



**Universidad de Chile**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**

**HOSPITALIZACIONES EVITABLES EN CHILE, UN ANÁLISIS DE TASAS  
ENTRE POBLACIÓN NACIONAL Y MIGRANTES INTERNACIONALES PARA EL  
AÑO 2017**

**Actividad formativa equivalente a tesis para optar al grado de Magister en  
Salud Pública de la Universidad de Chile**

**Estudiante: Marie Josette Iribarne Wiff**  
**Profesor guía: Oscar Arteaga**  
**Profesora co – directora: Danuta Rajs**

Santiago, 2019

## INDICE

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCIÓN.....	5
III. ANTECEDENTES.....	8
IV. MARCO TEÓRICO .....	16
1. La migración desde una perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.....	16
2. Migración y acceso y uso de sistemas de salud: algunas evidencias .....	19
3. Migración y Hospitalizaciones .....	22
4. Resumen del Marco Teórico y Justificación del Estudio.....	31
IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	33
1. Objetivo General.....	33
2. Objetivos Específicos .....	33
V. MÉTODOS.....	34
VI. RESULTADOS .....	40
VII. DISCUSIÓN.....	72
VIII.CONCLUSIONES .....	88
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	91
X. ANEXOS .....	96

## **I. RESUMEN**

### **Antecedentes**

Chile ha experimentado un aumento y diversificación en los flujos migratorios. Esto representa un desafío para el sistema de salud, en términos de derechos humanos, donde se debe asegurar el derecho de las personas migrantes que enfrentan barreras significativas de acceso al sistema sanitario, y desde una perspectiva de salud pública. El sistema de salud ha desarrollado una respuesta sanitaria para esta población, pero persisten brechas de acceso, el 15,8% de personas migrantes internacionales no tienen seguros de salud, comparado con solo 2,2% de personas nacionales sin seguro (CASEN 2017).

### **Objetivo**

El objetivo de este estudio es describir el comportamiento de las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), de población de migrantes internacionales y población nacional para el año 2017, analizando las eventuales disparidades que se pudieran observar entre ambas poblaciones, y entre migrantes de distinto origen.

### **Método**

Es un estudio descriptivo y exploratorio, que se basa en el análisis de datos Informe Estadístico de Egreso Hospitalario del año 2017 (DEIS, MINSAL), abarcando el universo poblacional registrado. Se empleó un análisis comparativo de tasas y porcentajes de Hospitalizaciones por CECAPS para caracterizar y comparar el comportamiento de las poblaciones estudiadas, considerando variables como nacionalidad, edad, seguro de salud, servicio de salud entre otras.

El estudio incluye la creación de una lista de condiciones de salud sensibles a la atención primaria para Chile, que refleje la realidad nacional, considerando la oferta programática del sistema de salud y barreras de acceso, para lo cual se contó con el apoyo de expertos.

### **Resultados**

Los migrantes tienen una menor tasa de CECAPS por 100.000 habitantes que los nacionales (737 migrantes/2.411 CECAPS nacionales).

Las tasas de CECAPS por 100.000 habitantes por grupos de causas de los nacionales son mayores en todos los grupos, exceptuando trastornos gineco obstétricos, (761 migrantes/ 619 nacionales).

La proporción de hospitalizaciones por CECAPS sin cobertura de salud es mayor en migrantes, (26% migrantes/15% nacional).

La proporción de CECAPS por grupo etario en migrantes son menores o similares a los de la población nacional, excepto en niños de 0-4 años, (migrantes 49%/37% de nacionales).

## **Conclusiones**

Los resultados evidenciaron brechas en grupos específicos. Dentro de los hallazgos más significativos se encuentran la mayor proporción de hospitalizaciones por CECAPS en migrantes del tramo etario de 0 a 4 años, en comparación con la población nacional.

Se observan variaciones significativas en las tasas de CECAPS entre diferentes servicios de salud, nacionalidades y seguro de salud, y destacan las altas tasas de CECAPS para condiciones gineco obstétricas entre mujeres migrantes haitianas y bolivianas, subrayando la necesidad de intervenciones específicas.

Se plantea el desafío de desarrollar estudios específicos para profundizar en las causas de las disparidades observadas, especialmente en el caso niños y niñas, migrantes sin previsión de salud, disparidades territoriales y causas gineco obstétricas, además de validar por expertos la lista de diagnósticos de CECAPS creada.

Palabras clave: Migrantes, Migración, Acceso, Hospitalizaciones Evitables, ambulatory care sensitive conditions, ACSC, Atención Primaria

## II. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, los flujos migratorios han aumentado en Chile, y al mismo tiempo el origen de las personas que deciden residir en el país se ha diversificado, con la consecuente presencia de nuevas matrices culturales. Esto significa un importante desafío para el sistema de salud, no sólo desde el enfoque de derechos humanos que plantea una obligación ética de garantizar el derecho a la salud de estos colectivos históricamente vulnerados, los que de acuerdo a la evidencia internacional presentan importantes barreras de acceso a la atención de salud, sino también desde un enfoque de salud pública, ya que la salud es una construcción colectiva, que está determinada por las condiciones de vida y también por la cohesión social, por lo cual avanzar en la inclusión de las personas migrantes contribuye a mejorar la salud de toda la población.

La condición migratoria es un determinante social de la salud, las personas migrantes viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, están expuestas a mayores riesgos sanitarios, sufren discriminación y racismo, esto último también puede advertirse, de acuerdo a la evidencia en el sistema de salud de Chile y que se traduce en la existencia de barreras de acceso a la atención de salud. Esta realidad plantea la interrogante sobre si esto provoca en la población migrante peores resultados en salud que los de la población nacional o una atención hospitalaria tardía y en peores condiciones.

Este nuevo escenario nacional justifica el desarrollo del presente estudio, en primer lugar, con el objetivo de encontrar evidencia para el desarrollo de políticas

públicas pertinentes que avancen en garantizar el derecho a la salud de esta población y, en segundo lugar, para contribuir a fortalecer el sistema de salud nacional con un enfoque de salud pública.

En un intento por aproximarse al estudio de inequidades entre migrantes internacionales y población nacional respecto del acceso a la atención de salud, particularmente a la atención primaria de salud, se evaluaron las posibles disparidades en las hospitalizaciones evitables entre migrantes y población nacional para el período 2017.

Para alcanzar este propósito se utilizó el indicador que en la literatura suele denominarse hospitalizaciones evitables por causas sensibles al manejo en atención primaria y que en este estudio denominamos Causas de Enfermedad Controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), que se utiliza como indicador de calidad de la atención primaria. Al comparar las tasas de hospitalización por CECAPS entre personas nacionales y migrantes internacionales se buscó visibilizar si efectivamente las barreras de acceso a la atención de salud que sufren los migrantes internacionales se traducen en un resultado de salud diferenciado al de la población nacional.

Los CECAPS son una serie de afecciones en las cuales la atención ambulatoria o atención primaria adecuada y oportuna puede prevenir o reducir la necesidad de atención secundaria de mayor costo. Estas son hospitalizaciones que se pueden evitar, interviniendo al inicio de la enfermedad, controlando trastornos agudos o manejando correctamente enfermedades crónicas(1).

En los dos siguientes capítulos de Antecedentes y Marco Teórico, se presentan antecedentes respecto a la migración, además de una revisión del estado del arte sobre migraciones y salud, profundizando en el tema hospitalizaciones evitables que constituye el núcleo central del presente estudio.

### **III. ANTECEDENTES**

Si bien la migración siempre ha acompañado a la humanidad, el aumento de los flujos migratorios, su dinamismo y complejidad durante los últimos años, ha centrado la atención mundial, estando presente en las agendas internacionales.

Los avances en las telecomunicaciones, el abaratamiento de los costos de transporte y la globalización de los mercados han marcado el aumento de las migraciones durante estos últimos años en el mundo. Las principales causas de migración están asociadas a inequidades, pobreza, conflictos bélicos y desastres naturales, que impulsan a las personas a buscar mejorar su calidad de vida en otros países(2).

La definición de migración y migrante no es unívoca, si bien existen algunas definiciones que alcanzan ciertos consensos como las que utilizan los organismos internacionales para la generación de estadísticas.

De acuerdo a las recomendaciones sobre estadísticas de las migraciones internacionales del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, se define al migrante internacional como cualquier persona que ha cambiado su país de residencia habitual, distinguiéndose entre “migrante por breve plazo” (aquel que ha cambiado su país de residencia habitual durante al menos tres meses, pero no durante un plazo superior a un año) y “migrante por largo plazo” (aquel que lo ha hecho durante al menos un año)(3). Por otro lado, la Organización Internacional de las Migraciones señala que el concepto migrantes abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona involucrada por “razones de conveniencia personal” y

sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las condiciones de sus familias (4)

De acuerdo con el Informe Internacional sobre Migración de 2017 de la División de Población de Naciones Unidas, el número de migrantes en el mundo alcanza los 258 millones de personas, de los cuales, el 60% de estas se encuentran en Asia y Europa (5). El país con mayor número de migrantes es Estados Unidos, con cerca de 50 millones y los países de origen con más migrantes fueron India y México, con 17 y 13 millones, respectivamente(5).

Como reflejo de las inequidades en el mundo, un 64% de las personas migrantes escogen un país de altos ingresos como destino de migración; con mayor frecuencia esta migración ocurre en la misma región de origen. Esta realidad se da principalmente en Europa, Asia y África, a diferencia de América Latina y el Caribe y América del Norte, que no coinciden con esta tendencia, ya que en ambos casos más del 70% de sus migrantes residen en regiones diferentes a las de origen(5).

El aumento de las migraciones no ha ocurrido de manera homogénea en el mundo, ya que sólo en 21 países ha aumentado más de un 6% la migración, de acuerdo con el informe citado anteriormente, y 3 países destacan con una mayor tasa de crecimiento de la migración, que corresponden a Angola, Qatar y Chile(5).

Dentro de las características de los patrones migratorios en América Latina y el Caribe, se encuentra el aumento de flujos migratorios al interior de la región,

representando a una población de 7,6 millones de migrantes durante el año 2010 (6).

Del total de inmigrantes de la región, un gran número proviene de América Latina y el Caribe, observándose un aumento significativo entre 2000 y 2010, pasando de 57% a 62,8%, lo que demuestra el aumento de los flujos migratorios intrarregionales(6).

México concentra el 40% de la emigración regional, seguido por Colombia y El Salvador. Los principales países receptores en cifras absolutas son Argentina, Venezuela, México y Brasil, siendo Costa Rica el país con mayor porcentaje de migrantes, con un 9% del total de su población(6).

Si bien se han intensificado los flujos migratorios intrarregionales, Estados Unidos aún sigue siendo el principal país de destino de la región. Sin embargo la migración intrarregional en América Latina y El Caribe habría aumentado en un 32% en el periodo 2000-2010 y esto se explicaría por las dificultades de emigrar a países desarrollados, la disminución de los costos asociados a medios de transporte y comunicación y a las condiciones de estabilidad política y económicas de algunos países de la región, dentro de los que destacan Panamá, República Dominicana y Chile(6).

Los países que más han aumentado su emigración son Haití y Venezuela, con un 392% y un 124% respectivamente. Por otro lado, Chile destaca con una disminución de un 8,8 % de reducción de su emigración(6).

En Chile, de acuerdo con la información entregada por el CENSO 2017, los migrantes internacionales que residen en el país son 746.465 personas, que corresponden a un 4,4% de la población total. Esto da cuenta del significativo incremento de dicho porcentaje respecto al CENSO 2002, donde representaba el 1,27% del total de la población(7). Es importante destacar que la mayoría corresponde a migración reciente, ya que el 66,7% de esta población arribó al país entre el 2010 y el 2017 y el 61% de ellos entre el 2015 y el 2017.

El 88,8% de los migrantes internacionales en Chile son de origen latinoamericano, siendo la comunidad con mayor representatividad la proveniente de Perú (25,2%), seguida por Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%) y Haití (8,4%) (7). La distribución por sexo es similar en los originarios de todos los países, siendo un poco mayor la proporción de mujeres. Sólo dos países muestran un patrón diferente, Bolivia con una migración más feminizada, con 56,4% de mujeres y, en el sentido contrario, Haití, con 65,8% de migración masculina(7).

La distribución por zona geográfica del país muestra importantes diferencias. Los mayores porcentaje de migrantes internacionales se concentran en la Región de Tarapacá (13,7%), en la Región de Antofagasta (11%) y en la Región de Arica y Parinacota (8,2%) y en la Región Metropolitana, donde reside el 65,2% del total de migrantes internacionales (7).

El fenómeno de la migración ha ido adquiriendo cada vez más importancia en el mundo. Desde el ámbito de salud, en particular, la preocupación por las limitaciones de acceso a la atención de salud, exposición a riesgo y

vulnerabilidades que las personas migrantes internacionales sufren a lo largo de todo el proceso migratorio, se ha traducido en una serie de instrumentos jurídicos internacionales que buscan proteger la salud de los migrantes. El hito inicial de estos esfuerzos internacionales es la resolución de la OMS N° WHA61.17 de Salud de Inmigrantes de 2008. Este instrumento de la Organización Mundial de la Salud promueve un enfoque de derechos humanos y determinantes sociales de la salud, que garantice el derecho a la salud de esta población(8).

De acuerdo con la evidencia científica, la población migrante internacional, en general, presenta un buen estado de salud a la llegada al país de destino, lo que se conoce como el efecto del migrante sano. Sin embargo, dadas las condiciones en que las personas migrantes viven y trabajan, así como las barreras de acceso a la salud que las personas migrantes presentan en el país al que llegan, ellas prontamente comienzan a adquirir el perfil de salud de la población nacional, incluso presentado un peor estado de salud(9).

En Chile la situación no es diferente. En el contexto de un importante aumento de la población migrante internacional, las dificultades de acceso al sistema de salud y las condiciones de vida en las que se encuentran los migrantes, la Encuesta de Caracterización Social (CASEN 2017) evidencia que 15,8% de personas migrantes internacionales no tienen seguros de salud, comparado con solo 2,2% de personas nacionales sin seguro. Esta brecha se intensifica en la población de menores de 14 años, grupo poblacional en el que 21,4% de los hijos de madres migrantes internacionales no cuentan con previsión de salud, comparado con el 1,6% de los hijos de madres nacionales(10).

Por otra parte, los migrantes acceden en menor medida que la población nacional al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), presentando un 34,2% de no cobertura, comparado con 16,36% de no cobertura nacional (CASEN 2015)(11).

En cuanto a uso de servicios hospitalarios, los egresos hospitalarios de extranjeros en el año 2017 fueron 28.351, lo que corresponde sólo al 1,7% del total de hospitalizaciones del país. Por otro lado, existe una baja presencia de población migrante en control en Atención Primaria. En los registros de 2017, los programas con mayor presencia correspondieron al de regulación de fertilidad con 29.153 personas en control (2% del total país) y gestantes en control con 9.530 (11% del total país) (Información preliminar, REM, DEIS).

Desde un punto de vista cualitativo, existen avances en el acceso a la atención de salud, que se evidencian en acciones del Ministerio de Salud. Entre estas se pueden mencionar las siguientes: creación del Programa de Acceso a la Atención de Salud de los Inmigrantes en 2015; inclusión de los migrantes en situación irregular como beneficiarios del FONASA en el tramo A de gratuidad a través del Decreto Supremo N 67; desarrollo de Pilotos de Salud de Inmigrantes entre el año 2015 y 2016, y la promulgación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales el 2017. A pesar de estas acciones, persisten barreras administrativas, culturales, lingüísticas y situaciones de discriminación, particularmente en personas migrantes sin número de Rol Único Nacional (RUN) o carnet de identidad (12) (13).

Varios estudios abordan el trato discriminatorio y racismo al que están expuestos los migrantes al interactuar con el sistema de salud, lo que distancia a la población

migrante de los establecimientos de salud, desincentivando su concurrencia; desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos y deberes y de cómo funciona el sistema de salud. Por otro lado se evidencia una interpretación restrictiva de las normativas referida a los derechos en salud por partes de los funcionarios, lo que impacta en el acceso a la atención de salud vulnerando los derechos de las personas migrantes (14)(13).

De manera específica se identifican las barreras más importantes a la atención de salud como las administrativas, culturales, lingüísticas, además de discriminación. Los grupos más afectados son las personas migrantes sin RUT o carnet de identidad y los niños y niñas y, particularmente, el colectivo haitiano por la barrera del idioma (12)(15)(16)(17).

Con respecto a las condiciones de vida, el indicador de pobreza multidimensional muestra brechas entre nacidos en Chile y nacidos en otros países en todos los grupos etarios; la mayor diferencia se encuentra en el tramo de edad de 0 a 17 años. En este grupo, 23% de los nacionales se encuentran en esta situación, comparado con un 32% de los nacidos en el extranjero, diferencia que alcanza 15 puntos porcentuales en la zona norte del país, con 19,6% de los nacionales viviendo en esta condición, comparado con un 34,3% de las personas migrantes internacionales. Con relación a la vivienda, los indicadores de hacinamiento presentan brechas significativas respecto a la población nacional; un 29,6% de los hogares cuya jefatura de hogar corresponde a una persona migrante internacional se encuentra en condición de hacinamiento, comparado con un 5,9% de los nacionales (CASEN 2017)(10).

Es importante también señalar que existe heterogeneidad al interior de los colectivos migrantes. Si se considera la educación como un proxy de posición socioeconómica, los principales países de origen presentan importantes diferencias. En efecto, la población Venezolana muestra el mayor promedio de años de estudio con 15, 5, siendo los países con menos años de estudio Haití, con 10, 7 años, y Bolivia con 11 (10).

Finalmente, entendiendo la cohesión social como determinante social de la salud y utilizando el indicador de trato igualitario de CASEN 2017, un 32,2% de las personas migrantes internacionales presentaba carencia en este indicador, comparado con un 12,7% de los nacionales. En esta misma línea, los hogares migrantes internacionales presentan el doble de discriminación que la población nacional, con un 32,2% versus un 12,7%, respectivamente(10).

