

COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LOS MIGRANTES RESIDENTES EN LA CIUDAD DE SALTA, ARGENTINAⁱ

HEALTH INSURANCE COVERAGE IN MIGRANTS LIVING IN SALTA, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

Salta es la provincia argentina con mayor cantidad de países limítrofes: Chile, Bolivia y Paraguay. A nivel sociocultural y económico, Salta ha compartido desde hace varios siglos una composición étnica pluricultural en las zonas limítrofes, principalmente con Bolivia y Paraguay, conformada fundamentalmente por pueblos kollas y guaraníes. Además del intercambio cultural y étnico, en la región también hubo importantes intercambios socioeconómicos durante los últimos siglos. En la actualidad, la movilidad de ciudadanos bolivianos en la provincia está caracterizada por las vinculaciones que mantienen principalmente los centros urbanos de Tarija y Bermejo en Bolivia, con las regiones de Orán y el Valle de Lerma en Salta por parte de Argentina.¹

Uno de los motivos de la movilidad de la población de países limítrofes hacia la provincia fue el desarrollo de la economía industrial de los ingenios azucareros en el norte salteño, de la economía tabacalera del Valle de Lerma en la zona centro de la provincia, y, en menor medida, otras explotaciones comerciales de recursos naturales como los hidrocarburos en el extremo norte y la extracción de madera en la zona del Chaco Salteño. Todo ello tuvo consecuencias importantes sobre la fuerza de trabajo de las estructuras agrarias en las microrregiones mencionadas, incrementando en forma considerable el número de migrantes que se movían, y continúan haciéndolo, hacia estos centros agrarios.²

La población migrante es, en la región latinoamericana, uno de los grupos poblacionales más vulnerables con respecto a las capacidades de sus integrantes de hacer valer sus derechos sociales y económicos para llevar la vida que desean con respecto a las expectativas migratorias.³

ARIEL ABELDAÑO

Doctor en Demografía
Escuela de Salud Pública,
Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina.
ariabeldanho@gmail.com.

(i) Trabajo recibido 2 de octubre 2015; aceptado para su publicación 26 de noviembre 2015.

Financiamiento: El proyecto que dio lugar al presente artículo ha sido financiado con beca doctoral de CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Conflictos de interés: El autor declara que no existen conflictos de interés.

En lo que respecta a la disponibilidad, acceso y utilización de los servicios de salud pública, son numerosos los problemas que pueden enfrentar las personas migrantes para acceder a los servicios sanitarios básicos. Tales problemas están relacionados con la designación de recursos para estos grupos y con las capacidades y debilidades que tienen los sistemas para atender sus necesidades.⁴ En este sentido, la cobertura de seguro de salud es uno de los factores que puede determinar el acceso a los servicios de salud de la población residente en un área geográfica determinada; la carencia de este tipo de cobertura de seguro puede resultar en situaciones que potencialmente afecten a los migrantes en una jurisdicción.⁵

El objetivo fue describir la cobertura de seguro de salud de los migrantes de países limítrofes que viven en la provincia de Salta, Argentina, entre el período 2004-2011.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis con datos secundarios correspondientes a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de Argentina, la cual es de acceso público a través del sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Se trata de una encuesta multipropósito que releva información de hogares y personas sobre características demográficas básicas, características migratorias, situación laboral, habitacional, educacional e ingresos; con el objetivo de caracterizar la situación socioeconómica de hogares e individuos.

Su diseño consiste en una muestra probabilística estratificada en tres etapas de selección. En la primera etapa, las unidades primarias de muestreo son las aglomeraciones, las unidades de segunda etapa son los radios censales y las unidades de tercera etapa son las viviendas.⁶

La cobertura geográfica de la EPH abarca 31 aglomerados urbanos, cubriendo todas las capitales de provincia y aglomerados urbanos de más de 100 mil habitantes. Tiene una periodicidad de relevamiento trimestral, con cuatro estimaciones al año sobre el mercado del trabajo en la Argentina.

