

Hacia un cuidado ético en residencias sanitarias durante la pandemia de COVID-19: estudio cualitativo con migrantes internacionales en Chile

Towards ethical care in nursing homes during the COVID-19 pandemic: a qualitative study with international migrants in Chile

Rumo ao cuidado ético em residências de saúde durante a pandemia de COVID-19: um estudo qualitativo com migrantes internacionais no Chile

Báltica Cabieses ^{1,2}
Alexandra Obach ¹
Alice Blukacz ¹
Alejandra Carreño ¹
Daniel Larenas ³
Emmanuel Mompont ¹
Juan Pablo Beca ¹

doi: 10.1590/0102-311XES033622

Resumen

Migrantes internacionales han sido reconocidos como población de riesgo en el contexto de la pandemia de COVID-19. A nivel mundial se han desplegado diversas estrategias para la protección de esta población, como la habilitación de centros de recepción y cuarentena o aislamiento. El artículo da cuenta de los resultados de un estudio que exploró las experiencias de migrantes internacionales en residencias sanitarias dispuestas en Chile para la realización de cuarentenas seguras en el marco de la pandemia COVID-19, desde un enfoque de condiciones éticas para el cuidado. Se realizó un estudio cualitativo entre los años 2020-2021. Se efectuaron 30 entrevistas individuales semi-estructuradas en línea en las ciudades de Arica, Iquique, Antofagasta y Santiago a migrantes internacionales con experiencia de uso de residencias sanitarias; equipos de salud de residencias sanitarias; máangers de dichos recintos; autoridades locales; y expertos nacionales. Se realizó análisis temático de la información. El estudio concluye que para migrantes internacionales, si bien la experiencia en residencias sanitarias ha significado un apoyo sanitario significativo, es imprescindible que el cuidado proporcionado, además de la exigencia que se enmarque en un enfoque de derechos y de respeto a la dignidad de cada persona, incorpore la perspectiva de la interculturalidad en su quehacer, es decir, asegurando el derecho a servicios de salud culturalmente pertinentes, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.

COVID-19; Migración Internacional; Cuarentena; Ética Clínica

Correspondencia

A. Obach
Av. Las Condes 12461, Santiago de Chile – 7610658, Chile.
aobach@udd.cl

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

² Department of Health Sciences, University of York, York, U.K.

³ Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.



Introducción

En materia de salud pública y salud global, la ética del cuidado ha crecido en discusión y desarrollo en las últimas décadas. Tal y como se propone desde la bioética contemporánea ¹, el cuidar parte del interés de alguien por otro, no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional. La actividad de cuidar es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro ². El cuidado profesional, como labor propia, debería acabar con la dualidad entre las dos conocidas dimensiones del cuidar: la técnica y la humana. Según diversos autores, dicha dualidad no se corresponde con la realidad compleja y plural en la que vivimos y sería absurdo e imposible omitir o encargarnos tan solo de una de sus dimensiones ^{2,3}.

El acto de cuidar incluye las tareas más técnicas, es decir, las que garantizan las necesidades más básicas de las personas, y las actividades o actitudes que establecen las relaciones terapéuticas, las cuales permiten la adecuación de las perspectivas de los pacientes con la realidad, así como la propia realización del profesional y sobre todo de quien requiere de cuidado ⁴. Esta relación humana intersubjetiva del cuidar, además de otras actividades no cuantificables (como la preocupación, la motivación, la escucha, etc.), forman parte de los llamados cuidados invisibles, de creciente interés en la ética y la salud pública global ^{5,6}.

Un grupo de especial relevancia para la ética del cuidado en salud pública y salud global en Latinoamérica en la actualidad es aquel que se desplaza. Se estiman 281 millones de migrantes internacionales en el mundo, quienes representan aproximadamente 3,6% de la población mundial. En la región de Latinoamérica y el Caribe existen 15 millones de migrantes ⁷ con un flujo migratorio intrarregional llamado migración sur-sur ⁸. En Chile, a 31 de diciembre de 2020 se estimaban 1.462.103 migrantes internacionales (8% de la población), la mayoría proveniente de países de la región, principalmente Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%) ⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la población migrante internacional como población de riesgo en el contexto de la pandemia de COVID-19 dadas las condiciones de vida, hacinamiento, barreras en el acceso a servicios de salud, situación migratoria, idioma, informalidad laboral, entre otros aspectos de vida desde las que enfrentan a la pandemia ¹⁰. A nivel mundial se han desplegado diversas iniciativas para proteger a las poblaciones migrantes y refugiadas del contagio de COVID-19, entre ellas, estrategias de aislamiento como centros de recepción y cuarentena para personas migrantes y refugiadas ¹¹. Si bien estas estrategias han sido reconocidas positivamente, se identifican diversos factores que afectan a la salud física y mental de las personas migrantes, como las restricciones e incertidumbre que generan estos recintos, así como problemas de hacinamiento, falta de higiene y riesgo psicosocial en este tipo de centros de aislamiento. La literatura también da cuenta de la necesidad de reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística de población migrante en estos espacios ^{12,13}.

A pesar de haber sido la última región a la que llegó la infección, Latinoamérica y el Caribe ha sufrido devastadoras consecuencias con respecto a las muertes y contagios, que exacerbaban las condiciones de vulnerabilidad de migrantes internacionales debido, entre otros factores, a las crisis políticas y económicas que enfrentan países como Haití y Venezuela ¹⁴. En el caso de Chile, con respecto a la situación epidemiológica de COVID-19 en la población migrante internacional, desde febrero de 2020 a enero del 2022, del total de casos confirmados ($n = 1.963.396$) el 6,4% corresponde a personas migrantes internacionales. La cantidad máxima de casos en esta población se observó durante el año 2020 ($n = 3.974$) ¹⁵.

El cierre de fronteras desde el año 2020, como medida sanitaria para contener la migración durante la pandemia, implicó un aumento significativo de ingreso de personas indocumentadas por pasos no habilitados en la zona norte del país ¹⁶. De este modo, si bien el ingreso de migrantes durante la pandemia disminuyó en comparación al 2019, los ingresos por pasos no habilitados se duplicaron (de 8.048 en 2019 a 16.848 en 2020), dando paso a una migración más precaria y vulnerable ¹⁶. En su ingreso a Chile durante la pandemia, estas personas eran derivadas a albergues sanitarios para realizar aislamiento preventivo. Los casos positivos en dichos recintos eran trasladados a residencias sanitarias, hoteles reconvertidos para este fin para que toda la población – incluida la población migrante, independiente de su condición migratoria, pudiera realizar cuarentenas seguras ¹⁷.

