



ACCESO Y CUIDADO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA EN COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR: ¿UN PROCESO SALUDABLE?

Resumen ejecutivo:

El acceso a medicinas y la atención en servicios de salud son problemáticas muy presentes dentro del proceso de desplazamiento desde Venezuela. Por ello, la implementación de planes y disposiciones que fomenten la inclusión de las personas migrantes y refugiadas en los servicios de la salud es sumamente relevante para garantizar una atención inclusiva al sistema sanitario en los países de acogida.

Con el objetivo de sumarnos a la discusión en torno a los desafíos de acceso a servicios de salud, mostramos algunos de los resultados más relevantes en la encuesta (N 1 416) realizada a personas migrantes y refugiadas venezolanas acerca de su afiliación a seguros de salud, desafíos para acceder a atención médica, uso de métodos anticonceptivos, discriminación en espacios de salud en Colombia, Ecuador y Perú. Asimismo, evidenciamos la importancia del rol que desempeñan las autoridades locales para una inclusión dentro del sistema de salud para la población migrante.

Bienestar, cuidado de la salud y la migración

Los sistemas sanitarios de los países latinoamericanos se han caracterizado por una precariedad en la prestación de servicios y bastante variables en su calidad. Para 2019, el gasto nacional en salud per cápita de la región ha sido bastante desigual, con niveles superiores a los 1 106 dólares en países como Uruguay, siendo Perú (233 dólares), Ecuador (301 dólares) y Colombia (356 dólares) los países con los gastos más bajos de la región (WHO, 2022). Sumado a ello, la pandemia del coronavirus convirtió al acceso a servicios de salud en un tema prioritario dentro de la agenda pública alrededor del mundo. América Latina, que cuenta con sistemas públicos de salud caracterizados por su desigualdad, precariedad y constante saturación (Litewka & Heitman, 2020), no fue la excepción. Ello ha supuesto un desafío para contener las olas de contagios y muertes a causa de la COVID-19 y a su vez darles continuidad a los tratamientos de otras enfermedades.

A esta situación se suma el desplazamiento de la población migrante y refugiada venezolana, lo que ha significado un desafío sin precedentes para los sistemas sanitarios en los países de acogida. El proceso de movilidad y tránsito de más de 5 millones de personas venezolanas entre fronteras de la región ha expuesto a esta población a una serie de retos, incluyendo la incertidumbre sobre el funcionamiento de los servicios públicos en los países de acogida, principalmente el de salud, debido al deterioro en sus condiciones de vida. En los últimos años este deterioro en las condiciones de salud se ha evidenciado en el incremento de demandas de personas de nacionalidad venezolana por atención de enfermedades en los establecimientos de salud de zonas fronterizas (Rodríguez-Morales, y otros, 2019; Doocy, Page, de la Hoz, Spiegel, & Beyrer, 2019). Agregado a ello, el proceso de integración a los sistemas sanitarios en varios países de la región implica la obtención de una serie de documentación relacionada a la situación migratoria, lo cual para aquellos venezolanos y venezolanas de reciente ingreso a un país de acogida les resulta una barrera adicional en su acceso a la salud como derecho humano.

Durante la pandemia, la adopción de medidas para contener la expansión del virus como cuarentenas y toques de queda profundizaron las vulnerabilidades presentes en la población migrante y refugiada, quienes enfrentaron dificultades para cubrir sus necesidades básicas como alimentación y el pago del alquiler por sus condiciones previas de precariedad o no acceder a alimentos diarios en caso no salieran a realizar sus actividades laborales, mayormente caracterizadas por ser presenciales (Feline & Brauckmeyer, 2021).

Este tercer boletín forma parte de una serie de publicaciones que se desprenden de la “Tercera Encuesta a Población Migrante y Refugiada Venezolana” sobre condiciones de vida (Equilibrium CenDE, 2021). La encuesta de opinión fue realizada en el mes de agosto de 2021 a un total de 1 416 personas migrantes y refugiadas de nacionalidad venezolana en Colombia, Perú y Ecuador y surge para complementar los esfuerzos de los Estados receptores en la identificación de necesidades y desafíos de esta población para una integración socioeconómica positiva.

