

CAPÍTULO V  
DESIGUALDADES EN SALUD:  
BRECHAS EN ACCESO Y USO ENTRE  
LOCALES E INMIGRANTES

*Alejandra Benítez\*, Carolina Velasco\**

RESUMEN

En este capítulo se estudia la cobertura de esquemas previsionales de salud y el uso de servicios de salud de la población inmigrante y se compara con la población local en Chile. Se encuentra que para un inmigrante la probabilidad de estar afiliado a algún esquema (Fonasa, Isapres u otros) es de alrededor de 80 por ciento para quienes llevan un año o menos en el país. Sin embargo, esta proporción aumenta con el tiempo, alcanzando niveles similares a los de la población local (97,5 por ciento). Respecto del uso de los servicios de salud, los hallazgos muestran que, a igualdad de condiciones, los inmigrantes usan menos las consultas médicas y consecuentemente los exámenes (que derivan casi en su totalidad de las consultas). A la vez, se encuentra que diferencias en características aumentan la brecha en utilización de dichos servicios. Por ejemplo, los inmigrantes tienen menor cantidad de redes de contacto. Estos resultados reflejan posibles barreras de acceso al sistema.

---

N. de las A.: Se agradece la colaboración de Andrés Hernando en el desarrollo de la estrategia empírica del capítulo. Agradecemos también el apoyo del Departamento de Estudios de Fonasa y del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por la cooperación con el análisis de datos.

\* Centro de Estudios Públicos (CEP).

## 1. INTRODUCCIÓN

La experiencia internacional ha puesto en evidencia que existen desigualdades en el acceso y uso de los sistemas de salud entre los inmigrantes y la población local del país donde residen. Las brechas persisten aun cuando se corrige por características socioeconómicas, acceso a cobertura financiera por parte de esquemas previsionales y variables relacionadas con el estado de salud. Es decir, a igualdad de condiciones, la población inmigrante tiene menor contacto con profesionales de la salud, lo que se refleja en que, comparada con la población local, es menor la proporción de inmigrantes que utiliza prestaciones preventivas y curativas, con el consecuente efecto que esto tiene en el estado de salud (McDonald y Kennedy 2004, Bustamante et al. 2010, Hasanali 2015, Fadnes et al. 2016, Syse et al. 2018). Ello, a su vez, impacta en otros aspectos como su bienestar, capacidad de trabajo y calidad de vida. Adicionalmente, se ha encontrado que este fenómeno se da en mayor medida durante los primeros años desde la llegada al país y, en especial, entre quienes tienen menor manejo del lenguaje del país de acogida (McDonald y Kennedy 2004, Wu et al. 2005, Lebrun 2012, Hasanali 2015).

En Chile, la población inmigrante ha tenido un fuerte crecimiento en los últimos años. Las estadísticas muestran que esta población es de menor edad promedio, mayor nivel educativo y mayor nivel de ingreso que la población local (ver Fuentes y Hernando en este volumen), variables que se relacionan con un mejor estado de salud (Grossman 1972, Henríquez y Velasco 2015). En línea con lo anterior, los datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2017 revelan mejores niveles del estado de salud autopercebido por parte de la población inmigrante<sup>1</sup>, como se observa en el Cuadro V.1.<sup>2</sup> Consecuentemente, se observa también que la proporción de población que dice haber necesitado atención en salud durante los últimos tres meses y la que tiene alguna discapacidad permanente son menores en inmigrantes que en locales. Esto se relaciona con la teoría del migrante sano, que sostiene que quienes emigran de un país son, en general, aquellos que tienen mejor estado de salud (Organización Internacional de Migración 2006).

<sup>1</sup> La identificación de inmigrante en este capítulo se realiza a partir del país de nacimiento de los individuos. Para ello, la encuesta CASEN utiliza la siguiente pregunta: Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?

<sup>2</sup> Esta variable ha demostrado estar relacionada con la tasa de mortalidad incluso después de ajustar por otros determinantes del estado de salud, como ingreso y nivel educacional. La teoría muestra que el indicador podría contener información sobre historia de salud pasada y familiar, desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud y otras dolencias que solo cada individuo percibe (Idler y Benyamini 1972, Mossey y Shapiro 1982, Kaplan y Camacho 1983, Jylhä 2009).

CUADRO V.1. *Estado de salud según procedencia de la población*

	<i>Local</i>	<i>Inmigrante</i>
Reporte estado de salud	5,8	6,1***
Necesidad de atención últimos tres meses (%)	19,9	14,9***
Discapacidad permanente (%)	12,0	5,9***

Nota: “Reporte de estado de salud” corresponde a un indicador que viene de la siguiente pregunta: Del 1 (muy mal) al 7 (muy bien), ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual? “Necesidad de atención” corresponde a la proporción de la población que dice haber necesitado atención médica por algún problema de salud en los últimos tres meses. El indicador de “discapacidad permanente” considera la proporción de la población que presenta condiciones de dificultad física y/o mental. Los asteriscos indican diferencia estadísticamente significativa con respecto a la población no inmigrante: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

Respecto del acceso de esta población al sistema de salud en Chile, Cabieses et al. (2017b) y Pezoa y Debrott (2018), a partir de datos de la encuesta CASEN 2013 y 2015 respectivamente, muestran que la cobertura de esquemas previsionales en salud es de entre 80 y 85 por ciento en los inmigrantes y cerca de un 97 por ciento en los locales. La falta de protección dificulta el acceso a los servicios de salud por parte de los individuos, quienes deben costear la totalidad de las prestaciones, constituyendo así una barrera para el acceso a una atención oportuna. Sin embargo, otros factores podrían tener también un efecto en los niveles de uso por parte de los inmigrantes. Entre ellos, la falta de información respecto al sistema de salud y a cómo acceder a las prestaciones, diferencias culturales entre ambas poblaciones, reticencia en los inmigrantes para acercarse a los centros de salud por miedo a ser discriminados o la tendencia a posponer su cuidado cuando hay otras necesidades urgentes, como encontrar trabajo o vivienda.

En este capítulo se estudian las diferencias en Chile en el acceso a previsión en salud y el uso del sistema de salud por la población inmigrante en comparación a los locales a partir de datos de la encuesta CASEN entre 2006 y 2017.

En cuanto al acceso a protección financiera en salud,<sup>3</sup> se estudia si existen diferencias en cobertura según la cantidad de años desde la llegada al país.

Los resultados encontrados indican que en 2017 un 15,8 por ciento de la población inmigrante en Chile no contaba con previsión en salud, proporción que varía de manera importante si se compara según los años de

<sup>3</sup> A lo largo del capítulo se habla indistintamente de esquemas previsionales en salud, previsión en salud, protección financiera en salud.

llegada al país. El tiempo desde la llegada muestra ser un determinante de la afiliación a seguros de salud. Parte importante de los inmigrantes se encuentra sin previsión en salud durante el primer año, proporción que disminuye fuertemente luego del segundo o tercer año desde la llegada. Este hecho coincide con que la visa temporaria en Chile se expide por un año con posibilidad de renovación hasta completar dos años. Luego, el inmigrante debe solicitar la permanencia definitiva (o abandonar el país), para lo que se le exige la entrega de documentación que acredite actividad o fuente de ingresos. En caso de acreditar contar con un contrato de trabajo<sup>4</sup> se debe presentar un certificado histórico de las cotizaciones de salud y pensiones del último año.

Con respecto al uso de los servicios de salud, se evalúa si existen diferencias en la probabilidad de utilización entre ambas poblaciones. Respecto de quienes están ocupados, se encuentran diferencias entre inmigrantes y locales, siendo los primeros quienes presentan menor probabilidad de asistir a una consulta médica, realizarse un examen o encontrarse hospitalizados. La mayor parte de esta brecha (la totalidad en el caso de exámenes y hospitalización) se origina en el hecho de que la población inmigrante es distinta a la población local. En particular, son relevantes las diferencias en edad entre las poblaciones, percepción de necesidad de atención y cantidad de redes de contacto. Esta última puede reflejar barreras de acceso para la atención. Adicionalmente, en las consultas médicas existe una parte que no se explica porque las poblaciones sean distintas en características que determinan el uso de servicios de salud (5 puntos porcentuales de un total de 13 de diferencia). Ello evidencia que existen otras variables que van más allá de las características socioeconómicas y demográficas que podrían estar afectando el acceso de los inmigrantes al sistema de salud, como, por ejemplo, la falta de información respecto al sistema de salud chileno y cómo acceder a él, o el miedo a un trato discriminatorio por parte de los locales.

Adicionalmente, al final del capítulo, se analizan dos temas relacionados con el aporte de la población inmigrante al sistema de salud chileno. En primer lugar, se encuentra que en los últimos años ha habido un alza en la cantidad de técnicos y profesionales de la salud inmigrantes, especialmente médicos, hecho que puede significar un aporte en un país donde existe un importante déficit, especialmente, en algunas regiones. En segundo lugar, se analiza la contribución de los inmigrantes y locales al sistema de salud, a través de cotizaciones, encontrándose que sus aportes son similares.

<sup>4</sup> Los documentos alternativos que se solicitan para la obtención del permiso de residencia definitiva son aquellos que acrediten que el solicitante posee otra fuente de ingreso: trabajadores por cuenta propia, inversionistas-rentistas, jubilados o inmigrantes que sean sostenidos económicamente por su cónyuge, padres o hijos. Ver en más detalle en: <https://www.extranjeria.gob.cl/vivir-en-chile/permanencia-definitiva/> (consultada el 30 de abril de 2019).

Este capítulo se estructura de la siguiente forma: La siguiente sección (sección 2) analiza la evolución de la normativa en cuanto al acceso al sistema de salud de la población inmigrante en Chile. La sección 3 presenta el análisis sobre la cobertura de previsión en salud (3.1) y uso de servicios de salud (3.2). Este último se desagrega, a su vez, en cinco temas: uso de servicios de salud, inmigración como determinante del uso, variación en uso según tiempo desde la llegada, análisis de egresos hospitalarios y resumen de los hallazgos. La sección 4 exhibe un análisis adicional acerca de dos aportes de la población inmigrante al sistema de salud chileno: profesionales de la salud (4.1) y contribuciones financieras (4.2). Por último, la sección 5 concluye con propuestas de política pública y comentarios finales.

## 2. LEGISLACIÓN Y POLÍTICA PÚBLICA

A partir de la creciente llegada de inmigrantes a nuestro país, desde 2003 se ha comenzado a normar su acceso al sistema de salud. En un principio, el enfoque estuvo puesto en mujeres embarazadas, a través de la creación de visas de residencia temporarias para dicho grupo<sup>5</sup>. Ello les permite inscribirse en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y en el consultorio que corresponde a su domicilio y así acceder a todas las prestaciones otorgadas por Fonasa.

En 2008 se aprobó un convenio de colaboración técnica entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Ministerio del Interior) y el Ministerio de Salud (Minsal),<sup>6</sup> con el que se acordó hacer las gestiones necesarias para que los menores de 18 años también puedan acceder a residencia temporaria, independiente de la situación migratoria de sus padres o tutores legales. Además, a partir de este convenio se otorgó el derecho a atención médica de urgencia a extranjeros, independiente de su situación migratoria.

Si bien durante ese período se avanzó en el acceso a la salud de grupos prioritarios, incluso cuando se encontraran en situación irregular, la normativa se enfocó en la atención en salud a través de la tenencia de permisos de residencia. En los años posteriores se empezó a reformular la normativa con el objetivo de dar acceso a inmigrantes que aún no tuvieran dicho permiso. De esta manera, en 2014 se estableció un convenio de colaboración entre el Ministerio del Interior y Fonasa<sup>7</sup> que permitió acceder a prestaciones de

<sup>5</sup> Oficio Circular N° 1779/2003. Desde el Departamento de Extranjería (DEM) del Ministerio del Interior, esta práctica parte en 2002 con un plan piloto para el Servicio de Salud Sur en la Región Metropolitana. El beneficio se amplía a mujeres embarazadas con permiso de residencia vencido, a partir del Oficio N° 6232.

<sup>6</sup> Resolución exenta N° 1914/2008.

<sup>7</sup> Resolución exenta N° 6410/2014.

Fonasa a quienes solicitaban residencia por primera vez, prórroga o cambio de categoría migratoria, mientras se encontraban en espera de resolución.

Por otro lado, el Oficio Circular A15 N°6 de 2014 del Minsal entregó instrucciones a los servicios de salud para desvincular la atención de salud de la situación migratoria de mujeres en estado de embarazo y postparto hasta 12 meses desde el parto, menores de 18 años y casos de urgencia. También estipuló que los prestadores solo podrían cobrar cuando el paciente declarara que se encontraba en situación de pagar por las prestaciones recibidas. Junto con lo anterior se agregó la atención de prestaciones de salud pública a dicho grupo.<sup>8</sup>

En 2015 se avanzó en desligar la atención de salud de la tramitación para obtener residencia. Así, el Decreto Supremo N° 67 añadió una nueva circunstancia para acreditar a personas como carentes de recursos e indigentes en Fonasa: ser inmigrantes sin documentos o permiso de residencia, previa certificación de carencia de recursos.<sup>9</sup> Ello les permite incorporarse al grupo A de Fonasa.<sup>10</sup> Este hecho implica que Fonasa entrega recursos a la Atención Primaria de Salud (APS) y al nivel hospitalario por la atención de este grupo.<sup>11</sup>

Adicionalmente, en 2015 se publicó el Plan Piloto de Salud de Inmigrantes del Minsal, intervención que tuvo como objetivo levantar información acerca de las barreras de acceso a salud de la población inmigrante y plantear puntos críticos en los que se debe poner énfasis para superar dichas barreras. El piloto se implementó en cuatro ciudades: Arica, Iquique, Antofagasta y Santiago. En esta última, específicamente en las comunas de Recoleta y Santiago.

Uno de los temas más recurrentes que surgieron de dicho levantamiento tiene que ver con la calidad de la atención a personas inmigrantes, particularmente situaciones de malos tratos, en especial en atenciones de urgencia y en el nivel hospitalario, llegando incluso al cobro por prestaciones que son gratuitas para esta población.<sup>12</sup> Se identificaron además los subgrupos más vulnerables dentro de tal grupo: niños, adultos mayores, minorías sexuales, indocumentados, personas que no hablan español, afrodescendientes

<sup>8</sup> Anticoncepción de emergencia, vacunas, enfermedades de transmisión sexual, educación sanitaria, entre otros.

