

# La inmigración en Chile: Una mirada desde los Determinantes Sociales de la Salud.

Avance de investigación en curso

Ana J. Zepeda Ortega  
Laura Malena Monteverde

## Resumen

Este trabajo evalúa la condición de inmigrante en Chile como posible factor condicionante social de salud. Para ello se comparó la salud auto-referida (SAR) y problemas de salud del último mes (PS1) de nativos e inmigrantes andinos (Ecuador y Perú) y trasandinos (Argentina y Bolivia). Se analizaron a los >14 años que responden la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009<sup>1</sup>. El análisis es descriptivo, bi-variado y multivariado, donde las variables dependientes son: SAR y PS1 y, las independientes: edad, sexo, nivel educacional, situación de pareja, condición de actividad y cobertura de salud. Se concluye que la SAR y PS1 de Andinos es similar a los nativos y que Trasandinos tienen mejor SAR pero similares PS1, comparado con los nacionales.

**Palabras claves:** Inmigración, Salud Auto-referida, Chile.

## Introducción

En un sentido amplio, los desplazamientos de población (voluntario, forzado o pasivo) abarcan desde los movimientos cotidianos hasta los de larga duración, así como los momentáneos y los permanentes (Domenach & Picouet, 1996). Sin embargo, la distinción entre migración interna e internacional, sustentada en el cruce de fronteras internacionales es útil para delimitar el campo de estudio, aún cuando la realidad subyacente a todos los movimientos de población responda a denominadores comunes y/o similares.

Los nuevos desafíos que plantea la migración internacional es de interés en diferentes ámbitos (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2010), uno de los cuales es el cuidado de la salud de los desplazados en el lugar de destino (Carballo & Nerukar, 2001). ¿Por qué ocuparse de la salud de los inmigrantes puede ser trascendental para la población de acogida? En primer lugar porque la salud es un derecho humano irrenunciable (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1948; OMS, 2005) y la falta de atención a este tema puede generar grandes costos sociales, económicos y políticos para el país anfitrión (OIM, 2012). También puede ayudar a la integración de los recién llegados, lo que puede reducir el surgimiento de actitudes xenofóbicas. Esto porque un migrante enfermo puede ser visto por la población receptora como una amenaza y potencial fuente de contagio de enfermedades.

### ***Determinantes Sociales de la Salud y condición de inmigrante***

La conceptualización de los “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS) apunta a identificar las causas subyacentes a la pérdida de la salud, que pueden estar relacionadas con las condiciones sociales en donde se desarrolla la vida de las personas (Laframboise, 1973; Lalonde, 1974; Marmot, 2007; Graham, 2004). Es así como, los DSS se han definido como “las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud” (Krieger, 2002) en distintos grados, generando diferencias en el estado de salud entre individuos o colectivos con distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Por esta razón, en la actualidad este enfoque se ha

convertido en un instrumento para hacer visibles las diferencias en el estado de salud entre segmentos de la sociedad que gozan de mayores privilegios y aquellos menos favorecidos.

El modo cómo los factores sociales pueden influir en la salud ha dado lugar a varias propuestas explicativas. Una de ellas plantea que el contexto social y político generaría estratificaciones sociales, acorde a nivel de ingresos, educación, sexualidad, género y etnia, los que serían llamados DSS “estructurales”. A su vez, estas estratificaciones propiciarían una exposición y vulnerabilidad diferencial a las enfermedades. Sin embargo, este efecto no es directo, sino que está mediado por los denominados DDS “intermedios”, que serían: las condiciones de vida, trabajo, alimentación, estilos de vida saludables, desarrollo en la infancia, selección geográfica y barrios marginales (Blas & Kurup, 2010; Vega, Solar & Irwin, 2005; Irwin & Scali, 2005).

En tanto, la salud de inmigrantes ha sido objeto de estudio en diversos aspectos, tales como: mortalidad por diferentes causas, salud mental, morbilidad, factores de riesgo, estilos de vida y predisposición hereditaria a la enfermedad, entre otros (McKay, Macintyre & Ellaway, 2003; Marklund, Wallin & Fridlund, 1999; Esteban-Vasallo et al., 2009). En estos estudios es frecuente el reporte de diferencia entre inmigrantes y población huésped o con la población de origen, las que no necesariamente están relacionada con factores sociales. También se advierte sobre el “efecto del inmigrante sano”, lo que se refiere a la buena salud de los inmigrantes al momento de arribar a su destino, debido a que habitualmente se trata de población joven (Pellegrino, 2003; De Maio, 2010). Sin embargo, esto no toma en cuenta la considerable heterogeneidad que suelen tener estos colectivos (Villaruel & Artazcoz, 2012).

Por otro lado, es muy frecuente encontrar investigaciones sobre la salud de inmigrante, donde la salud de los mismos suele ser explicada por cuestiones culturales (Viruell-Fuentes, 2007). Aunque esta perspectiva es perfectamente válida, no parece ser suficiente como para entender los patrones de salud de estas comunidades (Viruell-Fuentes, Miranda & Abdulrahim, 2012). En esta línea es que el enfoque de los DSS ofrece una perspectiva que puede aportar elementos que permitan comprender el rol que le cabe a la condición de inmigrante en una eventual pérdida de su capital de salud.

En el concierto internacional existen numerosas investigaciones sobre salud de inmigrantes, pero es el enfoque de los DSS, como marco referencial para la comprensión de los problemas de salud de los inmigrantes, no solía ser considerado. Sin embargo, en la última década se ido formado un cuerpo de publicaciones que mencionan o utilizan este marco referencial en sus análisis (Dunn & Dyck, 2000; Westert et al, 2005; Agudelo, Ronda, Gil, & Vives, 2008; Agudelo, 2010; Malmusi, Borrell & Benach, 2010).

