

INFORME CASEN Y MIGRACIÓN:

AVANCES Y BRECHAS EN EL ACCESO A SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE RESIDENTE EN CHILE



Área de Incidencia Pública y Estudios, Servicio Jesuita a Migrantes

Fundación Servicio Jesuita a Migrantes (SJM)

Lord Cochrane 104, Santiago, Chile.

Directora Nacional SJM: Waleska Ureta

Director Área de Incidencia Pública y Estudios: Carlos Figueroa

Colegio Médico (COLMED Chile)

Esmeralda 678, Santiago, Chile

Presidente Mesa Directiva Nacional (COLMED Chile): Dr. Patricio Meza Rodríguez

Presidenta Consejo Regional (COLMED Santiago): Dra. Francisca Crispi Galleguillos

Coordinador comisión Salud y Migrantes (COLMED Chile): Dr. Matias libuy Ríos

Secretario Técnico departamento Salud Pública (COLMED Santiago): Dr. Fernando Araos Dattoli

Programa de Estudios Sociales en Salud Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM),

Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (UDD)

Avenida Plaza 680, Las Condes, Santiago

Profesora titular e Investigadora UDD: Báltica Cabieses, PhD

Investigadores principales estudio:

Pablo Roessler Vergara; Sebastián Cortínez (SJM)

Revisión:

Carlos Figueroa, Waleska Ureta, Valentina Latorre, Paulina Hidalgo (SJM), Báltica Cabieses (PhD epidemióloga social, University of York, profesora titular Universidad del Desarrollo; senior visiting scholar University of York, co-lider Lancet Migration Latinoamérica, coordinadora nacional RECHISAM), Daisy Margarit (Dra. en Sociología Universidad de Barcelona. Académica asociada e investigadora Instituto de Estudios Avanzados IDEA Universidad de Santiago de Chile . Investigadora Núcleo Milenio Movilidades y Territorios MOVYT), Fernando Araos (Máster en Salud Pública, Secretario Técnico departamento Salud Pública COLMED Santiago), Matías Libuy (MSc Health and Society: Social Epidemiology, University College de Londres (UCL).

Agradecimientos:

Trinidad del Río, Alejandra Solar, Isis Carrera, Macarena Medel, Javiera Cerda, Ana Morales, Makarena Salvatierra, Susana Nuñez, Daniella Brondi (SJM)

Diseño realizado por:

Martín Bassaletti

Para citar en formato APA:

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM, Colegio Médico y ICIM (2022). Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile (Informe N°3). Santiago, Chile.

Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>

ÍNDICE

1.- Resumen ejecutivo	3
2.- Antecedentes	5
3.- Metodología	9
4.- Resultados	10
4.1.- Adscripción a sistema previsional de salud	10
4.2.- Acceso a consultas o atención médica debido a enfermedades	18
5.- Conclusiones y Reflexiones finales	25
8.- Referencias bibliográficas	28
6.- Anexos	32
6.1.- Anexo 1: Notas técnicas sobre la utilización de Casen para análisis de población migrante	32
6.2.- Anexo 2: Forma de categorizar variables	33

1.- RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del presente estudio es el de **caracterizar el acceso al sistema de salud chileno de la población migrante, identificando posibles brechas en relación a la comunidad local**. En este caso, el análisis se centra en la inserción al sistema previsional de salud y el acceso a consultas o atenciones médicas en caso de presentar enfermedades o accidentes. Guiándonos por un **Enfoque de Cobertura Universal de Salud**, se apunta a conocer bajo qué condiciones el acceso a salud es similar entre chilenos y migrantes, y en cuáles hay brechas. Importante aclarar que se entenderá como migrante internacional, a toda persona nacida fuera de Chile como se expondrá más detallado en la sección de metodología.

Adscripción a sistema previsional de salud

Para 2020, se asemeja en mayor medida que en mediciones anteriores (2015 y 2017) la distribución del tipo de previsión de salud que poseen los/as migrantes en relación a los/as chilenos/as. De este modo, un 75% de los/as extranjeros/as posee Fonasa (modelo público) y un 12% Isapre (modelo privado), lo que es un 78% y 16% respectivamente en los/as locales. El punto crítico sigue siendo -aunque en menor grado que en mediciones anteriores-, el mayor porcentaje de migrantes que de locales sin acceso a ningún sistema previsional. Así, un 4% de los/as chilenos/as no posee previsión de salud, cifra que asciende a 11% en la población extranjera.

Este menor porcentaje de adscripción previsional en personas migrantes que en chilenas, se da independiente del sexo, tramo de edad y región de residencia. Resaltan mayores porcentajes de personas migrantes sin previsión en el tramo de menores de 18 años (14% vs. 4% en los chilenos), el de 18 a 29 años (14% vs. un 5% en locales) y el de mayores de 60 años, donde un 15% no tiene sistema previsional, en relación a un 3% de los chilenos. Además, son más elevados los índices de no adscripción en el norte grande, donde un 16% de las personas migrantes señala no tener sistema previsional, lo que corresponde a un 4% en las personas chilenas que ahí habitan.

Por otro lado, según características socioeconómicas, también es mayor el porcentaje de migrantes que de locales sin sistema previsional, independiente del decil de ingresos y del nivel educativo. En esta línea destaca que, en todos los deciles de ingreso, la adscripción es menor en migrantes que personas chilenas y con diferencias estadísticamente significativas. **Las distancias más pronunciadas se dan en los 4 deciles de menores ingresos, donde el porcentaje de personas migrantes no adscritas fluctúa entre 14% y 18%, mientras que el de las chilenas entre 5% y 7%**. Las brechas entre nacionales y migrantes continúan, pero disminuyen en los deciles de mayores ingresos.

En cuanto a características migratorias, en las personas extranjeras con más años de residencia en Chile el modo de insertarse en el sistema previsional se asimila más al de la población local: mientras un 14% de los/as migrantes con 5 o menos años de residencia no posee sistema previsional, esto baja a un 7% en migrantes con más de ese tiempo, más parecido al 4% de la población nacida en Chile. Resalta que el porcentaje de no acceso a previsión en quienes llevan 5 años o menos, es más bajo que en años anteriores, explicado por el menor ingreso de extranjeros a Chile desde 2019.

Finalmente, el rol de las **redes institucionales** se vuelve fundamental: si mientras en 2020 un 10% de los migrantes que recibieron subsidios no estaban adscritos en ningún sistema previsional, la cifra sube hasta el 20% entre los extranjeros que no accedieron a subsidios, entendiendo el acceso a éstos como un modo de apoyo institucional desde el gobierno central y gobiernos locales.

Acceso a consultas o atenciones médicas

Primeramente, se observa una menor presencia de personas que reportaron tener **enfermedades o accidentes** en migrantes (12%) que en chilenos (16%), cifra que se da independiente del sexo y decil de ingresos, no así del tramo etario. Ahora bien, para entender los **índices de acceso a consultas o atenciones médicas** en quienes padecieron dichos problemas de salud, en el presente estudio se realiza una diferenciación -guiándonos por el indicador de acceso a salud para medir pobreza multidimensional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], 2021a)- entre el **no acceso bruto o total** (porcentaje total de personas que, teniendo problemas de salud no accedió a consultas o atenciones médicas) y el **no acceso efectivo** (porcentaje de personas que, teniendo problemas de salud, no accedieron a consultas o atenciones médicas debido a barreras ajenas a su voluntad que se explican en Anexo 2, Tabla A2.2).

En primera instancia, se observa un menor acceso bruto entre 2015 y 2020 en migrantes que chilenos/as, aunque dichas diferencias se acortan: si 2015 un 11,8% de las personas extranjeras que presentaron problemas de salud no accedieron a consultas, ello bajó a un 8,6% en 2020; mientras que en el caso de las personas chilenas el no acceso bruto se mantuvo más estable, entre 6,1% y 7,5% entre los señalados años. Por su parte, los índices de no acceso efectivo son similares entre chilenos y migrantes a lo largo de los años, aunque para ambos aumentó dicha cifra a 4% y 5% respectivamente, asociado con las barreras de la pandemia. De igual modo, en 2020 ambos indicadores de no acceso (bruto y efectivo), varían según características territoriales, socioeconómicas y según ciertos rasgos de los diferentes flujos migratorios.

Tanto las tasas de no acceso bruto como efectivo son más críticas en migrantes residentes en el norte grande: un 14% de estos no accedió en 2020 a atención médica a pesar de problemas de salud, y un 9% no accedió debido a barreras.

Otros grupos críticos fueron los/as chilenos/as y los inmigrantes con empleo informal y sin previsión de salud. De este modo, mientras la cancha se empareja entre chilenos y migrantes con empleos formales (5% de no acceso bruto y 3% de no acceso efectivo en ambos), estos índices se elevan en las personas con empleos informales, tanto en chilenos/as (10% de no acceso bruto y 5% de no acceso efectivo), como -de manera intensificada- en migrantes (19% de no acceso bruto y 8% de no acceso efectivo). Son también similares las condiciones entre chilenos y migrantes adscritos al sistema previsional: ambos grupos al tener protección de salud, poseen igual tasa de no acceso bruto (7%) y efectivo (4%). Pero la cancha se vuelve dispareja en quienes no poseen previsión, donde en los chilenos la tasa de no acceso bruto es de 14% y de no acceso efectivo un 7%, mientras que estas cifras se elevan a 20% y 13% en personas migrantes.

Finalmente, los extranjeros con más de 5 años de residencia poseen indicadores más similares a los chilenos, donde en ambos grupos un 7% no accedió a atención médica a nivel bruto, y un 4% no accedió debido a barreras (efectivo). Estos índices se elevan a 10% y 5% respectivamente en migrantes con 5 años o menos en Chile. Además, tanto el no acceso bruto como total son críticos en migrantes nacidos en países andinos del norte (Ecuador y Colombia).

Se finaliza reflexionando sobre **cómo las situaciones de mayor vulnerabilidad si bien inciden tanto en el acceso a salud de migrantes como de chilenos, afectan de manera más intensa a los extranjeros**. Una migración segura, ordenada y regular efectiva puede ayudar a disminuir estas brechas.

2.- ANTECEDENTES

El acceso universal a la salud es un derecho humano básico (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Sin embargo, en Chile existen brechas condicionadas por distintos factores sociales que marginan a distintos grupos sociales, dentro de éstos, se ha problematizado el bajo uso del sistema de salud en las personas migrantes (Benítez y Velasco, 2019).

Para comprender mejor el fenómeno de las brechas en el acceso a salud en población migrante, se debe partir por los distintos enfoques teóricos. Arrivillaga y Borrero (2016) agrupan las lógicas que han tratado el acceso en salud en cinco categorías, bajo las lógicas de: a) mínimos decentes, b) mercado, c) factores y multicausalidad, d) necesidades, y e) justicia social y derecho a salud. A las lógicas de mínimos decentes y de mercado se les ha criticado por dejar relegados sectores vulnerables de la sociedad, lo que incrementa las brechas en salud. Por su parte, la lógica de multicausalidad trata el problema de las brechas de acceso de manera más compleja, en donde diferentes factores se asocian a las desigualdades de acceso. El modelo clásico bajo esta perspectiva es el de Andersen y colegas (Aday y Andersen, 1974; Andersen et al. 1994; Andersen y Newman, 1973), en donde se organiza el acceso a salud en niveles, desde el nivel individual hasta el nivel político. Se plantea que, además de los factores individuales o familiares, se deben considerar la política nacional de salud, la cultura, las instituciones, entre otros, como condicionantes en el acceso a salud. En este sentido, existen factores externos o involuntarios.

El modelo de Tanahashi de fines de los setenta (Tanahashi, 1978) entiende el acceso como una cobertura efectiva, que comprende las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva (Arrivillaga y Borrero, 2016). Este modelo permite identificar grupos específicos con necesidades insatisfechas, como también las barreras y facilitadores en el acceso a salud (Frenz y Vega, 2010). Permite identificar problemas de trato, discriminación y barreras institucionales hacia el grupo afectado. Sin embargo, desconoce los determinantes sociales y condiciones de vida.

El enfoque por necesidades es clave para identificar los requerimientos específicos por grupos, como por grupo socioeconómico, zona de residencia (región) o nacionalidad (país de origen o extranjero/local). Por su parte, **el enfoque de justicia social y derecho a la salud** plantea que la “equidad y los derechos humanos constituyen el marco para que las instituciones de salud lidien con la pobreza y la salud de sus poblaciones” (Arrivillaga y Borrero, 2016, p.10). En este sentido, es el más adecuado para subsanar las brechas entre migrantes y locales, ya que propone una visión ética que busca asegurar las condiciones para que todos los individuos tengan un acceso digno a la salud.

Siguiendo en la lógica de justicia social y derecho a la salud, el presente estudio utiliza el **Enfoque de Cobertura Universal de Salud** como marco de análisis, el que es promovido por las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este punto de vista propone el “(...) acceso de todas las personas al Servicio de Salud que necesiten, asegurando una calidad suficiente para ser efectivas y al mismo tiempo que el uso de tales servicios no les exponga a dificultades financieras.” (Comisión Andina de Salud y

Economía [CASE] y Departamento de Economía de la Salud [DESAL], 2014, p.15). Es importante recalcar, en dicho sentido, que **las y los migrantes comparten brechas de acceso con otras poblaciones históricamente vulneradas.**

En esta línea, a partir de los 2000´ han existido avances en Chile en materia de garantías de acceso a la salud de la comunidad migrante. Entre 2003 y 2018 “(...) se avanzó en regulaciones progresivas que aseguren el derecho a la salud de las personas migrantes, independiente de su condición migratoria” (Covarrubias y Toro, 2021, p.10). Algunos de los avances más importantes fueron la Circular 1.179 (2003), Oficio ordinario 3229 (2008), Ley de Derechos y Deberes en la atención en salud (2012) y el Decreto Supremo N°67 (2015), los cuales aseguran el acceso a salud y urgencias, con trato digno, independiente de la condición migrante, dando énfasis en los grupos más vulnerables. Así, en el Decreto N° 67 se incorpora a migrantes en situación irregular como beneficiarios de Fonasa A y se promueve la capacitación y sensibilización a funcionarios de salud en el fenómeno migrante y Derechos Humanos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2019).