<sup>9</sup> Modifica el Decreto Supremo N° 110 de 2014 que fija las circunstancias para acreditar a personas como carentes de recursos e indigentes, quienes son beneficiarios del grupo A de Fonasa.

<sup>10</sup> La población beneficiaria de Fonasa se divide en cuatro grupos según nivel de ingresos y cantidad de cargas de los cotizantes. Al grupo A pertenecen los grupos carentes de recursos, financiados con recursos estatales.

<sup>11</sup> Véase <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>.

<sup>12</sup> Política de Salud Migrantes Internacionales (2017), véase en <https://bit.ly/2O3l4Dq> (consultada el 23 de mayo de 2019).

e indígenas. Por otro lado, se alertó del bajo nivel de conocimiento acerca de la cultura de salud de los inmigrantes por parte de los profesionales de la salud y, con ello, de la necesidad de comprender las creencias y culturas que tiene este grupo para entregar una atención que responda a sus necesidades.

A partir del Plan Piloto, a fines de 2017 el Minsal lanzó la Política de Salud de Migrantes Internacionales, la que se alinea con algunos de los aspectos que pueden explicar la menor cobertura y uso del sistema de salud, como la falta de información, la carencia de interculturalidad en la entrega de prestaciones y tratamientos de salud, o la falta de adecuación por parte de la población inmigrante a la cultura sanitaria chilena. Para que su implementación tenga efecto, se requiere conocer con mayor precisión cómo se dan estas desigualdades y cómo desarrollar acciones que sean efectivas, de manera de cumplir con sus objetivos y lograr mayor cobertura de salud en un tiempo oportuno.

### 3. SALUD Y POBLACIÓN INMIGRANTE EN CHILE: PREVALENCIA, ACCESO Y USO DEL SISTEMA

#### *3.1. Acceso a esquemas previsionales de salud*

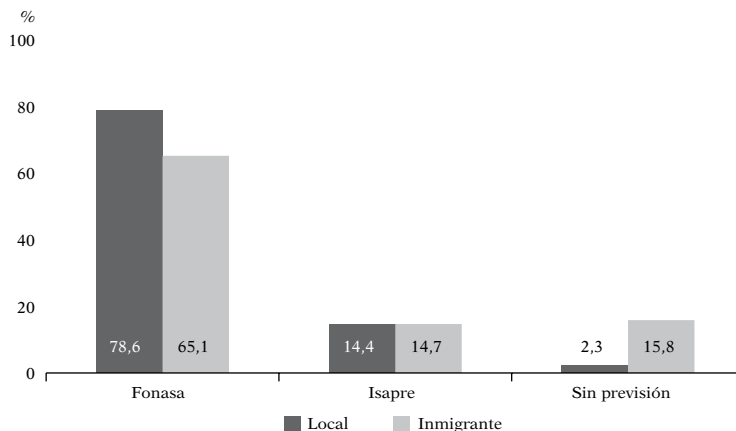
La cobertura de los esquemas previsionales de salud en Chile es casi universal. Según datos de la encuesta CASEN 2017, el 95 por ciento del total de la población cuenta con algún tipo de protección en salud.<sup>13</sup> Sin embargo, la cobertura es menor en la población inmigrante. Como se observa en el Gráfico v.1, el 2,3 por ciento de los nacidos en Chile no cuenta con previsión en salud, proporción que se da en el 15,8 por ciento de los inmigrantes.

En el Gráfico v.2 se presenta la proporción de inmigrantes carentes de previsión en salud por país de origen, considerando aquellos con mayor población inmigrante en Chile en 2017.<sup>14</sup> Se observa que, en general, ello es relevante para todos los países analizados, especialmente Venezuela, Haití y Bolivia, con más de un 15 por ciento de su población inmigrante en Chile en dicha situación. El flujo migratorio desde estos países es reciente, por lo que parte de la menor cobertura puede responder a que llevan poco tiempo en el país. Aun así, esta carencia es importante también para quienes provienen de Europa y, en menor medida, pero aún superior a la que se da en los locales, para los inmigrantes procedentes de Asia.

<sup>13</sup> Del cinco por ciento restante, tres puntos porcentuales reportan no tener previsión en salud y un dos por ciento reporta no saber.

<sup>14</sup> Según la encuesta CASEN 2017, los cinco países cuyo origen predomina en la población inmigrante son Venezuela (24,2 por ciento), Perú (22,2 por ciento), Colombia (14,9 por ciento), Haití (9,8 por ciento) y Bolivia (6,8 por ciento).

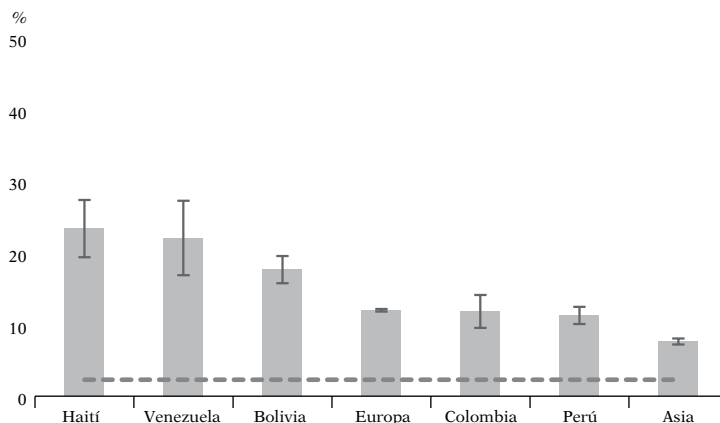
GRÁFICO V.1. *Proporción de la población según tipo de previsión en salud y procedencia*



Nota: No se presenta en la figura el porcentaje de cada población que se encuentra en el esquema previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden (FFAA), en otro seguro o no sabe a cuál pertenece. En la población local, un 2,2 por ciento se encuentra en el esquema de las FFAA, 0,6 está cubierto por otro asegurador y 2 responde no saber a qué seguro de salud pertenece. Las cifras para la población inmigrante corresponden a 0,2, 1,4 y 2,8 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

GRÁFICO V.2. *Proporción de la población inmigrante sin previsión en salud según procedencia*



Nota: La línea discontinua corresponde al porcentaje de población sin previsión entre la población local. Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.



En el Cuadro v.2 se presenta un análisis de la cobertura previsional en salud para la población local e inmigrante desagregando según sus características. Al comparar entre ambas poblaciones, se evidencia que la brecha en cobertura se da en todos los grupos. En la mayor parte de los grupos la falta de previsión en salud afecta a más de un 10 por ciento de la población inmigrante, alcanzando altos niveles incluso entre aquellos de mayores ingresos (con la excepción del quinto quintil, aun cuando también es alta) y de mayor nivel educativo. Grupos de especial interés son los inmigrantes que se encuentran laboralmente desocupados, con un 30,3 por ciento sin cobertura de algún esquema previsional de salud (7,4 por ciento en locales, diferencia estadísticamente significativa), inactivos, con un 19,6 por ciento (1,9 por ciento en locales) y los que se encuentran ocupados, pero sin contrato, cuya proporción es igual a 39,3 (5,6 por ciento en locales, diferencia estadísticamente significativa). Destaca que, incluso entre aquellos que se encuentran ocupados con contrato —quienes tienen la obligación de cotizar en salud—, la falta de previsión es relevante y superior a la de la población local. Estos hechos coinciden con los resultados encontrados para la afiliación de la población inmigrante al sistema de pensiones (ver Cordero en este volumen). Las diferencias en afiliación entre inmigrantes y locales se mantienen también entre quienes indican tener estados de salud deteriorados.

Adicionalmente, en el Cuadro v.2 se presenta un indicador que busca medir las redes de apoyo, mediante el índice de redes utilizado para medir pobreza multidimensional en la encuesta CASEN.<sup>15</sup> Un hogar es carente de redes de apoyo si no cuenta con alguien fuera del hogar que pueda ayudar en ocho situaciones relevantes.<sup>16</sup> Dado que la mediana del índice de apoyo social en la población inmigrante es cercana a cuatro, según los datos de la encuesta CASEN 2017, para este análisis se considera que tiene alto apoyo social quien tiene a quien acudir en al menos cuatro de las situaciones. Si ello ocurre en menos de cuatro, se considera como bajo apoyo. Tanto entre quienes tienen bajo como alto apoyo se encuentra una diferencia en la proporción sin previsión en salud relevante entre inmigrantes y locales. No obstante, dicha brecha es menor entre quienes reportan tener más redes, coherente con la hipótesis de que una posible barrera de acceso corresponde al bajo conocimiento sobre el sistema de salud.

<sup>15</sup> Para mayores análisis sobre la pobreza multidimensional y la población inmigrante, ver Hernando en este volumen.

<sup>16</sup> Definición del indicador de redes y cohesión social según el documento “Pobreza multidimensional con entorno y redes: anexo programación de indicadores y medición”, serie documentos metodológicos N° 33, CASEN 2015. En promedio, la población local reporta tener redes en 4,5 de las situaciones, mientras que los inmigrantes lo hacen para 3,6 (diferencia significativa).

CUADRO V.2. *Porcentaje de población local e inmigrante sin previsión en salud según variables socioeconómicas y demográficas*

		Local	Inmigrante
	Total	2,3	15,8***
Sexo	Mujer	1,7	15,1***
	Hombre	2,9	16,6***
Grupo etario	0-24 años	1,9	19,7***
	25-49 años	3,2	13,7***
	50-74 años	1,9	19,2***
Quintil de ingresos	I	2,0	19,9***
	II	2,2	18,8***
	III	2,5	15,4***
	IV	2,4	18,7***
	V	2,1	9,2***
Nivel educativo	Básica completa	1,8	19,8***
	Superior completa	3,3	14,6***
Situación laboral	Desocupado	7,4	30,3***
	Ocupado	2,6	12,7***
	Con contrato	0,6	7,2***
	Sin contrato	5,6	39,3***
	Inactivo	1,9	19,6***
Estado de salud	Reporta mal estado de salud	2,0	9,9***
	Reporta buen estado de salud	2,3	16,1***
	Reporta enfermedad crónica	1,1	9,4***
Redes de apoyo	Bajo apoyo	2,5	18,6***
	Alto apoyo	2,0	11,4***

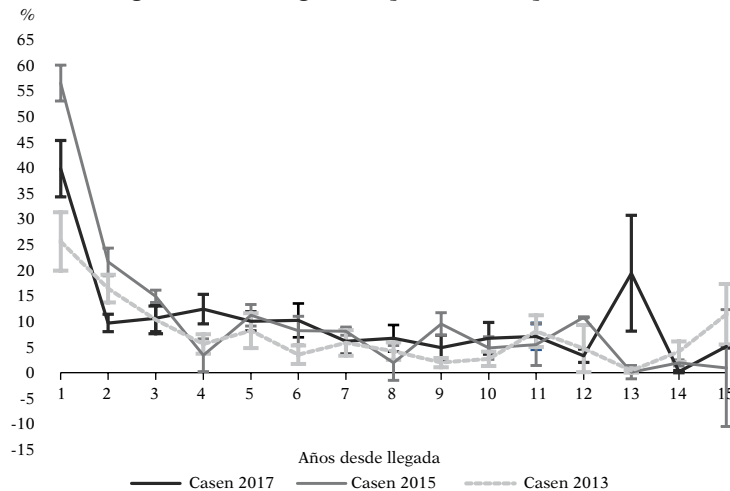
Nota: Se incluyen solo aquellas categorías donde el número de inmigrantes supera un número mínimo de muestra (100 antes de ajustar por factor de expansión). Se considera que la persona reporta mal estado de salud cuando asigna nota menor a 4 (índice de 1 a 7) y buen estado de salud cuando la nota es mayor o igual a 4. Los asteriscos representan diferencias estadísticas con respecto a la población nacida en Chile: \*\*\* $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

La evidencia respecto del acceso a previsión en salud en la población inmigrante de Estados Unidos y Canadá muestra que la afiliación aumenta a medida que más años pasan desde que dicha población se establece en el país (Hasanali 2015, Bustamante et al. 2010, McDonald y Kennedy 2004). A continuación se analiza la proporción de inmigrantes que se encuentra sin previsión según años desde su llegada. Se realiza el análisis en tres momentos del tiempo, con el objetivo de ver si la tendencia ha cambiado en los últimos años.

Como se observa en el Gráfico v.3, la carencia de previsión en salud supera el 25 por ciento para la población inmigrante que se encuentra en su primer año en Chile. Según la encuesta CASEN 2017, alrededor de 40 por ciento de quienes llegaron en 2017 se encontraba en esta situación. Sin embargo, se observa una caída importante hacia el segundo año, que luego se mantiene o cae débilmente hasta converger a niveles de entre cinco y diez por ciento, niveles aun superiores al 2,3 por ciento equivalente a la población local según CASEN 2017. Si bien las olas migratorias varían con el tiempo y se podría asociar la falta de afiliación de quienes llevan un año en el país con el hecho de los inmigrantes recientes son diferentes que quienes llegaron hace más tiempo, el efecto encontrado se da en las tres últimas versiones de la encuesta CASEN. Aun cuando los puntos de partida difieren (proporción sin previsión de salud en el primer año), se mantiene que la carencia disminuye fuertemente hacia el segundo y tercer año. Este resultado indica que el fenómeno no se explica únicamente porque la población inmigrante más reciente sea particularmente distinta al resto de la población inmigrante, sino más bien por la importancia que tiene el tiempo en el país en la afiliación a esquemas previsionales de salud. Como se comentó anteriormente, el aumento en afiliación a partir del segundo año coincide con los requisitos para la obtención de permanencia definitiva.

GRÁFICO V.3. *Proporción de inmigrantes sin previsión en salud según año de llegada al país en tres periodos*

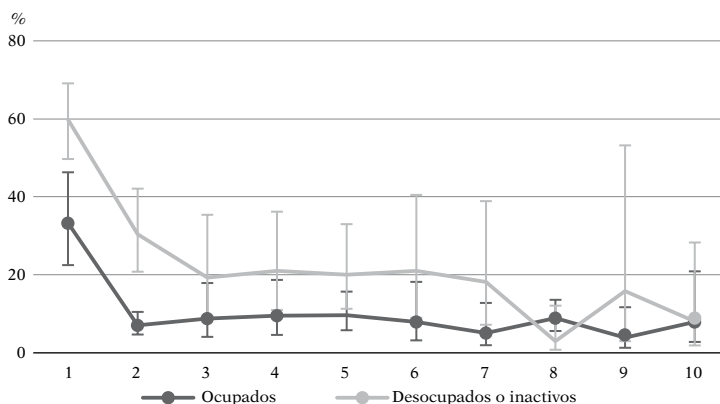


Nota: Los valores presentados indican el porcentaje del grupo (respecto a la población total que llegó el respectivo año) que declara no contar con previsión en salud. Se realiza el mismo cálculo con datos de tres encuestas CASEN (2013, 2015 y 2017) de manera separada. Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2013, 2015 y 2017.

