

Desigualdades en salud en Chile post COVID-19: adscripción y acceso efectivo según sexo y condición migrante

Marilaura Nuñez^a , Iris Delgado^{b*} , María Isabel Matute^b , Báltica Cabieses^c , Paula Muñoz Venturelli^a 

^aCentro de Estudios Clínicos, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ^bCentro de Epidemiología y Políticas de Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ^cCentro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN El año 2022, posterior a la pandemia de COVID-19, aproximadamente 93% de los países de la región de Las Américas continuaban reportando interrupciones en los servicios esenciales de salud, con peores desenlaces en grupos sociales vulnerables. El presente estudio tiene por objetivo describir las barreras en el acceso a la atención en salud en Chile, desglosado por sexo y condición migrante internacional.

MÉTODOS Estudio de corte transversal, analizando los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2022, realizada en Chile a personas desde los 18 años. Se calculó la adscripción, acceso efectivo y barreras en salud por condición migrante internacional y sexo. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple ajustando por edad, ruralidad, nivel educativo, ocupación y quintil de ingreso. El modelo fue expresado en *Odds ratio* ajustados con un intervalo de confianza del 95% en STATA v.18.5.

RESULTADOS Para el año 2022 en Chile, un total de 14 767 688 personas estuvieron representadas en este estudio, con una edad promedio de 45,4 años (desviación estándar: 17,8). De ellas, 51,2% eran mujeres y 9,27% población migrante. Respecto a la adscripción en salud, 3,11% de la población no estaba afiliada al sistema de salud, siendo los hombres (*Odds ratio* ajustado mujeres/hombres: 0,6; intervalo de confianza 95%: 0,54 a 0,68) y migrantes (*Odds ratio* ajustado migrantes/chilenos: 10,3; 8,78 a 12,15) los grupos más afectados. Respecto al acceso efectivo, 17,4% tuvo necesidades en salud, a predominio del sexo femenino (*Odds ratio* ajustado mujeres/hombres: 1,3; intervalo de confianza 95%: 1,21 a 1,32). Sin embargo, de las personas que tuvieron necesidades y la expresaron, 39,2% manifestaron necesidades no satisfechas, con mayor probabilidad de evidenciarlo en el sexo femenino (*Odds ratio* ajustado mujeres/hombres: 1,2; intervalo de confianza 95%: 1,10 a 1,27).

CONCLUSIONES En Chile, la adscripción al sistema de salud sigue siendo un desafío en el sexo masculino y en población migrante. Observamos con preocupación altos porcentajes en demandas no satisfechas, especialmente en mujeres. La intersección entre sexo y migración internacional revela una doble vulnerabilidad en el acceso a la atención en salud, lo que requiere su abordaje.

KEYWORDS Health Equity, Health Disparate Minority and Vulnerable Populations, Sex, Emigrants and Inmigrants, Chile

* Autor de correspondencia idelgado@udd.cl

Citación Nuñez M, Delgado I, Matute MI, Cabieses B, Muñoz Venturelli P. Desigualdades en salud en Chile post COVID-19: adscripción y acceso efectivo según sexo y condición migrante. Medwave 2025;25(11):e3114 DOI 10.5867/medwave.2025.11.3114

Fecha de envío May 27, 2025, **Fecha de aceptación** Nov 3, 2025,

Fecha de publicación Dec 29, 2025

Correspondencia a Centro de Epidemiología y Políticas en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo Avenida Plaza 680 Edificio O, Piso 4, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

En diversas regiones del mundo, la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 incrementó las barreras para un acceso universal a la atención en salud [1,2]. Para el año 2022, aproximadamente el 93% de los países de Las Américas continuaban reportando interrupciones en la respuesta de los servicios esenciales de salud [3]. Se estimó que estas interrupciones, podrían producir un impacto mayor que el causado directamente por la propia pandemia de COVID-19 [4]. Ciertos grupos sociales, como la población migrante internacional y mujeres, tuvieron menos oportunidades para

IDEAS CLAVE

- La adscripción al sistema de salud sigue siendo un desafío en el sexo masculino y en población migrante. La intersección entre sexo y migración internacional revela una doble vulnerabilidad en el acceso a la atención en salud que debe ser estudiada.
- Este estudio tiene representatividad nacional y describe a la población que declara pertenecer a un sistema previsional de salud considerando sus principales condiciones de vulnerabilidad. Esto facilita la identificación de necesidades y barreras para evaluar políticas sanitarias.
- Nuestros resultados evidencian la importancia de avanzar hacia estudios más robustos que orienten políticas públicas centradas en cómo el sexo interactúa con otros determinantes sociales en la población migrante.
- Los resultados presentados tienen un carácter exploratorio y no implican causalidad. Además, la información proviene exclusivamente de los jefes de familia y podría existir subrepresentación de la población migrante. Ambos aspectos pueden limitar la proyección de los resultados de este trabajo.

afrontar las secuelas de la pandemia y por ende se encuentran dentro de los grupos más afectados [1].

Chile no escapa de esta realidad. Durante la pandemia de COVID-19, las mujeres enfrentaron múltiples dificultades, entre ellas mayor probabilidad de perder sus trabajos, de asumir roles adicionales a los ya desempeñados y de reintegrarse a un ritmo más lento en el ambiente laboral en comparación con los hombres [5]. Por otro lado, la población migrante, que en 2021 representaba el 8% de la población nacional, experimentó altos niveles de precariedad socioeconómica, mayor riesgo de enfermar y una menor probabilidad de estar afiliados a un sistema de salud [6]. No obstante, el conocimiento del contexto en el que se desenvuelven estos grupos, la respuesta al impacto de la pandemia en el acceso a la atención en salud pública del país, el Fondo Nacional de Salud, sigue siendo limitada. En este contexto, es necesario profundizar en el análisis de las brechas en la adscripción y en el acceso efectivo en la atención de salud.

El acceso efectivo ocurre cuando se han superado todas las barreras (económicas, organizacionales, socioculturales o geográficas) que dificultan la utilización de dichos servicios, permitiendo que las personas reciban la atención que requieren [7,8].

Ad portas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para 2030 [9], la Organización Panamericana de la Salud prevé que, posterior a la pandemia, evidenciaremos disminuciones en el acceso potencial y efectivo [3]. En este contexto, comprender la situación de la cobertura en salud en Chile después de la pandemia en migrantes, especialmente mujeres migrantes, es de vital importancia.

