo de campo. Luego del análisis preliminar de la información, el equipo de investigación acordó haber llegado a saturación tras las 40 entrevistas, llegando a información suficiente para las dimensiones de barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud.

ANÁLISIS DE DATOS

Todas las entrevistas fueron transcritas *verbatim* y analizadas por AB, con posterior validación por parte del equipo de investigación. Se llevó a cabo un análisis temático de contenidos, con el objetivo de identificar patrones a partir de los datos, los cuales fueron organizados en códigos y sus respectivos subcódigos.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se llevó a cabo según las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético-Científico de la Universidad del Desarrollo (número 2020-117) antes del inicio de la investigación. La participación en el proyecto fue totalmente voluntaria y tras recibir la información relevante por escrito, todos los participantes llenaron un formulario de consentimiento informado a través de Google Forms, asegurando así un consentimiento digital por escrito. Por otra parte, se informó a los participantes de su derecho de retirarse del estudio en cualquier momento o de negarse a contestar cualquier pregunta durante la entrevista, sin consecuencia. Todos los datos fueron anonimizados antes de su análisis y lo presentado en el presente artículo no permite reconocer a ningún participante personalmente. La codificación que permite diferenciar las citas de los participantes migrantes se construyó de la siguiente manera: Género Nacionalidad Región Número

(ejemplo: Mujer peruana RM 1). En el caso de los actores claves entrevistados, solamente se les diferencia por un número (ejemplo: Actor Clave 1).

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos utilizados en este estudio están disponibles a través del siguiente enlace: <http://doi.org/10.6084/m9.figshare.21493548>

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se describe a continuación la composición de la muestra de 30 participantes migrantes (Tabla 1):

Por otra parte, entre los 10 actores claves entrevistados, el 60% (6) se identificó como hombre y el resto como mujer. La mitad trabajaba en el sector social y la otra mitad en el sector salud. Asimismo, dos eran migrantes, de Venezuela y Haití respectivamente.

CATEGORÍAS, CÓDIGOS, SUBCÓDIGOS EMERGENTES

Tras el análisis temático, se organizaron los datos en categorías y sus respectivos códigos y subcódigos emergentes, según lo descrito en la Figura 1.

Tabla 1 – Descripción de la muestra de participantes migrantes – Santiago, Chile, 2020.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
1. 25-29 años	12	40%
2. 30-35 años	9	30%
3. 36-40 años	4	13%
4. 41-45 años	3	10%
5. Más de 45 años	2	7%
Género		
1. F	16	53%
2. M	14	47%
Región de residencia		
1. Región Metropolitana de Santiago	22	73%
2. Arica y Parinacota	6	20%
3. Antofagasta	2	7%
Nacionalidad		
1. Venezuela	7	23%
2. Perú	5	17%
3. Colombia	5	17%
4. Haití	3	10%
5. Bolivia	2	7%
6. Ecuador	2	7%
7. Argentina	2	7%
8. Brasil	2	7%
9. Cuba	1	3%
10. Uruguay	1	3%
Situación migratoria		
1. Visa en trámite	11	37%
2. Visa temporaria vigente	5	17%
3. Visa definitiva	9	30%
4. Situación irregular	4	13%
Tiempo de residencia en Chile		
1. 6 meses-1 año	4	13%
2. 1-5 años	18	60%
3. 6-10 años	2	7%
4. Más de 10 años	6	20%
Previsión de salud		
1. FONASA (público)	19	63%
2. ISAPRE (privado)	5	17%
3. No tiene/no sabe	5	17%
4. Otro	1	3%

