

Esquemas previsionales de salud: carencia en migrantes internacionales en Chile

Health insurance: Lack of access by international migrants in Chile

Alejandra Benítez ¹

RESUMEN

Antecedentes: De acuerdo con la OMS, el acceso y cobertura universal de los sistemas de salud implica el acceso de todas las personas a aseguramiento en salud. En Chile se ha alcanzado un alto nivel de cobertura en esta área, sin embargo, junto con una creciente llegada de población migrante desde el extranjero se ha evidenciado un alto nivel de desprotección financiera en este grupo. Durante los últimos años la legislación ha avanzado en permitir acceso a salud a grupos que acrediten carencia de recursos, independiente de la situación migratoria. Dado lo anterior, resulta de especial interés realizar un estudio actualizado sobre la afiliación a seguros de salud en la población inmigrante.

Objetivo: En este artículo se presenta un análisis descriptivo de acceso a salud por migrantes internacionales. Metodología: análisis descriptivo de acceso con datos de CASEN 2017 con el objetivo de identificar qué grupos inmigrantes sufren en mayor proporción esta carencia.

Resultados: Se encuentra que el 15,8% de dicha población no está afiliado a un seguro de salud, situación que afecta al menos al 10% de los inmigrantes para casi todos los grupos si se desagrega según características socioeconómicas y demográficas. Sin embargo, la falta de previsión se da principalmente entre quienes llevan menos de un año en el país, afectando a alrededor del 40% de este grupo.

Conclusión: Los resultados encontrados se pueden deber a una variedad de factores, entre ellos la falta de información o el miedo a que sea descubierta una situación de irregularidad, y plantean un desafío a la hora de diseñar políticas públicas que aborden esta problemática.

Palabras clave: *accesibilidad a los servicios de salud, seguridad social, seguro de salud, protección contra riesgos financieros, cobertura universal de salud, inmigración.*

ABSTRACT

Background: According to WHO, the universal health access and coverage implies the universal access to health insurance. Chile has reached high levels of coverage in this subject. Nevertheless, the increasing arrival of immigrant groups has shown high levels of uninsurance among them. Through the last few years, there has been an important improvement in the access to health systems for groups that proved lack of resources, regardless of their migratory status. Consequently, the access to health insurance of migrants is an interest subject of study.

Objective: To describe access to healthcare by international migrants in Chile.

Methods: This document presents a descriptive analysis of the data based on CASEN 2017, identifying which groups among immigrants are specially affected with this problems of access to the health systems. Results: We find that 15,8% of immigrant population is not covered by a health insurance, fact that affects at least 10% of immigrants groups from different socioeconomic or demographic characteristics. However, this lack of coverage is somehow concentrated among those who have been less than a year in the country, affecting 40% of them.

Conclusion: This results can be explained by different factors, such as lack of information, fear of being detected if having irregular migratory status, etc. and represent a challenge for the world of public policy making.

Recibido el 04 de octubre de 2018. Aceptado el 12 de noviembre de 2018.

¹ Economista, Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora del área de salud, Centro de Estudios Públicos CEP Chile. Correspondencia a mbenitez@cepchile.cl.

Keywords: *health services accessibility, social security, health insurance, financial risk protection, universal health coverage, immigration.*

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso y cobertura universal de los sistemas de salud implica, dentro de otros aspectos, el acceso de todas las personas y comunidades a seguros eficaces y asequibles (1). El 97% de la población que reside en el país se encuentra cubierto por los esquemas previsionales de salud (2), nivel de cobertura cercano al 98,2% que promedian los países que conforman la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), (3). Sin embargo, dicha cobertura no es transversal a todas las comunidades del país, ya que existen grupos con menor acceso a protección financiera en salud y, por lo tanto, con acceso limitado a atenciones de salud, puesto que la posibilidad de recibir atención de los grupos sin previsión queda sujeta a la capacidad de pago de cada usuario.

Cabieses et al. (4) en su libro “La inmigración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas” analizan el acceso a previsión de salud de la población inmigrante en Chile a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2013. Los autores evidencian que si bien casi el 100% de la población nacida en Chile se encuentra cubierta por algún seguro de salud, el 8,9% de los inmigrantes carece de dicha cobertura. Si bien la falta de afiliación a sistema de financiamiento de salud en este último grupo era alta en 2013, desde años anteriores se observaba una tendencia a la baja, dado que esa proporción alcanzaba niveles de 15,6% en 2006, 14,6% en 2009 y 14% en 2011.