En Chile, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), realizada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, es la de mayor tamaño de muestra a nivel de Latinoamérica [10]. Esta tiene por objetivo realizar el seguimiento del impacto de la política pública, considerando la realidad socioeconómica de la población [11]. En particular, identifica carencias y evalúa brechas, con especial atención en los grupos prioritarios, como la población migrante, medida mediante el autorreporte de país donde vivía la madre al nacimiento [11]. La Encuesta de Caracterización

Socioeconómica Nacional versión 2022 es una herramienta clave para identificar las brechas tras la emergencia sanitaria [1]. El presente estudio tiene por objetivo evaluar el acceso a la atención en salud en individuos de 18 años o más, en Chile durante el año 2022, considerando variables sociodemográficas. Como objetivos específicos se plantearon:

- 1) describir el acceso a la atención en salud según sexo.
- 2) medir el acceso a la atención en salud en población migrante y chilena.
- 3) medir el acceso a la atención en salud en población migrante, desglosado por sexo.

MÉTODOS

Diseño y configuración del estudio

Este es un estudio cuantitativo, observacional y transversal, siguiendo las pautas *checklist STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) [12]. Se realizó un análisis secundario con los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2022 [13]. El nivel de representatividad es nacional, regional y por zonas urbano/rural. El marco muestral fue probabilístico, estratificado y bietápico. Para la versión del año 2022, se entrevistaron a 72 056 hogares y 202 231 personas, de ellas 106 575 eran mujeres y 11 894 inmigrantes [11,13].

Participantes

En este estudio se incluyeron respuestas de individuos de 18 años y más que respondieron la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2022. Aquellos individuos sin información de lugar de nacimiento o con respuesta a las variables de estudio “no recuerda información” o “no sabe” fueron excluidos.

Variables de estudio

El acceso a la atención en salud, dividido en adscripción y acceso efectivo, fue definido como variable dependiente para estudiar su asociación con sexo, condición migrante y condición migrante por sexo. La condición migrante fue evaluada mediante el autorreporte de país donde vivía la madre al

momento del nacimiento (chilenos, migrante internacional). Se calculó la adscripción y acceso efectivo al sistema de salud siguiendo la metodología de estudios previos [14].

Adscripción al sistema de salud

Si el individuo reportaba que tenía adscripción o no a algún sistema previsional de salud (sí/no).

Acceso efectivo

- Demanda expresada medida por la pregunta: ¿Tuvo algún problema de salud en los últimos 3 meses y consultó por este motivo? (Sí/no).
- En caso de demanda no expresada, se caracterizaron las principales barreras de acceso.
- Demanda satisfecha medida por la pregunta: ¿Tuvo alguna barrera durante la atención médica? (Sí/no).
- En caso de demanda no satisfecha se caracterizaron las principales barreras de acceso.

Se incluyeron las variables: edad, condición rural, adscripción al sistema público Fondo Nacional de Salud (sí/no), nivel educativo (sin estudios; educación básica, media y superior), actividad (empleado, desempleado, inactivo), quintil de ingreso autónomo (I más pobre, II, III, IV, V más rico).

Análisis estadístico

Para evaluar la asociación entre variables se realizaron análisis bivariados mediante pruebas de Chi-cuadrado para variables categóricas y comparaciones de medias para variables cuantitativas. La magnitud y dirección de las asociaciones se estimaron mediante modelos de regresión logística múltiple, calculando la razón de probabilidades (*Odds ratio*) de no contar con adscripción y de no tener acceso efectivo al sistema de salud, ajustando por edad, condición rural, nivel educativo, situación ocupacional y quintil de ingreso. Los resultados incluyen intervalos de confianza del 95%. El análisis se efectuó en Stata v18.5, considerando el diseño muestral complejo con los comandos `svyset` y `svy`.

RESULTADOS

En Chile, un total de 15 427 459 personas desde los 18 años estuvieron representadas en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2022. Posterior a los criterios de exclusión (4,3%), un total de 14 767 688 personas fueron consideradas para el análisis (Figura 1)

Del total de la población incluida en el estudio, el 51,2% era de sexo femenino, con una edad promedio de 45,4 años (desviación estándar = 17,8), y 9,3% correspondía a población migrante. La mayoría residía en zonas urbanas (88,4%), contaba con un nivel educativo medio-superior (69,8%) y se encontraba empleado (59,4%). El 96,9% estaba adscrito a un sistema de salud (Tabla 1).

El 17,4% de la población tuvo una necesidad en salud, de ellos el 89% logró acceso efectivo y 11% se enfrentó a barreras para expresar sus necesidades (Figura 2). El tener una necesidad en

salud y no tener acceso efectivo se debió principalmente a que el individuo "lo consideró como no necesario".

De los individuos que tuvieron acceso efectivo ($n = 2\,280\,351$), el 60,8% reportó tener su demanda satisfecha. Mientras que el 39,2% restante consideró que se enfrentó a barreras durante la atención. La mayoría de las personas con demanda no satisfecha tenían problemas para conseguir cita (53,8%) y para ser atendido (demora en la atención, cambios de hora; 53,1%) (Tabla 2).

El análisis por sexo mostró que las mujeres eran más longevas, tenían un nivel educativo más bajo, con un gran porcentaje de inactividad laboral y pertenecían a un quintil autónomo de ingreso menor al de los hombres (Tabla 1). Posterior al análisis ajustado, la adscripción al sistema de salud mostró que las mujeres tenían menor opción de no estar adscritas comparado con los hombres (*Odds ratio* ajustado: 0,6; intervalo de confianza 95%: 0,54 a 0,68). Respecto al acceso efectivo, las mujeres tenían mayor chance de tener necesidades en salud (enfermedades, accidentes; *Odds ratio* ajustado: 1,3; intervalo de confianza 95%: 1,21 a 1,32) y menor chance de tener demandas no expresadas (*Odds ratio* ajustado: 0,9; intervalo de confianza 95%: 0,73 a 0,98). Sin embargo, tenían mayor chance de tener barreras durante la atención en comparación con los hombres (*Odds ratio* ajustado: 1,2; intervalo de confianza 95%: 1,10 a 1,27) (Tabla 3).