### **Inmigración y salud de inmigrantes en Chile**

Chile no ha tenido una tradición histórica de inmigración, como la han tenido otros países latinoamericanos, tales como: Argentina, Venezuela, Costa Rica y México (Martínez 2005; Martínez & Vono, 2005). No obstante, desde fines del siglo XVIII y hasta gran parte del siglo XIX hubo un flujo de inmigrantes europeos de intensidad variable, el cual fue selectivo y en algunos casos gozó de concesiones y regalía para su asentamiento (Estrada, 2006; Navarro & Estrada, 2005; Doña, 2012). Luego llegaron los inmigrantes de origen asiático y árabe, quienes a pesar de la discriminación y rechazo por la sociedad chilena, lograron asentarse en el país (Cano, Soffía & Martínez, 2009). Aunque también hubo inmigración intrarregional en esta época, esta no alcanzó la relevancia ni el volumen de la antes mencionada.

A partir de 1940 la proporción de inmigrantes europeo comenzó a descender. Así es como en el censo de 1982 había bajado de 67.2% a 31.8%, pasando a predominar los de origen Latinoamericanos (54.5%). También en este año se registró el porcentaje más bajo de extranjeros en la historia de los

censos, alcanzando el 0.75%, el cual contrasta con lo observado 1907, donde la cifra fue de 4.09% (Doña, 2012; INE, 1983).

La tendencia del flujo de inmigrantes regionales ha seguido en alza, lo que se ha visto refrendado con los datos preliminares del último censo, realizado en 2012 (INE, 2013). Los resultados de éste Censo muestran que el total de población extranjera residente en Chile es de 339536, lo que equivale al 2.04% de la población total y casi el doble de lo registrado en el censo de 2002. Los países que presentaron mayor representatividad fueron: Perú (30,52%), Argentina (16,79%), Colombia (8,07%) y Bolivia (7,41%). Es así como este movimiento migratorio ha puesto al país en un escenario nuevo y desafiante, donde se deberá poner atención a los aspectos que son necesarios para lograr una sana convivencia entre la población autóctona y los recién llegados. Entre ellos se cuentan las cuestiones relacionadas con la salud de los inmigrantes los que ha cobrado una creciente notoriedad en la última década.

En este sentido se destacan los artículos sobre: derechos de los inmigrantes, marco jurídico para la inmigración y políticas públicas, (Serani, 2001; Martínez, 2003; Doña, 2003; Zabala, 2005; Agar, 2007; Cano, Soffia & Martínez, 2009; Agar & Saffie, 2010; Doña, 2010; Hernández, 2011; Doña, 2012), donde se menciona a la salud de inmigrante como uno de los temas prioritarios. Es así como se han elaborado leyes, instructivos presidenciales y disposiciones ministeriales, tendiente a atender la necesidades de salud que están presentando los inmigrantes (Agar, 2010). Sin embargo, estas disposiciones han dejado fuera a quienes tienen una situación laboral no formalizada y a los que viven en el país sin la documentación apropiada. La excepción la constituyen: el control del embarazo, atención del parto, la atención de los hijos de inmigrantes que son menores de 18 años (Ministerio del Interior [MININT] - Ministerio de Salud [MINSAL], 2007). También se ha dispuesto que los inmigrantes irregulares puedan tener atención de urgencia o bien se pueden atender en forma privada, pero deberán cancelar el costo de dicha atención (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008).

Hasta hace algunos años las investigaciones que abordaban temas sobre la situación de salud de inmigrantes en Chile eran prácticamente inexistentes. A esto se le suma el hecho que en los sistemas de recolección de datos de salud nacional no se registra la variable “origen de nacimiento” por lo que no es posible monitorizar lo que acontece con salud los inmigrantes atendidos en los sistemas de salud del país.

Felizmente, en los últimos años han surgido varias investigaciones centradas en este tema, aunque en la mayoría de ellas dirigidas al colectivo peruano. En este sentido sobresalen los trabajos sobre: problemas físicos y de salud mental de población peruana residente en el centro de Santiago (Núñez & Stefoni, 2004) y las malas condiciones de vida y barreras para acceder a los servicios de salud por parte de estas comunidades (Ducci & Rojas, 2010). En la misma línea, se puede mencionar la investigación con mujeres peruanas usuarias de centros de salud de la zona norte de Santiago, donde se develan “las grietas” que presenta la relación entre los proveedores de salud y las usuarias provenientes del vecino país (Núñez & Torres, 2007). La cobertura de salud también ha sido estudiada (Cortez, 2005), lo que sirvió como detonante para que se establecieran medidas correctiva respecto de la atención de salud de inmigrantes en el sistema público (MININT-MINSAL, 2007).

La prevalencia de problemas de salud mental y las barreras de acceso a la atención por dichos problemas, también fue abordada en un estudio epidemiológico dirigido a asentamiento de inmigrantes peruanos. En él se tomaron muestras representativas de inmigrantes adultos y de niños y adolescentes. De este trabajo se destaca el hecho que casi 20% había tenido trastornos mentales comunes, dentro de los cuales 26% no consultó por “desconocimiento del sistema de salud chileno”. Además, cerca de la mitad tuvo una mala auto-percepción de salud mental (Rojas et al, 2011).

En el ámbito médico, existe preocupación por el resurgimiento de enfermedades de baja prevalencia en Chile, que podrían ser atribuibles al flujo migratorio (García-Huidobro, s.f.) y a la falta de práctica del personal médico en la pesquisa de estos casos (Tabilo, 2007). También desde la pediatría se hace

hincapié en que se debe poner atención en la detección de enfermedades no habituales en la población infantil nativa (Vásquez, 2009).

En suma, los antecedentes revisados muestran que la situación de salud de los inmigrantes en Chile está siendo cada vez más visible, concitando la preocupación de instituciones, autoridades e investigadores sociales y de salud. Por tanto, progresar en el conocimiento de la situación de salud de los inmigrantes en Chile resulta relevante.

En este marco, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) brinda una buena oportunidad para estudiar temas de salud de los inmigrante. Esto porque desde 2006 se pregunta por país de origen y desde 1987 se incluyen preguntas sobre varios temas de salud, los que puede ser cruzado con otras variables socioeconómicas.

En consecuencia, el objetivo de este trabajo es evaluar la importancia que podría tener la condición de inmigrante sobre el estado de salud, en comparación con los nacidos en Chile. Se pondrá especial énfasis en la inmigración andina (Ecuador y Perú) y trasandina (Argentina y Bolivia<sup>1</sup>), debido a la relevancia alcanzada por este flujo migratorio en la última década. El fin es aportar datos que permitan avanzar en el conocimiento acerca de la salud de los inmigrantes, así como también sobre la posible interacción entre los determinantes sociales de la salud que actualmente se conocen y la condición de inmigrante.