#### **IV. MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo del Marco Teórico se presenta una revisión del estado del arte en torno al tema de este estudio, en la que se realiza una revisión de los aspectos más relevantes sobre evidencia para el análisis de las hospitalizaciones evitables entre la población nacional y los migrantes internacionales. Para ello, el capítulo se ha organizado en tres ejes temáticos que aportan antecedentes tanto nacionales como internacionales sobre el tema a saber: 1) La migración desde una perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud; 2) Migración, acceso y uso de sistemas de salud: algunas evidencias; 3) Migración y Hospitalizaciones. El capítulo concluye con una cuarta sección que ofrece un resumen del Marco Teórico y explica la justificación para realizar el presente estudio.

##### **1. La migración desde una perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud**

La Migración se define como el movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo, que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos (4).

Las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, se denominan determinantes sociales de la salud. Estas condiciones son definidas por la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos y se traducen en resultados diferenciales en salud, dentro de los países y entre los países (18).

La situación migratoria en general y, particularmente, la irregular, se considera un determinante social de la salud. Las condiciones del viaje migratorio, las condiciones de vida en el lugar de destino en las que esta población está expuesta a riesgos y situaciones de vulnerabilidad, y las consecuencias de la migración, como la pérdida de vínculos familiares afectan los resultados de salud de esta población. Por otra lado, las personas migrantes internacionales tienen una serie de dificultades de acceso a la salud, las que por sí mismas son un determinantes de los resultados de salud(19)(2).

Algunos estudios internacionales muestran que al llegar a los países de destino, las personas migrantes presentan un buen estado de salud, lo que se conoce como el efecto del migrante sano. Con el tiempo, el estado de salud de los migrantes tiende a asimilarse con los grupos socioeconómicos equivalente a la población nacional(9).

Respecto al efecto de la migración como determinante social de la salud, los estudios muestran resultados de salud contradictorios. Algunas de las investigaciones tienden a minimizar el efecto de la migración como determinante de la salud, señalando que es la variable socioeconómica la que tiene mayor relevancia en los resultados de salud. Sin embargo, también se aduce que la variable socioeconómica igualmente se explica por la condición migrante o étnica y la consecuencia que esta tiene en las condiciones de vida de las personas.

Durante los últimos años existe mayor consenso respecto a la importancia que tiene la migración internacional en las inequidades en salud y se ha intensificado la crítica al modelo de determinantes sociales, que centra la atención solo en la

gradiente social, desconsiderando a los grupos en situación de vulnerabilidad, ya que la posición socioeconómica de estos grupos se ve afectada por procesos complejos y extensos de exclusión social. Esto ha redundado en la falta de evidencia respecto a los resultados de salud de este grupo poblacional (20)(19).

Por otro lado, las diferencias de sexo son muy relevantes. Debido al determinante social de género, las situaciones que afectan a las mujeres difieren de los hombres, quienes están expuestos a otros factores de riesgos. Las mujeres, en particular, están expuestas a violencia sexual y abuso, trata de personas y riesgos que rodean el embarazo y el parto, mientras que los hombres pueden estar más expuesto a accidentes, estrés físico y otros riesgos para la salud en el lugar de trabajo(19).

En la Región de las Américas, de acuerdo con el Informe de Salud de las Américas del 2012, la migración es una de las tendencias demográficas que afecta a esta zona del mundo y los sistemas de salud de los países y, los sistemas de protección social en general, no estarían preparados para las presiones que estos flujos implican. Esto en parte explicaría las condiciones de vida que afectan a esta población y que la expone a mayores riesgos y mayores vulnerabilidades (21).

El resultados de salud de los migrantes internacionales es muy variado y depende del país de origen, el país de destino, las condiciones de la migración y las características individuales(2)(22).

La evidencia muestra que los principales problemas están asociados a salud materna e infantil, resultados perinatales, diabetes, algunas enfermedades infecciosas, salud ocupacional y lesiones y salud mental(22).

Después de revisar algunos antecedentes respecto a migración desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, en la siguiente sección del capítulo se presentan algunas evidencias sobre migración y acceso y uso de sistemas de salud.

## **2. Migración y acceso y uso de sistemas de salud: algunas evidencias**

Pese a que el derecho a la salud está garantizado para todas las personas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, la OMS señala que las personas migrantes y refugiados tienen dificultades de acceso a la atención de salud, presentando una gran variabilidad entre países (23)(24). Se aducen, como razones de esta situación, el elevado costo de los servicios; las diferencias idiomáticas y culturales; la discriminación; las trabas administrativas; la imposibilidad para integrarse a los seguros de salud y la falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud, esto incluso en países que tienen garantizado el derecho a la salud para esta población(23)(24).

Una reciente revisión sistemática realizada en España da cuenta que la población migrante internacional presenta una menor utilización de atención especializada, una mayor utilización de atención de urgencia y una ausencia de diferencia en la atención primaria(25).

Respecto a las personas migrantes internacionales que se encuentra en situación migratoria irregular y por ello en situación de mayor vulnerabilidad, también existe evidencia de múltiples barreras a las que se enfrentan para acceder a la atención de salud. Una revisión sistemática de estudios cuantitativos realizada en Europa indica una subutilización de los servicios de salud en general. En atención

primaria, además de presentar un bajo contacto, algunos estudios muestran un tardío o infrecuente control del embarazo. Dentro de la revisión, también se señala una mayor probabilidad a la atención hospitalaria y que cuando las personas lograban acceder a la atención de salud, esta era inadecuada o insuficiente(26).

La revisión sistemática antes indicada, también señala que en el caso de la atención materna en mujeres migrantes indocumentadas, esta es limitada en comparación con la atención de migrantes documentados y que las mujeres indocumentadas tenían altas tasas de aborto(26).

Otra revisión en Europa da cuenta, además, de una menor utilización de los servicios de salud en comparación a la población nativa, y que existen diferencias significativas dentro de los subgrupos de migrantes internacionales en términos de sus patrones de utilización. Dentro de los factores que podrían estar involucrados en las diferencias en la utilización de la atención médica, se encuentran el país de origen, la fluidez en la utilización del idioma del país de destino, el motivo de migración y el tiempo de estadía(27). Esto es coincidente con otra revisión que, además, da cuenta de una diferencia importante de uso de servicios de salud entre migrantes recientes, comparados con aquellos que residen durante más tiempo en el país de destino, teniendo una mayor subutilización los primeros(28).

La principal conclusión de una revisión sistemática de uso de atención de salud en niños migrantes internacionales señala una dispar utilización de los servicios de salud, primando en la mayoría de los estudios incluidos en la revisión una mayor utilización de servicios de urgencia(29).

Por otro lado, los diversos estudios de acceso y uso de servicios de salud por parte de migrantes internacionales, ha motivado a muchos países a desarrollar políticas e intervenciones que permitan superar las barreras a las que se enfrentan los migrantes. Estas barreras son de diversa índole, estructurales, factores institucionales e individuales. Un estudio de revisión sistemática en España, ha identificado la falta de cobertura de los seguros de salud, políticas migratorias restrictivas, barreras culturales y lingüísticas, falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud, discriminación por parte de los trabajadores de salud, entre otros factores que limitan el acceso al sistema de salud y el uso de los servicios, incluso cuando existe cobertura universal, lo que se agudiza en el caso de migrantes en situación migratoria irregular (30).

Respecto al uso efectivo de los servicios de salud en Chile, de acuerdo con los resultados de la encuesta CASEN 2017, 15,8% de personas migrantes internacionales no tienen seguros de salud, comparado con solo 2,2% de personas nacionales sin seguro. Esta brecha se intensifica en la población de menores de 14 años, en la que 21,4% de los hijos de madres migrantes internacionales no cuentan con previsión de salud, comparado con el 1,6% de los hijos de madres nacionales(10).

La encuesta CASEN 2015 también da cuenta que, frente a un problema de salud, los migrantes tienen más dificultades para acceder a la atención; por ejemplo, sólo el 12,4% de los migrantes que presentaba un problema de salud garantizado por el GES estaba en tratamiento comparado con un 25,6% de habitantes nacionales. Esta brecha también se presenta frente a la demanda de atención inmediata por

un problema de salud. En el caso de los migrantes, un 11,7% no consultó comparado con un 6,8% de la población nacional (11).

Estos datos son ratificados por un estudio realizado respecto a las encuestas CASEN del 2009 a 2013, las que, además, dan cuenta de la inequidad existente en el sistema respecto a la afiliación al sistema de salud, destacando que existe una relación entre nivel socioeconómico y tipo de previsión en migrantes internacionales en Chile. En el caso de aquellos migrantes sin previsión de salud, un 25,9% de ellos posee un nivel de educación media o menor. El estudio también destaca como causa de demanda insatisfecha el alto porcentaje de migrantes que intentó pedir hora al sistema de salud, pero no la obtuvo (24,5%), ocupando esta el segundo lugar entre las principales causas de no consulta en este grupo de población(12).

Después de revisar algunas evidencias sobre migración y acceso y uso de sistemas de salud, la siguiente sección se enfoca de manera más específica en el tema de migración y hospitalizaciones, profundizando en Hospitalizaciones por causas de enfermedad controlables a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS).

### **3. Migración y Hospitalizaciones**

Un estudio sobre los egresos hospitalarios en el año 2008 y 2011 en Noruega mostró que los migrantes internacionales tienen una tasa de hospitalización inferior que los nacionales, pero que además existen diferencias importantes entre grupos de migrantes, respecto al país o región de origen mundial, el motivo de la migración y la duración de la residencia.. Se presenta una mayor tasa de

hospitalización en refugiados y migrantes por reunificación familiar, una tasa inferior de hospitalización en migrantes laborales y menor tasa de hospitalización en migrantes recientes, comparado con los no recientes(31).

En el caso de los migrantes en situación migratoria irregular, estos también presentan una subutilización de los sistemas de salud y, en comparación con los migrantes regulares, tienen una mayor probabilidad de ir al hospital que asistir a un médico general o a atención primaria, esto debido al miedo a la deportación(26).

Un estudio reciente en Chile que analiza los Egresos Hospitalarios muestra una importante presencia de migrantes internacionales sin seguro de salud, destacándose como principales grupos de causas de hospitalizaciones, en consistencia con la literatura internacional, embarazo, parto y puerperio, seguida por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas, estadías de hospitalización más prolongadas que la población migrante y mayor porcentaje de egresos hospitalarios que requirieron de una intervención quirúrgica(12).

Por otra parte, el análisis de las hospitalizaciones permite identificar aquellas hospitalizaciones por causas de enfermedad controlables a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), es decir aquellas hospitalizaciones que pudieron ser evitadas con un apropiado manejo en atención primaria.

El estudio de este tipo de hospitalizaciones se inició en la década de los 90. Normalmente se las conoce como hospitalizaciones evitables u hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (ACSC)(32). En términos generales,

identifican problemas de salud cuya hospitalización podría evitarse con una oportuna y adecuada atención en el primer nivel de salud, por ello permiten evaluar el funcionamiento de este nivel de salud, considerándose un indicador del desempeño del sistema de salud.

Desde el punto de vista conceptual este tipo de hospitalizaciones, que en el presente trabajo denominaremos hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), reflejan déficit del sistema sanitario para acceder a una atención primaria oportuna y de buena calidad, para detectar enfermedades y condiciones en estadios evolutivos tempranos y para reducir la gravedad de las enfermedades y/o prevenir la aparición de complicaciones(33).

Dentro de los factores que pueden influir en este resultado de salud se encuentran las características del sistema de salud, la accesibilidad, características estructurales y organizativas y organización del proceso de atención(1). La interpretación y uso de este indicador de calidad, entonces depende, mucho del país o territorio dónde se aplique, por ello la importancia de las definiciones y los listados de causas que se utilizan como CECAPS(22).

Existen diversas definiciones de la CECAPS, la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud de Estados Unidos (AHRQ) las define como condiciones para las cuales la buena atención ambulatoria puede prevenir la necesidad de hospitalización o para la cual la intervención temprana pueda prevenir complicaciones o enfermedades más severas(34). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) las define como las

condiciones crónicas para las cuales su acceso adecuado a la atención primaria podría evitar la necesidad de la admisión al hospital(34).El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) las define como condiciones donde la atención comunitaria eficaz y la gestión de casos puede ayudar a prevenir la necesidad de ingreso en el hospital. Por último, la OMS en Europa las define como condiciones para las cuales se pueden evitar las hospitalizaciones mediante atención efectiva en ambientes ambulatorios(34). De acuerdo a un consenso básico, las CECAPS corresponden a hospitalizaciones evitables con una atención ambulatoria oportuna y efectiva. Dentro de estas causas se encuentran afecciones agudas como neumonía bacteriana, apendicitis con complicaciones, deshidratación, infecciones del tracto urinario, afecciones crónicas como angina, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes sin controlar y complicaciones de la diabetes; y condiciones relacionadas con la inmunización y prevenibles entre otras.

Otro uso de este indicador es que permite comparar grupos y contextos (35).Varios estudios que se iniciaron en la década de los 90 han demostrado que factores como nivel educacional, bajos ingresos, residencia rural, carencia de seguro de salud, tipo de seguro de salud, pertenencia a pueblos indígenas, etnicidad o condición de migración, influyen en las tasas de hospitalizaciones evitables, presentado todos estos grupos mayor propensión a ser hospitalizados por causas evitables(36)(37)(38)(39) .

Existen escasos estudios referidos a hospitalizaciones por CECAPS en población migrante internacional. Las barreras y brechas de acceso antes descritas pueden suponer una mayor proporción de CECAPS en esta población.

En una revisión sistemática sobre CECAPS, que busca comparar tasas de personas migrantes con nativos o diferentes grupos raciales, que incluyó 35 estudios realizados en Estados Unidos, Nueva Zelandia, Australia y Singapur, se observa que el 80% corresponde a estudios en los Estados Unidos de Norteamérica (35). Se trata, en general de estudios transversales que consideran principalmente la etnia como variable de exposición, excepto uno, que considera la nacionalidad como variable de exposición. Incluyen resultados expresados en tasas o proporciones de hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria, desagregadas para los grupos vulnerables antes mencionados.

Los resultados muestran que en Estados Unidos la raza negra, los hispanos y algunos grupos étnicos de Hawái, generalmente tienen tasas más altas de CECAPS que sus contrapartes de raza blanca; las tasas mayores de CECAPS se concentran en personas afroamericanas, con tasas 140% más altas (35). La revisión también muestra, en uno de los estudios, que otros grupos como el asiático presentan tasas similares o más bajas que los blancos. Tanto en los estudios de Nueva Zelandia, Australia y Singapur referidos a grupos étnicos e indígenas, estos tenían tasas de CECAPS superiores a los grupos de comparación blancos o chinos. Por último, en el caso de Australia que analiza a migrantes refugiados, las tasas de estos últimos eran inferiores a los no migrantes.

La mayoría de los estudios de esta revisión sistemática dan cuenta de tasas de hospitalización más altas para causas sensibles crónicas (35).

Si bien esta revisión citada pretendía centrarse en la situación de los migrantes internacionales, esto no fue posible porque sólo un estudio incluía esta variable de exposición. Sin embargo de ésta se concluye que apoya la validez de utilizar las CECAPS como una medida de resultado de las barreras de acceso y de la calidad del servicio de la atención primaria de salud, pero también que depende del sistema de salud de cada país, de la utilización de otras prácticas médicas, de la diversidad presente al interior de los grupos y respecto al único estudio sobre migrantes internacionales, a la falta de acumulación de factores de riesgos por parte de esta población, aunque falta mayor evidencia sobre este punto. También es importante señalar que, de los estudios incluidos, sólo algunos hacen ajustes por edad y puede haber otras variables socioeconómicas o la condición de migración que permitan explicar también las diferencias y que no fueron exploradas(35).

Otro estudio de Estados Unidos compara egresos hospitalarios en 15 Estados por nacionales blancos, afroamericanos e hispanos y que tiene como objetivos establecer tasas de CECAPS por grupos, además de examinar el papel de los mediadores potenciales de las disparidades raciales-étnicas en las tasas de hospitalización potencialmente prevenible(40). El estudio se centra en los factores como prevalencia de las enfermedades crónicas, la falta de seguro, las barreras de costos, la aculturación, la disponibilidad del proveedor y la ubicación rural o urbana; también explora las diferencia que pueden producirse por país de origen,

entendiendo la heterogeneidad a partir de prácticas socioculturales diversas, historias culturales diferentes y predisposiciones a enfermedades igualmente diferentes. Los países de origen que se consideran son los siguientes: México, Puerto Rico, Cuba, y otros hispanos en territorios más pequeños. El estudio consideró 12 condiciones, a saber: diabetes con complicaciones a corto plazo, diabetes con complicaciones a largo plazo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma en adultos de más edad (40 años o más), hipertensión, insuficiencia cardíaca, deshidratación, neumonía bacteriana, infección del tracto urinario, angina de pecho sin procedimiento, diabetes no controlada, asma en los adultos más jóvenes ( 18 años - 39), amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. El estudio, que hace ajustes por edad y sexo, muestra que la tasa de CECAPS para los hispanos y los negros era 13% y 111%, respectivamente, mayor que la de los blancos, siendo estas tasas 1.375 y 2.678 por 100.000 habitantes, respectivamente. Al analizar por Estado, se evidencia diferencias significativas; en cinco Estados las tasas son mayores en blancos que hispanos y en siete son mayores en hispanos que blancos. Las tasas para negros fueron más altas en todos los estados que la de hispanos y blancos. Al analizar por condición sensible a la atención primaria, se presentan grandes diferencias en las tasas, si bien se mantiene la tendencia descrita anteriormente en las condiciones crónicas, en las condiciones agudas existe similitud entre hispanos y blancos, manteniendo para los negros una importante diferencia con un porcentaje de 34% más alta que los blancos. Las diferencias por raza, etnicidad en las tasas de CECAPS eran más grandes entre los mayores de 65 años, asociada a condiciones crónicas(40).

Al analizar las nacionalidades de origen en los condados, en aquellos en que los mexicanos son mayoría las tasas de CECAPS son similares entre hispanos y blancos, en igual situación para origen puertorriqueños y cubano las tasas de CECAPS eran mayores que para los blancos. Al ajustar por condición clínica de riesgo, falta de seguro, las barreras de costos, la aculturación, la disponibilidad del proveedor, se disminuyen las diferencias y todas las covariables se encontraron asociadas significativamente con mayor riesgo de CECAPS. Sin embargo, estas diferencias sólo mitigaron parcialmente la tasa más alta(40).

