

Índice

Presentación	7
Egresos hospitalarios de nacionales y migrantes internacionales asentados y emergentes en Chile antes de la pandemia (2015-2019)	11
<i>Báltica Cabieses, Florencia Darrigrandi, Marcela Oyarte, Manuel Espinoza, Manuel Ortiz, Edward Mezones-Holguin</i>	
Migración y género: factores de vulnerabilidad de las mujeres migrantes venezolanas en Colombia	43
<i>Karen Viviana Sánchez Hidalgo</i>	
Desagregación de la esperanza de vida en México desde el nivel estatal hasta el municipal y sus respectivas visualizaciones, 1990-2020	71
<i>Eliud Silva, Brulio Ortiz, Erika Carrasco</i>	
Medición del desempleo y su intersección con el trabajo y la inactividad en el Brasil	95
<i>Vitor Matheus Oliveira de Menezes</i>	
Viviendas repetidas en el censo de 2010 de la Argentina: una exploración empírica	119
<i>Pablo De Grande</i>	
La migración y sus efectos en la composición etaria y por sexo de la población de La Altagracia en la República Dominicana	145
<i>Nicole Estefany Aponte Cueto, José Irineu Rangel Rigotti</i>	
Dinámica demográfica y desigualdad étnica en la zona fronteriza entre Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile y el Perú	173
<i>José Edmundo Álvarez Maldonado</i>	

Egresos hospitalarios de nacionales y migrantes internacionales asentados y emergentes en Chile antes de la pandemia (2015-2019)

Báltica Cabieses¹
Florencia Darrigrandi²
Marcela Oyarte³
Manuel Espinoza⁴
Manuel Ortiz⁵
Edward Mezones-Holguín⁶

Recibido: 23/05/2023
Aceptado: 15/08/2023

Resumen

Se compararon los egresos hospitalarios en Chile de nacionales y migrantes internacionales (asentados, emergentes y otros) de 2015 a 2019. Para ello, se analizaron datos de egresos anuales, de nacidos en Chile y extranjeros, identificando el diagnóstico al momento del egreso, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) y describiendo características clínicas y sociodemográficas. Dicho análisis permitió observar un aumento progresivo de los egresos de migrantes internacionales, que presentaron una tasa de 31,97 por 1.000 habitantes en 2019, frente a 87,47 en el caso de los chilenos. El embarazo, parto y puerperio fue la principal condición asociada al egreso (entre el 52% y el 53% de los

- ¹ Profesora Titular en Epidemiología Social, Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Universidad del Desarrollo (Chile). Correo electrónico: bcabieses@udd.cl.
- ² Académica, Universidad Adolfo Ibáñez (Chile). Correo electrónico: darrigrandi@yahoo.es.
- ³ Estadístico, Subdepartamento de Innovación, Desarrollo, Transferencia Tecnológica y ETESA, Agencia Nacional de Dispositivos Médicos, Innovación y Desarrollo (ANDID), Instituto de Salud Pública de Chile. Correo electrónico: moyarte@ispch.cl.
- ⁴ Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: manuel.espinoza@uc.cl.
- ⁵ Profesor Asociado, Facultad de Psicología, Universidad de la Frontera (Chile). Correo electrónico: manuel.ortiz@ufrontera.cl.
- ⁶ Profesor Asociado, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica, Universidad San Ignacio de Loyola (Perú). Correo electrónico: emezones@usil.edu.pe.

egresos de migrantes y entre el 15% y el 19% de los egresos de chilenos). Fueron evidentes los patrones distintivos de causas de egreso entre migrantes y nacionales, destacándose la concentración de egresos por embarazo, parto y puerperio entre los migrantes emergentes y de edades más jóvenes. Estos hallazgos sirven como línea de base para futuros estudios y proporcionan información estructural sobre las causas de egresos hospitalarios en Chile, diferenciando entre nacionales y migrantes internacionales.

Palabras clave: migración internacional, migrantes, salud, hospitales, prestación de servicios de salud, estadísticas sanitarias, Chile, América Latina.

Abstract

This article compares hospital discharges in Chile of Chilean citizens and international migrants (settled, emerging and others) in the period from 2015 to 2019. Data on annual discharges of patients born in Chile and foreigners were analysed, identifying the diagnosis at the time of discharge, according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), and describing clinical and sociodemographic characteristics. The analysis showed a progressive increase in discharges of international migrants, who accounted for 31.97 of every 1,000 inhabitants in 2019, compared to 87.47 in the case of Chileans. Pregnancy, childbirth and being in the post-partum period were the main conditions relating to hospital discharges (52% to 53% of migrant discharges and 15% to 19% of Chilean discharges). The patterns in reasons for hospital discharges were found to be clearly different for migrants and nationals, with a high concentration of discharges relating to pregnancy, childbirth and the post-partum period among emerging migrants and younger age groups. These findings will serve as a baseline for future studies and they provide structural information on the causes of hospital admissions in Chile, differentiating between Chilean citizens and international migrants.

Keywords: international migration, migrants, health, hospitals, health care delivery, health statistics, Chile, Latin America.

Résumé

Nous avons comparé les sorties d'hôpital au Chili de ressortissants nationaux et de migrants internationaux (installés, émergents et autres) de 2015 à 2019. Pour ce faire, nous avons analysé les données relatives aux sorties annuelles d'hôpital des personnes nées au Chili et des étrangers, en précisant le diagnostic au moment de la sortie, conformément à la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10), et en décrivant les caractéristiques cliniques et sociodémographiques. Cette analyse a révélé une augmentation progressive des sorties de migrants internationaux, dont le taux était de 31,97 pour 1 000 habitants en 2019, contre 87,47 pour les Chiliens. Pour les migrants, les principales causes liées aux sorties sont la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (entre 52 pour cent et 53 pour cent), alors que ces mêmes facteurs sont à l'origine de 15 pour cent et 19 pour cent des sorties des chiliens. Des profils distincts entre les migrants et les ressortissants nationaux sont apparus quant aux causes de départ, avec une concentration notable de départs dus à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité parmi les migrants émergents et les groupes d'âge les plus jeunes. Ces résultats servent de point de départ à de futures études et apportent des données structurales sur les causes des sorties d'hôpital au Chili, faisant la distinction entre les ressortissants nationaux et les migrants internationaux.

Mots clés : migration internationale, migrants, santé, hôpitaux, prestation de services de santé, statistiques de santé, Chili, Amérique latine.

Introducción

La migración humana es una actividad milenaria que ha impactado, casi sin excepción, a todas las sociedades del mundo. En la actualidad, debido a los procesos de globalización y modernización, así como a los efectos del cambio climático, la violencia y la pobreza, la movilidad humana ha aumentado de manera notable en cuanto a flujo y dinamismo. Como señalan las Naciones Unidas, la magnitud, la dirección, los aspectos demográficos y la frecuencia de esos cambios pueden arrojar luz sobre la evolución de la migración, e indicar también las tendencias a largo plazo marcadas por los acontecimientos históricos y recientes (OIM, 2020). La migración internacional es parte de un marco conceptual más amplio desarrollado por las Naciones Unidas, referido a la movilidad humana (OIM, 2020). De acuerdo con las Naciones Unidas, se define como migrante internacional a toda persona que cambia de país de residencia habitual. Se hace distinción entre los migrantes internacionales por un plazo breve (personas que cambian de país de residencia habitual por períodos de al menos tres meses, pero inferiores a un año) y los migrantes internacionales por un plazo más largo (personas que se trasladan por períodos de al menos un año) (OIM, 2019 y 2020). Los migrantes internacionales son personas que se desplazan a otro país con intención de asentamiento temporal o permanente y pueden ser de diverso origen. Por ejemplo, pueden ser migrantes laborales y económicos, o solicitantes de refugio y de asilo, por mencionar algunos (OIM, 2019 y 2020).

A nivel mundial, en diciembre de 2021 los migrantes internacionales se estimaban en aproximadamente 281 millones de personas, quienes representan el 3,6% de la población mundial (OIM, 2020). El número de migrantes internacionales de América Latina y el Caribe se ha duplicado con creces en los últimos 15 años. Ha pasado de alrededor de 7 millones a 15 millones, cifra que representa el 5,3% de los migrantes internacionales del mundo (OIM, 2020). Existe una importante migración intrarregional en América Latina conocida como migración Sur-Sur. Esta se vio potenciada por el aumento de los obstáculos al ingreso a países del norte, así como por el interés que despertaron el creciente desarrollo económico y las condiciones sociopolíticas favorables de algunos países de la región (Bojorquez y otros, 2021; Stefoni, 2018). Según datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), el 73% de los migrantes internacionales de América Latina y el Caribe se concentran en esa misma región (Naciones Unidas, 2019).

El aumento del fenómeno migratorio en Chile se ha evidenciado en las estadísticas oficiales que se han publicado sobre el tema. Mediante el análisis de diversas fuentes de información, como el Censo de 2017 (INE, 2019), el registro de control fronterizo, la solicitud y otorgamiento de visas y el registro de defunciones, se estimó que en diciembre de 2019 residían en Chile 1.492.522 personas extranjeras, de las cuales el 48,8% eran mujeres y el 51,2%, hombres. La edad actual de esta población se encuentra principalmente en el rango de 20 a 39 años. Sin embargo, a partir de los 45 años se observa una feminización del grupo de migrantes internacionales. Estas cifras representan un aumento del 19,4% en relación con 2018, y con ello la población de migrantes internacionales compone más

del 7,5% de la población nacional. Con respecto a la distribución geográfica en el país, predomina la residencia de migrantes internacionales en la Región Metropolitana (63,1%), seguida de Antofagasta (7,1%) y Valparaíso (6,4%). No obstante, las regiones donde los migrantes internacionales tienen mayor peso relativo en el total poblacional son las regiones del norte como Tarapacá, Antofagasta y Arica, y cerca de las fronteras con el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia (INE, 2019). Vale la pena destacar además que la reciente pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) indujo un aumento de los migrantes internacionales en la zona norte del territorio nacional en los últimos tres años. Esta situación ha extremado la vulnerabilidad socioeconómica de algunos colectivos de la zona y requiere consideración desde el punto de vista territorial.