## Metodología

Esta investigación se hace con los datos de la encuesta de hogar CASEN 2009. Esta es una encuesta de corte transversal, que recopila información de todos los miembros de la vivienda. Su cobertura es nacional y con representatividad a nivel: país, región, comuna y zona urbano-rural.

Los sujetos en estudio fueron los encuestados mayores de 14 años (78% del total de la muestra) y la variable de segmentación fue la declaración del lugar de nacimiento (dónde vivía la madre cuando el sujeto nació).

El análisis es descriptivo, bi-variado y multivariado donde se compara a nativos e inmigrantes en general y nativos versus inmigrante desagregados por lugar de procedencia (trasandina, andina y otras). La situación de salud es medida por problemas de salud en el último mes (PS1) y Salud Auto-referida (SAR), conceptuada como buena o mala. Para la prevalencia de PS1 y de mala SAR, se ajustó un modelo de regresión logística, cuyas variables de control fueron: edad (años cumplidos o agrupada en: 15 a 19, 20 a 39, 40 a 64 y, 65 y más), sexo (hombre, mujer), nivel educacional (bajo, medio, alto), situación de pareja (soltero(a), Casado(a)/Convive, Otras), condición de actividad (ocupado(a), desocupad(a) inactivo(a)) y cobertura de salud (Público, Privado/Otro, Ninguno). En el anexo I se explica en detalle la forma en que se reagruparon las categorías de respuesta de las variables, según su formato original.

La falta de respuesta para las variables origen de nacimiento, SAR y PS1 fue de 0.97%, 0.39% y 0.51%, respectivamente. En hombres de baja escolaridad este valor fluctuó entre 0.5 y 3.3%, en los diferentes grupos de edad. Por tanto, los datos utilizados en este estudio se corrigen por los posibles sesgos que generan los datos faltantes. Esto se hace según edad, sexo y escolaridad, mediante el método de clases ponderadas (Lohr, 2000), cuyos detalles se presentan en el Anexo II. Mientras que para las variables de control, el dato faltante se consideró como una categoría adicional de la variable en cuestión.

El análisis estadístico se hizo con la muestra ponderada por los factores de expansión corregidos por la falta de respuesta e incorporando el efecto del diseño muestral.

---

<sup>1</sup> En 2009, La República de Bolivia cambió su nombre oficial a Estado Plurinacional de Bolivia. Sin embargo, para facilitar la lectura en este documento, dicho país será nombrado como Bolivia.

## Resultados

### Análisis Descriptivo y bi-variado

La distribución porcentual de las variables seleccionadas para este estudio, acorde con origen de nacimiento se presenta en la Tabla 1. En ella se puede apreciar que la distribución etárea de inmigrantes es diferente a la de Nativos ( $p < 0.0001$ ), donde se observa una marcada concentración de inmigrantes en el rango de 20 a 39. La desagregación de inmigrantes muestra que los Trasandinos y Andinos también difieren entre sí ( $p < 0.0001$ ), lo que se debe, principalmente, al mayor número efectivos de entre 40 y 64 años que muestran los Andinos. Por otra parte, Nativos y Otros tienen una distribución etárea similar.

La distribución por sexo presenta un predominio de mujeres, tanto en Nativos como inmigrantes, lo que no muestra diferencias entre los grupos estudiados.

En cuanto a la distribución por nivel educacional se puede ver que la proporción de inmigrantes alto nivel educacional es casi el doble a la que presentan los nativos. Sin embargo, cuando se desagrega por origen este porcentaje baja en los andinos, alcanzando niveles similares al de los nativos.

La situación de pareja revela una distribución diferente entre Nativos e inmigrantes ( $p = 0.0007$ ), sin embargo el grupo de Trasandinos no muestra diferencia con los Nativos.

Por otra parte, los inmigrantes muestran una participación laboral mayor que los nacionales, especialmente para los de origen andino. Estos últimos también se diferencian al resto de los inmigrantes ( $p = 0.01$ ).

Finalmente, la distribución según cobertura de salud es diferente entre Nativos e inmigrante ( $p < 0.0001$ ), observándose una mayor proporción de nativos cubiertos por el sistema público. Sin embargo, cuando se desagrega a los inmigrantes, se puede ver que los Andinos tienen cobertura pública en un porcentaje similar a los nativos ( $p = 0.0002$ ).

La declaración de PS1 se presenta en la tabla 2. En esta se ve que los PS1 fueron más frecuentes en Nativos ( $p < 0.02$ ). Sin embargo la desagregación por origen no muestra diferencias estadísticas con los Nativos. En tanto, el análisis por grupos de edad sólo arroja diferencia entre Nativos e inmigrantes en el grupo de 40 a 64 años ( $p < 0.01$ ), la que básicamente está dada por los grupos Andinos ( $p < 0.05$ ) y de Otros ( $p < 0.01$ ). No obstante la frecuencia de PS1 aumenta regularmente con la edad, tanto en Nativos como inmigrantes Trasandinos ( $p < 0.001$ ). Además, en todos los grupos la mayor proporción de PS1 la arrojan los de 65 años y más.

Aún cuando la declaración de PS1 es mayor en mujeres, esta sólo alcanza significancia estadística en el grupos de Nativos ( $p < 0.0001$ ). No obstante las mujeres inmigrantes tienen menos PS1 que las nativas ( $p = 0.03$ ), lo que no se da en la desagregación de inmigrantes.

En el grupo de Nativos, la frecuencia de PS1 es mayor a menor nivel educacional ( $p < 0.001$ ), lo que no ocurre en inmigrantes. Además, la comparación de nativo e inmigrante sólo arroja diferencias en el nivel educacional más bajo, donde la PS1 son menos frecuentes en todos los grupos de inmigrantes ( $p < 0.05$ ).