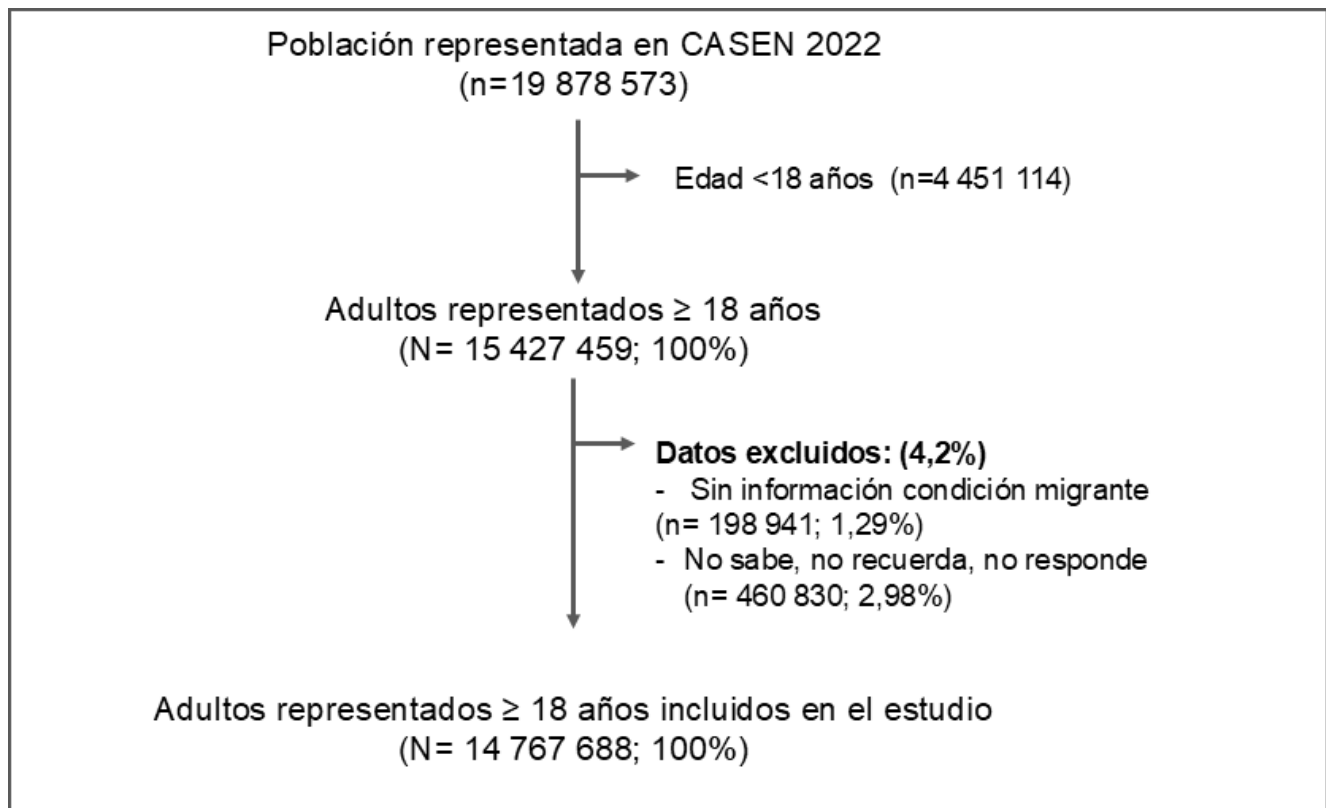
En el análisis por condición migrante, el 51,3% era de sexo femenino. Los migrantes vivían mayoritariamente en zonas urbanas, con un nivel educativo superior, con predominancia en los quintiles de ingreso III y IV, en comparación con los chilenos (Tabla 1). Posterior al análisis ajustado y con relación a la adscripción a un sistema de salud, los migrantes tenían mayor posibilidad de no estar adscritos al sistema de salud en comparación con los chilenos (*Odds ratio* ajustado: 10,3; intervalo de confianza 95%: 8,78 a 12,15) (Tabla 3). Respecto al acceso efectivo, aunque los migrantes tenían menor chance de tener problemas en salud (enfermedades o accidentes; *Odds ratio* ajustado: 0,7; intervalo de confianza 95%: 0,59 a 0,76), cuando los migrantes presentaban necesidades en salud, tenían mayor oportunidad de no expresar sus necesidades en comparación con los chilenos (*Odds ratio* ajustado: 1,5; intervalo de confianza 95%: 1,06 a 2,21). No se evidenciaron diferencias entre migrantes y chilenos en la presencia de barreras durante la atención en salud ($p = 0,11$). Las barreras durante el acceso efectivo en poblaciones migrante y chilena se muestran en la Tabla 2.

En el análisis de subgrupo por condición migrante según sexo ($n = 1\,369\,324$), las características se muestran en la Tabla 1. Luego del análisis ajustado y con relación a la adscripción al sistema de salud por condición de migrante por sexo, las mujeres migrantes tenían menor posibilidad de no estar adscritas en comparación con los hombres migrantes (*Odds ratio* ajustado: 0,8; intervalo de confianza 95%: 0,61 a 0,94) (Tabla 4).

Respecto al acceso efectivo no se registraron diferencias significativas en los migrantes según sexo ($p = 0,45$). Sin embargo, las mujeres migrantes tenían menor probabilidad

Figura 1. Diagrama de flujo de adultos desde los 18 años representados en la encuesta CASEN 2022.

Abreviaturas: CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.



Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

de no expresar las demandas cuando estas se presentaban, en comparación con los hombres (*Odds ratio* ajustado: 0,6; intervalo de confianza 95%: 0,37 a 0,90) (Figura 3). En las barreras durante la atención en salud tampoco se evidenciaron diferencias por sexo en la población migrante ($p = 0,10$).

DISCUSIÓN

Este estudio examina la situación actual del acceso a la atención en salud en Chile post emergencia sanitaria por COVID-19, desagregando según sexo y nacionalidad. El principal hallazgo que evidenciamos es que, a pesar del importante porcentaje de personas con adscripción al sistema de salud chileno, existen poblaciones que aún no están adscritas y/o se enfrentan a barreras en el acceso efectivo a la atención en salud, transformándolas en poblaciones vulnerables. Durante las últimas décadas en Chile, el acceso a la atención en salud ha experimentado cambios significativos. Concretamente, en la adscripción al sistema de salud entre los años 2000 y 2010, se produjo una notable reducción de la no adscripción al sistema disminuyendo la brecha de 11 a 3% [15]. No obstante el logro del 97% de adscripción y su sostenimiento en el tiempo, incluso posterior a la pandemia, se observa con preocupación el aumento de las barreras en el acceso efectivo. Un estudio previo a la pandemia por COVID-19 reportaba porcentajes de

barreras cercanos al 25%, mientras que posterior a la misma, evidenciamos un porcentaje cercano al 40% [16].