Los migrantes internacionales en Chile son un grupo heterogéneo, pero entre ellos hay nacionalidades predominantes que representan más del 70% del total de extranjeros. En primer lugar, se encuentra el colectivo de venezolanos, con el 30,5%, seguido por los peruanos, con el 15,8%. Les siguen los haitianos, con el 12,5%, los colombianos, con el 10,8%, y los bolivianos, con el 8% (INE, 2019). Según datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) (MIDESO, 2018), el 47,8% de los migrantes internacionales tenían un tiempo de residencia de 5 años o menos, pues indicaron haber llegado al país en 2015 o en años posteriores. Mientras tanto, el 21,9% llevaba entre 5 y 9 años en Chile, por haber llegado entre 2010 y 2014. Aquellos que habían llegado en períodos anteriores se distribuyen de la siguiente forma: el 7,8% había llegado entre 10 y 14 años antes, el 5,1% entre 15 y 19 años antes, y el 7,4% restante hacía más de 20 años. En cuanto al estado civil de los migrantes internacionales, hay una mayor proporción de solteros (44,9%), seguidos por los convivientes (28,2%) y los casados (21,5%). De manera general, se definen tres grandes grupos de migrantes internacionales en Chile. Un primer grupo corresponde a los que han llegado históricamente de países con los que Chile comparte frontera o de su entorno cercano, como la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Perú. Se les considera migrantes asentados, que llevan incluso décadas en algunos casos en el país y cuya proporción ha disminuido en los últimos años. Un segundo grupo corresponde a los migrantes internacionales de países más lejanos, que han aumentado de manera importante en los últimos años, como los de Colombia, Haití, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). A estos se les conoce como migrantes emergentes, cuya migración responde a las crisis políticas, sociales y económicas de sus países en tiempos más recientes, que los han hecho salir de sus realidades locales. Un tercer grupo podrían ser los migrantes que no se identifican con ninguno de los dos grupos anteriores y que representan a una pequeña diáspora de más de 60 países distintos, pero sin superar de un 25% a un 30% del total de los extranjeros en Chile en su conjunto.

En este escenario cambiante de la migración internacional en la región en general, y hacia Chile en particular, uno de los efectos más palpables se ha sentido en el sistema de salud. En el caso de Chile se trata un sistema segmentado y fragmentado, con participación pública y privada. Está segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y provisión, que se especializan en distintos segmentos poblacionales,

que suelen definirse a partir de su ingreso, capacidad de pago o posición social (Bastias y otros, 2019). Por otro lado, el sistema está fragmentado debido a que la red de provisión de servicios no está integrada. Esto ocurre tanto en el sector público como en el privado, donde los establecimientos no están coordinados entre sí. En términos generales se reconoce un sector público, que provee servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que atiende a alrededor del 75% de la población, especialmente a las personas de mayor edad, o a las más enfermas y pobres); un sector privado, que provee servicios en clínicas privadas (que atiende a alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las fuerzas armadas, que tiene sus propios hospitales y centros de salud (atienden a alrededor del 5% de la población) y, por último, el seguro laboral de salud, que también tiene sus propios hospitales y centros de salud y atiende a una proporción menor de la población (Torche y otros, 2013).

Respecto del acceso a servicios de salud por parte de los migrantes internacionales en Chile en particular, la información publicada indica que los migrantes internacionales tendrían menor acceso al sistema de salud que los locales y que esta brecha estaría aumentando, en especial en comunidades de migrantes internacionales que llevan poco tiempo en Chile (es decir, los emergentes). A modo de ejemplo, en los análisis repetidos de la encuesta poblacional CASEN se observó que en 2013 casi el 9% de los migrantes internacionales afirmaban que no tenían previsión de salud o no sabían si la tenían, en comparación con un 18% en 2017 y un 12% en 2020 (Cabieses, 2019; Cabieses y otros, 2019). Estas brechas también estarían presentes en grupos que requieren atención especial, como los niños, niñas y adolescentes (Cabieses, Chepo, y otros, 2017). Se describió una situación similar en una revisión sistemática de reciente publicación, en la que se concluye que se observa una subutilización de la mayoría de las prestaciones de salud disponibles en diversos países del mundo en el caso de niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales, con la excepción de los servicios de atención de urgencia, que son sobreutilizados por este grupo (Cabieses, Chepo, y otros, 2017; Markkula y otros, 2018).

Uno de los niveles de atención de salud que presentan mayores brechas de acceso y uso en el caso de los migrantes internacionales en comparación con los residentes locales en todo el mundo es el nivel secundario u hospitalario (Anderson y otros, 2021; Aro y Kantele, 2021; Kietzmann, Knuth y Schmidt, 2017). Este nivel se caracteriza por brindar cuidados de salud de alta complejidad y habitualmente de mayor costo para los sistemas de salud (Huerta-Vera y otros, 2021; Santoro y otros, 2006). Chile ha presentado algunos informes descriptivos de egresos hospitalarios a partir del registro habitual nacional, para nacionales y migrantes internacionales (Agar Corbinos y otros, 2017; Oyarte y otros, 2018).

Pese a que el análisis de la atención hospitalaria es relevante en el caso de la población migrante internacional, ya que esta puede ser un reflejo de la morbilidad de esta población y del uso, oferta y demanda de los servicios de salud en el país receptor (Cabieses, Oyarte, y otros, 2017), son escasos los estudios al respecto, sobre todo en América Latina. En particular, los indicadores obtenidos a partir de los egresos hospitalarios son relevantes para conocer y adecuar los servicios de salud, ya sea a nivel primario o secundario (Cabieses,

Oyarte, y otros, 2017; North Carolina. State Center for Health Statistics, 2022), por cuanto pueden ser una guía para diseñar medidas preventivas y apoyarse en el diagnóstico y tratamiento desde un enfoque intercultural. En estudios nacionales e internacionales se han detectado diferencias en las tasas de hospitalización entre la población local y los migrantes internacionales, además de diferencias en las características de la hospitalización y las características sociodemográficas del paciente egresado (Cabieses, Oyarte, y Delgado, 2017). En este último aspecto, los egresos hospitalarios por causas obstétricas representan un porcentaje importante del total de egresos hospitalarios, por lo que las estimaciones en que estos se analicen por separado pueden ser una manera útil de estimar la morbilidad (Cabieses, Oyarte, y Delgado, 2017).

En el contexto chileno, el perfil y el volumen migratorio se han mantenido en constante cambio en los últimos años (Bastias y otros, 2019), por lo que es fundamental mantener actualizada la información sobre la población migrante internacional en todos los aspectos, incluidos los relacionados con la salud. En general, los estudios realizados en el Canadá indican que la relación entre salud y migración es compleja y que puede depender, entre otros factores, de la región de origen, el motivo de migración y el período en que esta haya ocurrido. Algunas de estas diferencias se observan incluso a nivel de egresos hospitalarios (Ng, Sanmartin y Manuel, 2016). En el caso específico de los egresos hospitalarios en Chile, algunos estudios abordan esta problemática con antecedentes de diferencias entre la población local y los migrantes internacionales en los egresos hospitalarios, sus características hospitalarias, el diagnóstico y las características sociodemográficas del egresado. Sin embargo, estos factores no se han analizado respecto del período anterior a la pandemia, como línea de base. Tampoco se detallan las diferencias entre las distintas poblaciones de migrantes internacionales según el tiempo de asentamiento en Chile. Esto último podría servir como aproximación al tiempo de residencia en el país o indicación del país de origen y la diferencia en perfiles migratorios justo antes del inicio de la crisis sociosanitaria provocada por el COVID-19.

De este modo, en este estudio se analizaron los egresos hospitalarios en Chile entre 2015 y 2019, con el propósito de documentar y comparar el uso efectivo de los servicios de salud, especialmente de la atención secundaria, por parte de los migrantes internacionales en comparación con los nacidos en Chile, durante el período previo al inicio de la pandemia, como línea de base anterior a la crisis sociosanitaria originada por el COVID-19. Se consideraron los siguientes grupos de migrantes: i) asentados: migrantes internacionales provenientes de países de ingreso habitual histórico como la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Perú; ii) emergentes: migrantes internacionales provenientes de países de ingreso reciente, sobre todo de los últimos diez años, como Colombia, Haití, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de), y iii) otros: personas procedentes de más de 60 países diferentes con baja presencia de migrantes en Chile. Los datos provienen de los informes anuales de todos los hospitales y clínicas del país al Ministerio de Salud de Chile, por medio de su Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS).

A. Material y métodos

Tipo de estudio: estudio observacional cuantitativo. Corresponde a un análisis secundario basado en la comparación de los egresos hospitalarios anuales (totales y según características clínicas y sociodemográficas) entre la población nacional y la población migrante internacional, en Chile durante el período 2015-2019. En el caso de los migrantes internacionales en el período 2015-2019, se distinguió además entre migrantes asentados (migrantes internacionales provenientes de países de ingreso habitual histórico como la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Perú); migrantes emergentes (migrantes internacionales provenientes de países de ingreso reciente, sobre todo de los últimos diez años, como Colombia, Haití, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)), y otros migrantes de menor presencia (de más de 60 países diferentes y con una proporción total inferior al 30% de los migrantes internacionales de Chile).

Fuentes de información: bases de datos anuales de egresos hospitalarios en Chile, años 2015 a 2019. Los datos de egresos hospitalarios son recopilados por el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, y abarcan la información de todos los centros públicos y privados del país. Las cifras de egresos hospitalarios se obtuvieron a partir del Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Decreto núm. 1671/2010), cuya presentación es obligatoria para todos los establecimientos de salud del territorio nacional. De las estadísticas de egresos hospitalarios se obtienen los datos sobre causas de hospitalización y variables asociadas. Estas bases son de registro habitual y organizadas de manera independiente por año, con variables clínicas de egreso hospitalario, características sociodemográficas del paciente egresado e información del centro hospitalario.

Unidad de análisis: egresos hospitalarios

Población: se consideró que un egreso hospitalario correspondía a la población nacional si el paciente indicó tener nacionalidad chilena y a migrantes internacionales si la persona declaró otra nacionalidad. Los egresos hospitalarios de migrantes internacionales fueron divididos en tres subgrupos, según la clasificación antes detallada: i) migrantes asentados, ii) migrantes emergentes y iii) resto de la población migrante.

B. Variables

1. Características clínicas y hospitalarias

- Causa de egreso hospitalario: diagnóstico principal del egreso codificado según 21 capítulos de la CIE-10.
- Condición de egreso: vivo o fallecido.

- Intervención quirúrgica: sí, no.
- Días de estadía: duración de la estadía previa al egreso hospitalario (se estableció una dicotomía: 1 día en comparación con 2 o más días).

2. Características sociodemográficas

- Sexo: sexo biológico del paciente (hombre, mujer).
- Edad: edad en años en el momento del egreso hospitalario (categorizada en tramos: de 0 a 14, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 79 y 80 años o más).
- Lugar de residencia: región de residencia en el caso de residentes en Chile (16 regiones definidas por la división político-administrativa; se incluye la categoría “sin respuesta”).
- Previsión de salud: previsión de salud del paciente correspondiente al egreso hospitalario (sistema público (Fondo Nacional de Salud (Fonasa)); sistema privado (Instituciones de Salud Previsional (Isapre)); otra previsión; ninguna (sin previsión de salud), y desconocida).