Las variables de nivel socioeconómico y el desempleo se asocian a mayor número de CECAPS. Las tasas de CECAPS son mayores en los afroamericanos, seguidos por hispanos y en tercer lugar por blancos americanos, si bien en el caso de los hispanos se presentan diferencias significativas entre los Estados y en el caso de los afroamericanos se presentan más altas en todos los Estados.

Las diferencias de las tasas cambian de acuerdo con las condiciones individuales de las personas. Para las enfermedades crónicas, las tasas fueron en el caso de hispanos y negros mayores que para los blancos, mientras que en el caso de las condiciones agudas fueron similares entre los hispanos y más altas entre los negros, en comparación con los blancos. Por último, para las 16 condiciones analizadas las tasas fueron más altas para los afrodescendientes que para los hispanos y los blancos. Haciendo un análisis por edad las diferencias en las tasas por etnia o raza, eran significativamente superiores en mayores de 65 años que en menores de 65 años en relación con los blancos. Las tasas de los hispanos eran 15 por ciento más altas entre los de 65 años y más y 8 por ciento más altas entre

los menores de 65 años. El estudio también muestra que la composición de hispanos en los territorios marca diferencia. En aquellos en que los mexicanos son mayoría las tasas son similares a las de los blancos, mientras que en los casos en que puertorriqueños y cubano-americanos son mayoría, la tasas son superiores(40).

Las medidas de todas las variables analizadas, excepto la aculturación, fueron asociadas significativamente con mayor riesgo de CECAPS. Las variables de riesgo que mitigaron más las diferencias raciales / étnicas eran indicadores de situación socioeconómica y riesgo clínico(40).

Si bien las medidas de todos los dominios representaron sólo una parte de las disparidades entre negros y blancos en el riesgo de CECAPS, dejaron una gran diferencia residual en la tasa de CECAPS entre los negros (IRR = 1,39) (40).

Respecto a estudios de CECAPS específicos sobre migrantes internacionales, se encontró un estudio transversal sobre migrantes irregulares en Italia (41), que busca establecer la proporción de CECAPS entre los migrantes hospitalizados en Sicilia, en el periodo de 2003 a 2013, entre migrantes en situación migratoria regular (MR) e irregular (MI) cuya fuente de información fue los egresos hospitalarios de mayores de 15 años. Los resultados evaluados fueron la proporción general de CECAPS en tres subcategorías: determinado por los deterioros en condiciones crónicas, causadas por condiciones agudas y causados por condiciones prevenibles por vacunación. Las proporciones fueron calculadas sobre las hospitalizaciones totales. Se consideraron como covariables de los modelos de regresión logística binaria el género, la edad, el estado legal que se

refiere a la condición de migrantes regulares o indocumentados y el área geográfica de origen. Los resultados de este estudio indican que la falta de estado legal migratorio se asoció con un aumento proporción de CECAPS en ambos sexos: para los hombres en situación irregular la Odds Ratio(O) era 1.33 (95% CI 1.22-1.45) y para las mujeres 1.39 (95% CI 1.24-1.55) (41). En comparación con los MR, los MI mostraron mayor proporción de CECAPS en cada rango de edad, con la diferencia máxima entre los dos grupos que están en la franja de edad de 25 y 34 (O 1.98; 95% CI 1.75-2.23) (41).

Respecto al origen, el estudio mostró una mayor proporción de CECAPS en todos los grupos en comparación con los MR de las mismas áreas, y entre los migrantes hospitalizados, la condición MI fue asociada con un mayor riesgo para todas las tipologías de CECAPS evaluadas(41).

#### **4. Resumen del Marco Teórico y Justificación del Estudio**

La revisión que se ha presentado en el presente capítulo de marco teórico muestra que la situación migratoria en general, y particularmente la irregular, se considera un determinante social de la salud.

Las condiciones del ciclo migratorio, la mayor exposición de esta población a mayores riesgos, situaciones de vulnerabilidad y menor acceso a los servicios de salud, afectan a sus resultados de salud.

El resultado de salud de los migrantes internacionales es muy variado y depende del país de origen, el país de destino, las condiciones de la migración y las características individuales. A la llegada al país de destino, los migrantes

internacionales son personas jóvenes y con buen estado de salud. Algunos estudios internacionales muestran que, con el tiempo, el estado de salud de los migrantes internacionales tiende asimilarse con los grupos socioeconómicos equivalente a la población nacional.

Por otra parte, los migrantes internacionales tienden a tener una menor utilización de los servicios de salud, enfrentándose a una serie de barreras de acceso a ella. Existen diferencias significativas en la utilización de los servicios de salud dentro de los subgrupos de migrantes internacionales. Las personas migrantes internacionales presentan menores tasas de hospitalización y una gran variabilidad en subgrupos.

Factores como nivel educacional, bajos ingresos, aseguramiento de salud, pertenencia a pueblos indígenas, aculturación, condición y situación migratoria, influyen en las tasas de hospitalizaciones evitables, presentado en estos grupos mayor propensión a ser hospitalizados por causas evitables, además de una importante variabilidad en los subgrupos. Las causas evitables que corresponden a condiciones crónicas, presentan en general mayores tasas de CECAPS.

Sobre la base de los antecedentes presentados respecto a las condiciones de vida, a las barreras de acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales en Chile y la evidencia internacional, el presente estudio ha buscado explorar si existe diferencia en las tasas de CECAPS entre personas nacionales y migrantes internacionales, y entre estos últimos.

#### **IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

##### **1. Objetivo General.**

Describir el comportamiento de las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), de población de migrantes internacionales y población nacional para el año 2017, analizando las eventuales disparidades que se pudieran observar entre ambas poblaciones, y entre migrantes de distinto origen.

##### **2. Objetivos Específicos**

1. Caracterizar los egresos hospitalarios para personas nacionales y migrantes internacionales y subgrupos de nacionalidades para el año 2017.
2. Caracterizar las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlables a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS) para personas nacionales y migrantes internacionales y subgrupos de nacionalidades para el año 2017.
3. Estimar las tasas de hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), para nacionales y migrantes internacionales, y por subgrupo de nacionalidades y analizar sus diferencias.

## **V. MÉTODOS**

### **1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, que utiliza una base de datos de registro rutinario, que corresponde a la base de datos de egresos hospitalarios de 2017.

### **2. Población y muestra**

En el presente estudio se trabajó con la totalidad de hospitalizaciones en el año 2017 del país y cuyo registro se encuentra en la base de datos de egresos hospitalarios. Esto significa que no existe muestra, pues se trabajó con el universo poblacional.

### **3. Variables**

El concepto de migrante es difícil de definir. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones no hay una definición universalmente aceptada del término “migrante”. Se entiende por migrantes internacionales a todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona que migra por “razones de conveniencia personal” y sin intervención de factores externos que la obliguen haciendo una diferencia con los refugiados, que serían aquellos que se ven forzados a migrar, si bien otras definiciones también los incorporan. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región para mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias(4).

La variable migrante internacional, variable de exposición en este caso, se mide con la nacionalidad, el lugar de nacimiento y en algunos casos con origen étnico o raza. Esta información es escasa y no se recopila en forma rutinaria en los sistemas de registro de muchos países, lo que dificulta la posibilidad de construir indicadores de resultados de salud(42). Los censos son la fuente oficial para la migración internacional y para permitir identificar nacionalidad, como lugar de nacimiento y pueden proporcionar denominadores para calcular indicadores de salud.

Respecto a los egresos hospitalarios el registro de la variable está menos estandarizado. En Chile se registra como nacionalidad. Para efectos de este estudio se consideró la variable nacionalidad como proxy de migrantes internacionales en el caso de las hospitalizaciones y se utilizó para el cálculo de población el CENSO, considerando la variable país de origen.

Para la variable hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), se utilizó inicialmente una selección de listas de referencia de causas identificadas en la bibliografía, dentro de las que se encuentran Millman(43), Laditka (32), además de la lista de Brasil(44) y España(45), las que fueron revisada por expertos para adaptarla a la realidad nacional, considerando la oferta programática del sistema nacional de salud y barreras de acceso, a través de búsqueda de información secundaria en la página web del Minsal, informaciones programáticas, normas y estadísticas de salud y siguiendo las recomendaciones metodológicas de Caminal et al(45).

Para la definición del listado de causas nacionales se utilizaron los siguientes criterios.

a) Prevenibles por vacunación según nuestro actual esquema de vacunación obligatoria y nutricionales por déficit.

b) Complicaciones de EPOC y Asma y otras, según los Programas de Crónicos que se manejan en la APS

c) Complicaciones de las ECNT que se manejan en la APS según Programas de Control.

c) Complicaciones de las ET que se manejan en la APS según Programas de Control y en otros niveles del sistema de salud según Programas de Prevención como VIH e ITS.

Para la variable edad se utilizó la fecha de nacimiento del paciente en el Informe de Egreso Hospitalario, menos la fecha de egreso. No se consideraron diferencias etarias para los diagnósticos, si bien quedó establecido como una necesidad para una validación posterior de la lista propuesta.

En caso de la variable aseguramiento en salud, se utilizó la previsión de salud de los egresos hospitalarios que diferencia entre seguro públicos, seguros privados, sin seguros y otros, donde fueron agrupados seguros de fuerzas armadas y de orden y otros no clasificados, utilizando la clasificación FONASA, ISAPRE, Sin Previsión y otros.

En el caso de FONASA dado que los tramos marcan una diferencia en el acceso a la atención de salud por las distintas modalidades a las que se accede, Modalidad

de Atención Institucional para el tramo A y Modalidad de Libre Elección para los tramos B, C y D y además porque la asignación del tramo depende de los ingresos y calificación de vulnerabilidad y por lo tanto también refleja estratificación social, estos se consideraron por separado en algunas tablas.

#### **4. Recolección, procesamiento y análisis de la información**

La fuente de datos para el estudio corresponde a los egresos hospitalarios de todo el país, obtenidos a través de la información de todos los egresos de pacientes internados en los hospitales públicos, institucionales y clínicas privadas de Chile en el período determinado, que son tributados al Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, mediante el Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (IEEH) que se encuentra normado por el Decreto Supremo N° 80 del Ministerio de Salud, que lo hace obligatorio a nivel nacional.

Este conjunto de datos incluye en la mayoría de los registros los siguientes atributos para cada egreso: Servicio de Salud de ocurrencia, Establecimiento de Ocurrencia, sexo, edad, previsión de salud, clase de beneficiario correspondiente al seguro público, año de egreso, nacionalidad, fecha de ingreso, días de estada, diagnóstico principal (CIE 10), causa externa (CIE 10), procedimientos quirúrgicos (Código FONASA), condición de egreso (vivo o muerto)

Las cifras de población utilizadas para calcular las tasas se basaron en datos oficiales del CENSO 2017 de inmigrantes residentes en Chile.

Se consideró un análisis global de los egresos hospitalarios para el año 2017. La unidad de análisis fue el número de egresos hospitalarios de cada grupo,

incluyendo un análisis de los egresos correspondientes a hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS). Luego se estimaron las tasas de CECAPS, de la población por 100.000 habitantes utilizando los denominadores del censo, para el cálculo de las tasas se utilizó el total migrantes y total migrantes por nacionalidades más importantes, para el caso de causas gineco obstétricas, se utilizó la población total de mujeres migrantes y por nacionalidades.

Se estimaron las tasas generales de CECAPS y por subgrupos de causas de hospitalización, y se desagregaron las tasas para subgrupos de la población por nacionalidad.

Respecto a la desagregación por nacionalidad para el cálculo de algunas tasas, se utilizaron los de país de origen de los colectivos con mayor presencia en Chile que arrojó el CENSO 2017, Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%) y Haití (8,4%).

Se analizaron los grupos de edad de acuerdo a la categorización programática utilizada en el sistema público de salud chileno, que se puede visualizar en las estadísticas que se publican en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS,MINSAL).

Los datos fueron procesados a través del programa SPSS. Las variables fueron descritas en frecuencias, tasas y porcentajes, comparando las poblaciones nacionales y de migrantes internacionales y, estos último entre ellos por nacionalidad

## **5. Aspectos éticos**

El análisis se realizó con fuentes secundarias que no contienen variables de identificación privadas o sensibles, por cual no fue necesario tener aprobación de un comité de ética.

## **6. Limitaciones del estudio**

El presente análisis presenta limitaciones, trabajar con la base de datos de egresos hospitalarios, no construida específicamente para los fines del estudio. no permite analizar otras variables de interés de acuerdo a la evidencia como años de residencia, situación migratoria, calidad de refugiado u ocupación.

Por otro lado, al utilizar la nacionalidad como proxy de condición migrante podemos incluir algunos turistas o visitantes que estuvieron hospitalizados, aunque probablemente es el menor de los casos, y en estudio futuro podría buscarse una forma de identificarlos, que podría ser estacional por ejemplo.

## **VI. RESULTADOS**

El capítulo de resultado se divide en tres secciones. La primera sección aborda la caracterización de los egresos hospitalarios, la segunda presenta la caracterización de las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS) y finalmente, en la tercera sección, se muestra la estimación y diferencia de tasas de hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud. (CECAPS).

### **1. Caracterización de los Egresos Hospitalarios**

En un análisis general los egresos hospitalarios de migrantes muestran una frecuencia menor que los chilenos. Salvo, al analizar los grandes grupos de causas donde se presenta una mayor de frecuencia de causas de Embarazo, parto y puerperio, las que también presentan diferencias dentro de los principales colectivos.

El registro de Egresos Hospitalarios permite caracterizar a la población migrantes respecto al uso que hacen del sistema hospitalario, su origen, cuál es su causa de hospitalización, su adscripción a un sistema de previsión de salud y a los días de estada que presentan.

De este punto de vista es importante señalar que el porcentaje de hospitalizaciones respecto a la población nacional es muy bajo, y representa sólo un 1,7% respecto al total de egresos del año 2017 (tabla 1).

**Tabla 1. Total de egresos hospitalarios de población nacional y migrante, Chile 2017**

Origen	Frecuencia	Porcentaje
Chilenos	1.608.799	98,3
Migrantes	28.351	1,7
Total País	1.637.150	100,0

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

De acuerdo a la tabla 2, las hospitalizaciones de personas migrantes se concentran en el tramo etario de 20-44 años representando un 74% del total, a diferencia de la población nacional.

**Tabla 2. Egresos hospitalarios por tramo etario según población nacional y migrante, Chile 2017**

Tramo etarios	Nacional		Migrantes		Total País	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-4	113.586	7,1%	599	2,1%	114.185	7,0%
5-9	72.822	4,5%	488	1,7%	73.310	4,5%
10-14	51.384	3,2%	526	1,9%	51.910	3,2%
15-19	69.422	4,3%	1.210	4,3%	70.632	4,3%
20-44	574.517	35,7%	21.162	74,6%	595.679	36,4%
45-64	364.489	22,7%	2.868	10,1%	367.357	22,4%
65-79	247.548	15,4%	1.096	3,9%	248.644	15,2%
80 y más	115.031	7,2%	402	1,4%	115.433	7,1%
Total	1.608.799	100,0%	28.351	100,0%	1.637.150	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Por otro lado, la distribución de las hospitalizaciones por sexos presenta una importante diferencia; las mujeres migrantes representan un 78,1% del total de egresos correspondientes a migrantes, mientras que las nacionales un 59% del total (tabla 3).

**Tabla 3. Egresos hospitalarios por sexo según población nacional y migrante, Chile 2017**

Sexo	Nacional		Migrante		Total País	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	659.223	41,0%	6.197	21,9%	665.420	40,6%
Mujer	949.557	59,0%	22.152	78,1%	971.709	59,4%
Otros(*)	19	0,0%	2	0,0%	21	0,0%
<b>Total</b>	<b>1.608.818</b>	<b>100,0%</b>	<b>28.351</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.637.150</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye egresos de personas con sexo indeterminado y desconocido

### **Distribución de Egresos Hospitalarios por Servicios de Salud**

La distribución de los egresos hospitalarios por Servicios de Salud, como se aprecia en la tabla 4, da cuenta de un comportamiento diferenciado entre ambas poblaciones. En el caso de la población nacional la distribución es más homogénea, varía por Servicio de Salud entre un 1% y 5% del total, mientras que en el caso de la población migrante se concentra fuertemente en cuatros Servicios de Salud. El Servicio Metropolitano Central concentra el 21% del total de hospitalizaciones de personas migrantes, seguida por los Servicio de Salud de Antofagasta con un 12%, Iquique con un 9% y Metropolitano Norte con un 8%, concentrando en total la RM un 49% de las hospitalizaciones de la población migrante del país.

**Tabla 4. Egresos hospitalarios por Servicio de Salud según población nacional y migrante, Chile 2017**

Servicio de Salud	Nacional		Migrante		País	
	Frecuencia	% país	Frecuencia	% país	Total	% Servicio
Aconcagua	23.198	1%	238	1%	23.436	1%
Aisén	10.892	1%	27	0%	10.919	0%
Antofagasta	25.118	2%	3.303	12%	28.421	12%
Araucanía Norte	19.749	1%	20	0%	19.769	0%
Araucanía Sur	59.061	4%	112	0%	59.173	0%
Arauco	16.167	1%	22	0%	16.189	0%
Arica	15.658	1%	442	2%	16.100	3%
Atacama	17.756	1%	200	1%	17.956	1%
Biobío	33.599	2%	39	0%	33.638	0%
Chiloé	13.260	1%	35	0%	13.295	0%
Concepción	49.271	3%	104	0%	49.375	0%
Coquimbo	41.723	3%	237	1%	41.960	1%
Del Maule	70.368	4%	290	1%	70.658	0%
Del Reloncaví	26.647	2%	87	0%	26.734	0%
Iquique	15.033	1%	2.247	8%	17.280	13%
Libertador B. O.	46.750	3%	266	1%	47.016	1%
Magallanes	13.933	1%	79	0%	14.012	1%
Metropolitano Central	44.557	3%	5.812	21%	50.369	12%
Metropolitano Norte	37.085	2%	2.628	9%	39.713	7%
Metropolitano Occidente	58.255	4%	1.593	6%	59.848	3%
Metropolitano Oriente	45.640	3%	1.712	6%	47.352	4%
Metropolitano Sur	63.583	4%	1.236	4%	64.819	2%
Metropolitano Suroriente	74.789	5%	877	3%	75.666	1%
Ñuble	32.269	2%	12	0%	32.281	0%
Osorno	18.340	1%	9	0%	18.349	0%
Talcahuano	26.466	2%	35	0%	26.501	0%
Valdivia	35.352	2%	22	0%	35.374	0%
Valparaíso San Antonio	38.467	2%	178	1%	38.645	0%
Viña Del Mar Quillota	45.214	3%	306	1%	45.520	1%
Total SS	1.018.200	63%	22.168	78%	1.040.368	2%
Establec. no pertenecientes	590.599	37%	6.183	22%	596.782	1%
Total país	1.608.799	100%	28.351	100%	1.637.150	2%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye establecimientos de salud que no forman parte de los SS como clínicas privadas, establecimientos de la FFAA y de Mutuales entre otros.