Actualmente la adscripción al sistema previsional de salud en Chile es casi universal con predominio público. Esto último se ha intensificado en los últimos años, con la migración de población del sistema privado al público [17]. A pesar de estos importantes avances, nuestros hallazgos muestran cómo los hombres siguen teniendo menos posibilidad de estar adscritos al sistema previsional y no acudir a consultar por no considerarlo necesario, en comparación con las mujeres. La no adscripción a predominio del sexo masculino se reporta en Chile desde el año 2000 [14], manteniéndose incluso después de la pandemia. Probablemente la construcción cultural de la masculinidad [18], similar a otros países, podría superponerse a las necesidades de atención médica. En esta construcción los hombres tienden a acercarse al sistema de salud solo cuando hay alguna necesidad o problema de salud grave [19]. Por su parte, la situación de adscripción al sistema previsional de la población migrante parece no reportar cambios posteriores a la pandemia. El alto porcentaje de no adscripción mantiene valores similares respecto a los valores previos a la pandemia (año 2017: 16,3% versus año 2022:15,7%). Sin embargo, es crucial considerar que podría existir un subregistro de la información post pandemia dada la profundización

Tabla 1. Diferencias en la distribución entre variables sociodemográficas y adscripción al sistema de salud.

Características sociodemográficas y de salud		Población total (n = 14 767 688)				Población migrante (n = 1 369 324)					
		% total	% mujeres	% hombres	valor p	% migrantes	% chilenos	Valor p	% mujeres migrantes	% hombres migrantes	Valor p
Edad	Años (media, DE)	45,4 (17,8)	46,3 (18,2)	44,4 (17,2)	< 0,001	36,8 (11,9)	46,2 (18,0)	0,001	37,3 (12,5)	36,3 (11,1)	< 0,001
Zona residencia	Rural	11,6	11,1	12,2	< 0,001	2,9	12,5	< 0,001	2,97	2,7	< 0,001
Nivel educativo	Sin estudios	11,3	12,2	10,3	< 0,001	5,3	11,9	< 0,001	5,5	5,1	< 0,001
	Básica	18,9	18,5	19,3		13,3	19,5		12,8	13,9	
	Media	34,4	33,8	35,0		36,4	34,2		35,6	38,2	
	Superior	35,4	35,4	35,4		44,5	34,5		46,1	42,9	
Actividad	Empleado	59,4	48,8	70,5	< 0,001	78,1	57,5	< 0,001	67,5	89,3	< 0,001
	Desempleado	5,5	5,3	5,8		6,1	5,5		7,3	4,8	
	Inactivo	35,1	45,9	23,8		15,8	37,1		25,2	5,9	
Quintil de ingreso	I (más pobre)	19,6	21,7	17,4	< 0,001	11,8	20,4	< 0,001	13,5	10,1	< 0,001
	II	21,8	23,3	20,3		19,5	22,1		21,0	17,9	
	III	21,8	22,0	21,7		25,1	21,5		26,0	24,1	
	IV	19,7	18,3	21,3		26,7	19,0		24,9	28,5	
	V (más rico)	17,0	14,7	19,4		16,9	17,0		14,6	19,4	
Adscripción al sistema de salud	Sí	96,9	97,5	96,3	< 0,001	84,3	98,2	< 0,001	14,4	17,2	< 0,001
	No	3,1	2,5	3,7		15,7	1,8		85,6	82,8	
Adscripción al sistema público FONASA	Sí	82,0	84,6	79,3	< 0,001	86,1	81,7	< 0,001	88,7	83,4	< 0,001

DE: desviación estándar. FONASA: Fondo Nacional de Salud.
Datos según sexo y condición migrante en adultos desde los 18 años en Chile durante 2022.
Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

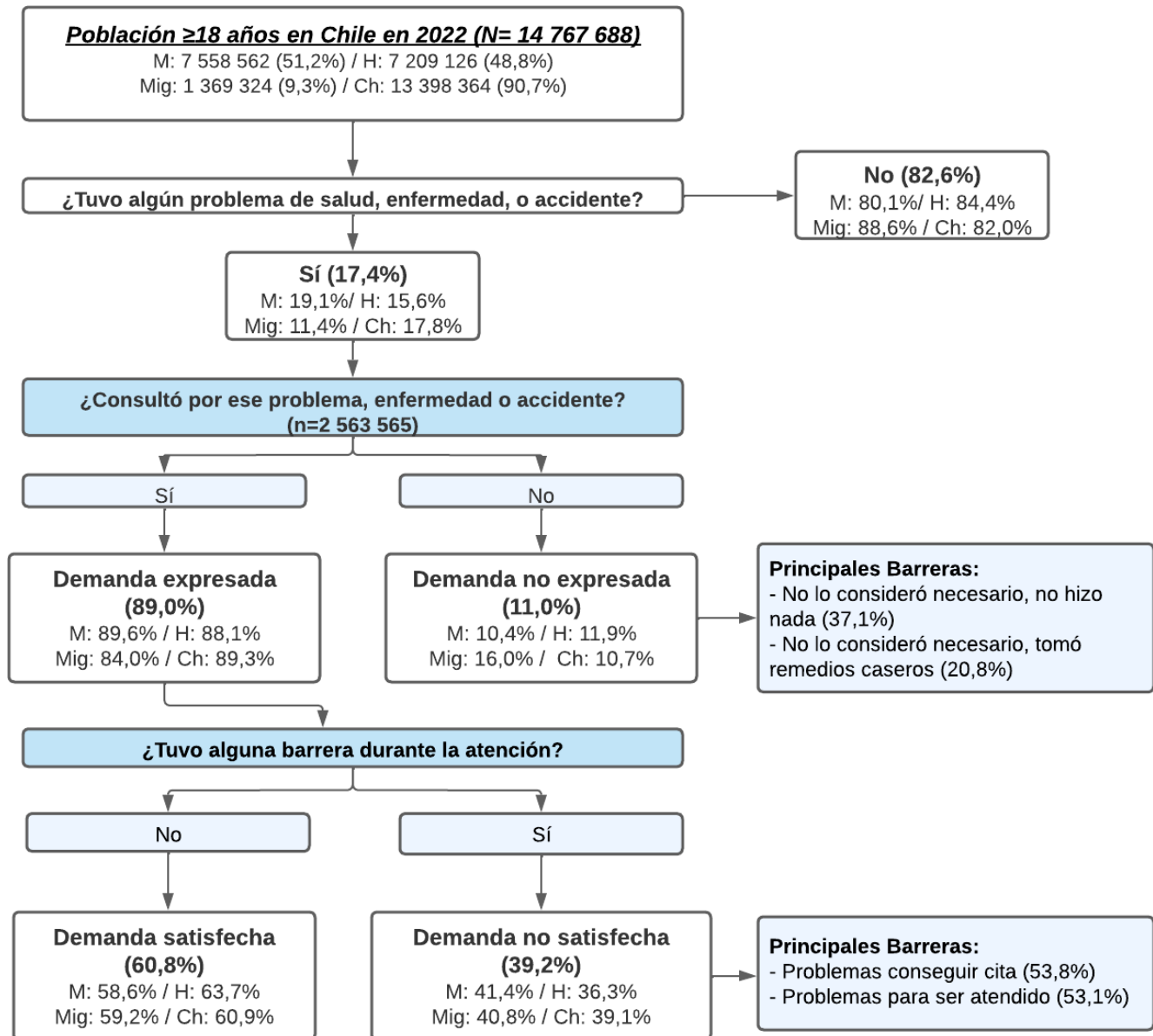
de inequidades en población migrante durante la emergencia sanitaria. En otros países la pandemia por COVID-19 ha agudizado las inequidades en salud en poblaciones vulnerables [20]. Ello, debido a factores socioeconómicos, barreras legales, administrativas, culturales y lingüísticas [2,21].