Análisis estadístico: para todos los años se calculó el número total de egresos hospitalarios, y luego el número de egresos hospitalarios sin considerar los egresos por embarazo, parto y puerperio, de nacionales y migrantes internacionales (total, emergentes, asentados y otros), por separado. Tanto en el caso de los migrantes internacionales como de los nacionales, se calculó el número de egresos según las características clínicas (condición de egreso, intervención quirúrgica y días de estadía) en todos los años entre 2015 y 2019 y el diagnóstico principal (CIE-10) y las características sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia, previsión de salud) en 2015 y 2019. Además, se utilizaron medidas de frecuencia para calcular la distribución porcentual, total y sin considerar egresos por embarazo, parto y puerperio, en el caso de migrantes internacionales y de nacionales, según el diagnóstico principal y las características sociodemográficas, para 2015 y 2019.

Se obtuvieron las tasas específicas de egresos hospitalarios como el cociente entre el total de egresos hospitalarios del grupo específico (sexo, edad y lugar de residencia) y la población del mismo grupo y año (multiplicada por 1.000). También se estimaron tasas específicas de egreso hospitalario de nacionales y de migrantes internacionales por separado para cada año de estudio (2015 a 2019). Luego, se estimaron las mismas tasas respecto de los migrantes internacionales asentados, emergentes y otros por separado, como se definieron

para este estudio. Se estimaron tasas estandarizadas, mediante el método directo (OPS, 2002; Schoenbach, 2004), utilizando la población de nacidos en Chile en 2019 como población de referencia, para 2015 y 2019. Es decir, se hizo un ajuste de las tasas para tener en cuenta las diferencias en la composición de las poblaciones que se estaban comparando, lo que permite realizar comparaciones más precisas entre grupos o regiones, eliminando el efecto potencial de las diferencias en la estructura demográfica. Para ello se aplicaron las tasas específicas de cada grupo de interés a una población estándar (ponderación), considerando en este caso como población estándar a la población de nacidos en Chile en 2019. Los valores poblacionales se obtuvieron mediante la encuesta CASEN para 2015, 2017 y 2019 y se imputaron a partir de los promedios para 2016 y 2018. Todos los análisis se realizaron utilizando el *software* SPSS 22.0.

Aspectos éticos: análisis secundario de información cuantitativa de registro habitual del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, previamente anonimizado y solicitado por razones de transparencia al Ministerio de Salud de Chile. El análisis se enmarcó en el estudio Fondecyt Regular 1201461 del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile, con aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad del Desarrollo y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

C. Resultados

En 2015 (primer año analizado) se registraron en total 1.655.751 egresos hospitalarios, de los cuales el 0,76% ($n = 12.584$) correspondía a migrantes internacionales. En 2019 se registraron en total 1.610.184 egresos hospitalarios, de los cuales el 2,37% ($n = 38.096$) correspondía a migrantes internacionales (véase el cuadro 1). En ambos años, el embarazo, parto y puerperio (O00-O99 de la CIE-10) fue la causa más frecuente de egreso hospitalario en el caso de nacionales y de migrantes internacionales totales. En 2019, el 15,1% ($n = 236.807$) de los egresos hospitalarios de nacionales correspondieron a este diagnóstico (en comparación con el 13,8%, equivalente a 183.385 egresos hospitalarios, en 2021), mientras que en el caso de los migrantes internacionales totales este porcentaje fue de un 53,7% ($n = 20.474$) (véase el cuadro 1).

Cuadro 1

Chile: egresos hospitalarios de población nacional y migrantes internacionales, según diagnóstico principal (CIE-10) registrado al momento del egreso, distribución absoluta y porcentual, total y sin considerar los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, 2015 y 2019

(En porcentajes)

Capítulo	Grupo de diagnóstico (CIE-10)	Población nacional				Migrantes internacionales			
		Total de egresos hospitalarios ^a		Egresos hospitalarios sin considerar el capítulo XV de la CIE-10 ^b		Total de egresos hospitalarios ^a		Egresos hospitalarios sin considerar el capítulo XV de la CIE-10 ^b	
		2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
		n=1 643 167	n=1 572 088	n=1 334 791	n=1 335 281	n=12 584	n=38 096	n=5 989	n=17 622
XV	Embarazo, parto y puerperio	18,8	15,1			52,4	53,7		
XI	Enfermedades del sistema digestivo	13,4	13,7	16,5	16,1	7,9	7,7	16,6	16,6
XIX	Causas externas ^c	9,2	9,6	11,3	11,3	6,6	7,6	13,9	16,5
II	Tumores (neoplasias)	7,4	8,0	9,1	9,4	5,9	6,0	12,3	13,1
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	8,1	8,8	10,0	10,3	5,7	5,5	12,0	11,9
X	Enfermedades del sistema respiratorio	9,5	9,8	11,7	11,5	3,2	3,0	6,7	6,4
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular ^d	4,7	5,6	5,8	6,6	3,2	2,8	6,7	6,0
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	7,8	8,3	9,6	9,7	3,6	2,7	7,6	5,9
XXI	Factores de salud y contacto con los servicios de salud ^e	3,2	3,4	3,9	4,0	3,0	2,7	6,3	5,9
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,3	2,3	2,8	2,7	1,6	1,6	3,4	3,5
VI	Enfermedades del sistema nervioso	1,7	2,0	2,1	2,4	1,2	1,4	2,6	3,0
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,9	3,0	3,6	3,5	1,2	1,1	2,6	2,4
V	Trastornos mentales ^f	1,7	2,0	2,1	2,4	0,9	1,0	2,0	2,1
XVIII	Hallazgos, no clasificados ^g	2,5	1,8	3,0	2,1	1,1	0,7	2,4	1,6

Capítulo	Grupo de diagnóstico (CIE-10)	Población nacional				Migrantes internacionales			
		Total de egresos hospitalarios ^a		Egresos hospitalarios sin considerar el capítulo XV de la CIE-10 ^b		Total de egresos hospitalarios ^a		Egresos hospitalarios sin considerar el capítulo XV de la CIE-10 ^b	
		2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
		n=1 643 167	n=1 572 088	n=1 334 791	n=1 335 281	n=12 584	n=38 096	n=5 989	n=17 622
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1,5	1,5	1,8	1,8	0,8	0,7	1,6	1,5
XVII	Malformaciones y anomalías ^h	1,2	1,2	1,5	1,4	0,3	0,5	0,7	1,1
III	Enfermedades de la sangre y otros ⁱ	0,7	0,8	0,9	0,9	0,3	0,5	0,7	1,0
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1,1	0,7	1,3	0,9	0,4	0,4	0,9	0,8
XVI	Afecciones del período perinatal	1,9	2,1	2,4	2,4	0,2	0,2	0,5	0,5
VIII	Enfermedades del oído y apófisis mastoides	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,5	0,3

Fuente: Elaboración propia.

^a Distribución porcentual según diagnóstico de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, Décima Revisión (CIE-10).

^b Distribución porcentual sin considerar los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio (capítulo XV de la CIE-10).

^c Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

^d Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

^e Factores que influyen en el estado de salud y exámenes derivados del contacto con los servicios de salud.

^f Trastornos mentales y del comportamiento.

^g Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

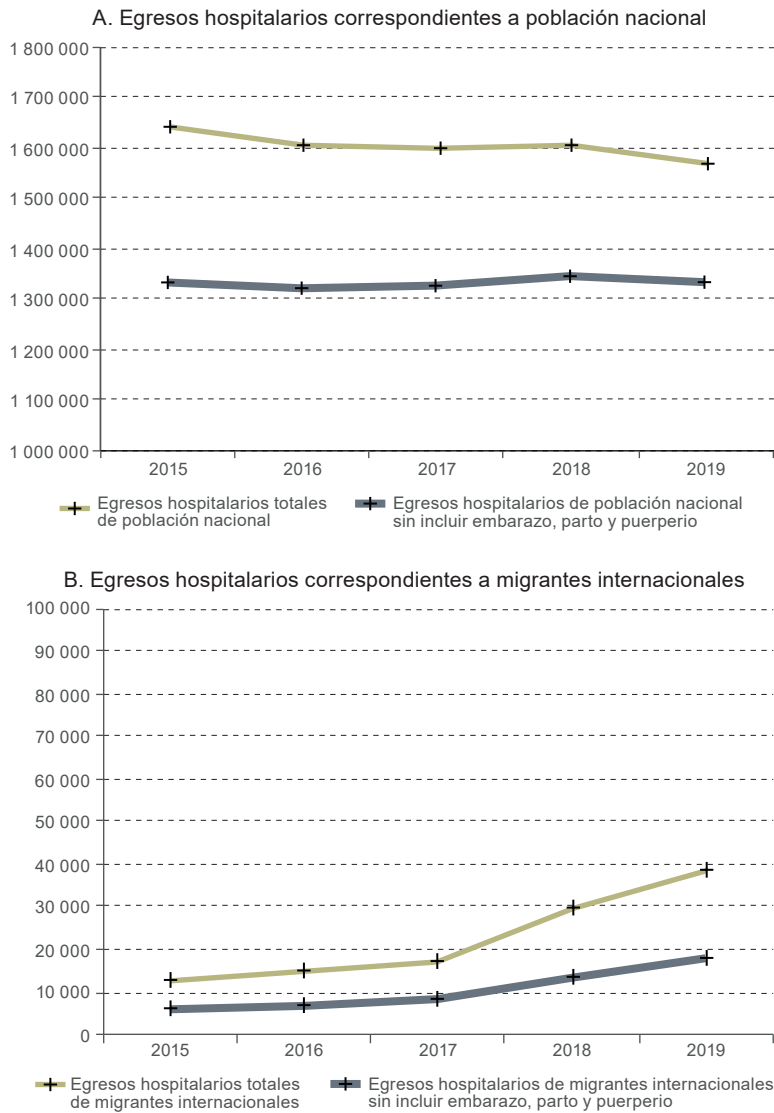
^h Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

ⁱ Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.

