

Recursos y vulnerabilidades de comunidades migrantes en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2

Resources and vulnerabilities of migrant communities in Chile during the SARS-CoV-2 pandemic

Báltica Cabieses, Alexandra Obach, Alice Blukacz, Alejandra Carreño, Claudia Pérez, José T. Vicuña, Carolina Stefoni y Andrea Avaria

Recibido 5 enero 2022 / Enviado para modificación 16 junio 2022 / Aceptado 28 junio 2022

RESUMEN

Objetivo Conocer, en contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante internacional en Chile y los recursos y capitales sociales reportados desde la propia comunidad.

Métodos Estudio cualitativo descriptivo. Se realizaron 40 entrevistas semiestructuradas a migrantes (N=30) e informantes claves (N=10), ejecutadas virtualmente durante el 2020. El material fue analizado mediante análisis temático. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo.

Resultados Como principales vulnerabilidades enfrentadas por parte de personas migrantes en pandemia se identifican: hacinamiento, precariedad laboral y necesidades económicas, uso del transporte público, desinformación y creencias en torno al COVID-19, discriminación, falta de redes de apoyo, y estatus migratorio. Como recursos se reconocen: contar con redes de apoyo, posibilidad de teletrabajo o salir a trabajar, acceso a información y a la red asistencial y municipal, apoyo gubernamental y de la sociedad civil. Adicionalmente, se reportan experiencias de diagnóstico de COVID-19, identificando dificultades en acceso a PCR y adaptaciones familiares y laborales como cambios en los hábitos de vida dentro y fuera del hogar.

Discusión El estudio entrega información relevante e inédita para la construcción de políticas en salud para migrantes internacionales con foco en crisis sanitarias. Se destaca la necesidad de fortalecer adecuaciones interculturales en las estrategias de prevención del contagio y de promoción de la salud y aumentar la disponibilidad de respuesta en el acceso a salud en el marco de la pandemia, mitigando así la vulnerabilidad social en migrantes y potenciando sus recursos de afrontamiento.

Palabras Clave: Emigración e inmigración; infecciones por coronavirus; vulnerabilidad social; investigación cualitativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To know, in the context of the SARS-CoV-2 pandemic, the psychosocial and socioeconomic vulnerabilities experienced by the international migrant population in Chile, as well as the resources and social capital reported from the community itself and its support networks, and to analyze the reception and implementation of the measures recommended by the health authorities in the different stages of the pandemic in the country.

Methods Descriptive qualitative study. The information was collected through 40 semi-structured individual interviews with migrants (N=30) and key informants (N=10), carried out through online communication platforms during 2020. A thematic analysis of the material was carried out. The project was approved by the Scientific Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the Universidad del Desarrollo.

Results The main vulnerabilities experienced by migrants in the context of the pandemic include overcrowding, job insecurity and economic needs, use of public transport, misinformation and beliefs about COVID-19, experiences of discrimination

BC: Enf. Matrona. Ph. D. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile

bcabieses@udd.cl

AO: Antrop. Ph. D. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

aobach@udd.cl

AB: Cientista Política. M. Sc. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

a.blukacz@udd.cl

AC: Antrop. Ph. D. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

a.carreno@udd.cl

CP: Enf. Matrona. M. Sc Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

claudiaperez@udd.cl

JT: Ing. Comercial. M. Sc. DataLab.

Santiago, Chile.

josetomasvicunau@gmail.com

CS: Soc. Ph. D. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Tarapacá. Iquique, Chile.

cstefoni@gmail.com

AA: TS. Ph. D. Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile.

andreaavaria@gmail.com

and xenophobia, lack of support networks, and migratory status. The main resources are support networks, the possibility of working remotely or going out to work, access to information, access to the assistance and municipal network, and government support and civil society. In addition, experiences of diagnosis of COVID-19 are reported, identifying difficulties in accessing PCR testing, and family and work adaptations such as changes in lifestyle habits inside and outside the home.

Discussion The study provides relevant and unpublished information for the construction of health policies for international migrants with a focus on sanitary crises. It highlights the need to strengthen cross-cultural strategies for the prevention of infection and health promotion, and to improve access to health in the context of the pandemic and beyond, thereby mitigating the social vulnerability experienced by migrants and enhancing their coping resources.