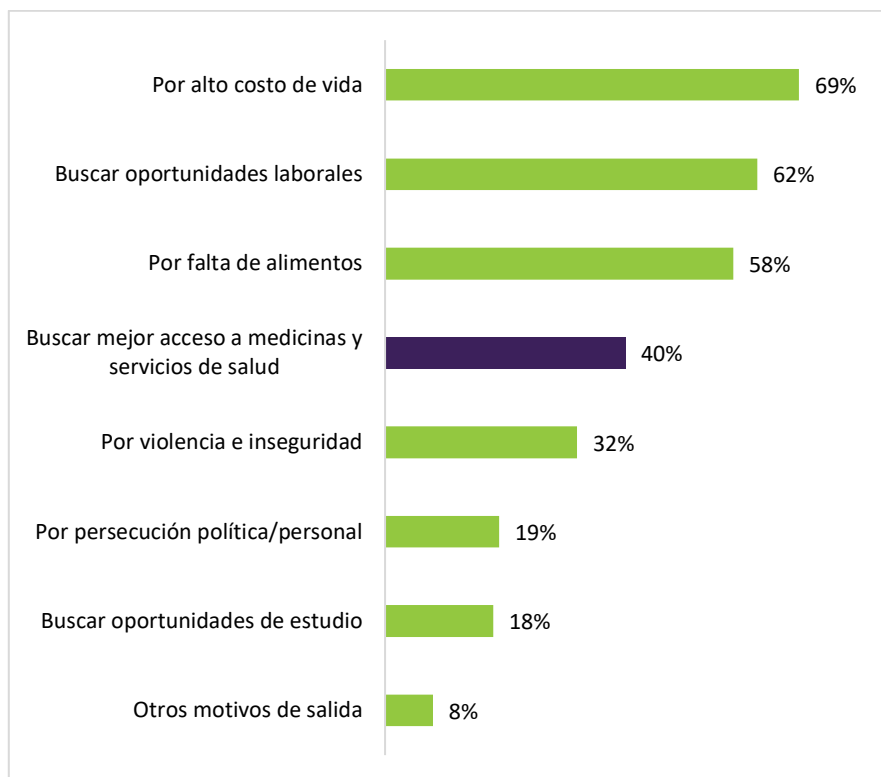
La movilidad humana por motivos de salud

El desplazamiento de migrantes y refugiados fuera del territorio venezolano se ha convertido en uno de los más grandes en la historia de la región, comparándose en magnitud a otros fenómenos similares como el de la crisis de refugiados sirios en Europa. Varios estudios reflejan cómo la pérdida de calidad de vida asociada al deterioro de los servicios públicos es un factor determinante para el cruce de la frontera desde Venezuela (García Ganoza, 2019; Amnistía Internacional, 2017; CIDH, 2017). La crisis humanitaria vivida en Venezuela ha tenido como aspecto relevante el deterioro del sistema de salud en años recientes, debido, entre otras razones, a una disminución en la disponibilidad de médicos, particularmente para algunas especialidades, fallas en la dotación de equipos médicos en los centros de salud y escasez de insumos médicos, medicamentos y vacunas (Carrillo, 2018). El resultado es un sistema de salud venezolano precario y excluyente para la mayor parte de su población.

En este sentido, los resultados de nuestra encuesta confirman la búsqueda de servicios de salud como una motivación para salir de Venezuela: son 4 de cada 10 personas cuya motivación para salir del país fue buscar acceso a medicinas y mejores servicios de

salud, (Gráfico 1), sólo por debajo de motivaciones económicas como el costo de vida (69%), oportunidades laborales (62%) y falta de alimentos (58%), aunque este último tiene un componente importante en la salud y el bienestar de la población.

Gráfico 1. ¿Cuáles fueron las motivaciones que le impulsaron a salir de Venezuela?



Fuente: Equilibrium CenDE (2021).

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) en el año 2021, la situación de la atención en servicios de salud se ha vuelto más crítica, dado que las medidas de confinamiento por la pandemia del COVID-19 han cambiado la vida normal de las personas, exponiéndose a ciertos riesgos relacionados con la salud. Ello ha repercutido en la disminución de la población que reporta problemas recientes de salud. Entre quienes indican, lo común es que se auto mediquen (46%). Entre la población infantil es mayor el reporte de algún evento de salud, así como el suministro de medicamentos en el hogar, lo cual requiere de un enfoque de niñez.