Hoy en día las personas migrantes regulares pueden acceder a prestaciones de salud, independiente de diversas características. Para personas irregulares, aquellos carentes de recursos económicos (Decreto N° 67), mujeres embarazadas y niños, niñas y adolescentes (NNA) podrán acceder a las prestaciones de salud pública en igualdad de condiciones que los chilenos (MINSAL, 2019). Por su parte, los refugiados pueden acceder a todas las prestaciones de salud. **Ahora bien, a pesar de estos avances institucionales, las brechas persisten.** Esto sucede en Chile por diferentes razones evidenciadas por la literatura:

a) Acceso a previsión de salud: Las personas migrantes que llevan un menor tiempo de residencia, cuentan en menor medida con sistema previsional de salud, lo que consecuentemente afecta el acceso a servicios de salud por falta de protección y los costos asociados (Benítez y Velasco, 2019; Cabieses et al., 2017; Obach et al., 2020). Si bien con el pasar de los años de residencia tienden a aumentar las personas con previsión y acceso a salud, la baja utilización en un inicio puede tener consecuencias en el bienestar, capacidad de trabajar, autosuficiencia y calidad de vida (Benitez y Velasco, 2019). Desde la experiencia del SJM en Arica se han visto situaciones en que Fonasa (sistema previsional público de salud en Chile) ha rechazado la adscripción de personas irregulares -por medio de un número de identificación provisorio (NIP)- y que no tienen cómo acreditar residencia -algo sensible en las personas desplazadas que han llegado en 2021, como también a personas en situación irregular, que buscan extender el NIP luego de tenerlo por un año.

b) Situación migratoria: A pesar de que las personas extranjeras en situación irregular, y que sean carentes de recursos, pueden acceder gratuitamente a prestaciones de la red pública de salud, -siendo cubiertos por Fonasa A-, y que toda persona puede acceder a urgencia médica que signifique riesgo a su vida, independiente de su situación migratoria (MINSAL, 2019), se ha identificado como factor el temor de acceder a servicios de salud, al estar en un situación administrativa irregular (Obach et al., 2020) o la desinformación respecto al proceso de acceso.

c) Asimetrías de información: Muy relacionado con lo anterior, otro punto crítico es la **información** que manejan tanto personas migrantes como funcionarios respecto a la normativa de accesos a la salud de personas extranjeras (Benítez y Velasco, 2019; Obach et al., 2020; Covarrubias y Toro, 2021). En el caso de las y los migrantes, es mayor la brecha entre aquellos que llevan menos tiempo en el país (Obach et al., 2020; Cabieses y Blukacz, 2020) y en inmigrantes no hispanohablantes (Covarrubias y Toro, 2021). Por otra parte, se han estudiado carencia de pautas para aplicar el mencionado Decreto N°67. Ello deja en manos de los funcionarios constatar la vulnerabilidad de las personas extranjeras, lo que se presta a arbitrariedades e interpretaciones. Esta barrera de acceso “se ha robustecido en la pandemia precisamente por lo poco efectivas que han sido las campañas informativas de salud” (Soto, 2021, s.p.)

d) Enfoque cultural de atención en salud: Al momento de acceder surgen problemas percibidos por personas migrantes en cuanto al **enfoque de atención**, reportándose mermas en el trato recibido en centros de salud, donde han existido casos de discriminación, lo que desemboca en un desincentivo del uso del sistema de salud por parte de los migrantes (Cabieses, 2019; Covarrubias y Toro, 2021). Esencial en ello es entender la cultura de salud de quienes llegan (pertinencia cultural de las intervenciones), como también darles la oportunidad de conocer el sistema de salud chileno (Calderón y Saffirio, 2017). Las definiciones del concepto “enfermedad” pueden variar en diferentes entornos sociales y culturales (Ramirez-Santana et al., 2019), y en dicha línea bastantes estudios e intervenciones han enfatizado la importancia de promover un enfoque de salud intercultural (Cabieses et al, 2021)

e) Tensión entre migración como determinante de la salud y teoría del migrante sano: Otro aspecto aún poco trabajado en Chile es el enfoque de la migración como determinante social de la salud, que expone cómo las **condiciones en las que han vivido y viven las personas migrantes** afectan su salud. Así, el tipo de sistema de salud en el país de origen (posibilidades de acceso y calidad de éste) y las experiencias de violencia y privaciones vividas ahí, junto con el hecho posterior de migrar (tránsito) y arribar a un nuevo entorno social y cultural, con condiciones de habitabilidad no siempre óptimas, afectan el bienestar físico y mental (Araya, 2018; Cabieses, 2019). Ello disputa con la teoría del migrante sano, la que plantea que los inmigrantes presentan mejores niveles de salud que la población local puesto que migran aquellos en condiciones de hacerlo, en su mayoría adultos jóvenes (Urzúa y Cabieses, 2018; Fuentes y Hernando, 2019). Relacionado con ello se han evidenciado en Chile mejores niveles en los autoreportes de salud de la población migrante frente a la chilena. Sin embargo, el efecto desaparece al controlar por situación socioeconómica (Cabieses et al., 2017).

Finalmente, para contextualizar, es importante señalar **cómo ha enfrentado la población migrante los riesgos de la pandemia**, donde se ha diagnosticado que los grupos más vulnerables son los que se han visto más expuestos a los riesgos que éstos traen, debido a dificultades para llevar a cabo medidas de prevención (Cao et al., 2020), como son la realización de cuarentena (Roessler et al., 2021) y el acceso a vacunación, donde -a pesar de tener asegurada esta última medida independiente del estatus migratorio-, por brechas de información, temor, como también de falta de orientación desde funcionarios a cargo¹ han quedado fuera del proceso de inoculación (Soto, 2021). En contexto de pandemia, las principales dificultades para acceder al sistema de salud se han relacionado con desconocimiento del mismo, como a situaciones de malos tratos (SSMOCC y Proessa, 2021).

Otro antecedentes, lo encontramos en que, según información del Registro Nacional de Inmunizaciones, trabajada desde SJM (luego de solicitarla por Ley de Transparencia), para junio 2021, **788.036** extranjeros habían recibido al menos una dosis, constituyendo el **7%** del total de vacunados con al menos una dosis.² Por su parte la representación baja en el esquema completo para junio 2021, con la participación de **436.363** migrantes, que representaron solamente el **5,1%** del total de vacunados con el esquema completo de ese entonces.³ Ello es crítico pensando en que la población extranjera residente representa cerca del **8%** de los habitantes en Chile, lo que habla también de una subrepresentación de migrantes en el acceso al proceso de vacunación. Ello puede darse por brechas de información tanto en población migrantes como funcionarios claves, conjugado por algunas comunicaciones erradas desde las autoridades en cuanto a quienes podían o no acceder al proceso de vacunación (Cooperativa, 2021).

¹ Quienes en ocasiones solicitan de documentos no obligatorios (como por ejemplo la autodenuncia en caso de quienes ingresan por pasos irregulares).

² Recibieron primera dosis de Pfizer, Sinovac, AstraZeneca, o la dosis única de CanSino.

³ Recibieron segunda dosis de Pfizer, Sinovac, AstraZeneca, o la dosis única de CanSino

3.- METODOLOGÍA

El presente estudio contó con dos fuentes diferentes: análisis estadístico desde las bases de datos de la Encuesta Casen 2015, 2017 y 2020, y grupos de conversación con parte del equipo del SJM que acompaña día a día a personas migrantes y que ha trabajado más temas de acceso a salud.

La revisión de la Encuesta Casen constituyó un análisis secundario de dicha encuesta, la que se realiza cada dos años con el objetivo de caracterizar periódicamente la situación socioeconómica de los hogares y la población que reside en viviendas particulares a lo largo de Chile. Así, desde dicho dispositivo (cuyo foco primario no es la migración, como se ve en Anexo 1) se realizó un análisis estadístico, utilizando el factor de expansión regional con base al Censo 2017 para todos los años. Dicho análisis fue llevado a cabo en el software SPSS, y es importante señalar que al momento de realizar los análisis estadísticos inferenciales, como test de hipótesis, el factor de expansión se desactivaba. Los riesgos de sesgo y las limitaciones de estudiar fenómenos migratorios desde Casen se pueden conocer en el Anexo 1.

En cuanto a las variables utilizadas, recalcar que se buscó analizar diferentes indicadores de la dimensión de salud, disponibles en la versión 2020. Algunos indicadores no se pudieron ocupar, como es el caso de malnutrición, ya que desde el mismo Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF, 2021a, p.23) se señaló que tuvo mermas en la medición para 2020, debido a la disponibilidad de informaciones sobre estado nutricional a la que acceden cuidadores en contexto de pandemia.

Se analizó así, en primer lugar, la **adscripción a sistema de salud**, indicador que no tuvo mayores cambios para 2020. Aún cuando la pregunta tuvo modificaciones para facilitar su enunciación de manera telefónica, estas fueron “menores y no se considera que afecten la comparabilidad con años anteriores” (MDSF, 2021a, p.25). Así, dicha variable pudo compararse con mediciones anteriores. Para conocer la manera en que se trabajó esta variable ver Anexo N°2 (Tabla A2.1). Dentro de los tipos de previsión en Chile, se encuentran aquellos adscritos a Fonasa (Fondo Nacional de Salud, modelo público), quienes se encuentran en Isapre (Instituciones de Salud Previsional, modelo privado), y aquellos que se encuentran en otro modelo, como, por ejemplo, quienes pertenecen a las Fuerzas Armadas y del Orden. También existen personas que no poseen sistema previsional, lo cual, como observaremos, constituye una situación de vulnerabilidad, y es relevante conocer la prevalencia de dicha condición tanto en migrantes como chilenos/as en pos de asegurar un acceso a salud para todas y todos.

En cuanto al indicador de **“Atención en Salud”**, nos centramos solamente en el **acceso a consultas y atención médica**, mas no en el acceso a tratamientos. Ello debido a que el acceso a consultas es primera puerta tanto para chilenos/as como para migrantes en su acceso al sistema de salud. De igual modo, será interesante para futuros estudios el acceso a tratamientos, y si estos han sido o no cubiertos por el Sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES).⁴ En cuanto al acceso a consultas se busca conocer, tanto el acceso bruto y efectivo (como se explicó en el resumen ejecutivo), esto es, el porcentaje, tanto en chilenos/as como extranjeros/as de personas que, **teniendo alguna enfermedad o accidente, no accedieron a consultas o atención médica**, e identificar la prevalencia de **no acceso por barreras** (más detalle Anexo 2, Tabla A2.2).

⁴ Son un conjunto de cuatro garantías exigibles por ley para las personas adscritas a Fonasa y a Isapres, estos son: acceso; Oportunidad; Protección financiera y Calidad. En caso de que no se asegure, se puede reclamar ante Fonasa o Isapre (dependiendo afiliación) y luego ante la Superintendencia de Salud. Ver en <<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonTramites>>

Si bien se analiza para 2020 el acceso a consultas, se pierde comparabilidad con años anteriores, dado que se incorporan barreras de acceso⁵ asociadas con el Covid-19 dentro de las opciones de respuesta. De esta forma, en 2020 el acceso a estas prestaciones se vio afectado por temores de contagio y debido a la fatiga del mismo sistema de salud.

Todos estos resultados fueron comentados en grupos de conversación con miembros del equipo de intervención del SJM, quienes aportaron con discusión respecto a los resultados basados en la experiencia diaria de acompañamiento a personas migrantes. También asistieron a dos de los grupos conformados dos expertas en estudios sobre migración y salud.⁶

Para finalizar, es importante recalcar que se utilizará la denominación extranjero y migrante de manera indistinta para referirnos a todo/a aquel/la que haya nacido fuera de Chile, aún cuando existan diferencias a nivel de sentido común sobre dichos conceptos (Castles, 2010). En cuanto a quienes nacieron en Chile, se entenderá de manera indistinta como chilenos/as, locales o nacionales.

4.- RESULTADOS

4.1 Adscripción a sistema previsional de salud

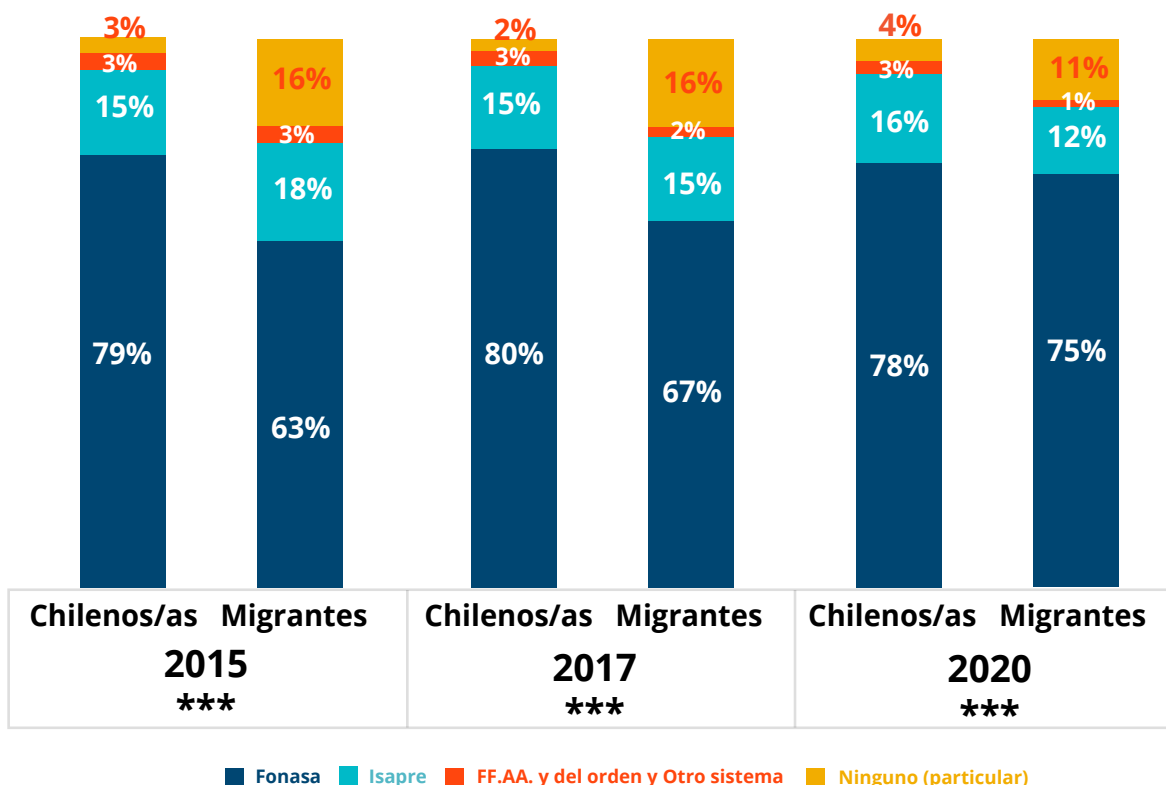
La primera barrera de acceso se asocia con no contar con sistema previsional de salud. La población no cubierta con previsión (seguro) de salud, se encuentra en situación vulnerable, dado que debe enfrentar “gastos imprevistos que podrían limitar el acceso a atención o bien significar un factor de vulnerabilidad para los hogares, que ante un evento de salud no tendrán cobertura y los gastos asociados deberán ser financiados con recursos del hogar” (MDSF, 2021, p.25).