Debido a la relación que existe entre la actividad laboral y la afiliación a seguros de salud (Cuadro v.2), en el Gráfico v.4 se realiza el ejercicio anterior desagregando la población inmigrante entre quienes se encuentran laboralmente activos y quienes están desocupados o inactivos. Si bien el resultado anterior se mantiene para los dos grupos, es decir, aquellos inmigrantes que llegaron recientemente tienen menor nivel de afiliación, se observa que para el grupo de desocupados e inactivos la falta de afiliación es estadísticamente mayor en los dos primeros años.<sup>17</sup>

GRÁFICO V.4. *Proporción de inmigrantes sin previsión en salud según año de llegada al país y actividad*



Nota: Los valores presentados indican el porcentaje del grupo (respecto a la población total que llegó el respectivo año) que no cuenta con previsión en salud. Se realiza el mismo cálculo con datos de las encuestas CASEN 2013 y 2015 y se encuentra que hasta el quinto año la afiliación para desocupados o inactivos supera a ocupados, sin embargo, no son estadísticamente distintos (de todas maneras, se advierte que existen pocas observaciones para los rangos superiores a cinco años). Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

Con el fin de determinar qué variables inciden en la probabilidad de que un inmigrante se encuentre cubierto por algún esquema previsional de salud, se realizó una estimación a través de un modelo probit donde se incorporaron variables que la literatura utiliza para explicar la elección de previsión en salud (Blumberg et al. 2001, Krueger y Kuziemko 2013, Liu et al. 2014), y variables dicotómicas que indican el tiempo desde la llegada al

<sup>17</sup> Este resultado es interesante para analizar a futuro. Debido a los pocos datos disponibles para la población inmigrante, al desagregar por años de llegada y adicionalmente por otras características, se pierde significancia en la muestra.

país.<sup>18</sup> En dicha estimación se encontró que las principales variables que determinan la afiliación a seguros de salud corresponden a los años desde la llegada. Incluso calculando la predicción de esta probabilidad a partir de los resultados de la estimación, se obtienen resultados muy similares a los expuestos en el Gráfico v.4, por lo que, aún ajustando por variables socioeconómicas, demográficas y de morbilidad (estado de salud), se concluye que el principal determinante corresponde al tiempo de llegada, siendo los dos primeros años muy relevantes para la afiliación (ver resultados en el Cuadro v.A1 del Anexo).

### 3.2. *Uso del sistema de salud*

El acceso a los esquemas de previsión en salud es necesario para alcanzar la cobertura universal en salud<sup>19</sup> pero no es condición suficiente. Por diversos motivos, el uso del sistema de salud es desigual entre distintos grupos de la población. Grupos de mayor edad, mayor nivel socioeconómico y/o mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de uso de las distintas prestaciones de salud, (Grossman 1972, Henríquez y Velasco 2015).

Con respecto al uso por parte de los inmigrantes, la evidencia internacional indica que es menor en un principio en comparación con la población local. La baja utilización de las prestaciones de salud responde, en parte, a la menor protección financiera que enfrentan, considerando el alto porcentaje que carece de previsión en salud, especialmente durante el primer año desde la llegada al país. No obstante, este fenómeno se da incluso entre quienes cuentan con cobertura de seguros de salud.

<sup>18</sup> Se estima la siguiente ecuación para la población mayor a 17 años:

$$Previsión_t = \alpha + \sum_1^{10} Año_t * \beta_t + \rho * X_i + \epsilon_i, \text{ donde } Año_t \text{ es una variable dicotómica que toma}$$

el valor 1 si el individuo llegó hace t años y 0 si no. Se incluyen dichas variables para los 10 primeros años, por lo que el efecto encontrado es la probabilidad de afiliación para cada año respecto a quienes llevan más de 10 años. Las variables incluidas en  $X_i$  corresponden a: edad, sexo, ingreso, zona de residencia (urbano o rural), años de escolaridad, tipo de contrato (1 si tiene contrato con firma y 0 si no), estado civil (1 si es casado o conviviente y 0 si no) y estado de salud aprobado (estado de salud auto reportado mayor o igual 4), crónico (variable que toma el valor 1 si el individuo reporta haber estado en tratamiento en los últimos 12 meses por enfermedad crónica (hipertensión arterial, diabetes o insuficiencia renal) y 0 si no), y necesidad (variable dicotómica para quienes reportan haber necesitado atención en salud en los últimos tres meses).

<sup>19</sup> Entendiendo cobertura universal según la definición de la Organización Mundial de la Salud: asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos ([https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](https://www.who.int/universal_health_coverage/es/) consultada el 23 de mayo de 2019).

McDonald y Kennedy (2004), Wu et al. (2005) y Hasanali (2015) encuentran evidencia de un menor uso de consultas de la población inmigrante en los primeros años de llegada al país de acogida, el que tiende a converger al nivel de los locales con el tiempo. Los primeros encuentran que la convergencia se da entre seis a ocho años después de la llegada. Los otros trabajos (Wu et al. 2005 y Hasanali 2015) desagregan entre inmigrantes recientes y aquellos que arribaron hace años, encontrando evidencia de que la brecha disminuye o se disipa para quienes llevan más de 15 años en el país de acogida. En el caso de los exámenes, McDonald y Kennedy encuentran la misma tendencia, pero solo para mujeres inmigrantes. Lebrun (2012), por otro lado, encuentra que el menor uso se da entre los que llevan menos de diez años y tienen menor manejo del lenguaje.

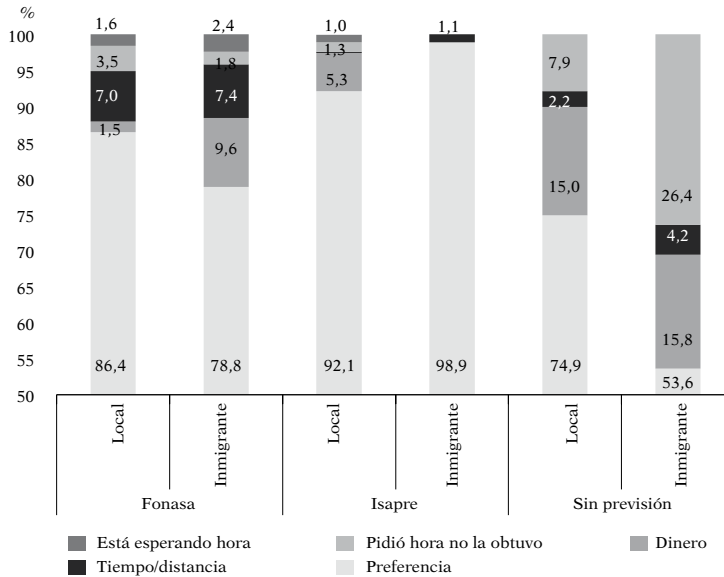
Wu et al. (2005) evalúan los motivos por los cuales los locales e inmigrantes en Canadá no acuden a la atención en salud cuando reportan haberlo necesitado, encontrando razones diferentes para ambos grupos. En comparación con los locales, una mayor proporción de inmigrantes relacionan la falta de uso con el no tener conocimiento sobre cómo acceder al sistema, tener problemas para entender el lenguaje del país y que las acciones de salud podrían no ser adecuadas para ellos.

Como se presentó en la sección 1, la proporción de personas que reporta haber necesitado atención por un problema de salud difiere entre los inmigrantes y los locales. Sin embargo, no todos quienes reportaron haber tenido un problema sanitario acudieron a algún establecimiento de salud. Según la encuesta CASEN 2017, del total de los locales que dicen haber necesitado atención, el 93,8 por ciento se atendió, cifra que baja a 90,6 por ciento en el caso de los inmigrantes, diferencia estadísticamente significativa al 95 por ciento de confianza.

En el Gráfico V.5 se analizan las razones que reportan quienes necesitaron atención para no haber asistido a algún establecimiento de salud. Entre los que pertenecen a Fonasa e Isapres (instituciones de salud previsional) se observa que el motivo principal corresponde a preferencias personales,<sup>20</sup> siendo estas especialmente importantes para los beneficiarios de alguna Isapre, superando el 90 por ciento, y, dentro de ellos, para los inmigrantes (casi 100 por ciento). Dentro del grupo que se atiende por Fonasa, la dificultad de asistir por temas económicos cobra relevancia para los inmigrantes (afectando a un 9,6 por ciento). El tiempo o la distancia para llegar al establecimiento de salud, a su vez, afecta a 7 por ciento en ambos grupos.

<sup>20</sup> Los motivos incluidos en esta categoría corresponden a razones de preferencia para no asistir a establecimientos privados o estatales de salud: 1. No lo consideró necesario, así que no hizo nada, 2. No lo consideró necesario y tomó remedios caseros, 3. Prefirió consultar en una farmacia por medicamentos para su problema de salud, 4. Prefirió consultar a un especialista de medicina alternativa, 5. Prefirió buscar atención de medicina indígena fuera del consultorio o posta, 6. Prefirió acudir a la medicina natural u homeopática.

GRÁFICO V.5. *Motivo de no asistir a atención ante problema de salud, según tipo de previsión en salud y procedencia*



Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

Entre quienes no cuentan con previsión en salud, el dinero<sup>21</sup> cobra importancia tanto para locales como para inmigrantes, siendo la segunda razón más relevante para estos últimos. Destaca que la principal razón para los inmigrantes es el no haber podido conseguir hora. Ello podría deberse, por ejemplo, a la falta de información acerca de cómo acceder al sistema o a que son relegados al momento de agendar sus citas.

Aun cuando la mayor parte de la población, tanto inmigrante como local, sí se atiende cuando tiene un problema de salud o accidente, podría existir una brecha en el uso de prestaciones de salud. Por ello, a continuación se analiza el uso de los servicios de salud, dividiéndolos en tres tipos: consultas médicas (que incluyen consulta general, de urgencia, de especialidad, mental, dental y control de salud), exámenes (de laboratorio y rayos y ecografía) y hospitalizaciones.<sup>22</sup> Dada la alta tasa de egresos hospitalarios que se relacionan con embarazo, parto y puerperio (EPP) en la población inmigrante

<sup>21</sup> "Pensó en consultar pero no tuvo dinero".

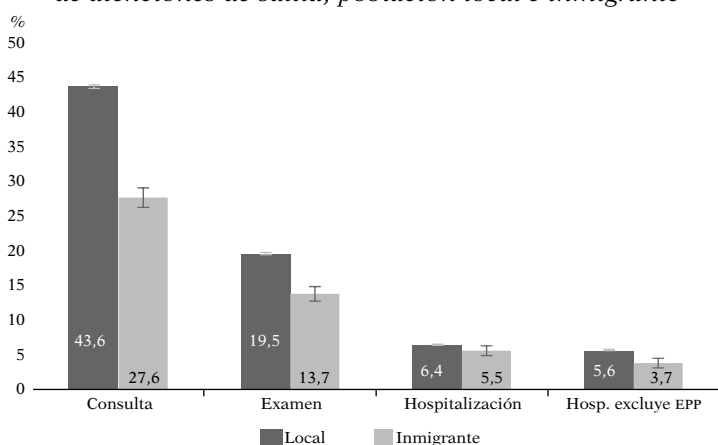
<sup>22</sup> Se considera que un individuo utiliza consultas médicas o exámenes si hizo uso de la prestación respectiva en los últimos tres meses desde que es encuestado. En el caso de la hospitalización, el uso se define como haber estado hospitalizado alguna vez en los últimos 12 meses.

(54,9 por ciento en la población inmigrante en comparación con 16,9 en los locales, según datos de egresos hospitalarios de 2017 del Minsal), se presenta adicionalmente información de hospitalizaciones excluyendo las que tienen que ver con dicha causa.

### 3.2.1. Análisis descriptivo del uso de los servicios de salud

El Gráfico v.6 presenta una comparación del uso de prestaciones de salud entre las poblaciones local e inmigrante. Se observa una menor tasa de uso de consultas en los inmigrantes en relación con la población local. Algo más del 40 por ciento de los locales reporta haber asistido a una consulta en los últimos tres meses en comparación con 27,6 de los inmigrantes. La brecha también se da en la realización de exámenes, con tasas de uso de 19,5 y 13,7 por ciento respectivamente. En cuanto a hospitalizaciones, la diferencia entre los grupos es también significativa, ya sea en hospitalizaciones en general (6,4 por ciento de uso en locales y 5,5 en inmigrantes) o en hospitalizaciones para causas no relacionadas con EPP, para las que la brecha es mayor (5,6 versus 3,7 por ciento respectivamente). En el Cuadro v.A2 del Anexo se presenta el nivel de uso según tipo de previsión en salud, donde se evidencia un menor uso de consultas y exámenes por parte de la población inmigrante, tanto entre quienes cuentan con protección financiera en salud como dentro de la población sin previsión.

GRÁFICO V.6. *Porcentaje de la población que hace uso de atenciones de salud, población local e inmigrante*



Nota: Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.



