



BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN LA POBLACIÓN MIGRANTE: DIFERENCIAS POR PAÍS DE ORIGEN Y NIVEL DE INGRESO

Introducción

El proceso migratorio es reconocido como un determinante social de la salud, ya que el traslado y el asentamiento exponen a las personas a factores que pueden afectar su bienestar (Cruz-Riveros, Macaya-Aguirre, Urzúa & Cabieses, 2023). En Chile, el sistema de salud, segmentado y fragmentado, reproduce inequidades socioeconómicas y sanitarias (Cabieses Valdés et al., 2023), afectando especialmente a migrantes e indocumentados, quienes presentan menores niveles de protección y aseguramiento en comparación con la población local (Liberona & Mansilla, 2017).

Además de la cobertura previsional, el acceso efectivo a la atención puede verse condicionado por barreras de acceso y aceptabilidad en los centros de salud. Estudios previos han identificado barreras relacionadas con el trato recibido, el idioma y el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, entre otras (Cruz-Riveros et al., 2023; Cabieses Valdés et al., 2023). En este contexto, resulta relevante analizar no solo si las personas migrantes acceden a una consulta cuando presentan un problema de salud, sino también las dificultades que experimentan durante el proceso de atención y la forma en que estas varían según país de origen y nivel de ingreso.

Nota metodológica

El análisis se realizó a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2024, considerando como población migrante a las personas nacidas fuera de Chile. Las estimaciones se calcularon utilizando el factor de expansión muestral.

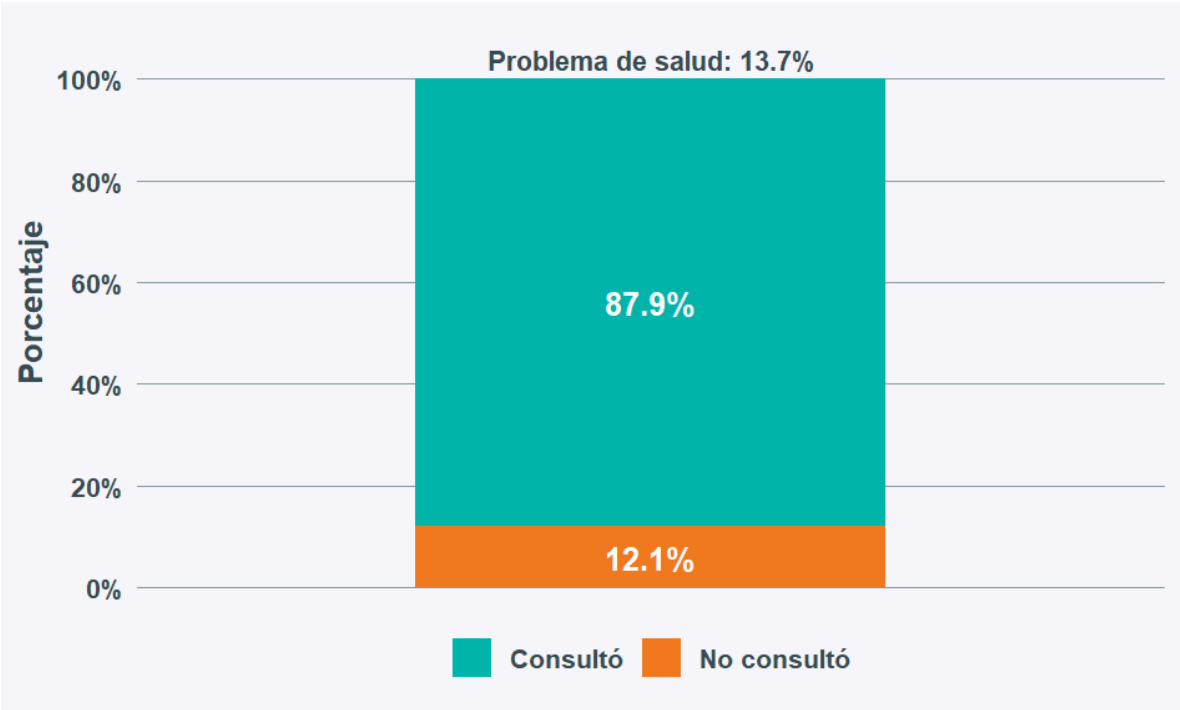
El universo corresponde a las personas migrantes que durante los últimos tres meses reportaron algún problema de salud, distinguiendo entre quienes consultaron y quienes no lo hicieron. Entre estos últimos, las razones de no consulta se agrupan en seis categorías: motivos personales, barreras de acceso al sistema, de tiempo, financieras, geográficas y otros motivos. Entre quienes sí consultaron, se analizan cinco dificultades durante el proceso de atención: llegar al establecimiento, conseguir una hora o cita, ser atendido, pagar la atención y afrontar el costo de los medicamentos. Estas barreras se analizan de manera independiente, por lo que sus porcentajes no necesariamente suman 100%.