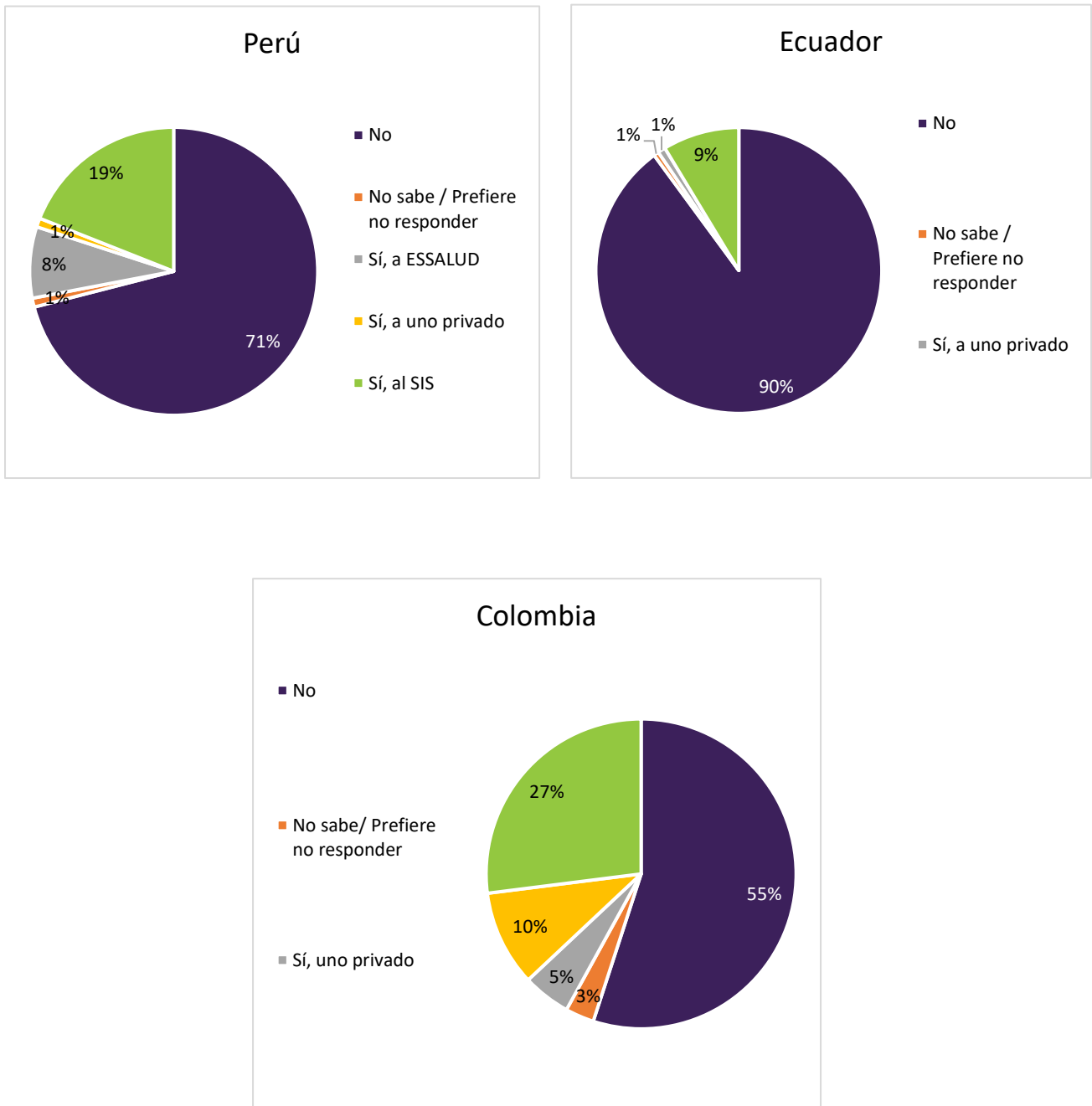
¿Cómo vamos en el acceso a salud en los países de acogida?

Desde antes de la pandemia, en los países de acogida han existido una serie de barreras estructurales para la inclusión de su población en el sistema de salud, de acuerdo a sus modelos de aseguramiento, sea universal o contributivo. Tal situación se agrava para la población migrante dado que, a dichas barreras estructurales, se le suman desafíos como la falta de conocimiento sobre el proceso de afiliación al seguro

de salud, la falta de confianza, la falta de recursos económicos y de tiempo y, en ocasiones, el requisito de estar en una situación migratoria regular.

El nivel de afiliación a seguros de salud es bajo, y heterogéneo entre los tres países de la región. En promedio, 6 de cada 10 migrantes encuestados no cuenta con ningún seguro de salud, aunque con algunas diferencias entre los países analizados (Gráfico 2). Colombia presenta las tasas más altas de afiliación, con 42% de la población encuestada que declaró contar con algún seguro de salud; seguido por Perú (28%) y aún más bajo se encuentra Ecuador (13%).

Gráfico 2. ¿Cuenta con algún seguro de salud en el país de acogida?



Fuente: Equilibrium CenDE (2021).

En Colombia, la mayoría confía en el aseguramiento público, solo 10% utiliza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de régimen contributivo en cualquier entidad prestadora de salud (EPS), la cual está dirigida para la población con capacidad de pago y con empleo formal, mientras que 27% opta por un régimen subsidiario, dirigido a la población vulnerable y en condición de pobreza. Asimismo, en este tipo de seguro en su mayoría están afiliadas las mujeres; caso contrario ocurre con los seguros privados, donde están frecuentemente hombres migrantes (69% frente a las mujeres 31%). Para el caso de los no afiliados a ningún tipo seguro (55%), en hombres esta cifra se incrementa a 59%, y en las mujeres está en un 52%.

En Perú, un 28% de la población migrante cuenta con un seguro de salud. Entre los afiliados, la mayoría se encuentra en el Seguro Integral de Salud (SIS) (19%), en parte impulsado por el Decreto Legislativo N.º 1466, el cual permitió la afiliación temporal al Seguro Integral de Salud (SIS) para todas las personas que se encuentren con sospecha o diagnóstico del virus, aceptando por primera vez el carné de solicitante de refugio como documentación válida y sin condicionar por una situación migratoria irregular. En el año 2020, según información pública del SIS, se encontraban afiliados 54 231 personas de nacionalidad venezolana a este tipo de seguro (Arroyo, Iwami & Lopez, 2022).