Key Words: Emigration and immigration; coronavirus infections; social vulnerability; qualitative research (*source: MeSH, NLM*).

En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la población migrante internacional como población de riesgo, debido a las condiciones de vida, hacinamiento, menor acceso efectivo a los servicios de salud, estatus migratorio, idioma, sector laboral en el que se concentran, entre otros aspectos (1). Por lo mismo, las personas migrantes internacionales pueden formar parte de aquellos que se enfrentan a una vulnerabilidad social exacerbada durante la pandemia, teniendo en cuenta las dificultades antes mencionadas junto con la falta de protección social y limitaciones al ejercicio de sus derechos sociales (2).

En la literatura se precisan 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 (p. ej. pobreza), peligros externos al grupo (p. ej. terremotos) y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (p. ej. organización comunitaria ante desastres) como externos (p. 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 (3,4). Se suman a ello importantes barreras de acceso a servicios de salud en algunos grupos de poblaciones migrantes, especialmente entre aquellos que experimentan mayor vulnerabilidad social (1,5). Esas barreras, observadas a nivel mundial, regional y nacional, pueden asociarse al estatus migratorio (5,6), a recursos económicos limitados (7,8), al desconocimiento por parte del personal de salud y de migrantes de sus derechos para acceder a salud (9-11), al desconocimiento del sistema de salud (12,13), a factores culturales y lingüísticos (14) y a experiencias de discriminación, racismo y violencia (15,16).

Asimismo, las condiciones de vida, de trabajo y, en ciertos casos, el abordaje de las comunidades migrantes han dificultado la implementación y adherencia de

medidas de prevención frente al COVID-19 impulsadas por la autoridad sanitaria, las cuales no necesariamente han sido elaboradas con relevancia cultural y lingüística, lo que ha acelerado el contagio y debilitado la recuperación de la enfermedad (17,18). A su vez, las medidas de prevención del contagio orientadas a restringir los desplazamientos y los cruces de frontera se han traducido en pérdida de empleo, ingresos, vivienda y redes de apoyo, exacerbación de situaciones migratorias precarias e imposibilidad de volver al país de origen en ciertos momentos de la pandemia (17,18). Otras medidas de prevención como las residencias sanitarias, si bien han sido por lo general evaluadas de manera positiva, en ciertos casos no atienden a las necesidades de las personas migrantes o incluso contribuyen a exacerbar sus vulnerabilidades (19).

Por otra parte, la literatura hace referencia a los recursos de afrontamiento de la pandemia de las comunidades migrantes (20). Los recursos sociales son, en complemento a los recursos naturales y económicos, aquellos 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 distintos sectores de la sociedad tienen a oportunidades para alcanzar el bienestar (21). Para este estudio, se trabajó desde el abordaje del capital social, el cual comprende los conceptos de cohesión social, redes de apoyo, procesos de inclusión y participación como determinantes sociales de la salud (22).

En fases de tránsito, llegada y asentamiento, las personas migrantes pueden experimentar procesos que se vinculan con los conceptos antes nombrados, lo cual afecta su salud a lo largo del ciclo migratorio. Esto nos brinda un marco de referencia para explorar en la situación de las personas migrantes durante la pandemia, entendiéndose que las vulnerabilidades vividas son mitigables a través de políticas públicas e intervenciones adecuadas. En este contexto, se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de conocer tanto las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante como los recursos y capitales sociales reportados desde la propia comunidad y sus redes

de apoyo, y analizar la percepción de las medidas indicadas por la autoridad sanitaria en Chile.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, metodología que permite comprender el sentido y significado que los actores sociales asignan a los eventos en sus contextos cotidianos y, por ende, pertinente para responder a los objetivos de la investigación. La información se recopiló a través de entrevistas individuales semiestructuradas a migrantes e informantes claves. Los criterios para definir la muestra de población migrante fueron: género (hombre/mujer), cinco nacionalidades con mayor presencia en Chile (Venezuela, Perú, Haití, Colombia y Bolivia) y ciclo de vida (adultos y adultos mayores). Se realizaron 40 entrevistas en total (30 a migrantes y 10 a actores clave de diferentes instituciones, incluyendo a profesionales del Ministerio de Salud, organizaciones pro-migrantes, y profesionales de la salud con conocimiento experto sobre salud migrante). Considerando las restricciones de movilidad y las medidas de distanciamiento social recomendadas en el marco de la pandemia SARS-CoV-2, las entrevistas, de 45 minutos aproximados, se realizaron de manera virtual a través de la plataforma Zoom o videollamadas por la aplicación WhatsApp, durante noviembre y diciembre 2020.