En los últimos años ha aumentado en forma importante la entrada de población extranjera a Chile. Si bien en 2014 la proporción de inmigrantes alcanzaba alrededor de un 2,3% de la población total, los datos del Censo indican que en 2017 se aproxima al 4% (5). En línea con la creciente llegada de inmigrantes al país, en los últimos años la legislación respecto al acceso a salud ha modificado las condiciones de acceso de dicho grupo. En este artículo se presenta un análisis descriptivo del acceso a previsión de salud de la población inmigrante en Chile y cómo ha variado la carencia de cobertura hasta 2017. Para ello, se realiza en primer lugar una revisión

de algunos hitos relevantes en términos legislativos. Luego, se presentan hallazgos recientes respecto al acceso a aseguramiento en salud. Finalmente se comentan algunos desafíos en este ámbito.

CONDICIONES DE ACCESO A PREVISIÓN DE SALUD DE INMIGRANTES

La ley que rige asuntos migratorios en Chile data de 1975 haciéndose cargo de la migración principalmente desde un enfoque de seguridad, poniendo especial énfasis en la entrada y salida ordenada, entrega de visas, etc. La creciente llegada de extranjeros con objetivo de residir en el país que se ha producido durante los últimos años exige actualizar esta legislación, para lo cual existe un proyecto de ley que se encuentra en el congreso desde el año 2013. Mientras tanto, desde 2003 el Ejecutivo ha ingresado una serie de indicaciones a la normativa vigente que buscan normar el acceso al sistema de salud de esta población.

Quienes se encuentran en situación migratoria regular y, consecuentemente, con documentación, tienen garantizado el acceso al sistema de salud en igualdad de condiciones que la población nacional (6). En esta línea la normativa que ha ido regulando el acceso de quienes no se encuentren en esa situación ha consistido en la entrega de visas o permisos temporarios a grupos prioritarios. A continuación se presentan algunos hitos relevantes:

- Oficio Circular N° 1179, Departamento de Extranjería e Inmigración, 2003: permite a mujeres inmigrantes embarazadas sin permiso de residencia la obtención de una visa temporaria.
- Decreto N° 84, Departamento de Extranjería e Inmigración, 2005: Permite la atención de urgencia a trabajadores inmigrantes y sus familiares, la que no puede ser negada por irregularidad en el estatus migratorio.
- Resolución Extenta N° 1914, 2008: Aprueba un convenio de colaboración Técnica entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) que acuerda el acceso a atención en salud de niños, niñas y adolescentes inmigrantes menores de 18 años.
- Resolución Exenta N° 6410, 2014: Convenio de colaboración de Fonasa con el Ministerio del Interior: permite acceso a quienes se encuentran con visas en trámite por primera vez, prórroga de visa o cambio de categoría migratoria.
- Decreto Supremo N° 67, Ministerio de Salud, 2015: Fija circunstancias para acreditar a

personas sin documentos o permiso de residencia como carentes de recursos e indigentes. Con esto, pueden acceder a Fonasa dentro del grupo A.

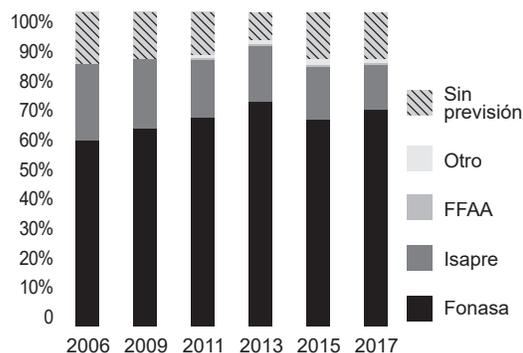
- Oficio Circular A15 N° 06, Ministerio de Salud, 2015: Se facilitarán prestaciones de salud pública a mujeres inmigrantes embarazadas pre y post parto hasta los 12 meses desde el nacimiento, niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y casos de urgencia, independiente de la situación migratoria.

Según datos de Fonasa, acogiendo el Decreto Supremo N°67, durante 2017 el asegurador estatal entregó 48.329 números provisorios a inmigrantes sin documentos (en trámite o irregulares) (7), identificación que les permite inscribirse a Fonasa y tener acceso a los establecimientos que forman parte de los servicios de salud. Sin embargo, como se verá a continuación, aun existe un grupo importante dentro de la población inmigrante que no cuenta con aseguramiento en salud.