Guiándonos por el **Enfoque de Cobertura Universal de Salud** (CASE y DESAL, 2014), buscaremos indagar si la distribución en el acceso al sistema previsional de los migrantes se asemeja a la de los chilenos, y bajo qué características ello ocurre. Así, es importante conocer, alejado de la búsqueda de un acceso privilegiado de un grupo sobre otro, en qué puntos se “empareja la cancha” y en cuáles está más “empinada” en cuanto al acceso a salud.

⁵ Más detalle en Anexo 2 (Tabla A2.2)

⁶ Báltica Cabieses y Daisy Margarit (sus afiliaciones se exponen en los agradecimientos)

Gráfico 1. Adscripción a sistema previsional de salud en personas chilenas y migrantes, por año, entre 2015 y 2020.



■ Fonasa ■ Isapre ■ FF.AA. y del orden y Otro sistema ■ Ninguno (particular)

Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2015, 2017 y 2020

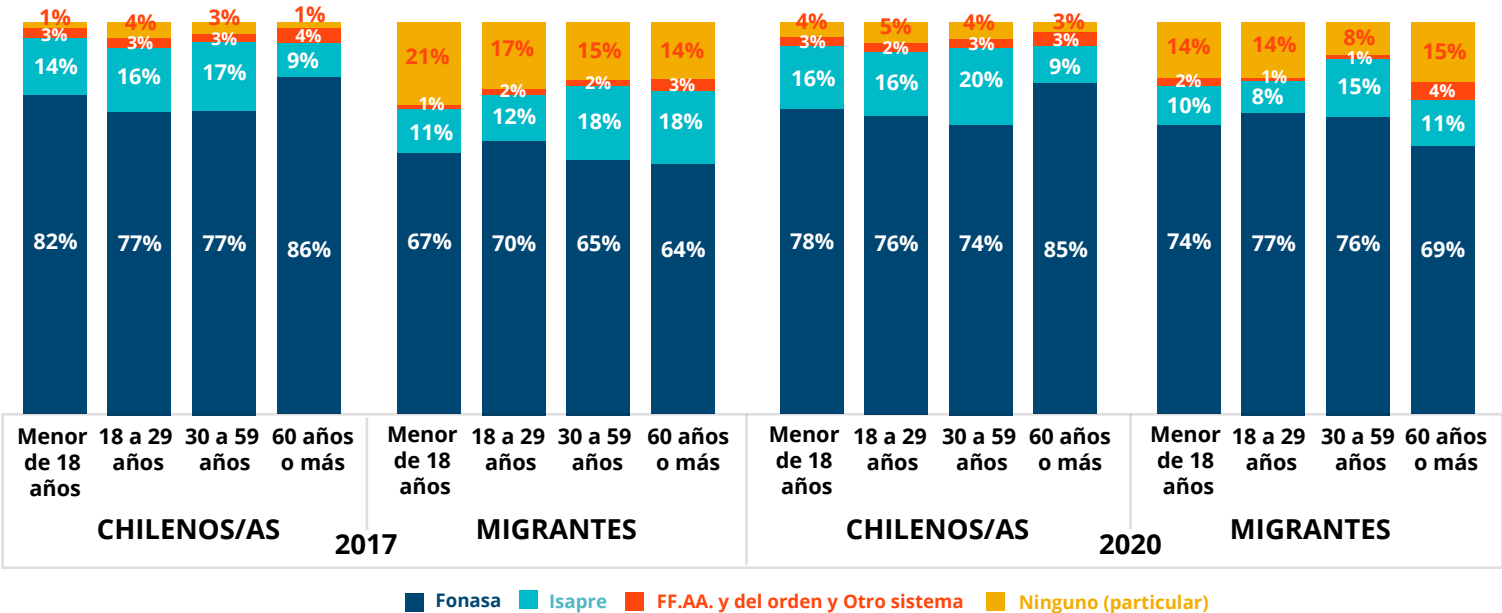
Asteriscos señalan diferencias estadísticamente significativas en porcentajes de personas sin previsión entre chilenos/as y migrantes. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1

El **Gráfico 1** expone que en 2020 las distribuciones del modo de inserción en el sistema previsional de salud de los y las migrantes se comienzan a “asimilar” más que en años anteriores a la población chilena. Ello se vincula con cambios tanto en la comunidad migrante, como en la población local. En el caso de las personas migrantes, si en 2017 el 16% no contaba con sistema previsional alguno, esto bajó a 11% en 2020. De todos modos, ello sigue reflejando una cifra elevada (sobre 10%) de extranjeros sin protección en salud. La diferencia con la población chilena, además, sigue siendo estadísticamente significativa. Por otro lado, aumentó de 67% a 75% la proporción de extranjeros adscritos a Fonasa, lo que manifiesta un aumento gradual relativo del relacionamiento de esta población con el sistema público.

En el caso de la población chilena, se incrementó de un 2% a un 4% quienes no tienen sistema previsional, y disminuyó de 80% a 78% quienes se encuentran en Fonasa. Este leve cambio en la distribución (bastante menor que en el caso de los migrantes), se ha visto asociado con un aumento transitorio en la carencia de adscripción que deviene de la crisis económica y las pérdidas de empleos en 2020 (MDSF, 2021a, p.26). Con esto, **2020 es el año en que más se asemejan las distribuciones de acceso a sistema previsional entre chilenos y migrantes. Es importante señalar que esto varía según algunas características** que siguen exponiendo en casos una “cancha dispareja” para la comunidad migrante y refugiada.

En cuanto al **sexo**, es mayor el porcentaje de personas sin previsión de salud en migrantes tanto en mujeres como hombres. Así, un 11% de los hombres y 11% de las mujeres extranjeras no contaba para 2020 con sistema previsional de salud, lo que en el caso de los chilenos exponía un 4% para hombres y 4% para mujeres. Las mayores diferencias tanto en chilenos como extranjeros se asocia con un mayor porcentaje de mujeres en Fonasa que de hombres: un 77% de las mujeres migrantes se encontraba en Fonasa para 2020, lo que era de un 74% en hombres. En el caso de los chilenos, el 80% de las mujeres estaba adscrita en Fonasa, lo que disminuye a 75% en los hombres. Ello se asocia con una mayor presencia de los hombres, tanto en chilenos como en migrantes, en relación a las mujeres, en el sistema privado de Isapres. Lo anterior se ha visto relacionado con los mayores costos que aún presentan las mujeres por sobre los hombres en los planes de la previsión privada en Chile, lo que las hace preferir en mayor medida el sistema público de Fonasa (Urquizar, 2020).

Gráfico 2. Adscripción a sistema previsional de salud en personas chilenas y migrantes, por año, entre 2017 y 2020, según tramo etario

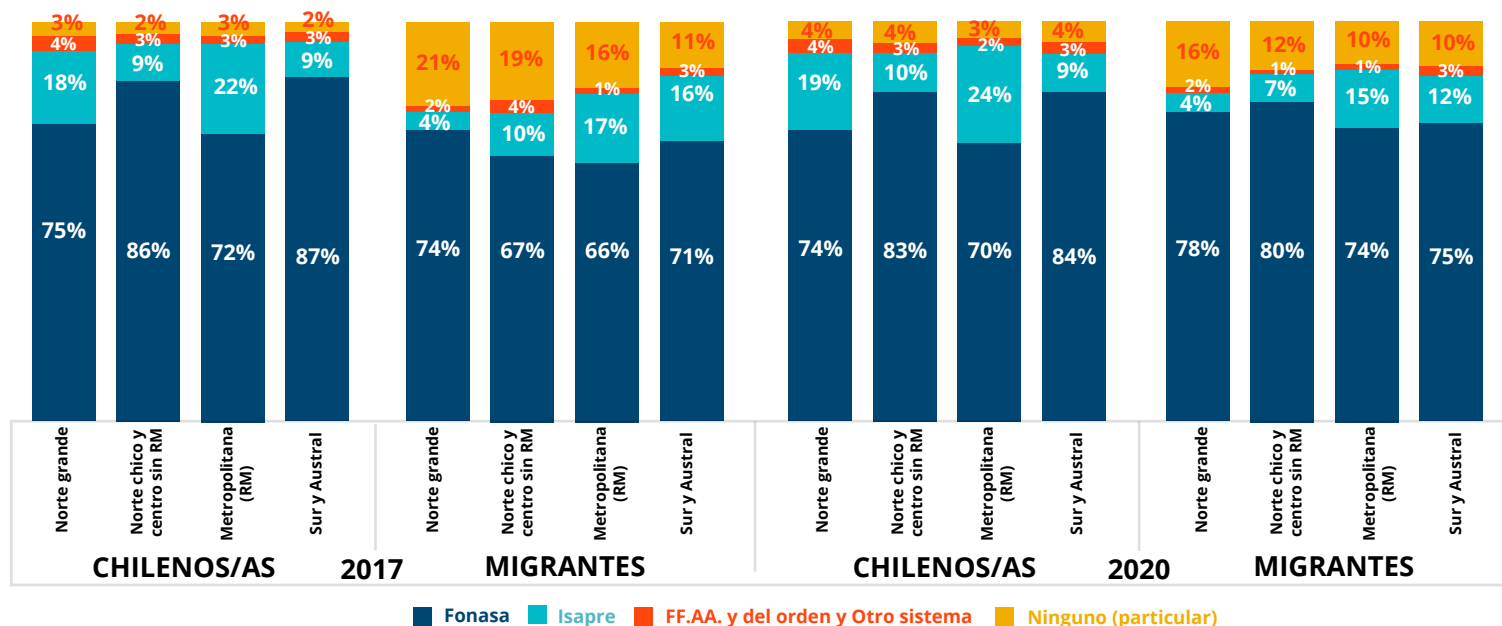


Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2017 y 2020, **p<0,05, *p<0,1

Si indagamos por **tramo de edad** (**Gráfico 2**), la asimilación en la distribución para 2020 se vuelve más difusa. Así, es más parecida entre migrantes y chilenos en los tramos de edad más laborales, de 18 a 29 años, pero sobre todo en los de 30 a 59 años. De igual modo, es importante señalar que en todos los tramos de edad el porcentaje de migrantes sin sistema previsional es siempre mayor al de chilenos.

Para el caso de las y los migrantes, el porcentaje de previsión en el tramo de 18 a 29 años de edad disminuye desde 2017 a 2020. Se observa que aquellos entre 30 y 59 años de edad mantienen los porcentajes más bajos para ambos años de medición, y con una alta incidencia de no adscripción en menores de 18 años, adultos jóvenes (18 a 29 años) -14% en ambos- y en mayores de 60 (15%). Si bien el porcentaje de NNA migrantes sin previsión disminuye de 21% en 2017 a un 14% en 2020, es importante no ignorar que 1 de cada 7 NNA migrantes no tienen sistema previsional en el 2020.

Gráfico 3. Adscripción a sistema previsional de salud en personas chilenas y migrantes, por año, entre 2017 y 2020, según macrozona de residencia.⁷



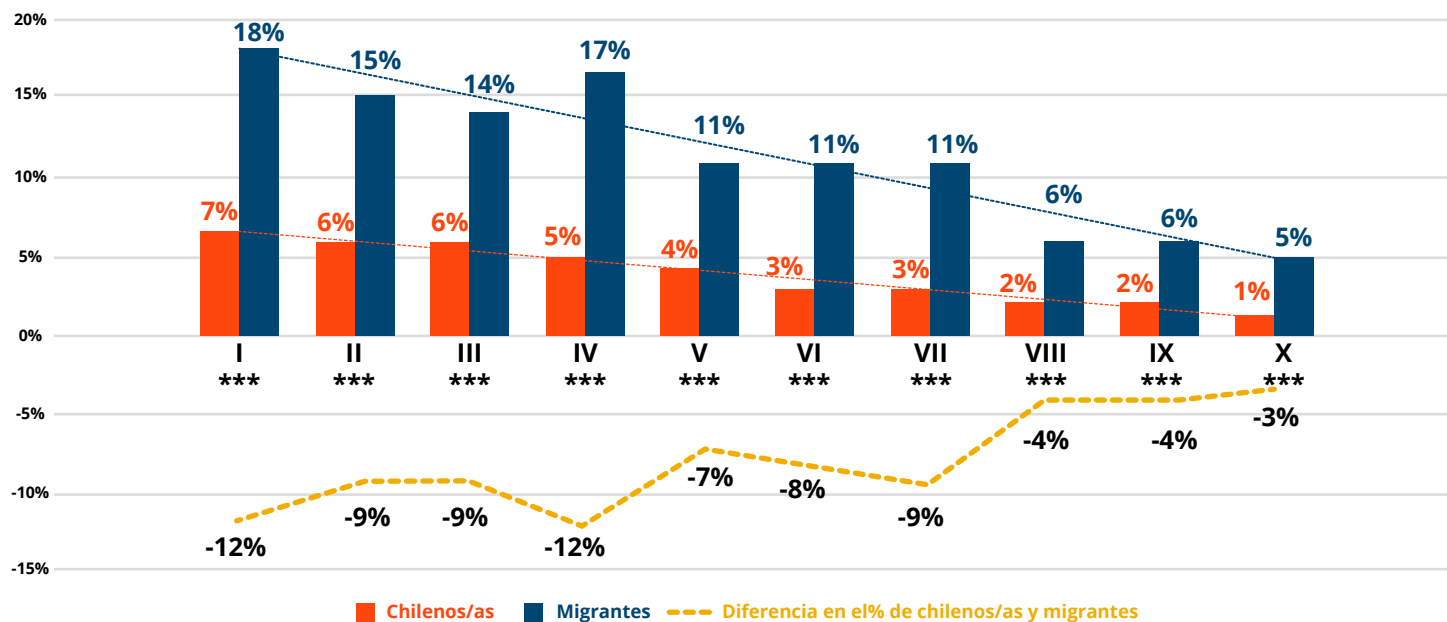
Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2017 y 2020, **p<0,05, *p<0,1

Ahora, **¿cómo varía por macrozona de residencia?** Al igual que lo expuesto en los informes N°1 (SJM, 2021a), y N°2 (SJM y Educación 2020, 2021), se observan situaciones más precarias en la comunidad migrante residente en el norte grande, lo que se asemeja bastante poco a la distribución de las y los chilenos que ahí habitan. El **Gráfico 3** expone que mientras en 2020 un 4% de los chilenos habitantes del norte grande no posee sistema previsional, ello se eleva a 16% en los migrantes. Es también mayor la presencia relativa de las y los migrantes en Fonasa (78%) que de los chilenos (74%), y bastante menor su representación en Isapres (4% vs un 19% de los chilenos que habitan en esa zona). Es justamente en la zona del norte grande donde los extranjeros que ahí residen presentan peores índices de pobreza e inserción laboral (SJM, 2021a). Desde la experiencia del equipo del SJM, en el norte grande tienden a residir personas que no tienen los recursos ni redes para arribar al centro del país, siendo además las zonas en las que en 2020 aumentaron más los ingresos por paso no habilitado (SJM, 2021b).