La proporción de PS1 según la situación de pareja es menor en Soltero(a) respecto de las otras categorías, tanto en nativo como inmigrantes ( $p < 0.001$ ). Así también lo es entre Casado(a)/Convive respecto Otra situación ( $p < 0.05$ ). Por su parte, Nativos e inmigrantes sólo son diferentes en casado(a)/convive ( $p = 0.043$ ).

En los ocupados, los Nativos tienen mayor frecuencia de PS1 que los inmigrantes, lo que se debería a la baja frecuencia que muestra el grupo de Otros ( $p < 0.001$ ).

Los Nativos cubiertos por el sistema público son los que presentan una mayor proporción de PS1 ( $p < 0.001$ ), lo que no ocurre en inmigrantes.

La mala SAR se muestra en la tabla 3. En ella se observa que entre Nativos e inmigrante difieren significativamente ( $p < 0.0001$ ). Sin embargo, la desagregación muestra que esto no ocurre en Andinos. Por otra parte, se observa que la mala SAR aumenta con la edad, tanto en Nativos como inmigrantes ( $p < 0.0001$ ). Pero en el grupo Andino este incremento no es estadísticamente significativo. Los Nativos sólo se diferencian de los inmigrantes de 40 años y más ( $p < 0.05$ ). No obstante, los Trasandinos también difieren en el grupo de 20 a 39.

En tanto, las mujeres tienen una peor SAR en todos los grupos, excepto en Otros orígenes. Pero también los Nativos de ambos sexos tienen una mayor frecuencia de mala SAR, lo que no es aplicable para Andinos.

La disminuye de la mala SAR a medida que aumenta el nivel de educación es más clara que lo que se observó para los PS1 ( $p < 0.001$ ). Aunque no se observan diferencias entre Nativos e inmigrantes. Sin embargo, cuando se desagregan los inmigrantes se puede ver que el grupo Andino, con bajo nivel educacional, presenta una mayor proporción de mala SAR respecto de los otros grupos, aunque esta no alcanza significancia estadística. En este mismo nivel sólo se ven diferencias entre Nativos y Otros ( $p < 0.01$ ). Además, el grupo Trasandino es el único que mantiene la gradiente de disminución que muestran los datos agrupados.

Por su lado, la mala SAR es menos frecuente en solteros. Además, solteros(as) casados(as)/convivientes presentan diferencias entre Nativos e inmigrantes ( $p < 0.05$ ).

Las personas inactivas muestran una peor SAR en relación a los otros grupos, no obstante los inmigrantes tienen mejor SAR que los Nativos ( $p < 0.001$ ). Sin embargo, los Andinos no muestran diferencias con los Nativos.

Por último, las personas con cobertura de salud pública tienen una mayor frecuencia de mala SAR respecto de las otras categorías ( $p < 0.05$ ), excepto en el grupo de Andinos. No obstante, los Trasandinos muestran una proporción menor de mala SAR que los Nativos. Asimismo, los inmigrantes y particularmente los de Otros orígenes presentan una menor proporción de mala SAR que los Nativos ( $p < 0.01$ ), lo que también es válido para aquellos que no tienen previsión de salud.

### **Análisis Multivariado**

El ajuste para PS1 y la mala SAR, sin las variables de control arroja una razón de disparidad (RD) significativamente menor que 1. Por lo tanto la condición de inmigrante, así analizada, le otorgaría una mejor SAR (RD=0.58, IC<sub>95</sub>:0.42-0.8,  $p=0.001$ ) y menos PS1 (0.70, IC<sub>95</sub>:0.52-0.95,  $p=0.02$ ) a los inmigrantes, en comparación con los nativos. Sin embargo, la desagregación de los inmigrantes, bajo este mismo análisis, sólo conserva la significancia estadística para la mala SAR de Trasandinos y de Otros.

La RD ajustada por las variables de control para la PS1 y mala SAR con inmigrantes desagregados, se muestra en la tabla 4. En ella se puede ver que los resultados obtenidos para PS1 no se modifican respecto de lo obtenido previo al ajuste. Sin embargo para la mala SAR se observa una reducción de la significancia estadística en Trasandinos. Pero también es interesante destacar que la RD de Andinos cambia de 0.93 (RD sin ajustar) a 1.35, aunque no alcanza significancia estadística<sup>2</sup> y las variables que más incrementan la RD son edad, nivel educacional y cobertura de salud.

---

<sup>2</sup> En el análisis preliminar, donde no se había considerado el diseño del muestreo en el cálculo de los estimadores, la RD de Andinos fue 1.27, con  $p=0.019$ .

**Tabla 1**  
Distribución porcentual de la población según variables seleccionadas

Variables	Nativos	Inmigrantes			
		Todos	Trasandinos	Andinos	Otros
<b>N (expandido)</b>	13002432	193073	59002	62338	71733
<b>Edad</b>					
15 a 19	11.9	10.0	12.4	8.2	9.6
20 a 39	36.3	54.1	60.9	59.1	44.2
40 a 64	38.1	25.9	13.9	30.1	32.2
65 y más	13.7	10.0	12.8	2.6	14.0
<b>Sexo</b>					
Hombre	47.4	46.9	49.5	45.9	45.7
Mujer	52.6	53.1	50.5	54.1	54.3
<b>Nivel de educacional</b>					
Bajo	29.1	14.2	19.5	16.0	8.3
Medio	49.0	44.1	45.3	61.1	28.3
Alto	21.9	41.7	35.2	22.9	63.4
<b>Situación de pareja</b>					
Soltero(a)	36.3	32.7	43.7	29.0	26.9
Casado(a)/ Convive	52.1	60.7	47.4	66.0	67.2
Otra <sup>(1)</sup>	11.6	6.6	8.9	5.0	5.9
<b>Condición de actividad</b>					
Ocupado	49.9	62.5	54.3	73.7	59.4
Desocupado	5.7	5.5	7.4	5.4	4.1
Inactivo	44.4	32.0	38.3	20.9	36.5
<b>Cobertura de salud</b>					
Sist. Público	78.4	57.3	61.9	78.7	35.0
Privado/Otro	16.0	25.6	24.7	9.1	40.6
Ninguno	3.7	15.1	12.2	9.5	22.3
No sabe	1.9	2.0	1.2	2.7	2.1