A nivel nacional, el porcentaje de afiliación a ESSALUD es bajo, dado que, este tipo de seguro está destinado para aquellos trabajadores formales. La inmensa mayoría de la población migrante y refugiada se encuentra trabajando en la informalidad (93%), por encima del promedio nacional (75%) (Freier & Brauckmeyer, 2020), lo que limita su acceso a este tipo de aseguramiento: solo 8% está afiliado a ESSALUD. Dicha cifra se incrementa en los hombres a un 10% y se reduce a un 5% en las mujeres migrantes afiliadas a ESSALUD, en parte explicado por la brecha de género en el acceso al empleo formal dentro de esta población.

En Ecuador, los resultados son aún más preocupantes, solo un 13% de la población migrante y refugiada venezolana cuenta con afiliación a un seguro de salud, siendo mayor la proporción en hombres (17%) frente a mujeres migrantes (10%). Asimismo, de la población con seguro, el 10% cuenta con un seguro público (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Salud). Por el contrario, solo el 3% optó por afiliarse a uno privado, siendo principalmente los hombres aquellos que han tenido la posibilidad de hacerlo.

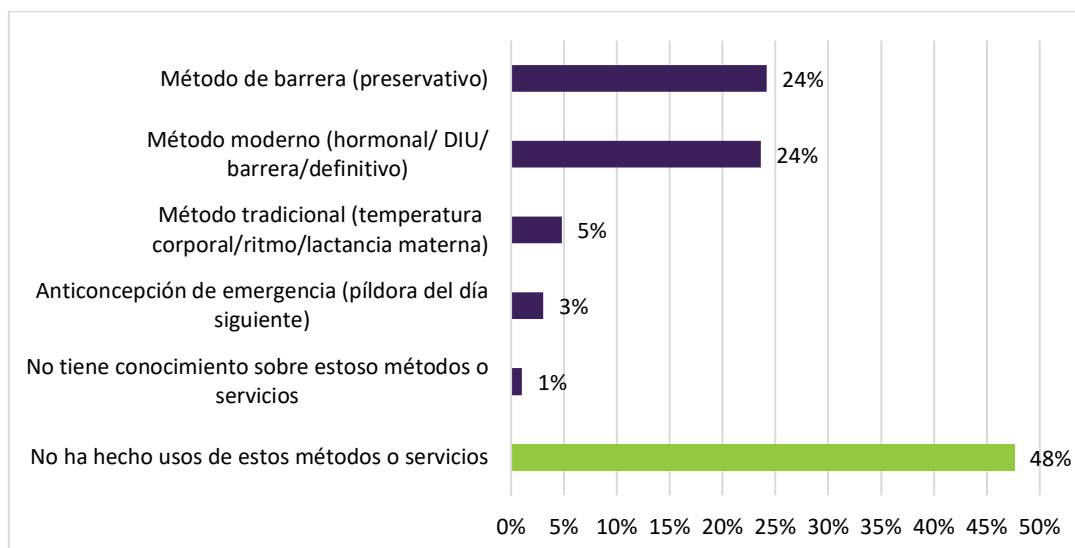
La población migrante y refugiada experimenta restos para acceder a atención médica de manera integral en los tres países analizados. El resultado en los tres países es un limitado acceso a los seguros de régimen contributivo (privado o seguridad social), como consecuencia de su estatus migratorio y situación laboral informal dentro del país de acogida. De igual manera, el acceso a seguros de salud reproduce las desigualdades de género, ya que las mujeres están afiliadas a seguros públicos en mayor proporción que sus pares hombres, principalmente por una situación laboral más favorable (Vargas, 2021; Bourguouis, Holmes Sue & Quezada, 2017).

Necesidades de la salud sexual y reproductiva

Dentro de los hogares de migrantes venezolanos existen necesidades de acceder a tratamientos o servicios preventivos como la salud sexual y reproductiva que requieren ser atendidas. Las consecuencias de no contar con una inclusión de la población migrante en programas y planes de atención de salud sexual y reproductiva se reflejan en un incremento de la violencia sexual, los embarazos no deseados, los abortos inseguros, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (Albornoz-Arias, Mazuera-Arias, Ramírez-Martínez, Carreño Paredes, & Morffe Peraza, 2021; Cordaro, 2020).

Sobre el uso de métodos de planificación familiar, existen 47,6% de encuestados que afirmaron no haber empleado ningún tipo de métodos anticonceptivos, lo cual se incrementa en los hombres migrantes a un 49,5% frente a las mujeres con un 45,7%. (Gráfico 3). Resulta muy preocupante que 48% de las personas convivientes afirmó no usar ningún método, siendo en mayor proporción los hombres convivientes en 54,8%.

Gráfico 3. Sabemos que acceder a métodos anticonceptivos a veces es complejo. En su última relación sexual, ¿ha utilizado alguno de los siguientes métodos anticonceptivos?



Fuente: Equilibrium CenDE (2021).