Para examinar las diferencias socioeconómicas, se construyeron quintiles del ingreso per cápita corregido del hogar (ypchtotcor) dentro de la población migrante, mediante cuantiles ponderados por el factor de expansión. Finalmente, las barreras se desagregan según país de origen y quintil de ingreso para identificar diferencias en su magnitud y posibles gradientes socioeconómicos.

Hallazgos

Al analizar el acceso a la atención de salud, se observa que el 13,7% de los migrantes tuvo algún problema de salud durante los últimos tres meses. Entre quienes experimentaron esta situación, el 87,9% consultó, correspondiente a cerca de 200 mil personas migrantes, mientras que el 12,1% no accedió a consulta, equivalente a aproximadamente 27 mil personas (gráfico 1).

Gráfico 1: Acceso a consulta médica ante problemas de salud de la población migrante.

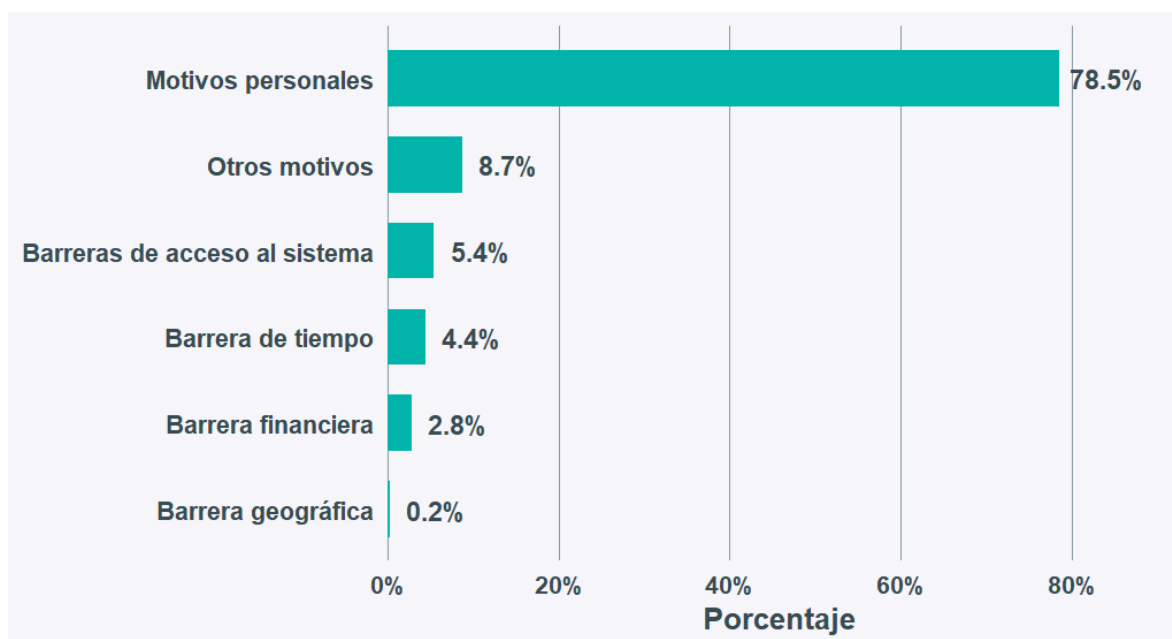


Fuente: CASEN 2024. Elaboración: CEM - USACH.