La distribución en la RM es más parecida entre chilenos y migrantes, tanto por el menor porcentaje de migrantes sin previsión (10%), como por ser la zona donde más están adscritos a Isapre (15%).

⁷ Ver la manera en que se categorizaron las regiones en macrozonas en Anexo 2, Tabla A.2.3

Gráfico 4. Porcentaje de chilenos y migrantes sin adscripción a sistema previsional de salud, según decil autónomo nacional de ingresos del hogar al que pertenecen



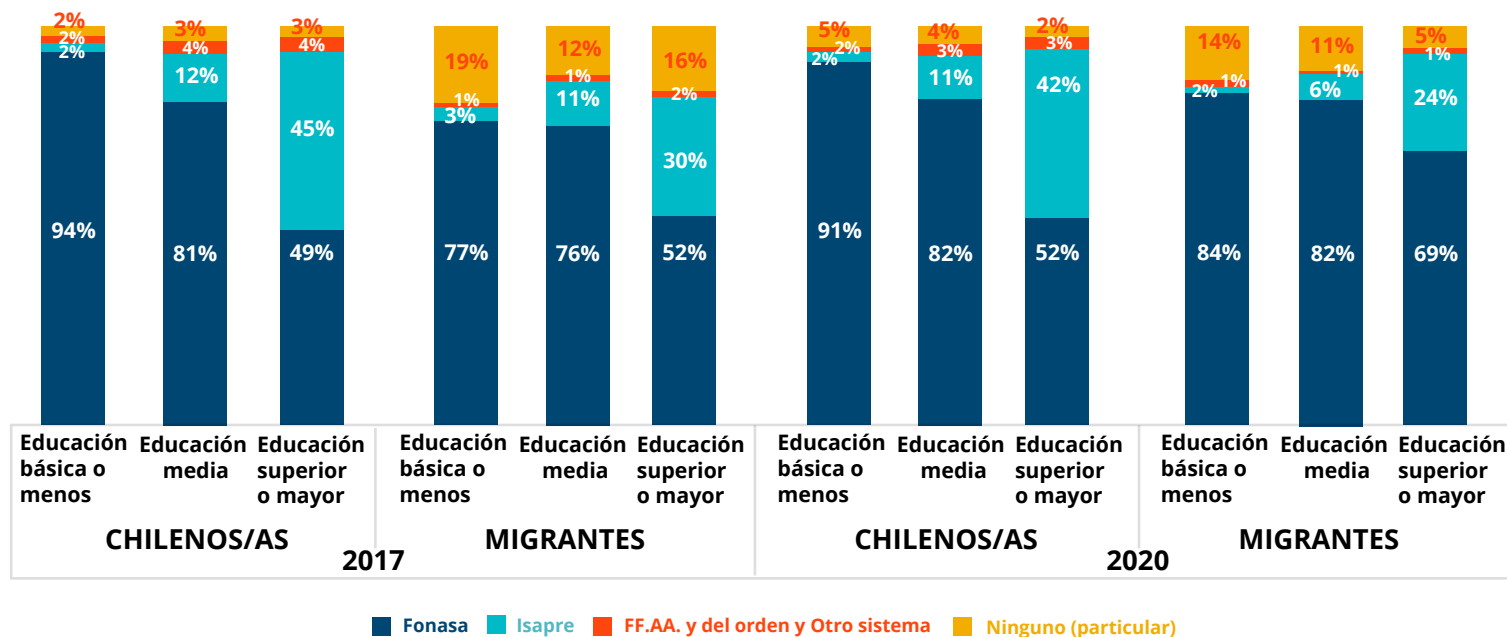
Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2020

Asteriscos señalan diferencias estadísticamente significativas en porcentajes de personas sin previsión entre chilenos/as y migrantes.
 ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1

A continuación, se procederá a indagar las diferencias en la distribución de migrantes y locales según **características socioeconómicas**, siendo éstas vistas tanto por el nivel de ingresos económicos autónomos, como por el nivel educativo.

En cuanto al **decil de ingreso** al que pertenece la persona (**Gráfico 4**), se puede observar que es mayor el porcentaje de migrantes que de chilenos sin adscripción al sistema de salud, independiente del decil de ingresos, siendo en todos los deciles estadísticamente significativa la diferencia. De todos modos, al ver la línea punteada, las diferencias son más pronunciadas en los 4 deciles de menores ingresos, donde fluctúa entre 9% y 12% la distancia entre migrantes y chilenos en la no tenencia de sistema previsional. Entonces, si bien es siempre mayor el porcentaje de migrantes que de chilenos sin sistema previsional, esta diferencia disminuye a medida que aumenta el decil de ingresos. Ello puede entrelazarse con diversas causas expuestas en los antecedentes, como la situación migratoria, la nacionalidad, el tiempo de residencia, entre otros. Sin embargo, lo importante de estos resultados es que la población extranjera más vulnerable, que necesita de más apoyo por parte del Estado, se encuentra en una posición desaventajada en el acceso a protección de salud respecto de la población local, lo que crea un círculo vicioso donde postergar la propia salud repercute en el bienestar, condiciones de vida y la inserción laboral de los individuos (Benitez y Velasco, 2019).

Gráfico 5. Adscripción a sistema previsional de salud en personas chilenas y migrantes (mayores de 24 años) en 2017 y 2020, según nivel educativo



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2017 y 2020.

El **Gráfico 5** deja ver al menos dos cosas: por un lado, que bajan los porcentajes de personas migrantes sin sistema previsional en todos los **niveles educativos** entre 2017 y 2020. Por otro, que en 2020 juega un rol más preponderante el nivel educativo para entender la adscripción al sistema previsional de salud: mientras un 14% de los migrante que tienen educación básica o menos señala no poseer sistema previsional, esto baja a un 11% en aquellos con educación media, y a solamente 5% en los y las migrantes con educación superior o mayor. Son así menores las diferencias entre los porcentajes de chilenos (2%) y migrantes (5%) sin protección de salud en quienes poseen un título de educación superior.

Algo que se debe entender es que en Chile el sistema previsional que se tenga refleja una aproximación al nivel socioeconómico, donde quienes están en situación más ventajosa poseen acceso a Isapre. Ahora, los y las migrantes que cuentan con educación superior o más si bien poseen menos probabilidades de no tener previsión de salud, su distribución no se asemeja a la de las y los chilenos en iguales condiciones. De este modo, el **Gráfico 5** expone que solamente un 24% de personas migrantes con educación superior está adscrito a Isapre, lo que es un 42% en los nacionales. Al igual que lo observado en el segundo número de esta línea de informes (SJM y Educación 2020, 2021), el nivel educativo que posee la población migrante es protector ante situaciones de mayor vulnerabilidad, en este caso no tener adscripción, pero no asegura las mismas oportunidades que los chilenos con el mismo nivel educativo.

Gráfico 6. Adscripción a sistema previsional de salud, según tiempo de residencia en Chile, entre 2015 y 2020

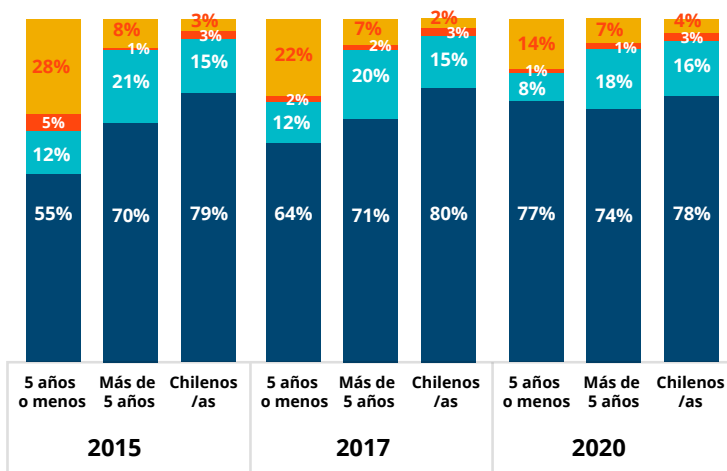
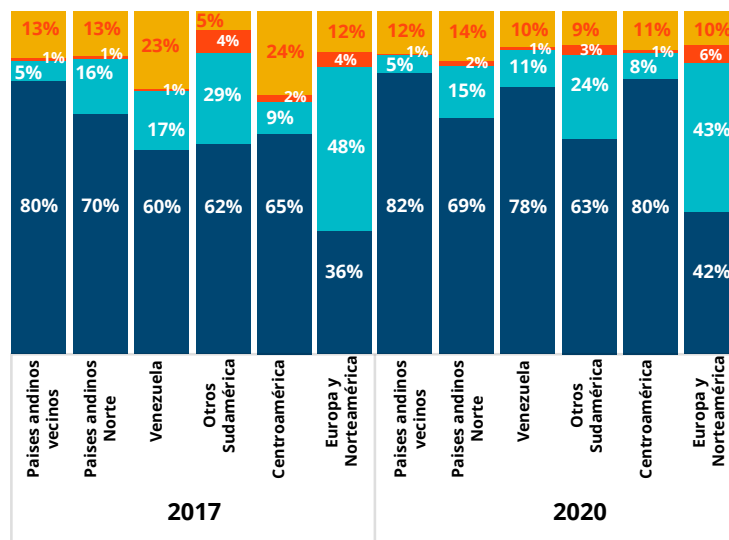


Gráfico 7. Adscripción a sistema previsional de salud, según país de nacimiento, por año, entre 2017 y 2020⁸



■ Fonasa ■ Isapre ■ FF.AA. y del orden y Otro sistema ■ Ninguno (particular)

Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2017 y 2020.

Por su parte, las **características migratorias**, exponen importantes pistas para entender las brechas entre migrantes y chilenos en el acceso al sistema previsional de salud. Ello puesto que, como muestra el **Gráfico 6**, en los **migrantes con más años de residencia la distribución es más similar al de la población local**. Ello refleja que, mientras un 14% de los y las migrantes con cinco o menos años en Chile no posee sistema previsional, esto baja a un 7% en los migrantes con más de ese tiempo, bastante más parecido al 4% de la población nacida en Chile. A su vez, el porcentaje que pertenece a Isapre se asimila con el paso del tiempo.

De igual modo, si los migrantes con más de cinco años en Chile antes de la aplicación de cada medición mantienen un 7% de personas sin sistema previsional, disminuyen de un 22% (en 2017) a un 14% (en 2020) las personas migrantes con cinco años o menos de residencia que no poseen previsión de salud. Dicha disminución, al igual que como hemos observado en los números anteriores de esta línea de informes, puede explicarse por la menor cantidad de extranjeros que han llegado de manera más reciente al país (hace menos de dos años) dentro del universo de aquellos que llevan cinco años o menos, debido a un menor ingreso de extranjeros a Chile desde 2019, con las medidas de mayor restricción migratoria, lo que se intensificó en 2020 con el cierre de fronteras debido a la pandemia por COVID-19 (SJM, 2021b). Así, se muestra que es menos fina la diferencia entre quienes llevan cinco años o menos y quienes llevan más (las únicas categorías disponibles en Casen 2020), debido a que las brechas mayores se ven en períodos más cortos, como son los dos años de residencia que tienden a coincidir con un mayor asentamiento de las familias y el acceso a permanencias definitivas (Benítez y Velasco, 2019; SJM y Educación 2020, p.15). Además, es importante tener en cuenta que personas migrantes más vulnerables, como aquellas que habitan en campamentos, viviendas colectivas u otra forma de habitar más precarias, no logran ser medidas en esta encuesta (Ver Anexo N°1).