Independientemente de si se incluye o excluye la causa relacionada con embarazo, parto y puerperio, los egresos hospitalarios correspondientes a migrantes internacionales aumentaron cada año entre 2015 y 2019, con una diferencia porcentual anual promedio del 34% (desviación estándar, 28,7%) en el total de egresos. Entre 2017 y 2018 se presentó el mayor aumento de todo el período observado de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales, que pasaron de 16.704 en 2017 a 29.371 en 2018 (una diferencia porcentual de un 75%). Se observó una situación similar al distinguir entre migrantes asentados y emergentes. Estos últimos fueron los que presentaron el mayor aumento de egresos hospitalarios, de 2.021 en 2015 a 20.461 en 2019. En 2019, aproximadamente la mitad de los egresos hospitalarios correspondientes a migrantes internacionales totales eran de migrantes emergentes. A la inversa, en el caso de los nacionales hubo aumentos y disminuciones a lo largo de los años, como se puede observar en el gráfico 1 y, de manera más evidente aún, en los valores puntuales y las diferencias porcentuales por año presentadas en el cuadro 2, que no superaron el 2,3% en el caso de la población nacional, pero llegaron al 76% en el caso de la población migrante internacional.

La tasa de egresos hospitalarios en 2019 de la población de migrantes internacionales fue de 31,97 por 1.000 habitantes, en comparación con 87,47 por 1.000 habitantes en el caso de la población nacional. En el caso de los migrantes internacionales, en 2019 la tasa de egreso hospitalario aumentó con respecto al año anterior (29,83 por 1.000 habitantes en 2018), mientras que en el caso de los nacionales disminuyó (92,22 por 1.000 habitantes en 2018). Al distinguir entre migrantes asentados, emergentes y del resto de los países, se observa que los migrantes asentados presentaron tasas de egreso hospitalario que fueron entre 1,2 y 20,7 veces más elevadas que las de los migrantes emergentes. Al estandarizar, si se considera la población nacional de 2019 como población de referencia, se observan resultados análogos en cuanto a dirección, pero diferentes en cuanto a magnitud. La excepción fueron los datos de 2015, cuando la tasa de egreso hospitalario de los migrantes asentados fue menor que la de los migrantes emergentes, con una razón entre ambas tasas de 0,7 (intervalo de confianza del 95%: 0,703-0,703); el hecho de que el intervalo de confianza de la razón entre ambas tasas no contenga el valor 1 podría indicar que, con una confianza del 95%, hay una posible diferencia significativa entre dichas tasas (véase el cuadro 3).

Gráfico 1
**Chile: egresos hospitalarios correspondientes a población nacional
 y migrantes internacionales, recuento anual, 2015-2019**
 (En números)



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2
Chile: egresos hospitalarios correspondientes a población nacional y migrantes internacionales (total, asentados^a, emergentes^b y del resto de los países^c), recuento anual y diferencia porcentual por años, 2015-2019
(En números y porcentajes)

Total de egresos hospitalarios										
Año	Población nacional		Migrantes internacionales		Migrantes internacionales					
	Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual	Asentados		Emergentes		Resto	
					Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual
2015	1 643 167		12 584		7 629		2 021		2 934	
2016	1 605 955	-2,3	14 480	15,1	8 027	5,2	3 407	68,6	3 046	3,8
2017	1 597 230	-0,5	16 704	15,4	8 294	3,3	5 432	59,4	2 978	-2,2
2018	1 605 289	0,5	29 371	75,8	11 181	34,8	13 435	147,3	4 755	59,7
2019	1 572 088	-2,1	38 096	29,7	12 606	12,7	20 461	52,3	5 029	5,8
Total de egresos hospitalarios, excluidos los egresos por embarazo, parto y puerperio										
Año	Población nacional		Migrantes internacionales		Migrantes internacionales					
	Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual	Asentados		Emergentes		Resto	
					Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual	Recuento	Diferencia porcentual
2015	1 334 791		5 989		2 903		805		2 281	
2016	1 318 576	-1,2	6 822	13,9	3 160	8,9	1 312	63,0	2 350	3,0
2017	1 328 013	0,7	7 935	16,3	3 662	15,9	2 023	54,2	2 250	-4,3
2018	1 346 828	1,4	13 315	67,8	5 164	41,0	4 744	134,5	3 407	51,4
2019	1 335 281	-0,9	17 622	32,3	6 103	18,2	7 668	61,6	3 851	13,0

Fuente: Elaboración propia.

Nota: La diferencia porcentual se basa en la fórmula (año actual – año anterior) x 100 / año anterior.

^a Migrantes de países de origen de los que existe un registro histórico de circulación migratoria a Chile (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú).

^b Migrantes de países de origen con influjos migratorios más recientes, de los últimos diez años (Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)).

^c Resto de la población migrante, de países de origen con menor concentración y menor influjo a Chile (países no incluidos en las categorías de migrantes emergentes o asentados).

Cuadro 3

Chile: tasas específicas de egresos hospitalarios, tasas estandarizadas por sexo y edad de egresos hospitalarios, 2015-2019

	Tasa (por 1.000)					Tasa estandarizada por sexo y edad			
						Tasa (por 1.000) 2015		Tasa (por 1.000) 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	Coeficiente	Intervalo de confianza: 95%	Coeficiente	Intervalo de confianza: 95%
Total de egresos									
Población nacional	96,83	94,99	94,83	92,22	87,47	98,71	(98,707-98,716)	87,47	(87,469-87,478)
Migrantes internacionales	27,04	23,30	21,49	29,83	31,97	27,61	(27,606-27,611)	30,42	(30,418-30,424)
Razón de tasas	3,58	4,08	4,41	3,09	2,74	3,58	(3,577-3,582)	2,88	(2,878-2,882)
Población de migrantes internacionales									
Asentados ^a	28,07	28,27	28,01	33,66	34,23	25,56	(25,556-25,561)	31,06	(31,062-31,067)
Emergentes ^b	18,64	13,66	13,91	24,24	28,49	36,33	(36,323-36,328)	25,97	(25,969-25,974)
Resto ^c	34,58	35,26	33,87	49,75	48,73	37,61	(37,608-37,613)	47,48	(47,477-47,484)
Razón de tasas (Asentados frente a emergentes)	1,51	2,07	2,01	1,39	1,20	0,70	(0,703-0,703)	1,20	(1,195-1,195)
Razón de tasas (Resto frente a emergentes)	1,85	2,58	2,43	2,05	1,71	1,04	(1,035-1,035)	1,83	(1,827-1,827)

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tasas estandarizadas por método directo, utilizando la población chilena de 2019 como población de referencia. Tasa con un intervalo de confianza del 95% = $tasa \pm 1,96 \sqrt{tasa/n}$, siendo n el denominador de la correspondiente tasa; razón con un intervalo de confianza del 95% = $razón \pm 1,96 \sqrt{1/n1 + 1/n2}$, siendo $n1$ y $n2$ los denominadores de las correspondientes tasas a partir de las cuales se estimó la razón.

^a Migrantes de países de origen de los que existe un registro histórico de circulación migratoria a Chile (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú).

^b Migrantes de países de origen con influjos migratorios más recientes, de los últimos diez años (Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)).

^c Resto de la población migrante, de países de origen con menor concentración y menor influjo a Chile (países no incluidos en las categorías de migrantes emergentes o asentados).

Sin considerar el parto, embarazo y puerperio, las cuatro causas más frecuentes de egresos hospitalarios correspondieron a enfermedades del sistema digestivo; traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; tumores (neoplasias), y enfermedades del sistema genitourinario. En 2019, estas cuatro causas abarcaban el 58,1% del total de egresos hospitalarios de la población migrante internacional.

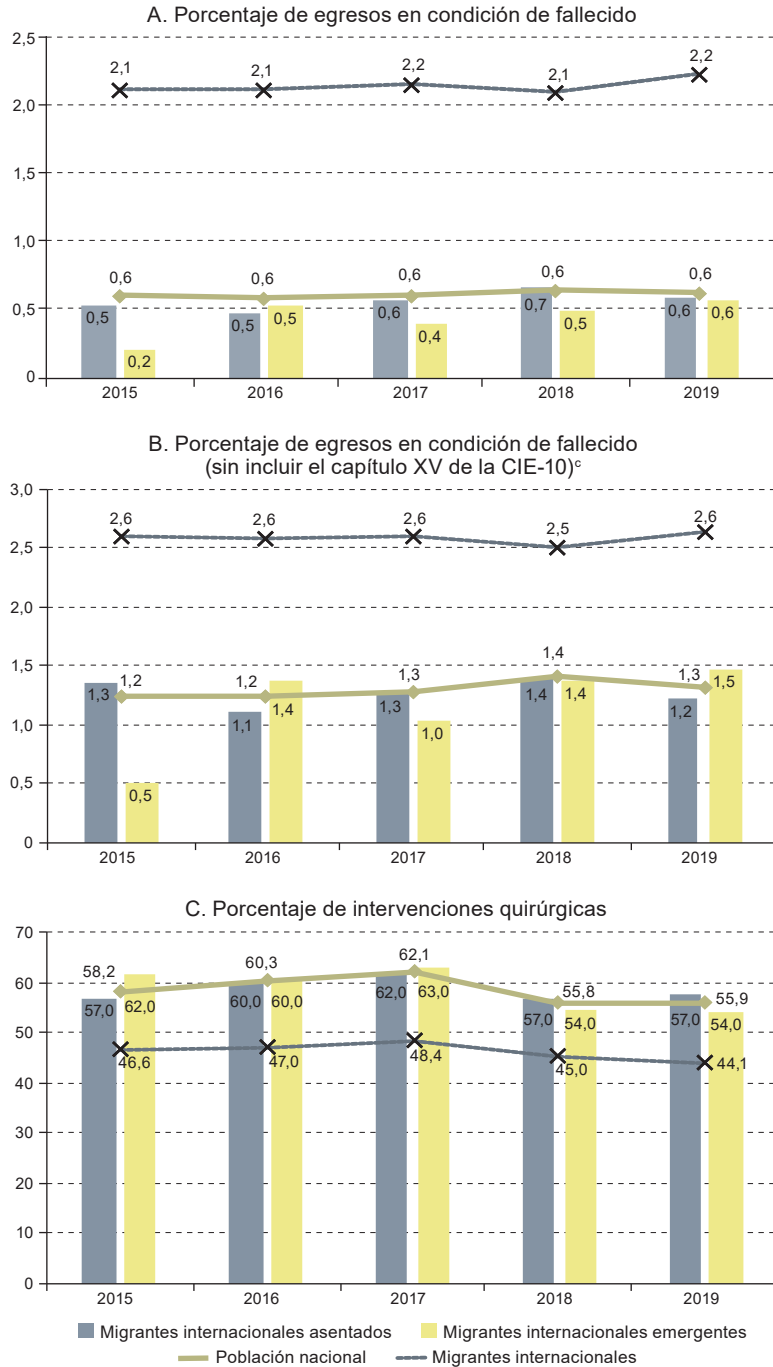
Una situación similar se observó en la población nacional, con excepción de la categoría tumores (neoplasias). En lugar de esta causa, las enfermedades del sistema respiratorio quedaron dentro de las cuatro causas más frecuentes. En 2019, específicamente, un 13,1% ($n = 2.302$) de los egresos de los migrantes internacionales totales correspondió a tumores, en comparación con un 9,1% ($n = 121.314$) en el caso de los nacionales (véase el cuadro 1).