Entre los migrantes que no accedieron a una consulta médica pese a haber presentado un problema de salud, la principal razón corresponde a motivos personales, que concentran el 78,5% de los casos e incluyen situaciones como considerar que no era necesario consultar, haberse automedicado o preferir otro tipo de medicina.

En menor medida, un 8,7% señala otros motivos, mientras que un 5,4% reporta barreras de acceso al sistema, como dificultades para conseguir una hora o la postergación de esta. A ello se suman barreras de tiempo, que representan un 4,4%, dificultades financieras con un 2,8% y, finalmente, problemas asociados a la lejanía del lugar de atención, que alcanzan solo un 0,2% (gráfico 2).

Gráfico 2: Motivos de no consulta médica en población migrante

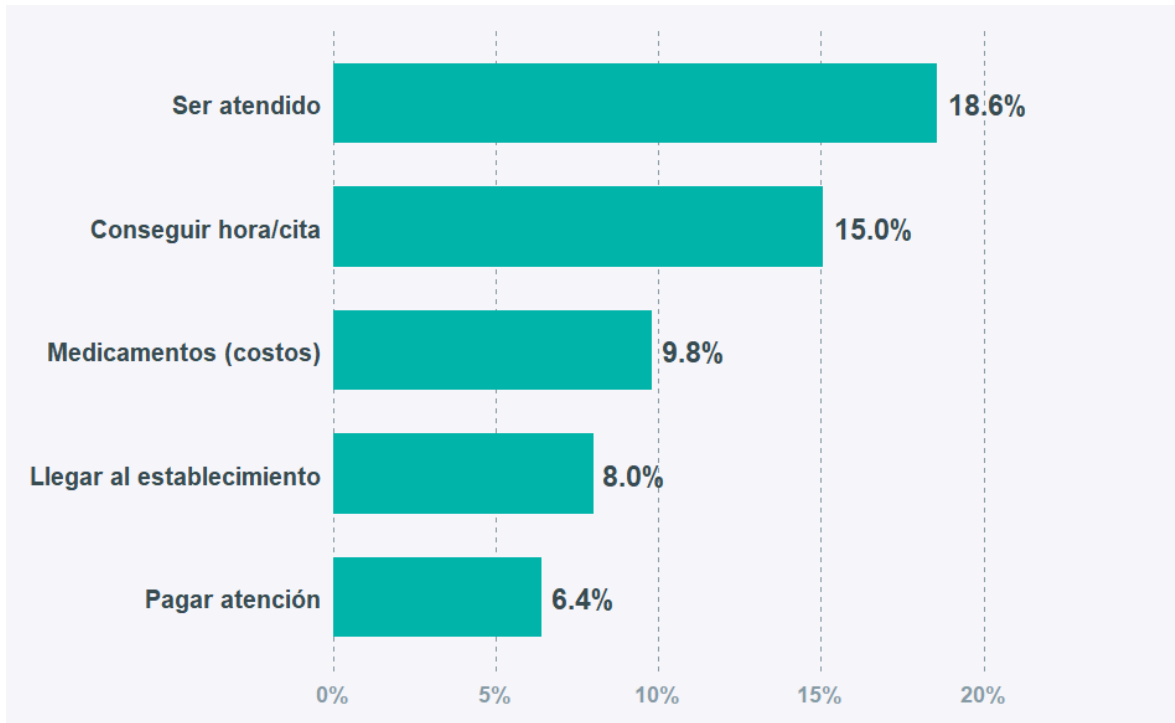


Fuente: CASEN 2024. Elaboración: CEM - USACH.