El reclutamiento se llevó a cabo con la colaboración del Servicio Jesuita a Migrantes y, posteriormente, la técnica de bola de nieve hasta lograr la saturación de la información (23). Para las entrevistas con migrantes, se elaboró un guion que abordó las siguientes dimensiones: (I) estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento y recuperación de COVID-19 que estén desarrollando, (II) capacidades y recursos, (III) necesidades y vulnerabilidades sentidas. Todas las entrevistas fueron transcritas y analizadas temáticamente.

Previo a la realización de las entrevistas, los participantes recibieron de manera virtual información sobre la investigación y un formulario de consentimiento informado online para ser aceptado en caso de acceder participar. Las entrevistas se desarrollaron por facilitadores entrenados con anticipación. La información del trabajo de campo fue transcrita verbatim a Microsoft Word. A cada entrevista se le asignó un código, resguardando con ello la confidencialidad de las personas. El material fue analizado mediante análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de la información recolectada (24). El proyecto contó con la aprobación Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo.

RESULTADOS

Se entrevistó a 30 personas migrantes internacionales entre las cuales el 53% (16) era mujer y el 70% tenía entre 25 y 35 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 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 el 30% (9) reportó haber obtenido la visa de residencia definitiva. Un participante no reportó su situación migratoria, a demás, se entrevistaron a 10 expertos del área social y de la salud en Chile (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los migrantes participantes del estudio (n=30)

Características sociodemográficas migrantes	N	%
Género		
Mujer	16	53
Hombre	14	47
Edad (años)		
25-29	12	40
30-35	9	30
36-40	4	13
41-45	3	10
46 y más	2	7
País de procedencia		
Venezuela	7	23
Perú	5	17
Colombia	5	17
Haití	3	10
Bolivia	2	7
Ecuador	2	7
Argentina	2	7
Brasil	2	7
Cuba	1	3
Uruguay	1	3
Región de residencia habitual en Chile		
Región Metropolitana	22	73
Región de Arica y Parinacota	6	20
Región de Antofagasta	2	7
Estatus Migratorio		
Cualquier visa en trámite	12	40
Visa temporaria vigente	9	30
Visa definitiva	6	20
Entrada paso inhabilitado u otro	3	10
Previsión de salud		
Sin previsión u otro	5	16
FONASA (N=25)	20	80
ISAPRE (N=25)	5	20

Los principales hallazgos del estudio se estructuran en las categorías y los códigos detallados en la Tabla 2.

Tabla 2. Principales hallazgos del estudio

Categoría	Códigos
Percepción de vulnerabilidad frente al contagio	Condiciones de vida Condiciones de trabajo Enfermedad preexistente Cumplimiento de las medidas de prevención Autopercepción de buen estado de salud
Estrategias individuales	Búsqueda proactiva de información Cambios drásticos de hábito Medidas de autocuidado y limpieza
Estrategias en ámbito laboral	Cuidado del empleador hacia trabajadores formales Autocuidado de trabajadores informales Difusión de información
Estrategias institucionales	Ausencia Implementos de limpieza Fiscalización Hacinamiento
Dificultades para la prevención del contagio	Necesidad de trabajar Uso de transporte público Desinformación Xenofobia Determinantes sociales de la salud
Diagnóstico	Contacto estrecho PCR Atención pública vs privada
Tratamiento	Recuperación en casa Residencia sanitaria Barreras persistentes de atención Trayectoria y estatus migratorio Condiciones de vida
Impacto de la pandemia	Empleo Educación Salud física y mental Redes de apoyo Violencia institucional Nivel individual y familiar
Recursos, capacidad y estrategias de afrontamiento	Trabajo Manejo del estrés Redes de apoyo presencial y a distancia Nivel comunitario Apoyo barrial Nivel institucional Apoyo material y económico Adaptaciones del sector salud Límite estatus migratorio