Según las características clínicas, en promedio para todos los años el 0,61% (desviación estándar 0,02%) de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales terminaron en condición de fallecidos, en comparación con el 2,1% (desviación estándar 0,05%) de los egresos hospitalarios de nacionales (estas cifras aumentan a un 1,30% y un 2,58%, respectivamente, al excluir los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio). Al desglosar entre migrantes asentados y emergentes, en todos los años a excepción de 2016, son los asentados quienes presentaron un mayor porcentaje de egresos hospitalarios en condición de fallecidos. Tanto en el caso de los nacionales como de los migrantes internacionales en 2019 hubo un menor porcentaje de egresos hospitalarios que incluyeron una intervención quirúrgica en comparación con 2015. Sin embargo, esta disminución no fue sostenida en todos los años del período observado. El porcentaje de migrantes internacionales, ya sean totales o desglosados entre asentados y emergentes, cuyo egreso hospitalario incluyó una intervención quirúrgica fue mayor que el de nacionales en todos los años, con diferencias de entre un 7,9% y un 13,7%. Específicamente, en 2019 un 42,48% de los egresos hospitalarios de nacionales se vinculaban a una intervención quirúrgica, en comparación con un 53,13% de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales (55,28% en el caso de los migrantes asentados y 49,63% en el de los emergentes). En la misma línea, en todos los años el porcentaje de egreso hospitalario tras una estadía con una duración de un día fue mayor en el caso de los nacionales que en el de los migrantes internacionales. Sin embargo, al excluir los egresos por embarazo, parto y puerperio, esta situación se invirtió (véase el gráfico 2).

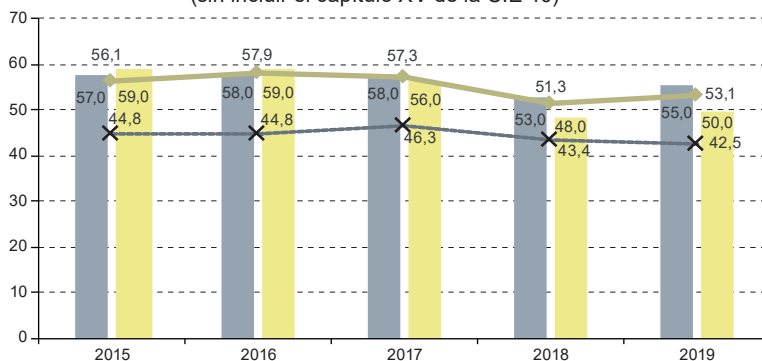
A excepción de 2015, los egresos hospitalarios correspondientes a migrantes emergentes fueron en mayor proporción por embarazo, parto y puerperio, en comparación con los egresos hospitalarios de migrantes asentados. A partir de 2016, la brecha entre migrantes emergentes y asentados en el porcentaje de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio fue en aumento cada año (véase el gráfico 3).

Gráfico 2

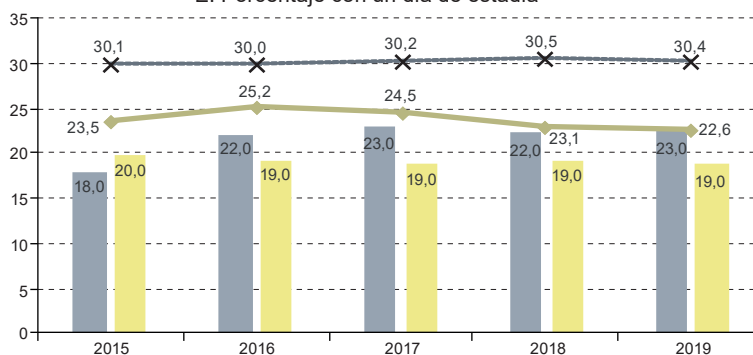
Chile: características clínicas asociadas a los egresos hospitalarios de población nacional y migrantes internacionales (total, asentados^a y emergentes^b), 2015-2019
(En porcentajes del total de egresos hospitalarios)



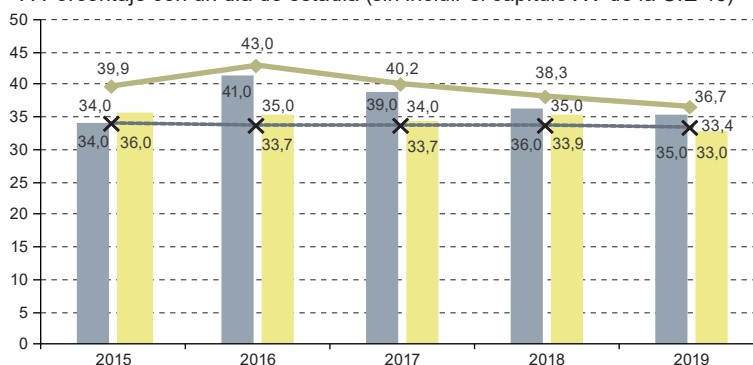
D. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas (sin incluir el capítulo XV de la CIE-10)^e



E. Porcentaje con un día de estadía



F. Porcentaje con un día de estadía (sin incluir el capítulo XV de la CIE-10)^e



■ Migrantes internacionales asentados ■ Migrantes internacionales emergentes
 — Población nacional — Migrantes internacionales

Fuente: Elaboración propia.

^a Migrantes internacionales de países de origen de los que existe un registro histórico de circulación migratoria a Chile (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú).

^b Migrantes internacionales de países de origen con influjos migratorios más recientes, de los últimos diez años (Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)).

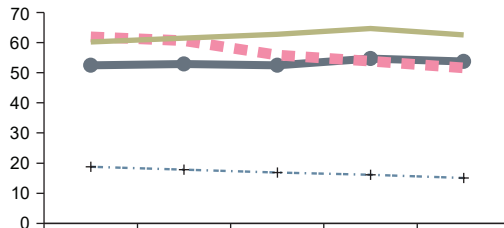
^c Se refiere al capítulo XV, sobre embarazo, parto y puerperio, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, Décima Revisión (CIE-10).

Gráfico 3

Chile: proporción de egresos hospitalarios de población nacional y migrantes internacionales (total, asentados^a y emergentes^b), según diagnóstico principal (CIE-10) registrado al momento del egreso, 2015-2019

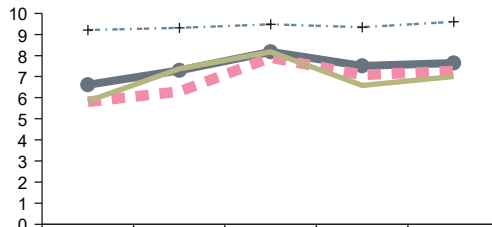
(En porcentajes del total de egresos hospitalarios)

A. Embarazo, parto o puerperio (capítulo XV)



	2015	2016	2017	2018	2019
Población nacional	18,8	17,9	16,9	16,1	15,1
Migrantes internacionales	52,4	52,9	52,5	54,7	53,7
Migrantes internacionales asentados	62,0	60,6	55,9	53,8	51,6
Migrantes internacionales emergentes	60,2	61,5	62,8	64,7	62,5

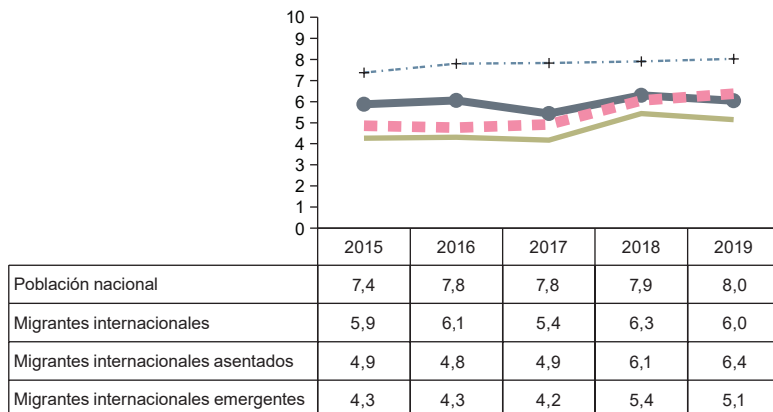
B. Consecuencias de causa externa (capítulo XIX)



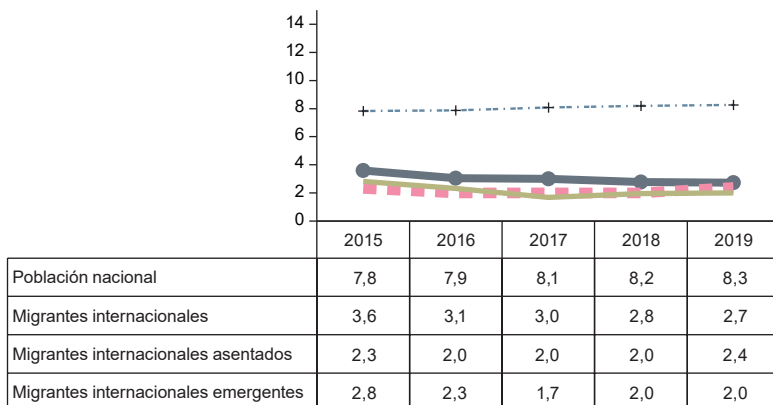
	2015	2016	2017	2018	2019
Población nacional	9,2	9,3	9,5	9,3	9,6
Migrantes internacionales	6,6	7,3	8,2	7,5	7,6
Migrantes internacionales asentados	5,8	6,3	7,9	7,1	7,3
Migrantes internacionales emergentes	5,8	7,4	8,2	6,6	7,0

— Migrantes internacionales emergentes - - - Migrantes internacionales asentados
 —●— Migrantes internacionales - - - + Población nacional

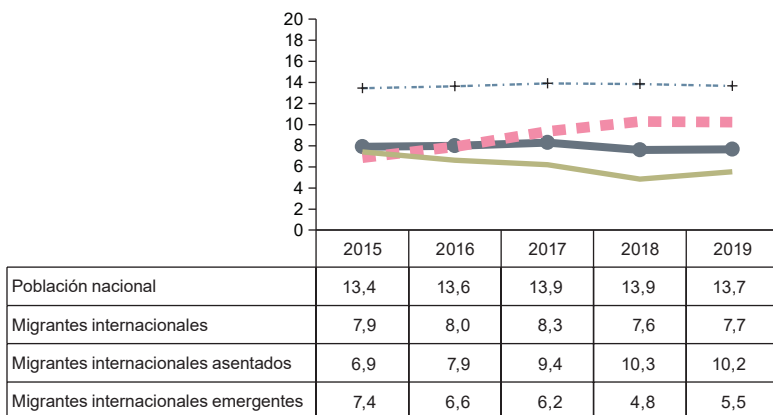
C. Tumores y neoplasias (capítulo II)