Esta medida cobra especial relevancia dado que los migrantes internacionales, además de la vulnerabilidad social a la que están expuestos debido a diversos determinantes sociales, enfrentan barreras derivadas de la emergencia sanitaria, como precariedad socioeconómica y laboral, obstáculos administrativos, menor acceso a la protección social, escasez de recursos para hacer frente a una situación de emergencia, falta de información y conocimiento sobre riesgos y protocolos de emergencia, débil alfabetización en salud, exclusión social, entre otras, que obstaculizan sus posibilidades de llevar a cabo las medidas de prevención recomendadas por la autoridad sanitaria, incluyendo cuarentenas preventivas¹⁸. Dadas estas condiciones, la población migrante está expuesta a mayor riesgo de contagio de COVID-19, y a otros problemas de salud asociados, como salud mental, dada la incertidumbre de la situación experimentada por la pandemia y el no contar con todos los recursos necesarios para enfrentarlo¹⁹. Esto no se condice de manera coherente con el enfoque de la ética del cuidado descrito anteriormente, en el cual se propone una comprensión del mundo como red de relaciones interdependientes desde donde surge una responsabilidad social con relación a la búsqueda del bienestar de las personas, en especial de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad social y de salud²⁰.

De esta forma, desde un abordaje de interés general en la ética del cuidado hacia personas migrantes internacionales en contexto de la pandemia por COVID-19, este artículo da cuenta de los resultados de un estudio cualitativo realizado entre los años 2020-2021, cuyo propósito fue explorar en las experiencias de migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile, desde la perspectiva de usuarios migrantes, equipos de salud de las residencias, y autoridades y administradores de dichos espacios. Esto, dado que los planes prácticos de respuesta ante desastres y emergencias desde los sistemas de salud del mundo discuten cada vez más sobre cómo establecer condiciones de acceso y atención basadas en un cuidado ético, además de los ya existentes marcos legales y médicos²¹.

Material y métodos

Diseño de estudio

Se realizó un estudio cualitativo con el fin de comprender el significado que diversos actores sociales involucrados en las experiencias de migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile asignan a estos eventos^{22,23}. El estudio se llevó a cabo entre diciembre del 2020 y marzo del 2021.

Participantes y técnicas de investigación

Se realizaron 30 entrevistas individuales semi-estructuradas en formato en línea a través de las plataformas Zoom (<https://zoom.us/>) y Google Meet (<https://meet.google.com>), o videollamada, a actores sociales de las ciudades de Arica, Iquique, Antofagasta y Santiago. Este formato de levantamiento de información responde al contexto de pandemia, y a las restricciones decretadas en Chile durante el período del estudio. Se entrevistó a: (i) migrantes internacionales que estuvieran o hubiesen estado en residencias sanitarias durante el período del estudio (n = 17); (ii) equipos de salud que trabajen o hubiesen trabajado en residencias sanitarias durante el período del estudio (n = 8); y (iii) máangers de residencias sanitarias, autoridades locales en los territorios, y expertos nacionales (n = 7).

Estrategia de reclutamiento

El reclutamiento de participantes migrantes se realizó con el apoyo de organizaciones pro-migrantes vía redes sociales y referencia directa. El reclutamiento del personal de salud se realizó directamente en residencias sanitarias, mediante un muestreo opinático, siguiendo criterios pragmáticos y de factibilidad, mediante contactos del equipo de investigación con algunos de estos recintos en las ciudades de estudio. Posteriormente, se dio continuidad mediante la técnica de bola de nieve hasta lograr saturación. Administradores de residencias sanitarias, autoridades locales y expertos nacionales fueron contactados directamente por el equipo de investigación.

Recolección de información

Se realizó a través de entrevistas individuales semiestructuradas que contaron con un guion pre-establecido de 14 preguntas y tuvieron una duración promedio de una hora. Las entrevistas se realizaron en ambientes aislados que permitieran mantener la privacidad de los datos. Fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados, y transcritas *verbatim* a Microsoft Word (<https://products.office.com/>). A cada entrevista se le asignó un código, resguardando con ello la confidencialidad de las personas entrevistadas. El material se guardó con contraseña en computador del investigador principal.

Análisis

Se realizó análisis narrativo de contenido, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de la información recolectada, así como temas emergentes desde la voz de los mismos actores involucrados en el fenómeno de interés, todo esto con el objetivo de generar información contextualizada que otorgue protagonismo a los sujetos partícipes de la investigación. Metodológicamente, esto se realiza mediante la selección y ordenamiento de la información que es significativa para los participantes y para los objetivos del estudio ²⁴.

Financiamiento y aspectos éticos

El proyecto contó con financiamiento de la Red de Respuesta Ética y Preparación para Emergencias de Salud Pública (Public Health Emergency Preparedness and Response Ethics) de la OMS (FCDO/Wellcome Grant 214711/Z/18/Z), y la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo y del Comité de Revisión de Ética de la Investigación de la OMS. Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, y un consentimiento informado en línea, aprobado digitalmente por quienes decidieron libremente participar del estudio. Mayor detalle metodológico y de resultados generales de este estudio se encuentra disponible y de libre acceso en el reporte final y el resumen de políticas recientemente publicados ^{25,26}.

Resultados

Se entrevistó a 17 personas migrantes. Los participantes oscilaron entre los 20 y 64 años de edad y provenían de un total de 7 países de América Latina: 9 participantes eran de Venezuela, 2 de Bolivia, 2 de Haití, 1 de Perú, 1 de Colombia, 1 de Ecuador, y 1 de Uruguay. Asimismo, se entrevistó a personal de salud de residencias sanitarias (médicos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, enfermeras, trabajadores sociales, TENS (técnico en enfermería) (n = 8), y autoridades, expertos y administradores de residencias sanitarias (n = 7). El Cuadro 1 da cuenta de la caracterización de los participantes del estudio.