(1) Separado(a)/Divorciado(a)/Anulado(a)/Viudo(a)

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)

**Tabla 2**

Proporción de personas con problemas de salud en el último mes según variables seleccionadas

Variables	Nativos	Inmigrantes			
		Todos	Trasandinos	Andinos	Otros
<b>N expandido</b>	13070785	193886	59531	63022	71333
<b>PS1 (%)</b>	15.5	11.4*	11.9	13.2	9.5
<b>Edad</b>					
15 a 19	7.7	7.8	6.1	13.2	5.3
20 a 39	10.4	11.1	7.7	13.9	11.7
40 a 64	18.5	8.5**	17.9	9.2*	4.6**
65 y más	27.2	24.5	31.0	42.8	16.7
<b>Sexo</b>					
Hombre	12.5	9.6	9.01	13.4	6.8
Mujer	18.1	13.0*	14.8	13.0	11.7
<b>Nivel de educacional</b>					
Bajo	20.2	9.4**	11.1*	7.3*	9.8
Medio	13.6	13.6	15.4	13.3	11.9
Alto	13.5	9.7	7.9	16.8	8.3
<b>Situación de pareja</b>					
Soltero(a)	10.0	7.3	5.1	13.7	4.2**
Casado(a)/ Convive	17.1	11.8*	15.7	11.6	9.8
Otra <sup>(1)</sup>	25.2	28.0	25.2	31.2	29.0
<b>Condición de actividad</b>					
Ocupado	14.0	8.1**	9.3	9.4	5.8*
Desocupado	13.2	11.4	10.2	18.7	4.7
Inactivo	17.4	17.9	15.9	25.1	16.0
<b>Cobertura de salud</b>					
Sist. Público	16.4	12.6*	14.5	13.0	8.9
Privado/Otro	12.7	8.4	10.7	18.5	5.3
Ninguno	10.0	12.3	2.6	10.4	17.3
No sabe	11.7	9.6	0.0	9.2	14.7

(1) Separado(a)/Divorciado(a)/Anulado(a) /Viudo(a)

Comparado con nativo: \*\*p&lt;0.01 y \*p&lt;0.05.

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)



**Tabla 3**

Proporción de personas con mala salud auto-referida según variables seleccionadas

Variables	Nativos	Inmigrantes			
		Todos	Trasandinos	Andinos	Otros
<b>N (expandido)</b>	13050451	193748	59190	62114	72444
<b>SAR (%)</b>	26.9	17.6**	16.1**	25.4	12.1**
<b>Edad</b>					
15 a 19	9.2	6.9	7.9	10.7	3.1
20 a 39	14.6	15.4	9.0*	26.1	10.2
40 a 64	34.5	18.9**	37.4	25.3	7.3**
65 y más	53.4	37.1*	34.3	58.9	35.7
<b>Sexo</b>					
Hombre	23.2	16.8	13.5*	24.7	13.0*
Mujer	30.1**	18.3**	18.7**	26.1	11.4**
<b>Nivel de educacional</b>					
Bajo	44.7	38.3	31.9	60.2	13.8**
Medio	22.4	18.3	15.2	19.9	19.3
Alto	13.3	9.9	8.8	15.6	8.7
<b>Situación de pareja</b>					
Soltero(a)	15.8	10.1*	6.7**	15.7	9.4
Casado(a)/ Convive	31.1	19.6**	21.7*	28.5	10.7**
Otra <sup>(1)</sup>	42.2	36.8	32.0	40.1	40.4
<b>Condición de actividad</b>					
Ocupado	22.0	18.1	14.6	26.4	12.0
Desocupado	20.3	12.7	17.9	5.7*	13.3
Inactivo	33.2	17.5**	18.0**	27.0	12.2**
<b>Cobertura de salud</b>					
Sist. Público	30.0	24.3	19.7**	27.3	25.0
Privado/Otro	13.7	5.7**	6.9	17.1	3.1**
Ninguno	17.9	12.1	18.3	18.9	6.7*
No sabe	23.2	20.7	2.2**	19.5	30.6

(1) Separado(a)/Divorciado(a)/Anulado(a) /Viudo(a)

Comparado con nativo: \*\*p&lt;0.01 y \*p&lt;0.05.

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)

**Tabla 4**  
 Regresión logística ajustada para la probabilidad de PS1 y mala SAR  
 (variables dependientes)

Parámetros	Problemas de salud en el último mes (PS1)			Mala salud auto-referida (SAR)		
	RD	IC <sub>95</sub>	P	RD	IC <sub>95</sub>	P
<b>Origen</b>						
Nativo (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Trasandino	0.86	0.56-1.34	NS	0.70	0.47-1.04	0.07
Andino	1.00	0.67-1.49	NS	1.35	0.75-2.44	NS
Otro	0.62	0.31-1.23	NS	0.59	0.37-0.96	0.03
<b>Edad</b>						
Años cumplidos	1.023	1.021-1.024	<0.0001	1.035	1.034-1.037	<0.0001
<b>Sexo</b>						
Hombre (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Mujer	1.45	1.38-1.52	<0.0001	1.28	1.23-1.33	<0.0001
<b>Nivel de educacional</b>						
Bajo (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Medio	0.95	0.89-1.01	NS	0.62	0.59-0.66	<0.0001
Alto	1.09	0.98-1.20	NS	0.43	0.40-0.47	<0.0001
<b>Situación de pareja</b>						
Soltero/a (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Casado(a)/ Convive	1.23	1.15-1.33	<0.0001	1.18	1.12-1.25	<0.0001
Otra <sup>(1)</sup>	1.38	1.25-1.51	NS	1.04	0.96-1.12	NS
<b>Condición de actividad</b>						
Ocupado (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Desocupado	1.14	1.01-1.30	0.04	1.18	1.07-1.30	0.001
Inactivo	1.01	0.95-1.06	NS	1.23	1.18-1.28	<0.0001
<b>Cobertura de salud</b>						
Sist. Público (c.r.)	--	--	--	--	--	--
Privado/Otro	0.78	0.70-0.87	<0.0001	0.52	0.47-0.58	<0.0001
Ninguno	0.72	0.60-0.85	<0.0001	0.73	0.62-0.85	<0.0001
Sin dato	0.80	0.65-0.99	0.04	0.95	0.81-1.12	NS

(c.r.)=categoría de referencia; NS=No significativo.