## Origen y Nacionalidad

El porcentaje mayor de hospitalizaciones corresponde a población de origen peruano con un 24%, en segundo lugar de importancia corresponde a la población de Haití con un 17% y en un tercer lugar se encuentra la población de Bolivia con un 16% (tabla 5).

**Tabla 5. Egresos hospitalarios por nacionalidades más importantes, Chile 2017**

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Argentina	1.364	5%
Bolivia	4.450	16%
Colombia	3.577	13%
Haití	4.925	17%
Perú	6.785	24%
Venezuela	2.079	7%
Resto de Países	5.171	18%
Total	28.351	100%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

## Distribución de Egresos Hospitalarios por Previsión de Salud

De acuerdo a lo que se muestra la tabla 6, un 72,5% de los egresos hospitalarios de migrantes corresponde al seguro público de salud, presentando un comportamiento similar a la población nacional, que tiene una representación de 72%. Por otra parte los egresos hospitalarios de ISAPRES corresponden a un 10,1% , un 13% sin previsión y 4% de otros.

Respecto al grupo sin previsión de salud, es significativa la diferencia respecto a la población nacional que presenta sólo un 2,3%, una brecha porcentual de 10,7%, siendo Bolivia y Argentina quienes presenta la mayor proporción con 18%.

**Tabla 6. Egresos hospitalarios por previsión según población nacional y migrante, Chile 2017**

Previsión	Nacional		Migrante		Total País	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
FONASA	1.158.008	72,0%	20.559	72,5%	1.178.567	72,0%
ISAPRE	313.211	19,5%	2.871	10,1%	316.082	19,3%
Sin Previsión	36.262	2,3%	3.679	13,0%	39.941	2,4%
Otras (*)	101.318	6%	1.242	4%	102.560	6%
<b>Total</b>	<b>1.608.799</b>	<b>100,0%</b>	<b>28.351</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.637.150</b>	<b>100,0%</b>

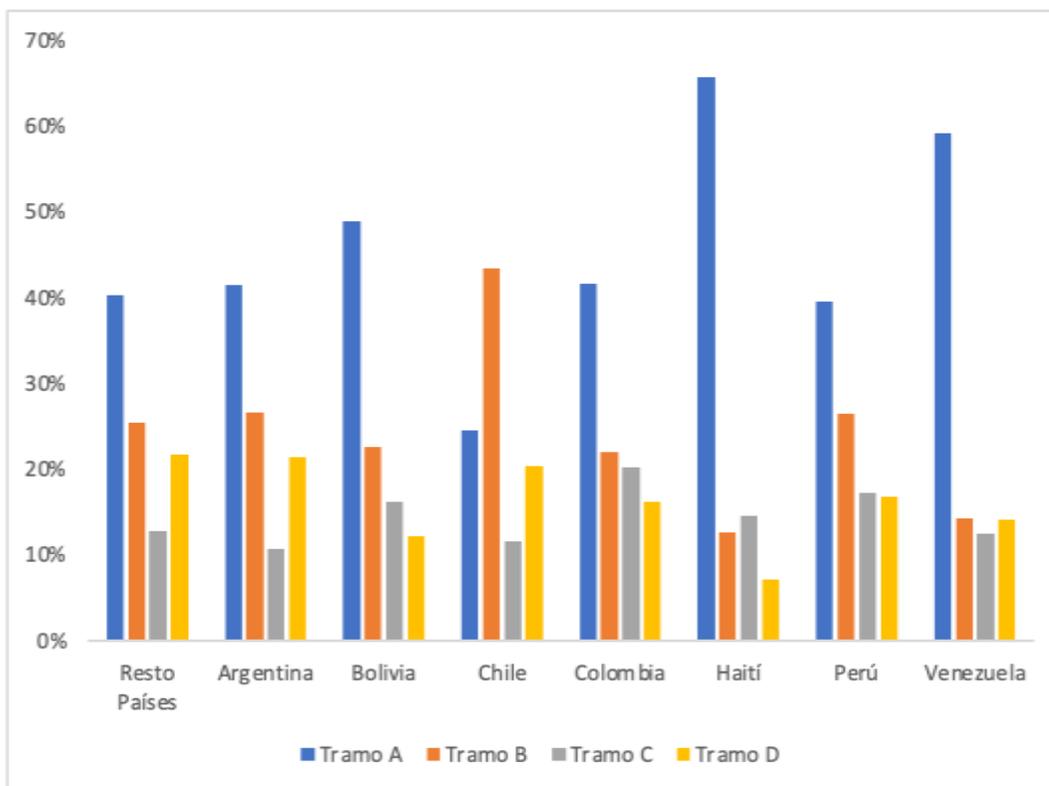
Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye egresos de personas que pertenecen a DIPRECA, CAPREDENA y Otros no clasificados.

Al explorar por grupo de adscripción a FONASA de la población migrante, se advierte una diferencia con la población nacional, concentrando el mayor porcentaje el tramo A con un 34,9%, comparado con el 24,6% de los egresos de población nacional, siendo en el caso de Haití la mayor proporción con un 68%; si bien al sumar los tramos A y B, la diferencia positiva la presenta la población nacional con un 68%, respecto a un 50,5% de la población migrante.

Finalmente, al sumar los grupos que podrían considerarse de mayor vulnerabilidad, tramo A y B de FONASA, sumado al grupo sin previsión, las hospitalizaciones muestran que los grupos con mayor proporción son Haití y Bolivia con un 42% y 41% respectivamente. Ambos porcentajes son mayores al porcentaje nacional, que para estos tramos corresponde a un 30% del total de hospitalizaciones (gráfico 1).

**Gráfico 1. Proporción de Egresos Hospitalarios por Tramo de FONASA, según país de origen, Chile 2017**



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Al analizar la adscripción a FONASA por sexo, como se aprecia en la tabla 7, llama la atención la baja representación de los hombre con un 15% respecto al 39% de los chilenos y la significativa presencia de mujeres con un 85% de egresos hospitalarios del FONASA.

**Tabla 7. Egresos hospitalarios de FONASA por sexo, según población nacional y migrante, Chile 2017**

Sexo	Nacional		Migrantes		Total País	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	451.676	39%	3.186	15%	454.862	39%
Mujer	706.509	61%	17.401	85%	723.910	61%
Otros (*)	11	0	1	0	12	0
<b>Total</b>	<b>1.158.207</b>	<b>100%</b>	<b>20.589</b>	<b>100%</b>	<b>1.178.796</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye egresos de personas con sexo indeterminado y desconocido

### **Egresos Hospitalarios y sus Causas**

El análisis de las causas de hospitalización del Informe Estadístico de Egreso Hospitalario permite analizar la morbilidad hospitalaria, tanto en hospitales públicos, como en clínicas privadas, lo que permite tener una impresión del sistema de salud en su totalidad.

El principal grupo de causas de hospitalización en la población migrantes corresponde al capítulo XV. De la CIE 10 de Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) que representa el 54,9% del total de hospitalizaciones, comparado con un 16,9% de la poblacional nacional (tabla 8).

**Tabla 8. Causas de egresos hospitalarios para población nacional y migrante, Chile 2017**

Capítulos CIE 10	Frecuencias			Porcentajes	
	Nacional	Migrante	Total	Nacional	Migrante
I.Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	35.561	472	36.033	2,2%	1,7%
II.Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	125.329	1.321	126.650	7,8%	4,7%
III.Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	11.756	144	11.900	0,7%	0,5%
IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	48.054	291	48.345	3,0%	1,0%
V.Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	28.417	286	28.703	1,8%	1,0%
VI.Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	30.430	307	30.737	1,9%	1,1%
VII.Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	12.595	85	12.680	0,8%	0,3%
VIII.Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	5.759	39	5.798	0,4%	0,1%
IX.Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	129.425	807	130.232	8,0%	2,8%
X.Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	153.255	853	154.108	9,5%	3,0%
XI.Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	222.747	2.220	224.967	13,8%	7,8%
XII.Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	23.839	244	24.083	1,5%	0,9%
XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	83.164	654	83.818	5,2%	2,3%
XIV.Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	137.939	1.388	139.327	8,6%	4,9%
XV.Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	271.776	15.566	287.342	16,9%	54,9%
XVI.Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	34.818	49	34.867	2,2%	0,2%
XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	20.524	201	20.725	1,3%	0,7%
XVIII.Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	32.438	303	32.741	2,0%	1,1%
XIX.Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	152.083	2.481	154.564	9,5%	8,8%
XXI.Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	48.890	640	49.530	3,0%	2,3%
Total	1.608.799	28.351	1.637.150	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Sin considerar el grupo de causas de embarazo, parto y puerperio en los grupos de causas de la CIE10, los principales grupos de causas de las hospitalizaciones de migrantes son Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias

de causas externas, Enfermedades del sistema digestivo y Enfermedades del sistema genitourinario con un 19,4%, 17,4% y 10,9% respectivamente. En las hospitalizaciones de nacionales, estas se concentran en los grupos Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema respiratorio y Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, las que corresponden respectivamente al 16,7%, 11,5% y 11,4% de total de hospitalizaciones de nacionales (tabla 9).

**Tabla 9. Causas de egresos hospitalarios para población nacional y migrante, sin embarazo, parto y puerperio, Chile 2017**

Capítulos CIE 10	Frecuencias			Porcentajes	
	Nacional	Migrante	Total	Nacional	Migrante
XIX.Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	152.083	2.481	154.564	11,4%	19,4%
XI.Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	222.747	2.220	224.967	16,7%	17,4%
XIV.Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	137.939	1.388	139.327	10,3%	10,9%
II.Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	125.329	1.321	126.650	9,4%	10,3%
X.Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	153.255	853	154.108	11,5%	6,7%
IX.Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	129.425	807	130.232	9,7%	6,3%
XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	83.164	654	83.818	6,2%	5,1%
XXI.Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	48.890	640	49.530	3,7%	5,0%
I.Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	35.561	472	36.033	2,7%	3,7%
VI.Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	30.430	307	30.737	2,3%	2,4%
XVIII.Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	32.438	303	32.741	2,4%	2,4%
IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	48.054	291	48.345	3,6%	2,3%
V.Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	28.417	286	28.703	2,1%	2,2%
XII.Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	23.839	244	24.083	1,8%	1,9%
XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	20.524	201	20.725	1,5%	1,6%
III.Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	11.756	144	11.900	0,9%	1,1%
VII.Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	12.595	85	12.680	0,9%	0,7%
XVI.Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	34.818	49	34.867	2,6%	0,4%
VIII.Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	5.759	39	5.798	0,4%	0,3%
<b>Total</b>	<b>1.337.023</b>	<b>12.785</b>	<b>1.349.808</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Al analizar los grandes grupos de causa de las hospitalizaciones por países de origen más importantes (sin considerar embarazo, parto y puerperio), se presentan algunas diferencias respecto a la distribución porcentual del total de migrantes, siendo las tres primeras causas las que se muestran en el tabla 10.

La mayor parte de los principales países de origen tienen como primera causa Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con porcentajes cercanos al 20%; sólo Perú presenta la mayor frecuencia de causas en otro grupo, la que corresponde a Enfermedades del sistema digestivo las que representan un 22,3% del total de hospitalizaciones, al igual que Chile que presenta un 16,1% del total de egresos. Destacan también como segunda causa en Haití las Enfermedades del sistema genitourinario con 11,5% y en Perú con Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, con un 18,6% (tabla 10).

**Tabla 10. Tres principales grupos de causas de egresos hospitalarios por principales países de origen y nacionales, sin considerar embarazo, parto y puerperio, Chile 2017**

	Argentina	Bolivia	Chile	Colombia	Haití	Perú	Venezuela
XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA	21,4%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 20,0%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 16,1%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 22,1%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 22,3%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 23,6%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 20,9%
XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 14,4%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 19,5%	X. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO 11,1%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 17,7%	XIV. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO 11,5%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 18,6%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 17,6%	
II. NEOPLASIAS 9,5%	II. NEOPLASIAS 12,3%	XIX. TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA 11,0%	XIV. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO 12,2%	XI. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 10,9%	XIV. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO 11,8%	XIV. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO 11,2%	

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Si profundizamos en los resultados observando las hospitalizaciones por grande grupos de causas sin previsión de salud en la tabla 11, particularmente el grupo de causa de embarazo, parto y puerperio que corresponde a las de mayor proporción en personas migrantes, destaca la importante proporción de egresos de Haití que presenta más de un 10,8% del total de sus egresos hospitalarios en esta categoría sin previsión de salud, seguido por Bolivia con un 9,6%, un brecha significativa si se compara con el 0,8% de los egresos hospitalarios nacionales.

**Tabla 11. Egresos hospitalarios por grupo de causa embarazo, parto puerperio, sin previsión por nacionalidades más importantes, Chile 2017**

Nacionalidad	Egresos Hospitalarios		
	Total	Sin Previsión	% del Total
Argentina	321	30	9,3%
Bolivia	2.681	257	9,6%
Chile	271.776	2.224	0,8%
Colombia	1.858	104	5,6%
Haití	3.870	417	10,8%
Perú	4.015	160	4,0%
Venezuela	1.158	47	4,1%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

## Tasas de Egresos Hospitalarios

La tasa de hospitalización de migrantes por cada mil habitantes es de 38 hospitalizaciones, muy inferior a las 98 hospitalizaciones en el caso de los nacionales, por otro lado, la tasa de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes de los chilenos es superior en todos los grupos etarios a la de migrantes, como se observa en la tabla 12.

**Tabla 12. Tasa de egresos hospitalarios por 1000 según grupos de edad, Chile 2017**

Tramos de edad	Números de Egresos			Tasa por 1000 por grupos de edad	
	Chilenos	Migrantes	Total	Chilenos	Migrantes
0-4	113.586	599	114.185	104,3	32,7
5-9	72.822	488	73.310	63,6	16,3
10-14	51.384	526	51.910	47,2	17,2
15-19	69.422	1.210	70.632	59,2	32,3
20-44	574.517	21.162	595.679	96,8	43,5
45-64	364.489	2.868	367.357	90,1	24,4
65-79	247.548	1.096	248.644	167,2	56,9
80 y más	115.031	402	115.433	256,9	54,0
Total	1.608.799	28.351	1.637.150	98,1	38,0

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Como se ve en la tabla 13, la tasa de hospitalizaciones presenta una importante diferencia entre hombres y mujeres migrantes, siendo significativamente mayor en el caso de mujeres con una tasa de 58,7 comparado con la de hombres que es 16,8 por mil.

**Tabla 13. Tasa de egresos hospitalarios por 1000 según sexo para población nacional y migrante, Chile 2017**

Sexo	Nacional		Migrante	
	Frecuencia	Tasa por cada 1000	Frecuencia	Tasa por cada 1000
Hombre	659.223	82,2	6.197	16,8
Mujer	949.557	113,2	22.152	58,7

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017. Población Censo 2017.

Como se aprecia en la tabla 14, las tasas de hospitalizaciones por 1.000 habitantes por país de origen presentan importantes diferencias, siendo la mayor tasa de hospitalizaciones la correspondiente a personas provenientes de Haití con una tasa 78,6 por 1.000 habitantes y la menor corresponde a la tasa de Argentina con 20,5 por 1.000.

**Tabla 14. Tasa de egresos hospitalarios por 1000 según nacionalidades más importantes, Chile 2017**

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por 1000 hab.
Argentina	1.364	5%	20,5
Bolivia	4.450	16%	60,3
Colombia	3.577	13%	33,9
Haití	4.925	17%	78,6
Perú	6.785	24%	36,1
Venezuela	2.079	7%	25,0
Resto Países	5.171	18%	30,9
<b>Total</b>	<b>28.351</b>	<b>100%</b>	<b>38,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Al analizar esta tasa sin considerar partos, vemos que la tasa de Haití baja considerablemente a 16,8 y sube a primer lugar Bolivia con una tasa de hospitalizaciones por mil habitantes de 24 (tabla 15).

**Tabla 15. Tasa de egresos hospitalarios por 1000 según nacionalidades más importantes, sin considerar partos, Chile 2017**

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por 1000 hab.
Argentina	1.043	8%	15,7
Bolivia	1.769	14%	24,0
Colombia	1.719	13%	16,3
Haití	1.055	8%	16,8
Perú	2.770	22%	14,8
Venezuela	921	7%	11,1
Resto Países	3508	27%	21,0
<b>Total</b>	<b>12.785</b>	<b>100%</b>	<b>17,1</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

## **Días de Estada**

En la tabla 16 se muestra que la estancia media en las hospitalizaciones de migrantes es menor a la nacional, siendo la nacional 6 días y de 4,6 días para migrantes.

Cuando el análisis de días de estada promedio se hace respecto a las causas de hospitalización, de acuerdo a lo que muestra la tabla 15, las mayores diferencias entre ambos grupos poblacionales se dan en Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, donde el grupo de migrantes presenta una estada promedio de 15, 2 días, superior a la nacional de 8,9 días, siendo mayor en todos los grupos etarios. El otro grupo que se diferencia notoriamente es Trastornos mentales y del comportamiento, donde la población nacional tiene 30,6 días promedio comparado con la población migrante, presentando diferencias mayores en los grupos etarios extremos.