Con datos de la Superintendencia de Salud y de Fonasa<sup>23</sup> se observa también un mayor uso de los servicios de salud por parte de la población local, junto con el mayor gasto que de ello deriva. Entre los beneficiarios de Isapres, la población local usa, en promedio, 24 prestaciones al año, mientras que la población inmigrante, 16.<sup>24</sup> Asimismo, se encuentra que el gasto por persona es también mayor para ellos, con un total anual de CLP \$743.590 (sin incluir el gasto en licencias médicas), en comparación con CLP \$611.688 para la población inmigrante (dichas diferencias siguen la misma dirección si se desglosa por sexo y edad). Por otro lado, los datos de Fonasa muestran que el gasto por beneficiario en la Modalidad Libre Elección (MLE)<sup>25</sup> es igual a CLP \$54.355 para la población local y CLP \$29.980 para la inmigrante, y en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)<sup>26</sup> CLP \$90.305 y CLP \$38.836, respectivamente. Estos ítems no corresponden, sin embargo, a la totalidad del gasto de Fonasa.<sup>27</sup>

Al igual que en la brecha de afiliación a previsión en salud, parte del menor uso en la población inmigrante puede venir de las diferencias entre ambas poblaciones (estado de salud, ingresos, cobertura de esquemas de previsión en salud, entre otras). No obstante, la brecha de uso puede darse también por otras razones que son intrínsecas a la acción de migrar, como la falta de información sobre el sistema de salud y cómo acceder a este, el miedo a la discriminación o la desconfianza en las instituciones públicas

<sup>23</sup> Datos del año 2017 (en pesos de ese año) recibidos del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud y del Departamento de Estudios de Fonasa. La identificación de inmigrante de los datos de Isapres y Fonasa no es la misma que se ha usado en el capítulo, ya que las entidades (hasta 2017, al menos) no cuentan con información de país de origen. En el caso de los datos de Isapres, se identificó a la población inmigrante según nacionalidad a través de un trabajo colaborativo con el DEM. En cuanto a los datos de Fonasa, se identificó como inmigrantes a quienes tuvieran RUT provisorio y a quienes teniendo RUT chileno su número se aleja del promedio de RUT según edad. Si bien estas formas de identificación tienen limitaciones, permiten un buen acercamiento a la población inmigrante.

<sup>24</sup> Incluye atenciones médicas, exámenes de diagnóstico, procedimientos de apoyo clínico y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, otras prestaciones y prestaciones sin clasificar. En cada una de ellas, la frecuencia de uso por persona es mayor para los locales.

<sup>25</sup> La Modalidad Libre Elección es un convenio de Fonasa con prestadores privados que permite a los beneficiarios de los tramos B, C y D del asegurador estatal elegir al profesional o establecimiento con los que desean atenderse. Más información en <https://bit.ly/2nUwWvu> (consultado el 23 de mayo de 2019).

<sup>26</sup> Mecanismo de pago prospectivo que establece un valor a pagar por determinadas prestaciones a prestadores del nivel terciario (Velasco 2014).

<sup>27</sup> Los gastos presentados para la población beneficiaria de Fonasa no corresponden al total de gasto anual, sino al gasto incurrido a través de la MLE y PPV, que es la información a la que se pudo acceder a través del Departamento de Estudios de Fonasa. Estos ítems corresponden una parte de los gastos de Fonasa descontado el gasto en Licencias Médicas. El resto del gasto incluye atención primaria, Ley Ricarte Soto, compra de prestaciones a privados y Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), sin embargo, para este análisis no se cuenta con dicha información.

por temor a la expulsión (en el caso de quienes se encuentran en situación irregular). Calderón y Saffirio (2017) presentan algunas explicaciones acerca del menor uso de servicios de salud en Chile a partir de la experiencia en terreno de la organización Servicio Jesuita Migrantes. Los autores comentan situaciones donde la falta de información, problemas de convivencia con la población local y falta de pertinencia cultural de las intervenciones repercuten en que los inmigrantes sean más reacios a asistir a los centros de salud. Algunos aspectos que afectan en esa línea serían el tiempo desde la llegada y la disponibilidad de redes de contacto, variables que tienen relación con el acceso a información y la posibilidad de recibir ayuda para asistir a un centro de salud, en caso de requerirla.

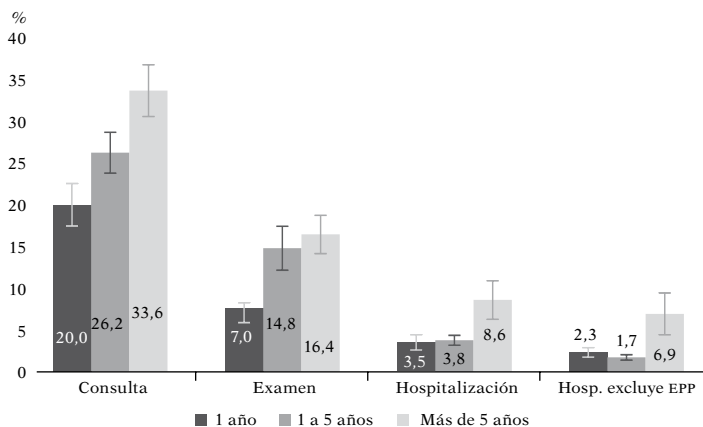
En el Gráfico v.7 se presenta un análisis acerca del uso de atención de salud en la población inmigrante desagregando por años de llegada (panel A) y redes de apoyo (panel B).<sup>28</sup> En el panel A se observa que la población inmigrante que lleva entre uno y cinco años acude en mayor proporción a consultas médicas en comparación con quienes llevan menos de un año, siendo mayor aún la asistencia para quienes se encuentran en el país desde hace cinco años o más. Con respecto al uso de exámenes, el porcentaje de inmigrantes que se ha realizado algún examen es mayor entre quienes llevan más de un año en el país, respecto a los recién llegados. En cuanto a hospitalizaciones, se da un mayor uso para quienes llevan cinco o más años, en relación con quienes llevan menos, diferencia que se acrecienta en el uso de hospitalizaciones no relacionadas con EPP. Como se comentó anteriormente, parte de la diferencia en uso de los servicios de salud puede darse porque las olas migratorias que han llegado en distintos momentos presentan diferencias en otras características, por lo que en las estimaciones que se presentan más adelante se separa el efecto de las características socioeconómicas y el efecto del tiempo en el país.

El panel B del Gráfico v.7 desagrega a la población inmigrante en dos grupos según la disponibilidad de redes de apoyo. Se encuentra que, entre quienes tienen más redes de apoyo, una mayor proporción asiste a las consultas médicas (diferencia significativa) en comparación con el resto, probablemente porque dichas redes permiten tanto tener más información sobre el sistema de salud, como pedir ayuda para asistir a un centro de salud en caso de necesitarlo. No se ven diferencias estadísticamente significativas en el caso de exámenes y hospitalizaciones.

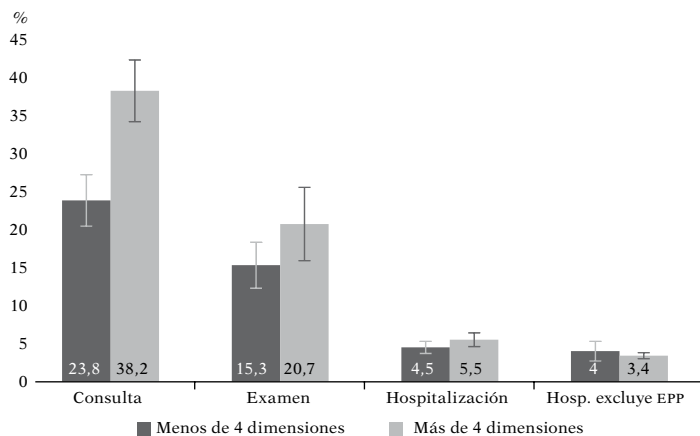
<sup>28</sup> La definición del indicador de redes de apoyo se encuentra en la sección 3.1.

GRÁFICO V.7. *Porcentaje de inmigrantes que hace uso de atenciones de salud por tipo de servicio*

Panel A: *Según años desde llegada, población inmigrante*



Panel B: *Según redes de apoyo, población inmigrante*



Nota: El gráfico presenta la proporción de la población que ha usado al menos una vez cada tipo de atención. El panel B desagrega la utilización según la cantidad de redes de apoyo que tiene la población inmigrante considerando las ocho dimensiones que se usan para calcular el indicador de redes de apoyo en el cálculo de pobreza multidimensional. Las líneas verticales corresponden a los intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

### 3.2.2. *Inmigración como determinante del uso de servicios de salud*

A continuación se analiza el efecto de la inmigración como determinante del uso del sistema de salud en Chile. Para estimar el efecto se utiliza el modelo Blinder-Oaxaca comúnmente usado para medir discriminación de género en salarios y que se ha empleado también para medir diferencias en acceso y uso del sistema de salud para poblaciones según etnia o raza (Hargraves y Hadley 2003, Zuvekas y Taliaferro 2003, Gaskin et al. 2006, Bustamante et al. 2009, Bustamante et al. 2010).<sup>29</sup>

La estrategia permite determinar si existen diferencias en la utilización de los servicios de salud entre locales e inmigrantes. Luego, en caso de que exista, desagrega la diferencia en dos componentes. El primero identifica la parte de la desigualdad que se da porque las poblaciones presentan diferencias en características que determinan el nivel de uso del sistema de salud (edad, nivel de ingresos, cobertura de seguros de salud, estado de salud, entre otras). Si la población inmigrante es más sana, por ejemplo, parte del menor uso (si existe) vendrá dado por la menor necesidad de atención en dicho grupo. El segundo componente, en cambio, corresponde a la parte que no se explica porque las poblaciones sean distintas en dichas características y, por lo tanto, tiene relación con otras desigualdades entre los grupos. Esto se puede dar, por ejemplo, si aun teniendo seguro de salud los inmigrantes asisten menos a los servicios de salud por no saber cómo y dónde hacerlo, o por temor a sentirse discriminados en el centro de salud, entre otros factores. La metodología permite identificar, además, dentro de la parte no explicada por diferencias en las características de las poblaciones, si existen diferencias en la influencia que tiene cada variable. Así, siguiendo con el ejemplo anterior, se podría dar que la afiliación a un seguro de salud incida de manera diferente en cada población. Es decir, que si bien ambas poblaciones usan con mayor probabilidad los servicios de salud cuando tienen un seguro de salud, el efecto es mayor en los locales que en inmigrantes. O visto de otra manera, aun cuando la proporción de quienes cuentan con un seguro de salud en ambas poblaciones fuera la misma, habría diferencias en el uso porque para los locales el efecto de contar con seguro en el uso de servicios es mayor. De esta manera, se facilita el diseño de estrategias para abordar las desigualdades encontradas.

<sup>29</sup> Bruzzo y Henríquez (2017) emplean dicho modelo para estimar diferencias en el uso de los servicios de salud entre mapuches y no mapuches en Chile. Sin embargo, lo que evalúan es la variación para cada grupo entre dos momentos del tiempo y no la variación entre los grupos.

Considerando que el uso de los servicios de salud no es independiente de tener previsión en salud,<sup>30</sup> se realiza una estimación en dos etapas. En la primera, se estima la probabilidad de encontrarse cubierto por algún esquema de previsión en salud.<sup>31</sup> Luego, en la segunda etapa, se estima la probabilidad de uso del sistema (asistió o no a una consulta, se realizó o no un examen y se hospitalizó o no) y se incorpora la variable de ser beneficiario de algún esquema previsional de salud (*Previsión*) integrando la predicción de la primera etapa. La etapa 2 utiliza para cada población (local e inmigrante) la siguiente regresión:<sup>32</sup>

$$\begin{aligned} \text{Uso prestación } X = & \alpha + \beta * \text{Edad} + \gamma * \text{Edad}^2 + \rho * \text{Mujer} + \delta * \\ & \text{Salud aprobada} + \tau * \text{Crónico} + \lambda * \text{Necesidad} + \varphi * \text{Hosp.parto} + \theta * \\ & \text{Nivel educativo} + \eta * \text{Previsión} + \sigma * \ln(\text{ingreso}) + \pi * \text{Urbano} + \nu * \\ & \text{Apoyo social} + \varepsilon \end{aligned}$$

La estimación se realiza para la población mayor a 17 años que declara estar ocupada, quienes tienen mayor probabilidad de estar afiliados a algún esquema previsional. De esa manera, es posible estudiar la existencia de desigualdades en el uso de servicios de salud aun cuando se cuenta con protección en salud.

Se realiza este análisis para el período 2006-2017 estimando, para cada año en que se cuenta con la encuesta, la diferencia en la probabilidad de

<sup>30</sup> Particularmente en la población inmigrante, que tiene menor cobertura de esquemas previsionales de salud, la decisión de afiliarse a algún esquema se relaciona con las expectativas de uso (estado de salud, entre otros factores). Esta decisión también se da en los locales, aunque en menor grado, dado que la mayor parte cuenta con previsión.

<sup>31</sup> Se realiza la estimación utilizando la ecuación en (1) de la sección 3.1. Para la población local la ecuación es la misma, pero sin incluir las variables dicotómicas de años desde la llegada al país. Los resultados se presentan en el Cuadro v.A3 del Anexo.

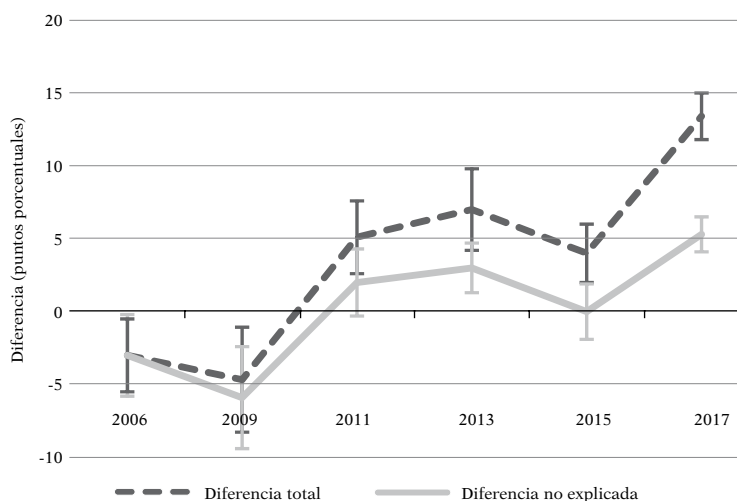
<sup>32</sup> La estimación de uso se realiza a través de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). En la sección 3.1 se define la mayor parte de las variables. Uso prestación toma el valor 1 si el individuo usó la prestación en el último tiempo (tres meses en el caso de consultas y exámenes y 12 meses para hospitalizaciones) y 0 si no, estimando de esta forma la probabilidad de uso de la prestación. Se excluyen las hospitalizaciones causadas por EPP para impedir que la mayor tasa de fecundidad de la población inmigrante sobrestime el nivel de uso de dicha población en comparación con la local. Para el estudio de uso de consultas y de exámenes se agrega una variable que tiene el valor 1 si es que la persona estuvo hospitalizada por EPP, dado que se espera que en ese caso sea más probable haber asistido a consultas o exámenes. Así, se eliminan las diferencias en uso debidas a EPP. En la estimación de uso de exámenes se agrega como variable independiente el uso de consultas, dado que la mayor parte de los exámenes se realiza con una consulta previa (solo un 8 por ciento de los locales que se hicieron exámenes no asistieron a una consulta previa, valor igual a 4,8 para los inmigrantes), por lo que no considerar ese filtro inicial generaría que la brecha en uso de consulta se traduzca en una brecha en uso de exámenes.

uso y la parte de dicha diferencia que no se explica porque las poblaciones sean distintas en características. El Gráfico v.8 presenta los resultados.<sup>33</sup> La *diferencia total* que se reporta en la figura (línea discontinua) corresponde a la probabilidad de uso de la población local por sobre la población inmigrante, por lo que una diferencia positiva indica mayor uso del primer grupo. La *diferencia no explicada* se refiere al nivel de diferencia que no se explica porque las poblaciones sean distintas en características (edad, estado de salud, sexo, tipo de previsión, entre otros).