Los resultados principales del estudio se presentan en torno a las siguientes dimensiones: (i) diferenciación entre albergues y residencias; (ii) facilitadores para el acceso y la atención hacia migrantes internacionales en residencias sanitarias; (iii) barreras para el acceso y la atención hacia migrantes internacionales en residencias sanitarias; (iv) aspectos positivos del cuidado recibido en residencias hacia personas migrantes internacionales; y (v) aspectos débiles por mejorar del cuidado recibido en residencias hacia personas migrantes internacionales. Estas dimensiones y sus resultados principales se resumen en el Cuadro 2.

Diferenciación entre albergues y residencias

Existe una marcada diferenciación entre estrategias desplegadas en el país para la realización de cuarentenas seguras por parte de la población migrante. Los participantes del estudio mencionan, por una parte, albergues o refugios sanitarios, los cuales operan principalmente en la zona norte para el aislamiento de migrantes que están ingresando a Chile. Estos recintos -conformados por gimnasios,

Cuadro 1

Caracterización de los participantes.

MIGRANTES	
País de origen	n
Venezuela	9
Bolivia	2
Perú	1
Colombia	1
Ecuador	1
Haití	2
Uruguay	1
EQUIPOS DE SALUD	
Especialidad	Sexo
TENS	M
TENS	F
Médico	M
Fonoaudiólogo	F
Fonoaudiólogo	F
Trabajadora social	F
Kinesiólogo	M
EXPERTOS Y AUTORIDADES SANITARIAS	
Rol	Sexo
Coordinación de residencia sanitaria	F
Gerente de hotel	M
Experto en migración (MINSAL)	M
Experto en migración (MINSAL)	F
Experto en APS (MINSAL)	M
Experto en migración (OIM)	M
Experto del poder judicial	F

APS: atención primaria de salud; F: femenino; M: masculino; MINSAL: Ministerio de Salud; OIM: Organización Internacional para las Migraciones; TENS: Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

escuelas, entre otras infraestructuras- constituyen una respuesta sanitaria aguda y breve frente al alto contingente de personas que han ingresado al país de manera regular o irregular en el contexto de pandemia. De acuerdo con las personas migrantes entrevistadas, estos recintos son percibidos de manera positiva como espacios de contención y refugio, donde reciben alimentos y facilidades para pernoctar. Así también, destacan los vínculos y redes de apoyo que se establecen en los albergues entre migrantes para continuar el viaje por el país. Aun así, estos espacios son también identificados como fuentes de contagio de COVID-19 por el alto nivel de hacinamiento que existe, e inseguros en lo que respecta al resguardo físico y de pertenencias:

“60 personas en el refugio que estaban conmigo en el momento en que yo di positivo a COVID, me pareció una cifra muy alta, eran procedentes de países que no tenían tanto COVID, creo que al final era porque todos compartíamos el mismo baño” (E22).

Quienes dan positivo al COVID-19 en albergues o refugios sanitarios son trasladados a residencias sanitarias. En el caso de migrantes ya asentados en Chile en las distintas regiones del país, ellos pueden acceder directamente a las residencias sanitarias, sin pasar previamente por los albergues, independiente de su situación migratoria.

Cuadro 2

Resumen de las dimensiones de análisis y principales resultados.

DIFERENCIACIÓN ENTRE ALBERGUES Y RESIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Albergues o refugios sanitarios: estrategias sanitarias para el aislamiento de migrantes que han ingreso a Chile, de manera regular o irregular, durante la pandemia por COVID-19. Espacios percibidos de contención y refugio, y para establecer redes entre migrantes. Son también identificados como lugares inseguros frente a contagios de COVID-19 y resguardo físico. • Residencias sanitarias: migrantes asentados en el país pueden acceder a estos recintos sin pasar por albergues, independiente de su situación migratoria.
FACILITADORES PARA EL ACCESO Y LA ATENCIÓN HACIA MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes internacionales destacan la infraestructura, organización, alimentación, e información sobre COVID-19 que reciben en las residencias sanitarias; buen trato y seguimiento de los casos por el personal de salud; presencia de personal de salud extranjero. Migrantes en situación irregular reconocen como facilitador la posibilidad de acceso aun sin tener documentos. • Equipos de salud, autoridades locales y expertos nacionales destacan la atención que se brinda a migrantes en las residencias; la solidaridad y humanidad del personal.
BARRERAS PARA EL ACCESO Y LA ATENCIÓN HACIA MIGRANTES INTERNACIONALES EN RESIDENCIAS SANITARIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Trámites de ingreso se perciben más complicados y burocráticos para extranjeros que para nacionales. • Circulación de información falsa entre migrantes en las zonas fronterizas del norte del país respecto a requisitos para ingreso a las residencias sanitarias. • Experiencias de no haber podido acceder a residencias sanitarias por falta de traslado a estos recintos por parte de migrantes. • Barreras idiomáticas para la atención de migrantes. • Falta de incorporación de enfoque de interculturalidad en residencias sanitarias. • Falta de sensibilización en los equipos de salud en pautas culturales con relación a cosmovisión y estilos de vida de personas extranjeras. • Escasez de protocolos específicos para población migrante. • Ausencia de facilitadores interculturales en las residencias sanitarias.
ASPECTOS POSITIVOS DEL CUIDADO RECIBIDO EN RESIDENCIAS HACIA PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción generalizada de que las residencias sanitarias han brindado un cuidado respetuoso y personalizado a la población migrante. • Se rescatan acciones de sensibilización y capacitación en temáticas migratorias en algunas residencias sanitarias. • Se destaca la creación de protocolos para población migrante (flujograma de acción frente a la identificación de situaciones de violencia de género con pertinencia cultural), y la creación de un instrumento para la detección de casos vulnerables en migrantes, en residencias sanitarias específicas.
ASPECTOS DÉBILES POR MEJORAR DEL CUIDADO RECIBIDO EN RESIDENCIAS HACIA PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción que las residencias sanitarias están orientadas a un público adulto y con redes de apoyo, perfil que difiere de los y las usuarios migrantes, quienes ingresan en familias completas y no en muchos casos cuentan con redes de apoyo. • Falta de funcionarios/as para detectar y abordar de manera efectiva casos sociales complejos en población migrante. • Preocupación por parte de migrantes sobre acceso de las policías a sus datos personas en residencias sanitarias. • Discriminación hacia personas migrantes internacionales en algunas residencias sanitarias por parte del personal. • Rechazo de vecinos de las residencias por el ingreso de personas extranjeras. • Experiencias de violencia derivadas de la obligatoriedad de ingreso de personas migrantes a residencias sanitarias. • Casos de fuga de usuarios migrantes de las residencias. • Dificultad de acceso a PCR en las residencias sanitarias. • Inexperiencia del personal de salud de las residencias sanitarias. • Separación de grupos familiares en su ingreso a residencias sanitarias.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