Si bien la mayoría de los migrantes que presentó un problema de salud accedió a una consulta médica, el acceso no estuvo exento de dificultades. Las principales se concentraron en el proceso de atención, donde un 18,6% declaró haber tenido problemas para ser atendido y un 15% para conseguir una hora médica.

En contraste, los problemas para obtener medicamentos alcanzaron un 9,8%, mientras que las dificultades para llegar al establecimiento y pagar la atención representaron un 8% y un 6,4%, respectivamente (gráfico 3). Así, entre quienes sí accedieron a una consulta, las principales dificultades se relacionan con la oportunidad y disponibilidad de la atención, mientras que las dificultades económicas asociadas directamente al pago presentan una incidencia considerablemente menor.

Gráfico 3: Barreras de acceso a salud en la población migrante



Fuente: CASEN 2024. Elaboración: CEM - USACH.

Análisis de brechas

Al analizar las barreras de acceso a la salud según país de origen (gráfico 4), se observan diferencias tanto en su magnitud como en el tipo de dificultad enfrentada. Bolivia destaca particularmente por los problemas para ser atendido y conseguir una hora médica, que alcanzan un 40,3% y 21,5%, respectivamente, además de presentar la mayor proporción de dificultades para llegar al establecimiento, con un 12,2%.

Esto evidencia un perfil marcado principalmente por obstáculos vinculados a la oportunidad y disponibilidad de la atención. Argentina y Perú presentan un patrón similar, en el que las dificultades para ser atendido, con 26,3% y 23,4%, respectivamente, constituyen la principal barrera.

Ecuador muestra una configuración algo distinta, ya que la principal dificultad corresponde a conseguir una hora médica, con un 20,1%, superando los problemas para ser atendido, que alcanzan un 15,6%.

Colombia también presenta como principal dificultad conseguir una hora, con un 17,2%, aunque destaca por el peso relativo del costo de los medicamentos, que afecta al 14,1% de los casos, una de las proporciones más altas entre los países analizados, junto con Perú, que alcanza un 12,7%. Por su parte, Venezuela y Haití registran, en términos generales, menores niveles de barreras, aunque en ambos casos la principal dificultad corresponde a ser atendido.

Gráfico 4 : Barreras de acceso a salud en la población migrante según país de origen