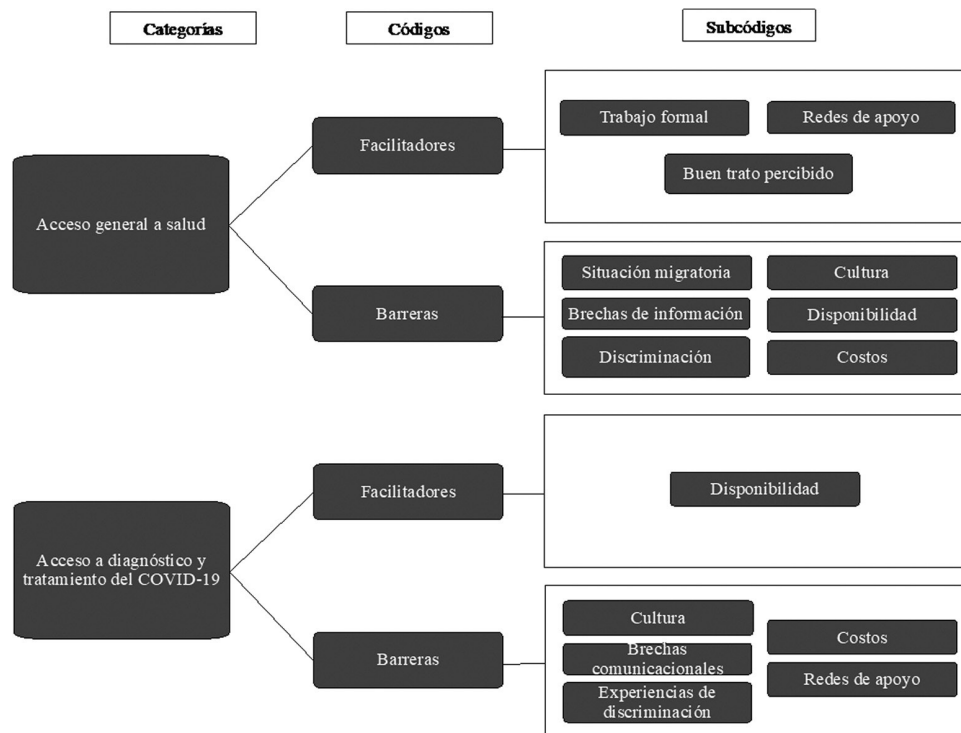


Figura 1 – Códigos y subcódigos emergentes.

CONTEXTO: FACILITADORES Y BARRERAS GENERALES DE ACCESO A SALUD

Primero, es importante describir los facilitadores y las barreras percibidas por los participantes cuando se les preguntó acerca de su experiencia general con el sistema de salud chileno.

En lo que concierne los facilitadores, lo primero que destaca es el trabajo formal como gatillador de la inscripción al sistema de salud. Aunque las personas carentes de recursos formales, migrantes o chilenos, tienen el derecho de inscribirse al sistema de salud público, no todos lo hacen. Sin embargo, varios participantes reportan haber sido inscritos por su empleador. Adicionalmente, el tener familiares ya inscritos gatilló en ciertos casos la inscripción y la decisión de elegir entre el sistema público o privado. *La verdad que no recuerdo bien en que tramo estoy, pero accedí a FONASA por el primer trabajo, yo trabajaba en un colegio, como auxiliar.* (Mujer peruana RM 1). Finalmente, varios participantes recalcaron el buen trato recibido en centros de salud tanto públicos como privados *En algunos centros es diferente el tema de la salud Yo vivía en Padre Orellana, por Vicuña Mackenna y la atención era expedita, tranquilo, un consultorio chiquito, los doctores amables.* (Mujer peruana RM 2).

Por otra parte, la barrera más grande de acceso a atención de salud en el sistema público fue la de la situación migratoria, ya sea porque a la hora de acudir a un centro de salud público se les negó la atención o por evitar acudir por miedo a ser denunciados por estar en situación irregular o por tener la percepción de no tener el derecho a la atención de salud. Esto fue reportado especialmente por los actores claves entrevistados y está vinculado con la falta de información acerca de los derechos de las personas migrantes con respecto a la salud. *A mí me pasó un caso*

que mi hijo llegando aquí, se lanzó de la segunda escala de la escalera, entonces tuve que ir y no me querían atender, en ese tiempo no tenía papeles, FONASA, no tenía nada. (Hombre venezolano Arica 1).

Varios participantes reportaron asimismo haber experimentado actitudes xenófobas o haber presenciado instancias de xenofobia hacia otras personas migrantes. *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).