Facilitadores para el acceso y la atención hacia migrantes internacionales en residencias sanitarias

En general, los migrantes entrevistados comparten la noción de que las experiencias de uso de las residencias sanitarias han sido positivas, destacando la buena organización, alimentación e información sobre COVID-19 recibida en estos recintos, así como el buen trato y seguimiento por parte del personal de salud:

“Ahí nos recibieron muy bien, todo fue excelente, en verdad no tengo quejas. Desde que entramos, atento, en el día y en la mañana pasaban las enfermeras para la atención, el pulso, el oxígeno. Nos daban tres veces al día la comida y una merienda. Nos atendieron con la ropa, con lo que necesitábamos de uso personal” (E3).

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

También se destaca de manera positiva la presencia de personal de salud extranjero, ya que los hace sentir más seguros y cómodos en la interacción humana y especialista para su cuidado:

“Lo bueno, por ejemplo, de los médicos que me atendieron una vez, fue una venezolana y me sentí cómoda, porque mi mamá me estaba haciendo videollamada y ella participó, escuchó, estaba preocupada allá en Venezuela, entonces pudo ver que estaba bien” (E29).

Para el caso específico de personas migrantes en situación irregular, agradecen el poder acceder sin contar con la documentación en regla, valorando la perspectiva ética de respeto a la dignidad humana de quien requiere de atención en residencia como parte de su cuidado en salud en ese momento:

“Para no tener RUT [Rol Único Tributario] de verdad qué agradecida estoy de que al llegar a un país que no conocemos, que no pertenecemos, nos reciben a pesar de todo, a pesar de la pandemia, y nos dan los cuidados. De verdad se necesita, por el virus que hay, nos tocó emigrar por esta pandemia que enfrentamos, porque es a nivel mundial” (E3).

Gran parte de migrantes entrevistados destacan que las residencias sanitarias son lugares con mejor infraestructura y servicios que sus propios hogares:

“De eso qué le voy a decir, son palacios, mire como es mi casa, la comida me pareció muy bien, entonces a esto eso es un palacio” (E24).

Desde los equipos de salud, autoridades locales y expertos nacionales, vinculados a residencias sanitarias, también se evalúa positivamente la atención que se ha brindado a población migrante en residencias. Destacan la solidaridad y humanidad del personal, características indispensables para asistir a personas en situaciones en situación de alta vulnerabilidad social:

“Me siento contenta en cómo nos entregamos como equipo, aun cuando faltan recursos, como funcionarios y como persona hemos trabajado para atenderlos lo mejor posible, siempre los pacientes se van muy contentos y agradecidos” (E14).

“En general y la percepción de la mayoría era un agradecimiento, porque obviamente entre lo que ellos esperaban de este país que era llegar y dormir en la calle” (E8).

Barreras para el acceso y la atención hacia migrantes internacionales en residencias sanitarias

Pese a los aspectos positivos antes mencionados, en términos generales, se reporta que los trámites de ingreso a las residencias sanitarias son más complicados y burocráticos para extranjeros que para nacionales:

“Uno como extranjero sabe que todos los trámites para el extranjero toman más tiempo que para el chileno, a mí me dan el carné como en dos meses y a ustedes se lo pueden dar como en una semana” (E29).

La barrera de acceso se relaciona con aspectos de regulación migratoria y administrativos. Migrantes entrevistados en territorios fronterizos del norte del país sostienen que cuando comenzó a operar la estrategia de residencias sanitarias en 2020, circulaba información que obstaculizó el ingreso de población migrante a estos recintos, por ejemplo, la supuesta deportación de quienes accedían a las residencias sin su documentación en regla:

“La persona que nosotros logramos contratar para sacarnos de esa zona de Colchane hasta Iquique, esa persona nos decía que las personas que ingresaran a la residencia iban a tener problema porque después que pasara la cuarentena en la residencia los iban a devolver a Bolivia” (E26).

Otra barrera importante se relaciona con la disponibilidad del servicio. Migrantes entrevistados mencionan casos en que fue imposible el traslado a una residencia sanitaria, por lo que debieron experimentar solos en sus hogares las consecuencias del COVID-19, sin cuidados ni alimentos para poder subsistir:

“El papá de mis hijas dio positivo y a él nunca lo fueron a buscar. Mi hija los llamaba, les decía que por favor lo fueran a buscar. Los dos no podían salir y estaban sin alimentos en su casa, y les decía que por favor, cómo iban ellos a alimentarse, cómo ella iba a alimentar a sus niños. Le decían que lo que pasa es que las residencias están muy colapsadas y no los podemos ir a buscar. Mi hija estaba muy desesperada” (E9).

En lo que concierne a barreras relacionadas con aspectos lingüísticos y culturales, el personal de salud entrevistado destaca barreras idiomáticas para la atención de migrantes:

“No había un protocolo distinto para una persona migrante, por ejemplo, si llegaban una persona haitiana que no hablase español, no había ningún protocolo de hablar en creole, por ejemplo” (E1).

Asimismo, se reporta la falta de incorporación del enfoque de interculturalidad en la estrategia y la falta de sensibilización en los equipos de salud en pautas culturales con relación a la cosmovisión y estilos de vida de personas extranjeras, incluyendo sentidos y significados culturales en la comprensión del COVID-19. Los entrevistados se refieren a la carencia de protocolos específicos para la población migrante en las residencias:

“Lo común que es para todos, el sistema de confidencialidad, el buen trato y el velar por el bien del paciente. Pero no algo específico con ellos, no se maneja una diferencia que nos suscriba que tenemos que hacer tal cosa diferente con un paciente extranjero. Solamente identificar nacionalidad y pueblo originario también podría ser, pero sería. Más allá de eso, no cambia ningún sistema protocolar determinado por la SEREMI [Secretarías Regionales Ministeriales de Salud]” (E4).