Para el análisis de este trabajo se utilizaron los microdatos correspondientes al primer trimestre del año 2004 y el último trimestre del año 2011, considerándose la muestra tomada para el aglomerado urbano Salta.

Las variables procesadas fueron las siguientes:

- Cobertura de seguro de salud: corresponde al autorreporte de estar afiliado a una obra social o plan de salud.
- Dónde nació: esta variable puede adoptar las categorías de: en esta localidad, en otra localidad de esta provincia, en otra provincia, en un país limítrofe, en otro país.
- Sexo: masculino, femenino.

Se analizaron los datos a través de estadísticos univariados y bivariados para datos categorizados con InfoStat, con una significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las muestras analizadas en la Encuesta Permanente de Hogares correspondientes al aglomerado urbano de Salta, en el primer trimestre del año 2004 los migrantes nacidos en países limítrofes representaron el 1,4% de la muestra relevada, mientras que en el último trimestre de 2011, los migrantes de países limítrofes representaron el 2%.

En relación a la cobertura de seguro de salud autorreportada por los individuos, del total de varones nacidos en un país limítrofe, el 62,7% contaba con cobertura de seguro de salud en el año 2004, mientras que del total de varones nativos de la ciudad de Salta, el 49% contaba con cobertura de seguro (Tabla 1). Esta diferencia observada en la cobertura representó una ventaja a favor para los varones nacidos en países limítrofes (OR: 1,75; IC: 1,63-1,87; $p < 0,0001$).

Sin embargo en el año 2011 esta situación se revirtió de manera desfavorable para los varones migrantes de países limítrofes, ya que de ellos, solo el 41,6% contaba con aseguramiento, mientras que del total de varones nativos, el 57,9% contaba con cobertura de seguro, lo que representa un riesgo incrementado en dos veces para los migrantes (OR: 1,93; IC: 1,81-2,05; $p < 0,0001$).

En tanto, para las mujeres la situación de aseguramiento fue distinta que en los varones.

En el año 2004, de las mujeres migrantes de países limítrofes, un 22% contaba con cobertura de seguro de salud, comparando con el 51,2% de las nativas (ver Tabla 1): su situación de migrantes las colocaba en desventaja

(OR: 7,24; IC: 6,66-7,86; $p < 0,0001$). En el año 2011 la situación para estas mujeres se revirtió de manera positiva, ya que la cobertura se incrementó al 63,2% de ellas, reduciendo de esta manera el riesgo de no tener cobertura en comparación con las mujeres nativas de Salta (OR: 0,77; IC: 0,74-0,81).

Tabla 1. Porcentaje de cobertura de seguro de salud por sexo, según lugar de nacimiento. Años 2004 y 2011. Encuesta Permanente de Hogares, Salta

Sexo	Lugar donde nació	Año 2004	Año 2011
		Con cobertura (%)	Con cobertura (%)
Varón	En esta localidad	49,0	57,9
	En otra localidad de esta provincia	56,2	63,7
	En otra provincia	60,8	75,8
	En un país limítrofe	62,7	41,6
	En otros países	0,0	39,1
	Total	51,5	57,0
Mujer	En esta localidad	51,2	57,0
	En otra localidad de esta provincia	67,1	67,4
	En otra provincia	58,1	78,8
	En un país limítrofe	22,0	63,2
	En otros países	100,0	100,0
	Total	54,2	61,3
Ambos sexos	En esta localidad	50,1	57,4
	En otra localidad de esta provincia	62,4	65,8
	En otra provincia	59,3	77,3
	En un país limítrofe	42,1	55,2
	En otro país	100,0	69,8
	Total	52,9	60,9