En relación con el acceso efectivo a la atención en salud en Chile, en las últimas décadas se han implementado programas y políticas sólidas orientadas a garantizar este derecho. Ejemplo de ello son las Garantías Explícitas en Salud regulada por la Ley 19 966 y la Ley 20 850 (Ley Ricarte Soto). Ambas constituyen mecanismos concretos para asegurar el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad en la atención de patologías específicas y tratamientos de alto costo, sin importar la situación socioeconómica del individuo [22,23]. No obstante, los resultados del presente estudio evidencian que las mujeres enfrentan mayores barreras durante la atención en salud en comparación con los hombres, atribuibles principalmente a factores externos como dificultades para obtener una cita médica o costear medicamentos, entre otros. Una mayor probabilidad de percibir su salud como mala o regular [18], mayor adhesión al sistema de salud debido a la asistencia de sus controles preventivos, reproductivos y a la de sus familiares, puede contribuir a que la mujer tenga una mejor autoconciencia de su estado de salud. En Chile las mujeres

podrían estar pasando de menor oportunidad de demandas no satisfechas en el año 1998 [15], a una mayor posibilidad de no satisfacción de necesidades médicas en el año 2022. Un estudio reciente muestra cómo probablemente la incorporación de la fuerza laboral femenina a lo largo de estas últimas dos décadas puede estar enmarcada en formas precarias de trabajo, menores remuneraciones, poca flexibilidad horaria, obstaculizando la obtención de servicios y horas médicas [24]. Durante la pandemia, la insatisfacción en necesidades médicas en mujeres respecto a sus pares empeoró, con disminución de los ingresos y aumento en la carga del cuidado en las familias generando problemas para costear atenciones y la cancelación de citas programadas. Esto es específicamente notorio en las consultas oncológicas y cardiovasculares en comparación con sus pares, los hombres [24,25].

La intersección entre sexo y migración internacional evidencia una doble vulnerabilidad en el acceso a la salud en estos grupos poblacionales. A pesar de que las mujeres están más integradas al sistema de salud, no hubo diferencias en necesidad en salud ni en barreras durante la atención. Ello podría denotar razones subyacentes distintas por sexo en esta población. Nuestros resultados visibilizan la relevancia de avanzar en estudios más robustos, que permitan generar políticas públicas centradas en

Figura 2. Acceso efectivo a atención en salud en individuos desde los 18 años en Chile, año 2022.



Abreviaturas: M: mujeres. H: hombres. Mig: migrantes, Ch: chilenos.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

cómo el sexo interactúa con otros determinantes sociales en la población migrante.

Este estudio tiene importantes limitaciones que deben ser consideradas. Los resultados presentados tienen un carácter exploratorio y no implican causalidad, dado la imposibilidad de evaluar la temporalidad. La información proviene exclusivamente de los jefes de familia y podría existir subrepresentación de la población migrante. Sin embargo, la encuesta presenta importantes fortalezas: permite un análisis con representatividad nacional, describe a la población que declara pertenecer a un sistema previsional de salud considerando sus principales condiciones de vulnerabilidad, y facilita la identificación de

necesidades y barreras para evaluar políticas sanitarias en estos grupos tras la pandemia.

CONCLUSIONES

En Chile, la adscripción al sistema de salud sigue siendo un desafío en el sexo masculino y en población migrante. Observamos con preocupación altos porcentajes en demandas no satisfechas, especialmente en mujeres. La intersección entre sexo y migración internacional revela una doble vulnerabilidad en el acceso a la atención en salud que debe ser estudiada.

Tabla 2. Barreras en acceso efectivo a atención en salud en adultos desde los 18 años en Chile, 2022.

No expresó necesidad en salud debido a barreras (n = 283 214) ¹									
Barreras	Total n = 283 214	Análisis por sexo (n = 283 214)		Análisis por condición migrante (n = 283 214)		Análisis en población migrante por sexo (n = 29 914)			
		Mujeres (n = 149 857)	Hombres (n = 133 357)	valor p	Migrantes (n = 29 914)	Chilenos (n = 258 300)	valor p	Mujeres (n = 10 640)	Hombres (n = 14 274)
No lo consideró necesario, así que no hizo nada	37,1	34,0	40,6	< 0,001	46,8	36,1	< 0,001	46,0	45,5
No lo consideró necesario y tomó remedios caseros	20,8	21,6	19,9		17,9	21,1		15,2	19,9
Decidió tomar sus medicamentos habituales	14,1	15,1	13,1		9,2	14,6		11,4	7,6
Pidió la hora, pero no la obtuvo	4,2	5,3	2,9		0,5	4,5		0,5	0,4
No tuvo tiempo	3,7	3,3	4,1		6,5	3,4		7,3	6,0
Otra razón	20,2	20,7	19,5		19,2	20,3		19,8	18,7
Tuvo consulta con barreras	Total n = 893.875	Análisis por sexo (n = 893 875)		Análisis por condición migrante (n = 893 875)		Análisis en población migrante por sexo (n = 131 150)			
		Mujeres (n = 535 314)	Hombres (n = 358 561)	valor p	Migrantes (n = 53 490)	Chilenos (n = 840 385)	valor p	Mujeres (n = 32 622)	Hombres (n = 20 868)
Problemas para conseguir cita (sí)	53,8	54,6	52,7	< 0,001	52,8	53,9	< 0,001	49,0	58,7
Problemas para ser atendido (sí)	53,1	52,8	53,6	< 0,001	50,0	53,3	< 0,001	50,9	48,7
Problemas para llegar (sí)	32,0	30,1	34,6	< 0,001	26,2	32,3	< 0,001	26,6	25,7
Problemas para entrega o acceso a medicamentos por costo (sí)	29,3	30,8	27,0	< 0,001	28,8	29,3	0,02	30,4	26,5
Problemas para pagar la atención (sí)	25,5	25,8	25,0	< 0,001	25,4	25,5	0,81	24,2	27,4