En la misma línea, se menciona la ausencia de facilitadores interculturales en las residencias sanitarias, en cuanto figuras clave para otorgar cuidado ético a la población extranjera:

“Por las barreras con las que más me encontré, siento que adaptar algún protocolo en creole o tener algún traductor en las residencias sanitarias sería esencial. Porque piensa que esas personas haitianas que no hablan español, chileno, no están yendo a las residencias sanitarias solamente porque saben que no los van a entender” (E4).

Aspectos positivos del cuidado recibido en residencias hacia personas migrantes internacionales

Los actores sociales entrevistados coinciden en que, en general, las residencias sanitarias han brindado un cuidado respetuoso y personalizado a la población migrante, considerando principalmente el que se les haya otorgado todos los cuidados de salud necesarios durante su estadía en las residencias:

“Yo diría que, en cierto modo, en vista, por experiencia propia, la residencia sanitaria resuelve bien el cuidado, resguarda el derecho a la salud, la ética de las personas que están ahí, muchas veces no son personas con COVID, son personas que están ahí por contacto directo y en general se cuida mucho su salud, se protege” (E13).

Algunos entrevistados rescatan diversas acciones de sensibilización y capacitaciones para encargados y personal de residencias sanitarias en temáticas migratorias realizadas en algunos recintos. También la creación de protocolos para población migrante en ciertas residencias sanitarias, como el desarrollo de un flujograma de acción frente a la identificación de situaciones de violencia de género con pertinencia cultural. Así también, se mencionan otros ejemplos de buenas prácticas como la creación de un instrumento para la detección de casos vulnerables en personas y familias migrantes, y niños, niñas y adolescentes migrantes que estuvieran en desprotección: todas estas acciones impulsadas por equipos con interés en la materia:

“Este instrumento nos permitía saber por ejemplo el país de origen, la ciudad, si hablaba el idioma, porque también nos preparamos en el caso que tuviéramos flujo haitiano, y que de hecho tuvimos algunos casos de niños haitianos que no hablaban el español, entonces, por lo tanto, teníamos que saber si es que por ejemplo se necesitaba un intérprete, también si es que venían en proceso de reunificación familiar, dónde estaban los familiares. Ojalá poder saber la dirección específica porque, en el caso que detectáramos una situación real de vulneración, poder hacerle seguimiento a ese caso porque esa fue otra dificultad que muchas veces se perdía como de vista el caso, los niños, por ejemplo, estaban 15 días en las residencias sanitarias y después se iban y ya después no sabíamos dónde están” (E33).

Aspectos débiles por mejorar del cuidado recibido en residencias hacia personas migrantes internacionales

Se plantean algunas carencias en el cuidado entregado en residencias hacia personas migrantes internacionales. La primera radica en el hecho de que las residencias sanitarias estén concebidas para un público adulto y con redes de apoyo, diferente al perfil de usuarios migrantes quienes, en general, ingresan en familias completas, y sin contar con redes:

“Creo que fueron pensadas para la salud de los chilenos, nunca pensaron que el ingreso clandestino iba a aumentar así, entonces yo creo que tratan de hacerlo, quizás no cumplen en un 100%, pero siento que el migrante igual es agradecido porque hay techo y comida por 14 días. No hay para cubrir necesidades como pañales, alimentación. Fue creado para un universo donde hay solo adultos y con redes y con una salud mental espectacular, entonces claro, en la realidad no ha sido así” (E17).

La identificación de “casos sociales” complejos en personas migrantes internacionales también es un desafío para los funcionarios de las residencias. En algunos recintos se tuvo que incluir a más trabajadores sociales para apoyar situaciones de migrantes que son dados de alta con riesgo de quedar en situación de calle:

“Lo más complicado eran los casos sociales, teníamos muchos, fueron tantos que tuvimos que contratar trabajadores sociales para ver qué estaba pasando, también sicólogas, teníamos varias situaciones como que el hijo las echó de la casa y no tenían dónde vivir porque estaban contagiadas, o llegaron a Chile, arrendaban una pieza y la pieza ya no podían pagarla y se quedaron en la calle. Varios del operativo de Bolivia eran mucho así, que habían ido a pernoctar en la embajada, muchos trabajaban en Mallarauco, en la fruta, recolectando, entonces ellos ya no tenían donde vivir, tuvimos varios casos así, de gente que no tenía dónde llegar después de la cuarentena entonces había que alargárselas, porque no puedes dejarlas en la calle” (E11).

Por otra parte, se reporta preocupación por parte de migrantes respecto al acceso que las policías tienen a sus datos cuando ingresan a las residencias sanitarias. Las autoridades sostienen que existe una regulación que protege a migrantes de esta situación, pero que no opera en todo el país, por lo que se observa pesquisas de casos irregulares en residencias sanitarias. Esta medida, de acuerdo con algunos entrevistados, viola el derecho de confidencialidad en salud:

“Si encuentras un migrante en situación de irregularidad, y está positivo, y no tiene dónde hacer su cuarentena, tú le dices entonces bueno váyase a una residencia, allá se le van a dar todos los cuidados, no se preocupe que esto es salud, no le va a pasar nada. Claro, a lo mejor en los 10 o 14 días que va a estar allí no le va a ocurrir nada, pero quién te garantiza después que cuando él salga no va a estar la PDI [Policía de Investigaciones] ahí esperándolo, ¿entiendes? Entonces este es un problema súper delicado, es un tema que está pasando ahora, y lo que hay en este momento es en un pronunciamiento a través de un ordinario, en rechazar la intervención de la PDI por los derechos y deberes del paciente” (E27).