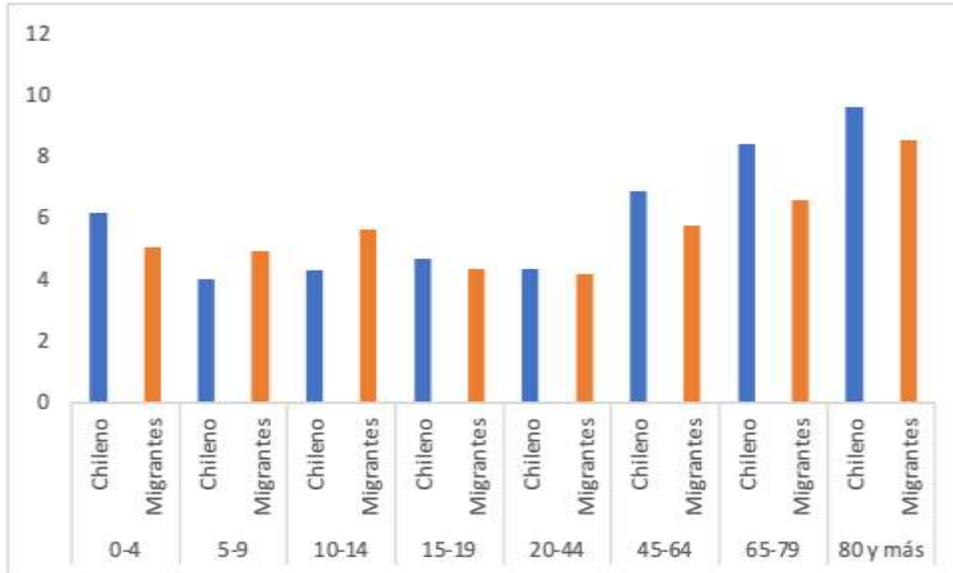
**Tabla 16. Días de estada promedio por grandes grupos de causas Chile 2017**

Capítulos CIE 10	Nacional	Migrantes	Diferencia
I.Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	8,9	15,2	6,3
II.Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	6,6	5,8	-0,8
III.Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	6,3	7,6	1,3
IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	7,1	8,0	0,8
V.Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	30,6	20,8	-9,8
VI.Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	8,3	8,4	0,1
VII.Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	2,5	3,5	1,0
VIII.Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	2,4	2,8	0,4
IX.Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	9,4	9,1	-0,3
X.Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	6,6	6,2	-0,4
XI.Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	4,5	4,4	-0,1
XII.Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	7,0	6,0	-1,0
XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	3,7	3,8	0,0
XIV.Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	4,8	4,0	-0,7
XV.Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	3,0	3,3	0,3
XVI.Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	10,1	8,0	-2,1
XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	6,8	2,3	-4,5
XVIII.Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	4,1	3,5	-0,5
XIX.Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	6,6	6,2	-0,5
XXI.Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3,3	2,7	-0,6
Total	6,0	4,6	-1,5

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Al observar los días promedio de estada desagregados por grupos etarios, en el caso de personas migrantes, los grupos comprendidos entre 5 y 14 años presentan mayores días promedio de estada que los nacionales (gráfico 2).

**Gráfico 2. Días de estada según grupo etario, por población nacional y migrante, Chile 2017**



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

## **2. Caracterización de las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la atención primaria de salud (CECAPS).**

Las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlables a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS) u hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (ACSC), se consideran un indicador de desempeño del sistema de salud, este indicador depende entonces de las características del sistema de salud, la accesibilidad, su organización, entre otros factores. Por ello y de acuerdo a lo planteado en la metodología y recomendado por la evidencia internacional, se construyó una propuesta de listado de códigos de diagnóstico de CECAPS para evaluar la capacidad de resolución de la atención primaria en Chile

(Anexo N° 1), los resultado que aquí se analizan fueron obtenidos a partir de esa lista.

Por otro lado, este indicador también ha demostrado ser útil para comparar grupos y contextos, por ello en este capítulo se describirán los CECAPS comparando nacionales con migrantes, y migrantes entre si, considerando los principales países de origen, además de variables como sexo, grupo etario, previsión y servicio de salud.

Como se aprecia en la tabla 17, el porcentaje de CECAPS de migrantes respecto al total de egresos hospitalarias de migrantes es de 19%, menor que el porcentaje nacional de 25%.

Respecto a los grupos etarios, en general son menores o similares a los porcentajes de CECAPS por grupo etarios que los nacionales, excepto en el tramo de 0-4, donde los CECAPS de migrantes representan un 49%, en comparación a los nacionales que representan un 37%.

**Tabla 17. Hospitalizaciones por CECAPS según Grupo Etario y Sexo Chile, 2017**

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e

Tramos de edad	Chilenos		Migrantes		País	
	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos
Total CECAPS	395.533	25%	5.498	19%	401.031	24%
<b>Grupo Etario</b>						
0-4	42.399	37%	275	46%	42.674	37%
5-9	22.268	31%	157	32%	22.425	31%
10-14	12.366	24%	102	19%	12.468	24%
15-19	11.758	17%	187	15%	11.945	17%
20-44	91.537	16%	3.733	18%	95.270	16%
45-64	78.983	22%	544	19%	79.527	22%
65-79	79.894	32%	329	30%	80.223	32%
80 y más	56.328	49%	171	43%	56.499	49%
<b>Sexo</b>						
Hombre	174.837	27%	1.412	23%	176.249	26%
Mujer	220.695	23%	4.086	18%	224.781	23%
Otros (*)	1	5%	-	0%	1	5%

Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye egresos de personas con sexo indeterminado y desconocido

Al analizar los CECAPS por previsión de salud, el porcentaje de CECAPS en FONASA e ISAPRE de los migrantes es inferior al nacional, siendo en el caso de ISAPRE inferior tanto en nacionales, como migrantes, respecto a cualquier tipo de previsión. La diferencia más importante entre ambos grupos se presenta en la proporción de CECAPS sin previsión, donde para migrantes representan un 26% del total de Egresos Hospitalarios (tabla 18).

**Tabla 18. Hospitalizaciones por CECAPS según Previsión de Salud Chile, 2017**

Previsión	Chilenos		Migrantes		País	
	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos
Total CECAPS	395.533	25%	5.498	19%	401.031	24%
FONASA	315.735	27%	3.791	18%	319.526	27%
ISAPRE	52.734	17%	451	16%	53.185	17%
SIN PREVISIÓN	5.479	15%	971	26%	6.450	16%
Otros (*)	21.585	21%	285	23%	21.870	21%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye egresos de personas que pertenecen a DIPRECA, CAPREDENA y Otros no clasificados.

De acuerdo a la tabla 19, los resultados muestran mayor variabilidad en la proporción de CECAPS a nivel territorial. Los servicios de salud que presentan los más altos porcentajes para migrantes son Osorno con 55%, Valdivia con 54% y Ñuble con 50%, los dos primeros servicios con 22 puntos porcentuales de diferencia respecto a la proporción de CECAPS en estos mismo servicios de la población nacional. En cuanto a los establecimientos no pertenecientes a los servicios de salud destaca su menor porcentaje, tanto en nacionales como migrantes.

**Tabla 19. Hospitalizaciones por CECAPS según Servicio de Salud Chile, 2017**

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e

	Chilenos		Migrantes		País	
	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos	Frecuencia CECAPS	% del Total de Egresos
Total CECAPS	395.533	25%	5.498	19%	401.031	24%
Servicio de Salud						
Aconcagua	6.334	27%	71	30%	6.405	27%
Aisén	3.001	28%	6	22%	3.007	28%
Antofagasta	7.371	29%	661	20%	8.032	28%
Araucanía Norte	6.466	33%	2	10%	6.468	33%
Araucanía Sur	19.187	32%	41	37%	19.228	32%
Arauco	5.959	37%	12	55%	5.971	37%
Arica	3.697	24%	70	16%	3.767	23%
Atacama	4.849	27%	41	21%	4.890	27%
Biobío	11.503	34%	16	41%	11.519	34%
Chiloé	3.593	27%	8	23%	3.601	27%
Concepción	13.606	28%	25	24%	13.631	28%
Coquimbo	10.905	26%	69	29%	10.974	26%
Del Maule	20.443	29%	80	28%	20.523	29%
Del Reloncaví	8.639	32%	31	36%	8.670	32%
Iquique	4.821	32%	459	20%	5.280	31%
Libertador B. O.	14.314	31%	83	31%	14.397	31%
Magallanes	3.629	26%	20	25%	3.649	26%
Metropolitano Central	12.888	29%	1.133	19%	14.021	28%
Metropolitano Norte	9.681	26%	306	12%	9.987	25%
Metropolitano Occidente	16.160	28%	407	26%	16.567	28%
Metropolitano Oriente	11.603	25%	323	19%	11.926	25%
Metropolitano Sur	17.409	27%	294	24%	17.703	27%
Metropolitano Suroriente	24.783	33%	273	31%	25.056	33%
Ñuble	10.393	32%	6	50%	10.399	32%
Osorno	6.145	34%	5	56%	6.150	34%
Talcahuano	7.880	30%	7	20%	7.887	30%
Valdivia	11.775	33%	12	55%	11.787	33%
Valparaíso San Antonio	11.909	31%	56	31%	11.965	31%
Viña Del Mar Quillota	14.199	31%	94	31%	14.293	31%
Total SS	303.142	30%	4.611	21%	307.753	30%
Otros.(*)	92.391	16%	887	14%	93.278	16%

Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

(\*) Incluye establecimientos de salud que no forman parte de los SS como clínicas privadas, establecimientos de la FFAA y de Mutuales entre otros

La proporción de CECAPS por nacionalidad muestra diferencia, siendo el país con mayor proporción Haití con un 22,8%, cercana a la nacional de 24,6%, y el menor Perú con 16,9% (tabla 20).

**Tabla 20. Proporción de Egresos Hospitalarios por grupos de CECAPS por nacionalidad Chile, 2017**

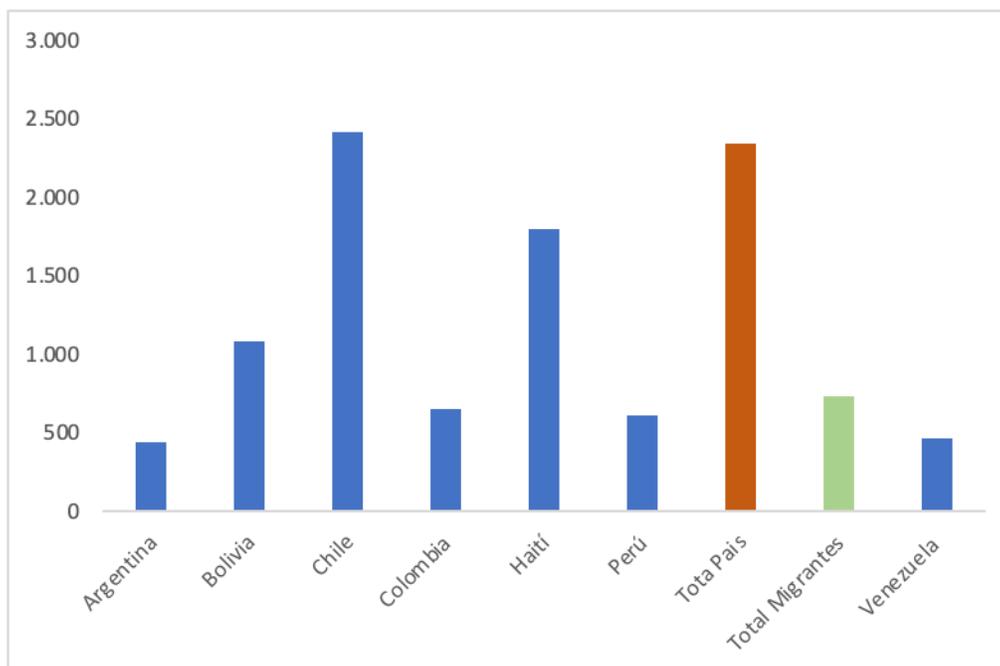
GRUPO DE CAUSAS DE EGRESO	NACIONALIDAD						
	Argentina	Bolivia	Chile	Colombia	Haití	Perú	Venezuela
Denominación	% del Total de Egresos						
Total CECAPS	21,5	18,0	24,6	19,2	22,8	16,9	18,8
1.1 Prevenibles por vacunación	0,5	0,8	0,5	0,7	0,9	0,8	0,7
1.2 VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	0,2	0,1	0,1	0,4	0,5	0,2	0,5
1.3 Otras enfermedades transmisibles	1,1	0,5	1,4	0,4	0,2	0,4	0,9
1.4 Infecciones respiratorias agudas**	2,9	1,0	5,1	1,2	0,9	1,4	2,5
2.1 Enfermedades vigiladas por el programa de salud cardiovascular	5,1	1,1	6,0	1,5	1,5	1,3	1,9
2.10 Algunos trastornos osteoarticulares	0,7	0,2	0,5	0,4	0,0	0,1	0,0
2.11 Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas	0,3	0,1	0,5	0,3	0,1	0,2	0,3
2.2 Enfermedades respiratorias crónicas del adulto y del adulto mayor***	0,7	0,1	1,2	0,4	0,1	0,1	0,6
2.3 Algunas enfermedades del sistema urinario	1,8	0,7	2,8	1,2	0,5	1,0	1,3
2.4 Epilepsia, migraña y trastornos mentales y del comportamiento	1,2	0,6	1,3	0,9	0,4	0,6	0,5
2.5 Trastornos nutricionales y endocrinos	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
2.6 Trastornos del sueño	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
2.7 Algunos trastornos del sistema digestivo	1,1	0,6	0,9	0,7	0,3	1,0	0,6
2.8 Trastornos gineco obstétricos	4,8	11,2	3,2	10,6	16,9	9,3	8,0
2.9 Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	1,2	0,8	0,8	0,6	0,3	0,4	0,9

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

**3. Estimar las tasas de hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), para nacionales y migrantes internacionales, y por subgrupo de nacionalidades y analizar sus diferencias.**

Al revisar las tasas de CECAPS por 100.000 habitantes como se puede ver en el gráfico 3, la tasa general de migrantes es inferior a la tasa nacional, siendo la primera 737 CECAPS por 100.000 habitantes, mientras la nacional es de 2.411 CECAPS por 100.000 habitantes. Al analizar las tasas generales de CECAPS por países de origen, si bien se presentan diferencias entre países, todas son menor que la nacional, siendo la más alta la de egresos hospitalarios de nacionalidad haitiana de 1.795 por 100.000 habitantes y la de Bolivia de 1.083 por 100.000 habitantes, y la más baja, la de Argentina que presenta una tasa de 441 por 100.000 habitantes.

**Gráfico 3. Tasa General de Egresos Hospitalarios por CECAPS por 100 mil habitantes, según país de origen, Chile, 2017**



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Las tasas de CECAPS por grupos de causas de egresos de los nacionales son mayores en todos los grupos, exceptuando trastornos gineco obstétricos, donde la tasa de migrantes es de 761 por 100.000 habitantes, similar a la nacional de 619 (tabla 21).

**Tabla 21. Tasa General de Hospitalizaciones por CECAPS según grupo de causas, por Migrantes y Nacionales Chile, 2017**

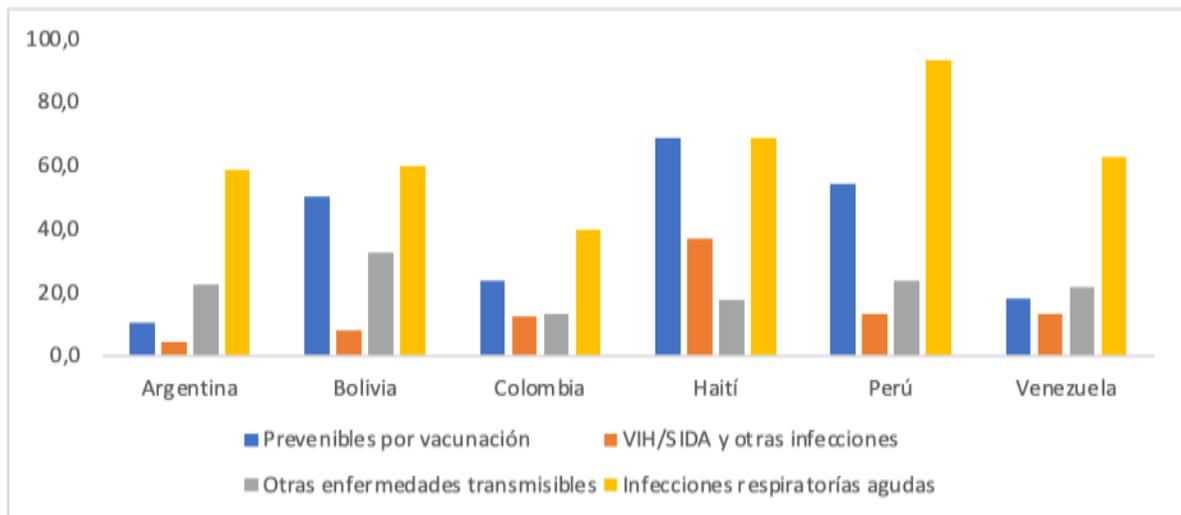
GRUPO DE CAUSAS DE EGRESO	NACIONALIDAD			
	Migrantes		Nacionales	
Denominación	Frecuencia	Tasa (por 100.000 hab.)	Frecuencias	Tasa (por 100.000 hab.)
1.1 Prevenibles por vacunación	203	27,2	7.951	48,5
1.2 VIH/SIDA y otras infecciones	85	11,4	2.331	14,2
1.3 Otras enfermedades transmisibles	155	20,8	22.184	135,2
1.4 Infecciones respiratorias agudas	477	63,9	81.291	495,6
2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular	572	76,6	95.751	583,7
2.2 enfermedades respiratorias crónicas del adulto y del adulto mayor	92	12,3	19.578	119,3
2.3 algunas enfermedades del sistema urinario	305	40,9	44.420	270,8
2.4 epilepsia migraña y trastornos mentales y del comportamiento	202	27,1	21.717	132,4
2.5 trastornos nutricionales y endocrinos	24	3,2	2.719	16,6
2.6 trastornos del sueño	5	0,7	2.687	16,4
2.7 algunos trastornos del sistema digestivo	199	26,7	13.723	83,7
2.8 trastornos gineco obstétricos	2.872	761,2	51.916	618,9
2.9 infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	172	23,0	13.337	81,3
2.10 algunos trastornos osteoarticulares	76	10,2	7.544	46,0
2.11 traumatismos envenenamientos y otras de causas externas	59	7,9	8.384	51,1

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

La tasa de CECAPS por grupo de causas de enfermedades transmisibles presenta diferencias entre países, las tasas más altas de los grupos prevenibles por vacunación y VIH/SIDA y otras infecciones es la tasa de Haití, todas menores que las nacionales, en el grupo de Infecciones respiratorias agudas Perú presenta la mayor tasa, y Bolivia presenta la mayor tasa de

CECAPS en otras enfermedades transmisibles de todos las nacionalidades analizadas (gráfico 4).