DE: desviación estándar.

¹ Motivo principal por el cual la necesidad en salud no fue expresada. Los resultados suman el 100%.

² Motivos por los cuales la necesidad en salud a pesar de haber sido atendida no fue satisfecha. Cada motivo suma un 100%.
Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Tabla 3. Análisis ajustado de asociación entre variables sociodemográficas.

	Sin previsión		Necesidad en salud		Demanda no expresada		Necesidad no satisfecha	
	(n = 14 767 688)		(n = 14 767 688)		(n = 2 563 565)		(n = 2 280 351)	
	ORa	(IC 95%)	ORa	(IC 95%)	ORa	(IC 95%)	ORa	(IC 95%)
Mujer	0,6	(0,54 a 0,68)	1,3	(1,21 a 1,32)	0,9	(0,73 a 0,98)	1,2	(1,10 a 1,27)
Hombre	Ref		Ref		Ref		Ref	
Migrante	10,3	(8,78 a 12,15)	0,7	(0,59 a 0,76)	1,5	(1,06 a 2,21)	1,2	(0,96 a 1,46)
Chileno	Ref		Ref		Ref		Ref	
35 a 44 años	0,7	(0,57 a 0,76)	1,2	(1,16 a 1,33)	1,1	(0,88 a 1,50)	1,0	(0,92 a 1,19)
45 a 54 años	0,7	(0,61 a 0,87)	1,6	(1,48 a 1,67)	1,0	(0,81 a 1,17)	1,2	(1,02 a 1,41)
55 a 64 años	0,8	(0,64 a 0,91)	1,9	(1,76 a 2,00)	1,0	(0,80 a 1,16)	1,2	(1,04 a 1,31)
65 a 74 años	0,3	(0,25 a 0,43)	2,1	(1,99 a 2,27)	1,0	(0,78 a 1,17)	1,0	(0,89 a 1,16)
≥75 años	0,2	(0,14 a 0,28)	2,6	(2,46 a 2,85)	0,8	(0,68 a 1,06)	1,0	(0,86 a 1,15)
< 35 años	Ref		Ref		Ref		Ref	
Rural	1,3	(1,15 a 1,52)	0,7	(0,67 a 0,74)	0,8	(0,69 a 1,02)	0,8	(0,75 a 0,91)
Urbano	Ref		Ref		Ref		Ref	
Sin educación	1,5	(1,19 a 1,82)	1,0	(0,91 a 1,04)	1,1	(0,89 a 1,32)	1,4	(1,23 a 1,61)
Básica	1,5	(1,26 a 1,80)	0,9	(0,84 a 0,95)	0,9	(0,73 a 1,03)	1,3	(1,11 a 1,42)
Media	1,3	(1,07 a 1,48)	0,8	(0,79 a 0,89)	0,9	(0,79 a 1,07)	1,2	(1,04 a 1,28)
Superior	Ref		Ref		Ref		Ref	
Desocupados	1,7	(1,43 a 2,09)	1,0	(0,90 a 1,08)	1,2	(0,98 a 1,58)	1,0	(0,82 a 1,20)
Inactivos	1,4	(1,20 a 1,58)	1,0	(0,92 a 1,00)	1,0	(0,87 a 1,15)	1,0	(0,93 a 1,11)
Ocupados	Ref		Ref		Ref		Ref	
I quintil	2,4	(1,85 a 3,04)	0,8	(0,69 a 0,89)	1,4	(1,14 a 1,78)	2,2	(1,90 a 2,57)
II quintil	2,0	(1,55 a 2,46)	0,8	(0,68 a 0,87)	1,2	(0,94 a 1,46)	2,0	(1,76 a 2,37)
III quintil	2,2	(1,75 a 2,87)	0,8	(0,70 a 0,90)	1,2	(0,96 a 1,50)	1,7	(1,44 a 1,91)
IV quintil	2,2	(1,58 a 3,06)	0,8	(0,73 a 0,96)	1,1	(0,85 a 1,30)	1,5	(1,28 a 1,71)
V quintil	Ref		Ref		Ref		Ref	
_cons	0,0	(0,01 a 0,01)	0,2	(0,15 a 0,21)	0,1	(0,09 a 0,15)	0,3	(0,25 a 0,34)

ORa: Odds ratio ajustado. Ref: referencia. IC: intervalo de confianza. cons: intercepto (constante del modelo).

Análisis multivariado para evaluar el acceso a la atención en salud en mujeres respecto a los hombres y en migrantes internacionales respecto a los chilenos ajustando por variables sociodemográficas, considerando un intervalo de confianza del 95%.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