Junto con lo anterior, se reportan situaciones de discriminación hacia personas migrantes internacionales en algunas residencias sanitarias por parte del personal. Asimismo, el rechazo por parte de vecinos de las residencias por el ingreso de personas extranjeras en estos recintos:

“Es importante mencionar la existencia de algunos problemas de trato, de todo tipo. Maltrato me refiero. Tanto a veces del personal de salud que rayaba en conductas un poco discriminatorias, pero también del personal del hotel, de los vecinos o de la comunidad aledaña que veían que ingresaban muchas personas que para ellos no les era grato o agradable” (E18).

También se relatan situaciones de violencia derivadas de la obligatoriedad de parte de autoridades para que grupos de migrantes fueran a las residencias a realizar sus cuarentenas:

“Hubo situaciones de maltrato de personas migrantes hacia el personal de salud, hacia el personal del hotel, a veces situaciones de agresión física donde había que llamar a la PDI y a carabineros. Creo que es imposible desentrañar qué cosas pasaban, pero uno puede hipotetizar situaciones de alto estrés, de estar encerrado por muchos días, el miedo de qué va a pasar con mis cosas, el no tener la situación clara sobre qué va a pasar con mi situación de salud, qué va a pasar conmigo, puede gatillar actos a veces impulsivos” (E6).

Así también, hubo algunos casos de fuga de usuarios migrantes derivados de distancias culturales:

“Mira lo que yo sé es que en general no ha habido grandes problemas ya, yo sé de uno o dos casos que se resistieron o que se fugaron ya, porque en general la gente, sobre todo la población colombiana, ellos son tan efusivos, les gusta la música fuerte, les gusta bailar, les gusta estar en grupo, entonces eso era como complicado” (E28).

En esta misma línea, algunas de las personas migrantes entrevistadas reportan casos de disconformidad en relación con el personal sanitario por dificultad de acceso a PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en las residencias, y que los tratamientos frente a evidentes síntomas de COVID-19 son tardíos o inexistentes en algunos casos:

“En la residencia donde estuvo mi marido y mi vecina, ese fue muy malo, él peleó para que le sacaran el PCR porque el niño tenía tos, le negaban el examen. Luego él se tuvo que poner grosero y después se lo hicieron y salió positivo, tenía razón porque tenía mucha tos” (E20).

Algunos también acusan inexperiencia del personal de salud a cargo de las residencias sanitarias:

“Yo no acuso ni señalo a nadie, nadie sabía cómo manejar esta enfermedad, pero yo lo que vi es que la gente que estaba en esa residencia sanitaria no sabía atender de salud, ¡no para los migrantes sino para todo mundo!” (E24).

Finalmente, se relatan experiencias de separación de grupos familiares en el ingreso a estos recintos, quedando algunas personas en situación de alta vulnerabilidad:

“Nos estaban dividiendo. Nos decían que como no le había hecho la prueba a mi última hija, ella vendría a ser solo contacto estrecho. Ella iría a una habitación con mi pareja y yo a otra. Yo le dije no, ella no es la hija de él. No, le dije, no voy a aceptarla. Le dije que no a la residencia sanitaria” (E9).

“Fíjese que yo salgo el viernes de aquí de este refugio y mi esposo sale el lunes y allí no sé dónde voy a quedarme estos tres días mientras él salga. Aparte no tengo dinero porque el dinero le quedó a él, estoy preocupada porque no sé qué voy a hacer cuando me toque salir” (E30).

Discusión

La ética del cuidado ha crecido en discusión y desarrollo en las últimas décadas ¹. El cuidar parte del interés de alguien por otro, pero no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional. El cuidado humano es una relación interpersonal de conocimientos y aprendizajes mutuos ³, no un mero cúmulo de “atenciones”. Y es una relación asimétrica donde la vulnerabilidad del otro es lo que debe marcar el ritmo. El tener que atender cada caso, obliga a la continua deliberación y elección de medios, según circunstancias y recursos, para lograr el fin último de que la persona vulnerable sea, esté y se sienta cuidada. Estar “al servicio de” consiste precisamente es que el otro se considere el centro y tratar de ir aumentando sus grados de autonomía. En esta relación, la responsabilidad y el respeto son fundamentales. El respeto reclama la mirada atenta (*repiciere*) y la atención (*achtung*) y es respeto a la dignidad y respeto al grado de autonomía de la persona. La responsabilidad es la llamada a hacerse cargo de mantener esa dignidad y aumentar o sostener el grado de autonomía ^{27,28}.

Desde este abordaje general de la ética del cuidado en salud pública y salud global, el presente estudio se propuso explorar en las experiencias de migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile, desde la perspectiva de usuarios migrantes, equipos de salud de las residencias, y autoridades y administradores de dichos recintos. Los resultados de este estudio dan cuenta de importantes dimensiones valoradas como positivas de la experiencia de cuidado de personas migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia, pero también expone una serie de debilidades que requieren de atención urgente en materia de ética del cuidado y de salud pública.

La importancia de indagar en las experiencias de subgrupos poblacionales en residencias sanitarias en tiempo de pandemia es de gran relevancia en la realidad global actual. La respuesta de las autoridades en Chile ante las dificultades para cumplir con las medidas de aislamiento de la población incluyó en la implementación de residencias sanitarias, orientada a los grupos más vulnerables desde el punto de vista social y que son a quienes les resulta más difícil cumplir con las medidas sanitarias dispuestas en la pandemia ²⁹. En este segmento se encuentran grupos de migrantes internacionales, especialmente aquellos que han ingresado al país durante la pandemia y por pasos no habilitados, además de quienes, aun habiendo ingresado antes del 2020, se encuentran en condiciones de pobreza, hacinamiento y precariedad laboral.

Poco se ha reflexionado sobre las experiencias de los migrantes internacionales alojados en estas instalaciones, de los profesionales de la salud que tratan a esta población y de los administradores de las instalaciones.

Existe también una escasa reflexión sobre esta temática desde una perspectiva de la ética del cuidado y sus fundamentos. Las condiciones éticas del cuidado en contextos de crisis y emergencias son una estrategia que se puede planificar, coordinar y articular con tiempo para su correcta ejecución y monitorización, así como también es una necesidad insoslayable de la experiencia de personas y familias en escenarios de salud extremos. De acuerdo con diversos autores, la crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de generar acciones con perspectivas de ética del cuidado ^{30,31}, entendiendo el especial interés que estas prestan ante la vulnerabilidad, dependencia, y fragilidad humana, sobre todo en relación con la responsabilidad que se tiene con los grupos en mayor desprotección ³¹.