Vulnerabilidades y estrategias de personas migrantes en relación con la pandemia en Chile

Las personas migrantes entrevistadas relatan sentir diferentes niveles de vulnerabilidad frente a la posibilidad de contagio de COVID-19. Hay quienes se sienten altamente vulnerables, ya sea por sus condiciones de vida, laborales o por enfermedades preexistentes. Otros relataron sentirse poco vulnerables 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: “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” (H. Venezuela/RM-1).

Para prevenir el contagio, dan cuenta de diversas estrategias a nivel individual y familiar, entre ellas, búsqueda de información a través de diferentes medios tales como internet, redes sociales o televisión, la red asistencial y la municipalidad. Para prevenir el contagio, la mayoría de los participantes dicen haber cambiado sus hábitos de manera drástica, por ejemplo, dejando de salir de sus hogares salvo para actividades esenciales, eliminando actividades recreativas fuera del hogar o con personas ajenas a este e incluso limitando el contacto físico entre miembros del hogar. Algunos también dan cuenta de la adopción de medidas extremas de autocuidado y limpieza: “Fueron como 5 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 [...]. Me cuidaba muchísimo de no tocarme la cara y todo” (M. Colombia/RM-2).

Se mencionan estrategias de prevención en espacios laborales. Quienes tienen trabajo formal dicen que, en general, los empleadores han dispuesto medidas de prevención. Quienes realizan trabajos informales sostienen que han tenido que implementar medidas de autocuidado dada la interacción permanente que tienen con personas en las calles. Sobre estrategias comunitarias de prevención, se pudo detectar la elaboración de una estrategia de difusión de información concreta a través de un video informativo: “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 abajo, entonces todas esas cosas hicimos con ellos para como luchar con el COVID” (H. Haití/RM-1).

Sobre apoyo recibido desde el nivel institucional, solo un entrevistado reportó haber recibido una vez “una caja de limpieza”. Aun así, personas entrevistadas valoran 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” (M. Bolivia/RM-1).

Respecto a las dificultades para prevenir el contagio, se mencionan condiciones de vida de hacinamiento, tener que salir a trabajar y precariedad laboral, uso del transporte público, desinformación y creencias en torno al COVID-19 y diversas experiencias de discriminación y xenofobia: “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” (H. Venezuela/Arica-1).

Sobre estos temas, los expertos destacan la vulnerabilidad frente al contagio en migrantes y las dificultades que enfrentan para la prevención del contagio, subrayando aspectos estructurales como generadores 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. Se resalta la falta de estrategias institucionales de prevención del contagio orientadas a migrantes, se sostiene que la mayoría de las iniciativas han surgido desde la sociedad civil.

Experiencias de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19

De las 30 personas migrantes internacionales entrevistadas, 7 de ellas reportaron haber tenido COVID-19. Sin embargo, 4 de ellas no fueron diagnosticadas por haber tenido contacto estrecho con una persona enferma y solo 3 tuvieron un diagnóstico a través de PCR. Ningún entrevistado desarrolló un cuadro grave con hospitalización. Respecto al acceso a PCR, se reportan dificultades en el sistema público, por lo que algunos optaron por atención privada, aunque este sea considerado excesivamente costoso. La mayoría de los participantes con COVID-19 se recuperaron en sus hogares, 1 sola participante fue a una residencia sanitaria reportando una buena experiencia: “En la Dávila, sí, porque en el consultorio es algo como engorroso, porque [...] nos dijeron que tenían que ingresar como que si ya tuviéramos los 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 por qué 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” (H. Perú/RM-2).

Las y los expertos evalúan positivamente el acceso a diagnóstico y tratamiento de COVID-19 en población migrante. Aun así, identifican diversas barreras de acceso a la atención de salud para COVID-19, incluyendo estatus migratorio, barreras culturales y lingüísticas y escasez de recursos.

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

Los relatos evidencian impactos múltiples de la pandemia sobre sus vidas. Destacan consecuencias en las trayectorias migratorias, en especial, asociadas a estatus migratorio y cierre de fronteras; en condiciones de vida, trabajo y educación, por desempleo y pérdida de ingresos,

pérdida de oportunidades y cambios laborales y cambios negativos en la educación de sus hijos; y en salud física y mental, por ejemplo, barreras para el seguimiento de condiciones crónicas. También se menciona la falta de redes de apoyo y experiencias de violencia institucional durante la pandemia: “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 cómo pagarlo, aunque tengo que pagar igual los meses que estuvieron” (M. Ecuador/RM-1).

Por su lado, los expertos entrevistados abordaron los mismos aspectos que las personas migrantes internacionales, exceptuando el impacto de la pandemia en 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 diversos recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento a nivel individual y de hogar, como volver a trabajar, lo que significó un alivio para las familias. También mencionan el desarrollo de estrategias para el manejo del estrés y la angustia y contar con redes de apoyo en Chile y/o a distancia: “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” (M. Venezuela/RM-2).

Asimismo, se identifican en ciertos casos recursos, capacidades y estrategias de afrontamiento también a nivel de comunitario, como ayuda económica y apoyo barrial: “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 hartito, entonces podría ayudar a las personas” (M. Perú/RM-2).

De igual manera, algunos participantes reportaron haber recibido apoyo económico o de alimentos desde diferentes instituciones del Estado u organizaciones de la sociedad civil durante la pandemia. Otros, sin embargo, recibieron poca o ninguna ayuda por temas como estar con su visa temporaria en trámite y no contar con su cédula de identidad. Además, hay quienes se negaron a recibir las ayudas: “Bueno, al principio estuvieron entregando unos mercaditos, el municipio estuvo entregando unos mercados, pero una sola vez y de ahí ayudas así no, ninguna” (M. Colombia/Arica-1).

Los expertos entrevistados se enfocaron en recursos y capacidades a nivel comunitario para enfrentar los impactos de la pandemia y en los apoyos institucionales, sobre todo, ayudas económicas y adaptaciones del sector salud.

DISCUSIÓN

A nivel global, se han publicado diversos estudios enfocados en experiencias de migrantes internacionales durante la pandemia y el impacto sobre sus vidas (25-29). Un estudio cualitativo sobre el impacto del COVID-19 en 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 (30).

Por otra parte, la población de refugiados en la región se ha visto afectada por la respuesta gubernamental a la pandemia desde distintos ángulos, al menos los siguientes: (i) los efectos de las condiciones de regularización migratoria en este escenario; (ii) las condiciones de cierre de frontera y la complejidad de ingresos por pasos no habilitados, y (iii) la marcada no aceptación a trámite de refugio en los últimos años. Un estudio realizado en Brasil analizó cualitativamente las experiencias de refugiados y encontró que, debido a la suspensión de algunas actividades federales que limitaban trámites administrativos relacionados con la reunificación familiar, se exacerbaron barreras de acceso al servicio de salud y ayudas gubernamentales (31). En Chile, se cuenta con estudios en torno a las experiencias, vulnerabilidades y limitada capacidad de preparación de las personas migrantes internacionales para enfrentar la pandemia y sus efectos sociales y de salud (20,32,33), 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 (34) 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.

De esta manera, los resultados del estudio reportados en este artículo son concordantes con esta evidencia producida en América Latina, dando cuenta de la forma en la que la pandemia por COVID-19 ha exacerbado la vulnerabilidad social en migrantes en Chile y ha aumentado su riesgo de enfermarse o alterar su percepción de bienestar (2).

Si bien los hallazgos permiten identificar que se han desarrollado grandes y sistemáticos esfuerzos por acercar a migrantes a medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento durante la pandemia, se reconocen tareas pendientes. Por una parte, existen brechas respecto a los determinantes sociales de la salud que involucran desigualdades

persistentes en condiciones de vida, trabajo y vulnerabilidades asociadas a trámites y estatus migratorios, que llaman a desarrollar soluciones profundas e intersectoriales. Esto se ha observado a nivel global en migrantes internacionales (35) y sigue siendo un obstáculo importante para la promoción de la salud de grupos vulnerables y la salud de todas y todos. Por otra parte, son preocupantes las barreras de acceso a la atención de salud para COVID-19 en migrantes por estatus migratorio, barreras culturales y lingüísticas y escasez de recursos.

En este marco, es absolutamente clave incluir a las personas migrantes en los planes de respuesta a crisis sanitarias, tal como se anticipó a raíz de otros brotes de enfermedades infecciosas (36). Esto implica potenciar los recursos presentes en las propias comunidades migrantes; para el caso del estudio, los principales identificados fueron contar con redes de apoyo, posibilidad de teletrabajo o salir a trabajar, acceso a información, acceso a la red asistencial y municipal y apoyo gubernamental y de la sociedad civil. Así se puede fortalecer el capital social en los grupos migrantes y promover la cohesión social y los procesos de inclusión y participación (22).

Como limitación se reconoce que, aunque se intentó incluir participantes con diferentes trayectorias migratorias y situaciones socioeconómicas, al realizarse el reclutamiento y las entrevistas online, no se contó con la participación de personas sin acceso a internet, quienes pudiesen reportar situaciones de mayor vulnerabilidad, aspectos relevantes a tomar en cuenta para informar soluciones inclusivas.

En conclusión, este estudio, de los pocos de su tipo en Chile, entrega información relevante e inédita para la construcción de políticas en salud para migrantes internacionales con foco en crisis sanitarias. Los resultados nos permiten señalar la necesidad de fortalecer adecuaciones interculturales en las estrategias de prevención del contagio y promoción de la salud y aumentar la disponibilidad de respuesta frente a una demanda de acceso a atención de salud en el marco de la pandemia. A partir de este diagnóstico surgen posibles recomendaciones de mejora para la vida y salud de migrantes en Chile: (I) promover el acceso y uso efectivo del sistema de salud; (II) mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención de salud, y (III) cambios y mejoras específicas pendientes en el marco de la pandemia.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Junio 10]. <https://bit.ly/3GalogN>.

2. United Nations Network on Migration. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. New York: United Nations Network on Migration; 2020 [cited 2021 Sep 5]. <https://bit.ly/3G0kKn0>.
3. Cabieses B, Obach A. Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud. CMS [Internet]. 2018 [cited 2022 Junio 10]; 58(4):109-1. <https://bit.ly/3fVxi4u>.
4. Cabieses B, Obach A. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016.
5. 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 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 21];3(1):21-31. <https://bit.ly/3NUvxkE>.
6. 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. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100003>.
7. Cabieses B, Oyarte M, Pedrero V, Markkula N, Flaño J. Problems of Access to health care in Chile: Comparative analysis between international migrants and local population. Medwave. 2016; 16:e6777.
8. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2019; 36(4):583-91. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.360.4654>.
9. Llanes García YE, Ghys T. Barriers to access healthcare for Middle American Migrants during transit in Mexico. RPGyC. 2021; 7(13):182-204. <https://doi.org/10.29105/pgc7.13-7>.
10. Ruiz-Casares M, Cleveland J, Oulhote Y, Dunkley-Hickin C, Rousseau C. Knowledge of Healthcare Coverage for Refugee Claimants: Results from a Survey of Health Service Providers in Montreal. PLoS One. 2016; 11(1):e0146798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146798>.
11. Carreño A, Blukacz A, Cabieses B, Jazanovich D. "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. Salud Colect. 2020; 16:e3035. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>.
12. Zeidan AJ, Khatri 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. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43129>.
13. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. Rev Panam Salud Pública. 2020; 44:e175. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.175>.
14. Nathanson RA, Saloner B, Richards MR, Rhodes KV. Spanish-Speaking Immigrants' Access to Safety Net Providers and Translation Services Across Traditional and Emerging US Destinations. Milbank Q. 2016; 94(4):768-99. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12231>.
15. Rodríguez Arrieta JD. Banca, salud y estímulo del empleo: servicios públicos desde la óptica de los refugiados y solicitantes en Costa Rica. RCS. 2017; (155):111-29. <https://doi.org/10.15517/rsc.v0i155.30258>.
16. Gurrola MA, Ayón C. Immigration Policies and Social Determinants of Health: Is Immigrants' Health at Risk? Race Soc Probl. 2018; 10(3):209-20. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9239-z>.
17. Cabieses B. Encuesta sobre COVID-19 a Poblaciones migrantes internacionales en Chile: informe de resultados completo [Internet]. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2020 [cited 2022 Junio 10]. <https://bit.ly/3Ejs0ZM>.
18. Blukacz A, Cabieses B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. Lancet. 2020; 396(10257):1070. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32073-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32073-0).
19. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Carreño Calderón A, Larenas D, Mompoin E. Migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia COVID-19: hacia una respuesta ética en emergencias sanitarias. Informe final [Internet]. Santiago: OMS; 2021 [cited 2022 Junio 10]. <https://bit.ly/3O31k2L>.
20. 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. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8103>.
21. Badii M, Guillén A, Castillo D, Abreu J, Ramírez C, Garza D. Clasificación, uso y abuso de los recursos sociales. Daena Int J Good Conscience [Internet]. 2018 [cited 2022 Junio 10]; 13(1):263-82. <https://bit.ly/3fXQyyk>.
22. Almedom AM. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. Soc Sci Med. 2005; 61(5):943-64. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.025>.
23. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. CM [Internet]. 2003 [cited 2022 Junio 10]; 34(3):164-7. <https://bit.ly/3hnhlVa>.
24. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. Nueva York: SAGE Publishing; 2002.
25. World Health Organization. ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Junio 10]. <https://bit.ly/3WPeww5>.
26. 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. Front Public Health. 2020; 8:596887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>.
27. Hu Y. Intersecting ethnic and native-migrant inequalities in the economic impact of the COVID-19 pandemic in the UK. Res Soc Stratif Mobil. 2020; 68:100528. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100528>.
28. Kumar K, Mehra A, Sahoo S, Nehra R, Grover S. The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the migrant workers: A cross-sectional survey. Asian J Psychiatry. 2020; 53:102252. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102252>.
29. Mukumbang FC, Ambe AN, Adebisi BO. Unspoken inequality: how COVID-19 has exacerbated existing vulnerabilities of asylum-seekers, refugees, and undocumented migrants in South Africa. Int J Equity Health. 2020; 19(1):141. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01259-4>.
30. Zambrano-Barragán P, Ramírez Hernández S, Freier LF, Luzes M, Sobczyk R, Rodríguez A, et al. The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. J Migr Health. 2020; 3:100029. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100029>.
31. Martuscelli PN. How are refugees affected by Brazilian responses to COVID-19? Rev Adm Pública [Internet]. 2020 [cited 2022 Junio 10]; 54(5):1446-57. <https://bit.ly/3hphv8u5>.
32. Cabieses B, Darrigrandi F, Obach A. Factores asociados a sentirse preparado para enfrentar el COVID-19 en migrantes internacionales en Chile. Rev Inst Salud Pública Chile. 2020; 4(2):29-36. <https://doi.org/10.34052/rispch.v4i2.103>.
33. Cabieses B, Darrigrandi F, Blukacz A, Obach A, Silva C. Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla. Notas de Población [Internet]. 2021 [cited 2022 Junio 10]; 47(111):43-62. <https://bit.ly/3G9wHGw>.
34. Reyes S. Migración y salud en Chile: el impacto del coronavirus en la vida de los migrantes. Indep Study Proj ISP Collect [Internet]. 2020 [cited 2022 Junio 10]; 3314. <https://bit.ly/3EIHUUm>.
35. Greenaway C, Hargreaves S, Barkati S, Coyle CM, Gobbi F, Veizis A, et al. COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants. J Travel Med. 2020; 27(7):taaa113. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa113>.
36. Wickramage K, Gostin LO, Friedman E, Prakongsai P, Suphanchaimat R, Hui C, et al. Missing: Where Are the Migrants in Pandemic Influenza Preparedness Plans? Health Hum Rights. 2018; 20(1):251-8.