Algunos actores clave también reportaron xenofobia *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.* (Actor clave 1). Otros hicieron énfasis más bien en falta de competencias y comprensión intercultural *Había una mamá haitiana que tenía gemelos, lactantes, una sana y uno enfermo y ese enfermo en la UCI nuestra del principio de este año y el equipo estaba muy enojado con la mamá, porque no lo venía a ver. Entonces, “no tiene apego” [...] y ya generamos una reunión por eso, y es algo super simple: ¿la mamá puede entrar con la otra bebé? No, no puede entrar a la UCI con la otra bebé ¿la mamá puede dejarle esa recién nacida lactante a otra cuidadora? Difícil. Si esa mamá le deja la bebé lactante a la vecina, a la amiga, a la comadre a la chilena, que nos pasa: obhh no tiene apego con la lactante, porque llega y la deja botada y se la deja a cualquiera.* (Actor clave 7).

Finalmente, emergieron barreras sistémicas, propias del sistema de salud, en la disponibilidad de ciertas atenciones, prestaciones de especialidad, en el sector público, o con la percepción

de que el sistema privado de salud brinda atenciones de mejor calidad: *Inclusive tenemos conversado si podemos, porque ella se hace controles en el [hospital público] y se hace un segundo control en la [clínica privada], entonces estamos analizando para ver si cabe la posibilidad que se mejore en la [clínica privada], 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).

En este contexto, por no poder acceder a atención en el sistema público o por falta de disponibilidad, algunos participantes se atienden en el sistema privado y mencionan el alto costo de las prestaciones como una barrera importante. *Además de esto del cálculo tenía que hacerme unos exámenes ginecológicos y fui a averiguar el precio de cuánto me salían estos exámenes y me salían cien mil, y era carísimo o sea para mí 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).

No obstante, los facilitadores reportados, vinculados principalmente con la inscripción al sistema de salud, las barreras generales identificadas se vinculan primero con la situación migratoria, brechas de información, discriminación y xenofobia, falta de competencias interculturales, falta de disponibilidad de ciertas prestaciones, percepción negativa del sistema público y costos en el sistema privado. Estas son en general transversales entre los distintos participantes de estudio, migrantes, organizaciones de sociedad civil y trabajadores de salud.

FACILITADORES Y BARRERAS ESPECÍFICOS DE ACCESO A DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL COVID-19

En el marco del acceso a diagnóstico y tratamiento del COVID-19, la mayoría de los participantes pudo acceder a una PCR y a tratamiento en el caso de requerirlo. Sin embargo, emergieron algunas barreras específicas que llevaron a no buscar diagnóstico o no poder acceder a uno. Lo primero se relaciona con recomendaciones de manejo vigentes en el momento en que se requirió un diagnóstico, donde personas con síntomas o contacto estrecho solamente tuvieron que aislarse. *Ya estábamos muy mal, una fiebre muy alta y todo; mi cuñada llamó al consultorio y ahí fue cuando le dijeron de que no, que si no teníamos síntomas de dolor de pecho, si no sentíamos falta de aire esas cosas así, que no era necesario hacernos nada de eso (PCR), solamente con medicamentos podíamos tratarlo* (Mujer cubana Antofagasta 1).

En esta misma línea, una persona mencionó el costo de pedir voluntariamente una PCR como barrera *Algunas fueron a hacerse el PCR y no se lo quisieron hacer por ser contacto estrecho. [...] 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 [mil pesos] que tampoco tengo, entonces claro, eso fue un tema.* (Mujer colombiana RM 2). Por otra parte, algunas personas no buscaron diagnóstico formal al tener la certidumbre de haberse contagiado *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). De igual modo, emergieron barreras vinculadas con diferencias culturales en el abordaje de la enfermedad, donde por ejemplo un participante haitiano explica que algunos de sus compatriotas relacionan la religión o el ser afrodescendiente con

la protección frente al contagio *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 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) y el mismo participante se refiere a la estigmatización que vive la comunidad haitiana con relación al contagio *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, porque nosotros somos haitianos.* (Hombre haitiano RM 1).

De manera similar, los actores clave se refrieron a importantes barreras comunicacionales en torno al diagnóstico, especialmente en torno a los casos asintomáticos *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?* (Actor clave 4).

Con respecto al tratamiento, algunos participantes migrantes mencionaron el miedo a no ser atendido en caso de necesitarlo por COVID-19, algo que también fue enfatizado por los actores clave como un tema central *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 e ingresar en un sistema de salud, un hospital o una cosa de esta.* (Mujer venezolana RM 2).