⁸ Ver la manera en que se categorizaron los países de nacimiento en Anexo 2, Tabla A.2.4

El **Gráfico 7** señala que para 2020, en casi todos los **orígenes nacionales** expuestos, más de un 10% de las personas no posee sistema previsional de salud, alejándose del 4% que poseen los chilenos. El mayor porcentaje lo poseen aquellos provenientes de Ecuador y Colombia (andinos norte), donde un 14% no posee sistema previsional, orígenes donde aumentó la no adscripción (en un punto porcentual) en relación a 2017. Por su parte, también en Otros de Sudamérica (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) aumentó el porcentaje de aquellos que no poseen sistema previsional, pasando de un 5% en 2017 a un 9%. En todos los demás disminuyó: más aún en aquellos provenientes de Venezuela y de Centroamérica. Mientras que en 2017 un 23% de la comunidad venezolana y un 24% de quienes provienen de Centroamérica no tenía sistema previsional alguno (es decir, en ambos casi uno de cada cuatro no poseía), esto bajó a 10% y 11% respectivamente. Justamente quienes provienen de Venezuela y de Haití han incrementado su presencia de manera exponencial entre 2015 y 2018, hasta la imposición de las visas consulares. Esto expone que para 2020 hay una menor cantidad de dichos migrantes que llevan menos tiempo residiendo, aunque se debe tener cautela en el análisis, especialmente con quienes provienen de Venezuela, pues se ha visto un aumento de personas que ingresan por pasos no habilitados y pueden haber estado residiendo en lugares fuera del marco muestral de la Casen (Anexo N°1). En 2020, el 77% de los ingresos por paso irregular a Chile registrados corresponden a personas venezolanas, las que aumentaron en un 143.622% este tipo de ingresos precarizados entre 2017 y 2020 (SJM, 2021b, p.10).

Gráfico 8. Porcentaje de hogares migrantes y no migrantes que recibieron al menos un tipo de subsidio durante 2020 (^)

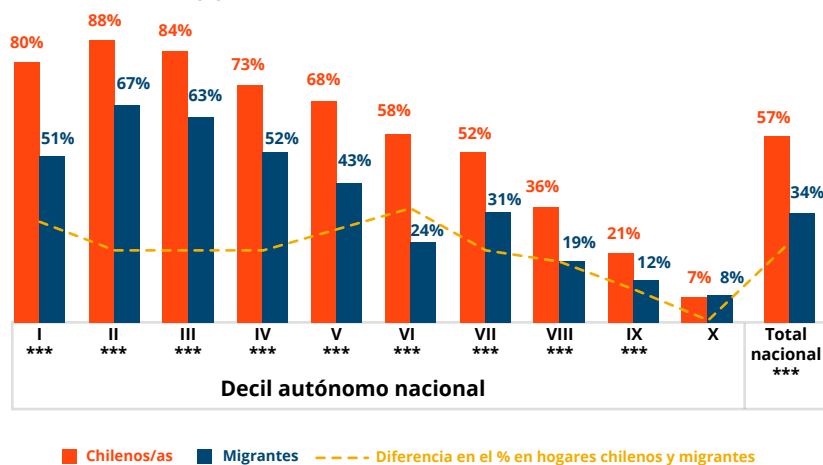
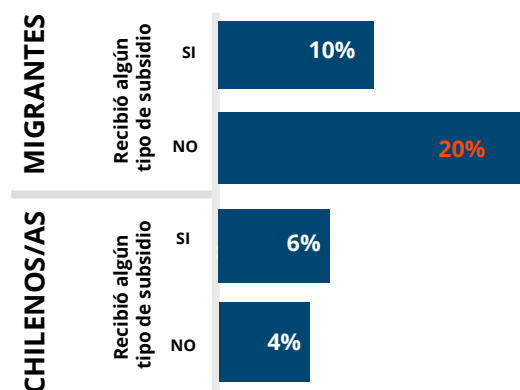


Gráfico 9. Porcentaje de chilenos y migrantes que no poseen sistema previsional, según si recibieron algún tipo de subsidio en su hogar durante la pandemia (+)



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2020

Asteriscos señalan diferencias estadísticamente significativas en porcentajes de no tenencia de previsión entre hogares chilenos/as y migrantes. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1

(^) Entendemos por hogares migrantes aquellos donde el/la jefe/a de hogar y/o su esposo/a-pareja nacieron fuera de Chile

(+)Pertencientes a los cinco quintiles de menor ingreso

Como lo observamos en el primer número de esta línea de informes (SJM, 2021a), el menor acceso a **redes institucionales** puede ser muy gráfico en cuanto a las oportunidades que un migrante encuentra en el país de destino. Si la presencia de subsidios es un modo de reflejar la relación entre hogares y sector público (en cuanto modalidad de apoyo a los primeros), y con ello una expresión de red de apoyo institucional a las familias, vemos en el **Gráfico 8**, que, mientras un 57% de los hogares chilenos recibió al menos un tipo de subsidio en 2020, esto disminuye a 34% en el caso de los migrantes. Esta diferencia se da en todos los deciles de ingreso, con diferencia estadísticamente significativa, excepto en el X decil, que es el de mayor ingresos.

En línea con ello, el **Gráfico 9** muestra que, dentro de las personas que pertenecen a los 5 quintiles de menores ingresos⁹, hay un claro efecto de la presencia de redes institucionales, por medio del acceso a subsidios, que se asocia a un menor porcentaje de personas sin adscripción a sistema previsional: de este modo, en el caso de los migrantes, si el 10% de los que accedieron a subsidio no poseía sistema previsional, esto se eleva a un 20% en los y las migrantes que no recibieron subsidio alguno durante 2020. Ello refleja la importancia de las redes de apoyo institucionales para comprender su ingreso a un sistema de protección, en este caso de salud.

4.2 Acceso a consultas o atención médica debido a enfermedades.

En la encuesta Casen el no acceso a consultas o atenciones médicas se mide a través de las personas que, teniendo alguna enfermedad o accidente, no accedieron a dichas prestaciones. Para ello, partiremos conociendo algunas características de la presencia de dichos problemas de salud en chilenos y migrantes.

Gráfico 10. Porcentaje de chilenos/as y migrantes que presentó algún accidente o enfermedad en los últimos tres meses

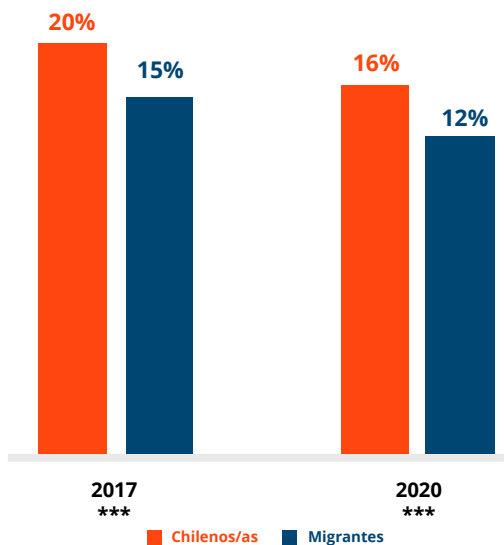
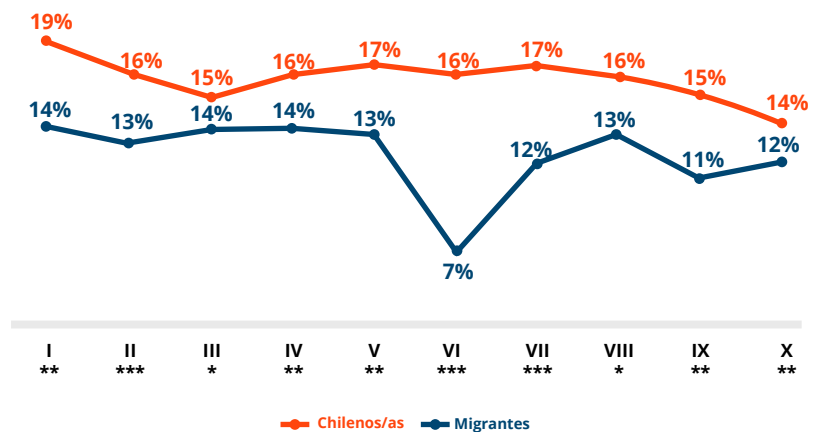


Gráfico 11. Porcentaje de chilenos/as y migrantes que presentó algún accidente o enfermedad en los últimos tres meses, según decil autónomo de ingreso



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2017 y 2020

Asteriscos señalan diferencias estadísticamente significativas en porcentajes de personas con presencia de enfermedades o accidentes entre chilenos/as y migrantes. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1

En esta línea, en el **Gráfico 10**, se expone que tanto en 2017 como 2020 es menor el porcentaje de migrantes que señalaron presentar algún accidente o enfermedad en los últimos tres meses, con diferencias estadísticamente significativas en ambos años. En ese sentido, si un 16% de los chilenos señaló en 2020 haber tenido una enfermedad o accidente, esto fue de un 12% en los migrantes, lo que dialoga con el estudio de Cabieses et al. (2019) donde se expone, a nivel general, una mejor autopercepción de salud en migrantes que chilenos. Ahora bien, esto último se da independiente del nivel de ingresos económicos como expone el **Gráfico 11**, con diferencias estadísticamente significativas entre chilenos y extranjeros en todos los deciles de ingreso, de modo que al controlar por situación económica, la asociación no desaparece en 2020.

⁹ Se hace dicha diferencia para no sesgar el efecto de los subsidios, dado que en quienes son parte de deciles más altos, es probable que no tengan necesidad de acceder a dichos apoyos, más que ser un indicador de falta de redes.

Ahora bien ¿se deberá a la edad este menor reporte en migrantes que chilenos? Ello producto de que las y los migrantes se concentran en mayor medida en tramos etarios más jóvenes que la población local (Fuentes y Hernando, 2019; SJM, 2020). En dicha línea, sólo son estadísticamente significativas las diferencias en el tramo de edad de entre 30 a 59 años, grupo etario en el cual, mientras un 18% de los chilenos señaló haber presentado una enfermedad o accidente, en los migrantes esto fue de solamente un 13% ($p=0,000$). En los tramos menores de 29 años las diferencias se acortan y dejan de ser estadísticamente significativas: mientras que un 8% de los chilenos menores de 18 años reportó haber sufrido enfermedad o accidente, esto fue de un 7% en los migrantes ($p=0,109$), y en quienes tienen entre 18 a 29 años un 10% de los chilenos reportó enfermedad o accidente, lo que fue un 9% en los migrantes ($p=0,209$). Finalmente, también es mayor el porcentaje de reporte de problemas de salud en chilenos (28%) que en migrantes (24%) en el tramo de mayores de 60 años, pero sin diferencias significativas ($p=0,107$). Lo anterior puede deberse a lo señalado en la teoría del migrante sano, la que indica que quienes migran son aquellos que se encuentran en buenas condiciones para migrar (Urzúa y Cabieses, 2018; Fuentes y Hernando, 2019), aunque esto no se da en todos los tramos de edad.

Por último, es mayor el reporte de problemas de salud, con diferencias significativas, independiente del sexo. Mientras un 14% de los hombres chilenos señaló haber tenido una enfermedad o accidente, ello fue un 10% en los hombres migrantes ($p=0,000$). Por su parte, un 18% de las mujeres chilenas reportó un problema de salud, lo que fue un 13% en las mujeres migrantes ($p=0,000$). También, consistente con lo que señala la literatura, es importante recalcar que los datos dejan ver un mayor reporte en mujeres que en hombres en ambos casos (Benítez y Velasco, 2019; Cabieses, 2019).

Gráfico 12. Porcentaje bruto de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes

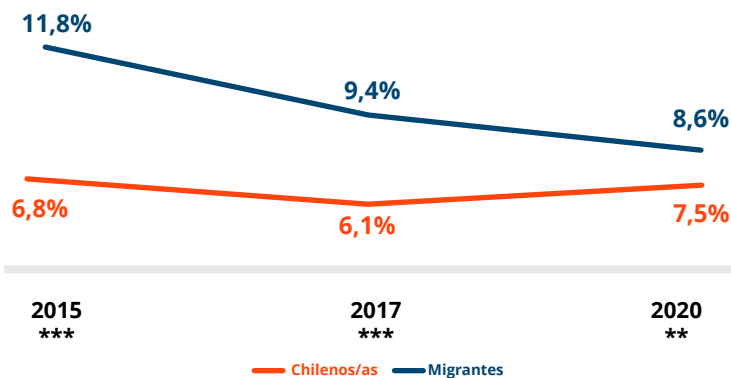
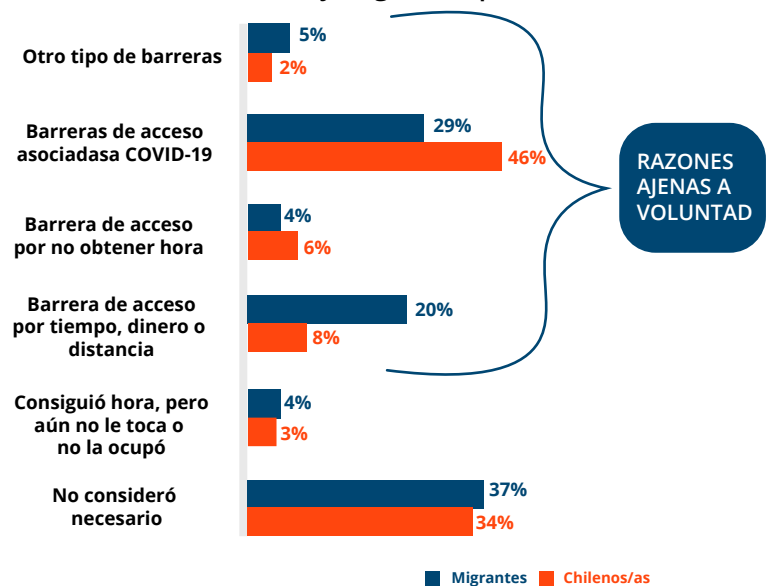


Gráfico 13. Razones predominantes de no asistencia a consultas o atención en caso de enfermedades o accidentes, en chilenos y migrantes para 2020