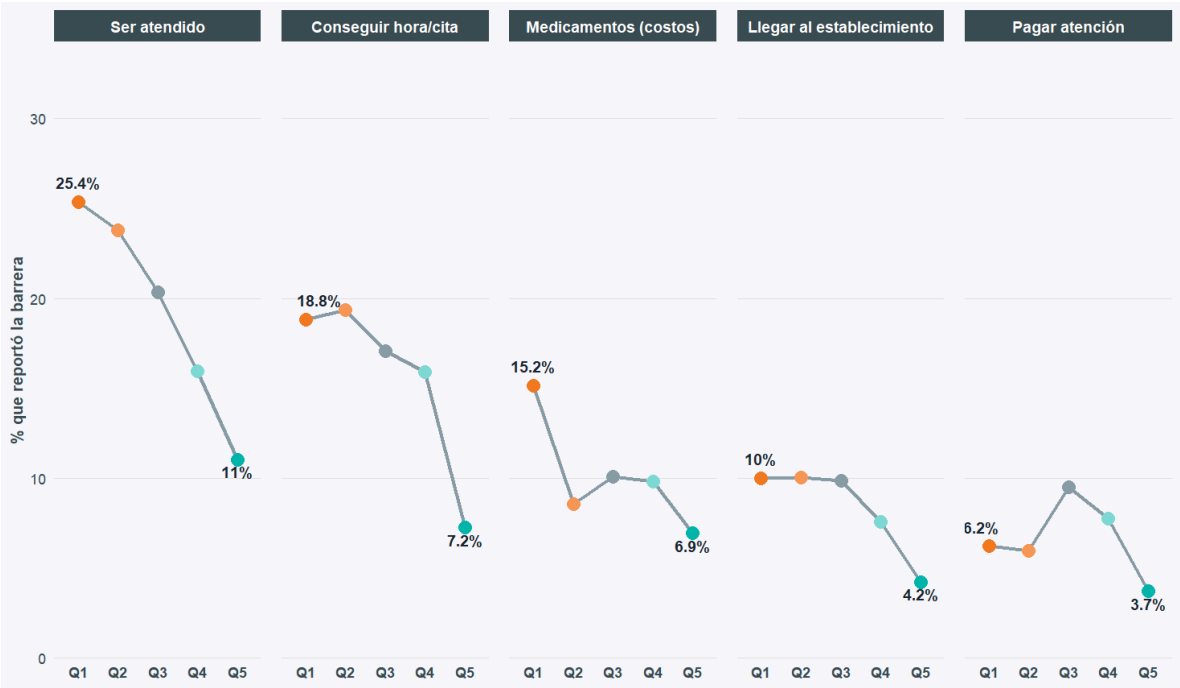
	Llegar al establecimiento	Conseguir hora/cita	Ser atendido	Pagar atención	Medicamentos (costos)
Venezuela	7.0%	13.5%	16.5%	5.6%	7.4%
Perú	7.8%	18.0%	23.4%	8.1%	12.7%
Haití	2.6%	11.7%	16.6%	7.4%	8.8%
Ecuador	8.3%	20.1%	15.6%	6.7%	9.7%
Colombia	11.1%	17.2%	14.1%	7.4%	14.1%
Bolivia	12.2%	21.5%	40.3%	5.1%	10.7%
Argentina	9.6%	20.2%	26.3%	8.8%	9.3%

Fuente: CASEN 2024. Elaboración: CEM - USACH.

En cuanto a las brechas por quintiles, se observa un gradiente socioeconómico, donde las dificultades tienden a disminuir a medida que aumenta el nivel de ingresos. La relación más clara se presenta en las dificultades para ser atendido, cuya incidencia disminuye progresivamente desde un 25,4% en el primer quintil hasta un 11% en el quinto (gráfico 5). Una tendencia similar se observa en las dificultades para conseguir una hora médica, que pasan de un 18,8% en Q1 a un 7,2% en Q5, aunque el segundo quintil presenta un nivel ligeramente superior al primero.

Las dificultades para llegar al establecimiento también disminuyen hacia los quintiles de mayores ingresos, pasando de un 10% en Q1 a un 4,2% en Q5. En el caso del costo de los medicamentos, la diferencia entre los extremos es igualmente relevante, con un 15,2% en Q1 frente a un 6,9% en Q5, aunque los quintiles intermedios presentan un comportamiento menos lineal. Por su parte, las dificultades para pagar la atención muestran el patrón más irregular, dado que alcanzan su mayor nivel en Q3 y descienden hasta un 3,7% en Q5.

Gráfico 5: Barreras de acceso a salud según quintiles de la población migrante



Fuente: CASEN 2024. Elaboración: CEM - USACH.

Implicancias políticas

Los resultados muestran que una elevada proporción de las personas migrantes que presenta un problema de salud logra acceder a una consulta, pero dicho acceso no garantiza necesariamente una atención exenta de dificultades. Esto plantea la necesidad de complementar los indicadores de cobertura y utilización de servicios con medidas orientadas a evaluar y mejorar la oportunidad efectiva de la atención. En primer lugar, las dificultades para conseguir hora y ser atendido sugieren la importancia de fortalecer los mecanismos de acceso a la atención, especialmente entre los grupos que presentan mayores barreras. Esto supone mejorar la información sobre los canales disponibles para solicitar atención,

facilitar la navegación dentro del sistema y monitorear los obstáculos que enfrentan las personas desde que requieren una prestación hasta que efectivamente la reciben. Esta orientación es consistente con el Plan Nacional de Migración y Salud 2024–2026, que plantea avanzar hacia un sistema de salud sensible a las personas migrantes en materia de acceso y aceptabilidad, incorporando además mecanismos de monitoreo y evaluación (Infomigra, 2025).