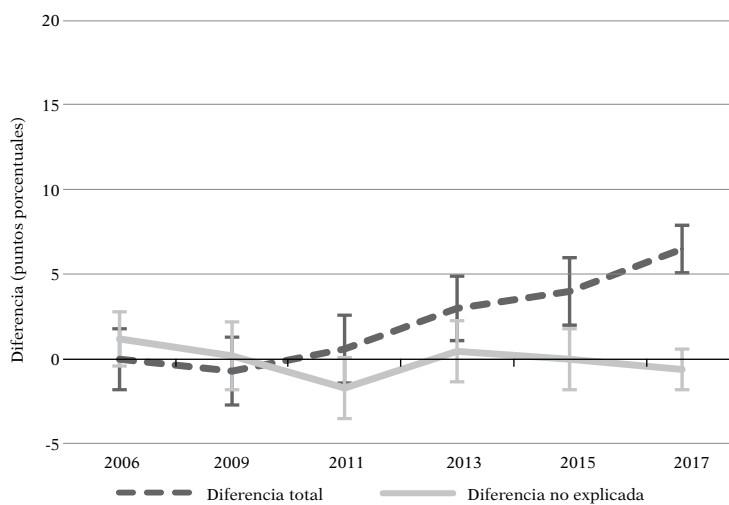
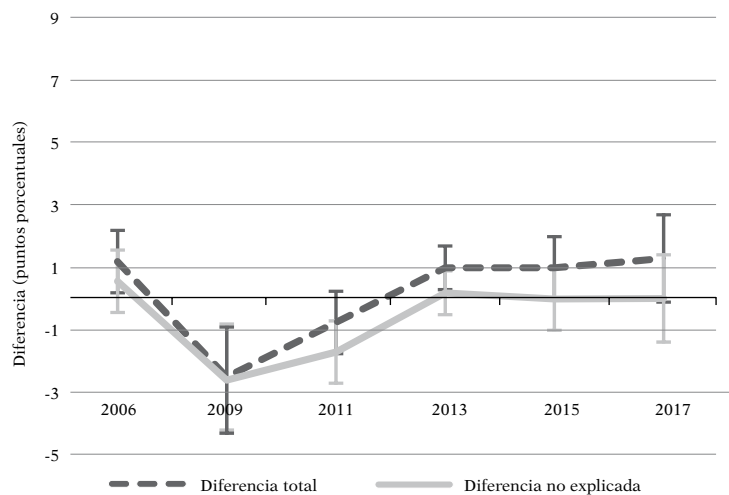
El panel A del Gráfico v.8 deja en evidencia que existe una brecha positiva en el uso de las consultas médicas. Esto es, el nivel de uso es mayor entre locales que inmigrantes. Las diferencias son significativas en 2011, 2013, 2015 y 2017, siendo este último año el que presenta mayor brecha. En 2017 se observa que la población local presenta una probabilidad de asistir a consultas médicas 13 puntos porcentuales más que la población inmigrante.

GRÁFICO v.8. *Descomposición Oaxaca para la probabilidad de uso del sistema de salud en Chile. Diferencias entre población local e inmigrante*

*Panel A: Uso de consultas*



<sup>33</sup> En el Anexo se presentan los resultados de la estimación completa de los determinantes del uso del sistema de salud en 2017 (Cuadro v.A4) y del Blinder-Oaxaca (Cuadros v.A5 y v.A6).

*Panel B: Uso de exámenes**Panel C: Hospitalizaciones*

Nota: Los gráficos presentan los resultados de la estimación del modelo Blinder-Oaxaca a través del método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) para la diferencia de la probabilidad de uso del sistema de salud entre locales e inmigrantes entre 2006 y 2017. La diferencia total corresponde a la brecha en uso antes de corregir por características socioeconómicas, tipo de previsión y variables relacionadas con estado de salud. La diferencia no explicada corresponde a la diferencia en uso que se mantiene aun ajustando por dichas variables ("coeficiente" en la estimación utilizando el comando Oaxaca en Stata). El Cuadro V.A6 del Anexo contiene los valores presentados en la figura. Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2006 a 2017.

Desagregando las diferencias, se encuentra que parte importante del mayor uso de consultas que se encuentra en 2017 viene dada por diferencias en características entre las poblaciones<sup>34</sup> y, por lo tanto, en la necesidad de uso de este tipo de atenciones. Específicamente, diferencias en edad, reporte de necesidad de atención y apoyo social inciden en que la población local tenga más contacto con servicios de consultas (Cuadro v.A7 del Anexo).

Un aspecto relevante que se deriva de los resultados es el efecto que tiene el indicador de apoyo social en el nivel de uso (*apoyo social* en la ecuación). Esta variable puede reflejar diferencias en conocimiento del sistema de salud entre los grupos, ya que contar con más redes podría estar relacionado con tener mayor acceso a información. Junto con esto, el efecto de las redes puede mostrar mayor facilidad de acceso, permitiendo, por ejemplo, que la persona tenga a quien acudir para dejar al cuidado de los hijos o del hogar cuando requiera asistir a alguna consulta.

Aun así, cerca de 40 por ciento de la diferencia total encontrada en 2017 (5 puntos porcentuales de 13 de diferencia total) no se explica porque las poblaciones sean distintas en características. Ello indica que, en igualdad de condiciones, los inmigrantes tienen menor probabilidad de asistir a una consulta médica. Esta parte de la diferencia total se da porque las poblaciones difieren en variables no observables o porque responden en distinta medida a variables que son predictoras ( $X_i$ ) del uso de consultas (las mismas variables influyen de manera diferente en las poblaciones). En particular, se encuentra que el hecho de ser mujer se asocia en mayor medida al uso de consultas en la población local que en la inmigrante. Es decir, aun si las poblaciones fueran iguales en proporción de mujeres (y en el resto de las características), los locales harían mayor uso de consultas porque la correlación entre ser mujer y la probabilidad de uso es más fuerte en dicha población. Por el contrario, haber requerido una atención en salud (variable *necesidad*) se asocia más fuerte con un mayor uso en la población inmigrante que en los locales. Es decir, cuando un inmigrante percibe que tiene la necesidad de asistir a un establecimiento de salud, la probabilidad de que asista es más alta que la de un local cuando tiene esa percepción. Este último resultado puede darse si es que el hecho de que los inmigrantes reporten menor necesidad de atención (Cuadro v.1) tiene que ver con que la definan de un modo más estricto que los locales. Esto es, que perciban la necesidad cuando es más probable que requieran asistir a un centro de salud, mientras los locales, en ocasiones en que no es indispensable una atención.

<sup>34</sup> Distancia entre línea discontinua y línea continua.



En el panel B del Gráfico v.8 se observa que existe una diferencia también positiva solo en 2017 en la probabilidad de realizarse un examen, siendo siete puntos porcentuales más alta para la población local (diferencia significativa respecto a la población inmigrante). Sin embargo, la mayor probabilidad de uso se relaciona principalmente con diferencias en la asistencia a consultas médicas, lo que indica que el bajo apoyo social, menor necesidad y otros determinantes relacionados con la migración, como lo son posiblemente la falta de información o la percepción de discriminación, tienen como efecto una menor realización de exámenes médicos a través del menor uso de consultas. En esta línea, dado que la mayoría de los exámenes requieren prescripción médica, la evidencia encontrada indica que el menor uso de los servicios de salud está dado principalmente porque los inmigrantes toman menos contacto con ellos (lo que se refleja en menor probabilidad de asistir a consultas). Una vez realizado ese primer contacto, no se encuentran diferencias en la probabilidad de uso de exámenes. Otras variables que determinan la brecha en uso de exámenes están relacionadas con el estado de salud (probabilidad de haber necesitado atención y prevalencia de enfermedades crónicas, que son mayores entre la población local) y a diferencias en escolaridad. Luego de controlar por dichas variables, no se encuentra que exista una diferencia significativa entre los grupos. En conclusión, las diferencias de uso de exámenes entre los grupos se dan porque estos son desiguales en características y tienen distinta probabilidad de asistir a una consulta.

Por último, el panel C del Gráfico v.8 presenta los resultados para las hospitalizaciones. En ninguno de los años estudiados existe una diferencia en la probabilidad de haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses entre las dos poblaciones.

Se realizó la estimación anterior incluyendo, además de la población ocupada, a la población desocupada e inactiva y los resultados se mantienen, pero la brecha en características entre las poblaciones se hace más importante para explicar la diferencia total. En este caso es particularmente importante la diferencia en afiliación a seguros de salud entre las poblaciones, la que, a su vez, y según se analizó previamente, pareciera estar correlacionada con la ocupación y el tipo de contrato.

### *3.2.3. Tiempo desde la llegada y uso de servicios de salud*

En esta sección se realiza la misma estimación que se usó en la sección 3.2.2 comparando la probabilidad de uso de las prestaciones de salud de la población local con la población inmigrante según el tiempo desde la llegada a Chile. Específicamente se compara a los locales con aquellos inmigrantes

que llegaron hace un año o menos, entre uno y cinco años y más de cinco años.<sup>35</sup> Los resultados se presentan en el Gráfico v.9.

En el panel A del Gráfico v.9 se observa que al comparar a la población local con la inmigrante que llegó hace menos tiempo, existe un uso mayor de consultas entre los locales. Para la población local, la probabilidad de asistir a una consulta es más de 20 puntos porcentuales mayor que para los inmigrantes que llegaron hace un año o menos, mientras que es cerca de diez puntos porcentuales mayor que para los inmigrantes que lo hicieron hace más tiempo (diferencias significativas con el grupo que llegó hace un año). Parte importante de la brecha se explica porque los grupos de comparación son de características distintas. No obstante, existe una parte de esa brecha no explicada por dichas diferencias (en características), que es mayor entre quienes llegaron hace un año o menos. En otras palabras, ajustando por variables que usualmente determinan el nivel de uso (al hacer a las poblaciones comparables en edad, necesidad, estado de salud autorreportado, entre otros factores), persiste una diferencia en el nivel de uso de consultas. Parte de esta última brecha disminuye para quienes llevan más de un año en el país (diferencia significativa respecto al grupo que lleva un año o menos), pero sigue siendo positiva para quienes llevan más de cinco años.<sup>36</sup>

Con respecto al uso de exámenes (panel B del Gráfico v.9), se observa también una caída en la diferencia total con el tiempo. En tal caso, solo el grupo que lleva un año o menos presenta diferencias significativas con los locales en el uso de estos servicios, luego de ajustar por variables socioeconómicas y demográficas.

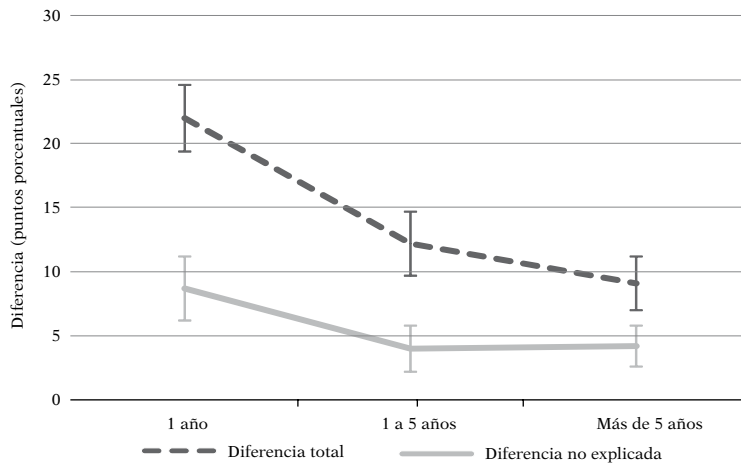
Por último, en el panel C del Gráfico v.9, se encuentra que no hay diferencias significativas si se comparan las probabilidades de hospitalizarse entre locales e inmigrantes para quienes llevan menos de un año o más de cinco años. Se encuentra, sin embargo, diferencia significativa para los inmigrantes que llevan entre uno y cinco años en el país. En vista de que no hay diferencia en el período previo ni en el período posterior, no se puede concluir que exista una relación clara entre el tiempo desde la llegada al país y una posible brecha en hospitalizaciones.

<sup>35</sup> Para ello se realizan tres estimaciones por separado usando la misma metodología. Una compara probabilidades de uso de la población nacida en Chile con la población inmigrante que se encuentra en el país desde hace un año o menos. La segunda compara a la población local con los inmigrantes que llevan de dos a cinco años en el país. Por último, la tercera compara al grupo nacido en Chile con los nacidos en el extranjero que llevan más de cinco años en el país.

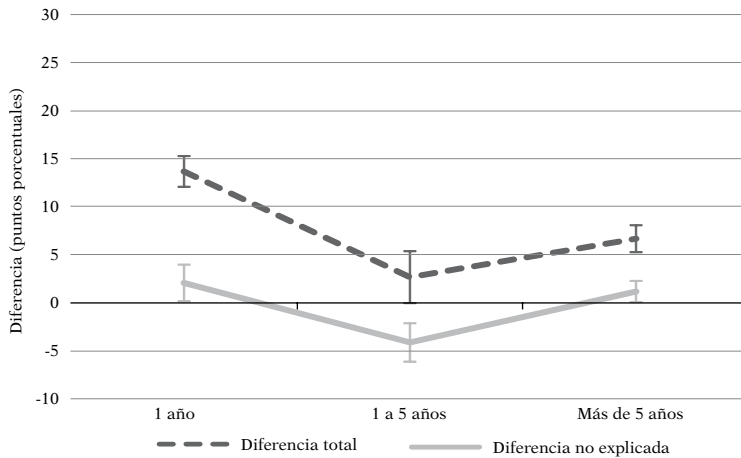
<sup>36</sup> Se realizó el análisis comparando a la población local con quienes llevan 10 años o más y la diferencia total desaparece, lo que indica que la probabilidad de uso de consultas podría asimilarse con el tiempo. Sin embargo, la cantidad de datos para esta subpoblación es menor, por lo que un desafío a futuro implica observar si existe efectivamente una convergencia en el tiempo.