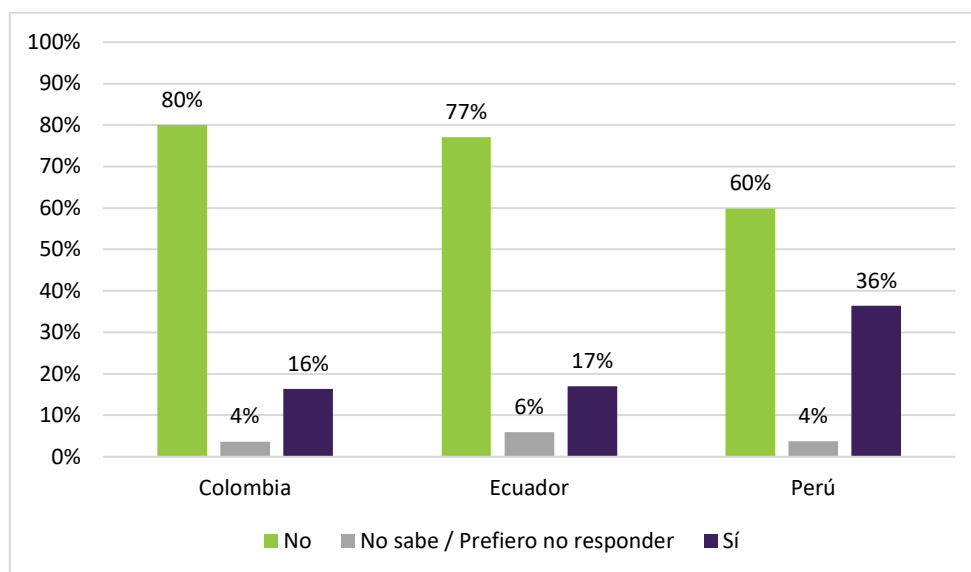
De las personas que hacen uso de algún tipo de método anticonceptivo, la mayoría confía en los métodos de barrera como es el uso de preservativos; en menor medida aquellos métodos modernos como hormonas o dispositivos intrauterinos (DIU). Además, encontramos que 10% de las personas encuestadas afirmaron estar en una situación de embarazo dentro de su hogar en el periodo de agosto 2020 a agosto 2021, lo cual pone sobre la mesa la necesidad de generar más investigaciones acerca del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La COVID-19 y la inclusión (o exclusión) de los planes

La pandemia del coronavirus agudizó la situación de salud precaria en la población migrante, dado que las medidas de restricción implementadas por los países de acogida afectaron (en mayor medida a este grupo), por la proporción de participación en actividades laborales informales y por motivos del sobre-hacinamiento en sus viviendas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020; Zambrano-Barragán, y otros, 2021). Asimismo, se ha asociado la figura del migrante, especialmente en situación irregular, a un riesgo de contagio por parte de la población migrante venezolana (Cabieses, Darringrandi, Blukacz, Obach, & Silva, 2020).

Se encontró que 23% de personas migrantes y refugiadas venezolanas afirma haber dado positivo a la COVID-19 (Ver Gráfico 4). La prevalencia de casos positivos fue mayor en Perú (36,4%) y en menor medida en Colombia y Ecuador, donde alrededor de 16% de personas declararon haberse contagiado, lo que coincide con el impacto diferenciado de la pandemia en cada país de acogida y por las condiciones estructurales los llevó a estar expuestos en mayor o menor medida al contagio. El Perú, a diferencia de otros países, tenía un sistema de salud precario trabajando al límite durante décadas y no estaba preparado para manejar ninguna carga adicional, lo que derivó en la desprotección de determinados grupos como la población migrante, no solo ante el COVID-19 sino a otras enfermedades producto de su vulnerabilidad económica durante la época más crítica de la pandemia (Vasquez-Rowe & Gandolfi, 2020; Schwalb & Seas, 2021)

Gráfico 4. ¿Ha estado enfermo/a o se encuentra actualmente enfermo/a de COVID-19?, según país de acogida



Fuente: Equilibrium CenDE (2021).

Sobre la intención de vacunación por parte de la población migrante, esta es elevada: 9 de cada 10 encuestados estaba dispuesto a vacunarse sea o no gratuita la aplicación de la misma. Al diferenciar por sexo, los hombres se mostraban más receptivos a una vacunación, aunque no sea gratuito con un 18% frente a las mujeres con un 12%.

Los países vieron la necesidad de incluir a la población migrante y refugiada como parte del padrón de vacunación para garantizar la mayor inmunidad de la población de su territorio, así como para poder propiciar una equitativa reactivación económica. Para garantizar la inclusión de la población migrante y refugiada venezolana, en Perú el Ministerio de Salud flexibilizó los requisitos de acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) para que todos aquellos que experimentaran síntomas de COVID-19 pudieran afiliarse al SIS, independientemente de su estatus o documento migratorio. Asimismo, el subgrupo de trabajo en salud de la Mesa de Trabajo Intersectorial para la Gestión Migratoria (MTIGM) se encargó de monitorear y evaluar los procesos de vacunación, incluyendo datos sobre personas extranjeras.