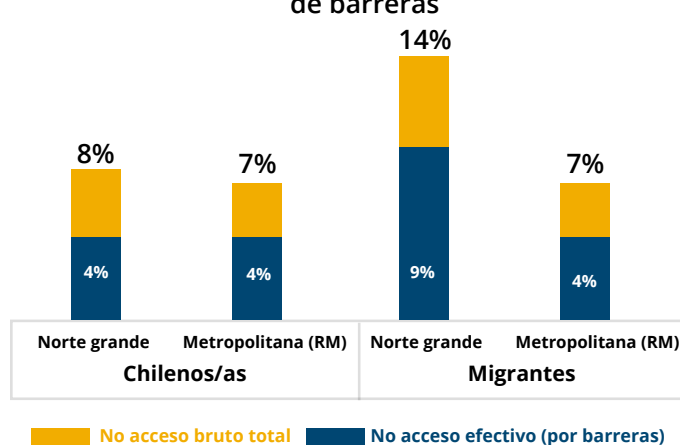
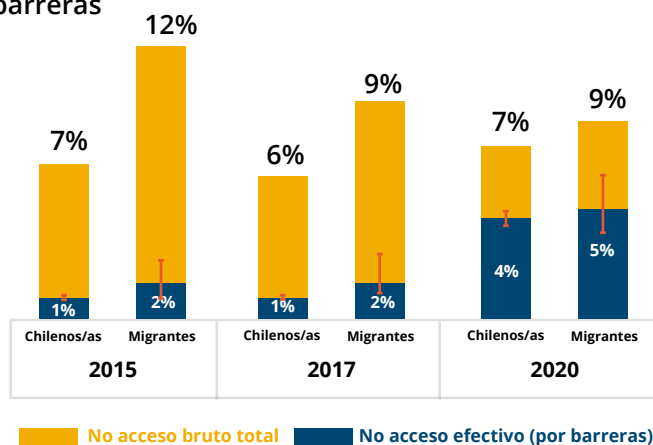
Fuente: Asteriscos señalan diferencias estadísticamente significativas en porcentajes de personas sin acceso a consultas entre chilenos/as y migrantes. *** $p<0,01$, ** $p<0,05$, * $p<0,1$

Ahora, para conocer el acceso a atenciones médicas o consultas de las personas que reportaron accidentes o enfermedades, el **Gráfico 12** expone que en todos los años, con diferencias estadísticamente significativas, es más alto el porcentaje de no acceso a atención en migrantes que en chilenos, aunque las diferencias se van acortando entre 2015 y 2020. De este modo, si en 2015 el 11,8% de los migrantes que tuvieron accidentes o enfermedades no accedieron a atención, esto disminuyó a 9,4% en 2017 y a 8,6% en 2020. Por su parte, en la población local el porcentaje de no acceso se mantiene entre 6% y 7,5% en los diferentes años. Así, lo que explica que las diferencias entre ambos grupos se acorten, se asocia con la disminución del no acceso en migrantes, y la estabilidad de este indicador en los/as chilenos/as.

El no acceso a consultas médicas se puede dar por diferentes razones, las que, siguiendo al Ministerio de Desarrollo Social (2021, p.27), se separan en las consideradas ajenas a la voluntad (que entenderemos como barreras de acceso), y aquellas que dependen más de la decisión de no asistir, lo que se explica detalladamente en el Anexo N°2 (Tabla A2.2). En este sentido, el **Gráfico 13** expone las diferentes razones de no acceso a consultas durante 2020, separando en aquellas que son ajenas a la voluntad, y aquellas que son “menos” ajenas. Mientras en chilenos/as prevalecen para 2020 en mayor grado razones asociadas a Covid-19 (46% de los locales que no pudo asistir se debió a dichos motivos), en migrantes predominan las razones relacionadas con no considerar necesario asistir (37%), aunque en los chilenos este motivo también fue alto (34%). Es no menor el porcentaje de migrantes que no pudo asistir por razones asociadas a “barreras de tiempo, dinero o distancia” (20%, lo que fue un 8% en la población local).

Gráfico 14. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, identificando existencia de barreras

Gráfico 15. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **macrozona de residencia**, identificando existencia de barreras



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2015, 2017 y 2020

Debido a especificidades de pregunta en 2020 (presencia de barreras asociadas a la COVID) se hace difícil comparar Casen 2020 con años anteriores

En el Gráfico 15 no se agregaron otras macrozonas de Chile, dado lo bajo del n que Casen logró captar de personas migrantes que tuvieron enfermedades o accidentes en dichas zonas, por lo que el análisis perdería precisión.

Es importante separar el no acceso bruto del no acceso efectivo (asociado con barreras ajenas a la voluntad de la persona). En dicha línea, el **Gráfico 14** muestra que, mientras en 2015 y 2017 quienes no accedieron de manera efectiva a consultas médicas a causa de problemas de salud fueron en ambos años alrededor de un 1% en los chilenos/as, y alrededor de un 2% en los migrantes, esto aumentó significativamente (a un 95% de confianza) a 4% y 5% respectivamente.

Ello también refleja la baja en los índices de acceso a salud durante la pandemia tanto por temores de contagio, como por fatiga del mismo sistema de salud (OMS, 2021). En este marco, se analizará cómo variaron los indicadores de no acceso bruto (total) y efectivo (por barreras) según diferentes características relevantes, en chilenos y migrantes, sólo en esta última medición (2020), debido a la dificultad de comparar con años anteriores. **De ese modo, se buscará observar en qué puntos existe mayor igualdad en el acceso, y en cuáles hay puntos críticos durante 2020, para ver dónde hay carencia de “cancha emparejada” entre ambos grupos.** Igualmente, la situación de 2015 y 2017 es importante no omitirla: un menor acceso a consultas y atenciones médicas en migrantes no explicado (como muestra el **Gráfico 14**) por las razones categorizadas como barreras, con una gran prevalencia de las razones asociadas a no considerarlo necesario (explicadas en Anexo 2, Tabla A2.2). Según la experiencia del equipo del SJM que acompaña día a día personas migrantes y refugiadas -a quienes se les presentaron estos resultados-, se han reportado causas de no acceso asociadas a carencia de información de parte de muchos usuarios migrantes sobre el proceso de acceso a salud en Chile (más aún en recién llegados y en quienes no poseen situación migratoria regular), que se asocian con falta de canales oficiales de información que los orienten; dar prioridad a los aspectos laborales, prefiriendo no solicitar permisos en sus trabajos -por temores fundados de perder empleo y con ello su sustento; situaciones de discriminación que se ha estudiado reportan migrantes al acceder a centros de salud. Todas estas razones no se terminan categorizando como barreras de acceso.

Dicho lo anterior, veamos qué ocurre en 2020. Si bien en ese año no son tan diferentes los indicadores de no acceso efectivo y bruto entre migrantes y no migrantes, es importante ver si ello varía por características territoriales, socioeconómicas y según ciertos rasgos de los diferentes flujos migratorios.

Partimos viendo cómo varían según en las diferentes macrozonas de residencia en que más migrantes se concentran (Instituto Nacional de Estadística [INE] y Departamento de Extranjería y Migración [DEM], 2021). Se puede observar en el **Gráfico 15** que mientras en el caso de los chilenos no varía mayormente entre el norte grande y la Región Metropolitana, en el caso de la población migrante es más intensa tanto la no asistencia a nivel bruto, como el no acceso efectivo en quienes habitan en el norte grande. Así, el 14% de los migrantes que habitan en dicha macrozona y tuvo alguna enfermedad o accidente no accedió a consultas o atención médica, y un 9% no accedió debido a razones más allá de su voluntad.¹⁰

¹⁰ Según sexo y tramos de edad no se observan grandes diferencias significativas entre población local y migrante en el acceso a consultas y atenciones médicas.

Gráfico 16. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **quintil autónomo de ingresos**, identificando existencia de barreras.

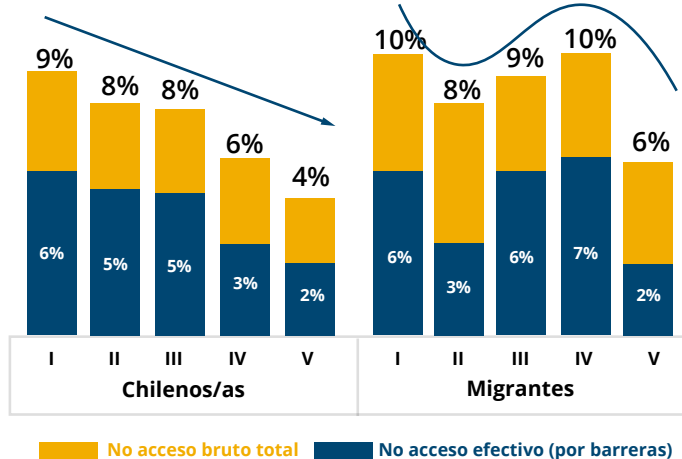
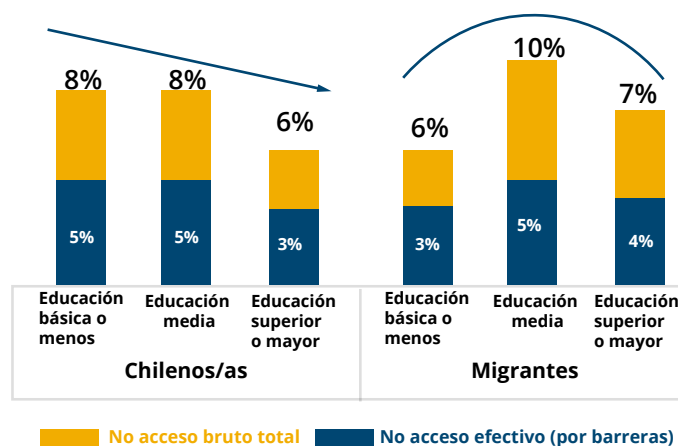


Gráfico 17. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes (mayores de 24 años), según **nivel educativo**, identificando existencia de barreras.



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2020

En cuanto a **variables socioeconómicas**, partiremos indagando la asociación entre acceso a consultas o atención médica con quintil autónomo de ingresos y nivel educativo. En este sentido, el **Gráfico 16** muestra que en el caso de las y los chilenos, a medida que aumenta el quintil de ingresos, disminuye el porcentaje de personas que no acceden a consultas médicas debido a enfermedad o accidentes tanto a nivel total, como aquellos que no acceden debido a barreras. Así, mientras en el quintil de menor ingresos (I) el 9% de los chilenos no accedió a consultas o atención y el 6% no accedió por barreras, en el V quintil esto fue solamente un 4% y 2% respectivamente. En el caso de la población migrante es menos lineal la relación, siendo menor el porcentaje de no acceso solamente en el V quintil.

Algo similar ocurre en el caso del nivel educativo (**Gráfico 17**): mientras en la población chilena se puede observar más claramente un menor porcentaje de no acceso a consultas médicas debido a accidentes o enfermedades a medida que aumenta el nivel educativo, en la población migrante esta relación no es muy clara, siendo el mayor porcentaje de no acceso en quienes tienen educación media (más que en aquellos con solamente educación básica o menos y en quienes tienen educación superior o más).

Gráfico 18. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **tipo de empleo**, identificando existencia de barreras¹¹

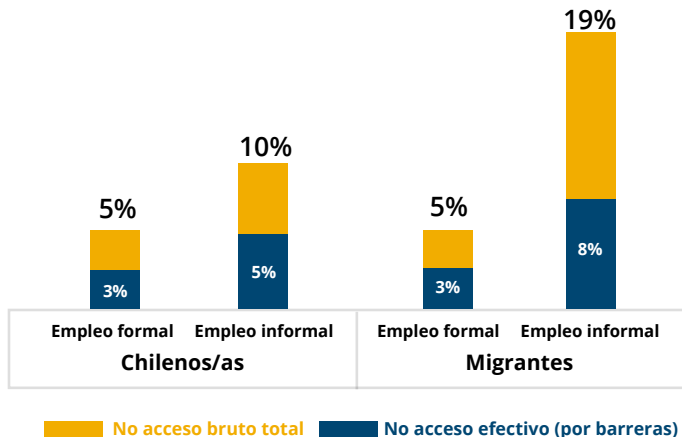
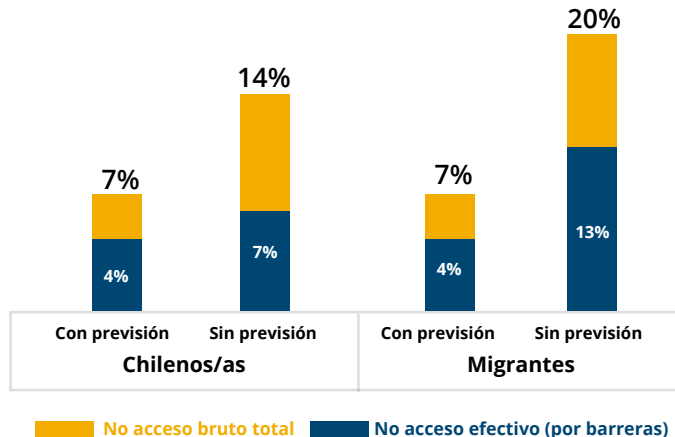


Gráfico 19. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **adscripción al sistema previsional de salud**, identificando existencia de barreras



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2020

El **Gráfico 18** nos expone que se “empareja la cancha” en los índices de no acceso a consultas médicas entre chilenos y migrantes que poseen un **empleo formal**, siendo en ambos casos un 5% que no accede a nivel total, y un 3% no accede debido a barreras. Si bien las cifras de no acceso aumentan tanto en chilenos como extranjeros que poseen empleos informales, ésta se intensifica más en las personas migrantes, donde un 19% no accedió a atención en caso de tener un problema de salud (lo que es un 10% en los chilenos con iguales condiciones), y un 8% no accedió debido a barreras ajenas a su voluntad (lo que es un 5% en los chilenos con iguales condiciones).

Desde el enfoque de Tanahashi (1978), el trabajar de manera informal opera como una barrera en el acceso efectivo a la salud, lo cual es mayor en la población migrante. Cabe destacar la importancia del empleo formal en migrantes para insertarse en la sociedad que los recibe. También se debe tener en cuenta que la informalidad varía entre regiones, en donde se observa que el norte grande presenta los niveles más altos de dicho índice para personas migrantes (SJM, 2021a). En este sentido, se observan una vez más las barreras en el acceso a la salud para las personas extranjeras que se encuentran en el norte del país, como observamos anteriormente, y para quienes poseen empleos más precarios como vemos acá.