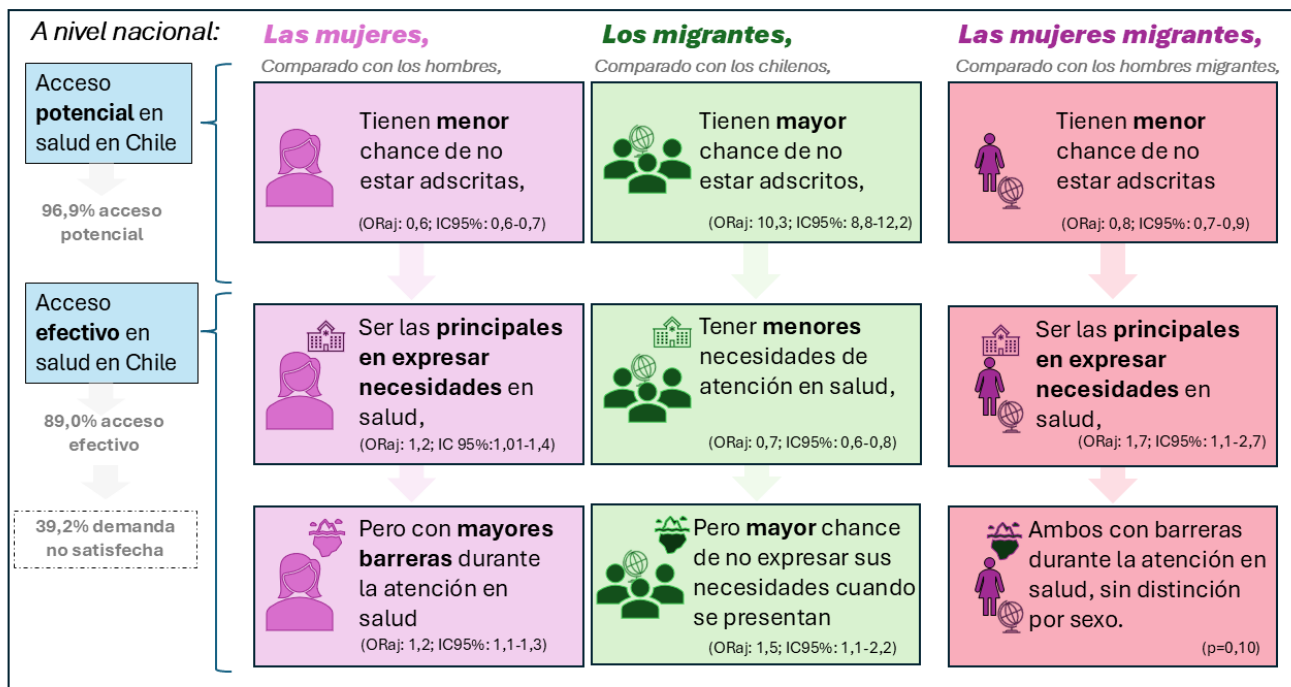
Tabla 4. Análisis ajustado de asociación entre variables sociodemográficas, adscripción y acceso efectivo al sistema de salud, por condición migrante.

	Sin previsión			Necesidad en salud			Demanda no expresada			Necesidad no satisfecha		
	(N = 1 369 324)			(n = 1 369 324)			(n = 156 064)			(n = 131 150)		
	OR	(IC 95%)		OR	(IC 95%)		OR	(IC 95%)		OR	(IC 95%)	
Mujer	0,8	(0,61 a	0,94)	1,1	(0,87 a	1,36)	0,6	(0,37 a	0,90)	1,4	(0,93 a	2,15)
Hombre	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
35 a 44 años	0,6	(0,46 a	0,71)	0,9	(0,69 a	1,26)	1,0	(0,49 a	2,10)	1,1	(0,67 a	1,88)
45 a 54 años	0,4	(0,30 a	0,63)	1,7	(1,27 a	2,38)	1,2	(0,59 a	2,43)	1,3	(0,72 a	2,20)
55 a 64 años	0,8	(0,52 a	1,32)	2,3	(1,56 a	3,32)	1,7	(0,87 a	3,43)	0,8	(0,42 a	1,70)
65 a 74 años	1,0	(0,54 a	1,90)	2,0	(1,22 a	3,28)	1,8	(0,47 a	6,90)	0,9	(0,37 a	2,10)
≥75 años	1,1	(0,49 a	2,30)	4,6	(2,44 a	8,61)	0,3	(0,03 a	2,30)	1,1	(0,35 a	3,40)
< 35 años	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
Rural	1,3	(0,92 a	1,87)	0,6	(0,43 a	0,91)	2,5	(1,06 a	5,69)	1,6	(0,66 a	3,70)
Urbano	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
Sin educación	1,3	(0,88 a	1,91)	1,1	(0,77 a	1,55)	1,2	(0,51 a	2,87)	1,2	(0,58 a	2,69)
Básica	1,9	(1,38 a	2,56)	0,9	(0,65 a	1,15)	0,3	(0,14 a	0,78)	1,0	(0,55 a	1,67)
Media	1,6	(1,21 a	2,03)	0,8	(0,63 a	1,03)	1,0	(0,56 a	1,95)	1,6	(1,03 a	2,61)
Superior	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
Desocupados	1,6	(1,12 a	2,35)	0,9	(0,61 a	1,29)	0,9	(0,33 a	2,27)	0,5	(0,25 a	1,15)
Inactivos	1,2	(0,87 a	1,56)	0,9	(0,69 a	1,14)	0,9	(0,41 a	1,83)	0,8	(0,46 a	1,33)
Ocupados	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
I quintil	3,4	(2,19 a	5,29)	0,8	(0,51 a	1,15)	1,3	(0,46 a	3,75)	3,4	(1,53 a	7,42)
II quintil	2,2	(1,49 a	3,38)	0,7	(0,46 a	1,04)	1,3	(0,48 a	3,65)	2,7	(1,30 a	5,76)
III quintil	3,1	(2,04 a	4,83)	0,6	(0,43 a	0,92)	1,4	(0,46 a	4,01)	1,7	(0,87 a	3,45)
IV quintil	3,5	(2,00 a	6,17)	0,7	(0,45 a	0,97)	1,6	(0,61 a	4,17)	2,1	(1,04 a	4,11)
V quintil	Ref			Ref		Ref	Ref			Ref		
_cons	0,1	(0,05 a	0,10)	0,2	(0,10 a	0,28)	0,2	(0,05 a	0,65)	0,3	(0,13 a	0,50)

OR: Odds ratio. IC: intervalo de confianza. Ref: referencia. cons: intercepto (constante del modelo).
Análisis multivariado para evaluar el acceso a la atención en salud en mujeres migrantes respecto a los hombres migrantes ajustando por variables sociodemográficas, considerando un intervalo de confianza del 95%.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Figura 3. Desigualdades en el acceso a la atención en salud en Chile tras la pandemia por COVID-19.



Desigualdades en el acceso a la atención en salud en Chile tras la pandemia por COVID-19, evaluando por sexo y por condición migrante. Análisis ajustado por edad, condición rural, nivel educativo, ocupación y quintil autónomo de ingreso.

Abreviaturas: ORaj: Odds ratio ajustado; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Fuente: elaborada por los autores a partir de los datos del estudio.