GRÁFICO V.9. *Descomposición oaxaca para la probabilidad de uso del sistema de salud en Chile. Diferencias entre población local e inmigrante según tiempo desde la llegada al país*

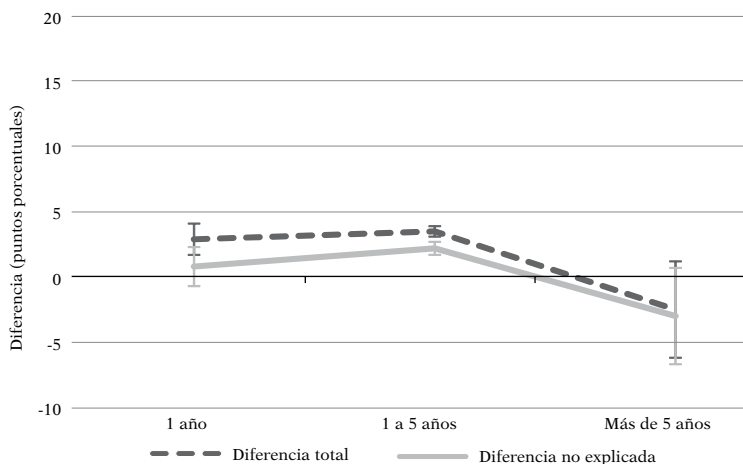
*Panel A: Consultas*



*Panel B: Exámenes*



Panel C: Hospitalización (excluye EPP)



Nota: Los gráficos presentan los resultados de la estimación del modelo Blinder-Oaxaca a través del método de MCO para la diferencia de la probabilidad de uso del sistema de salud entre locales e inmigrantes para tres grupos de inmigrantes: aquellos que llegaron (i) hace un año o menos, (ii) entre uno y cinco años y (iii) hace más de cinco años. Intervalos de confianza al 95 por ciento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

### 3.2.4. Egresos hospitalarios

Las estimaciones anteriores muestran que no existen diferencias en la probabilidad de haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses una vez que se controla por variables que tienen relación con el estado de salud. Parte de este resultado podría deberse a que los individuos no pueden sustituir o evitar la hospitalización cuando esta es necesaria, como sí pueden hacerlo con las consultas y los exámenes. No obstante, se podrían observar diferencias en el estado de salud en el que llegan al establecimiento, si es que asistieran de forma más tardía a la atención médica. En el caso de que eso sucediera, podría haber diferencias en el número de días de estadía, en el porcentaje de población que egresa vivo o en el porcentaje que se realiza una intervención quirúrgica. Contrario a lo anterior, Cabieses et al. (2017c), con datos de egresos hospitalarios de 2012, encuentran que las hospitalizaciones en la población inmigrante son de menor cantidad de días de estadía, mayor porcentaje de egresos vivos y menor porcentaje de intervenciones quirúrgicas.

El Cuadro v.3 compara estas tres variables entre las dos poblaciones con datos de egresos hospitalarios de 2017.<sup>37</sup> Se encuentra que, a excepción de los egresos por EPP, los días de estadía son menores para la población inmigrante, más aún entre los inmigrantes que no cuentan con seguro de salud. La proporción de la población que egresa viva de cada uno de los diagnósticos es generalmente mayor en la población inmigrante, incluso entre quienes no se encuentran cubiertos por algún esquema de previsión en salud.

CUADRO V.3. *Indicadores de estado de ingreso, comparación entre población inmigrante y local a partir de hospitalizaciones más frecuentes en inmigrantes*

		Días estadía	Egresos vivo (%)	Intervención quirúrgica (%)
Embarazo, parto y puerperio	Local	3,0	100,0	58,6
	Inmigrante	3,3***	100,0	61,1***
	Inmigrante sin previsión	3,1**	100,0	57,1***
Traumatismo y envenenamiento	Local	6,6	98,9	61,9
	Inmigrante	6,2*	99,2	68,0***
	Inmigrante sin previsión	4,8***	99,4	60,6***
Enfermedades sistema digestivo	Local	4,5	98,5	70,2
	Inmigrante	4,4	99,5***	75,6***
	Inmigrante sin previsión	4,3	99,5	68,3***
Tumores y neoplasias	Local	6,6	96,4	57,0
	Inmigrante	5,8***	97,7***	61,1
	Inmigrante sin previsión	4,1***	96,2	58,7
Enfermedades sistema respiratorio	Local	6,6	94,3	20,6
	Inmigrante	6,2	96,6***	21,2
	Inmigrante sin previsión	5,2**	97,9	14,3***

Nota: Grupos de diagnóstico según Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10). Los asteriscos representan significancia estadística respecto a locales para inmigrantes (incluye inmigrantes con y sin previsión), y respecto a inmigrantes con previsión en salud para el grupo de inmigrantes sin previsión: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Fuente: Construido en base a datos de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del año 2017.

<sup>37</sup> Se toman las categorías de enfermedad con mayor frecuencia en la población inmigrante en 2017. Destaca la alta proporción de egresos que se deben a EPP en la población inmigrante (54,9 por ciento en comparación a 16,9 por ciento en la población local, brecha mayor a la encontrada en Cabieses et al. 2017c). La identificación de inmigrante en este caso es distinta a la de CASEN porque las bases de egresos hospitalarios hasta 2018 solo tienen información sobre nacionalidad. Se considera inmigrante, por lo tanto, a todos los que tienen nacionalidad extranjera.

Por último, la proporción con intervención quirúrgica es mayor en inmigrantes, pero menor en inmigrantes sin previsión en salud en comparación a la población local. Luego, a partir de un análisis descriptivo no se encuentra evidencia de que los inmigrantes lleguen en estado de mayor gravedad a la atención hospitalaria. Sin embargo, se requiere un análisis más exhaustivo que ajuste por sexo, edad y otras variables que determinan el estado de salud. Es necesario tener en cuenta, sin embargo, que este análisis considera los diagnósticos de mayor prevalencia, por tanto, no se puede generalizar hacia el resto de las causas.

### *3.2.5. Resumen de los resultados*

A lo largo de esta sección se ha encontrado evidencia de que, por una parte, la menor probabilidad de uso de consultas y exámenes de salud por parte de los inmigrantes respecto de los locales en Chile viene dada mayormente por diferencias en características entre las poblaciones local e inmigrante. La brecha de uso de dichas prestaciones de salud, además, es mayor en los primeros años desde la llegada al país, consistente con que la falta de previsión en salud es también menor en esos años, como se encontró en la sección 3.1. No obstante, el hecho de que la mayor parte de la brecha responda a diferencias en características de las poblaciones no implica que la desigualdad sea menos relevante, ya que diferencias en características, como por ejemplo, en las redes de apoyo (y derivado de ello, posiblemente en información del sistema de salud), constituyen una barrera de acceso ante igual necesidad de salud.

Por otra parte, se encuentra que en el caso del uso de consultas e indirectamente de exámenes (dada la alta relación entre el uso de ambos), existe una proporción de la diferencia total que no se explica porque los grupos tienen diferentes características. Esto implica que la inmigración se vuelve un determinante más del uso del sistema de salud, lo que puede ser consecuencia de otras diferencias entre los inmigrantes y la población local, como el manejo del lenguaje, la falta de pertinencia cultural de las intervenciones de salud, percepción de discriminación u otras.

Estos resultados evidencian menor probabilidad de contacto con el sistema de salud a través del uso de consultas. Para las prestaciones que se derivan de dicho contacto, sin embargo, no se encuentran diferencias (exámenes y hospitalizaciones). En parte ello puede darse porque el precursor de la decisión de acercarse en primera instancia es el propio individuo, sin embargo, una vez que este asiste a una consulta, la decisión de realizarse un examen o de hospitalización depende, principalmente, de un profesional de la salud. En este sentido, una vez que el médico entrega una indicación, ambas poblaciones responden de manera similar.

Si bien no se tiene información acerca de la causa específica para que la migración se convierta en un determinante de la salud, contar con aquella referida a las características que determinan diferencias en el uso entre ambas poblaciones entrega luces acerca de algunas vías por las cuales se puede avanzar. En la sección 5 se presentan algunas recomendaciones.

#### 4. TEMAS ESPECIALES

En esta sección se realiza un breve análisis acerca de dos aspectos adicionales que son relevantes respecto a la relación entre el sistema de salud y la población inmigrante en Chile. Ambos dicen relación con el aporte de los inmigrantes al sistema de salud chileno. En primer lugar, se presenta un análisis acerca de la oferta de técnicos y profesionales de la salud. Luego, se presentan algunos datos sobre aportes financieros al sistema de salud a través de cotizaciones legales (y voluntarias en el caso de los inmigrantes que son beneficiarios de Isapres).

##### *4.1. Inmigrantes técnicos y profesionales de la salud*

La creciente oleada migratoria en Chile ha estado acompañada de un aumento en la cantidad de inmigrantes técnicos y profesionales de la salud. Según el registro de Prestadores individuales de Salud,<sup>38</sup> el número de técnicos y profesionales de la salud extranjeros aumentó 20 por ciento entre septiembre de 2017 y septiembre de 2018 y la cantidad de médicos extranjeros aumentó en un 56 por ciento registrados en el mismo período, llegando a 9.467, representando así el 19,6 por ciento de los médicos del país. Según los mismos datos, destaca también la cantidad de inmigrantes con título de cirujanos dentistas y de farmacéuticos y químico farmacéuticos, los que representan un 9,8 y un 7,1 por ciento de los profesionales de dichas áreas, respectivamente.<sup>39</sup>

Acerca de la distribución geográfica de los médicos cirujanos, profesión de mayor concentración dentro de los inmigrantes que trabajan en el sector salud, se encuentra alta presencia de éstos en las regiones del norte del país (que representan el 18,4 por ciento del total de médicos en la Región de

<sup>38</sup> Estadísticas de Prestadores individuales de Salud. Superintendencia de Salud. En: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html> (consultada el 28 de mayo de 2019).

<sup>39</sup> Datos al 30 de septiembre de 2018. Solicitados mediante la Ley de transparencia y recibidos el 12 de noviembre de 2018.

Arica y Parinacota, 15,8 en Tarapacá, 21,8 en Atacama, 17,1 en Coquimbo), en la Región del Maule (29,0 por ciento) y la Región de Los Lagos (17,7 por ciento).<sup>40</sup>

Dichas cifras dan cuenta del potencial que tiene la llegada de técnicos y profesionales de la salud a Chile, país que tiene una densidad de médicos muy por debajo del promedio de aquella de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (21,5 cada 10.000 habitantes en comparación con 33,0 en promedio en esos países).<sup>41</sup> Entre los países de Latinoamérica, Brasil y Colombia presentan tasas inferiores (18,5 y 18,3 respectivamente), mientras que Argentina y Uruguay superan incluso al promedio de la OCDE (37,6 y 39,4, respectivamente). Especial potencial tiene la llegada de personal de la salud en aquellas zonas donde hay menor densidad de médicos especialistas, que corresponde a las regiones de Tarapacá, Atacama, Maule y Coquimbo, según un informe de recursos humanos en salud del Ministerio de Salud del año 2016.<sup>42</sup>

#### *4.2. Aporte financiero al sistema de salud*

Con datos recibidos del Departamento de Estudios de Fonasa y del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, se realizó un análisis de los montos de cotizaciones de la población afiliada a Fonasa y a Isapres, respectivamente, con el fin de indagar sobre el aporte financiero de los inmigrantes a través de sus cotizaciones en salud.

En el caso de quienes son beneficiarios de Fonasa, sus aportes contribuyen al financiamiento de prestaciones de todos los afiliados y sus dependientes, en la lógica solidaria con que opera dicho seguro. La población inmigrante beneficiaria de Fonasa tiene, en promedio, una cotización igual a CLP\$27.407, mientras que la población local cotiza en promedio CLP\$29.233. Específicamente, el monto de cotización de los inmigrantes es menor que la población local en los rangos de 24 a 49 años y 75 o más, con un monto de aporte promedio que equivale a alrededor del 85 por ciento del monto de los locales. Esto se da tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, al dividir la cotización por número de beneficiarios (en Fonasa la cotización no

<sup>40</sup> Se debe considerar que, en los datos entregados por el Minsal, un número importante de profesionales aparecen sin información de región, por lo que el cálculo es en base a quienes sí reportaron.

<sup>41</sup> Informe sobre recursos humanos, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=107578&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION> (consultada al 23 de mayo de 2019).

<sup>42</sup> [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Publico\\_Marzo2016.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Publico_Marzo2016.pdf) (consultada al 23 de mayo de 2019).



varía según número de cargas del cotizante, lo que sí ocurre en las Isapres), los montos aportados por beneficiario se equiparan para el rango de 24 a 49 años.

Quienes están afiliados a alguna Isapre realizan un aporte al sistema que se destina a la compra de un seguro individual, sin embargo, existe un porcentaje que va a un fondo común para los tratamientos con garantías explícitas en salud (GES), por lo que también existe un componente solidario (subsidios cruzados), aunque menor. En promedio, el monto de cotización legal<sup>43</sup> de los inmigrantes que son beneficiarios de Isapre es de CLP\$72.139, mientras que en los locales alcanza a CLP\$74.482. Si se desglosa por rangos de edad, el monto de cotización es similar entre ambas poblaciones para quienes tienen menos de cincuenta años, levemente mayor para los locales entre quienes tienen de 50 a 74 y cerca de un 30 por ciento mayor para locales mayores de 74 años. La cotización adicional (sobre el siete por ciento obligatorio) es mayor en la población inmigrante (CLP\$38.743 en comparación a CLP\$36.201 en el caso de los locales), lo que se da en todos los tramos de edad y tanto en mujeres como en hombres.

Por lo tanto, en primer lugar, los inmigrantes están aportando no sólo mediante sus cotizaciones legales sino también de su bolsillo al desarrollo del sector salud. En segundo lugar, los datos anteriores revelan que el aporte financiero de la población inmigrante es similar al de los locales tanto entre quienes están inscritos en Isapres como en Fonasa (exceptuando a quienes tienen más de 75 años), aun cuando se ha demostrado que los inmigrantes tienen mejores índices de morbilidad y, por lo tanto, utilizan en menor proporción los servicios de salud, generando así menores gastos esperados por persona. En tercer lugar, una menor proporción del total de la población inmigrante se encuentra afiliada a Fonasa A respecto a la población local (diferencia estadísticamente significativa, 12,3 versus 22,5 por ciento, respectivamente). Quienes pertenecen a dicho grupo del asegurador estatal no contribuyen al financiamiento, pero tienen acceso gratuito a las prestaciones de salud. Por todo lo anterior, y considerando que las propuestas vigentes de reforma de financiamiento<sup>44</sup> avanzan hacia un sistema solidario que mancomuna (parte de) los aportes individuales, es relevante contar con información respecto a las contribuciones financieras y gastos asociados a los inmigrantes.