El panorama en Ecuador estuvo marcado por un importante porcentaje de asegurados al Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social (IESS) que solicitaron su desafiliación, dado que es un seguro contributivo (Primicias, 2021). A pesar de ello, el proceso de vacunación para población migrante y refugiada ha sido de acceso universal, independientemente de la situación migratoria en línea con los lineamientos de obligatoriedad de la vacunación contra la COVID-19 en el país.

La misma situación se replica en Colombia, dado que los gobiernos locales y nacionales establecieron que todos tendrían acceso a los servicios de salud pública en caso de presentar síntomas de COVID-19, sin considerar su estatus migratorio. Asimismo, a partir de la Resolución 1255-2021, las entidades de gobiernos locales tienen la responsabilidad de registrar datos sobre las y los migrantes en situación irregular y reportarlos al Ministerio de Salud con el objetivo de generar un censo de esta población y poder garantizar su acceso a las vacunas.

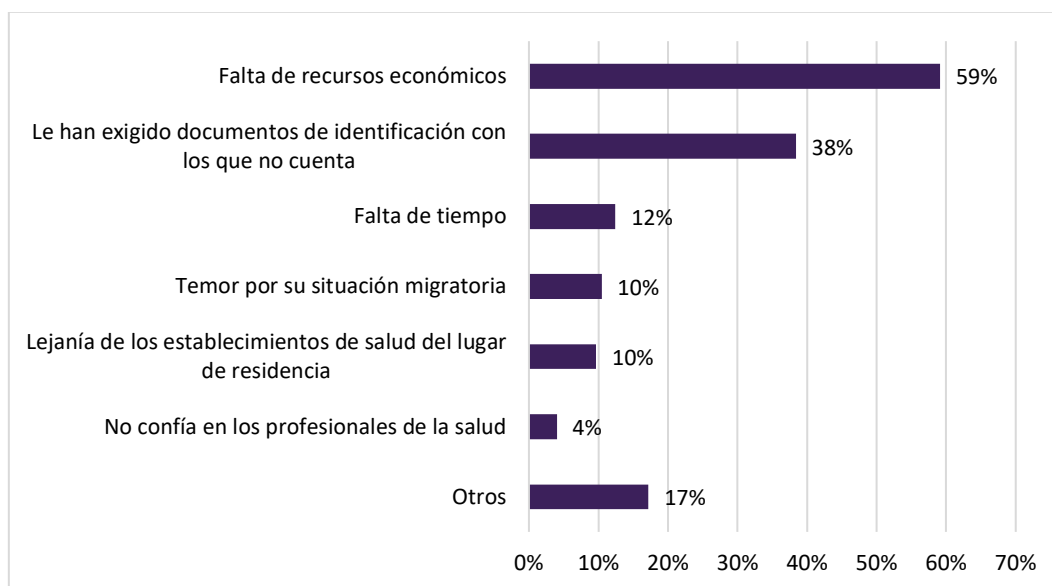
Desafíos para acceder a salud en los países receptores

Las situaciones por las cuales la población migrante y refugiada transita en su acceso a servicios de salud son variadas, muchas de ellas están cargadas por discursos xenófobos y una exclusión institucional por su condición migratoria; también se reflejan las barreras estructurales en la prestación de servicios de salud que caracterizan al país de acogida como las largas distancias hacia establecimientos de salud, así como su baja calidad y demora en la atención a servicios especializados. Estas situaciones limitan el derecho a la salud y desincentivan un oportuno cuidado frente a potenciales enfermedades.

Al consultar a la población migrante y refugiada venezolana sobre los desafíos que experimentan para acceder a la atención médica y servicios de salud en los países de acogida, las barreras principales fueron la falta de recursos (59%), seguido de la exigencia de documentos de identificación con los que no cuenta (38%) y la falta de tiempo (12%) (Ver Gráfico 5). En cuanto a la falta de recursos, una mayor proporción de mujeres venezolanas tienen dificultades frente a sus pares hombres (64,5% vs. 53,5%). En las razones de falta de tiempo existe una diferencia significativa: 16,5% en el caso de los migrantes hombres y 8,6% en mujeres migrantes, principalmente porque los

hombres se encuentran en mayor proporción trabajando durante el contexto de la pandemia, a diferencia de sus pares mujeres.

Gráfico 5. ¿Ha enfrentado alguno de los siguientes inconvenientes para acceder a atención médica y servicios de salud en el país de acogida?



Fuente: Equilibrium CenDE (2021).