D. Enfermedades del sistema circulatorio (capítulo IX)

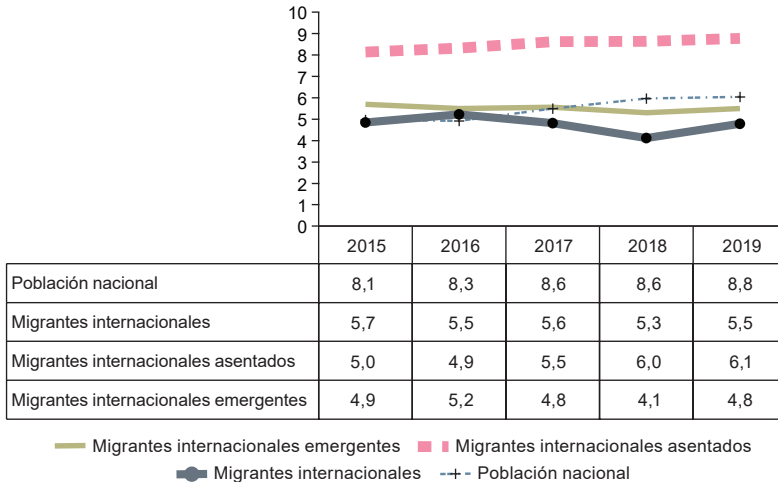


E. Enfermedades del sistema digestivo (capítulo XI)



—●— Migrantes internacionales emergentes - - - ■ - - - Migrantes internacionales asentados
 —●— Migrantes internacionales - - - + - - - Población nacional

F. Enfermedades del sistema genitourinario (capítulo XIV)



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Diagnósticos según los capítulos que se indican en cada caso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, Décima Revisión (CIE-10).

^a Migrantes internacionales de países de origen de los que existe un registro histórico de circulación migratoria a Chile (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú).

^b Migrantes internacionales de países de origen con influjos migratorios más recientes, de los últimos diez años (Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)).

Al comparar los datos de los migrantes emergentes y asentados de 2015, 2016, 2017 y 2019, se observaron resultados similares entre los tres principales grupos de diagnóstico: i) embarazo, parto y puerperio; ii) enfermedades del sistema digestivo, y iii) traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. En 2018, los tumores o neoplasias pasaron a ser el tercer diagnóstico más importante en el caso de los migrantes internacionales (un 5,4% de los egresos hospitalarios en el caso de los migrantes internacionales asentados, frente a un 6,1% en el de los migrantes internacionales emergentes).

Según características sociodemográficas, los egresos hospitalarios (totales y excluidos los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio) correspondieron en más de un 50% a mujeres y se concentraron principalmente en la Región Metropolitana (con un 38% del total de los egresos hospitalarios de nacionales y un 62% del total de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales en 2019). Se presentaban en menor proporción en la población de 60 años o más, situación que se acentuó en el caso de los migrantes internacionales.

En cuanto a previsión de salud, entre los migrantes internacionales el porcentaje de egresos hospitalarios correspondiente a personas sin previsión de salud fue más alto que entre la población nacional. Esta brecha entre ambas poblaciones se redujo de 2015 a 2019. En 2015, un 2,2% del total de los egresos hospitalarios de la población nacional correspondió a personas sin previsión de salud, mientras que entre los migrantes internacionales esta proporción ascendió a un 9,3% del total. En 2019, estos porcentajes fueron del 1,3% y el 3,3%, respectivamente.

En promedio a lo largo de los años analizados, los egresos hospitalarios de migrantes internacionales emergentes tienden a corresponder a edades más jóvenes que los de migrantes asentados. Por ubicación geográfica, en 2015 los egresos hospitalarios de migrantes asentados se concentraban en la Región Metropolitana (51%), la Región de Antofagasta (23%) y la Región de Tarapacá (17%). En tanto, los egresos hospitalarios de migrantes emergentes se concentraban en la Región Metropolitana (64%) y la Región de Antofagasta (24%). En cuanto al sistema de previsión de salud, en 2015 los migrantes internacionales emergentes presentaron una mayor proporción de egresos hospitalarios del sistema privado (Isapre) (23,5%) que los migrantes asentados (13,6%) (véanse los cuadros 4 y 5). De manera similar, en 2019 los egresos hospitalarios de migrantes asentados se concentraban en la Región Metropolitana (54,8%), la Región de Antofagasta (18,1%) y la Región de Tarapacá (11,8%). Por su parte, los egresos hospitalarios de migrantes emergentes se concentraban en la Región Metropolitana (66,1%) y la Región de Antofagasta (6,6%). Ese mismo año, los migrantes emergentes presentaron una menor proporción de egresos del sistema privado (7,1%) que los migrantes asentados (11,9%) (véanse los cuadros 4 y 5), a diferencia de lo ocurrido en 2015.

Cuadro 4

Chile: distribución de los egresos hospitalarios de población nacional y migrantes internacionales, totales y excluidos los egresos por embarazo, parto y puerperio, según características sociodemográficas de la persona egresada, 2015 y 2019
(En porcentajes)

	Población nacional				Migrantes internacionales			
	2015		2019		2015		2019	
	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a
Sexo								
Hombre	40,1	49,3	42,2	49,7	22,7	47,7	22,2	48,1
Mujer	59,9	50,7	57,8	50,3	77,3	52,3	77,8	51,9
Edad								
0 a 14 años	15,3	18,7	14,6	17,1	3,8	7,8	4,2	9,0
15 a 29 años	20,9	12,4	17,3	11,3	35,3	16,1	36,4	19,9
30 a 44 años	21,0	16,2	20,9	16,0	40,6	33,6	43,4	36,8
45 a 59 años	16,4	20,1	16,9	19,8	10,9	22,6	9,3	19,8
60 a 64 años	5,5	6,8	6,4	7,5	2,2	4,6	1,7	3,7
65 a 69 años	5,4	6,6	6,0	7,1	2,2	4,5	1,4	3,1
70 a 79 años	9,0	11,1	10,4	12,3	3,0	6,3	1,9	4,1
80 años y más	6,6	8,2	7,5	8,9	2,1	4,4	1,6	3,6

Región de residencia	Población nacional				Migrantes internacionales			
	2015		2019		2015		2019	
	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^a
Tarapacá	1,4	1,4	1,6	1,5	11,3	6,8	5,0	4,7
Antofagasta	3,4	3,4	3,3	3,4	18,2	12,0	10,0	10,1
Atacama	1,3	1,3	1,5	1,5	0,4	0,5	0,8	0,7
Coquimbo	3,2	3,0	3,4	3,2	0,4	0,4	1,2	1,0
Valparaíso	10,9	11,2	10,5	10,7	1,3	2,3	4,3	3,5
Libertador Bernardo O'Higgins	4,6	4,5	4,9	4,8	1,0	1,6	2,2	1,6
Maule	5,5	5,4	5,5	5,4	0,7	0,9	3,1	1,8
Biobío	10,1	10,2	10,4	10,5	1,2	1,7	3,0	4,5
La Araucanía	6,5	6,5	6,2	6,0	0,5	0,8	1,0	1,0
Los Lagos	4,9	5,0	5,2	5,2	0,6	1,1	1,2	1,1
Aysén	0,7	0,8	0,8	0,8	0,1	0,2	0,0	0,0
Magallanes y Antártica Chilena	1,3	1,5	1,4	1,4	0,1	0,1	0,1	0,2
Región Metropolitana	38,9	38,8	38,0	38,0	60,3	66,9	62,0	63,2
Los Ríos	2,7	2,9	2,7	2,8	0,1	0,2	0,6	0,6
Arica y Parinacota	1,3	1,3	1,2	1,2	1,5	1,6	2,9	3,1
Ñuble	2,8	2,9	2,7	2,7	0,3	0,5	0,5	0,5
Reside en el extranjero	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,3	1,0	0,6
Desconocido	0,3	0,3	0,6	0,7	1,6	2,3	1,2	1,8
Previsión de salud								
Fonasa (sistema público)	71,5	69,4	71,7	70,0	63,7	42,7	80,7	67,3
Isapre (sistema privado)	20,1	21,0	21,2	22,1	24,9	39,7	14,1	24,0
Otra	2,6	3,0	4,5	5,1	0,2	0,2	0,6	1,0
Ninguna	2,2	2,5	1,3	1,5	9,3	14,4	3,3	5,6
Desconocido	3,5	4,0	1,2	1,3	1,9	3,0	1,3	2,2

Fuente: Elaboración propia.

^a Se refiere a egresos hospitalarios sin incluir el capítulo XV, sobre embarazo, parto y puerperio, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, Décima Revisión (CIE-10).

Cuadro 5

Chile: distribución de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales asentados^a y emergentes^b, totales y excluidos los egresos por embarazo, parto y puerperio, según características sociodemográficas de la persona egresada, 2015 y 2019

(En porcentajes)

	Asentados				Emergentes			
	2015		2019		2015		2019	
	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c
Sexo								
Hombre	16,5	43,3	21,4	44,2	16,8	42,2	17,6	46,9
Mujer	83,5	56,6	78,6	55,8	83,2	57,8	82,4	53,1
Edad								
0 a 14 años	3,1	8,0	4,0	8,0	3,7	8,8	4,3	8,8
15 a 29 años	41,6	18,9	35,1	18,9	39,9	21,0	42,2	21,0
30 a 44 años	40,8	35,8	42,4	35,8	46,0	44,3	45,7	44,3
45 a 59 años	8,8	22,7	11,6	22,7	7,3	18,1	5,5	18,1
60 a 64 años	1,6	4,2	2,1	4,2	1,3	3,4	0,7	3,4
65 a 69 años	1,5	4,1	1,6	4,1	0,5	1,4	0,5	1,4
70 a 79 años	1,5	4,0	2,1	4,0	0,6	1,6	0,5	1,6
80 años y más	0,9	2,4	1,1	2,4	0,5	1,4	0,4	1,4
Región de residencia								
Tarapacá	16,8	11,6	11,8	10,1	4,8	5,0	1,4	1,8
Antofagasta	22,6	17,1	18,1	15,7	23,8	22,2	6,6	9,4
Atacama	0,3	0,3	1,2	1,0	0,6	0,5	0,6	0,6
Coquimbo	0,4	0,4	0,6	0,5	0,3	0,1	1,5	1,2
Valparaíso	0,9	1,8	1,8	2,1	0,3	0,5	6,1	5,0
Libertador Bernardo O'Higgins	0,9	1,7	0,8	0,8	0,5	0,2	3,2	2,3
Maule	0,5	0,7	0,7	0,5	0,8	0,7	5,1	3,2
Biobío	0,9	1,6	0,8	1,0	1,0	1,1	2,3	2,3
La Araucanía	0,3	0,5	0,3	0,4	0,3	0,6	1,1	1,1
Los Lagos	0,6	1,4	0,5	0,5	0,5	0,9	1,7	1,6
Aysén	0,1	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0
Magallanes y Antártica Chilena	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
Región Metropolitana	51,4	56,0	54,8	58,7	64,2	64,7	66,1	66,8
Los Ríos	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,8	0,7
Arica y Parinacota	2,2	2,5	6,9	6,4	0,3	0,5	0,7	1,0
Ñuble	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	0,7	0,8	0,8
Reside en el extranjero	0,2	0,4	0,5	0,5	0,0	0,1	1,5	1,0
Desconocido	1,7	3,2	0,9	1,3	1,4	1,2	0,6	0,9