<sup>43</sup> Siete por ciento del salario bruto (con tope de 79,2 UF en 2019).

<sup>44</sup> Arredondo et al. (2017), Paolucci y Velasco (2017), Escuela de Salud Pública Universidad de Chile y Colegio de Médicos de Chile A.G. (2018).

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

La evidencia analizada en este capítulo, respecto al acceso y uso del sistema de salud de los inmigrantes en Chile deja dos conclusiones principales, que van en línea con la evidencia encontrada por la literatura internacional. En primer lugar, parte importante de la población inmigrante no se encuentra incorporada en esquemas previsionales de salud, especialmente entre quienes llevan uno o dos años en el país, lo que dificulta el acceso de esta población a atenciones en salud. En segundo lugar, dicha población tiene una menor probabilidad de contacto con el sistema de salud, lo que se refleja, principalmente, en una menor probabilidad de utilización de consultas médicas.

Si bien no es posible medir las consecuencias en la calidad de vida ni en la salud futura de la población inmigrante que se derivan de este menor acceso al sistema de salud, es plausible suponer que, de seguir existiendo estas brechas, ello tendrá un impacto en varios aspectos, como su bienestar, calidad de vida, capacidad de trabajo, entre otros. En consecuencia, se plantea poner énfasis en dos líneas de acción, ambas íntimamente relacionadas: (i) avanzar hacia una mayor cobertura de los seguros de salud en la población inmigrante, particularmente entre quienes están desocupados e inactivos, así como entre quienes se encuentran ocupados pero sin contrato (cuya falta de afiliación alcanza niveles de 30,3, 19,6 y 39,3 por ciento, respectivamente) y (ii) desarrollar estrategias de difusión acerca del acceso al sistema y las garantías con las que cuenta dicha población, teniendo en cuenta que la principal brecha se da en el contacto con el sistema de salud. En efecto, 26,4 por ciento de los inmigrantes que no cuenta con previsión en salud reporta no atenderse en caso de necesidad por no haber obtenido hora en el establecimiento de salud, lo que podría responder a la falta de información respecto a cómo acceder al sistema (afiliarse, inscribirse y hacer uso de este) y al bajo apoyo recibido por parte de los funcionarios para guiarlos en dichos procesos, entre otros.

Con respecto al acceso a previsión en salud, el desafío principal consiste en ampliar la cobertura entre quienes no se encuentran empleados (desocupados o inactivos). Para ello, se hace necesario estudiar la situación de los inmigrantes desocupados o inactivos que carecen de seguros de salud y evaluar cómo se podría aumentar la cobertura. A la vez, destaca el alto porcentaje que, encontrándose empleado, no cuenta con protección financiera (12,7 por ciento). Esto demuestra que hay un grupo importante que podría potencialmente incorporarse a Fonasa o a alguna Isapre, más aún entre quienes tienen contrato firmado. En este sentido, incentivar a tales grupos a afiliarse a algún esquema previsional de salud, y a sus empleadores a cumplir con las obligaciones de seguridad social, resulta prioritario (la afiliación al

sistema de pensiones es también menor entre los inmigrantes ocupados respecto a los locales; ver Cordero en este volumen). Por otro lado, ciertos grupos (embarazadas, menores de 18 años y carentes de recursos) actualmente pueden acceder a Fonasa independientemente de la situación migratoria, por lo que es necesario difundir este derecho, tanto directamente en la población inmigrante como entre los equipos de salud, para así avanzar hacia la cobertura universal en salud. Según la encuesta Casen 2017, un 20,2% de los inmigrantes menores de 18 años no cuenta con previsión de salud, lo que indica que existe espacio para avanzar en cobertura en un grupo que actualmente puede acceder a Fonasa.

La entrega de información a la población inmigrante respecto a derechos y educación sobre el sistema de salud corresponde a una de las líneas estratégicas de la Política de Salud Migrantes (PSM). Respecto a ello, Cabieses et al (2017b) proponen mejorar las estrategias de información y focalizar en inmigrantes adultos sin previsión en salud y en la población inmigrante infantil. En vista de que la falta de previsión prevalece durante los primeros años, con la consecuencia de que las brechas en uso sean también mayores en ese período, se propone focalizar la difusión especialmente en la población inmigrante recién llegada. Para ello, tal como han planteado expertos en otros países (Heckler 1985, Devillé et al. 2011), se sugiere la difusión a través del trabajo con la sociedad, ya sea en escuelas, iglesias, organizaciones de inmigrantes, servicios sociales, empleadores, entre otras instancias. Uno de los lineamientos estratégicos de la PSM tiene que ver con el uso de programas como el modelo Aulas del Bien Estar, medida que va en la línea de incluir a la comunidad en el proceso de difusión. Sin embargo, uno de los puntos de partida debiera ser la entrega de información a través de los municipios. Se ha observado que incluso en algunas de las comunas donde se concentra la mayor parte de los inmigrantes, no existe una oficina presencial de entrega de información para esta población (y pocas han desarrollado plataformas de entrega de información virtual) y no todas han ampliado su oferta de servicios tomando en cuenta las nuevas necesidades que existen en la comuna con la llegada de esta población (ver Aninat y Sierra en este volumen). Adicionalmente, el trabajo intersectorial entre ministerios y servicios sociales podría ayudar en esta línea a través del uso de canales de difusión de otros servicios que sean de especial interés para la población inmigrante, como los relacionados con los temas de empleo, vivienda, educación y extranjería.

Junto con información acerca de previsión en salud y de cómo acceder a atenciones médicas, se propone difundir programas de cobertura universal a los que la población inmigrante puede acceder una vez que se encuentra incorporada en algún esquema de previsión en salud, como las prestaciones con GES, vacunas incluidas en el Plan Nacional de Inmunizaciones, sistema

de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley N° 20.850, "Ricarte Soto"), programa Elige Vivir Sano, entre otros. Particularmente importante es la entrega de información de programas relacionados con salud mental, en vista de las dificultades que puede significar el proceso migratorio y el proceso de incorporación cuando existen diferencias culturales relevantes. En esa línea, la PSM establece la necesidad de adaptar y fortalecer los programas a los cuales la población inmigrante puede acceder, incluyendo en su implementación consideraciones que tomen en cuenta las necesidades y creencias culturales de este grupo, nuevamente, el rol de los municipios en esta línea es esencial, siendo la entidad más descentralizada.

Por otro lado, en relación con la posible falta de apoyo a la población inmigrante por parte de los funcionarios de la salud, tanto a nivel internacional como nacional se han propuesto acciones para disminuir la desigualdad de trato en establecimientos de salud y sensibilizar a los equipos de salud para la provisión de atención sanitaria a esta población. Ello porque, entre otros, se necesita la confianza del paciente tanto en los establecimientos como en el personal de la salud para lograr la adherencia a los tratamientos. Como respuesta al diagnóstico del Plan Piloto de Salud de Inmigrantes, donde se encontró evidencia de malos tratos hacia la población inmigrante en consultas de urgencia y hospitalizaciones, la PSM aborda este tema, haciendo prioritaria la capacitación de equipos de salud y la realización de campañas de desestigmatización en la población general. En la misma línea, se establece el desarrollo de servicios de facilitación lingüística a través de traductores (presenciales, remotos o de forma digital).

En línea con lo anterior, en vista de una creciente población inmigrante que demanda servicios de salud, se plantea estudiar cómo aprovechar el aumento en técnicos y profesionales de la salud inmigrantes que se ha evidenciado durante los últimos años. Estos podrían ser un aporte capacitando a sus pares locales en torno a las necesidades y normas culturales propias de dicha población. A la vez, se propone abordar su incorporación al sistema de salud chileno, apuntando a disminuir las inequidades existentes en cuanto a la distribución de trabajadores del área en el país.

La PSM dispone orientaciones que responden a las carencias de la población inmigrante en salud, tal como se ha presentado en esta sección. Sin embargo, se requiere determinar cómo se implementarán dichas acciones junto con los recursos (humanos y financieros) que serán destinados para ello. Asimismo, se debe monitorear su implementación y la focalización de las acciones estableciendo criterios de medición de resultados para así poder evaluar si se están alcanzando los objetivos perseguidos.

Las consecuencias del menor acceso a salud tienen directa relación con la salud de la población inmigrante y eventualmente en el largo plazo con sus finanzas, capacidad de trabajar, entre otros costos que el peor estado de

salud implica. Por tanto, el desafío de avanzar en mayor cobertura de previsión en salud y en el acceso al sistema de salud de este grupo, así como de estudiar los eventuales efectos futuros, se hace latente. Poco se avanzará en el acceso universal, sin embargo, si no se reducen otras barreras presentes, como la falta de información respecto al sistema. Las acciones concretas deben alinearse con el objetivo de fondo: garantizar acceso a la atención oportuna y a las prestaciones de prevención y promoción de la salud tanto en inmigrantes como en locales.

#### REFERENCIAS

- Arredondo, A., M. P. Bertoglia, M. Inostroza, R. Lenz, J. Labbé & H. Sánchez (2017). "La construcción política del sistema de salud en Chile: La importancia de la estrategia y la transición". Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.
- Blinder, A. S. (1973). "Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates". *The Journal of Human Resources*. 8 (4): 436-55.
- Blumberg, L. J., L. M. Nichols & J. S. Banthin (2001). "Worker decisions to purchase health insurance." *International Journal of Health care finance and Economics* 1 (3-4): 305-325.
- Bustamante, A. V., H. Fang, J. Garza, O. Carter-Pokras, S. P. Wallace, J. A. Rizzo & A. N. Ortega (2010). "Variations in Healthcare Access and Utilization Among Mexican Immigrants: The Role of Documentation Status". *Journal of Immigrant and Minority Health*. 14: 146.
- Bustamante, A. V., H. Fang, J. A. Rizzo & A. N. Ortega (2009). "Heterogeneity in Health Insurance Coverage among U.S. Latino Adults". *Journal of general internal medicine*. 24 (3): 561.
- Bruzzo, S. & J. Henríquez (2017). "Desigualdades en salud entre mapuches y no mapuches: ¿mito o realidad?". En: Aninat, I. V. Figueroa & R. González (editores.) *El pueblo mapuche en el siglo XXI: Propuestas para un nuevo entendimiento entre culturas en Chile*, 435-75. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Cabieses, B., M. Bernales & A. M. McIntyre (coords.) (2017a). "La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas pública". Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., M. Oyarte & I. Delgado (2017b). "Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile". En: Cabieses et al. (2017a), 147-79.
- \_\_\_\_\_ (2017c). "Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local". En: Cabieses et al. (2017a), 181-211.

- Calderón, F. & F. Saffirio (2017). "Avances y Desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM". En: Cabieses et al. (2017a), 51-59.
- Devillé, W. et al. (2011). "Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study". *BMC Public Health* 11 (1): 699.
- Escuela de Salud Pública Universidad de Chile y Colegio de Médicos de Chile A.G. (2018). "Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile".
- Fadnes, L. T., K. A. Møen & E. Diaz (2016). "Primary healthcare usage and morbidity among immigrant children compared with non-immigrant children: a population-based study in Norway". *BMJ open* 6: 10.
- Gaskin, D. J., B. A. Briesacher, R. Limcangco & B. L. Brigantti (2006). "Exploring racial and ethnic disparities in prescription drug spending and use among Medicare beneficiaries". *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. Vol. 4, Issue 2: 96-111.
- Grossman, M. (1972). "On the concept of health capital and the demand for health". *National Bureau of Economic Research* 80 (2): 223-55.
- Hargraves, J. L. & J. Hadley (2003). "The contribution of insurance coverage and community resources to reducing racial/ethnic disparities in access to care". *Health services research* 38 (3), 809-29.
- Hasanali, S. H. (2015). "Immigrant-Native Disparities in Perceived and Actual Met/Unmet Need for Medical Care". *Journal of immigrant and minority health* 17.5: 1337-1346.
- Heckler, M. (1985). "Report of the Secretary's task force on Black & minority health". Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Henríquez, J. & C. Velasco (2015). "Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años". *Propuestas de Política Pública* 13. Centro de Estudios Públicos.
- Idler, E. L. & Y. Benyamini (1997). "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies". *Journal of health and social behavior*: 21-37.
- Jylhä, M. (2009). "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model". *Social science & medicine* 69 (3): 307-316.
- Kaplan, G. A. & T. Camacho (1983). "Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort". *American journal of epidemiology* 117 (3): 292-304.
- Krueger, A. B. & I. Kuziemko (2013). "The demand for health insurance among uninsured Americans: Results of a survey experiment and implications for policy." *Journal of Health Economics* 32(5): 780-93.
- Lebrun, L. A. (2012). "Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among Immigrants in Canada and the United States". *Social science & medicine* 74 (7): 1062-1072.

- Liu, H., Qi S. & Z. Zhao (2014). "Social learning and health insurance enrollment: Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme." *Journal of Economic Behavior & Organization* 97: 84-102.
- Mossey, J. M. & E. Shapiro (1982). "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly". *American journal of public health* 72 (8): 800-808.
- McDonald, T. & S. Kennedy (2004). "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada". *Social Science & Medicine* 59: 1613-1627.
- Oaxaca, Ronald (1973). "Male-Female Wage Differentials in Urban Labor-Markets". *International Economic Review* 14 (3): 693-709.
- Organización Internacional de Migración (2006). "Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants". OIM Migration Health Department. Switzerland.
- Organización Mundial de la Salud (2003). "Migración Internacional, Salud y Derechos humanos". *Serie de publicaciones sobre salud y derechos* 4.
- Paolucci, F. & C. Velasco (2017). "Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo". *Debates de Política Pública* 25, Centro de Estudios Públicos.
- Pezoa, M. & D. Debrott (2018). "Derechos sociales y acceso de migrantes internacionales a la salud en Chile". *Revista N° 75*. Instituto Católico Chileno de Migración.
- Syse, A., M. T. Dzamarija, B. N. Kumar & E. Diaz (2018). "An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries". *BMC public health* 18 (1): 508.
- Velasco, C. (2014). "Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile". *Debates de Política Pública* 3, Centro de Estudios Públicos.
- Wu, Z., M. J. Penning & Ch. M. Schimmele (2005). "Immigrant status and unmet health care needs". *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*: 369-373.
- Zuvekas, S. H. & G. S. Taliaferro (2003). "Pathways to access: health insurance, the health care delivery system, and racial/ethnic disparities, 1996-1999". *Health Affairs* 22: 139-53.