**Gráfico 4. Tasa de Egresos Hospitalarios por CECAPS según grupo de causas de enfermedades transmisibles, por país de origen, Chile, 2017**



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

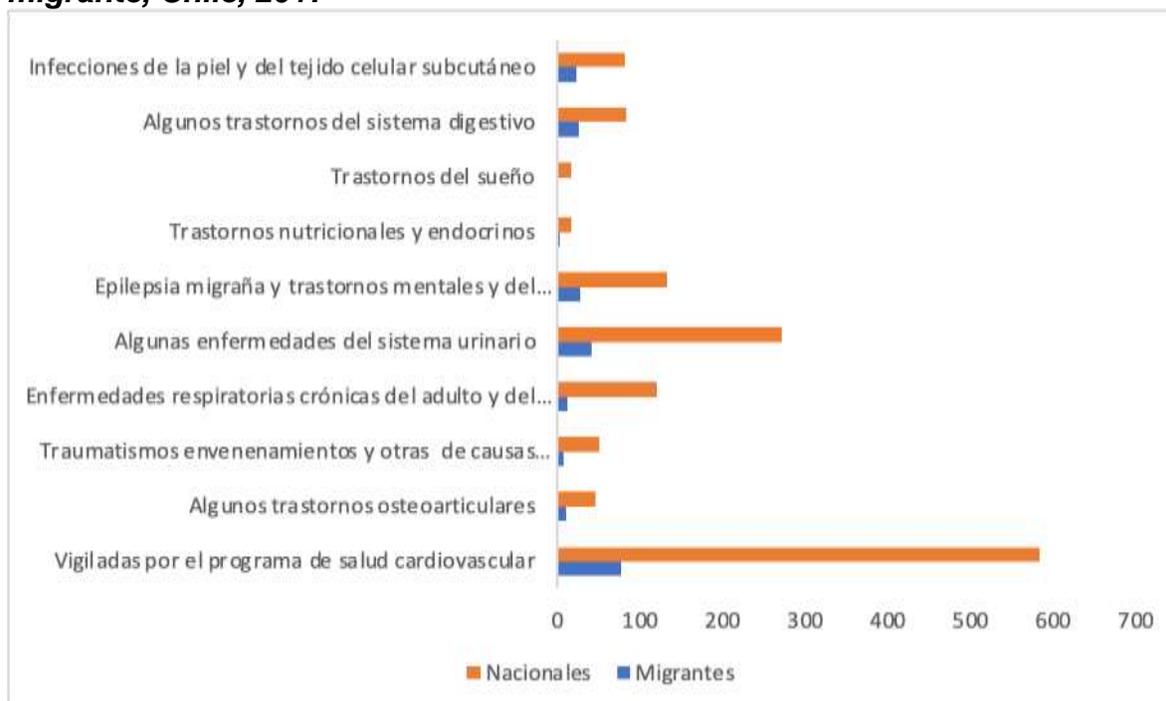
En la tasa de CECAPS por grupo de causas de enfermedades no transmisibles, de acuerdo a lo que ilustra el Anexo 4, destaca las causas trastornos gineco obstétricos en todos los países como la más importantes, si bien Haití presenta la mayor tasa con 3.874 y seguido por Bolivia con 1.193 muy superior a la tasa de 619 por 100.000 habitantes de Chile (tabla 22).

**Tabla 22. Tasa CECAPS por causas de trastornos gineco obstétricos, por nacionalidad, Chile 2017**

Nacionalidad	Frecuencia	Tasa CECAPS (por 100.000 hab.)
Argentina	66	196,5
Bolivia	497	1.193,3
Chile	51.916	618,9
Colombia	380	671,0
Haití	832	3.874,3
Perú	633	1.519,8
Venezuela	166	410,9
Demás Países	298	178,2
<b>País</b>	<b>54.788</b>	<b>319,5</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

**Gráfico 5. Tasa de Egresos Hospitalarios por CECAPS según grupo de causas de enfermedades no transmisibles, para población nacionales y migrante, Chile, 2017**



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

Sin considerar causas trastornos gineco obstétrico los tres primeros grupos de causas se presenta de manera diferenciadas en los colectivos de migrantes. Se destaca en el primer lugar de causas para Bolivia y Haití, causas respiratorias y en el caso del resto de los países, causas vigiladas por el programa de salud cardiovascular (tabla 23).

**Tabla 23. Tasa grupos CECAPS de las 3 principales causas, excluyendo las causas gineco obstétricas por nacionalidad**

	Argentina	Bolivia	Colombia	Haití	Perú	Venezuela
2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular	104	2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular 68	2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular 49	2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular 121	1.4 Infecciones respiratorias agudas 93	1.4 Infecciones respiratorias agudas 63
1.4 Infecciones respiratorias agudas	59	1.4 Infecciones respiratorias agudas 60	1.4 Infecciones respiratorias agudas 40	1.4 Infecciones respiratorias agudas 69	2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular 83	2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular 47
2.3 algunas enfermedades del sistema urinario	36	1.1 Prevenibles por vacunación 50	2.3 algunas enfermedades del sistema urinario 40	1.1 Prevenibles por vacunación 69	2.3 algunas enfermedades del sistema urinario 67	2.3 algunas enfermedades del sistema urinario 33

Fuente: Elaboración propia en base al Informe de Egresos Hospitalarios, Departamento de Estadística e Información de Salud. DEIS MINSAL, 2017

## VII. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se analizan los resultados obtenidos a luz del marco teórico seleccionado. El análisis se presenta en el orden de la entrega de resultados, partiendo por un análisis general de las hospitalizaciones para luego centrarnos en las causas de hospitalización CECAPS.

El porcentaje de hospitalizaciones de migrantes internacionales en Chile corresponde a un 1,7% del total de egresos hospitalarios del año 2017, lo que da cuenta de un bajo uso del sistema de salud de esta población, lo que se condice con la evidencia internacional presentada (27)(30). Esto puede explicarse en parte por la paradoja del migrante sano que da cuenta de que en general esta población presenta un buen estado de salud a la llegada al país de destino(9) entendiendo también que, de acuerdo al CENSO 2017, los mayores flujos migratorios de Chile son recientes. Otra posible explicación es la estructura poblacional de la población migrante, donde predomina una población joven(7) que se ve reflejada en los egresos hospitalarios; el 74, 6% de los egresos de migrantes corresponden al grupo etario de 20 a 44 años, mientras la población chilena muestra en ese mismo tramo etario sólo un 35,7%, lo que se condice con otros análisis nacionales(46).

En general, la distribución territorial y por países de origen de los egresos hospitalarios, da cuenta de las características de la población migrante en Chile. Territorialmente, los migrantes se concentran principalmente en norte de Chile y en la RM; sin embargo es importante señalar que al observar en detalle los porcentajes de egresos hospitalarios por país de origen, estos no corresponden exactamente con la distribución censal, cumpliéndose para el primer lugar en el

caso de Perú que concentra el 24% del total de egresos hospitalarios, pero en el caso de los países que se ubican en el segundo y tercer lugar con mayores porcentajes de egresos, esta coincidencia no se da. Haití con el segundo porcentaje de egresos representa un 17% y en un tercer lugar Bolivia con un 16%. En el caso de la distribución CENSAL, la mayor población residente en Chile es Perú con un 25%, seguida por Colombia con un 14% y en tercer lugar con un 11% Venezuela; Bolivia ocupa el cuarto lugar y Haití el octavo lugar.

Estos resultados permiten visualizar que el uso del sistema de salud, en estos casos las hospitalizaciones, se diferencia entre los países de origen tal como señala la literatura revisada (31).

La tasa de hospitalización de migrantes es 60 puntos inferior a la nacional, presentando los migrantes una tasa de 37 por 1.000 habitantes, comparada con 98 en el caso de los nacionales. De acuerdo con la literatura, esto se condice con las características de la población y confirma la menor utilización de los sistemas de salud por parte de la población migrante (27), contradiciendo el juicio subjetivo de que los migrantes vienen a recargar nuestro sistema de salud(12). Al analizar estos datos por país de origen, destacan con mayor tasa de hospitalización Bolivia y Haití, con 57,4 y 76,3 respectivamente, siendo igualmente inferior a la nacional. Estos resultados también dan cuenta de una utilización diferencial entre países de origen, lo que también se ve en estudios en otras regiones como Europa(27)(26).

El principal grupo de causas en la población migrantes corresponde a Embarazo, parto y puerperio, que representa el 54,9% del total de hospitalizaciones, comparado con un 16,9% de la poblacional nacional. Este dato también es

consistente con la estructura poblacional y con la literatura sobre el tema. Se trata de una población joven y fértil, grupo en el cual lo materno infantil corresponde a la causa que genera la mayor demanda de servicios hospitalarios(7)(22). Destaca el caso de Haití con un porcentaje de hospitalizaciones por esta causa de un 78,6% del total de hospitalizaciones.

Al considerar las tasas de hospitalización sin partos, Bolivia pasa a tener la mayor tasa de hospitalización entre los principales países de origen, con una tasa de 22,8 por 1.000 habitantes, seguida por Haití con una tasa 16,3, siendo la menor tasa la de Venezuela, con 10 por 1.000 habitantes.

La evidencia revisada da cuenta de una menor tasa en el caso de Venezuela, podría explicarse por ser una migración reciente (31), corroborando la paradoja del migrante sano (9), además de ser una población joven, de mayor escolaridad. Esto último puede interpretarse como un *proxy* de mayor nivel socioeconómico, pero requeriría seguimiento en el tiempo, puesto que la posición socioeconómica de este grupo se ve afectada por procesos de exclusión social propios de la migración(47).

Las mayores tasas de Bolivia y Haití pueden explicarse por una parte, porque son poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, probablemente poseen una mayor población en situación irregular y por barreras culturales e idiomáticas; esto último incluye a una población Boliviana del norte del país que se reconoce como perteneciente a pueblos indígenas(48), así como a la población haitiana que presenta importantes barreras lingüísticas y culturales(49)(12). Todas estas posibles explicaciones como el origen étnico y las barreras culturales, también son aducidas por la evidencia internacional, si bien la literatura también señala que

presentan tasas inferiores a las nacionales, situación que también se replica en Chile (26)(27). Estas poblaciones además son las que presentan el menor promedio de años de estudios de los principales países de origen analizados(10). Al buscar las posibles explicaciones en los resultados obtenidos y utilizando la variable previsión de salud como proxy de clase social, dado que la adscripción a FONASA por tramo está asociada a carencia de recursos, el mayor porcentaje de egresos hospitalarios de migrantes corresponde al tramo A, con un 34,9% comparada con la población nacional que representa un 24,6%.

Destaca, respecto a la población nacional, el alto número de hospitalizaciones de migrantes que no cuentan con previsión de salud, correspondiendo al 13%. Este hallazgo es importante, pues probablemente se trata de grupos en situación de mayor vulnerabilidad y que no están accediendo a atención, a pesar que Chile garantiza el acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales, pudiendo acceder al seguro público en el tramo A de FONASA incluso la población migrante que se encuentra en situación de irregularidad migratoria a través de Decreto N°67 de calificación de carencia. Esta situación se repite en otros países, donde la imposibilidad para integrarse a los seguros de salud y la falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud se presenta incluso en países que tienen garantizado el derecho a la salud para esta población(23) (24).

La distribución de los egresos por previsión de salud corroboran la situación de hospitalizaciones de Bolivia y Haití. En el caso de Bolivia el porcentaje de

personas sin previsión es 18%, mientras que para Haití es de 12%. Haití, además, presenta un 83% de su población concentrada en el tramo A.

Es importante analizar el diferencial respecto a no poseer seguro de salud en relación a los otros países, porque podría deberse a las barreras que le impone el sistema de salud, de carácter administrativo, barreras culturales, idiomáticas, discriminación y racismo como reportan varios estudios nacionales (14)(15)(16).

Hay dos datos que destacan respecto a los egresos hospitalarios sin previsión de salud. Por un lado, un aspecto territorial; al relacionar la distribución de egresos hospitalarios de migrantes por servicio de salud por previsión de salud encontramos indicadores de vulnerabilidad concentrada principalmente en el norte del país, donde las hospitalizaciones sin previsión de salud llegan 26% en Arica y 23% Iquique, comparado con el 13% del país. Sería importante profundizar en estas diferencias, dado que en todo el país existen los mismo derechos en salud y programas de difusión, lo que podría explicarse por barreras adicionales relacionados con la importante presencia de población migrante indígenas en esta zona del país, donde se presenta una suma de determinantes sociales de la salud(47)(12)(48).

El segundo resultado que llama la atención es que el 10,8% de los egresos hospitalarios por causas de embarazo parto y puerperio de nacionalidad haitiana no tienen protección financiera, es decir corresponden a personas sin previsión de seguido por Bolivia con un 9,6%. Esto llama la atención, porque Chile protege los cuidados perinatales, considerando a las mujeres embarazadas como beneficiarias del Régimen de Prestaciones de Salud(50) por el sólo hecho de estar embarazadas. De acuerdo a lo que señala la evidencia reportada por la literatura,

este grupo en particular presentaría barreras adicionales como culturales, idiomáticas y probablemente también podría relacionarse con la falta de cuidados durante el embarazo o control tardío (12)(13)(26).

Los resultados también muestran diferencias entre países en su distribución de causas de hospitalización, sin considerar el grupo embarazo parto puerperio.

De acuerdo a lo reportado por la literatura respecto a los principales problemas de salud en los migrantes en general, las tres primeras causas corresponden a traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, Enfermedades del sistema digestivo y Enfermedades del sistema genitourinario. En cambio, en Chile son Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema respiratorio y Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Esto se podría explicar en el caso de los migrantes por una mayor exposición a riesgos laborales y accidentes, además de las condiciones de hacinamiento que aquejan a esta población (12)(10)(19).

Al analizar por países, nuevamente se constatan diferencias en las que destaca Perú, en el que la primera causa en los egresos del país de origen corresponde a Enfermedades del sistema digestivo, al igual que los egresos hospitalarios nacionales. Siendo Perú, dentro de los países de origen con mayor presencia en Chile, el que presenta el mayor tiempo de residencia, es un colectivo que inicia en la década de los 90 una importante migración a nuestro país, la que se consolida hasta en la primera década del presente siglo(48), este hallazgo podría estar corroborando la paradoja del que los migrantes llegan a los países de destino en buenas condiciones de salud, pero al paso del tiempo van adquiriendo los patrones de los países de destino (9).

Luego del análisis general de los Egresos Hospitalarios, centraremos la atención en los resultados de un subgrupo de egresos, los que corresponden a causas de enfermedades controlables a través de la atención primaria de salud (CECAPS), es decir, aquellos que nunca debieron haber llegado a una hospitalización. De acuerdo con los resultados, los migrantes presentan menor proporción de CECAPS que los nacionales, los primeros con una proporción de 19% en comparación con los nacionales que tienen una proporción de 25%, no existen estudios nacionales publicados para comparar estos resultados, por otro lado el análisis se hizo con una lista nacional de diagnósticos adecuada al sistema de salud chileno, por lo cual es difícil comparar con estudios internacionales. Más allá de lo planteado, y tal como se señala en el marco teórico la evidencia internacional es escasa, y no se encontró evidencia referida a la comparación de proporción de CECAPS entre migrantes y nacionales.

Respecto a los grupos etarios, en general son menores o similares a las proporciones de CECAPS por grupo etarios de los nacionales, excepto el tramo de 0-4 años, donde los CECAPS de migrantes representan un 49%, en comparación a los nacionales que representan un 37%, esto podría estar relacionado con los grupos que de acuerdo a la evidencia nacional se ven más afectados por las barreras de acceso al sistema de salud, donde se encuentran niños y niñas que además de acuerdo a la información de CASEN corresponde al grupo de menor cobertura de salud, pese a que en Chile se garantiza hasta los seis años el derecho a la protección de Salud por el Estado, y se los considera beneficiarios del Régimen de Prestaciones(10)(13)(46)(17)(50).

Al analizar los CECAPS por Previsión de Salud, la proporción de CECAPS de migrantes en FONASA e ISAPRE es inferior a la nacional, si bien la distribución de estos dos tipos de aseguramiento difieren entre nacionales y migrantes, siendo la brecha de hospitalizaciones evitables entre ambos, sólo de 2 puntos porcentuales en el caso de los migrantes (19% FONASA) y de 10 puntos porcentuales en el caso de los nacionales (27% FONASA), siendo incluso menor la proporción de CECAPS en afiliados de ISAPRE migrantes, que en afiliados de ISAPRE nacionales.

El aseguramiento del sistema de salud chileno es altamente segmentado, donde las ISAPRES, seguros privados, cubren al 18,5% de la población, principalmente jóvenes, sanos, con mayores ingresos y el seguro público cubre solidariamente a más del 75% de la población, incluyendo a niños, adultos mayores y carentes de recursos, con mayor carga de enfermedad y con mayores riesgos acumulados, es un sistema de salud altamente inequitativo(51), estos resultados, si bien no son resultados de salud, vislumbran la posibilidad de observar el funcionamiento del sistema público en una población joven y con bajo riesgo acumulado, que se comporta de manera similar en ambos sistema de aseguramiento.

Otro hallazgo, respecto al aseguramiento es la mayor proporción de CECAPS en egresos hospitalarios de migrantes sin previsión respecto a la población nacional, representando un 26% del total de Egresos Hospitalarios en esta categoría, mientras los nacionales tienen una proporción de 15%, casi el doble. Tal como señala la literatura la ausencia de seguro de salud es un factor relevante al analizar las proporciones de CECAPS en grupos como los migrantes(1).

Por otra parte, este 26% podría contener un importante componente de población migrante en situación irregular que no se inscribe en FONASA, pese a tener derecho(52), por temor a ser deportado, tal como se evidencia en estudios nacionales, los que además señalan a este grupo como uno de los que se ve afectado por mayores barreras de acceso a la atención de salud (15)(17).

En la misma línea, de acuerdo a un estudio de egresos evitables realizado en Italia donde se comparan egresos hospitalarios de migrantes en situación migratoria irregular (sin documentos) y migratoria regular, los inmigrantes indocumentados tienen un mayor riesgo de ser hospitalizado por enfermedades prevenibles que lo migrantes regulares, independientemente del género, grupo de edad u origen geográfico(41), por lo cual parece interesante profundizar en estos resultados y generar evidencia a nivel nacional respecto al grupo de migrantes sin previsión de salud.