Otra asociación bastante relevante para comprender la no asistencia a atenciones y consultas es la adscripción al sistema previsional de salud (**Gráfico 19**). Mientras existe igualdad de condiciones en chilenos y migrantes que están adscritos a un sistema previsional (Fonasa, Isapre u otro), donde en ambos casos un 7% no accede a nivel total, y un 4% no lo hace debido a barreras, esto aumenta en quienes no cuentan con previsión, siendo más elevado nuevamente en la población extranjera con dicha situación. Así, mientras un 14% de los chilenos sin adscripción a sistema previsional no accedió a consultas o atención médica en caso de problemas de salud, y un 7% lo hizo por razones ajenas a su voluntad, en el caso de las y los migrantes desprotegidos de sistema previsional un 20% no accedió a atenciones, y un 13% no accedió producto de barreras.

¹¹ Según sexo y tramos de edad no se observan grandes diferencias significativas entre población local y migrante en el acceso a consultas y atenciones médicas.

La situación anteriormente descrita es preocupante, tanto por los altos índices de no acceso total, como de no acceso efectivo. Ello coincide con los antecedentes en el sentido de que, si bien han habido avances institucionales, siguen existiendo condicionantes tanto por parte de las personas migrantes (oferta) como por parte de las instituciones, establecimientos y profesionales de la salud (demanda). Por otro lado, el hecho de que la atención quede relegada a la voluntad de los trabajadores de salud (Soto, 2021) da espacio a arbitrariedades que terminan afectando a poblaciones más vulnerables, en este caso, las personas migrantes sin previsión de salud.

Vemos también que **las situaciones de mayor vulnerabilidad**, como las recién expuestas (acceso a trabajos precarios y no contar con protección de salud) **afectan tanto a chilenos como migrantes, pero impactando con más fuerza a éstos últimos**. Ello puede asociarse a las ya señaladas observaciones que realiza el equipo de intervención del SJM a partir de su experiencia diaria con personas migrantes, donde reflexionan que el menor acceso a salud muchas veces se condiciona por carencias de información y redes, pero sobre todo temores a perder empleo en el caso de quienes se insertan en trabajos precarios e informales.

Gráfico 20. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **tiempo de residencia en Chile**, identificando existencia de barreras

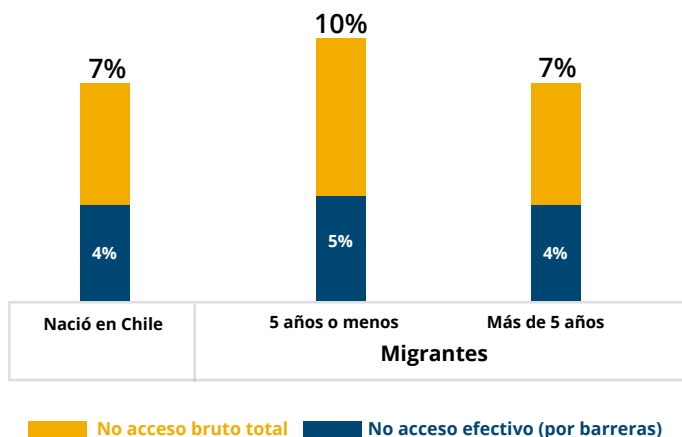
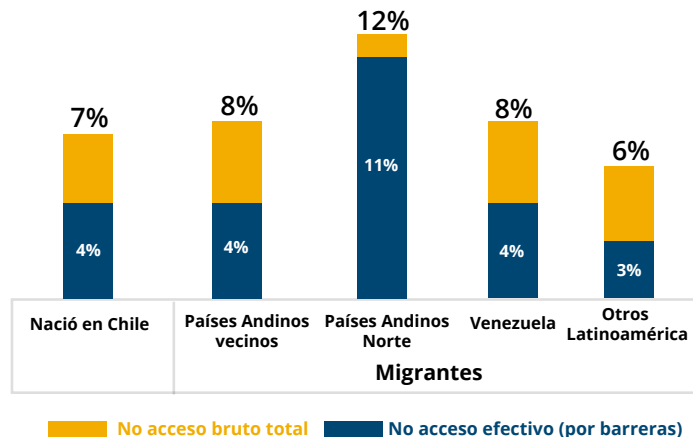


Gráfico 21. Porcentaje de no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente en chilenos/as y migrantes, según **país de nacimiento**, identificando existencia de barreras



Fuente: Análisis desde SJM a partir de Encuesta Casen 2020

Ahora procederemos a ver cómo esto varía según diferentes **rasgos de los flujos migratorios**. En ese sentido, el **Gráfico 20** expone que mientras un 10% de los extranjeros con cinco años o menos de residencia en Chile no asistió a atenciones o consultas médicas, en los migrantes con más de ese período de asentamiento la distribución se asimila a los nacidos en Chile, donde en ambos casos un 7% no accedió a consultas o atención médica en caso de un problema de salud. En quienes no accedieron debido a barreras no se dan grandes diferencias según el tiempo en Chile.

Se ha reportado en vastos estudios que aquellos migrantes que llevan más tiempo residiendo en el país receptor presentan más redes de apoyo, mayor información y en niveles más altos situación migratoria regular que aquellos que han llegado recientemente al país. La Encuesta Voces Migrantes (2021), deja ver que, mientras el 88% de quienes llevan más de 2 años en Chile poseen permiso de residencia vigente, ello disminuye a un 52% en los que tienen 2 años o menos de residencia. Todos estos elementos se han identificado en la literatura como barreras en el acceso a la salud (Benítez y Velasco, 2019; Covarrubias y Toro, 2021; Obach et al., 2020). A esto se le agregan las políticas y discursos de autoridades que criminalizan la migración irregular (Liberona, 2021), los que generan más barreras en el acceso a la salud, como el temor de acudir a un establecimiento de salud (Obach et al., 2020).

Para finalizar, es importante recalcar que en cuanto a países de nacimiento (**Gráfico 21**), quienes tuvieron menos acceso a consultas fueron las personas migrantes provenientes de Ecuador y Colombia (andinos norte) en los cuales un 12% no accedió, y un 11% no lo hizo debido a barreras. En los demás orígenes predominantes es más cercana la distribución a la población nacida en Chile.

5.- CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Se observa, entonces, **cómo situaciones de vulnerabilidad afectan el acceso a salud, tanto de chilenos/as como migrantes, siendo más intenso el efecto de estas situaciones en los segundos**. En esta línea, el presente informe se propone como instrumento a tener en cuenta para la generación de políticas migratorias, más aún de cara a la implementación de la nueva Ley de Migración y Extranjería (21.325) y la subyacente Política Nacional de Migración.

Por un lado, se pudo observar, a pesar de una mayor asimilación que en años anteriores en el modo de acceder a protección en salud, una menor adscripción al sistema previsional en personas migrantes (un 11% no tiene) que en chilenas (4%). Ahora bien, también es importante relevar que la menor adscripción en extranjeros que locales se da independiente del sexo, tramo de edad, región de residencia y decil de ingresos. Resaltan los menores niveles de acceso a previsión de salud -en comparaciones a los/as chilenos/as- en migrantes menores de 29 años y mayores de 60 (siendo menor la diferencia en el tramo de 30 a 59 años), en aquellos que habitan en el norte grande (donde un 16% no está adscrito a previsión) y en los deciles de menores ingresos. Es más intenso también el no acceso a previsión en quienes llevan cinco años o menos en Chile, comparado a quienes llevan más tiempo. Finalmente, como aproximación a la presencia de redes de apoyo institucionales, el porcentaje más alto de extranjeros sin previsión de salud se observó en aquellos que durante 2020 no recibieron ningún tipo de subsidio público.

Asimismo, es mayor en migrantes que chilenos/as el porcentaje que no accedió a consultas y atenciones médicas debido a enfermedades, aunque es similar el porcentaje que no asistió a dichas prestaciones debido a barreras reportadas y captadas desde Casen. De igual modo, es más intenso el no acceso a consultas médicas en los migrantes que habitan en el norte grande de Chile. También, se elevan los índices de no asistencia a consultas y atenciones, tanto en chilenos como migrantes que no poseen empleo formal y en quienes no poseen previsión de salud, siendo en ambos casos más crítica la situación en los/as extranjeros/as.

Como primer punto de reflexión, se pueden abordar los mayores grados de inclusión en 2020 comparado con años anteriores. Esto se observa con los menores índices de no adscripción al sistema previsional y de no acceso a servicios de salud en migrantes comparado a las mediciones 2015 y 2017. Detrás de esto, encontramos explicaciones políticas, administrativas y contextuales. El nuevo panorama migratorio hacia Chile, que aumentó más exponencialmente desde 2015, se encontró con una legislación desactualizada en la materia operando (Decreto Ley N° 1.094), con una institucionalidad poco robusta y con tramitaciones de permisos de residencia lentos y engorrosos. Así, muchas personas que ingresaban dentro de este nuevo proceso migratorio entraban con visa de turismo, y luego, debido a distintas razones -entre ellas la baja capacidad institucional- no lograban cambiar a un estatus de residencia, quedando en situación irregular. Ello afectaba en demasía su acceso a derechos, dentro de éstos el de salud.

Debido a lo anterior, desde 2018 se implementaron medidas administrativas para abordar la situación descrita, por medio de la imposición de mayores requisitos a personas provenientes de flujos migratorios que hayan aumentado más exponencialmente, dentro de éstos personas de Haití y Venezuela. A éstos últimos se les exige desde 2018 y 2019 respectivamente una visa consular para ingresar como turistas, la que no permite luego ser cambiada a otro estatus migratorio. Para poder residir en el país, ambos orígenes deben adquirir una visa consular de residencia. Ello disminuyó tanto la cantidad total de extranjeros que ingresaron a Chile (lo que se intensificó luego con la pandemia y cierre de fronteras), como quienes llevan menos tiempo residiendo, dentro de los cuales se encontraban quienes no lograban regularizar su situación migratoria luego de su visa de turismo, con la consecuente afectación de derechos. De igual modo, se abordó mayormente este punto con las medidas administrativas en materia migratoria, descuidando otros. Ello debido a que en muchas ocasiones los migrantes que no lograban adquirir visas consulares, ni medidas de protección internacional, ingresaron a Chile por pasos fronterizos no habilitados quedando posteriormente irregulares. Ello llevó a aumentos sin precedentes de ingresos por pasos no habilitados: si en 2017 se registraron 2.905, en 2019 fueron 8.048, y en 2021 se cifraron en 56.856.¹² Así, este tipo de ingreso precario aumentó desde 2019 con las medidas migratorias, se intensificó desde 2020 con la pandemia y cierre de fronteras, y es importante ponerle atención: muchos de quienes ingresaron de ese modo, como se puede ver en Anexo N°1, pueden quedar fuera del marco muestral de la Casen al residir en campamentos o viviendas colectivas, no siendo considerados en esta medición.

Es importante no omitir las brechas que aún se dan en quienes llevan menos tiempo en Chile, dado que se ha estudiado que en personas con menor tiempo de asentamiento hay una menor cantidad de redes, información, capital económico, como también mayores índices de irregularidad (Benítez y Velasco, 2019; Fuentes y Vergara, 2019), lo que afecta el acceso a derechos.

También es importante exponer, que, la mayor cantidad de migrantes hoy, proviene de Venezuela, flujo que, como vimos en el segundo número de esta línea de informes (SJM y Educación 2020, 2021) posee una gran proporción de personas con educación superior (casi el 70% de dicha comunidad). Si bien el nivel educacional se ha reportado que no asegura las mismas oportunidades en migrantes que en los/as locales con iguales condiciones, si hemos observado que facilita el acceso a derechos y oportunidades de vida más básicas, como menores índices de pobreza, desempleo y como vemos acá, mayor acceso a protección en salud.

¹² Datos analizados desde SJM a partir de información solicitada por Ley de Transparencia a Policía de Investigaciones

Lo anterior nos lleva a la necesidad de una migración segura, ordenada, regular efectiva, y también informada, que aborde tanto la situación de quienes ingresan como turistas y luego quedan en situación irregular, como también quienes llegan a una situación administrativa irregular por ingresar por pasos no habilitados. Para esto resulta elemental abordar la migración -en un marco de globalización-, de manera internacional, con acciones como firmar el Pacto Mundial por una Migración Segura, Ordenada y Regular, y generar iniciativas de información entre países de destino de migración, pero también con los países de origen. En este marco de cooperación, es importante tener en cuenta las crisis humanitarias que llevan a que muchas personas, por razones de supervivencia, abandonen sus países de origen. Para ello, es crucial utilizar los instrumentos vigentes de cada país -en el caso de Chile la Ley que establece disposiciones sobre protección de refugiados (20.430)- para regularizar la situación de quienes requieren protección internacional (SJM, 2022).

Finalmente, y más centrado en la identificación de barreras para el acceso a salud, es importante relevar que en muchas ocasiones pueden darse situaciones que no quedan categorizadas en las mediciones de Casen netamente como barreras de acceso -es decir como situaciones ajenas a la voluntad- (MDSF, 2021, p.27). En este ámbito, se reportan desde la experiencia del equipo del SJM, que acompaña personas migrantes y refugiadas cotidianamente, situaciones como: carencias de información por parte de muchos usuarios migrantes sobre el proceso de acceso a salud en Chile, falta de canales oficiales de orientación y redes de apoyo, dar prioridad a aspectos laborales y situaciones de discriminación en centros de salud reportadas que pueden inhibir el acceso. Si bien todas estas razones pueden ser categorizadas como parte de la voluntad de la persona de no asistir a salud, no por ello se deben invisibilizar, y, por supuesto, deben abordarse para asegurar un acceso a salud universal y digno para todas y todos.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday LA, y Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 9:208-20.
- Andersen R, Davidson P, y Ganz P. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services re-search and other health research. Qual Life Res 3:365-71.
- Andersen R, y Newman J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 51:95-124.
- Araya, N. (2018). La Influencia del Proceso Psicosocial en las dinámicas de Aprendizaje de los Adolescentes Migrantes ¿Qué elementos se deben considerar? Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de:
<http://www.sjmchile.org/wp-content/uploads/2018/09/araya-n-2018-la-influencia-del-proceso-psicosocial-en-las-dinamicas-de-aprendizaje-de-los-adolescentes-migrantes.pdf>
- Arrivillaga, M. y Borrero, Y. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- Benítez, A. y Velasco, C. (2019) Desigualdades en salud: Brechas de Acceso y uso entre locales y migrantes. En I. Aninat y R. Vergara (Eds.), Inmigración en Chile: una mirada multidimensional (p.191-236). Fondo de Cultura Económica.
- Cabieses, B., Bernaldes, M. y McIntyre AM. (2017). La inmigración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo (UDD).
- Cabieses, B (2019) Migración y Salud: Un proceso complejo y multidimensional. En N. Rojas y J. Vicuña (Eds.), Migración en Chile: Evidencia y mitos de una nueva realidad (p.27-45). LOM Ediciones
- Cabieses, B. y Blukacs, A. (2020). Reforzar el acceso a la salud en el contexto de Covid-19 en migrantes recién llegados a Chile. Carta al editor. Rev Chil Salud Pública 2020,Vol 24(2) 166-166.
<https://bit.ly/3fv6cgE>
- Cabieses, B. y Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. Rev. Saúde Pública 54.
<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
- Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (2021) Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo (UDD).
<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- Calderón, F. y Saffirio, R. (2017) Avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM, en B. Cabieses, M. Bernaldes, y A. McIntyre (coords.), La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para política pública. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.