En segundo lugar, el gradiente observado según ingreso indica que las dificultades de acceso no se distribuyen de manera uniforme dentro de la población migrante exponiendo la necesidad de considerar la situación socioeconómica en el diseño de las estrategias de acceso. Esto puede incluir medidas destinadas a disminuir los costos indirectos de la atención, mejorar la información disponible y reforzar los mecanismos de orientación y acompañamiento para quienes enfrentan mayores restricciones económicas.

Junto con las barreras observadas, la literatura ha identificado otros obstáculos administrativos y socioculturales que pueden afectar el acceso de la población migrante. Entre ellos se encuentran las dificultades asociadas a la documentación y la situación migratoria, así como barreras idiomáticas, desinformación, experiencias de maltrato y discriminación (Liberona & Mansilla, 2017; Cabieses et al., 2021; Cabieses Valdés et al., 2023; OMS, 2024). En este ámbito, facilitar el acceso a mecanismos de identificación provisoria para la atención y fortalecer la información sobre derechos y funcionamiento del sistema puede contribuir a reducir barreras administrativas, particularmente entre personas que enfrentan dificultades para acreditar su situación documental.

Asimismo, la evidencia disponible respalda el fortalecimiento de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales, junto con instancias de formación continua para los equipos de salud en interculturalidad, derechos humanos y determinantes sociales de la salud (Cabieses, Obach & Pedrero, 2020; Cabieses et al., 2021; Centro de Políticas Migratorias y Espacio Público, 2024; OMS, 2024). Estas medidas son concordantes con el Plan Nacional de Migración y Salud 2024–2026, que incorpora un abordaje intersectorial e interseccional y contempla acciones frente a la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes (Infomigra, 2025). De este modo, las mejoras organizacionales del acceso pueden complementarse con acciones dirigidas a reducir los obstáculos administrativos y socioculturales que persisten en la atención de salud.

Bibliografía

- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Vicuña, J. T., Carreño Calderón, A., Stefoni, C., Pérez, C., Avaria, A., Oyarte, M., & Rada, I. (2021). Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: Construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad. Informe de resultados generales y recomendaciones para la política sanitaria. Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo; Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. <http://hdl.handle.net/11447/3842>
- Cabieses, B., Obach, A., & Pedrero, P. (Eds.). (2020). Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: evidencia y recomendaciones para políticas públicas. Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Oyarte, M., Álvarez, M. I., Blukacz, A., Obach, A., Carreño, A., Osses, C., & Mezones-Holguín, E. (2023). Acceso a salud de migrantes internacionales en pandemia en Chile: Resultados de encuesta cuantitativa. *Investigaciones Regionales – Journal of Regional Research*, (56), 109–132. <https://doi.org/10.38191/iirr-jorr.23.013>
- Centro de Políticas Migratorias y Espacio Público. (2024). Aportes de la migración al sistema de salud y cuidados en Chile: contribuciones, oportunidades y propuestas. Centro de Políticas Migratorias.
- Cruz-Riveros, C., Macaya-Aguirre, G., Urzúa, A., & Cabieses, B. (2023). Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en personas migrantes internacionales. *Metas de Enfermería*, 26(6), 57–63. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082128>
- Infomigra. (2025, 4 de agosto). Nuevo Plan Nacional Migración y Salud 2024-2026. <https://www.infomigra.org/nuevo-plan-nacional-migracion-y-salud-2024-2026/>
- Liberona Concha, N., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507–520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). (2024). Ficha Técnica: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2024. Observatorio Social <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2024>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Refugiados y Migrantes, 2019–2030. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240093928>