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN MIGRANTE CARENTE DE PREVISIÓN

Tal como presentan Cabieses et al. (8), desde 2006 a 2013 se observaba una disminución en la proporción de la población inmigrante sin previsión de salud. En 2013, un 8,9% se encontraba en dicha situación. Los datos de CASEN 2015 y 2017, sin embargo, dan cuenta de una reversión en la tendencia. En 2017, esa proporción alcanza un 15,8%, casi 7 puntos porcentuales más que en 2013 (Figura 1) (9).

Figura 1: Tipo de previsión de salud de población migrante, años 2006 a 2017



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), series 2006 a 2017. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

Nota: FFAA considera a quienes pertenecen al seguro de

El aumento de población inmigrante sin previsión de salud en Chile merece atención, ya que se da aun cuando la legislación ha ampliado el acceso

para este grupo, permitiendo la afiliación a Fonasa a quienes acrediten carencia de recursos aun cuando se encuentren en situación irregular. Surge entonces la pregunta acerca de qué grupos de inmigrantes se ven afectados en mayor proporción por la falta de protección financiera en vista de que la falta de aseguramiento en salud hace más difícil el contacto con profesionales de salud, el acceso a prestaciones preventivas, curativas, entre otras.

Al estudiar la problemática entre distintos grupos de inmigrantes, se descubre que la carencia se produce independiente de variables socioeconómicas y demográficas (Tabla 1). Esto es, el grupo de población inmigrante que no se encuentra cubierto por los esquemas previsionales de salud corresponde a una proporción relevante que abarca todos los niveles de ingreso, niveles educativos y es independiente de la edad y sexo, superando el 10% en casi todos ellos.

Como se observa en la Tabla 1, la falta de previsión es similar, por ejemplo, entre el grupo de inmigrantes con educación básica incompleta y el grupo que posee educación superior completa. En cuanto a nivel de ingresos, se analiza que dicha cifra es igual a 19,2% para el primer quintil y 18,7% para el cuarto. Si bien se observa un porcentaje menor en el grupo que pertenece al quintil más alto, este no deja de ser relevante (9,2%).

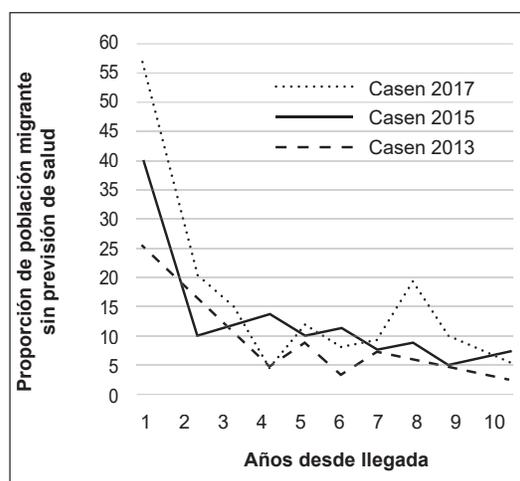
Una de las razones para no afiliarse a un esquema de salud se relaciona con la falta de información acerca de las posibilidades de acceso que tiene la población inmigrante a programas de salud y atención a través de Fonasa. Junto con ello, diferencias culturales o falta de manejo del lenguaje podrían también afectar la probabilidad de que los inmigrantes decidan acercarse al centros de salud. Sin embargo, a medida que los grupos llevan más tiempo en el país de destino es posible que disminuya la brecha de información respecto a los nacidos en Chile, tengan mejor manejo del lenguaje o se hayan involucrado más con la cultura del país, lo que podría implicar mayor afiliación a seguros de salud.

La literatura internacional ha encontrado evidencia en esta línea, la que revela que a mayor tiempo en el país de destino, es mayor la probabilidad de que la población inmigrante se encuentre cubierta por seguros de salud (10, 11, 12). Los autores asocian esta brecha inicial con los aspectos antes mencionados, desigualdad que es mayor aun para quienes se encuentran en situación irregular (13).

Con el objetivo de evaluar si existe alguna relación entre la cantidad de años que han pasado desde la llegada de los inmigrantes al país con la

posibilidad de que se encuentren afiliados a algún esquema de previsión de salud, se presenta un análisis a partir de los datos de CASEN. Para cada año desde la llegada al territorio, se calcula la proporción de población inmigrante que se encuentra sin afiliación a seguros de salud, ejercicio que se realiza el ejercicio con datos del año 2017². Se incluye paralelamente el mismo análisis con los datos de 2015 y 2013 con el fin de tener mayor evidencia y comprobar si los resultados encontrados en 2017 representan la relación entre años desde la llegada y la afiliación al sistema de aseguramiento de salud.