(1) Separado(a)/Divorciado(a)/Anulado(a) /Viudo(a).

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)

## Discusión y conclusiones

El análisis descriptivo de los datos ya advierte que la población de inmigrantes es mayoritariamente joven y con una alta participación laboral. Además, el predominio femenino de la migración y con altos niveles de escolaridad es una tendencia que se viene dando en América Latina desde hace años (Martínez, 2011).

El otro aspecto que se hace evidente con este análisis es que en la población de inmigrantes coexisten colectivos que viven realidades heterogéneas, aun cuando comparten algunas características. Por ejemplo, la cobertura de salud de Trasandinos y Andinos está mayoritariamente cubierta por el sistema público de salud (>60%), en cambio el resto se distribuye entre el público y privado, con un predominio de este último. Esto resulta interesante puesto que se sabe que el sistema privado muestra marcadas preferencias por afiliar a personas jóvenes y de mayores ingresos (Jadue, Delgado, Sandoval, Cabezas & Vega, 2004). Por tanto, no parece sorprender que tanto los Nativos como los grupos de inmigrantes, especialmente Andinos, presenten una mayor frecuencia de mala SAR. Esto podría ser sugerente de que el sistema público atiende a la población que se percibe con mayores necesidades de salud, lo que no necesariamente se traduce en mayores problemas de salud.

Por otra parte, la menor declaración de PS1 entre los inmigrante podría ser consistente con el llamado “efecto de selección” o “teoría del inmigrante sano”, lo que es largamente mencionada en la literatura (McDonald & Kennedy, 2004). Aunque en la desagregación por origen se pierde la significancia estadística, la tendencia sigue apuntando en la misma dirección, especialmente para Trasandinos y Otros. Pero el análisis multivariado de PS1, ajustado por las variables seleccionadas, viene a corroborar que estos inmigrantes no tendrían menos PS1. Esto es sugerente de que, al menos en este punto, inmigrantes y nativos tendrían necesidades de salud similares.

No obstante lo anterior, el análisis de la SAR reponen la idea de que los inmigrantes tendrían una mejor salud que los nativos. Pero la desagregación por origen devela las eventuales diferencias existentes entre los colectivos analizados. Es así como los Trasandinos y Otros apuntan en la dirección de una mejor SAR. En cambio los Andinos se comportan en dirección opuesta, aunque no alcanzan la significancia estadística para desmarcarse de los Nativos. Por tanto, este último grupo a lo menos tiene una percepción de salud similar a los nacidos en Chile. Además, resulta interesante el hecho que edad, nivel educacional y cobertura de salud sean las variables que acrecientan las diferencias entre los grupos estudiados, puesto que esto da luces para pensar que la condición de inmigrante podría interactuar con estas variables, afectando la auto-percepción de salud (aunque no necesariamente su condición de salud).

## Bibliografía

1. Agar, L. (2007). “Niños inmigrantes: políticas públicas en salud”, en Niños y niñas migrantes: Políticas públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: Editorial Colectivo Sin Fronteras, pp. 71-85.
2. Agar, L. y Saffie, N. (2010). Migrantes en Chile: políticas públicas en salud, cohesión social e interculturalidad. En: Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas. Editora: Saffie, N. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).
3. Agudelo A. (2010). Trabajo y Determinantes de Salud en la Población Inmigrante en España. (Tesis de Doctorado – Universidad de Alicante, España).
4. Agudelo, A., Ronda, E.; Gil, D. y Vives, C. (2008). Percepción sobre Condiciones de Trabajo y Salud de la Población Inmigrante Colombiana en Alicante, España. Rev. salud pública., vol.10, n.1, pp. 160-167.

5. Blas, E., & Kurup, A. S. (Eds.). (2010). *Equity, Social Determinants, and Public Health Programmes*. World Health Organization.
6. Cano, M.V. Soffia, M. y Martínez, J. (2009). Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio. CEPAL - Serie Población y desarrollo No 88.
7. Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7(3 Suppl), 556.
8. Ministerio del Interior (MININT) y Ministerio de Salud (MINSAL). (2007). Convenio de Colaboración Ministerio del Interior y Ministerio de Salud. Recuperado el 26 de julio de 2013 en: [www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71821af88f8dfda7e04001011f0164f3.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71821af88f8dfda7e04001011f0164f3.pdf)
9. Cortez, A. (2005). Niños y niñas inmigrantes en Chile: derechos y realidades. Santiago, Chile: Fundación Anide/Colectivo Sin Fronteras.
10. McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine*, 59(8), 1613-1627.
11. De Maio, F. G. (2010). Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health*, 9(27), 1-20.
12. Domenach, H. y Picouet, M. (1996). *Las migraciones*. Universidad Nacional de Córdoba, Dirección General de Publicaciones, Córdoba.
13. Doña, C. (2003). Breve Reseña y Análisis de la Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Documento de Trabajo N°1.
14. Doña, C. (2010). La migración internacional y el Estado chileno: Notas para una discusión, *Discusiones Públicas*, Vol. 1, 1.
15. Doña, C. (2012). Chile: A Growing Destination Country in Search of a Coherent Approach to Migration. Migration Policy Institute (MPI).
16. Ducci, M.E. & Rojas, L. (2010). La pequeña Lima: Nueva cara y vitalidad para el centro de Santiago de Chile. *EURE (Santiago)*, vol.36, n.108, pp. 95-121.
17. Dunn, J. R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social science & medicine*, 51(11), 1573-1593.
18. Esteban-Vasallo, M. D., Domínguez-Berjón, M. F., Astray-Mochales, J., Génova-Maleras, R., Pérez-Sania, A., Sánchez-Perruca, L., & González-Sanz, F. J. (2009). Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 548-552.
19. Estrada, B. (2006). La colectividad británica en Valparaíso durante la primera mitad del siglo XX. *Historia (Santiago)*, vol.39, n.1, pp. 65-91.
20. Garcia-Huidobro, D., & Rivera, S. (s.f.). TBC: No podemos bajar la guardia. Recuperado el 26 de julio de 2013 en: <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/122.html>.
21. Graham H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings *The Milbank Quarterly*, Vol. 82, n° 1, pp.101-124.
22. Hernández, M. (2011). Migración peruana en Chile y su influencia en la relación bilateral durante el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) (Tesis de Doctoral - Universidad de Santiago de Chile).
23. Instituto Nacional de Estadística (INE). (1983). *Censo de Población y Vivienda 1982*.
24. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Resultados Preliminares, Censo de Población y Vivienda 2012*.
25. Irwin A. y Scali E. (2005) *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. CDSS/OMS.
26. Jadue H, L., Delgado B, I., Sandoval O, H., Cabezas M, L., & Vega M, J. (2004). Análisis del nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000. *Revista médica de Chile*, 132(6), 750-760.

27. Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 480-490.
28. Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388.
29. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.
30. Lohr Sh. (2000) Muestreo: Diseño y Análisis. Paraninfo Editores.
31. Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1610-1619.
32. McKay, L., Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). Migration and health: a review of the international literature. MRC Social & Public Health Sciences Unit.
33. Marmot M. (2007) Achieving health equity: from root causes to fair outcome. *Lancet* 370: 1153-63.
34. Marklund, B., Wallin, I., & Fridlund, B. (1999). A primary preventive coronary health survey among a finnish immigrant population in Sweden. *Coronary Health Care*, 3(1), 32-37.
35. Marín, J.F. (2005). Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. *Geo Crítica Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona. Vol. IX, núm. 190.
36. Martínez, J. (2003). El encanto de los datos. *Sociodemografía de inmigración en Chile según el censo de 2002. CEPAL-SERIE Población y desarrollo*, N° 49.
37. Martínez, J. (2005). Magnitud y dinámica de la inmigración en Chile según Censo de 2002. *Papeles de Población*, N° 44. Universidad Autónoma de México (UNAM), pp. 109-147.
38. Martínez, J. & Vono, D. (2005). Geografía migratoria intrarregional de América Latina y el Caribe al comienzo del siglo XXI. *Revista de Geografía Norte Grande*, 34: 39-52.
39. Martínez, J. (ed.). (2011). *Migración internacional en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
40. Ministerio de Desarrollo Social, División Social, (2010). *CASEN 2009, Informe Metodológico*.
41. Ministerio de Desarrollo Social, División Social, (2012). *Encuesta CASEN, versión 2009*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2012 en: [www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/observatorio/casen/](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/observatorio/casen/)
42. Navarro, C. & Estrada, B. (2005). Migración y Redes de Poder en América: El caso de los industriales españoles en Valparaíso. *Revista Complutense de Historia de América*, vol. 31 115-146.
43. Núñez, L. & Stefoni, C. (2004). Migrantes andinos en Chile: ¿transnacionales o sobrevivientes?. *Revista Enfoques*, 3, 103-123.
44. Núñez, N. & Torres, C. (2007). *Mujeres Migrantes Peruanas Y Salud Reproductiva Usuarías De Consultorios De Salud De La Zona Norte De La Región Metropolitana*. Proyecto UNFPA. Fundación Instituto de la Mujer.
45. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2008). Oficio Ordinario N° 3229. Atención de Salud de Población Inmigrante en Riesgo Social y Situación de Permanencia No Regular. Recuperado el 26 de julio de 2012 en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71821af88f80fda7e04001011f0164f3.pdf>
46. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f). *Migración y Salud* (s.f) Recuperado el 11 de septiembre de 2012, de <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/developing-migration-policy/migration-and-health/lang/es>
47. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2010). *Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2010. El futuro de la migración: creación de capacidades para el cambio*.
48. Organización de Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 26 de julio de 2013 en: [http://www.un.org/es/documents/udhr/index\\_print.shtml](http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml)

49. OMS (2005). Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie publicaciones sobre salud y derechos humanos; no. 4.
50. Pellegrino, A. (2003). La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes CEPAL - SERIE Población y desarrollo, N° 35.
51. Rojas, G., Fritsch, R. Castro, A. Guajardo, V., Torres, P. y Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. Rev. méd. Chile, vol.139, n.10, pp. 1298-1304.
52. Serani, E. (2001). Políticas Migratorias. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones. Serie Estudios, año XI, N° 257
53. Tabilo, F. y Pena, C. (2007). Reorientación del Programa de Localización de Casos de Tuberculosis: Región Metropolitana, 2006. Rev. chil. enferm. respir., vol.23, n.2, pp. 135-140.
54. Vásquez, R. (2009) Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?.. Rev. chil. pediatr., vol.80, n.2, pp. 161-167.
55. Vega J., Solar O., Irwin A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la perspectiva de la Equidad. Editores: Jadue L. y Marín F.
56. Villarroel, N., & Artazcoz, L. (2012). Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. Health & place.
57. Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. Social Science & Medicine, 75(12), 2099-2106.
58. Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. Social Science & Medicine, 65(7), 1524-1535.
59. Westert, G. P., Schellevis, F. G., de Bakker, D. D., Groenewegen, P. P., Bensing, J. M., & Van der Zee, J. (2005). Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. The European journal of public health, 15(1), 59-65.
60. Zavala, X., & Rojas, C. (2005). Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile. Centro de Encuentros Cultura y Mujer (CECYM) y otros, Migraciones, globalización y género. En Argentina y Chile, Buenos Aires.

## Anexo I

En este anexo se presentan las categorías de respuesta originales de las variables estudiadas y las correspondientes agrupaciones que se hicieron de ellas para este estudio.

*Edad.*- Para el estudio descriptivo y bi-variado la declaración de años cumplidos fue agrupada en: 15 a 19, 20 a 39, 40 a 64 y, 65 y más. Este criterio separa a los sujetos acorde con algunas etapas del ciclo vital (adolescentes, adultez y vejez), así como también subdivide a los adultos en lo que se podría llamar “adultos jóvenes” o en “etapa de consolidación” (20 a 39 años) y “adultos medios o maduros” (40 a 64 años), los que supuestamente ya estarían “consolidados” (Marín, 2005).