DISCUSIÓN

La adaptación de los migrantes de países limítrofes en la Argentina sin duda es muy distinta a la adaptación que experimentaron los migrantes de ultramar que se establecieron en grandes centros urbanos de la Argentina, aun más si se tiene en cuenta que la provincia de Salta representa una de las economías más empobrecidas del país. En este contexto de desigualdades preexistentes, los migrantes

de países como Bolivia, Paraguay o Chile, en Salta pueden verse en situación de diferencias mayores, cuestión que podría explicarse por la teoría del estructuralismo histórico. Las diferencias observadas en las coberturas de seguro de salud entre personas migrantes y personas nativas pueden explicarse a partir de la existencia de mercados laborales (una de las alternativas para acceder a la cobertura de se-

guro de salud) segmentados no solo por sexo, sino también segmentados por condición de nativo/migrante, es decir, con menor calificación, lo cual determinaría la adscripción al seguro de salud.⁷

La mejoría observada en los indicadores de cobertura de salud para las mujeres migrantes nacidas en países limítrofes, podría explicarse por el aumento de la participación laboral de las mujeres en un mercado laboral formal extradoméstico que reportan algunos autores,^{8,9} con el consiguiente aumento de la cobertura de seguro de salud. Así también, la urbanización en las últimas décadas ha permitido importantes cambios en la educación, nivel de empleo, acceso a servicios de salud, vivienda y otros servicios a los migrantes en contextos latinoamericanos.¹⁰

Asegurar la universalidad de la cobertura de seguro de salud para una población, es una garantía de bienestar social y de aumento de la calidad de vida para todas las personas;¹¹ sin embargo, la dificultad radica en proveer a las poblaciones más marginadas de este aseguramiento, y precisamente la población migrante es la que debe enfrentar múltiples dificultades en lo que refiere al acceso a los servicios de atención de salud.

Finalmente, se reconoce en este trabajo la limitación de no haber incluido variables como la edad, el estado civil, la jefatura del hogar, la educación y si la decisión de migrar fue voluntaria o involuntaria; variables que podrían enriquecer la profundización del análisis de las situaciones planteadas en este trabajo.

REFERENCIAS

1. Nicola L. La migración en la unidad doméstica: un estudio de caso en dos municipios de la frontera argentino-boliviana (Los Toldos, Salta y Padcaya, Tarija). *Mundo Agr.*, 2008; 9(17).
2. Lagos M, Teruel A. Trabajo y demografía. Análisis de la problemática a partir de un caso específico: la composición laboral de los ingenios de Jujuy (República Argentina, 1870-1915). *Data*, 1992; 2: 116-134.
3. Arroyo S, Tovar L. Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante. *Desarr. Soc.*, 2009; 64(2): 153-172.
4. Vilar Peyri E, Eibenschutz Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev Gerenc Polit Salud*, 2007; 6(13): 11-32.
5. Paganini J. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 1998; 4(5): 305-310.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Argentina). Encuesta Permanente de Hogares [en línea]. Argentina: INDEC; [sin fecha] [consultado en 2014]. Disponible en: www.indec.gov.ar
7. Woods C. Equilibrium and Historical-Structural Perspectives on Migration. *International Migration Review. Special Issue: Theory and Methods. Migr Ethnic Res*, 1982; 16(2): 198-319.
8. Caicedo Reascos M. Inserción laboral de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en el mercado de trabajo de los Estados Unidos y diferencias de género. En Meichtry N, Pellegrino A, Bologna E. *Migrantes latinoamericanos: el estado de las investigaciones en la región*. ALAP Editor. Serie Investigaciones, núm. 1. Río de Janeiro, Brasil: Asociación Latinoamericana de Población, 2008.
9. Ada Cheng S. Labor migration and international sexual division of labor: a feminist perspective. En Kelson G (ed.). *Gender and Immigration*. New York: University Press; 1999.
10. Márquez-Montero G et al. Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 2011; 28(1).
11. Starfield B. Health services research: a working model. *N Engl J Med*, 1973; 289: 132-136.