Los resultados muestran mayor variabilidad en la proporción de CECAPS a nivel territorial entre nacionales y migrantes y entre estos últimos, un hallazgo interesante es la diferencia porcentual entre la proporción nacional general de CECAPS y el servicio de salud que posee la proporción mayor en ambos grupos, para el caso de los nacionales es de 12 puntos porcentuales y en el caso de migrantes es de 36 puntos porcentuales, lo que parece indicar que el contexto afecta más a algunos grupos.

Desde la mirada territorial, los servicios de salud que presentan los porcentajes más altos de CECAPS en migrantes son Osorno con 55%, Valdivia con 54%, y Ñuble con 50%, los dos primeros servicios con 22 puntos porcentuales de diferencia respecto a la población nacional.

De acuerdo al marco teórico el indicador de CECAPS permite comparar grupos y contextos, en este sentido las importantes diferencias en la proporción de CECAPS, tanto positivas, como negativas podrían explicarse por varios factores. Partiendo por aquellos servicios donde los CECAPS son más altos y las diferencias respecto a la población nacional también, los servicios de salud de Osorno, Valdivia, y Ñuble, corresponden a regiones que durante los últimos años han recibido población migrante, principalmente población haitiana(48)(7), es decir es una migración reciente.

Si estos resultados los contrastamos con el marco teórico, que señala que los CECAPS son una medida de resultado de las barreras de acceso y de la calidad del servicio de la atención primaria de salud, pero también que depende del sistema de salud de cada país, de la utilización de otras prácticas médicas, de la diversidad presente al interior de los grupos, estas mayores proporciones CECAPS podrían explicarse por la respuesta que están entregando estos servicios de salud particularmente a una población que presenta barreras lingüísticas y culturales y a sus propias características(35)(12).

Por otro lado, en esta misma línea de razonamiento, es importante revisar aquellos servicios que presentan diferencias positivas, la mayoría de los servicios de salud que presentan menores proporciones de CECAPS, coincidentemente son servicios de salud donde se inició la línea de trabajo de migración y salud del MINSAL el 2015, como Arica, Iquique, Antofagasta y Metropolitano Central y Metropolitano Norte., donde se desarrollaron estrategias para reducir barreras de acceso a la atención de salud a esta población, a través de una intervención intersectorial y de coordinación de la red de salud local, que incluía difusión de

derechos en salud, capacitación del personal y estrategias interculturales y lingüísticas(17)(12), lo que además corroboraría los hallazgos de la Sistematización del Piloto de Salud de Migrante, intervención descrita anteriormente, que indica que se disminuyeron las barreras de acceso a esta población(17), sería interesante ver en detalle, como se comportan los mismos colectivos de migrantes en distintos servicios de salud.

Por otro lado, si bien no existen estudios de comparación territorial dentro de los países, que analicen proporciones de CECAPS, si es interesante rescatar que el único estudio territorial encontrado, que analiza 15 estados en Estados Unidos de Norteamérica y concluye que las tasas de hospitalizaciones evitables más altas, están mediadas por entre otros aspectos, el bajo acceso al seguro de salud, la disponibilidad limitada de proveedores y la falta de dinero para poder acceder a la atención de salud(40),esto en un país que no garantiza el derecho a la salud de migrantes(53), muy diferente a la situación de Chile, en ese sentido es un tema a profundizar.

Respondiendo al objetivo de este estudio, las tasas CECAPS muestra una menor tasa general por 100.000 habitantes en migrantes internacionales (737), respecto a la población nacional (2.411), esto se repite para cada uno de los países analizados, si bien al comparar las tasas generales entre países se encuentran diferencias nuevamente, que van desde la más alta de 1.795 por 100.000 habitantes en el caso de Haití, a 470 por 100.000 habitantes en el caso de Argentina, todas son menores que la tasa general nacional.

Este resultado difiere con el único estudio de los incluidos en el marco teórico que analiza tasas, corresponde al estudio ya antes citado que se realizó en Estados

Unidas de Norteamérica, que da cuenta que la tasa ajustada por edad y sexo de hispanos, es 13% mayor a la tasa general de egresos evitable de la población blanca(40), en este caso nuevamente se plantea la necesidad de profundizar en el análisis del sistema de salud nacional y respecto específicamente a los derechos de salud que tienen los migrantes, que a diferencia del estudio citado(40), poseen en Chile iguales derechos que los nacionales, no importando su situación migratoria, esto esta normado a nivel reglamentario y establecido en la Política de Salud de Migrante Internacionales del 2017(54), por lo cual parece interesante evaluar su implementación.

Al respecto, un estudio de metaanálisis publicado en la revista científica Lancet Global Health el año 2019, que analizó el efecto de las políticas no orientadas a la salud en la salud de los migrantes, estableció que las políticas que establecían barreras de acceso en general, y específicamente con respecto a la elegibilidad de asistencia social y requisitos de documentación, aumentan las probabilidades de una mala salud de las personas, impactando finalmente en los resultados de salud de la población general de cada país, al disminuir las probabilidades de uso general de los servicio de atención médica(55).

Por otra parte, de acuerdo a una revisión sistemática de 35 estudios de egresos evitables, y en la misma línea de la evidencia citada anteriormente, se encontró que la mayoría presentaba diferencias significativamente más altas en las tasas generales, si bien en general no comparaban población migrantes, sino diferencias étnicas y raciales. Es importante señalar que de los estudios incluidos, sólo algunos hacen ajustes por edad(41).

El comportamiento es similar al analizar la tasa por grupos de causas de egresos CECAPS, siendo las tasas de migrantes menores a las nacionales en todos los grupos, excepto trastornos gineco obstétricos, donde la tasa de migrantes es de 761 por 100.000 habitantes, similar a la nacional de 619, si bien no existen estudios comparables que analicen tasas de CECAPS por grupos de causas, es interesante contrastar este resultado con un estudio reciente en Chile, sobre resultados obstétricos y perinatales en Chile sobre mujeres nativas y migrantes, que concluye que en general los migrantes presentan mejores indicadores maternos y neonatales que las mujeres nativas, si bien es un estudio en un hospital público que analiza 2.598 casos (56) abre la pregunta respecto a estos resultado en una escala mayor, y abordando estos resultados desde otros enfoques, existen estudios en Chile que dan cuenta de discriminación y barreras de acceso a la atención de salud que enfrentan las mujeres embarazadas migrantes (13)(14).

En la tasa de CECAPS por grupo de causas por nacionalidad, destaca las causas de trastornos gineco obstétricos en todos los países como la más importantes, si bien Haití presenta la mayor tasa con 3.874, seguido por Bolivia con 1.193, muy superior a la tasa de 619 por 100.000 habitantes de Chile.

Como se señaló anteriormente, no se encontró evidencia de egresos evitables de migrantes respecto a esta causa que permita comparar, pero agregando antecedente para interpretar estos resultados, existe evidencia nacional respecto tanto a acceso a la atención de salud, como ejercicio al derecho a la salud y en análisis de políticas públicas inclusivas, donde se destaca a la población haitiana y particularmente las mujeres como uno de los grupos más vulnerables, se

constatan aspecto como racismo y las limitaciones por parte de los funcionarios de salud para entender y poder responder de manera adecuada a una población culturalmente diferente, y con barreras lingüísticas, pese a los esfuerzos que el MINSAL han destinado para contar con mediadores culturales y facilitadores lingüísticos en los establecimientos de salud(57)(49)(17).

Otros artículos plantean algunas reflexiones sobre como perciben los funcionarios de salud a las mujeres haitianas, sobre las que señalan que no cumplen con los controles de embarazo, ni las indicaciones médicas, incluso se las considera como negligentes y desadaptadas, por el contrario se valora “la chilenización” de otras migrantes en su relación con el sistema de salud, claramente esto son desafíos para el sistema de salud(57)(12), finalmente cabe preguntarse cuales son los diagnósticos específicos de estos egresos y cuáles son las dificultades de pesquisarlos a tiempo.

Respecto a las mujeres Bolivianas, se encontró escasas referencias, se destaca de manera general sobre la población boliviana su composición étnica y la necesidad de desarrollar un sistema de salud incluso que considere diversos patrones culturales, étnicos y lingüísticos que los grupos migrantes presentan, se destacándose en el norte del país el carácter circular de esta migración (12), llama la atención la invisibilización de esta problemáticas.

Al analizar el resto de los grupos de causas con mayores tasas y haciendo un ranking por país de la segunda, tercera y cuarta causa, podríamos agrupar ciertos países, Perú y Venezuela tienen el mismo orden en cuanto a tasas por grupos de causas, sin considerar trastornos gineco obstétricos (Infecciones respiratorias agudas, vigiladas por el programa de salud cardiovascular y algunas

enfermedades del sistema urinario), si bien Perú presenta tasas superiores, similar a las tasas nacionales, con el mismo orden, aquí podemos destacar que es un colectivo migrantes con más años de residencia en el país, y bajo la paradoja del migrante sano, se podría explicar que colectivos con más años de residencia, van adquiriendo el perfil de epidemiológico del país de destino, y con el paso de los años incluso se van deteriorando sus resultados de salud(9).

Otro grupo que se identifica es Bolivia y Haití, que presentan el mismo orden en los grupos de causas de las tasa de CECAPS (vigiladas por el programa de salud cardiovascular, Infecciones respiratorias agudas y Prevenibles por vacunación), en el primer grupo de cardiovasculares la tasa de Haití es más alta, y en Prevenibles por vacunación ambos países superan levemente a Chile, estos países son los que presentan los indicadores más desfavorables de pobreza según la encuesta CASEN 2017(10).

Si bien los CECAPS son un indicador de calidad del sistema de salud, que refleja el déficit del sistema sanitario para acceder a una atención primaria oportuna y de buena calidad, y por ello estaría determinando por la organización, la calidad de la prestación y otros aspectos del sistema de salud, también incluye aspectos de accesibilidad, por ejemplo disponibilidad de información sobre derechos en salud, desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud del país de destino o discriminación (32), y otros factores como utilización de otras prácticas médicas, experiencias culturales, la diversidad presente al interior de los colectivos de migrantes en cuanto a nivel educacional, composición étnica, raciales, nivel socioeconómico y la acumulación diferenciada de factores de riesgos por parte de esta población(37)(40)(35)(10), esto podría explicar las importantes diferencia de

tasas entre los colectivos migrantes, donde existen grupo como Bolivia y Haití donde se suman vulnerabilidades como la pertenencia a pueblos indígenas y la condición racial, la pobreza, además de barreras lingüística y culturales en ambos grupos, a su condición de migrante, observándose en los egresos hospitalarios y en los CECAPS un perfil de morbilidad y de hospitalizaciones evitables diferente, aun cuando en general los resultado del estudio dan cuenta de que los migrantes, incluso analizado por nacionalidad, tiene en general menores tasas que los nacionales.

## VIII. CONCLUSIONES

Este es el primer estudio sobre el comportamiento de las hospitalizaciones por causas de enfermedad controlable a través de la Atención Primaria de Salud (CECAPS), de población de migrantes internacionales y población nacional.

Los principales hallazgos están vinculados a los objetivos específicos del estudio:

De acuerdo al objetivo de caracterizar los egresos hospitalarios del 2017 para migrantes y nacionales, y entre migrantes, los datos de egresos hospitalarios observados sugieren un bajo uso del sistema de salud de la población migrante, con un predominio de población joven, pertenecientes al grupo etario de 20 a 44 años principalmente, a diferencia de la población nacional, siendo Perú el país que concentra el primer lugar de egresos, seguido por Haití y Bolivia.

Otro hallazgo interesante, es que el uso del sistema de salud para las hospitalizaciones se comporta de forma distinta de acuerdo con los países de origen.

Al comparar entre los países de origen, se observa que los migrantes de Perú presentan el mayor número de años de residencia en Chile, y así mismo también presentan el perfil de egresos hospitalarios con mayor semejanza al comportamiento nacional.

Respondiendo al segundo objetivo de este estudio, el de caracterizar los CECAPS, los resultados muestran que la población migrante presenta menor proporción de CECAPS que la población nacional en todos los grupos etarios,

excepto en el tramo de 0-4 años, donde se observa un mayor porcentaje de CECAPS para el grupo de migrantes, respecto de la población nacional.

La proporción de CECAPS de acuerdo con la previsión de salud también es menor para la población nacional respecto de la población migrante en las categorías de FONASA e ISAPRE, presentando una brecha entre ambos seguros, inferior a la nacional, sin embargo, para el subgrupo de CECAPS sin previsión de salud, esto cambia, observándose que en el grupo de migrantes esta proporción de CECAPS es mayor, llegando casi al doble en relación con la población nacional.

El análisis territorial aporta información interesante de profundizar, al indicar que los servicios de salud tienen comportamientos diferenciales, y algunos muestran un mejor desempeño en proporción de CECAPS de Migrantes, por el contrario otros servicios de salud presentan brechas significativas entre nacionales y migrantes, y altas proporciones de CECAPS en este grupo.

Finalmente, respondiendo al tercer objetivo del presente estudio, de estimar las tasas de CECAPS y analizar las diferencias entre nacionales y migrantes, y entre estos últimos, las tasas generales de CECAPS en migrantes son menores que las de los nacionales, considerando a todos los migrantes y por los principales países analizados. Este resultado también se observa respecto a los grupos de causas CECAPS, en migrantes comparados con nacionales, exceptuando causas gineco obstétricas, si bien la diferencia es menor.

Al observar los grupo de causas entre los países con mayor presencia en Chile, se evidencian diferencias de comportamiento, y algunos patrones similares entre países. Aquí destacan la semejanza del perfil de CECAPS de

Perú respecto a Chile, en distribución de las tasas y valor de las tasas, y la distribución de tasas de Haití y Perú, como la presencia de tasas más altas a los otros países, presentando además grupos de causas CECAPS como prevenibles por vacunación, que no se encuentra en el ranking de los otros países, no considerando las causas gineco obstétricas.

Mención especial son las altas tasas de CECAPS en grupo gineco obstétrico en la población Haitiana y Boliviana que amerita un estudio de los diagnósticos evitables específicos, con miras a desarrollar estrategias efectivas para una área de salud chilena reconocida internacionalmente que respondan a los desafíos de una población diversa culturalmente.

Así mismo se propone que otros estudios profundicen en las causas de las diferencias, tanto en proporciones, como tasas, respecto a los servicios de salud más enfocados en el desempeño del sistema de salud y su relación con las personas migrantes, y en las diferencias entre países de origen, profundizando en las características particulares de cada colectivo.

Por último, se considera un aporte de este estudio esta primera propuesta de listado códigos de diagnóstico para una lista nacional de CECAPS, que permita generar estudio comparados, para ello parece pertinente mejorar y desarrollar un proceso de validación de esta con expertos.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Loenen T Van, Berg MJ Van Den, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization : a systematic review. 2014;31(5):502–16.
2. OIM. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013. Available from: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf)
3. OIM. Informe sobre las migraciones en el mundo - 2018. 2018. 404 p.
4. OIM. Glosario sobre Migración. Derecho Int sobre Migr [Internet]. 2006;Nº7(ISSN 1816-1014):38. Available from: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf)
5. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Economicos y Sociales D de P. Informe Internacional sobre Migración. 2017.
6. Martínez Pizarro, Jorge - Orrego Rivera C. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. Ser Población y Desarro [Internet]. 2016;(114):107. Available from: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/39994-nuevas-tendencias-dinamicas-migratorias-america-latina-caribe>
7. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Síntesis de resultados Censo 2017. 2018; Available from: <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos, 2014 [Internet]. Vol. 2013. 2014. p. 2012–3. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27300&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27300&Itemid=270&lang=es)
9. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2013;141:1255–65. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n10/art04.pdf>
10. Mionisterio de Desarrollo Social. Inmigrantes: Síntesis de Resultados, CASEN 2017. 2017; Available from: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Inmigrantes\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf)
11. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, 2013. Inmigrantes. Síntesis de resultados. 2015; Available from: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN\\_2013\\_Inmigrantes\\_01\\_marzo.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_01_marzo.pdf)
12. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. In 2017. p. 520. Available from: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

13. Scozia Leighton C, Leiva Báez C, Garrido Maldonado N, Álvarez A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Soc y Equidad* [Internet]. 2014;(6):6–33. Available from: <http://www.sye.uchile.cl/index.php/RSE/article/viewPDFInterstitial/27213/32064>
14. Liberona Concha NP, Mansilla MA. Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colect.* 2017;13(3):507.
15. UDP Centro de Derechos Humanos. El acceso a la salud de las personas migrantes en Chile. Avances y desafíos. In: Solar TV, editor. Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2015 [Internet]. 2015. p. 279–305. Available from: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2015/INFORME COMPLETO 2015.pdf>
16. Margarita Bernales, Báltica Cabieses, Ana María McIntyre MC. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. 2017;34(2):167–75.
17. MINSAL, Dpto. de salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad O y P de ES en, UDD. Sistematización y Evaluación Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales. 2018;
18. OMS Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Subsanan las Desigual en una generación [Internet]. 2009;31. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
19. OMS OR de E. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. OMS, Oficina Regional de Europa. 2010.
20. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the “Social Determinants of Health.” *Psychosoc Interv* [Internet]. 2012;21(3):331–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>
21. Salud en las Américas. Informe de Salud de las Américas, capituloregional n° 2 , Determinantes e Inequidades en Salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2012;15. Available from: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content)
22. Rosano A. Health Services and Preventative Primary Care of Migrants. Springer Briefs Public Heal. 2018;
23. OMS. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes, Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, Informe de la Secretaría. 2017 p. 1–18.
24. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* [Internet]. 2013;381(9873):1235–45. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
25. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88(6):715–34. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-)

57272014000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

26. Winters M, Rechel B, De Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–10.
27. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev [Internet]*. 2016;37(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>
28. Chi JT, Handcock MS. Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California’s Immigrants. *J Racial Ethn Heal Disparities [Internet]*. 2014;1(3):207–18. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40615-014-0028-0>
29. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health [Internet]*. 2018;14(1):1–10. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85047098320&doi=10.1186%2Fs12992-018-0370-9&partnerID=40&md5=712b732331470328af2eb68d5c1d9ae9>
30. Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services’ accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2012;12(1):461. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-461>
31. Elstad JI. Register study of migrants’ hospitalization in Norway: World region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2016;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1561-9>
32. Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: Health outcome disparities associated with race and ethnicity. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1429–41.
33. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V, Rubinstein F. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Argentina. 2012; Available from: <http://www.iadb.org/en/publications/publication-detail,7101.html?searchlang=&doctype=&keyword=Rubinstein%2C+Fernando&dclanguage=es&id=69416&dctype=Discussion+Papers+&presentations=&topicdetail=0&tagdetail=0&doctypeid=AllPublic&author=Rubinstein%2C+Fernan>
34. OMS ORE. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. 2016.
35. Dalla Zuanna T, Spadea T, Milana M, Petrelli A, Cacciani L, Simonato L, et al. Avoidable hospitalization among migrants and ethnic minority groups: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2017;27(5):861–8.
36. Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. *Am J Manag Care*. 2001;7(5):473–81.
37. Biello KB, Rawlings J, Carroll-Scott A, Ickovics JR. Racial Disparities in Age at Preventable Hospitalization Among U.S. Adults. *Am J Prev Med*. 2011;38(1):54–60.