## ANEXO

CUADRO V.A1. *Determinantes de la probabilidad de acceso a previsión en salud para la población inmigrante en Chile (Primera etapa)*  
*Efecto marginal*

Año 1	-0,23*** (0,05)	Edad	0,01 (0,01)	Decil 2	0,03 (0,07)
Año 2	-0,04 (0,04)	Edad^2	-0,00 (0,00)	Decil 3	0,05 (0,06)
Año 3	-0,05 (0,05)	Salud aprobada	0,04 (0,05)	Decil 4	0,04 (0,05)
Año 4	-0,06 (0,05)	Crónico	0,09 (0,02)	Decil 5	0,05 (0,06)
Año 5	-0,06 (0,04)	Necesidad	0,08 (0,02)	Decil 6	0,02 (0,06)
Año 6	-0,06 (0,05)	Mujer	0,01 (0,03)	Decil 7	0,04 (0,06)
Año 7	-0,02 (0,05)	Escolaridad	0,00 (0,00)	Decil 8	-0,03 (0,07)
Año 8	-0,01 (0,06)	Casado o conviviente	0,05 (0,03)	Decil 9	0,05 (0,05)
Año 9	0,05 (0,06)	Urbano	0,09 (0,05)	Decil 10	-0,01 (0,08)
Año 10	-0,03 (0,06)	Contrato	0,23 (0,02)	Constante	0,45 (0,15)
				Observaciones	3.060
				Pseudo R2	0,24

Nota: La estimación se realiza mediante el modelo probit para la población inmigrante mayor a 17 años que se encuentra laboralmente activa. Los valores reportados corresponden al efecto marginal. Los asteriscos representan el nivel de significancia estadística: \*\*\* $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ .

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.



CUADRO V.A2. *Proporción de la población que usa cada tipo de atención en salud según procedencia y tipo de previsión*

	<i>Con previsión</i>		<i>Sin previsión</i>	
	<i>No inmigrante</i>	<i>Inmigrante</i>	<i>No Inmigrante</i>	<i>Inmigrante</i>
Consulta	44,1	30,5***	23,1	11,9***
Examen	19,8	15,5***	8,1	4,1***
Hospitalización	6,4	6,0	2,5	2,7

Nota: Los asteriscos representan el nivel de significancia estadística de la diferencia respecto a la población no inmigrante: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

CUADRO V.A3. *Estimación de la probabilidad de estar afiliado a algún esquema previsional (Primera etapa), población local*

Edad	-0,001*** (0,00)	Urbano	-0,00 (0,00)	Decil 7	-0,01** (0,00)
Edad^2	0,00*** (0,00)	Casado o conviviente	0,01*** (0,00)	Decil 8	-0,01*** (0,00)
Salud aprobada (>3)	0,00 (0,00)	Decil 2	0,00 (0,00)	Decil 9	-0,01*** (0,00)
Mujer	0,01*** (0,00)	Decil 3	0,00 (0,00)	Decil 10	0,00 (0,0001)
Crónico	0,01*** (0,00)	Decil 4	0,00 (0,00)	Constante	1,93*** (0,18)
Necesidad	0,005*** (0,00)	Decil 5	-0,01** (0,00)	Pseudo R2	0,15
Contrato	0,06*** (0,00)	Decil 6	-0,01** (0,00)	Observaciones	82.649
Escolaridad	-0,00*** (0,00)				

Nota: Los asteriscos representan el nivel de significancia estadística: \*\*\* p<0.01, \*\*p<0.05, \* p<0.1.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

CUADRO V.A4. *Estimación determinantes del uso de prestaciones de salud (segunda etapa)*

	<i>Uso consulta</i>		<i>Uso examen</i>		<i>Uso hospitalización (sin EPP)</i>	
	<i>Local</i>	<i>Inmigrante</i>	<i>Local</i>	<i>Inmigrante</i>	<i>Local</i>	<i>Inmigrante</i>
Previsión	0,10*	0,10	0,03	-0,01	0,01	0,08
	(0,06)	(0,07)	(0,04)	(0,06)	(0,03)	(0,09)
Uso consulta			0,34***	0,31***		
			(0,01)	(0,04)		
Edad	-0,00***	-0,01	0,00	-0,00	0,00	-0,01*
	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Edad^2	0,00***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00**
	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Salud aprobada	-0,08***	-0,11	-0,06***	-0,02	-0,05***	0,01
	(0,01)	(0,09)	(0,01)	(0,06)	(0,01)	(0,03)
Mujer	0,11***	0,06***	0,04***	0,00	-0,00	0,04
	(0,00)	(0,02)	(0,00)	(0,03)	(0,00)	(0,03)
Crónico	0,18***	0,13	0,06***	-0,15***	0,01*	0,01
	(0,01)	(0,09)	(0,01)	(0,05)	(0,00)	(0,04)
Hosp. parto	0,13***	0,13	0,07***	0,16*		
	(0,03)	(0,12)	(0,02)	(0,09)		
Necesidad	0,66***	0,73***	0,10***	0,13**	0,09***	0,04*
	(0,00)	(0,04)	(0,01)	(0,07)	(0,00)	(0,02)
Escolaridad	0,01***	0,00	0,00***	0,01***	0,00***	0,00
	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Ln (ingreso)	0,01***	0,02	0,01***	0,00	0,00***	0,02
	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,01)
Urbano	-0,00	-0,07***	0,00	0,01	0,00	-0,00
	(0,01)	(0,03)	(0,00)	(0,03)	(0,00)	(0,01)
Apoyo social	0,00***	0,01***	0,00***	0,00	0,00**	-0,01
	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,01)
Constante	-0,04	-0,01	-0,17***	-0,18	-0,05	-0,15
	(0,07)	(0,23)	(0,05)	(0,18)	(0,03)	(0,21)
Observaciones	77.223	2.824	77.223	2.824	77.223	2.824
R2	0,36	0,40	0,27	0,27	0,04	0,02

Nota: Estimación de determinantes de uso del sistema de salud utilizando la metodología de variables instrumentales con la elección de tener seguro como instrumento. Hospitalización excluye las hospitalizaciones por embarazo, parto o puerperio. "Ln(ingreso)" corresponde al logaritmo natural del ingreso del hogar. Los asteriscos representan el nivel de significancia estadística: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.

CUADRO V.A5. *Descomposición Blinder-Oaxaca de la diferencia de uso de prestaciones de salud*

	2006	2009	2011	2013	2015	2017
<i>Uso consultas</i>						
Diferencia total	-0,03 (0,03)	-0,05 (0,04)	0,05** (0,03)	0,07** (0,03)	0,04* (0,02)	0,13*** (0,02)
Diferencia explicada	-0,04 (0,03)	-0,02 (0,03)	0,02 (0,02)	0,03 (0,03)	0,05** (0,02)	0,09*** (0,02)
Diferencia no explicada	-0,03 (0,03)	-0,06* (0,04)	0,02 (0,02)	0,03 (0,02)	-0,00 (0,02)	0,05*** (0,01)
Nivel de uso local	0,32*** (0,00)	0,29*** (0,00)	0,33*** (0,00)	0,37*** (0,00)	0,39*** (0,00)	0,37*** (0,00)
Nivel de uso inmigrante	0,35*** (0,03)	0,24*** (0,04)	0,28*** (0,03)	0,30*** (0,03)	0,35*** (0,02)	0,12*** (0,02)
<i>Uso exámenes</i>						
Diferencia total	0,00 (0,02)	-0,01 (0,02)	0,01 (0,02)	0,03* (0,02)	0,04** (0,02)	0,07*** (0,01)
Diferencia explicada	0,00 (0,02)	-0,02 (0,03)	0,02 (0,01)	0,03* (0,02)	0,01 (0,01)	0,04** (0,02)
Diferencia no explicada	0,01 (0,02)	0,00 (0,02)	-0,02 (0,02)	0,00 (0,02)	0,00 (0,02)	-0,01 (0,01)
Nivel de uso local	0,14*** (0,00)	0,12*** (0,00)	0,15*** (0,00)	0,18*** (0,00)	0,20*** (0,00)	0,19*** (0,00)
Nivel de uso inmigrante	0,14*** (0,02)	0,13*** (0,02)	0,14*** (0,02)	0,15*** (0,02)	0,16*** (0,02)	0,13*** (0,01)
<i>Hospitalización (excluye parto)</i>						
Diferencia total	0,01 (0,01)	-0,03 (0,02)	-0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	0,01* (0,01)	0,01 (0,01)
Diferencia explicada	-0,02 (0,02)	-0,02 (0,02)	-0,00 (0,01)	0,01 (0,01)	0,00 (0,01)	0,01 (0,01)
Diferencia no explicada	0,01 (0,01)	-0,03 (0,02)	-0,02 (0,01)	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)
Nivel de uso local	0,05*** (0,00)	0,02*** (0,00)	0,04*** (0,00)	0,04*** (0,00)	0,05*** (0,00)	0,05*** (0,00)
Nivel de uso inmigrante	0,03*** (0,01)	0,05*** (0,02)	0,05*** (0,01)	0,03*** (0,01)	0,04*** (0,01)	0,04*** (0,01)
Observaciones población local	94.419	83.378	73.886	81.770	96.475	77.223
Observaciones población local	835	822	1.239	1.485	2.012	2.831

Nota: “Diferencia explicada” se refiere a la parte de la diferencia que se da porque las poblaciones son diferentes en características que determinan el uso de servicios de salud (ingreso, edad, entre otros) (“dotación” en la estimación utilizando el comando Oaxaca en Stata). “Diferencia no explicada” corresponde al resto de la diferencia total. (“coeficientes” en la estimación). Los asteriscos representan el nivel de significancia estadística: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta casen 2006 a 2017.

CUADRO V.A6. Descomposición Blinder-Oaxaca de la diferencia de uso de servicios de salud entre población inmigrante y local

	Consultas				Exámenes				Hospitalización			
	1 año		1 a 5 años		Más de 5 años		Total		Total	Coef.		
	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.				
Uso consulta	0,04*** 0,01											
	(0,01) (0,01)											
Previsión	0,01*	0,00	0,05*	-0,04	-0,00	0,10	-0,01	0,22	-0,00	0,04	0,01	-0,06
	(0,01)**	(0,07)	(0,03)	(0,07)	(0,01)	(0,15)	(0,01)	(0,15)	(0,01)	(0,07)	(0,01)	(0,23)
Edad	-0,08	0,17	-0,31*	0,67	0,03	-0,22	-0,01	-0,07	-0,01	0,06	-0,06*	0,24*
	(0,05)	(0,18)	(0,18)	(0,47)	(0,12)	(0,36)	(0,03)	(0,25)	(0,04)	(0,17)	(0,04)	(0,14)
Edad^2	0,11	-0,07	0,37*	-0,29	-0,05	0,15	0,03	0,02	0,02	-0,02	0,07	-0,10*
	(0,05)	(0,08)	(0,22)	(0,22)	(0,14)	(0,17)	(0,04)	(0,12)	(0,05)	(0,07)	(0,04)	(0,06)
Salud aprobada	0,00	0,02	-0,00	-0,15*	0,00	0,03	0,00	-0,00	0,00	-0,04	-0,00	-0,06*
	(0,00)	(0,07)	(0,00)	(0,08)	(0,00)	(0,10)	(0,00)	(0,09)	(0,00)	(0,05)	(0,00)	(0,03)
Mujer	-0,00	0,02**	-0,00	0,04**	-0,00	0,01	-0,00	0,02	-0,00	0,02	-0,00	-0,02
	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,02)	(0,00)	(0,02)	(0,00)	(0,02)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,01)
Crónico	0,01	0,00	-0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	-0,00	-0,01***	0,00***	0,00	0,00
	(0,01)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Hosp. Parto	-0,00	0,00	-0,00	0,00	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Necesidad	0,04***	-0,01***	0,06***	-0,01	0,03	-0,01	0,02*	-0,01	0,01***	-0,00	0,00	0,01**
	(0,01)	(0,00)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,00)
Escolaridad	-0,01	0,02	-0,01	0,02	-0,02	-0,07	-0,00	0,06	-0,02	-0,11***	-0,00	0,01
	(0,01)	(0,05)	(0,02)	(0,10)	(0,01)	(0,09)	(0,00)	(0,06)	(0,00)	(0,04)	(0,00)	(0,02)
Ln (ingreso)	-0,00	-0,13	-0,01	-0,45	-0,00	0,04	-0,00	-0,03	-0,00	0,04	-0,00	-0,15
	(0,00)	(0,19)	(0,01)	(0,43)	(0,01)	(0,37)	(0,00)	(0,25)	(0,00)	(0,16)	(0,00)	(0,21)

Continuación Cuadro V.A6

	Consultas						Exámenes		Hospitalización	
	Total		1 a 5 años		Más de 5 años		Total		Total	
	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.	Dot.	Coef.
Apoyo social	0,01*** (0,00)	-0,18 (0,01)	0,01* (0,01)	-0,04 (0,02)	0,01 (0,01)	-0,00 (0,02)	0,00 (0,00)	-0,00 (0,02)	-0,01 (0,01)	0,03 (0,02)
Urbano	0,01 (0,00)	0,07 (0,05)	0,02 (0,01)	0,16 (0,10)	0,00 (0,01)	0,03 (0,06)	-0,00 (0,01)	0,04 (0,07)	0,00 (0,00)	0,00 (0,02)
Observaciones población local	77.223		77.223		77.223		77.223		77.223	
Observaciones población inmigrante	2.831		510		1.028		1.286		2.831	

Nota: "Dot." Representa el efecto de dotaciones (de diferencia en características) que viene dado por cada variable independiente en la brecha total de uso entre los grupos; "Coef.", por su parte, el efecto que no se explica por diferencia en características (diferencia no explicada). Dado que no hay diferencias significativas en la parte no explicada en exámenes y hospitalizaciones, no se desagrega por años desde la llegada para dichos servicios.

Fuente: Construido en base a datos de la encuesta CASEN 2017.