Figura 2: Porcentaje de la población migrante internacional sin previsión de salud por año de llegada a Chile según CASEN 2013 a 2017



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), series 2013 a 2017. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

Nota: Para cada encuesta, el año 1 corresponde al primer año de estadía en el país. Para quienes fueron encuestados en 2017, por ejemplo, en año 1 se incluye a los migrantes internacionales que reportan haber llegado durante el mismo año a Chile. El año 2, corresponde, en ese caso, a quienes reportan haber llegado en 2016, y así sucesivamente. Para las encuestas 2015 y 2013, el año 1 incluye a los migrantes que llegaron en 2015 y 2013 respectivamente.

Los datos muestran que durante el primer año desde la llegada al país, el porcentaje de inmigrantes sin cobertura de salud está muy por sobre el porcentaje de carencia para quienes llevan dos o más años en territorio nacional. Según CASEN

2017, el 39,8% de la población que llegó durante 2017 se encuentra en dicha situación, proporción que bordea el 10% para los grupos que se encuentran llevan entre 2 y 6 años en el país, nivel sustancialmente mayor al porcentaje de población local que dice no estar cubierta (2,3%). Desde el séptimo año la carencia disminuye, sin embargo bordea el 5%, más del doble que el nivel alcanza para la población nacida en Chile.

Los datos de 2015 y 2013 confirman la tendencia. Durante el primer año desde la llegada al país, la falta de cobertura afecta a parte importante de la población inmigrante (56,5% y 25,6%, respectivamente), disminuyendo de forma considerable hacia los años siguientes.

DESAFÍOS

Los hallazgos presentados plantean el desafío que existe en términos de cobertura de los esquemas de financiamiento de salud para los grupos de extranjeros que ingresan al territorio nacional con el objetivo de establecerse en Chile. Si bien esta carencia se da en alrededor del 40% de la población inmigrante en su primer año según CASEN 2017, no deja de ser importante el grupo que continúa sin previsión más allá de este período.

La evidencia encontrada puede responder a varios hechos: la falta de información sobre el sistema, la intención de evitar dar a conocer la situación de irregularidad (en el caso de indocumentados) por miedo a sanciones o a la deportación, o que la afiliación para cierto grupo se de en el momento en que requieren atención y no antes. En cualquier caso resulta imprescindible aumentar la información respecto a los beneficios de afiliarse al sistema y las oportunidades de acceso que tiene la población inmigrante en Chile.

Cabieses et al. (8) plantean establecer una meta sanitaria respecto a la afiliación de inmigrantes al sistema de salud. En ese sentido, los autores desarrollan algunas propuestas enfocadas en focalizar la entrega de información, en especial en familias con población inmigrante infantil, entre 0 y 14 años.

En línea con lo anterior, a fines de Octubre de 2017, el Ministerio de Salud presentó la Política de Salud de Migrantes Internacionales³, la que,

2 Los datos presentados se obtienen de la forma que se describe a continuación. Para cada grupo, según año de llegada al país se calcula el porcentaje de población inmigrante que no cuenta con afiliación a seguro de salud: $\text{Proporción carente año } x = \frac{(\text{N}^\circ \text{ migrantes que llegaron el año } x \text{ y no tienen previsión})}{(\text{N}^\circ \text{ de migrantes que llegaron el año } x)}$, siendo x igual a la cantidad de años que lleva el grupo en el país. El número de años se obtiene desde la pregunta ¿En qué año llegó usted al país?. Para cada año del eje horizontal se presentan 3 valores distintos, uno para cada encuesta. La comparación entre años de llegada se realiza analizando cada encuesta por separado.

3 Véase el documento oficial en: <https://bit.ly/2O3l4Dq>

Tabla 1: Tipo de previsión de salud de población migrante según características socioeconómicas.