38. Chang CF, Pope RA. Potentially avoidable hospitalizations in Tennessee: Analysis of prevalence disparities associated with gender, race, and insurance. *Public Health Rep.* 2009;124(1):127–37.
39. Lichtl C, Gewalt SC, Noest S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Potentially avoidable and ambulatory care sensitive hospitalisations among forced migrants: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6(9):1–6.
40. Feng C, Paasche-Orlow MK, Kressin NR, Rosen JE, López L, Kim EJ, et al. Disparities in Potentially Preventable Hospitalizations: Near-National Estimates for Hispanics. *Health Serv Res.* 2018;53(3):1349–72.
41. Mipatrini D, Addario SP, Bertollini R, Palermo M, Mannocci A, La Torre G, et al. Access to healthcare for undocumented migrants: Analysis of avoidable hospital admissions in Sicily from 2003 to 2013. *Eur J Public Health.* 2017;27(3):459–64.
42. Rechel, B; Mladovsky, P; Devill, W; Rijks, B; Petrova-Benedict, R; McKee M. Migration and health in the European Union: an introduction. 2011;3–13.
43. Millman M. *Access to Health Care in America.* 2009.
44. Lima-costa MF, Macinko J. Internações por condições sensíveis à atenção primária : a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde ( Projeto ICSAP – Brasil ) Ambulatory care sensitive hospitalizations : elaboration of Brazilian list as . 2009;25(6):1337–49.
45. Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit [Internet].* 2001;15(2):128–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71532-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71532-4)
46. Agar Corbinos L, Delgado I, Oyarte M, Cabieses B. Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis [Internet].* 2017;(25):95. Available from: <http://revistas.ueexternado.edu.co/index.php/oasis/article/view/4919>
47. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the “Social Determinants of Health” Agenda \* Etnicidad, Migración y la Agenda de los “Determinantes Sociales de la Salud”; *Psychosoc Interv [Internet].* 2012 [cited 2018 Aug 23];21(3):331–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>
48. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Características de la Inmigración Internacional en Chile ,. 2018; Available from: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
49. Nicolás Rojas Pedemonte NA y JVR. Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis.* 2015;
50. Ministerio de Salud de Chile. Aprueba Reglamento del Regimen de Prestaciones de Salud. *Bibl del Congr Nac Chile - www.leychile.cl - [Internet].* 2009; Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12774>
51. Cid C. La reforma a la salud pendiente en Chile : reflexiones en torno a una propuesta de

transformación del sistema. 2017;1–9.

52. MINSAL. Modifica Decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. *Bibl del Congr Nac Chile* [Internet]. 2016; Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Documents/Downloads/DTO-67\\_10-MAR-2016.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Documents/Downloads/DTO-67_10-MAR-2016.pdf)
53. Guzmán EF. La Migración Internacional México-Estados Unidos ante el Debate Contemporáneo entre el Iusnaturalismo y Positivismo Jurídico. *CIMEXUS*. 2010;Vol. 5, Nú:123–45.
54. MINSAL. Política de salud de migrantes internacionales. 2017;45. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
55. Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(4):e420–35.
56. Ortiz J, Diaz M, B MA, Quiroz J, Carroza B, Pavez J, et al. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Santiago de Chile: Midwifery, Volume 75, 72 - 79*; 2019.
57. Avaria A. “El parto (no) es cuestión de mujeres”. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Acad Y Crítica* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.25074/07199147.2.997>

## ANEXOS

## Anexo N° 1

Selección de códigos de causas de egreso hospitalario para valorar impacto de programas preventivos y de otras intervenciones de la APS	
PROGRAMA	CÓDIGOS
Nombre del grupo de causas	GRUPO CÓDIGOS
<b>GRUPO 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	
<b><i>SUBGRUPO 1.1 PREVENIBLES POR VACUNACIÓN</i></b>	
TUBERCULOSIS	A150-A199
HEPATITIS B Y C	B162-B171; B178-B182
HEPATITIS A	B150-B159
DIFTERIA	A360-A369
TÉTANOS	A33X-A35X
TOS FERINA	A370-A379
ENFERMEDADES INVASORAS por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	A413, G000, J14X
POLIOMIELITIS	A800-A809
ENFERMEDADES INVASORAS por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	A403, G001, J13X
SARAMPIÓN	B050-B059
RUBÉOLA	B060-B069, P350
PAPERAS	B260-B269
ENFERMEDADES INVASORAS por <i>Neisseria meningitidis</i>	A390-A399
INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	D260, D141, (A630)
CÁNCER CUELLO UTERINO	C530-C539
OTROS CÁNCERES RELACIONADOS CON EL VPH	C510-C52X; C100-C109; C210-C218; C600-C609
VARICELA*	B010-B019
RABIA	A820-A829
<b><i>SUBGRUPO 1.2: VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTEMENTE SEXUAL</i></b>	A50-A64; B20-B24
VIH/SIDA	B200-B24, Z21X
SÍFILIS, INCLUSO CONGÉNITA	A500-A509, A510-A539
INFECCIÓN GONOCÓCICA	A540-A549
LINFOGRANULOMA (VENÉREO) POR CLAMIDIAS Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEBIDAS A CLAMIDIAS	A55X-A569
CHANCRO BLANDO	A57X
GRANULOMA INGUINAL	A58X
LAS DEMÁS INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	A590-A64X
<b><i>SUBGRUPO 1.3 : OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</i></b>	
ENFERMEDAD DE CHAGAS	B572-B575
ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS	B334
INFECCIÓN POR HTLV-1	B333

DENGUE	A90-A91
GASTROENTERITIS INFECCIOSAS	A00-A09
<b>SUBGRUPO 1.4 : INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</b>	J00-J181: J188-J22; J340, J36, J390-J391, J40, J85-J86, H660, H664, H669, H680, H700-H709, H730
<b>Grupo 2: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>	
<b>SUBGRUPO 2.1 : VIGILADAS POR EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR</b>	
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOSCLERÓTICA	I129, I139, I250-I251, I252, I253- I259, I652, I672, I270, I700-I709, I710-I729, K551, G951
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X, I110-I139
DISLIPIDEMIA	E781, E786
TABAQUISMO	F170-F179
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	I210-I249; I253
FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR	I47.1, I47.9, I49.5, I49.8, I49.9, R00.0, R002, R00.8
INSUFICIENCIA CARDÍACA	I500-I519
ATAQUE CEREBROVASCULAR	I600-I679; I690-I699
FIEBRE REUMÁTICA AGUDA	I00X-I029
DIABETES MELLITUS	E100-E149
<b>SUBGRUPO 2.2 : ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR (PROGRAMA ERA)</b>	
ASMA	J450-J46X
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	J440-J449
INFLUENZA ADULTO MAYOR	J09X-J118
NEUMONÍA ADULTO MAYOR	J120-J189
BRONQUIECTASIA	J47
ENFISEMA	J43
<b>SUBGRUPO 2.3: ALGUNAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO</b>	
INFECCIONES DEL RIÑÓN Y DEL TRACTO URINARIO	N10-N12, N300-N309; N340-N343; N390
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	N030-N039; N110-N119; N12X; N170-N179; N181-N19X
<b>SUBGRUPO 2.4: EPILEPSIA, MIGRAÑA Y TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (PROGRAMA SALUD MENTAL)</b>	
EPILEPSIA	G400-G419
MIGRAÑA Y CEFALEA AGUDA	G43, G440, G441, G443, G444, G448, R51
TRASTORNOS DEPRESIVOS	F320-F329
DEMENCIAS, SENILIDAD	G300-G309, F010-F019, F03, R54
ESQUIZOFRENIA	F20, F21, F23.2, F25
TRASTORNOS PRODUCIDOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL	F100-F109

<b><i>SUBGRUPO 2.5: TRASTORNOS NUTRICIONALES Y ENDOCRINOS</i></b>	
HIPOTIROIDISMO	E01-E02
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE FIERRO	D501-D509
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES CALÓRICO PROTEICAS	E40-E46
OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	E50-E64
HIPOKALEMIA	E876
DESHIDRATACIÓN	E86
<b><i>SUBGRUPO 2.6: TRASTORNOS DEL SUEÑO</i></b>	
	G47
<b><i>SUBGRUPO 2.7: ALGUNOS TRASTORNOS DEL SISTEMA DIGESTIVO</i></b>	
TRASTORNOS BUCODENTALES	A690, K020-K029, K030-K039, K040-K049, K050-K056, K060-K069, K080-K089, K098, K099, K12, K13
DISPEPSIA Y OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL ESTÓMAGO	K210-K219, K30X
CONSTIPACIÓN Y COLITIS NO INFECCIOSAS	K590, K528-K529
APENDICITIS AGUDA	K352-K353
ÚLCERA DIGESTIVA PERFORADA O CON HEMORRAGIA	K250-K252, K254-K256, K260-K262, K264-K266, K270-K272, K274-K276, K280-K282, K284, K286
<b><i>SUBGRUPO 2.8: TRASTORNOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS</i></b>	
ALGUNOS TRASTORNOS DEL EMBARAZO Y DEL PUERPERIO	O030-O089; O100-O16X; O200-O289; O980-O998
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS FEMENINOS	N70-N739; N750-N769
<b><i>SUBGRUPO 2.9: INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</i></b>	
	L01-L04, L080, L088-L089, L88, L980
<b><i>SUBGRUPO 2.10: ALGUNOS TRASTORNOS OSTEOARTICULARES</i></b>	
DORSOPATÍAS	M42, M47, M53, M54
GONARTROSIS	M170, M171, M174, M175, M179
<b><i>SUBGRUPO 2.11: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE LAS CAUSAS EXTERNAS</i></b>	
FRACTURA PROXIMAL DE FÉMUR	S720-S722

## Anexo N° 2

### Tasa de Egresos hospitalarios por grupos de CECAPS por nacionalidad de los egresados. Chile, 2017

NACIONALIDAD														
GRUPO DE CAUSAS DE Denominación	Argentina		Bolivia		Chile		Colombia		Haití		Perú		Venezuela	
	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa
2.8 trastornos gineco obstétricos	66	196	497	1.193	51.916	619	380	671	832	3.874	633	634	166	411
2.1 vigiladas por el programa de salud cardiovascular	69	104	50	68	95.751	584	52	49	76	121	87	83	39	47
1.4 Infecciones respiratorias agudas	39	59	44	60	81.291	496	42	40	43	69	98	93	52	63
2.3 algunas enfermedades del sistema urinario	24	36	32	43	44.420	271	42	40	27	43	71	67	27	33
2.4 epilepsia migraña y trastornos mentales y del comportamiento	16	24	27	37	21.717	132	31	29	19	30	38	36	10	12
1.1 Prevenibles por vacunación	7	11	37	50	7.951	48	25	24	43	69	57	54	15	18
2.7 algunos trastornos del sistema digestivo	15	23	28	38	13.723	84	25	24	17	27	70	66	12	14

2.9 infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	16	24	35	47	13.337	81	20	19	17	27	26	25	18	22
2.10 algunos trastornos osteoarticulares	9	14	8	11	7.544	46	15	14	-	-	7	7	1	1
1.3 Otras enfermedades transmisibles	15	23	24	33	22.184	135	14	13	11	18	25	24	18	22
2.2 enfermedades respiratorias crónicas del adulto y del adulto mayor	9	14	6	8	19.578	119	13	12	6	10	6	6	13	16
1.2 VIH/SIDA y otras infecciones	3	5	6	8	2.331	14	13	12	23	37	14	13	11	13
2.11 traumatismos envenenamientos y otras de causas externas	4	6	3	4	8.384	51	10	9	7	11	12	11	6	7
2.5 trastornos nutricionales y endocrinos	1	2	2	3	2.719	17	3	3	4	6	5	5	1	1
2.6 trastornos del sueño	-	-	-	-	2.687	16	1	1	-	-	-	-	1	1
Total CECAPS	538		1.603		395.533		686		1.125		1.149		390	

## Anexo N° 3

Egresos hospitalarios por grupos de CECAPS por nacionalidad Frecuencia de los egresados. Chile, 2017

GRUPO DE CAUSAS DE	NACIONALIDAD												
	Argentina		Bolivia		Chile		Colombia		Haití		Perú		Venezuela
Denominación	Frecuencia CECAPS	Porcentaje de Egresos (%)	Frecuencia CECAPS										
Total CECAPS	293	21,5	799	18,0	395.533	24,6	686	19,2	1.125	22,8	1.149	16,9	390
1.1 Prevenibles por vacunación	7	0,5	37	0,8	7.951	0,5	25	0,7	43	0,9	57	0,8	15
1.2 VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	3	0,2	6	0,1	2.331	0,1	13	0,4	23	0,5	14	0,2	11
1.3 Otras enfermedades transmisibles	15	1,1	24	0,5	22.184	1,4	14	0,4	11	0,2	25	0,4	18
1.4 Infecciones respiratorias agudas	39	2,9	44	1,0	81.291	5,1	42	1,2	43	0,9	98	1,4	52
2.1 Enfermedades vigiladas por el programa de salud cardiovascular	69	5,1	50	1,1	95.751	6,0	52	1,5	76	1,5	87	1,3	39
2.10 Algunos trastornos osteoarticulares	9	0,7	8	0,2	7.544	0,5	15	0,4	0	0,0	7	0,1	1

2.11Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas	4	0,3	3	0,1	8.384	0,5	10	0,3	7	0,1	12	0,2	6
2.2Enfermedades respiratorias crónicas del adulto y del adulto mayor	9	0,7	6	0,1	19.578	1,2	13	0,4	6	0,1	6	0,1	13
2.3 Algunas enfermedades del sistema urinario	24	1,8	32	0,7	44.420	2,8	42	1,2	27	0,5	71	1,0	27
2.4 Epilepsia, migraña y trastornos mentales y del comportamiento	16	1,2	27	0,6	21.717	1,3	31	0,9	19	0,4	38	0,6	10
2.5 Trastornos nutricionales y endocrinos	1	0,1	2	0,0	2.719	0,2	3	0,1	4	0,1	5	0,1	1
2.6 Trastornos del sueño	0	0,0	0	0,0	2.687	0,2	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1
2.7 Algunos trastornos del sistema digestivo	15	1,1	28	0,6	13.723	0,9	25	0,7	17	0,3	70	1,0	12

2.8 Trastornos gineco obstétricos	66	4,8	497	11,2	51.916	3,2	380	10,6	832	16,9	633	9,3	166
2.9 Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	16	1,2	35	0,8	13.337	0,8	20	0,6	17	0,3	26	0,4	18
Total egresos de cada nacionalidad	1.364	100,0	4.450	100,0	1.608.799	100,0	3.577	100,0	4.925	100,0	6.785	100,0	2.079

---

## Anexo N° 4

Tasa de Egresos hospitalarios por 100 mil habitantes por grupos de CECAPS por principales países de origen. Chile, 2017

GRUPO DE CAUSAS DE EGRESO	NACIONALIDAD													
	Argentina		Bolivia		Chile		Colombia		Haití		Perú		Venezuela	
	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa	N° CECAPS	Tasa
Denominación														
Total CECAPS	293	440,7	799	1.082,7	395.533	2.411,2	686	650,6	1.125	1.794,7	1.149	612,0	390	469,6
1.1 Prevenibles por vacunación	7	10,5	37	50,1	7.951	48,5	25	23,7	43	68,6	57	30,4	15	18,1
1.2 VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	3	4,5	6	8,1	2.331	14,2	13	12,3	23	36,7	14	7,5	11	13,2
1.3 Otras enfermedades transmisibles	15	22,6	24	32,5	22.184	135,2	14	13,3	11	17,5	25	13,3	18	21,7
1.4 Infecciones respiratorias agudas**	39	58,7	44	59,6	81.291	495,6	42	39,8	43	68,6	98	52,2	52	62,6

2.1 Enfermedades vigiladas por el programa de salud cardiovascular	69	103,8	50	67,8	95.751	583,7	52	49,3	76	121,2	87	46,3	39	47,0
2.10 Algunos trastornos ostearticulares	9	13,5	8	10,8	7.544	46,0	15	14,2	0	0,0	7	3,7	1	1,2
2.11 Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas	4	6,0	3	4,1	8.384	51,1	10	9,5	7	11,2	12	6,4	6	7,2
2.2 Enfermedades respiratorias crónicas del adulto y del adulto mayor***	9	13,5	6	8,1	19.578	119,3	13	12,3	6	9,6	6	3,2	13	15,7
2.3 Algunas enfermedades del sistema urinario	24	36,1	32	43,4	44.420	270,8	42	39,8	27	43,1	71	37,8	27	32,5
2.4 Epilepsia, migraña y trastornos mentales y del comportamiento	16	24,1	27	36,6	21.717	132,4	31	29,4	19	30,3	38	20,2	10	12,0
2.5 Trastornos nutricionales y endocrinos	1	1,5	2	2,7	2.719	16,6	3	2,8	4	6,4	5	2,7	1	1,2

2.6 Trastornos del sueño	0	0,0	0	0,0	2.687	16,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	1,2
<b>2.7 Algunos trastornos del sistema digestivo</b>	15	22,6	28	37,9	13.723	83,7	25	23,7	17	27,1	70	37,3	12	14,4
<b>2.8 Trastornos gineco obstétricos</b>	66	196,5	497	1.193,3	51.916	618,9	380	671,0	832	3.874,3	633	1.519,8	166	410,9
<b>2.9 Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo</b>	16	24,1	35	47,4	13.337	81,3	20	19,0	17	27,1	26	13,8	18	21,7