Cao Y, Liu R, Qi W, y Wen J. (2020) Spatial heterogeneity of housing space consumption in urban China: Locals vs. inter-and intra-provincial migrants. *Sustainability*. 12(12), 1–26.

<https://doi.org/10.3390/su12125206>

Castles, S. (2010). Understanding global migration: A social transformation perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1565-1586.

<https://doi.org/10.1080/1369183x.2010.489381>

Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y Departamento de Economía de la Salud (DESAL) (2014). Cobertura Universal en Salud. Memorias V Foro Andino de Salud y Economía. <https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/1227/MEMORIAS-V-FORO-ANDINO-SyE-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Se%20define%20Cobertura%20Universal%20en,les%20exponga%20a%20dificultades%20financieras>. (accedido el 12/27/2021).

Cooperativa (14 de febrero de 2021) Allamand y polémica por vacunación de migrantes: "Debí ser más claro para explicar". Cooperativa.

<https://cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/allamand-y-polemica-por-vacunacion-de-migrantes-debi-ser-mas-claro/2021-02-14/112819.html>

Covarrubias, S. y Toro, M. (2021). Principales barreras para el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes internacionales de la comuna de El Bosque. Fundación Educación Popular en Salud – EPES.

Frenz P, y Vega J. (2010). Universal health coverage with equity: what we know, don't know, and need to know. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research.

<https://www.google.com/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Universal+health+coverage+with+equity:+what+we+know,+don%27t+know,+and+need+to+know> (accedido el 12/27/2021).

Fuentes, A. y Vergara, R. (2019). Los inmigrantes en el mercado laboral. En I. Aninat y R. Vergara (Eds.), *Inmigración en Chile: una mirada multidimensional* (p.65-100). Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica

Instituto Nacional de Estadísticas, INE, y Departamento de Extranjería y Migración, DEM (2021) Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Informe de resultados: desagregación regional y comunal, Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2021/08/Estimacio%CC%81n-poblacio%CC%81n-extranjera-en-Chile-2020-Metodologi%CC%81a.pdf>

Liberona, N. (2021). Especialista en migración cuestiona discurso del Mandatario sobre la materia: "Es una política que está matando a las personas" / Entrevistado por Martínez, A. *Diario Uchile*. (accedido el 12/27/2021).

Ministerio de Desarrollo Social y Familia, MDSF (2021a). Análisis de carencias de la Pobreza Multidimensional en pandemia.

http://observatorio.ministeriodesarrollsocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/210707_Carencias_PM_Casen_en_Pandemia_2020.pdf

Ministerio de Desarrollo Social, MDSF (2021b) Casen en Pandemia 2020: Medición de indicadores de carencia de Pobreza Multidimensional en pandemia. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Nota_tecnica7_Desempeno_del_Trabajo_Campo_Casen_en_Pandemia_2020.pdf

Ministerio de Salud, Minsal (2017). Política de Salud de Migrantes Internacionales. <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633> (accedido el 12/27/2021).

Ministerio de Salud, Minsal (15 de enero de 2019). Salud del Inmigrante. <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/> (accedido el 12/27/2021).

Obach, a., Hasen, F., Cabieses, B., D'Angelo, C. y Santander, S. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.175>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1 de junio de 2021) La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> (accedido el 12/27/2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (29 de diciembre de 2017). Salud y derechos humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (accedido el 12/27/2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Ramírez-Santana, M., Rivera Humeres, J., Bernales Silva, M., & Cabieses Valdés, B. (2019). Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. Migraciones internacionales, 10, 2005. Epub 01 de enero de 2019. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i36.2005>

Roessler, P., Soto, T y Cabieses, B. (2021) Factores asociados a no realizar cuarentena por COVID-19 en población venezolana residente en Chile. Medicina Clínica y Social. 5(3), 123-130. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i3.180>

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM (2021a) Casen y Migración: Una caracterización de la pobreza, el trabajo y la seguridad social en la población migrante (Informe N°1). Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM (2021b). Migración en Chile. Anuario 2020. Medidas Migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia (N°2). Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM y Educación 2020 (2021). Casen y Migración: Educación, Formación y Acceso a oportunidades: desafíos aún pendientes (Informe N°2). Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>

Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC) y Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo (Proessa) (2021) Condiciones de vida y acceso a salud de migrantes residentes en comunas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente- Universidad del Desarrollo (UDD).

Soto, C. (2021). Chile: donde a pesar de la pandemia, el estatus migratorio sigue valiendo más que la salud. Centro de Estudios de la Realidad Social (CERES).

<https://ongceres.cl/2021/04/29/chile-donde-a- pesar-de-la-pandemia-el-estatus-migratorio-sigue-valiendo-mas-que-la-salud/> (accedido el 12/27/2021).

Tanahashi T. (1978) Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Orga. 56:295-303.

Urquizar, J. (2020). Discriminación de género en el sistema de Isapres en Chile [Tesis para optar al grado de Magíster en economía aplicada. Universidad de Chile]

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/175232/-Discriminacion-de-genero-en-el-sistema-de-Isapres.pdf?sequence=1>

Urzúa, A. y Cabieses, B. (2018). Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. Cuad Méd Soc (Chile). 58 (4).

Voces Migrantes (2021). Tiempo en Chile y situación de irregularidad. Recuperado de la base de datos de la Encuesta Voces Migrantes realizada por Servicio Jesuita a Migrantes y Consultora Ekhos.

Zepeda, C. y González, M. (2019). Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. Salud y Sociedad. Latin American Journal on Health & Social Psychology 2019, VOL 10, N° 02, 188-204, DOI: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012.

6.- ANEXO

6.1 Anexo 1: Notas técnicas sobre la utilización de Casen para análisis de población migrante

Es importante destacar los alcances de la realización de estudios migratorios a partir de la Encuesta Casen 2020. A continuación presentamos una síntesis de los aspectos a considerar al momento de utilizarla para la caracterización de la población migrante que deviene de tres fuentes: lo que desde el Área de Incidencia Pública y Estudios del SJM hemos detectado durante el análisis; conversaciones con funcionarios/as del Ministerio de Desarrollo Social y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) involucrados en los procesos de elaboración, muestreo y reporte de la Encuesta Casen 2020 en Pandemia, y conversaciones con académicos/as expertos/as, a quienes se destaca en los agradecimientos.

A continuación, ponemos a disposición del público ciertas **limitaciones** que pueden mostrar los resultados acá expuestos (al trabajar desde la mencionada Encuesta), pero también los **aportes** que implica generar conocimiento en cuanto a temas de migración y movilidades humanas desde la Encuesta Casen, ambos disponibles en el siguiente esquema:

Limitaciones	Aportes
Falta de preguntas claves para comprender las condiciones de vida de la población migrante, como es la situación migratoria.	Mejor encuesta disponible para conocer las condiciones de vida de la población migrante en comparación con la población local.
El marco muestral de la Encuesta Casen no considera viviendas colectivas ni campamentos.	Presenta un muestreo probabilístico reconocido.
Potencial subcobertura de la población migrante, debido a que, aun cuando existió una primera etapa de pre-contacto presencial, la aplicación de la Encuesta Casen 2020 en Pandemia fue telefónica. Posibles temores a responder encuesta y rol de diferencia idiomática	Si bien la Encuesta Casen 2020 en pandemia presenta un desempeño de terreno más bajo que encuestas Casen anteriores, al compararla con otras encuestas realizadas en pandemia, tuvo un desempeño "satisfactorio" (Mideso, 2021a).
Dicha subcobertura se observa al comparar los resultados que expone la encuesta Casen (utilizando factor de expansión regional), que no concuerdan con la estimación de personas extranjeras residentes en Chile para 2020 (INE y DEM, 2021).	El N total de encuestados/as en CASEN 2020 es muy grande, más que cualquiera de las otras encuestas: 185.437 personas. Además, se llegó a 62.911 hogares.
El factor de expansión regional no considera en su elaboración como variable el país de nacimiento de las personas encuestadas.	Se alcanzó a 8.857 encuestados/as nacidos/as fuera de Chile en 2020.
Se pierde precisión al desagregar por categorías más específicas, como país de nacimiento o región, por ello, en ambos casos se optó por agrupar dichas variables en categorías más grandes.	Se alcanzó a 3.934 hogares migrantes en 2020. ⁷
Dada la modificación del cuestionario en 2020, producto de la pandemia, la pregunta de asistencia escolar pierde comparabilidad con años anteriores, al tener que formularse acorde al contexto de educación remota.	

⁷ Entendemos por hogares migrantes en este estudio a aquellos donde el/la jefe/a de hogar y/o su esposo/a-pareja nacieron fuera de Chile

6.2 Anexo 2: Forma de categorizar variables

Tabla A2.1. Categorización adscripción sistema previsional de salud

Categorías preguntas 2015 y 2017 (s12. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?) Nivel de calificación	Categorías disponibles en Preguntas 2020 (s13. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?)	Categorías ocupadas en el análisis de este estudio
1. Sistema Pública FONASA Grupo A; 2. Sistema Pública FONASA Grupo B; 3. Sistema Pública FONASA Grupo C; 4. Sistema Pública FONASA Grupo D; 5. Sistema Pública FONASA No sabe grupo	1. Sistema Pública FONASA	1. FONASA (modelo público)
6. FF.AA. y de Orden; 9. Otro Sistema	2. FF.AA. y de Orden; 5. Otro Sistema	2. FF.AA. y de Orden u Otro Sistema
7. ISAPRE	3. ISAPRE	3. ISAPRE
8. Ninguno (Particular)	4. Ninguno (Particular)	4. Ninguno (Particular)

Tabla A2.2. Categorización de no acceso a consultas y atención médica

No acceso bruto o total: Porcentaje de personas que, teniendo enfermedades o accidentes en los últimos tres meses, no accedieron a consultas o atención (aún teniendo dichos problemas de salud).

No Acceso efectivo: Guiándonos por MDSF (2021a, p.27), es el Porcentaje de personas que, teniendo una enfermedad o accidente, no accedieron a consulta debido a las siguientes razones: “i) pensó en consultar, pero no tuvo tiempo; ii) pensó en consultar, pero no tuvo dinero; iii) pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención; pidió hora, pero no la obtuvo”. Además para 2020 se agregan nuevos motivos de no acceso relacionados a la pandemia por Covid-19: “i) Prefirió no consultar por temor al contagio de COVID-19; ii) No contaba con permiso para asistir pues su comuna estaba en cuarentena; iii) Su consulta o atención fue cancelada debido a la emergencia del Covid-19; iv) El especialista o establecimiento de salud no estaba atendiendo debido a cuarentena.” (MDSF, 2021, p. 7). Así el no acceso efectivo mide quienes no asistieron a atenciones o consultas por razones ajenas a su voluntad o preferencia.

Aclarar que se consideran como razones no ajenas a la voluntad, es decir, no se consideran como barreras las siguientes razones: i) No lo consideró necesario, así que: a) no hizo nada, b) tomó remedios caseros, c) prefirió consultar a un especialista en medicina alternativa, d) prefirió buscar atención de medicina indígena fuera del consultorio o posta, e) prefirió acudir a la medicina natural u homeopática; y ii) Consiguió hora, pero: a) todavía no le toca, o b) no la utilizó.

Tabla A2.3. Categorización de regiones, según macrozona geográfica a la que pertenecen

REGIÓN DEL PAÍS	MACROZONA GEOGRÁFICA
Arica y Parinacota	Norte Grande
Tarapacá	Norte Grande
Antofagasta	Norte Grande
Atacama	Norte Chico
Coquimbo	Norte Chico
Valparaíso	Zona Centro
Metropolitana	Zona Centro
O´Higgins	Zona Centro
Maule	Zona Centro
Ñuble	Zona Sur
Biobío	Zona Sur
La Araucanía	Zona Sur
Los Ríos	Zona Sur
Los Lagos	Zona Sur
Aysén	Zona Austral
Magallanes	Zona Austral

Tabla A2.4. Categorización de empleos según nivel de calificación

Es relevante señalar que, para crear la variable de “lugar de nacimiento”, se realizó una categorización por criterio significativo, asociado al tiempo promedio que llevan habitando Chile dichos colectivos, su ubicación geográfica y nivel de desarrollo económico. Así, se separa por: a) países andinos vecinos (dónde está Perú y Bolivia); b) países andinos norte (Colombia, Ecuador,); c) Venezuela (que pudo quedar por separado tanto por la relevancia de este origen, como también por la presencia de un N suficientemente grande); d) Otros de Sudamérica (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay); e) Centroamérica (primordialmente representado por personas haitianas, dominicanas, cubanas, mexicanas, entre otras que provienen de Centroamérica) y; f) provenientes de Europa y Norteamérica. Dado el bajo número de casos, en esta división por países no se consideró a los/as nacidos/as en África, Asia y Oceanía, sin perjuicio de que se mantienen presentes en el análisis agregado al diferenciar migrantes de chilenos. Por temas de menor N en la Encuesta Casen para los análisis de personas entre 4 y 18 años (educación escolar) y sobre todo en los de personas de entre 19 a 24 años, es que, en dichos apartados, las categorías se redujeron a: países andinos vecinos; países andinos norte; Venezuela; y otros Latinoamérica.