Autoría MN, ID contribuyeron con la concepción, diseño y análisis de los datos. MN, ID y MIM contribuyeron en la redacción del manuscrito e interpretación de los resultados. ID, BC y PMV contribuyeron en el análisis e interpretación, revisión crítica para determinar contenido intelectual importante. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final a publicar.

Agradecimientos Los autores expresan su agradecimiento al Ministerio de Desarrollo Social de Chile por el acceso a las bases de datos.

Conflictos de intereses PMV recibe subvenciones para investigación de ANID Fondecyt Regular 1221837, Pfizer y Boehringer Ingelheim. Los demás autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento No hubo financiamiento para este estudio.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión por pares externa de dos pares revisores. Con revisión estadística por la editora estadística de la revista. Todo el proceso de revisión por pares se llevó a cabo en modalidad de doble anónimo.

REFERENCIAS

- Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Salud Casen 2022. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Salud_Casen2022.pdf
- Cabieses B, Oyarte M, Alvarez MI, Blukacz A, Obach A, Carreño A, et al. Acceso a salud de migrantes internacionales en pandemia en Chile: resultados de encuesta cuantitativa. IIRR-JORR. 2023;56: 109–132. <https://doi.org/10.38191/iirr-jorr.23.013>
- Bascolo E. Servicios de Salud Recuperacion post pandemia. PAHO; 2022. https://www.paho.org/sites/default/files/servicios-de-salud-recuperacion-post-pandemia-ernesto-bascolo-ops-octubre-2022_0.pdf
- Chen H-S, Zeichner S, Anderson RN, Espey DK, Kim H-J, Feuer EJ. The Joinpoint-Jump and Joinpoint-Comparability Ratio Model for Trend Analysis with Applications to Coding Changes in Health Statistics. J Off Stat. 2020;36: 49–62. <https://doi.org/10.2478/jos-2020-0003>
- FONASA. Informe de PMG Género - Medida 8: Efectos de la pandemia en la población beneficiaria con perspectiva de género. 2021. https://adjuntos.fonasa.gob.cl/assets/datos-abiertos/Beneficiarios/Informe_PMG_G%c3%a9nero_Medida_8_Efecto_de_la_pandemia_en_la_poblaci%c3%b3n_Beneficiaria.pdf
- Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Carreño A, Stefoni C, Pérez C. Access to health services for international migrants during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. Rev Esc Enferm USP. 2023;57. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0443en>

7. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr.* 2004;3. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>
8. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP, Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Acceso potencial a los recursos humanos del primer nivel de atención en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). *HS.* 2016;15: 123. <https://doi.org/10.19136/hs.a15n3.1254>
9. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible. In: United Nations [Internet]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
10. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
11. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2022. 2022. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Diseno_Muestral_Casen_2022_v20oct23.pdf
12. STROBE. <https://www.strobe-statement.org/>
13. In: Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia [Internet]. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
14. Jadue H L, Delgado B I, Sandoval O H, Cabezas M L, Vega M J. Análisis del nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000. *Rev Méd Chile.* 2004;132: 750–760. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000600013>
15. In: Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN [Internet]. 28 Jan 2025. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000900001
16. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev Saúde Pública.* 2020;54: 20. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001501>
17. Benítez A. Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes.
18. Socías ME, Koehoorn M, Shoveller J. Gender Inequalities in Access to Health Care among Adults Living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues.* 2016;26: 74–9. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.08.001>
19. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26: 4021–4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
20. Thompson N, Kyaw K W Y, Singh L, Cikomola JC, Singh NS, Roberts B. The effect of COVID-19 on the non-COVID health outcomes of crisis-affected peoples: a systematic review. *Confl Health.* 2024;18. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00592-7>
21. Mazzalai E, Giannini D, Tosti ME, D'Angelo F, Declich S, Jaljaa A, et al. Risk of Covid-19 Severe Outcomes and Mortality in Migrants and Ethnic Minorities Compared to the General Population in the European WHO Region: a Systematic Review. *J Int Migr Integr.* 2023; 1–31. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01007-x>
22. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Garantías Explícitas en Salud (GES) - Orientación en Salud. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
23. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. In: Ley Ricarte Soto - Orientación en Salud [Internet]. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/ley-ricarte-soto-6088/>
24. In: Women's access to health care: Gaps that the future health care reform in Chile must solve - Medwave [Internet]. 28 Jan 2025. https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/8490.html?lang=es#reference_111
25. Pacheco J, Crispi F, Alfaro T, Martínez MS, Cuadrado C. Gender disparities in access to care for time-sensitive conditions during COVID-19 pandemic in Chile. *BMC Public Health.* 2021;21. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11838-x>

Health inequalities in post-COVID-19 Chile: Health system coverage and effective access by sex and migrant status

ABSTRACT

INTRODUCTION In 2022, after the COVID-19 pandemic, approximately 93% of the countries in the Region of the Americas continued to report interruptions in essential health services, with worse outcomes in vulnerable social groups. The present study aims to describe barriers to access to health care in Chile, disaggregated by sex and international migrant status.

METHODS Cross-sectional study, analyzing the results of the CASEN 2022 survey of persons ≥ 18 years of age. We calculated ascription, effective access and health barriers by international migrant status and sex. Multiple logistic regression models were performed adjusting for age, rurality, educational level, occupation, and income quintile. The model was expressed as an adjusted Odds Ratio (ORadj) with a 95% confidence interval in STATA v.18.5.

RESULTS For the year 2022 in Chile, a total of 14,767,688 people were represented in this study, with a mean age of 45.4 years (SD: 17.8), 51.2% were women and 9.27% were migrants. Regarding health insurance, 3.11% of the population was not affiliated with the health system, with men (ORadj_{women/men}: 0.6; 95% CI: 0.54-0.68) and immigrants (ORadj_{immigrants/chileans}: 10.3; 8.78-12.15) being the most affected groups. In terms of effective access, 17.4% had health needs, with a predominance of the female sex (ORadj_{women/men}: 1.3; 95% CI: 1.21-1.32). However, of those who had needs and expressed them, 39.2% expressed unmet needs, with a higher probability of showing it in women (ORadj_{women/men}: 1.2; 95% CI: 1.10-1.27).

CONCLUSIONS In Chile, health system coverage remains a challenge for men and the migrant population. We observe with concern high percentages of unmet health needs, particularly among women. The intersection of sex and international migration reveals a dual vulnerability in access to health care that warrants further study.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.