Más específicamente en lo que respecta a las residencias sanitarias, si bien fueron bien evaluadas por una participante que las usó, otros mencionaron dificultades vinculadas a poder estar o no en la residencia con sus hijos *La otra vez me dijeron, la señorita del FOSIS me dijo, si fuera por mi te van a llevar a una residencial. Pero ¿yo qué voy a hacer? ¿A las niñas con quién las voy a dejar?* (Mujer peruana Arica 1). Esto último fue recalado por algunos actores clave, quienes mencionaron la imposibilidad para personas migrantes en situación de vivienda precaria de dejar sus pertenencias atrás por temor a robos, así como instancias de discriminación o poca adaptación intercultural inicialmente. Se valoraron sin embargo adaptaciones culturales y lingüísticas para mejorar la aceptabilidad de la estrategia, como por ejemplo incluir a médicos haitianos *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.* (Actor clave 2).

Durante la pandemia, si bien no se identificaron facilitadores específicos, varios de los participantes mencionaron haber accedido a diagnóstico y tratamiento según sus necesidades. Las barreras que emergieron fueron culturales, vinculadas a experiencias

y/o anticipación de discriminación, socioeconómicas, falta de redes de apoyo, y falta de información. Los actores clave entrevistados pusieron especial énfasis en las barreras comunicacionales y culturales, incluyendo el abordaje de la enfermedad, para el acceso a diagnóstico, tratamiento o estrategias como las residencias sanitarias.

DISCUSIÓN

El análisis presentado en este artículo da cuenta de los facilitadores y barreras para el acceso a atención de salud para personas migrantes internacionales en Chile, tanto en un contexto general como específico durante la pandemia por COVID-19. Se centra en las experiencias y percepciones de 30 personas migrantes y 10 actores claves del área social y de salud, entrevistados en noviembre y diciembre del 2020, a casi un año de haber iniciado la pandemia. En ese momento, Chile se enfrentaba a desafíos importantes de manejo de la pandemia, con consecuencias en los sectores de la población que se enfrentan a situaciones de vulneración social, entre las cuales se encuentran las personas migrantes internacionales. En un contexto de pandemia, surgen interrogantes en torno al acceso efectivo a atención de salud en este grupo de población que se viene enfrentando a desafíos en la garantía de su derecho a la salud, y cobra relevancia pesquisar los facilitadores y barreras de acceso experimentados por migrantes internacionales y observados por diversos actores clave, de manera a poder contribuir a mejorar el acceso y la atención.

Los facilitadores identificados en contexto general se relacionan con el rol del empleo formal en gatillar la inscripción al sistema de salud, ya sea público o privado, lo cual, a su vez, contribuye a facilitar el acceso a la atención. Por otra parte, el contar, en su red de apoyo, con personas ya inscritas en el sistema y con experiencia como usuario facilita la inscripción y posterior uso, además de haber tenido buena experiencia con la atención de salud, lo cual facilita la continuidad del uso. El primer facilitador se vincula estrechamente con la situación migratoria, ya que solamente las personas en situación migratoria regular pueden acceder a un empleo formal. La regularización del estatus tanto migratorio, como laboral, de las personas migrantes es entonces un elemento central para facilitar la inscripción al sistema de salud⁽¹⁶⁾. Esto, asimismo, se refuerza con el reporte de la situación migratoria como primera barrera para el acceso a servicios de salud, algo ampliamente documentado en la literatura existente a nivel global⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. En Chile, sin embargo, existe un marco legal que permite la atención independientemente de la situación migratoria, lo cual sugiere la necesidad urgente de reforzar la información en torno a los derechos de las personas migrantes, tanto entre los profesionales del sistema de salud como entre las comunidades migrantes del país^(20,21). Adicionalmente, la información obtenida de familiares y/o conocidos que ya estén afiliados enfatiza la importancia de las redes de apoyo para el acceso a cobertura de salud en la fase de asentamiento, y de la disponibilidad de información lingüística- y culturalmente relevante para promover la inscripción al sistema de salud^(22,23).