En estas tres principales razones señaladas, se pudieron encontrar diferencias en los países de acogida. Destaca el caso particular de Ecuador, donde los encuestados afirmaron en un 73% que la falta de recursos dificulta su acceso, a diferencia de Colombia y Perú (57% para ambos casos). En cuanto a la exigencia de documentos de identificación con los que no cuentan se presenta en menor medida en Ecuador (17%); seguido por Perú (30%) y Colombia (47%), respectivamente. Ambos factores (económicos e institucionales) se encuentran como las barreras más importantes para la población migrante (MMC,2021)

Otros factores que dificultan el acceso a servicios de salud son la lejanía de los establecimientos de salud del lugar de residencia, especialmente en Colombia y Ecuador (12% y 11%) y el temor por su situación migratoria, con un 9,7% y 10,5%, respectivamente. Estas barreras traen como consecuencia una desconexión con los servicios de salud y una atención inadecuada, reforzando espacios paralelos para el tratamiento de sus enfermedades como farmacias o boticas (47%) u optar por la automedicación (INEI, 2018). Asimismo, 13% declaró haber experimentado discriminación en los establecimientos de salud. En la última encuesta (N 1 000) realizada por el Instituto de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú [IDEHPUCP] (2021) refleja que 38% de personas peruanas encuestadas piensa que la migración venezolana ha quitado oportunidades de atención en salud a la población peruana.

Por último, si bien sobre la salud mental no se recogieron datos en esta fase de la encuesta, existen otros estudios que dan cuenta de los impactos del proceso migratorio en el bienestar emocional de las personas venezolanas. Así, en la primera encuesta realizada por Equilibrium CenDE (2020) durante la primera ola de la cuarentena, un 58,8% declaró que sentiría sensación de miedo y un 22,5% de ansiedad y estrés si tuviera que acercarse a las autoridades en caso de necesitar asistencia médica por la

COVID-19. Esto supone un gran reto si tenemos en cuenta los altos niveles de miedo y ansiedad que experimenta esta población por el duelo migratorio y situaciones de discriminación y, en el caso de mujeres, episodios de acoso que atraviesan en los países de acogida. Ello requiere sumar esfuerzos para incorporar un componente destinado al acceso de servicios de salud mental, como parte de una estrategia mayor al acceder a cualquier tipo de seguro (gratuito o contributivo).

Conclusiones para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud en población migrante

- En cuanto al acceso a un seguro de salud como punto inicial de la inclusión a la protección social en el país de acogida, los resultados son variados. Tal como se observó, el nivel de aseguramiento está vinculado a los modelos de seguro que existen dentro del país y aunque la normativa reconoce un aseguramiento universal, son aquellos con mayores flexibilidades, pero con planes de atención básicos las que cuentan con mayor afiliación. Por el contrario, aquellos donde predominan los modelos contributivos y relacionados con una situación laboral formal, presentan menores niveles de afiliación.
- En esa misma línea, el avance del aseguramiento a servicios de salud ha permitido atender los casos de COVID-19 en la población migrante, la cual es particularmente más vulnerable por las condiciones precarias en las cuales llegan al país de acogida. Asimismo, en Perú y Colombia se han identificado normativas focalizadas hacia la población migrante y refugiada, sin distinción de su situación migratoria, mientras en Ecuador la obligatoriedad de la vacunación ha permitido el acceso a este servicio de forma gratuita para toda la población dentro de su territorio, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio.
- Por otro lado, las necesidades por atención en temas de salud sexual y reproductiva presentan aún un espacio por ser analizado a profundidad, dado que en las normativas aún no está claro el acceso a estos servicios para la población migrante desde un enfoque preventivo, sino solo reactivo como la atención a embarazos y/o medicación para enfermedades de transmisión sexual (ETS) como el VIH.

Recomendaciones

Ante este escenario, las autoridades sanitarias deberían repensar la forma en que se incluyen a las personas migrantes en el sistema de salud del país de acogida; para promover una integración al sistema sanitario basado en las principales brechas dentro de la población migrante venezolana y según su contexto como país de acogida. Por lo cual se proponen los siguientes aspectos claves para continuar con los esfuerzos antes mencionados:

- Comunicar de manera asertiva los impactos positivos de la inclusión de la población migrante y refugiada al sistema de salud para la comunidad,

resaltando la dimensión ciudadana y el respeto de los derechos humanos. En mayor medida asegurando que un bien público como la salud de los individuos no puede ser excluyente por nacionalidad o condición migratoria.

- Socializar de manera oportuna los mecanismos de subsidio en atención de salud y medicinas con las que se cuentan el país de acogida para desincentivar la automedicación y promover la asistencia a los establecimientos de salud, evitando las barreras por motivos económicos o documentación de parte de la población migrante y refugiada venezolana.
- Contar con un mapeo adecuado de los principales servicios de salud demandados por parte de la población migrante y refugiada, desde el momento en que cruzan las fronteras con el objetivo de evitar prolongar su tiempo de espera para la atención de enfermedades preexistentes. Así, se podrá garantizar que problemas en su condición física y mental durante el viaje no tengan repercusiones a mediano y largo plazo en su bienestar y desarrollo dentro del país de acogida.
- Realizar una focalización en materia de salud sexual y reproductiva, principalmente en mujeres migrantes, para evitar la violencia sexual, los embarazos no deseados, los abortos inseguros, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y contar con un acceso oportuno a estos servicios de atención de manera integral.
- Todo ello requiere del trabajo articulado de las instancias de gobierno dentro del sistema de salud en los países de acogida, así como de las organizaciones de la población migrante y cooperación internacional para garantizar un enfoque de inclusión y equidad en la formulación de planes y programas de cuidado de la salud integral.
- Finalmente, existen una serie de estudios aún limitados sobre la prevalencia de riesgos de una mala salud mental en la población migrante, así como los factores que permitan identificar grupos vulnerables más susceptibles. Estas personas presentan graves problemas de depresión como pueden ser los menores de edad, quienes permanecen en incertidumbre económica en el país de acogida y las mujeres en condición de embarazo (Close et al.,2016)