*Sexo.*- Se clasificó en hombres y mujer, tal como originalmente se preguntó.

*Nivel educacional.*- Esta variable es proporcionada por la base de datos y se genera a partir del nivel de educación alcanzado (curso o grado) y el tipo de educación (básica o preparatoria, diferencial, media o secundaria, técnica y, universitaria). Para este estudio se agrupó en: “bajo” (sin educación formal, básica incompleta o completa); “medio” (media incompleta o completa) y; “superior” (técnica o universitaria incompleta o completa).

*Situación de pareja.*- La consulta original fue por estado civil, cuyas alternativas de respuesta fueron reagrupadas en tres categorías, bajo un supuesto de estar en pareja al momento de la encuesta (lo que no necesariamente es real). Por tanto “en pareja” serían casado(a) o conviviente; en los que “habrían

constituido pareja” estarían los anulado(a), separado(a), divorciado(a) o viudo(a) y; los que “no están en pareja” serían los(as) solteros/as.

*Condición de actividad.*- Se catalogaron en económicamente activos (ocupados y desocupados) e inactivos. Para los activos ocupados se consultó por actividad productiva realizada en la semana anterior de al menos 1 hora, sin considerar los quehaceres del hogar. Los desocupados estaban formados por los que no trabajaron la semana pasada, pero que tenían algún empleo del cual estuvieron ausentes temporalmente por licencia, huelga, enfermedad, vacaciones u otra razón.

*Medio de cobertura de salud.*- La población es agrupada según si poseen un seguro de salud y la institución que lo otorga<sup>3</sup>. Así los sujetos fueron agrupados según si la cobertura de salud es otorgada por: el sistema público (FONASA), privado (ISAPRE u otro) y, sin cobertura (no posee seguro alguno).

*SAR.*- La pregunta fue: “¿Usted diría que en general su salud está...?”, cuyas alternativas de respuesta originales fueron reagrupadas en: “buena” (Más que regular, Bien y Muy bien) y “mala” (Muy mal, Mal, Menos que regular y Regular).

*PS1.*- La pregunta fue: “En los últimos 30 días ¿ha tenido algún problema de salud?”, donde las alternativas originales se agruparon en: “sí” (Sí, por enfermedad; sí, por accidente laboral o escolar y; sí, por accidente no laboral ni escolar) y, “no”.

## Anexo II

El factor de expansión regional, que es proporcionado por la base de datos, fue la materia prima para el ajuste por la falta de respuesta.

### Procedimiento de corrección de la falta de respuesta

El factor de expansión se puede interpretar como el número de unidades de la población que son representadas por cada sujeto encuestado. El método clases ponderadas es una extensión de este enfoque, donde se genera una compensación en la representatividad de los que responden, acorde con las características de los que no responden. Para ello se estima un factor de corrección para cada categoría de respuesta de la forma siguiente:

$$f_c = \frac{\text{Suma de pesos de expansión de los que responden en la categoría } c}{\text{Suma de pesos de expansión de todos los sujetos de la categoría } c}$$

Este procedimiento se hace acorde con edad, sexo y escolaridad. Luego, el factor de expansión de cada sujeto que responde en la categoría  $c$  es multiplicado por el  $1/f_c$ , obteniéndose un nuevo factor de expansión corregido que llamaremos  $f_{nr}$ . En las tablas A, B y C se presenta los tamaños de las muestras originales y expandidas obtenidos luego de la corrección antes descrita.

---

<sup>3</sup> El sistema de salud chileno está conformado por instituciones que según su financiamiento se clasifican en: públicas (fondos del estado) y privadas (capitales pertenecientes a particulares). Los proveedores de salud públicos están constituidos por hospitales y centros de salud. En tanto que los privados están formados por hospitales, clínicas y profesionales independientes. Además, el estado posee un seguro social de salud otorgado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual administra las cotizaciones de sus asegurados y los recursos que el estado recauda para estos fines. En el sistema privado, la cobertura de salud es brindada por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y por entidades particulares. Además, se admite la atención de los cotizantes de las ISAPRE y del FONASA en el sistema público y en el privado, siempre y cuando se efectúe el copago de los costos que excedan la cobertura de su previsión de salud. Sin embargo, los indigentes y no cotizantes sólo pueden ser atendidos en el sistema público y organismos de caridad.

**Tabla A**  
Muestra inicial, expandida y corregidos por falta de respuesta en origen de nacimiento  
(Mayores de 14 años)

	<b>Nativos</b>	<b>Inmigrantes</b>	<b>No Contesta</b>	<b>Total</b>
<b>Inicial</b>				
Muestral	190897	1660	1206	193763
Expandida	12941735	192365	129305	13263405
<b>Corregidos por falta de respuesta en origen</b>				
Muestral	190897	1660	No Aplica	192557
Expandida	13002432	193073	No Aplica	13195505

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)

**Tabla B**  
Muestra inicial, expandida y corregidos por falta de respuesta en salud auto-referida.  
(Mayores de 14 años)

	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>No Contesta</b>	<b>Total</b>
<b>Inicial<sup>(1)</sup></b>				
Muestral	132449	59415	693	192557
Expandida	9632375	3511819	51311	13195505
<b>Corregidos por falta de respuesta en SAR</b>				
Muestral	132449	59415	No Aplica	191864
Expandida	9704736	3539463	No Aplica	13244199

(1) Corresponde a la muestra previamente corregida por falta de respuesta en la declaración del lugar de nacimiento

Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)

**Tabla C**  
Muestra inicial, expandida y corregidos por falta de respuesta en  
problemas de salud en el último mes  
(Mayores de 14 años)

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Contesta</b>	<b>Total</b>
<b>Inicial<sup>(1)</sup></b>				
Muestral	26761	164913	883	192557
Expandida	2021457	11107168	66880	13195505
<b>Corregidos por falta de respuesta en PS1</b>				
Muestral	26761	164913	No Aplica	191674
Expandida	2044922	11219749	No Aplica	13264671

(1) Corresponde a la muestra previamente corregida por falta de respuesta en la declaración del lugar de nacimiento



Fuente: Elaboración propia de CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social de Chile)