Otra barrera importante identificada en el presente estudio también se vincula con la difusión de información durante la pandemia, donde circuló información errónea en torno al

contagio y se apuntó a la comunidad haitiana como “culpable” de la circulación del virus, desalentando la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. En tal sentido, la difusión oportuna de información oficial en torno al derecho a la salud de las personas migrantes en contexto de pandemia y a los mecanismos de contagio puede contribuir a evitar situaciones de discriminación, estigmatización, disipar los temores de las personas migrantes a no ser atendidas en caso de requerirlo y promover la adherencia a las medidas de prevención del contagio y al tratamiento. Esto se inscribe asimismo en un contexto más amplio de xenofobia y discriminación observada en la atención de salud en general tanto en el presente estudio como en estudios previos realizados en Chile^(24,25), pero también en otros ámbitos de la vida cotidiana en el país⁽²⁶⁾.

Se reportó por otra parte una falta de comprensión intercultural y del contexto socioeconómico de las personas migrantes tanto en el contexto general de la atención de salud, como en ciertas estrategias de manejo de la pandemia tales como las residencias sanitarias, lo cual dificultan su aceptabilidad y uso efectivo, sugiriendo la necesidad de mayor sensibilización y capacitación de los actores del sistema de salud, desde las autoridades hasta los equipos en todos los niveles de atención. Este fenómeno también se ha observado en otros estudios en Chile y a nivel global^(24,27,28).

Finalmente, se identificaron barreras vinculadas con la falta de disponibilidad de ciertas prestaciones en el sistema público y los costos asociados con buscar atención en el sistema privado, lo cual se conecta con inequidades más amplias del sistema de salud chileno, a las cuales se enfrenta también la población local⁽²⁹⁾. Esto se debe a la fragmentación del sistema de salud, donde coexisten, por una parte, un sistema público que se enfrenta a una sobrecarga y dificultades para responder a las demandas y necesidades de sus usuarios quienes pertenecen generalmente a estratos socioeconómicos más vulnerables y con prevalencia alta de enfermedades crónicas, y por otra parte un sistema privado que prioriza la incorporación de pacientes de alto nivel socioeconómico sin preexistencia de enfermedad con altos costos asociados tanto a la previsión como a la atención^(13,29). Eliminar esas inequidades requiere de un abordaje que apunte a un cambio profundo y estructural para promover la salud de todas las personas presentes en el territorio nacional.

Las barreras y los facilitadores para el acceso a la salud de las personas migrantes internacionales identificados en el presente estudio se conectan con el enfoque de determinantes sociales de la salud y la vulnerabilidad social a la que se enfrentan las personas migrantes en Chile, impidiendo la realización de su derecho a la salud, garantizado tanto por los marcos internacionales de derechos humanos, como por el marco legal nacional⁽³⁰⁾. Esto, en el marco de la pandemia por COVID-19 y de la promoción de la salud pública, se vuelve un desafío urgente de resolver de manera intersectorial. Este estudio exploratorio es entonces relevante para el sector salud y para los tomadores de decisiones y hacedores de política a nivel nacional. El estudio presenta la principal limitación de haber incluido solamente a participantes hispanohablantes y con acceso a internet, dejando fuera de la muestra a participantes que potencialmente se enfrenten a una elevada vulnerabilidad social.

CONCLUSIÓN

Las personas migrantes internacionales se enfrentan a situaciones de vulneración social y de derechos que impactan su salud, en particular en lo que concierne el acceso a la atención de salud. Los facilitadores y barreras develados desde la voz de actores relevantes en el presente estudio se conectan con la situación migratoria, las redes de apoyo, el acceso a la información lingüística- y culturalmente relevante, experiencias positivas o negativas (discriminación, xenofobia) en la atención de salud, la relevancia intercultural de la atención e inequidades estructurales propias del sistema de salud chileno. Si bien todas las personas migrantes no se enfrentan al mismo grado de vulnerabilidad

social, tomando en cuenta la diversidad de trayectorias migratorias y contextos socioeconómicos de la población migrante en Chile, se reconoce la migración como determinante social de la salud y es necesario elaborar estrategias que permitan derribar las diferentes barreras de acceso al sistema de salud en esta población. Estas estrategias se deben elaborar desde un enfoque de interculturalidad, Derechos Humanos y justicia social. De esta manera, considerando que las barreras pesquissadas también se reproducen en otros países, algunos siendo países de tránsito intermedio de las personas migrantes que llegan a Chile, es necesaria una cooperación regional y global para mejorar el acceso a servicios de salud independientemente de la situación migratoria.