Referencias

Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Ramírez-Martínez, C., Carreño Paredes, M., & Morffe Peraza, M. Á. (2021). Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19. Desafíos para su implementación. San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera.

Amnistía Internacional. (17 de Octubre de 2017). Los nuevos refugiados de las Américas: La otra crisis venezolana. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/59ea1bcd4.html>

Arroyo Laguna, J., Iwami, M., & López, L. (2022). La respuesta sanitaria de Perú ante la migración venezolana. En J. Arroyo Laguna, A. Portes, B. Cabieses, A. Cubillos, & I. Torres, La migración venezolana en los andes. La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador (págs. 38-185). Lima: Fondo Editorial PUCP

Brauckmeyer, G., & Freier, L. (2020). Migrantes venezolanos y COVID-19: impacto de la cuarentena y propuestas para la apertura. En M. Burga, F. Portocarrero, & A. Panfichi, Por una nueva convivencia. La sociedad peruana en tiempos del COVID-19 (págs. 41-56). Lima: Fondo Editorial PUCP.

Cabieses, B., Darringrandi, F., Blukacz, A., Obach, A., & Silva, C. (2020). Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarlo. *Notas de Población*, 43-62.

Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de saúde pública*, 1-15.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Los efectos del COVID-19: Una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible. CEPAL.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Situación de derechos humanos en Venezuela. OEA.

Cordaro, F. (2020). Necesidades en salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla. *Revista Internacional de Cooperación & Desarrollo*, 29-43.

Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T. et al. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health* 12, 47 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>

Doocy, S., Page, K., de la Hoz, F., Spiegel, P., & Beyrer, C. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 79-91.

García Ganoza, C. S. (2019). El derecho a la salud de las personas migrantes: un análisis a partir de los derechos humanos. En C. Blouin, Después de la llegada. Realidades de la migración venezolana (págs. 151-172). Lima: Themis Editorial Jurídica.

Equilibrium CenDE (2020). Primera Encuesta Regional a Población Migrante y Refugiada Venezolana 2020. Recuperado de: <https://equilibriumcende.com/encuesta-regional/>

Equilibrium CenDE (2021). Tercera Encuesta Regional a Población Migrante y Refugiada Venezolana 2021. Recuperado de: <https://equilibriumcende.com/encuesta-regional-2021/>

Instituto de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú [IDEHPUCP] (2021). Encuesta de percepción sobre migración venezolana en Perú. Boletín 3º. Percepción sobre la salud y la migración venezolana en el Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Condiciones de vida de la población venezolana que reside en el Perú. Lima: INEI.

Litewka, S., & Heitman, E. (2020). Latin American healthcare system in times of pandemic. *Developing World Bioethics*, 69-73.

Rodriguez-Morales, A., Suarez, J., Riquez, A., Cimerman, S., Valero-Cedeño, N., Cabrera, M., . . . Paniz-Mondolfi, A. (2019). In the eye of the storm: Infectious disease challenges for border countries receiving Venezuelan migrants. *Travel medicine and infectious disease*, 4-6.

Schwalb, A., & Seas, C. (2021). The COVID-19 Pandemic in Perú: What Went Wrong? *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1176-1178.

Universidad Católica Andrés Bello [UCAB] (2021). Encuesta Nacional de Condiciones de vida 2021.

Vasquez-Rowe, I., & Gandolfi, A. (2020). Peruvian efforts to contain COVID-19 fail to protect vulnerable population groups. *Public Health in Practice*, 1-3.

World Health Organization. (30 de 04 de 2022). Global Health Expenditure Database. Obtenido de <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Zambrano-Barragán, P., Ramírez-Hernández, S., Freier, L. F., Luzes, M., Sobczyk, R., Rodríguez, A., & Beach, C. (2021). The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. *Journal of Migration and Health*, 1-8.



Acceso y cuidado de la salud en la población migrante venezolana en Colombia, Perú y Ecuador: ¿un proceso saludable?

Equilibrium Centro para el Desarrollo Económico (CenDE)
www.equilibriumcende.com

Autor:

Alonso Tovar

Corrección de estilo:

Doris Perla

Diagramación:

Isabel Samaniego

Versión

Julio, 2022

Calle Enrique Palacios 335, Oficina 703, Miraflores

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, bajo la condición de que se cite la fuente.