Nivel educacional	Fonasa %	Isapre %	FFAA %	Otro %	Sin previsión %
Básica incompleta	76,2	2,6	0,0	1,3	16,2
Básica completa	73,5	3,0	0,0	0,6	20,4
Media incompleta	73,4	2,4	0,2	1,7	18,5
Media completa	76,9	6,6	0,2	1,0	12,4
Superior incompleta	74,2	14,8	0,0	0,0	8,8
Superior completa	51,7	30,2	0,4	1,6	14,7
Quintil de ingresos					
I	70,1	3,7	0,0	2,4	19,2
II	79,7	2,4	0,1	1,1	12,2
III	77,1	4,0	0,0	0,6	15,4
IV	68,2	8,8	0,3	1,4	18,7
V	43,5	44,1	0,4	1,6	9,2
Edad					
0-24 años	68,0	9,8	0,1	1,6	20,4
25-49 años	67,5	17,0	0,2	1,1	14,1
50-74 años	61,6	16,2	0,5	2,0	19,7
75 años o más	64,1	24,9	1,3	4,5	5,2
Género					
Mujer	70,1	12,9	0,3	1,2	15,5
Hombre	63,7	17,4	0,2	1,6	17,2

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) año 2017. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

Nota: En la tabla se omite la proporción de cada grupo que reporta no saber a qué esquema de previsión pertenece. En el análisis según nivel educacional se toma en cuenta a la población migrante mayor a 24 años.

en materia de acceso, pone énfasis en la educación y entrega de información de la población inmigrante, y en la formación y capacitación de funcionarios de salud. Las medidas se orientan en el objetivo de “tomar medidas afirmativas que equiparen su situación con la población nacional en el ejercicio efectivo del derecho a la salud” (13).

Los datos presentados en este artículo evidencian que, en 2017, la falta de previsión alcanza altos niveles en todos los grupos de inmigrantes, especialmente quienes se encuentran en el primer año desde su llegada al país. En esta línea se vuelve urgente trabajar la entrega temprana de información a través de vías que abarquen esta población. Para ello se debe identificar, en conjunto con grupos de inmigrantes, cuáles son las fuentes más efectivas. Se podría implementar, por ejemplo, la entrega de información por medio de escuelas a apoderados inmigrantes, a través de empleadores, junto con otros programas sociales, entre otros.

Junto con lo anterior, se propone avanzar en la difusión de información del Decreto Supremo N° 67, que permite a inmigrantes en situación irregular afiliarse a Fonasa, siendo clasificados dentro del grupo A del Fondo. Este grupo puede ser particularmente vulnerable en términos sanitarios

por las condiciones adversas que acompañan el momento de salida de su país de origen y llegada al país de destino. Cabieses et al. (4) analizan en profundidad cómo el proceso migratorio afecta la salud de las personas inmigrantes. Aspectos como la acceso limitado a servicios sociales, situación habitacional precaria, imposibilidad de acceder a trabajos formales y que cuenten con niveles básicos de seguridad, falta de redes, entre otros, tienen impacto tanto en la salud física como mental de esta población, lo que ratifica la urgencia de aumentar la cobertura en esta población.

Se espera que la implementación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales ponga atención especial en los grupos recién llegados, logrando no solo informar acerca de sus posibilidades de acceso, sino también transmitir confianza en el proceso de afiliación, especialmente en la población inmigrante que se encuentra en situación irregular.

A través de mayor cobertura de previsión de salud en la población extranjera que reside en Chile, se avanza en la disminución de la brecha en el acceso con respecto a los nacionales y, más importante aun, en la oportunidad de recibir atención de salud a tiempo para toda la población que

habita en territorio nacional.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal de Salud [Internet]; 2018 [acceso 4 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es
2. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). 2018.
3. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). OECD.Stat [Internet]; 2018 [acceso 4 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://stats.oecd.org/#>
4. Cabieses B, Bernales M., McIntyre AM. La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo, 2017.
5. Perticará M. Migración, cifras más claras. Revista Observatorio Económico. 2018; 126.
6. Cabieses B, Bernales M., Chepo M, et al. Innovaciones centrales y locales para la atención de salud a migrantes internacionales en Chile. En: Cabieses B, et al. La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo, 2017. 249-269
7. Fondo Nacional de Salud. Poniendo el acento en la diversidad: La gestión de Fonasa para la población migrante del país. Revista Migrantes. 2018; 75: 46-9.
8. Cabieses B., Oyarte M., Delgado I. Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile. En: Cabieses B, et al. La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo, 2017. 147-179
9. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Series 2006 a 2017.
10. Derose, Kathryn P., José J.Escarce y Nicole Lurie. 2007. "Immigrants and health care: sources of vulnerability". Health Affairs. 26(5):1258-68
11. Lebrun, Lydie 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.
12. 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: 1613-162
13. Bustamante, Arturo Vargas, H. Fang, J. Garza, O. Carter-Pokras, S.P. Wallace, J. A. Rizzo y 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.
14. Ministerio de Salud, Fonasa, Superintendencia de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales, 2018.