RESUMEN

Objetivo: Explorar la experiencia y percepción de las personas migrantes internacionales en Chile en torno al acceso a servicios de salud durante la pandemia. **Método:** Estudio de caso colectivo bajo el paradigma cualitativo. Se llevaron a cabo 40 entrevistas semi-estructuradas con 30 personas migrantes provenientes de diferentes países de América Latina y el Caribe y 10 actores clave del sector salud o social en noviembre y diciembre 2020. Se analizaron las entrevistas temáticamente. **Resultados:** Los facilitadores percibidos para el acceso general a servicios de salud se relacionan con el trabajo formal, las redes de apoyo y el buen trato, mientras que las barreras se vinculan con situación migratoria, brechas de información, discriminación, falta de competencias interculturales y límites propios del sistema. En contexto de acceso a diagnóstico y tratamiento de COVID-19, se identifican principalmente barreras: abordaje cultural de la enfermedad, brechas comunicacionales, experiencias de discriminación, costos y faltas de redes de apoyo. **Conclusión:** El acceso a servicios de salud se vincula con vulnerabilidad social y vulneración de derechos de las personas migrantes internacionales.

DESCRIPTORES

Migración Humana; Servicios de Salud; COVID-19; Chile.

RESUMO

Objetivo: Explorar a experiência e a percepção dos migrantes internacionais no Chile sobre o acesso aos serviços de saúde durante a pandemia. **Método:** Estudo de caso coletivo sob o paradigma qualitativo. Foram realizadas 40 entrevistas semiestruturadas com 30 migrantes de diferentes países da América Latina e Caribe e 10 atores-chave do setor de saúde ou social em novembro e dezembro de 2020. As entrevistas foram analisadas tematicamente. **Resultados:** Os facilitadores percebidos para o acesso geral aos serviços de saúde estão relacionados ao trabalho formal, redes de apoio e bom tratamento, enquanto as barreiras estão ligadas ao status de imigração, lacunas de informação, discriminação, falta de habilidades interculturais e limites próprios do sistema. No contexto do acesso ao diagnóstico e tratamento da COVID-19, identificam-se principalmente barreiras: abordagem cultural da doença, lacunas de comunicação, vivências de discriminação, custos e falta de redes de apoio. **Conclusão:** O acesso aos serviços de saúde está vinculado à vulnerabilidade social e à violação dos direitos dos migrantes internacionais.

DESCRITORES

Migração Humana; Serviços de Saúde.

REFERENCIAS

1. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1039. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8> PubMed PMID: 32605605.
2. International Organization for Migration. Glossary on migration: report N° 34 [Internet]. Geneva: IOM; 2019 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
3. International Organization for Migration. World Migration Report 2022 [Internet]. 2022 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022-chapter-3>
4. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36(1):375–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>. PubMed PMID: 25494053.
5. CEPAL. Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (Report No.: LC/CRPD.4/3) [Internet]. Santiago: CEPAL; 2022 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47922/5/2200159_es.pdf
6. Servicio Jesuita a Migrantes. Migración en Chile: Anuario 2020: Medidas Migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia (Report N°: 2) [Internet]. Santiago, Chile: Servicio Jesuita a Migrantes; 2021 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>
7. Blukacz A, Cabieses B, Mezones-Holguín E, Cardona Arias JM. Healthcare and social needs of international migrants during the COVID-19 pandemic in Latin America: analysis of the Chilean case. *Glob Health Promot Educ*. 2022;29(3):119. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/17579759211067562> PubMed PMID: 35311402.
8. Servicio Nacional de Migraciones. Estadísticas Migratorias [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
9. Stefoni C, Contreras D. Situación migratoria en Chile: tendencias y respuestas de política en el período 2000-2021 (PNUD LAC PDS No. 32) [Internet]. New York: PNUD América Latina y el Caribe; 2022 [citado 2022 nov 9]. (Serie de documentos de política pública). Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-10/PNUDLAC-working-paper-32-Chile-ES.pdf>