	Asentados				Emergentes			
	2015		2019		2015		2019	
	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c	Totales	Sin incluir el capítulo XV de la CIE-10 ^c
Previsión de salud								
Fonasa (sistema público)	77,8	58,7	83,8	73,5	68,4	50,3	89,5	80,6
Isapre (sistema privado)	13,6	26,6	11,9	19,8	23,5	38,3	7,1	13,2
Otra	0,1	0,3	0,5	1,0	0,0	0,1	0,3	0,4
Ninguna	7,1	12,2	2,6	4,1	6,3	8,6	2,2	3,9
Desconocido	1,3	2,3	1,3	1,6	1,7	2,7	1,0	1,8

Fuente: Elaboración propia.

^a Migrantes de países de origen de los que existe un registro histórico de circulación migratoria a Chile (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú).

^b Migrantes de países de origen con influjos migratorios más recientes, de los últimos diez años (Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)).

^c Se refiere a egresos hospitalarios sin incluir el capítulo XV, sobre embarazo, parto y puerperio, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, Décima Revisión (CIE-10).

D. Discusión

En el presente estudio del análisis secundario de la base de datos del registro nacional de egresos hospitalarios durante el período 2015-2019 se intentó actualizar dicho conocimiento y ahondar en los detalles, a partir del análisis de egresos hospitalarios en Chile en ese período. El propósito de este análisis fue documentar y comparar el uso efectivo que hicieron los migrantes internacionales totales, asentados y emergentes, en comparación con los nacionales, de los servicios de salud de nivel secundario en el período. Como principales resultados cabe destacar el mayor porcentaje de egresos de mujeres migrantes internacionales en comparación con el porcentaje de egresos de mujeres chilenas (aproximadamente de 20 a 30 puntos porcentuales de diferencia). La diferencia se mantiene incluso tras excluir los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, aunque en menor magnitud (aproximadamente de 1 a 3 puntos porcentuales de diferencia). Los egresos hospitalarios de migrantes internacionales tendieron a ser de pacientes más jóvenes en comparación con los egresos de nacionales. Una mayor proporción de egresos hospitalarios se concentró en el rango de 15 a 29 años y sobre todo de 30 a 44 años (incluidos y excluidos los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio). También se observan diferencias en el porcentaje de intervenciones quirúrgicas entre migrantes internacionales y chilenos, que fue mayor en el caso de los primeros, contrariamente a lo que ocurre con las diferencias por condición de egreso (fallecido o no) y días de hospitalización.

Tras comparar las tasas (sobre la base de un denominador de estimación de total poblacional), se observó una disminución de las tasas de egresos hospitalarios de los

migrantes internacionales entre 2015 y 2017, que volvieron al alza a partir de 2018. De manera similar, tras estandarizar por sexo y edad, se observó un aumento entre 2015 y 2019 de la tasa de egresos hospitalarios de los migrantes internacionales. Ello podría sugerir que existen razones o condiciones migratorias externas al aumento poblacional o la feminización de la migración que expliquen dicho aumento. Esta última afirmación podría encontrar apoyo en el hecho de que, al comparar a los migrantes asentados con los emergentes, tras estandarizar por sexo y edad, se observó una disminución de la tasa de egresos hospitalarios de estos últimos (los emergentes), pero un aumento en los primeros (los asentados). Así, se ha documentado que la respuesta a las necesidades de salud de las poblaciones migrantes internacionales puede ser compleja debido a las diferencias culturales, religiosas y lingüísticas, la exposición a factores específicos, antes, durante y después del proceso de migración y la actitud frente a la interacción con el sistema de salud en el país de acogida (Di Napoli y otros, 2022). Por otro lado, según una revisión sistemática realizada en España en 2014 y basada en diferentes fuentes de información, la población de migrantes internacionales en ese país en general hizo un mayor uso de los servicios de urgencia que la población autóctona (Llop-Gironés y otros, 2014).

Las admisiones sensibles a la atención ambulatoria se definen como admisiones hospitalarias para el tratamiento de condiciones que son prevenibles con acceso a atención ambulatoria oportuna y eficaz, siendo la tasa de este tipo de admisiones un indicador importante del desempeño del sistema de salud (Delia, 2003). En este contexto, los porcentajes de egresos hospitalarios correspondientes a tumores (neoplasias) pueden ser una señal de alerta y un aspecto en que se podrían reducir las hospitalizaciones evitables de migrantes internacionales desde la atención primaria.

Si bien las limitaciones relacionadas con la disponibilidad de variables y la naturaleza descriptiva del estudio no permiten ahondar en estas diferencias, sería de gran utilidad que en estudios futuros se abordara el aumento de los egresos hospitalarios en la población de migrantes internacionales desde una visión cuantitativa y cualitativa, y posiblemente con un enfoque más complejo sobre la salud intercultural. Por otro lado, aún en la línea de la diferenciación entre migrantes emergentes y asentados, es posible profundizar en análisis que interactúen con el denominado “efecto del migrante sano”, pues, si bien esta población tal vez sea más saludable —por ser más joven en promedio—, también puede ser más vulnerable en su contexto migratorio y socioeconómico. A la vez, es posible que tenga menor acceso a medidas preventivas de salud y un menor conocimiento del sistema de salud, lo que se explica por los obstáculos al acceso a la atención médica y prenatal y materna, entre otros factores (Di Napoli y otros, 2022).

Respecto de esto último, según un estudio realizado en Italia con datos de 2016 y 2017 (Di Napoli y otros, 2022), la frecuencia de ingresos en hospitales de mujeres en edad fértil fue mayor entre las migrantes internacionales que entre las italianas (67% frente a 37%). Ello sugiere retrasos y problemas para acceder a la atención materna durante el embarazo de la migrante internacional, pese a existir un sistema de cobertura universal (Di Napoli y otros, 2022). De manera similar, en Chile las mujeres embarazadas,

independientemente de la nacionalidad y la situación migratoria, tienen acceso a todas las prestaciones de salud durante su embarazo y parto y hasta los 12 meses después del parto (Ministerio de Salud, 2018). Pese a esto, el porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes a embarazo, parto y puerperio de mujeres migrantes internacionales superó en 40,2 puntos porcentuales el de las mujeres locales en 2021. Sería necesario profundizar en las condiciones de estos egresos hospitalarios, así como en las oportunidades de atención previa que puedan evitar complicaciones, en el control natal y el control prenatal de las migrantes internacionales. En la misma línea, habida cuenta de antecedentes como los que se han informado en Suecia, donde se ha observado un exceso de hospitalización de niños inmigrantes hasta la edad de unos 5 años, con un descenso posterior (Danielsson y otros, 2007), sería de gran utilidad realizar un seguimiento de los egresos hospitalarios entre los niños migrantes o nacidos de madres migrantes en Chile, que tienen nacionalidad chilena por haber nacido allí.

Chile cuenta con una política de salud en relación con los migrantes internacionales. En los diálogos realizados en el marco de la discusión y elaboración de dicha política, se planteó que “existen deficiencias en la calidad de la atención a las personas migrantes, especialmente en urgencia y atención hospitalaria, generándose situaciones de malos tratos y atropellos a la dignidad” (Ministerio de Salud, 2018), lo que da indicios de que aún existen problemas por subsanar respecto de la atención hospitalaria. Las cifras de egresos hospitalarios actualizadas de Chile en esta materia se pueden contrastar con la información internacional disponible. La literatura sobre análisis de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales en comparación con los de residentes locales no es amplia, pero muestra interesantes diferencias en cuanto a patologías específicas como cáncer, tuberculosis, malaria y afecciones de la salud mental. También se documenta la situación de la infancia y adolescencia local frente a la extranjera (Aragona, Salvatore y Mazzetti, 2020; Cabieses y otros, 2017; Cacciani y otros, 2020; Herrador y otros, 2019; Ng, 2018; Oyarte y otros, 2018). Algunos de estos estudios han sido realizados en Chile y muestran el aporte del monitoreo de salud de personas migrantes internacionales a partir de análisis de registros habituales del sistema de salud. Estos tienen el potencial de informar en tiempo real y a lo largo del tiempo sobre patrones generales poblacionales de enfermedades más severas, que requieren cuidado hospitalario en el país de residencia.

Entre los aspectos positivos de los resultados presentados destaca la robustez de la calidad de la información de la base de egresos hospitalarios utilizada respecto del nivel secundario de atención del sistema de salud del país, en todo el período analizado. El registro de migrante internacional (es decir, con nacionalidad de un país diferente de Chile) se da sobre la base de los informes de los propios hospitales y clínicas de Chile, y depende del cuidado que ponga en ello cada trabajador de salud que lo documenta en la ficha clínica. Por ese motivo, existe el riesgo de algún grado de subregistro en la base de datos y de que no se pueda distinguir entre los extranjeros que tienen residencia transitoria o permanente (menos de un 1,5% de los egresos hospitalarios de migrantes internacionales corresponden a personas que dicen residir en el extranjero). No obstante, la autoridad sanitaria del

país afirma que este registro ha mejorado sustancialmente desde 2015 hasta la fecha. La base de datos carece de una gran diversidad de variables demográficas, socioeconómicas, migratorias y psicosociales que a nivel mundial se reconocen como relevantes en este tema. Tampoco se distingue entre egresos nuevos o de personas que han vuelto a ingresar al centro hospitalario, lo que es una limitante para el análisis.