Según un estudio realizado en Chile sobre salud y migración en pandemia en el país, más de la mitad de los participantes migrantes reportaron no sentirse preparados para enfrentar la pandemia, y el 25% evaluó la información disponible en ese momento como mala o muy mala ³². También se observó que entre las personas venezolanas que reportaron no poder realizar cuarentenas intervinieron factores como el contar con trabajo informal, no contar con previsión de salud, tener menores niveles de escolaridad y ser hombres ³³. En la misma línea, otro estudio ³⁴ demostró que la migración venezolana, en particular, ha visto diezmado su derecho a la salud y en consecuencia sus posibilidades de prevenir y tratar el COVID-19 debido a la primacía del enfoque “securista” con foco en el control de la migración irregular, sobre el de derechos humanos, en el abordaje de la crisis migratoria en curso en el país.

En este contexto, urge centrar la política sanitaria en la gestión y la atención a las personas de acuerdo con criterios de justicia social, desde una ética del cuidado en cuanto exigencia imprescindible para el Estado en contexto de pandemia. Para el caso de la población migrante internacional es imprescindible que el cuidado proporcionado, además de la exigencia que se enmarque en un enfoque de derechos, incorpore el cuidado compasivo y respetuoso a cada persona y la perspectiva de la interculturalidad en su quehacer, es decir, asegurando el derecho a servicios de salud culturalmente pertinentes, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. En este contexto, la estrategia de residencias sanitarias, si bien constituye un aporte a la población general y a los migrantes en particular, requiere de la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud para asegurar un cuidado ético a poblaciones vulnerables como migrantes internacionales en Chile.

Este estudio, inédito en Chile, entrega información relevante para la construcción de políticas públicas para migrantes internacionales en contextos de crisis sanitarias, que incorporen los aspectos éticos del cuidado de esta población desde un enfoque de interculturalidad, en el marco de derechos humanos que aseguren el derecho de acceso a salud en sistemas de salud que sean culturalmente pertinentes. El estudio presenta limitaciones debido a su carácter descriptivo, con una muestra reducida y focalizado en el caso de tres regiones del norte de Chile. También las condiciones de reclutamiento y ejecución de las entrevistas estuvieron determinadas por la imposibilidad de contacto presencial y de desplazamiento del equipo investigador. Futuros estudios podrían profundizar en aspectos que aparecen como resultados emergentes, tales como temas regulatorios en residencias sanitarias, intervenciones interculturales para poblaciones específicas, relaciones de género en las labores de cuidado y apoyo familiar y recursos que los mismos migrantes activaron para enfrentar desafíos de estar en residencia.

Conclusiones

La estrategia de residencias sanitarias implementada en Chile busca permitir que poblaciones vulnerables se aíslen de manera segura frente al COVID-19. Para el caso de migrantes internacionales, en especial aquellos en vulnerabilidad social y con estatus migratorio irregular, la experiencia en residencias sanitarias ha significado un apoyo sanitario significativo. No obstante, hay una serie de elementos por considerar desde una perspectiva de ética del cuidado en el contexto de sociedades globales y diversas, para que esta estrategia sea pertinente para subgrupos, incluyendo la población migrante internacional. En este sentido, a la luz de los hallazgos de este estudio se recomienda poner especial atención en el resguardo de los principios de la ética del cuidado hacia migrantes internacionales en las residencias sanitarias. Se reconoce, por ejemplo, la importancia de incorporar en todo el quehacer de estas instituciones enfoques de derechos humanos, género, equidad, participación, determinantes sociales, interculturalidad, vulnerabilidad y dignidad de cada persona, para un “buen” cuidado en salud de migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile. En definitiva, se pone de relieve la importancia de establecer encuentros humanos respetuosos de la diversidad y la divergencia, basados en un trato horizontal y con énfasis en el cuidado amoroso y racional de aquel que es vulnerable por razones propias del ciclo de la vida o por razones de exclusión y marginalización social.

Colaboradores

B. Cabieses, A. Obach y A. Blukacz contribuyeron en la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y revisión crítica relevante del contenido intelectual. A. Carreño y D. Larenas contribuyeron en el análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y revisión crítica relevante del contenido intelectual. E. Mompoint y J. P. Beca contribuyeron en la redacción del artículo y revisión crítica relevante del contenido intelectual. Todos los autores aprobaron la versión final.

Informaciones adicionales

ORCID: Báltica Cabieses (0000-0003-0756-1954); Alexandra Obach (0000-0002-7412-4159); Alice Blukacz (0000-0001-6999-2421); Alejandra Carreño (0000-0002-0605-2632); Daniel Larenas (0000-0001-8142-0426); Emmanuel Mompoint (0000-0003-0654-1257); Juan Pablo Beca (0000-0002-6657-3544).

Agradecimientos

Los autores agradecen al señor Daniel Molina (División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile) y a diversas organizaciones promigrantes del país, por el apoyo en la ejecución del estudio.

Referencias

- García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioeth* 2015; 21:311-7.
- Caicedo MCS. Ética del cuidado. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca* 2006; 8:45-51.
- Román B. Ética de la decisión para las prácticas del cuidado. In: Boladeras M, editor. *Bioética: la toma de decisiones*. Cánoves i Samalús: Proteus Editorial; 2011. p. 299-324.
- Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/6b0331eb-a87d-4fa3-acc7-be341a1e709c> (accedido el 12/Sep/2022).
- Castell RMA, Ainaud NC. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* 2005; 1:10.
- Calvo-Gil MJ, Ayala-Valenzuela R, Holmqvist-Curimil M, Molina-Díaz C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta Bioeth* 2011; 17:133-41.
- International Organization for Migration. *World Migration Report 2022*. Chapter 2 – migration and migrants: a global overview. <https://publications.iom.int/es/node/3171> (accedido el 25/Ene/2022).
- Cerrutti M, Parrado E. Intra-regional migration in South America: trends and a research agenda. *Annu Rev Sociol* 2015; 41:399-421.
- Departamento de Extranjería y Migración. *Estadísticas migratorias*. <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/> (accedido el 21/Abr/2020).
- World Health Organization. *Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices*. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395:1237-9.
- Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K. Covid-19 in refugee shelters: the German public health service needs strengthening now. *Gesundheitswesen* 2020; 82:392-6.
- Redditt V, Wright V, Rashid M, Male R, Bogoch I. Outbreak of SARS-CoV-2 infection at a large refugee shelter in Toronto: a clinical and epidemiologic descriptive analysis. *CMAJ Open* 2020; 8:E819-24.
- Bojorquez I, Cabieses B, Arósquiza C, Arroyo J, Novella AC, Knipper M, et al. Migration and health in Latin America during the COVID-19 pandemic and beyond. *Lancet* 2021; 397:1243-5.
- Ministerio de Salud. Informe epidemiológico. Caracterización de casos por Covid-19 en población migrante internacional: Chile (Semana Epidemiológica (SE) 10, año 2020, hasta la SE 3, año 2022). http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/MG_COVID_SE3_2022.pdf (accedido el 25/Ene/2021).

16. Servicio Jesuita a Migrantes. Migración en Chile. Anuario 2020. Medidas migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia. <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones> (accedido el 25/Ene/2021).
17. Ministerio de Salud. Orientación técnica de las residencias sanitarias plan COVID19. <https://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl/dspace/handle/123456789/664> (accedido el 13/Jun/2022).
18. Blukacz A, Cabieses B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. *Lancet* 2020; 396:1070.
19. Guo C, Sim T, Ho HC. Evaluation of risk perception, knowledge, and preparedness of extreme storm events for the improvement of coastal resilience among migrants: a lesson from Hong Kong. *Popul Space Place* 2020; 26:e2318.
20. Alvarado García A. La ética del cuidado. *Aquichan* 2004; 4:30-9.
21. Leider JP, DeBruin D, Reynolds N, Koch A, Seaberg J. Ethical guidance for disaster response, specifically around crisis standards of care: a systematic review. *Am J Public Health* 2017; 107:e1-e9.
22. Creswell J. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
23. Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón-Pérez AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
24. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2002.
25. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Carreño A, Larenas D, Mompoin E. Migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia COVID-19: hacia una respuesta ética en emergencias sanitarias. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3848> (accedido el 25/Ene/2021).
26. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Carreño A, Larenas D, Rada I, et al. Alternativas de estrategias para una respuesta ética dirigida a personas migrantes internacionales en residencias sanitarias durante emergencias sanitarias. Policy brief. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3851> (accedido el 22/May/2021).
27. Jonas H. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder Editorial; 2014.
28. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos; 2005.
29. Ciapponi A. Cuarentena sola o combinada con otras medidas de salud pública para controlar COVID-19: revisión rápida. *Evid Actual Práct Ambul* 2020; 23:e002054.
30. Moré P. Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida. *Revista Española de Sociología* 2020; 29:737-45.
31. Francesch JLP. Elementos para un nuevo paradigma político tras la crisis del Covid-19. La ética del cuidado a debate. *Forum of Animal Law Studies* 2020; 11:79-85.
32. 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:e8103.
33. Vergara PIR, Ramírez TS, Cabieses B. Factores asociados a no realizar cuarentena por COVID-19 en población venezolana residente en Chile. *Med Clín Soc* 2021; 5:123-30.
34. Stefoni C, Cabieses B, Blukacz A. Migraciones y COVID-19: cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. *Simbiótica* 2021; 8:38-66.

Abstract

International migrants have been recognized as a population at risk in the context of the COVID-19 pandemic. Worldwide, various strategies have been deployed for the protection of this population, such as the establishment of reception and quarantine or isolation centers. This article reports the results of a study that explored the experiences of international migrants in nursing homes in Chile created to ensure a safe quarantine during the COVID-19 pandemic, from an approach of ethical conditions for care. A qualitative study was carried out in 2020-2021. Thirty individual semi-structured online interviews were conducted in the cities of Arica, Iquique, Antofagasta and Santiago with international migrants with experience of using nursing homes; health teams of nursing homes; managers of nursing homes; local authorities; and national experts. Thematic analysis of the information was carried out. The study concludes that for international migrants, although the experience in nursing homes has meant significant health support, it is essential that the care provided, in addition to the requirement that it be framed in an approach of rights and respect for the dignity of each person, incorporate the perspective of interculturality in its work, that is, ensuring the right to culturally relevant health services, respectful of the culture of individuals, minorities, peoples and communities.

COVID-19; International Migration;
Quarantine; Clinical Ethics

Resumo

Migrantes internacionais foram reconhecidos como uma população de risco no contexto da pandemia de COVID-19. Em todo o mundo, várias estratégias têm sido implantadas para a proteção dessa população, como o estabelecimento de centros de acolhimento e quarentena ou isolamento. Este artigo relata os resultados de um estudo que explorou as experiências de migrantes internacionais em residências de saúde organizadas no Chile para quarentena segura no âmbito da pandemia de COVID-19, a partir de uma abordagem de condições éticas para o atendimento. Foi realizado um estudo qualitativo entre os anos de 2020-2021. Foram realizadas 30 entrevistas individuais semiestruturadas online nas cidades de Arica, Iquique, Antofagasta e Santiago com migrantes internacionais com experiência de uso de residências de saúde; equipes de saúde das residências de saúde; gestores dos referidos locais; autoridades locais; e especialistas nacionais. Foi realizada análise temática das informações. O estudo conclui que para os migrantes internacionais, embora a experiência em residências de saúde tenha significado significativo apoio à saúde, é imprescindível que os cuidados prestados, além da exigência de que sejam enquadrados em uma abordagem de direitos e respeito à dignidade de cada pessoa, incorporar a perspectiva da interculturalidade em seu trabalho, ou seja, garantir o direito a serviços de saúde culturalmente relevantes, que respeitem a cultura dos indivíduos, minorias, povos e comunidades.

COVID-19; Migração Internacional;
Quarentena; Ética Clínica

Recibido el 21/Feb/2022
Versión final presentada el 01/Jul/2022
Aprobado el 01/Sep/2022