10. Servicio Jesuita a Migrantes. Ingreso por paso no habilitado en 2021 llega a su máximo histórico [Internet]. Santiago de Chile: Servicio Jesuita a Migrantes; 2021 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: <https://sjmchile.org/2021/09/06/ingreso-por-paso-no-habilitado-en-2021-llega-a-su-maximo-historico/>
11. Ministerio de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
12. Servicio Jesuita a Migrantes. Colegio Médico, ICIM Informe: CASEN y migración: avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile (Informe 3) [Internet]. Santiago, Chile: Servicio Jesuita a Migrantes; 2022 [citado 2022 nov 25]. Disponible en: https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2022/02/Informe-CASEN-III_compressed.pdf
13. Blukacz A, Cabieses B, Markkula N. Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: a narrative review. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):197. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>. PubMed PMID: 33148258.
14. Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet*. 2018;391(10134):2036–46. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30482-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3) PubMed PMID: 29627160.
15. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE; 2011. 785 p.
16. International Labour Organization. Extending social protection to migrant workers, refugees and their families: a guide for policymakers and practitioners [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2021 [citado 2022 nov 14]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_826684.pdf
17. Bojorquez-Chapela I, Flórez-García V, Calderón-Villarreal A, Fernández-Niño JA. Health policies for international migrants: a comparison between Mexico and Colombia. *Health Policy OPEN*. 2020;1:100003. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100003>.
18. Yu M, Kelley AT, Morgan AU, Duong A, Mahajan A, Gipson JD. Challenges for adult undocumented immigrants in accessing primary care: a qualitative study of health care workers in Los Angeles county. *Health Equity*. 2020;4(1):366–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/heap.2020.0036>. PubMed PMID: 32923841.
19. Floríndez LI, Floríndez DC, Floríndez FM, Como DH, Pyatak E, Baezconde-Garbanati L, et al. Oral care experiences of latino parents/caregivers with children with autism and with typically developing children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2905. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16162905>.
20. Gurrola MA, Ayón C. Immigration policies and social determinants of health: is immigrants' health at risk? *Race Soc Probl*. 2018;10(3):209–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12552-018-9239-z>.
21. Fouratt CE, Voorend K. Esquivando al Estado. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. *Anu Estud Centroam*. 2019;45:373–403. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/aeca.v45i0.36863>.
22. Czapka EA, Sagbakken M. “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):460. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>. PubMed PMID: 27586150.
23. Zeidan AJ, Khatiri UG, Muniyikwa M, Barden A, Samuels-Kalow M. Barriers to accessing acute care for newly arrived refugees. *West J Emerg Med*. 2019;20(6):842–50. doi: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43129> PubMed PMID: 31738709.
24. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Carreño Calderon A, McIntyre AM. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev Inst Salud Pública Chile*. 2019;3(1):1-2. doi: <http://dx.doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>.
25. Liberona Concha N, Mansilla MÁ. Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colect*. 2017;13(3):507–20. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1110>. PubMed PMID: 29340515.
26. Tijoux ME. *Racismo en Chile: la piel como marca de la inmigración*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria de Chile; 2016. 265 p.
27. Cole DC, McLaughlin JE, Henneby JL, Tew MA. Precarious patients: health professionals' perspectives on providing care to Mexican and Jamaican migrants in Canada's Seasonal Agricultural Worker Program. *Rural Remote Health*. 2019;19(4):5313. doi: <http://dx.doi.org/10.22605/RRH5313>. PubMed PMID: 31785605.
28. Peláez S, Hendricks KN, Merry LA, Gagnon AJ. Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: health care professionals' perspectives. *Global Health*. 2017;13(1):5. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>. PubMed PMID: 28122630.
29. Crispi F, Cherla A, Vivaldi EA, Mossialos E. Rebuilding the broken health contract in Chile. *Lancet*. 2020;395(10233):1342. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30228-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30228-2). PubMed PMID: 32334699.
30. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editors. *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2016.

EDITOR ASOCIADO

José Manuel Peixoto Caldas

Apoyo financiero

Dirección de Investigación y Doctorados, Universidad del Desarrollo, com el apoyo del Fondo ANID COVID fund, COVID0873, Gobierno de Chile.

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Gobierno de Chile, Fondecyt Regular 1201461

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Gobierno de Chile, FONIS SA1910066



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.