En la misma línea, pese a que se trata de un análisis repetido en diferentes años, la naturaleza transversal de los datos impide determinar la causalidad entre la condición de migrante internacional y los diferentes resultados de egresos hospitalarios presentados. No obstante, esta actualización de los escasos estudios previos permite describir patrones generales en la población migrante internacional en cuanto a su uso del sistema hospitalario público y privado en Chile, y hacer las principales comparaciones con la población local. Los resultados de este análisis, basados en datos de egresos y no de personas (ya que una persona puede tener más de un egreso en un año), dan cuenta de patrones generales de uso del nivel secundario de atención de salud por parte de las subpoblaciones de interés, aunque no de las necesidades sentidas o expresadas por estos grupos en Chile. La investigación sobre grupos que tienen necesidades de salud a las que no se logra dar respuesta mediante atenciones de salud efectivas, de nivel primario o secundario, requiere mayor consideración y está fuera del alcance de este estudio en particular.

Este estudio es de utilidad para la salud pública y para el sistema de salud chileno. Podría servir como referencia en la vigilancia y en la planificación sanitaria, a las que aportaría una perspectiva de derechos y de inclusión en los servicios de salud de los colectivos migrantes internacionales, cuyo número va en constante aumento en Chile. El enfoque de análisis de inmigrantes emergentes en comparación con inmigrantes asentados es novedoso y también aporta nuevas perspectivas sobre el uso de información de registro habitual en América Latina y el Caribe, por cuanto la mayoría de los migrantes internacionales en el país son personas procedentes de la misma región, en especial de países como Colombia, el Ecuador, Haití, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de). Una perspectiva de derechos en el ámbito de la salud con alcance regional exige una cooperación transnacional entre los sistemas de salud y los gobiernos, el desarrollo de metas sanitarias regionales y la cooperación financiera y de registros en materia de salud. Esta perspectiva considera también la portabilidad de derechos de las personas, independientemente de su país de origen o de residencia en la región, y requiere de un enfoque intercultural de la salud que permita una atención no solo de calidad biomédica, sino que además sea pertinente a la cosmovisión particular de cada persona y comunidad.

De forma similar a años anteriores (Cabieses, Oyarte y Delgado, 2017), se mantiene la brecha de los migrantes internacionales respecto de la población local en cuanto a la no pertenencia o el desconocimiento de la pertenencia a algún sistema previsional de salud. Si bien esta brecha ha disminuido con el tiempo, aún se observa un porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes a migrantes internacionales sin previsión de salud que llega a cuadruplicar el de los nacionales en la misma situación.

Si bien entre los resultados presentados se describen los egresos hospitalarios en ambas poblaciones según el sistema de salud al que pertenece el egresado, podría ser de utilidad explorar en profundidad si persisten algunas de las diferencias observadas en Chile al distinguir entre lo público y lo privado, además de explorar las diferencias según el sistema de salud en el país de origen. A modo de ejemplo, algunos estudios sugieren que los migrantes de origen mexicano en los Estados Unidos han tenido más probabilidades de ser hospitalizados que los no migrantes en México, independientemente del seguro médico (González-Block y De La Sierra-de La Vega, 2011). En la misma línea, según resultados del estudio de González-Block y De La Sierra-de La Vega (2011), en 2008 la suma del total de admisiones en hospitales generales mostró que los migrantes repatriados en México desde los Estados Unidos demandaron atención tanto en servicios públicos como privados y que el 69,6% de ellos fueron atendidos en hospitales públicos y el 30,3% en hospitales privados. A este respecto, en Chile, los datos de 2015 mostraron que el porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes al sistema privado fue mayor en el caso de los migrantes internacionales que en el de los chilenos, aunque esta situación fue variando a lo largo de los años hasta antes de la pandemia.

La realización de análisis de datos de registro habitual de los sistemas de salud, como son los datos de egresos hospitalarios, permite establecer un sistema de monitoreo a largo plazo de la población migrante internacional. La calidad de este registro es un factor decisivo para su análisis e interpretación a nivel poblacional. Al mismo tiempo, dicho tipo de análisis es el que permite su mejoramiento continuo, pues ofrece la oportunidad de subsanar las fallas que se detecten. Este tipo de análisis es esencial para la salud pública de cualquier país, es de bajo costo, aporta profundidad de contenido y análisis a la vigilancia que se desarrolla de manera permanente y permite su constante mejora. El acceso de una persona al nivel hospitalario revela una necesidad de salud importante, que por lo general implica un alto costo, relacionada con condiciones de salud o accidentes que, en muchos casos, podrían haberse prevenido, evitado o controlado.

Teniendo en cuenta lo aquí expuesto, este tipo de análisis permite poner la atención en aquellas causas en que se están concentrando los egresos hospitalarios de las poblaciones de migrantes internacionales, de manera de promover políticas, estrategias y planes que aseguren que “nadie se quede atrás” en lo que respecta a prevenir, diagnosticar y tratar alguna condición de salud. Al mismo tiempo, este análisis del período inmediatamente anterior a la crisis sociosanitaria que significó la pandemia de COVID-19, provocada por el virus SARS-CoV-2, aporta una línea de base sobre las diferencias en cuanto a egresos hospitalarios de migrantes internacionales y población nacional. Permite reconocer diferencias y variaciones entre 2015 y 2019 que serán de gran valor para la comparación posterior con el período de la pandemia. La perspectiva de distinguir entre migrantes totales, asentados y emergentes es novedosa y aporta información relevante sobre las brechas entre locales y migrantes internacionales, así como entre grupos de migrantes internacionales según su grado de integración en el país.

Bibliografía

- Agar Corbinos, L. y otros (2017), “Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena”, *OASIS*, vol. 25, N° 95.
- Anderson, K. y otros (2021), “Do outcomes of psychiatric hospital treatment differ for migrants and non-migrants?”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 56, N° 11.
- Aragona, M., M. Salvatore y M. Mazzetti (2020), “Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy”, *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunità*, vol. 2.
- Aro, T. y A. Kantele (2021), “Hospital admissions of refugees, asylum seekers and undocumented migrants: Ten-year retrospective study”, *Travel Medicine and Infectious Disease*, vol. 44, N° 102186.
- Bastias, G. y otros (2019), “Reforma al sistema privado de salud: comentarios al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud y a las indicaciones presentadas en julio de 2019”, *Boletín 8105-11*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bojorquez, I. y otros (2021), “Migration and health in Latin America during the COVID-19 pandemic and beyond”, *The Lancet*, vol. 397, N° 10281.
- Cabieses, B. (2019), “Salud y migración: un proceso complejo y multidimensional”, *Migración en Chile: evidencia y mitos de una nueva realidad*, N. Rojas Pedemonte y J. T. Vicuña Undurraga (eds.), Lom.
- Cabieses, B. y otros (2019), “Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study”, *Medical Research Archives*, vol. 7, N° 1.
- Cabieses, B., M. Oyarte y I. Delgado (2017), “Egresos hospitalarios en Chile: análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local”, *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*, Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B. y otros (2017), “Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile”, *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 88, N° 6.
- Cacciani, L. y otros (2020), “Potentially avoidable hospitalization for asthma in children and adolescents by migrant status: results from the Italian Network for Longitudinal Metropolitan Studies”, *BMC Public Health*, vol. 20, N° 1.
- Danielsson, N. y otros (2007), “Hospitalization in Sweden of children born to immigrants”, *Acta Paediatrica*, vol. 92, N° 2.
- Delia, D. (2003), “Distributional Issues in the analysis of preventable hospitalizations: distributional issues in the analysis of preventable hospitalizations”, *Health Services Research*, vol. 38, N° 6.
- Di Napoli, A. y otros (2022), “Barriers to accessing primary care and appropriateness of healthcare among immigrants in Italy”, *Frontiers in Public Health*, vol. 10, N° 817696.
- González-Block, M. A. y L. A. de la Sierra-de La Vega (2011), “Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs”, *BMC Public Health*, vol. 11, N° 1.
- Herrador, Z. y otros (2019), “Imported cases of malaria in Spain: observational study using nationally reported statistics and surveillance data, 2002–2015”, *Malaria Journal*, vol. 18, N° 1.
- Huerta-Vera, G. S. y otros (2021), “Clinical situation of Venezuelan migrants living with HIV in a hospital in Lima, Peru”, *International Journal of STD & AIDS*, vol. 32, N° 12.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2019), “Demografía” [en línea] <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion/demografia>.
- Kietzmann, D., D. Knuth y S. Schmidt (2017), “(Non-)utilization of pre-hospital emergency care by migrants and non-migrants in Germany”, *International Journal of Public Health*, vol. 62, N° 1 <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0904-y>.

- Llop-Gironés, A. y otros (2014), “Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 88, N° 6.
- Markkula, N. y otros (2018), “Use of health services among international migrant children – a systematic review”, *Globalization and Health*, vol. 14, N° 1.
- MIDESO (Ministerio de Desarrollo Social) (2018), *Inmigrantes Síntesis de resultados: Casen 2017* [en línea] http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf.
- Ministerio de Salud (2018), *Política de Salud de Migrantes Internacionales*, Santiago.
- Naciones Unidas (2019), “Population Facts”, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES).
- Ng, E. (2018), “Tuberculosis-related hospital use among recent immigrants to Canada”, *Health Reports*, vol. 29, N° 7.
- Ng, E., C. Sanmartin y D. G. Manuel (2016), “Acute care hospitalization, by immigrant category: linking hospital data and the immigrant landing file in Canada”, *Health Reports*, vol. 27, N° 8.
- North Carolina. State Center for Health Statistics (2022), *Use of Hospital Discharge Data for Estimating Morbidity in North Carolina*, Forgotten Books.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2020), *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*.
- ___ (2019), *Derecho internacional sobre migración N°34 - Glosario de la OIM sobre Migración* [en línea] <https://www.iom.int/glossary-migration-2019>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002), “La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas”, *Boletín Epidemiológico*, vol. 23, N° 3.
- Oyarte, M. y otros (2018), “Hospitalizations for cancer in international migrants versus local population in Chile”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 52, N° 36.
- Prieto Rodríguez, M. Á. y otros (2022), “Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 36, N° 2.
- Santoro, D. y otros (2006), “Migrants’ admissions to hospital: a retrospective study in Como from 1994 to 1998”, *Journal of Travel Medicine*, vol. 7, N° 6.
- Schoenbach, V. J. (2004), “Midiendo la enfermedad y la exposición” [en línea] <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/MidiendoLaOcurrencia.pdf>.
- Stefoni, C. (2018), “Panorama de la migración internacional en América del Sur. Documento elaborado en el marco de la Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de Expertas y Expertos en Migración Internacional preparatoria del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular”, *serie Población y Desarrollo*, N° 123 (LC/TS.2018/32), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Torche, A. y otros (2013), “Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno”, *Propuestas para Chile*, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile.