

LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN LOS ANDES

**La respuesta sanitaria
de Perú, Chile, Colombia
y Ecuador**

**Juan Arroyo Laguna
Alejandro Portes
Baltica Cabieses
Andrés Cubillos
Irene Torres**

Investigadores principales



LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN LOS ANDES

La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y
Ecuador

Juan Arroyo Laguna • Alejandro Portes • Baltica
Cabieses • Andrés Cubillos • Irene Torres

Investigadores principales



**RED
SAMI**
Red de Salud Andina para Migrantes



UK Research
and Innovation



**FONDO
EDITORIAL
PUCP**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



La migración venezolana en los Andes

La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador

Juan Arroyo Laguna, Alejandro Portes, Baltica Cabieses, Andrés Cubillos y Irene Torres,
investigadores principales

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2022

Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú

feditor@pucp.edu.pe

www.fondoeditorial.pucp.edu.pe

© Red SAMI

Av. Arenales 1912, oficina 1303, Lima 14, Perú

www.redsami.com

Diseño, diagramación, corrección de estilo y cuidado de la edición: Fondo Editorial PUCP

Primera edición digital: febrero de 2022

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-00565

ISBN: 978-612-317-722-5

ÍNDICE

Agradecimientos

Presentación

Juan Arroyo Laguna

Referencias

El éxodo venezolano: reflexiones teóricas y comentarios puntuales

Alejandro Portes

1. Introducción

2. La informalidad

3. ¿Qué nos dicen los reportes individuales?

Referencias

La respuesta sanitaria de Perú ante la migración venezolana

Juan Arroyo Laguna

Michiyo Iwami

Leslie López

1. Introducción

2. El proceso migratorio

3. Perfil del migrante

4. Respuesta institucional del Estado

5. Respuesta sanitaria del Estado peruano

6. Respuesta de la cooperación internacional

7. Conclusiones y recomendaciones

Referencias

Anexo 1

La respuesta sanitaria de Chile ante la migración venezolana

Báltica Cabieses

Daniel Larenas

Marcela Oyarte

Florencia Darrigrandi

1. Antecedentes

2. Caracterización de migrantes venezolanos en Chile

3. El sistema de salud chileno y la respuesta general a los migrantes internacionales

4. Condiciones de salud de la población venezolana en Chile

[5. Respuesta humanitaria general y sanitaria específica desde el Estado a la migración venezolana](#)

[6. Apoyo a la respuesta desde organismos internacionales](#)

[7. Respuesta desde las ONG y las organizaciones sociales](#)

[8. Respuestas articuladas a nivel regional](#)

[9. Conclusiones](#)

[10. Recomendaciones](#)

[Referencias](#)

La respuesta sanitaria de Colombia ante la migración venezolana

[Andrés Cubillos](#)

[Nelson Ardón Centeno](#)

[Oscar Franco Suárez](#)

[1. Contexto](#)

[2. Respuesta del Gobierno colombiano a la atención en salud de la población migrante venezolana](#)

[3. Apoyo de instituciones multilaterales y organismos de cooperación para los migrantes venezolanos en Colombia](#)

[4. Conclusiones y recomendaciones](#)

[Referencias](#)

La respuesta sanitaria de Ecuador ante la migración venezolana

[Irene Torres](#)

[Daniel López-Cevallos](#)

[Bernardo Cañizares](#)

[Ying Hui Wong](#)

[1. La migración venezolana en Ecuador](#)

[2. Condiciones de salud de la población venezolana en Ecuador](#)

[3. Respuesta sanitaria desde el Estado](#)

[4. Apoyo a la respuesta ecuatoriana desde organismos internacionales](#)

[5. Conclusiones y recomendaciones](#)

[Referencias](#)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a United Kingdom Research and Innovation por el auspicio a los estudios publicados en este libro.

PRESENTACIÓN

Juan Arroyo Laguna

Investigador principal del proyecto Red SAMI

Este libro surge de una experiencia inédita para los países andinos de Latinoamérica: la recepción de más de cuatro millones de migrantes venezolanos en Colombia, Ecuador, Perú y Chile a partir del año 2017. Nunca antes los países sudamericanos habían experimentado un fenómeno migratorio tan intenso y vasto. América Central y América del Norte tienen una experiencia a este respecto, con las migraciones de sectores de las poblaciones de México y los países centroamericanos a los Estados Unidos, pero no América del Sur. La última ola migratoria para la mayoría de los países sudamericanos fue la del siglo XIX, cuando los inmigrantes europeos llegaron en plena etapa industrial. Después siguieron migraciones graduales, más hacia fuera que hacia dentro, que en algunos casos terminaron sumando cifras importantes, pero a lo largo de varias décadas. Sin embargo, la migración venezolana de los últimos tres años fue un éxodo. Colombia ha acogido alrededor de 1 770 000 venezolanos, seguido por Perú con 1 040 000, Chile con 457 000 y Ecuador con 417 000 (Acnur-OIM, R4V, 2020). México y los países de América Central y el Caribe también albergan un gran número de refugiados y migrantes de Venezuela.

Dos peculiaridades caracterizan esta megamigración venezolana. La primera consiste en que no es una migración impulsada por factores de atracción, sino por factores de expulsión, una diferencia originalmente explicada por Michael Piore (1979). La segunda, en que no se trata de una migración gradual sino de una disruptiva, un éxodo masivo y en poco tiempo. Así, las mareas de migrantes venezolanos prácticamente escapan a

la crisis de sobrevivencia en su país, pues el caso venezolano es el de una migración por expulsión y disruptiva.

Los investigadores de los estudios de esta publicación han analizado migraciones regulares en sus respectivos países, pero la ola venezolana ya no se podía analizar de la misma forma por estar interconectada y tratarse de un volumen de desplazamientos cualitativamente mayor. Ninguna región del mundo recibe millones de inmigrantes sin que eso implique una readecuación importante de las sociedades receptoras y de los migrantes. Eran necesarios enfoques nacionales y, a la vez, una visión de carácter supranacional de alcance al menos subregional, de tal forma que existiese mayor precisión en los diagnósticos y fuesen más efectivas las soluciones. De ahí surge la asociación de investigadores de cuatro de los países andinos que venían estudiando la relación entre las migraciones y la salud, la cual dio vida a una Red sobre Salud y Migraciones (SAMI) que, al final, repotenció las redes nacionales y terminó por establecer una conexión inherente al trabajo de reflexión mediante la acción de sus integrantes. El presente libro es fruto de dicha red.

Los estudios que hoy se presentan han sido, por tanto, informes preparados para cada uno de los países involucrados en la red: Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Han estado acompañados en cada país del diálogo con las autoridades y los actores implicados en el tema: los gobiernos, los Ministerios de Salud y de las áreas sociales, los sistemas de cooperación multilateral, las organizaciones de asistencia humanitaria, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los gobiernos intermedios y municipios, las comunidades migrantes, los profesionales de los servicios de salud y otros. Al final, se ha alentado un esfuerzo colaborativo que ha permitido sentar las bases para posteriores formas de asociación dentro de los países y entre los mismos equipos nacionales bajo la forma de una red de redes. Los equipos de investigación nacionales han promovido muchos seminarios de discusión del tema de migraciones y salud, en consonancia con la conversión del asunto migratorio en una cuestión cada vez más relevante en todos nuestros países, desde el momento de las coordinaciones iniciales entre los investigadores andinos del tema, en el año 2018, hasta hoy. La iniciativa ha sido la semilla que dio lugar al tejido actual compuesto por muchas plataformas de investigación y acción sobre las migraciones.

De otro lado, estos estudios que hoy ofrecemos públicamente partieron desde el inicio de la premisa de que había que complementar la primera generación de investigaciones sobre la migración venezolana, que se había centrado en dimensionar el fenómeno con reportes sociodemográficos y privilegió estudios puntuales, para producir estados de situación nacionales que permitan a los Estados mejorar la respuesta institucional frente al tema de las migraciones en sus países.

Efectivamente, la tarea de los primeros meses y años para los migrantes fue insertarse social y laboralmente en sus nuevos países de residencia; mientras que, para los Estados, consistió en aminorar las brechas sociales, sanitarias, interculturales y de comunicación e información con los migrantes. Esto ha multiplicado las encuestas y observatorios, teniéndose hoy una mejor base para el diseño y gestión de políticas públicas. Se dispone así de más información sobre la cadena de procesos de los migrantes venezolanos; esto es, sobre las formas de traslado, los puntos de cruces de fronteras, los primeros contactos, el reasentamiento, la búsqueda de trabajo y la resocialización.

En todos los casos, las investigaciones han develado los costos del desarraigo para el migrante, incluyendo la pérdida frecuente de sus derechos fundamentales y la experiencia de nuevas desigualdades laborales, de ingresos, de género y culturales que nunca había sufrido. Los venezolanos han cruzado las fronteras a pie o tomando autobuses por tramos. Han marchado a sus destinos con o sin familiares y contactos. Han pasado algún tiempo sin trabajo y han pagado el costo de adaptarse al nuevo contexto y a la cultura. Una parte se ha agrupado en comunidades, albergues o barrios de venezolanos para tener un respaldo. Se sabe que la mayoría, en sus primeros trabajos, ha debido aceptar condiciones y salarios poco dignos, y que no tienen fácil acceso a servicios de salud o al seguro social (OIM, 2019; Acnur, 2019; Cabieses, Tunstall, Pickett & Gideon, 2013; INEI, 2018). Ahora se tiene también más información sobre el perfil de los migrantes, su documentación en cada país, sus niveles educativos, su antigüedad como residentes o población en tránsito, su situación familiar y muchos otros aspectos de utilidad para el diseño de intervenciones en su beneficio (Guataquí y otros, 2017; OIM, 2019; Mazuera-Arias, Albornoz-Arias, Morffe Peraza, Ramírez-Martínez & Carreño-Paredes, 2019; SNM, 2018; Koechlin & Eguren, 2018). Encima, cuando todavía no habían

terminado de reasentarse en los países de residencia, vino la pandemia de la COVID-19, que hizo retroceder sus niveles de inserción laboral y social.

Y, sin embargo, pese a todo este avance en las investigaciones, el gran escollo para desarrollar estudios nacionales es aún la relativa falta de información y de sistemas de recolección de data que integren información sobre migrantes. No todos los países incluyen este tema en sus encuestas nacionales periódicas y hay una dificultad para diseñar muestras representativas ante la escasez de padrones y la alta movilidad de los migrantes, muchos de ellos de paso hacia sus países de destino. Aun así, hoy estamos ya ante un primer nivel de exploraciones nacionales del tema que incluye los cuatro estudios compilados en este volumen.

Nuestro foco ha sido la respuesta institucional de los países a las migraciones y, en particular, las respuestas sanitarias de los países a la crisis migratoria porque observábamos entonces que, en el campo de la salud, se había estudiado más al migrante y sus patologías que a los Estados y sus respuestas en salud ante la migración. Además, percibíamos que, en lo referido a la respuesta de los Estados, la mirada se había centrado en los mecanismos de control y asistencia en los pasos fronterizos y en el otorgamiento de documentos de identidad, filiación y de viaje para los migrantes venezolanos, antes que en la atención de sus necesidades sanitarias, tarea que corresponde a los Ministerios de Salud de cada país (Feline & Parent, 2019).

Innumerables aportes se han dado en el terreno de la documentación legal, entre ellos el de Acosta, Blouin y Feline (2019), que establece una tipología interesante al clasificar seis tipos de países según las normas existentes para la aceptación de migrantes. En la misma línea, centrada en las leyes de tratamiento de migrantes, se han desarrollado los estudios de países que compendian Gadini, Lozano y Prieto (2019); el análisis de Paula Mendoza (2018) sobre Ecuador; o el de Páez y Garavito (2019) sobre Colombia. Hay también más estudios sobre problemas específicos de salud de los migrantes venezolanos. Rodríguez-Morales, Bonilla-Aldana y otros (2019) estudiaron el impacto de la migración venezolana sobre el VIH en Colombia; Paniz-Mondolfi y otros (2019) estudiaron la reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles; Vargas-Machuca y otros (2019) estudiaron el estado nutricional de los niños migrantes venezolanos en el Centro Binacional de

Atención Fronteriza de Tumbes en Perú. Y, así, hay una gran cantidad de estudios acotados a algún problema de salud.

Pero, entre los estudios previos sobre la migración venezolana, escaseaban aquellos dedicados al estudio de las políticas, estrategias e iniciativas en salud de los países; esto es, sobre las disposiciones y medidas de sus entidades rectoras respecto a sus servicios, por lo que se optó por adoptar este énfasis. Los trabajos sobre las respuestas sanitarias se han venido centrando en la utilización de servicios, o en el acceso y la satisfacción de los migrantes con los servicios de salud, o en las iniciativas específicas de los servicios en zonas de frontera. En esas líneas, existen muchas contribuciones valiosas como la de Akram Hernandez, Vargas-Fernández, Rojas-Roque y Bendezu-Quispe (2019) sobre utilización de los servicios de salud en Perú por parte de migrantes venezolanos; la de Mendoza y Miranda (2019) sobre los desafíos que abría la inmigración al Perú; la de González (2018) sobre el impacto de la migración venezolana en el sistema colombiano; la de Doocy, Page, De la Hoz, Spiegel y Beyrer (2019) sobre la situación de los servicios de salud en la frontera de Colombia y Brasil; y muchas más. La mayoría coincide en que el acceso de los migrantes a los servicios y seguros públicos es difícil, sobre todo en los países que exigen documentos migratorios oficiales, existiendo siempre una proporción variable de migrantes irregulares; y también en que las áreas fronterizas se han convertido en territorios vulnerables a epidemias (Rodríguez-Morales, Suárez y otros, 2019). Según Alvarenga (2018), se ha llegado a un colapso de los servicios de salud en zonas de frontera.

Sea como fuere, los estudios que aquí presentamos son nacionales y buscan aportar información agregada, ordenada y analizada sobre los procesos migratorios desarrollados entre 2018-2020, y también respecto a la atención y cuidado de la salud de la población inmigrante venezolana. Representan estados de situación sociosanitarios de cada país que permitirán no solo facilitar la identificación de los patrones sociales y de salud de los migrantes, sino también mejorar la capacidad epidemiológica y de respuesta de los Ministerios de Salud y los prestadores de servicios en general. Además, reseñan las respuestas de los países a este fenómeno, permitiendo identificar lecciones aprendidas sobre las «cosas que funcionan y que no funcionan» en apoyo de los migrantes.

Al final, el balance general es positivo pues, pese a todas las dificultades previas de los países de la región andina para cubrir la brecha entre las necesidades de la población nacional y la oferta de sus entidades proveedoras de servicios, los países andinos han asumido el nuevo desafío humanitario y de salud de la migración venezolana, y desarrollado iniciativas para compartir lo que tenían con los recién llegados.

Definitivamente, cabe en este balance un enorme reconocimiento a la labor desplegada desde el primer momento en apoyo de los migrantes y en los estudios sobre migraciones desde la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), la Cruz Roja y muchas organizaciones no estatales. Igualmente, a la United Kingdom Research and Innovation (UKRI), que auspició estos estudios y la promoción de la Red SAMI en los países andinos. A las autoridades de salud, y a los profesionales y trabajadores de los servicios de salud, que dieron su tiempo y apoyo a los nuevos pacientes que llegaban a sus establecimientos. Y, finalmente, a los investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia, la Universidad del Desarrollo de Chile, la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública y la Fundación Octaedro de Ecuador, y las universidades Cayetano Heredia y Pontificia Universidad Católica del Perú, que facilitaron la labor; y a las organizaciones de las sociedades civiles de los países andinos, las cuales siempre apostaron por los derechos humanos de todos, sin excepción, sin distinción de origen.

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (2019). Evaluación Regional sobre Necesidades de Información y Comunicación. <https://www.r4v.info/en/node/4060Acosta>, D., C. Blouin & L. Feline (2019). *La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas* [documento de trabajo N° 3]. Madrid: Fundación Carolina.
- Alvarenga, L. (2018). *Salida de Emergencia de Personas de Venezuela*. Amnistía Internacional. <https://www.amnistia.org/ve/especiales/salida-de-emergencia/salida/>
- Cabieses, B., H. Tunstall, K. E. Pickett & J. Gideon (2013). Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(1), 68-74.
- Doocy, S., K. Page, F. de la Hoz, P. Spiegel & C. Beyrer (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3)

- Feline, L. & N. Parent (2019). The Regional Response to the Venezuelan Exodus. *Current History. Journal of Contemporary World Affairs*, 118(805), 56.
- Gandini, L., F. Lozano & A. Prieto (2019). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garavito, Y. & A. Paez (2018). *Establecer si la formulación de las políticas públicas en materia de salud garantiza un acceso eficiente y eficaz a los servicios en salud a los inmigrantes Venezolanos en Colombia*. [Monografía, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/26220>
- Guataquí, J. C., A. García-Suaza, C. Ospina, D. Londoño, P. Rodríguez & J. P. Baquero (2017). Características de los migrantes de Venezuela a Colombia. Argentina: Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario.
- González Roza, L. (2018.). El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Hernández-Vásquez, A., R. Vargas-Fernández, C. Rojas-Roque & G. Bendezu-Quispe (2019). Factors associated with the non-utilization of healthcare services among venezuelan migrants in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 583-591.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). *Características sociodemográficas de la población venezolana censada en el año 2017*. Lima: INEI.
- Koechlin, J. & J. Eguren (eds.) (2018). *El éxodo venezolano, entre el exilio y la emigración*. Lima: Universidad Ruiz de Montoya, OIM, Konrad Adenauer, Obimid.
- Mazuera-Arias, R., N. Albornoz-Arias, M. A. Morffe Peraza, C. Ramírez-Martínez & M. T. Carreño-Paredes (2019). *Informe de movilidad humana venezolana II. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. San Cristóbal, Venezuela: SJR (Venezuela), Centro Gumilla, UCAT, IIES, UCAB.
- Mendoza, P. (2018). *Ecuadorian Migration Policy: A Response to Venezuelan Migration Crisis through South-South Cooperation*. [Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8023>
- Mendoza, W. & J. J. Miranda (2019). La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 497-503. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.363.4729>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM). Monitoreo de flujo de población venezolana en Perú. Reporte N° 6*. Lima: OIM, Unicef.
- Paniz-Mondolfi, A. E. y otros (2019). Resurgence of Vaccine-Preventable Diseases in Venezuela as a Regional Public Health Threat in the Americas. *Emerging Infectious Disease*, 25(4).
- Piore, M. J. (1979). *Birds of Passage: Migrant Labour in Industrial Societies*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Rodríguez-Morales, A., K. Bonilla-Aldana, M. Morales, J. Suárez & E. Martínez-Buitrago (2019). Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: the case of Colombia. *Annals Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 18(9).

- Rodríguez-Morales, A., J. Suárez, A. Risquez, S. Cimerman, N. Valera-Cedeño, M. Cabrera, M. Grobusch & A. Paniz-Mondolfi (2019). In the Eye of the Storm: Infectious Disease Challenges for Border Countries Receiving Venezuelan Migrants. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 30, 4-6.
- Superintendencia Nacional de Migraciones de Perú (SNM) (2018). *Características sociodemográficas de ciudadanos venezolanos que tramitaron el Permiso Temporal de Permanencia-PTP en el Perú 2017-2018*. Lima: Superintendencia Nacional de Migraciones de Perú (SNM).
- Vargas-Machuca, R., C. Rojas-Dávila, M. Jiménez, C. Piscoya-Magallanes, H. Razuri & M. E. Ugaz (2019). Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 504-510.

EL ÉXODO VENEZOLANO: REFLEXIONES TEÓRICAS Y COMENTARIOS PUNTUALES

Alejandro Portes¹

Universidad de Princeton y Universidad de Miami

1. INTRODUCCIÓN

No existe una teoría unificada de las migraciones internacionales. En vez de ella, existen una serie de teorías y conceptos que se enfocan sobre uno u otro aspecto de estos movimientos. Es posible distinguir al menos cuatro aspectos:

- Las causas/motivos del origen de las migraciones.
- Su permanencia y direccionalidad en el tiempo.
- La utilización de los migrantes en las economías receptoras.
- La adaptación/integración de los migrantes a las sociedades receptoras.

La atención o falta de ella a la condición sanitaria de los migrantes se inscribe como parte de la cuarta consideración, aunque también incide sobre la segunda y tercera. Consideremos cada una de ellas en turno.

1.1. Causas de las migraciones²

Las teorías que existen sobre los propulsores de las migraciones cubren una amplia gama, que abarca desde la economía y la economía política a la sociología y la antropología. La teoría más general y conocida es la de factores de expulsión y de atracción (*push/pull*). Consiste, en general, en combinaciones de factores que motivan a los migrantes a dejar sus países de origen y buscar establecerse en otros. El valor predictivo de esta teoría es bajo porque la compilación de factores de atracción/expulsión se formula

generalmente *a posteriori*, una vez que tales flujos ya existen y se han consolidado. Por tanto, el valor de esta aproximación teórica es exclusivamente descriptivo. La única observación útil es que en las migraciones laborales regulares priman los factores de atracción, mientras que en las de refugiados son las fuerzas de expulsión las predominantes.

Dentro de este cuadro general se inscriben las teorías macro y microeconómicas de las migraciones. En las primeras domina el concepto de equilibrio entre países y regiones de origen y de destino. En su formulación clásica por *sir* Arthur Lewis, las áreas donde la productividad marginal de los trabajadores es cero o cercana a cero se benefician de la emigración a áreas donde los trabajadores pueden ser empleados productivamente. Asimismo, se espera que la emigración continúe hasta que los niveles salariales en origen y destino se aproximen a la paridad o el equilibrio (Lewis, 1959). Tanto los flujos de trabajadores manuales como los de profesionales siguen una lógica similar.

A nivel microeconómico, el economista George Borjas (2001) de Harvard refinó la teoría de acción racional con respecto a las migraciones. De acuerdo con esta teoría, los individuos se mueven hacia donde pueden maximizar sus beneficios según su capital humano. Las «ganancias esperadas» en lugares de destino, calculadas como aquellas correspondientes al capital humano del individuo multiplicadas por las posibilidades de empleo en lugares de destino, se restan al costo del viaje y las posibilidades de empleo en los lugares de origen. Si el balance es positivo, la persona emigra.

Opuestas a estas teorías económicas aparecen las provenientes de la económica política. El punto de partida de este segundo grupo de teorías es la observación obvia de que el atractivo de mayores salarios no ha significado nada para áreas externas a la economía mundial capitalista y que, cuando ha sido necesario extraer mano de obra de tales áreas, el proceso ha requerido de la fuerza y el uso sistemático de prácticas coercitivas. Ejemplos de ello son la esclavitud africana, dominante en las migraciones laborales a través de los primeros tres siglos de la economía mundial capitalista; y las instituciones de la encomienda y la mita para subyugar a las poblaciones autóctonas bajo el imperio colonial español (Portes, 2021; Acemoglu & Robinson, 2012).

Sucesivamente, la penetración de la economía capitalista hacia los lugares más recónditos del planeta condujo al desequilibrio de las economías autóctonas de subsistencia y al surgimiento de procesos de deprivación absoluta y deprivación relativa que motivaron a individuos y familias a emigrar. Esta evolución histórica subyace a lo que los economistas del siglo XX llamaron las «reservas inexhaustibles» de mano de obra a partir de regiones de la periferia capitalista. Como señalan Massey y otros:

En esencia, la teoría del sistema mundial argumenta que la penetración de las relaciones capitalistas en sociedades pre-capitalistas genera poblaciones desenraizadas y dispuestas a migrar: la migración internacional surge de este modo como una respuesta a las disrupciones que inevitablemente acompañan el desarrollo capitalista (1998).

Desde la sociología, se enfatizó, sin embargo, la influencia de las redes sociales en el proceso migratorio, llegando el sociólogo Charles Tilly a afirmar que «las que migran son las redes, no las personas» (1999, p.80). Es a través de las redes sociales que los migrantes potenciales obtienen la información y, a menudo, los recursos necesarios para emprender sus viajes. En forma paralela, la llamada «nueva economía de las migraciones» afirma que la migración no es una estrategia individual, sino familiar para enfrentar las imperfecciones de los mercados en países de la periferia capitalista. En las áreas rurales de estos países, las familias carecen de acceso a mercados de crédito, aseguradoras de cosechas o programas estatales de apoyo. La solución es enviar a varios miembros de la familia, en general jóvenes, a ciudades del mismo país o al extranjero (Massey y otros, 1998; Stark, 1984).

Las remesas que estos jóvenes envían a sus familias proveen el capital necesario para iniciar cosechas o inversiones, así como un fondo de reserva contra pérdidas. En los países avanzados, las personas disponen de acceso instantáneo al crédito a través de tarjetas bancarias como MasterCard y Visa; mientras que el migrante representa el equivalente funcional a estas tarjetas en base al envío regular de remesas (Massey y otros, 1998).

Por último, desde la ciencia política se han formulado teorías concernientes al caso de los refugiados. De acuerdo con ellas, los movimientos de refugiados se generan en las luchas por el control de los Estados nacionales, durante las cuales el bando perdedor procura salvarse escapando al exterior. En sistemas democráticos consolidados, tales desplazamientos no ocurren porque los movimientos o partidos perdedores

no son perseguidos o eliminados por la fuerza. Es entonces bajo regímenes autocráticos que tal posibilidad se vuelve realidad, lo que explicaría los flujos masivos de refugiados cubanos a partir de la Revolución castrista, de vietnamitas y camboyanos con la llegada del comunismo a sus países, o de sirios bajo el régimen de Bashar al-Assad (Zolberg, Suhrke & Aguayo, 1989).

La tabla 1 sintetiza la discusión anterior, presentando las principales teorías sobre los orígenes de las migraciones contemporáneas. El punto por resaltar es que «ninguna» de estas teorías explica satisfactoriamente el caso venezolano. Sería un lugar común afirmar que la salida masiva de venezolanos se debe a «factores de expulsión», y patentemente falso que se asiente en un cálculo racional y sosegado de costos y beneficios. Tampoco aplica la teoría del sistema mundial capitalista en tanto el proceso de penetración económica y cultural a partir de los países centrales no afectó a Venezuela en forma decisivamente distinta a cómo afectó los países vecinos. Ni siquiera los conceptos de redes sociales o estrategias familiares de migración resultan muy convincentes, al no ser históricamente Venezuela un país de emigración o en el cual las familias pobres hubiesen dependido en forma masiva de las remesas de sus familiares en el exterior.

La teoría que más se acerca a la realidad venezolana es la de Zolberg y otros (1989) sobre luchas por el control de Estados autoritarios, pero ni aun así corresponde a la realidad histórica. En Venezuela no ocurrió un enfrentamiento de fuerzas militares equiparables ni alzamientos guerrilleros que pusieran en jaque al poder del Estado nacional. Incluso la enemistad de los países vecinos o las medidas hostiles por parte de Estados Unidos resultaron insuficientes, dado el decidido apoyo de Cuba y su eficiente aparato de seguridad, además del de Rusia y China. El Estado venezolano sencillamente destruyó su propia economía a través de una serie de políticas irracionales que condujeron a la implosión inflacionaria y al desabastecimiento masivo.

Tabla 1. Teorías de los orígenes de las migraciones

Teorías	Autores representativos
1) Factores de atracción/expulsión	Brinley Thomas Harry Jerome
2) Equilibrio laboral entre países	W. Arthur Lewis

Tabla 1. Teorías de los orígenes de las migraciones

3) Acción racional costo/beneficio	George J. Borjas
4) Desequilibrios inducidos por el sistema mundial capitalista	Saskia Sassen Stephen Castles
5) Redes sociales transnacionales	Charles Tilly Grace Anderson
6) Nueva economía de la migraciones	Oded Stark Douglas S. Massey
7) Conflictos por control del Estado	Aristide Zolberg Astri Suhrke

Fuente: elaborado a partir de Portes y Rumbaut, 2014.

De este modo, la experiencia venezolana representa un caso único de populismo extremo y autodestructivo. Es precisamente la ausencia de una alternativa militar o política viable la que contribuye al éxodo masivo de la población. No han existido desplazamientos en la historia contemporánea de América Latina ni instancias similares en otros países donde los «factores de atracción» jugasen un papel tan débil. Los venezolanos escapan de su país sin saber a dónde ir y prácticamente sin redes sociales, al menos al comienzo del éxodo. La comparación con el caso cubano es instructiva. Los que escaparon de Cuba salieron con una clara lógica orientada a reconstruir sus vidas en Estados Unidos o forjar desde allí un movimiento militar capaz de derrocar a los Castro. Por su parte, el Gobierno cubano les permitió partir como una estrategia racional para deshacerse de sus enemigos. Tal estrategia no ocurre en Venezuela, donde la búsqueda desesperada de escape involucra prácticamente a todos los segmentos de la población.

1.2. Permanencia y direccionalidad³

Un segundo grupo de teorías se centra en la dirección y estabilidad relativa de las corrientes emigratorias. Para la economía ortodoxa, el tema es relativamente sencillo. Las personas abandonan sus países expulsadas por diversos factores, se dirigen a aquellos que parecen más atractivos y luchan por años para ascender económicamente e integrarse socialmente a su nuevo entorno. Esta unidireccionalidad caracteriza a los estudios clásicos de la migración a Estados Unidos desde diversas naciones europeas como

Irlanda, Polonia, Alemania y Noruega. En todos ellos el foco principal era la asimilación o integración de los migrantes a la sociedad receptora (Child, 1943; Handlin, 1951; Wittke, 1952).

La entrada masiva de trabajadores de África y Asia a la Europa de la postguerra (décadas de 1950 y 1960) condujo a un cambio de perspectiva teórica hacia un énfasis en la temporalidad y el carácter utilitario de los flujos migrantes. La migración de retorno se torna así en el centro de atención de los investigadores y se define como un indicador de éxito y no de fracaso. Michael Piore, economista heterodoxo de MIT, definió a los migrantes como «aves de paso» y enfatizó que «[...] es absolutamente necesario apartarse de las teorías que definen el asentamiento permanente como indicador de éxito [...] Los migrantes son buscadores de ganancias (“target earners”) y el aspecto esencial del éxito son los ingresos. El efecto de mayores ingresos es *ceteris paribus* acelerar el retorno a los países de origen» (1979, P. 61).

Esta visión bidireccional de la migración contribuyó a corregir errores y limitaciones de la perspectiva anterior, pero sufre a su vez de notables excepciones. Primero, existe amplia evidencia de que muchos inmigrantes se quedan precisamente por haber alcanzado éxito económico en los países receptores. Segundo, hay también amplias pruebas de que muchos flujos migrantes involucran no solo un movimiento bidireccional ida/retorno, sino repetidos desplazamientos temporales que indica un patrón de migración cíclica (Kyle, 2000; Landolt, 2001; Levitt, 2001). De acuerdo con las teorías neomarxistas sobre las migraciones, tales fenómenos no ocurren realmente «entre» países, sino «dentro» de un mismo sistema capitalista mundial que genera diversas formas cambiantes de demanda laboral, así como oportunidades de empleo para trabajadores de la periferia (Portes & Walton, 1981; Sassen, 1988).

La teoría más reciente en este campo se centra en el concepto de «transnacionalidad», cuya base empírica se halla en una serie de estudios sobre las tupidas redes que los migrantes y sus familiares van construyendo a través del tiempo, las cuales se encuentran como suspendidas por encima de las fronteras nacionales. De esta forma, a la «transnacionalidad desde arriba», impuesta por las corporaciones y el capital multinacional, se opone una «transnacionalidad desde abajo», creada por los miembros de las clases menos pudientes en busca de mejores oportunidades y sus esfuerzos por

consolidar posiciones estables dentro de la economía y sociedad, tanto de los países receptores como emisores (Portes, 2003).

Esta construcción de redes a través de fronteras involucra no solo el desplazamiento físico de las personas, sino múltiples formas de contacto y comunicación a través de la telefonía, el internet, servicios de mensajería y otros medios. La construcción de una cultura transnacional en base de estos múltiples contactos afecta no solo a los migrantes, sino también a los que permanecen en los países de origen a través de las remesas, la difusión de información y la adopción de nuevas prácticas e innovaciones culturales. La migración deja de ser de esta forma un simple desplazamiento unidireccional o bidireccional para convertirse en un fenómeno mucho más complejo, superando el simple movimiento físico de las personas. La tabla 2 sintetiza las perspectivas teóricas descritas anteriormente.

Tabla 2. Teorías de la direccionalidad de las migraciones

Teorías	Autores representativos
1) Unidireccionalidad de las migraciones	Brinley Thomas George Borjas Oscar Handlin
2) «Aves de paso»: migraciones utilitarias bidireccionales	Michael Piore
3) Multidireccionalidad y transnacionalismo	Nina Glick-Schiller Thomas Faist Eduardo Guarnizo Alejandro Portes Marina Ariza

Fuente: elaborado a partir de Portes y Rumbaut, 2014.

¿Qué aportan estas teorías para la comprensión del proceso de migración venezolano? No hay duda de que, especialmente en sus primeros años, este fue un éxodo unidireccional motivado por la urgencia de escapar a condiciones económicas y políticas cada vez peores. Es posible que los migrantes venezolanos que se dirigieron a Estados Unidos o España también estuviesen motivados por factores de atracción en esos países; sin embargo, no parece ser este el caso de los desplazamientos hacia los países vecinos, donde —como se ha visto— los factores de atracción eran débiles y solo primaba el deseo de escapar a condiciones intolerables en el país de origen.

No aplica la teoría de Piore y otros estudiosos sobre la bidireccional de las migraciones y su carácter utilitario porque no existen, en nuestro conocimiento, instancias donde los trabajadores temporales venezolanos hayan sido contratados en número considerable por la industria o agricultura de los países vecinos. La emigración venezolana no se asemeja en nada a la de los marroquíes a Francia en la década del sesenta o la de los braceros mexicanos a Estados Unidos en los años cuarenta y cincuenta.

Resta por tanto la teoría de la transnacionalidad, que sí puede servirnos para comprender mejor lo que ocurre actualmente porque no se da el caso de que los migrantes, una vez que dejan el país de origen, se olviden de él. Esto no ha ocurrido en ningún proceso migratorio importante en el pasado y no ocurre tampoco en el caso venezolano. Puede darse que en las primeras semanas y meses, cuando se lucha por la supervivencia, no haya mucho contacto con los que quedaron atrás. Es posible predecir, no obstante, que, una vez alcanzadas condiciones mínimas, se reanudarán las relaciones con los familiares y las comunidades al otro lado de la frontera.

Es posible anticipar también que tales contactos irán en aumento motivados por los deseos, aparentemente contradictorios, de sacar de Venezuela a los seres queridos y de regresar al país tan pronto sea posible. En su mayoría, los venezolanos no parecen querer asentarse en países vecinos, percibiendo su escape como una coyuntura temporal. Esto necesariamente conlleva mantener comunicaciones sostenidas con las familias y comunidades de origen, reforzando la transnacionalidad. Con el paso del tiempo, y exceptuando la posibilidad de un retorno masivo siguiendo un cambio de régimen político en Venezuela, es posible anticipar la construcción de densas redes de intercambio económico, de información y de transporte entre los grandes colectivos de refugiados y el país de origen.

Tal posibilidad escapa a análisis puntuales que perciben este éxodo como un desplazamiento unidireccional. No será así, especialmente por la proximidad geográfica y cultural entre el país de origen y los de destino. El concepto de redes transnacionales aporta, de este modo, un instrumento conceptual importante para comprender las realidades presentes y futuras del fenómeno migratorio venezolano.

2. LA INFORMALIDAD

Las teorías sobre los usos de la mano inmigrante se basan mayormente en la historia de los flujos migrantes hacia los países desarrollados y tienen poco que decir sobre un fenómeno *sui generis* como el éxodo de venezolanos a los países vecinos. De acuerdo con la información disponible, no existe evidencia alguna de que tal desplazamiento se deba a la demanda por mano de obra migrante en las economías del área andina, ya fuese para suplir una oferta laboral escasa dentro de la misma o para «disciplinar» a la clase trabajadora nativa con la amenaza de ser reemplazada por trabajadores migrantes. Tales experiencias han sido mucho más comunes en Estados Unidos y otros países del norte global; pero, como dije anteriormente, no aplican a la experiencia andina. De todas formas, y en aras de una presentación más completa de las teorías existentes sobre migraciones internacionales, la tabla 3 presenta una síntesis de las teorías sobre uso de la mano de obra migrante.

Tabla 3. Teorías sobre uso de la mano de obra inmigrante

Teorías	Autores representativos
1) Suplemento simple a la escasez doméstica de mano de obra	W. Arthur Lewis Brinley Thomas George Borjas
2) Minorías «colonizadas»	Edgar Thompson Robert Blauner Michael Hechter
3) Mercados laborales segmentados	Edna Bonacich Ernesto Galarza
4) Economías duales	Michael Piore David Gordon Richard Edwards
5) Economías capitalistas bifurcadas	Barry Bluestone Bennett Harrison James O'Connor Saskia Sassen

Fuente: elaborado a partir de Portes y Rumbaut, 2014.

Mucho más relevante para el proceso que aquí nos ocupa son el fenómeno y las teorías sobre la informalidad. La economía informal ocupa un lugar clave en las economías del capitalismo periférico, incluyendo las de América Latina; y aunque a menudo se identifica a la informalidad con la

pobreza, ambos fenómenos no son idénticos. Existen trabajadores formales pobres y empresarios informales cuyos ingresos superan la media de los trabajadores formales (Portes, Castells & Benton, 1989; Itzigsohn, 2000). La informalidad se define más propiamente como una suma de actividades generadoras de ingresos no reguladas por el Estado en un contexto donde actividades similares sí lo son (Portes y otros, 1989). Tal definición no presupone nada sobre el monto de ingresos ni sobre su origen, lo único que afirma es que el concepto de informalidad solo tiene sentido a partir de un universo paralelo de actividades económicas formales; o sea, reguladas por el Estado.

La principal función macroeconómica de la informalidad es la de absorber mano de obra y proporcionar formas de ingreso que de otro modo no existirían. Proporciona así una especie de «colchón» capaz de suavizar las consecuencias de una economía formal débil y sus posibles consecuencias políticas. Esto explica por qué los Estados de la periferia a menudo toleran la proliferación de tales actividades como una forma de mantener la paz social y la estabilidad política (Centeno & Portes, 2006).

Lo que no ha sido establecido hasta ahora es el grado o capacidad de la economía informal para absorber mano de obra incapaz de acceder al empleo formal. Según las cifras de Cepal y otras organizaciones, el empleo informal —definido como trabajo sin cobertura por el sistema de seguridad social nacional— oscila entre el 36% en las áreas urbanas de Chile y el 62% para las mismas áreas en Perú, incluyendo Lima (Martínez & Portes, 2021). Tales cifras son anteriores a la llegada masiva de migrantes venezolanos, lo que a todas luces ha aumentado el número y la proporción relativa del sector informal.

No sabemos cuál es el límite de la capacidad de absorción del sector informal, pero antes de asumir que no podrá continuar empleando personas, es importante recordar que este sector no se compone solamente de trabajadores desprotegidos, sino también de pequeños empresarios que oscilan entre los autoempleados y las empresas informales capaces de emplear a otros. Bajo ciertas circunstancias, redes de artesanos informales han sido capaces de articular economías locales autónomas con capacidad de crecimiento. El caso más conocido es el de Emilia Romagna en Italia central, donde pequeñas empresas informales lograron un dinamismo

excepcional en el resto del país e incluso en otros países de Europa (Brusco, 1982; Capecchi, 1983).

La experiencia de Emilia Romagna ha sido analizada en gran detalle y no es necesario repetirla aquí, aunque vale la pena notar que, en menor escala, instancias de economías informales de crecimiento han sido detectadas en varios países de América Latina, incluyendo México, Costa Rica y Colombia (Lazeta & Murillo, 1989; Pérez Sáinz, 1996; Roberts, 1989). Aunque excepcionales, tales experiencias son importantes porque señalan una posible opción de inserción económica, al menos para los migrantes poseedores de cierto nivel de educación y experiencia ocupacional. En la ausencia de la opción de retorno a Venezuela o de empleo en la economía formal de los países receptores, el pequeño comercio y la pequeña empresa informal pueden convertirse en una opción válida para muchos migrantes. En lugar de perseguir a tales empresas por su incapacidad para cumplir con requisitos legales, convendría apoyarlas a partir de agencias del Estado, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones internacionales como una opción paliativa válida ante la emergencia económica que representa la situación actual.

2.1. La asimilación/adaptación de los migrantes

La última familia de teorías sobre la inmigración tiene que ver con lo que ocurre una vez que los migrantes se establecen en otro país. En realidad, la mayor parte de la literatura especializada en Estados Unidos y Europa versa sobre este tema, preguntándose qué destino seguirán los inmigrantes y sus descendientes y qué impacto tendrán sobre las naciones que los reciben. Cada una de estas preguntas ha dado lugar a una extensa literatura que resumo a continuación.

En Norteamérica, la teoría clásica sobre el primer tema aparece en *Assimilation in American Life* («La asimilación a la vida americana»), libro de Milton Gordon (1964) con un título apropiado. Gordon argumenta que el proceso de asimilación de los migrantes es inevitable, pero que pasa por varias etapas y adopta diversas formas. La primera etapa es la «aculturación», en la que los inmigrantes entran en contacto con la cultura y lengua dominantes. El aprendizaje de las mismas permite a los migrantes interactuar con personas e instituciones de la sociedad receptora. La segunda etapa es la «asimilación estructural», que se da cuando inmigrantes

y autóctonos se relacionan en forma regular, primero en lugares públicos y locales de trabajo (asimilación estructural secundaria), y luego en círculos más íntimos de amistad y afecto (asimilación estructural primaria) (Gordon, 1964; Spenner & Featherman, 1978).

Tales procesos culminan en la «amalgamación» o fusión biológica de parejas mixtas (migrantes y autóctonos), y en la «asimilación identitaria» o aceptación de una identidad común y la pérdida de aquella asociada a las sociedades de origen. Para Gordon (1964), tal secuencia no se da necesariamente en todos los casos y existe un número de excepciones. De acuerdo con su teoría, existen tres posibilidades principales:

- La conformidad con la cultura/sociedad dominante.
- La fusión de culturas (*melting pot*).
- El pluralismo cultural.

La última opción se refiere a la preservación de subsociedades o grupos étnicos que mantienen su propia identidad, así como sus costumbres y redes sociales. Para Gordon, tal opción nunca ha existido en la historia norteamericana, donde los procesos fundamentales se han dado en conformidad a la sociedad anglosajona dominante y a cierta fusión cultural que ha incorporado selectivamente algunas aportaciones culturales de grupos inmigrantes (Gordon, 1964).

Para otros autores, como Warner y Srole (1945), la relativa velocidad con la que grupos de inmigrantes se asimilan a la sociedad receptora depende de tres factores: la raza, el idioma y la religión. Mientras más similares sean los inmigrantes a los autóctonos en estos tres factores, más rápidamente se cumplirán las diversas etapas del proceso, llegando a la asimilación identitaria. En Norteamérica, la raza ha sido el determinante principal, seguido de los otros. Esto explica por qué los migrantes de Inglaterra y Escocia se integraron mucho más rápido a Estados Unidos que los provenientes de Italia o Polonia; y también que estos lo hicieran, a su vez, a mayor velocidad que los descendientes de esclavos africanos (Portes & Rumbaut, 2014; Warner & Srole, 1945).

Por último, la teoría de la «asimilación segmentada», desarrollada más recientemente, hace ver que la integración o asimilación exitosa basada en

la conformidad con la cultura dominante es solo una opción posible. Otra es la movilidad económica ascendente basada en el mantenimiento de redes sociales, la solidaridad y la búsqueda de oportunidades dentro del propio grupo étnico (algo parecido al pluralismo cultural). Una tercera vía es la «asimilación descendente» basada en el fracaso escolar, la ausencia de vías alternativas de ascenso económico y la integración a la cultura de los grupos más marginales dentro de la sociedad receptora. El surgimiento de bandas latinas en ciudades norteamericanas y el número desproporcionado de jóvenes latinos presos (mayormente hijos de migrantes mexicanos y centroamericanos a Estados Unidos) dan fe de la existencia de esta tercera vía de «asimilación descendente» (Portes, Fernández-Kelly & Haller, 2005; Portes & Zhou, 1993).

Frente a las diversas teorías asimilacionistas, existen aquellas que enfatizan la perdurabilidad a través del tiempo y las generaciones de las comunidades creadas por los migrantes. Como señalan Nathan Glazer y Daniel Moynihan en su famoso libro sobre grupos étnicos en Nueva York, «el punto principal de la fusión de culturas es que nunca ocurrió» (1970, P. 290)). En su lugar, los grupos étnicos creados por las sucesivas migraciones a Nueva York —africanos, italianos, irlandeses, polacos, puertorriqueños— perduran a través del tiempo manteniendo sus propios barrios, iglesias, escuelas y culturas

Las teorías de la persistencia étnica/cultural se dividen aquí en dos campos principales. El primero enfatiza el valor de las redes sociales, el idioma y las prácticas culturales como recursos de avance económico e identidad personal. En una sociedad altamente anómica como la norteamericana, las redes interétnicas proveen información, créditos y otros recursos que de otra manera no estarían al alcance de los inmigrantes y sus descendientes (Greeley, 1971). De acuerdo con Greeley, Glazer y otros autores, la solidaridad étnica a partir de una cultura y un origen social común es un recurso altamente valioso para abrirse paso en la economía y estructura política dominante, y no es en manera algún indicador de atraso. Para Glazer y Moynihan (1970), la persistencia étnica es lo que caracteriza política y socialmente al Nueva York actual. Lo mismo ocurre en Chicago según Greeley (1971) y en Miami de acuerdo con Portes y Armony (2018a, 2018b).

La segunda rama de las teorías de persistencia étnica la señala no como mecanismo de ascenso, sino de defensa. Los grupos excluidos de acceso a la sociedad dominante por razones de raza o cultura se repliegan sobre sí mismos y buscan defensa con base en la solidaridad nacida precisamente de la adversidad. El sentido de inferioridad frente a los miembros del grupo dominante se expresa a través de la creación de «etnicidad reactiva» por medio de símbolos y manifestaciones culturales que afirman el valor de grupos discriminados en oposición a los percibidos como opresores (Blauner, 1972; Barrera, 1979; Telles & Ortiz, 2008).

«La negritud es bella», afirman los activistas afroamericanos. Mexicanos de segunda y tercera generación inventaron el término «chicano» como autoidentidad y la mítica nación de Aztlán, habitada por miembros de La Raza, todos opuestos a la sociedad blanca y anglosajona dominante (Blauner, 1972). Tales términos surgen de la etnicidad reactiva y ninguno existe en el país de origen, o sea México. De forma paralela, los hijos de inmigrantes marroquíes y argelinos nacidos en Francia a menudo se niegan a llamarse a sí mismos «franceses», adoptando para sí el epíteto despectivo *beurs*, que usan los franceses para referirse a todos los árabes (Schneider, 2008; Entzinger, 2009). En el Reino Unido, las comunidades indias y pakistaníes se asientan firmemente en sus tradiciones religiosas y culturales, oponiéndose al matrimonio con blancos ingleses y favoreciendo a cambio las uniones intraétnicas que permiten la reproducción del grupo a través de las generaciones, en forma directamente opuesta a las teorías asimilacionistas (Heath & Demireva, 2014). La tabla 4 resume las distintas aproximaciones teóricas que acabamos de discutir.

Tabla 4. Teorías sobre la adaptación y la persistencia étnica

Teoría	Autores representativos
1) Asimilación sociocultural	Milton Gordon Lloyd Warner y Leo Srole Richard Alba y Victor Nee
2) Asimilación segmentada	Min Zhou Ruben Rumbaut Alejandro Portes

Tabla 4. Teorías sobre la adaptación y la persistencia étnica

3) Persistencia étnica como recurso de movilidad	Andrew Greeley Nathan Glazer Daniel Moynihan Phillip Kasinitz
4) Persistencia étnica como mecanismo de defensa	Robert Blauner William J. Wilson Edna Bonacich Ernesto Galarza Julian Samora

Fuente: elaborado a partir de Portes y Rumbaut, 2014.

¿Qué tienen que ver estas teorías con la situación de los refugiados venezolanos en los países vecinos? Poco a corto plazo, pero mucho a mediano y largo plazo. Aun cuando estas teorías se basan en las experiencias de inmigrantes y refugiados en Norteamérica y Europa, el asunto central del que tratan es común a los inmigrantes y desplazados en todo el mundo. ¿Qué será de los venezolanos? Mucho depende de la temporalidad de su migración. Si la situación de Venezuela mejora económica y socialmente, permitiendo a la mayoría de los desplazados regresar a su país, el problema se resuelve a sí mismo. Las redes transnacionales ya construidas entre los que se fueron y los que se quedaron permitirían el flujo cuasi instantáneo de información sobre los cambios ocurridos en los lugares de origen, y en torno a las condiciones y formas de regresar a ellos.

Si, por el contrario, los desplazamientos se tornan permanentes, las teorías descritas anteriormente cobran relevancia. Habría que preguntarse entonces hasta qué punto los venezolanos se asimilarían a las sociedades receptoras o si, antes bien, se resistirían a ello, creando sus propios enclaves culturales diferenciados del resto de las sociedades de acogida. Hay fuerzas potentes que conducirían a la asimilación a mediano y largo plazo. El lenguaje común y la proximidad física y cultural, por ejemplo, son factores que claramente favorecen el proceso de asimilación. Aquí conviene recordar a Warner y Srole (1945), quienes hacían notar los tres principales factores que facilitan la asimilación: la raza, el lenguaje y la religión.

Las características raciales —color de piel y rasgos fenotípicos— no parecen excesivamente diferentes entre los venezolanos y las sociedades

receptoras en el área andina. Aunque el castellano se habla con distinto acento, es la misma lengua y las diferencias son superables. Por último, la tradición e historia religiosas, ancladas en la Iglesia católica, son las mismas. Por todo ello, es dable esperar un proceso poco problemático de asimilación/recepción en los países receptores a mediano y largo plazo.

Habría que preguntarse, sin embargo, si este proceso no variaría con el capital humano y social que aportan los que vienen, y las características económicas y políticas de las comunidades que los reciben. Aquí conviene evocar el concepto de asimilación segmentada. Es posible que los migrantes con un nivel más alto de educación, mayores recursos económicos y redes sociales mejor consolidadas se integren fácilmente a las clases medias y dominantes (*mainstream*) de las sociedades de acogida; mientras que los que carecen de tales recursos, que son la mayoría, enfrentarían un proceso de adaptación mucho más problemático.

En sociedades pobres, donde el empleo informal es normativo para la mayoría de la población, es posible que los procesos de asimilación se estanquen o se tornen descendentes. Conviene recordar que la teoría de asimilación segmentada se formuló no para la primera generación inmigrante sino para la segunda, o sea, para los hijos creciendo en condiciones de marginalidad social y económica. Estos hijos de inmigrantes pueden fácilmente estancarse en situaciones similares a las de sus padres o experimentar un descenso aun mayor, marcado por el abandono escolar, el uso de drogas y la participación en bandas u organizaciones delincuenciales.

Al respecto, es útil recordar lo que viene aconteciendo en Centroamérica. La sociedad civil en países como El Salvador, Honduras y Guatemala se ve seriamente amenazada por la proliferación de pandillas juveniles tales como la Mara Salvatrucha y la Dieciocho. Estas pandillas son resultado directo de procesos de asimilación descendente entre hijos de migrantes centroamericanos en ciudades como Los Ángeles y Houston. Después de repetidos encuentros con la ley, muchos de estos jóvenes fueron deportados a sus países de origen, donde comenzaron a poner en práctica lo aprendido en las calles norteamericanas y a reclutar jóvenes locales para sus respectivas pandillas (Menjívar, 2000; Vigil, 2002; Massey, 2020). El resultado es lo que presenciamos actualmente.

De perdurar la migración venezolana a los países vecinos, habría que preguntarse qué dirección tomará su adaptación y la de sus hijos a estas sociedades. La expectativa de que la asimilación ocurra sin problemas, dada la similitud cultural y lingüística entre migrantes y autóctonos, es probablemente demasiado optimista. Aunque, por el momento, la atención de los Gobiernos y las organizaciones internacionales se centra —y debe centrarse— en atender las necesidades inmediatas de la población migrante en cuanto a alimentos, alojamiento y servicios de salud; a largo plazo, la suerte de esta población dentro de las sociedades a las que han ido llegando es de importancia capital. El sistema escolar, en particular, está llamado a jugar un papel central, pues debe impedir que el prejuicio y la discriminación por parte de los autóctonos conduzcan a procesos de asimilación descendente y etnicidad reactiva entre los jóvenes venezolanos. No es imposible que esto ocurra e impedirlo debe cumplir un rol central en las políticas públicas de los Estados receptores y las organizaciones internacionales que los apoyan.

3. ¿QUÉ NOS DICEN LOS REPORTE INDIVIDUALES?

Los reportes por país realizados para este estudio contienen una notable cantidad de información sobre las respuestas nacionales a la crisis creada por el éxodo venezolano. No es mi intención en esta última sección sintetizar o resumir los resultados para cada uno de los cuatro países; más bien, trataré de adelantar una reflexión sobre tendencias comunes observadas en estos reportes.

En primer lugar, es claro que ninguno de los países de acogida esperaba o se encontraba preparado para recibir la ola migratoria que después enfrentaron. Con la excepción parcial de Chile, ninguna de estas naciones posee tradición o experiencia en la acogida o integración de migraciones desde el exterior. Pese a ello, la respuesta de los Estados receptores a la migración venezolana ha sido pronta y diligente. Se manifiesta principalmente en la promulgación de una serie de leyes, decretos y permisos de residencia legales. Sin excepciones, las declaraciones oficiales reflejan una orientación positiva e igualitaria hacia los migrantes venezolanos, buscando su integración y tratando de evitar prácticas

discriminatorias. Como ejemplo, es citable el artículo 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) de Ecuador, que reza:

Las personas extranjeras que residan en el Ecuador tienen derecho a acceder a los sistemas de salud, de conformidad con la ley y los instrumentos «[...] internacionales ratificados por el Estado ecuatoriano. Las instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud no podrán, en ningún caso, negarse a prestar atención de emergencia en razón de la nacionalidad o la condición migratoria de una persona» (Torres, López-Cevallos, Cañizares & Hui, en este libro).

Hay un desfase entre los pronunciamientos oficiales y la promulgación de decretos y leyes, y las realidades en el campo. Parece claro que las acciones estatales para regularizar la situación de los migrantes y proveerles de acceso a servicios básicos, incluyendo los de salud, están bastante lejos de las declaraciones hechas en el papel. Vale la pena mencionar como ejemplo el caso de Perú:

Según la DTM (OIM, 2020), los migrantes venezolanos manifestaron en un 76,16% no haber recibido apoyo en 2018, pero este porcentaje cayó a 56,31% [...] en 2019 [...] el Estado brindó apoyo solamente al 11,13%, 3,89%, y 10,24%, según señalaron los migrantes encuestados (Arroyo, Iwami & López, en este libro).

Como señaló la reciente encuesta de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, la mayoría de los encuestados (90,5%) dice «no haber recibido ningún tipo de acompañamiento institucional durante su viaje» (Torres y otros, 2021). O como declaró unos de los migrantes entrevistados:

El Estado ecuatoriano recibió unas millonadas y logró en un plan casi de un año visar yo creo que el 15 al 16% de la población que ha entrado aquí. No es efectivo. La cantidad de dinero que recibió [era] para 400 000 o 500 000 que somos acá, de los cuales se sabe que la mayoría están irregulares; no era para atender apenas 40 000 personas (López-Cevallos, Cañizares & Hui, en este libro).

Pese a estas disparidades, no hay duda de que la orientación de los Gobiernos ha sido la de acoger y apoyar a los migrantes venezolanos en la mejor forma posible. Incluso en el caso de Colombia, el país más afectado por la ola migratoria, no se registran experiencias de rechazo o discriminación masivas y, por el contrario, hay múltiples instancias de una actitud proactiva hacia los migrantes y sus hijos. Tal tendencia la demuestran ejemplos como los siguientes:

[...] en el año 2019 se expidió la ley 1997, la cual otorga la nacionalidad colombiana a los hijos de venezolanos nacidos en el territorio nacional, indistintamente de la condición de

regularidad migratoria de los padres, con carácter retroactivo hasta el año 2015 (Cubillos, Ardón & Franco, en este libro).

En 2018, luego de reconocer que la mayoría de los esfuerzos para la atención de la población migrante venezolana se dirigían a atender lo inmediatamente necesario (a corto plazo y con carácter de urgencia), el Gobierno publicó el documento Conpes Social 3950, con el que se establecieron estrategias de atención en salud, educación, primera infancia, infancia y adolescencia, trabajo, vivienda y seguridad, además de determinar la articulación institucional y la definición de nuevas instancias para la atención de la población migrante desde Venezuela en un horizonte de tres años (hasta 2021) (Cubillos, Ardón & Franco, en este libro).

Estamos por tanto ante una situación en la que un fenómeno inesperado y potencialmente catastrófico ha sido enfrentado en forma proactiva por parte de las instituciones de los países receptores. Si bien se registran consistentes desfases entre los pronunciamientos gubernamentales y la atención práctica de base, la orientación general de las políticas públicas ha sido consistentemente positiva hacia la población migrante, contribuyendo a impedir cualquier brote masivo de hostilidad o resentimiento por parte de los ciudadanos del país.

Por último, una tendencia general es la presencia y el accionar de organizaciones internacionales, tanto a nivel regional andino como global. Las más prominentes son el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) y la OIM. La presencia de estos organismos internacionales, así como de otras ONG extranjeras, introduce un elemento novedoso e importante en la recepción, el registro y la atención a las necesidades de los migrantes. Como señala el reporte del Perú:

Desde el año 2018, la OIM y el Acnur coordinan la implementación de las acciones necesarias para apoyar y concretar el Plan Regional de Respuesta a los Refugiados y Migrantes (RMRP, por sus siglas en inglés) en el Perú [...] Esta entidad ha contribuido a abordar las necesidades de protección, asistencia e integración de personas refugiadas y migrantes de Venezuela en el Perú; y reúne ONG nacionales e internacionales (Arroyo, Iwami & López, en este libro).

Aun en Chile, el país más desarrollado de la región, que ha recibido menos de la mitad de venezolanos que Perú y una cuarta parte de los que se han asentado en Colombia, la presencia de las organizaciones internacionales es altamente visible y, al parecer, indispensable:

Desde las agencias hay una plataforma de respuesta, que es la Plataforma R4V. Es una plataforma de respuesta a los flujos venezolanos migrantes y refugiados que se creó hace tres años y se ha fortalecido. Chile, desde este año, tiene su capítulo nacional, porque antes era parte de una coordinación [...] Esta plataforma nacional está constituida por veinticuatro organizaciones, catorce organizaciones del Sistema de [las] Naciones Unidas y diez ONG (Cabieses, Larenas, Oyarte & Darrigrandi, en este libro).

Para comprender la situación actual en el área andina conviene compararla con lo que ha ocurrido u ocurre ante flujos de refugiados a países como Francia, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. En tales casos, la presencia de organizaciones internacionales es mínima porque son las agencias de los respectivos Estados nacionales las que se hacen cargo de la acogida y atención a los flujos de migrantes. La presencia altamente visible de organizaciones de las Naciones Unidas y ONG internacionales en el área andina se debe, en primer lugar, a la enorme magnitud de la ola migrante y, en segundo lugar, al supuesto de que las instituciones estatales de los países receptores no están en condiciones de recibir y conducir el registro, la asistencia y adaptación de tantos miles por sí mismas.

La relativa debilidad de las instituciones oficiales de asistencia en el área de salud y en otras es asumida no solo por los propios Estados nacionales, sino también por la comunidad internacional, que se ha hecho presente en forma altamente visible bajo el liderazgo del Acnur, la OIM y otras agencias. Esto significa que el proceso de acogida y asentamiento de la población migrante venezolana no involucra, como en los países desarrollados, solo a los propios migrantes y a las instituciones nacionales del país receptor, y que más bien comprende a un tercer actor, que son las organizaciones de la comunidad internacional.

Esta situación da que pensar porque sugiere que las teorías existentes sobre los migrantes, en particular las que se refieren a su adaptación a mediano y largo plazo, deberían ser modificadas en un contexto donde el proceso no ocurre en interacción uno a uno entre la comunidad inmigrante y la sociedad receptora, sino que involucra a un tercer actor altamente visible. No existen en este momento los elementos de juicio para adelantar en qué forma esta situación modificará los planteamientos teóricos existentes, por lo que tal tarea tendrá que llevarse a cabo en el futuro.

Lo que no cambia es la importancia de los procesos de integración de los migrantes y sus hijos, y los rumbos divergentes que estos pueden tomar. El llamado de atención anteriormente hecho a los Gobiernos y otras instituciones de la sociedad receptora frente a estos procesos a mediano y largo plazo sigue en pie. La ayuda y presencia de los organismos internacionales posee, por definición, una duración finita. Una vez culminadas, y asumiendo que la población venezolana no puede o no quiere regresar a su país de origen, su incorporación social, económica y política a

los países de recepción adquiere una importancia capital. Eventualmente, la interacción uno a uno entre la comunidad inmigrante y las sociedades receptoras se volverá el eje decisivo en la definición de los resultados finales del proceso de integración. De esa forma, las políticas y acciones de los Estados nacionales jugarán el papel central en tal proceso.

REFERENCIAS

- Acemoglu, D. & J. Robinson (2012). So close and yet so different. En *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty* (pp. 7-44). Nueva York: Currency Press.
- Arroyo, J., M. Iwami & L. López (en este libro). La respuesta sanitaria del Perú ante la migración venezolana. En J. Arroyo (ed.), *La migración venezolana en los Andes*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Barrera, M. (1979). *Race and Class in the Southwest: A Theory of Racial Inequality*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Blauner, B. (1972). *Racial Oppression in America*. Nueva York: HarperCollins College.
- Borjas, G. (2001). *Heaven's Door: Immigration Policy and the American Economy*. Princeton: Princeton University Press.
- Brusco, S. (1982). The Emilian model: productive decentralisation and social integration. *Cambridge Journal of Economics*, 6(2), 167-184.
- Cabieses, B., D. Larenas, M. Oyarte & F. Darrigrandi (en este libro). La respuesta sanitaria de Chile ante la migración venezolana. En J. Arroyo (ed.), *La migración venezolana en los Andes*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Capecchi, V. (1983). La economía sumergida en Italia. Investigación en una región caracterizada por la existencia de la pequeña empresa. *Sociología del trabajo*, 9, 35-64.
- Centeno, M. & A. Portes (2006). The Informal Economy in the Shadow of the State. En P. Fernández-Kelly y J. Shefner (eds.), *Out of the Shadows: Political Action and the Informal Economy in Latin America* (pp. 23-48). University Park: Pennsylvania State University Press.
- Child, I. L. (1943). *Italian or American? The second generation in conflict*. New Haven: Yale University Press.
- Cubillos, A., N. Ardón & O. Franco (en este libro). La respuesta sanitaria de Colombia ante la migración venezolana. En J. Arroyo (ed.), *La migración venezolana en los Andes*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Entzinger, H. (2009). Different Systems, Similar Problems: The French Urban Riots from a Dutch Perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35(5), 815-34.
- Glazer, N. & D. Moynihan (1970). *Beyond the Melting Pot: The Negroes, Puerto Ricans, Jews, Italians, and Irish and New York City*. Cambridge: The MIT Press.
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American Life: The Role of Race, Religion and National Origins*. Nueva York: Oxford University Press.
- Greeley, A. (1971). *Why can't they be like us? America's white ethnic groups*. Nueva York: E.P. Dutton.
- Handlin, O. (1951). *The Uprooted: the Epic Story of the Great Migrations that Made the American People*. Boston: Little Brown.

- Heath, A. & N. Demireva (2014). Has Multiculturalism failed in Britain? *Ethnic and Racial Studies*, 27(1), 161-188.
- Itzigsohn, J. (2000). *Developing Poverty: The State, Labor Market Deregulation and the Informal Economy in Costa Rica and the Dominican Republic*. University Park: Pennsylvania State University Press.
- Kyle, D. (2000). *Transnational Peasants: Migration, Networks and Ethnicity in Andean Ecuador*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Landolt, P. (2001). Salvadoran Economic Transnationalism: Embedded Strategies for Household Maintenance, Immigration Incorporation, and Entrepreneurial. *Global Networks: A Journal of Transnational Affairs*, 1(3), 217-241.
- Lanzeta, M. & G. Murillo (1989). The Articulation of Formal and Informal Sectors in the Economy of Bogota. En A. Portes, M. Castells y L. Benton (eds.), *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries* (pp. 95-110). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Levitt, P. (2001). *The Transnational Villagers*. Berkeley: University of California Press.
- Lewis, W. A. (1959). *The Theory of Economic Growth*. Londres: Allen and Unwin.
- Martinez, B. & A. Portes (2021). Latin American Cities: Their Evolution under Neoliberalism and Beyond. *Sociology of Development*, 7(1), 25-51.
- Massey, D., J. Arango, H. Graeme, A. Kouaouci, A. Pellegrino & J. Taylor (1998). Contemporary Theories of International Migration. En *Worlds in Motion: Understanding International Migration at the End of the Millennium* (pp. 25-37). Nueva York: Clarendon Press.
- Massey, D. (2020). Creating the exclusionist society: from the War on Poverty to the war on immigrants. *Ethnic and Racial Studies*, 43(1), 18-37.
- Menjívar, C. (2000). *Fragmented Ties: Salvadoran Immigrant Networks in America*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez-Sáinz, J. P. (1996). Apatía y esperanzas: las dos caras del Área Metropolitana de Guatemala. En A. Portes y C. Dore-Cabral (eds.), *Ciudades del Caribe en el umbral del nuevo siglo* (pp. 133-162). Caracas: Nueva Sociedad.
- Piore, M. (1979). *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Portes, A. (2003). Conclusion: Theoretical Convergencies and Empirical Evidence in the Study of Immigrant Transnationalism. *The International Migration Review*, 37(3), 874-892.
- Portes, A. (2021). A Permanent Periphery: Caribbean Migration Flows and the World Economy. En A. Birkenmaier (ed.), *Caribbean Migrations: The Legacies of Colonialism* (pp. 8-13). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Portes, A. & A. Armony (2018a). Introduction: A City in Flux. En *The Global Edge: Miami in the Twenty-First Century* (pp. 1-18). Berkeley: University of California Press.
- Portes, A. & A. Armony (2018b). The Economic Surge. En *The Global Edge: Miami in the Twenty-First Century* (pp. 64-81). Berkeley: University of California Press.
- Portes, A., M. Castells & L. Benton (1989). *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Portes, A., P. Fernández-Kelly & W. Haller (2005). Segmented assimilation on the ground: The second generation in early adulthood. *Ethnic and Racial Studies*, 28(6), 1000-1040.

- Portes, A. & R. Rumbaut (2014). Theoretical Overview. En *Immigrant America: A Portrait* (pp. 48-54). Berkeley: University of California Press.
- Portes, A. & J. Walton (1981). International Migration: Conditions for the Mobilization and Use of Migrant Labor under World Capitalism. En *Labor, Class, and the International System* (pp. 21-65). Nueva York: Academic Press.
- Portes, A. & M. Zhou (1993). The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 530, 74-96.
- Roberts, B. (1989). Employment Structure, Life Cycle, and Life Chances: Formal and Informal Sectors in Guadalajara. En A. Portes, M. Castells y L. Benton (eds.), *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries* (pp. 41-59). Baltimore: Johns Hopkins University Press. *ital: ws.* Nueva York: Cambridge University Press.
- Schneider, C. (2008). Police Power and Race Riots in Paris. *Politics & Society*, 36(1), 133-159.
- Spencer, K. & D. Featherman (1978). Achievement Ambitions. *Annual Review of Sociology*, 4(1), 373-420.
- Sowell, T. (1981). *Ethnic America: A History*. Nueva York: Basic Books.
- Stark, O. (1984). Migration decision making. *Journal of Development Economics*, 14(1), 251-259.
- Telles, E. & V. Ortiz (2008). *Generations of Exclusion: Mexican-Americans, Assimilation, and Race*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Tilly, C. (1990). Transplanted Networks. En V. Yans-McLaughlin (ed.), *Immigration Reconsidered: History, Sociology, and Politics* (pp. 79-95). Nueva York: Oxford University Press.
- Torres, I., D. López-Cevallos, B. Cañizares & Y. Hui (en este libro). La respuesta sanitaria de Ecuador ante la migración venezolana. En J. Arroyo (ed.), *La migración venezolana en los Andes*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Vigil, J. (2002). *A Rainbow of Gangs: Street Culture in the Mega-City*. Austin: University of Texas Press.
- Warner, W. L. & L. Srole (1945). *The Social Systems of American Ethnic Groups*. New Haven: Yale University Press.
- Wittke, C. (1952). *Refugees of Revolution: The German Forty-Eighters in America*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Wolf, S. (2012). Mara Salvatrucha: The Most Dangerous Street Gang in the Americas? *Latin American Politics and Society*, 54(1), 65-99.
- Zolberg, A., A. Suhrke & S. Aguayo (1989). *Escape from Violence: Conflict and the Refugee Crisis in the Developing World*. Nueva York: Oxford University Press.

¹ Ph.D en Sociología por la Universidad de Wisconsin, Madison. Profesor (Emerito) del Departamento de Sociología y fundador del Centro de Migraciones y Desarrollo de la Universidad de Princeton. Actualmente profesor de Leyes y Sociología, Universidad de Miami.

² Esta sección se basa en parte en Portes, A. & R. Rumbaut (2014). Theoretical Overview. En *Immigrant America: A Portrait* (pp. 48-54). Berkeley: University of California Press.

³ Esta sección se basa parcialmente en Portes, A. & R. Rumbaut (2014). Theoretical Overview. En *Immigrant America: A Portrait* (pp. 54-59). Berkeley: University of California Press.

LA RESPUESTA SANITARIA DE PERÚ ANTE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA

Juan Arroyo Laguna⁴

Investigador principal

Michiyo Iwami⁵

Leslie López⁶

1. INTRODUCCIÓN

El Perú es un país de emigrantes, no de inmigrantes, y sorpresivamente ha pasado a ser también un país huésped de inmigrantes a partir de 2017. Desde entonces, más de un millón de inmigrantes extranjeros, en particular venezolanos, ha escogido el Perú como lugar de residencia temporal o definitiva.

Evidentemente esto ha significado un cambio significativo en la vida de todos los peruanos, acostumbrados a apoyar a sus hijos y parientes para que viajen a estudiar o residir en los veinte países del planeta donde se ha ubicado el 98% de sus emigrantes. Desde 1990 las familias peruanas colocaron a 3 890 000 migrantes, el 10% de su población nacional, en todo el mundo. De este total de emigrantes peruanos, 1 100 000 visitaron temporalmente el Perú entre 1990 y 2017 para reencontrarse de nuevo con sus familiares y amigos. En los últimos 4 años regresaron de visita alrededor de 90 000 por año (INEI, 2018). Después de todo, abandonaron el país porque debían buscar un mejor porvenir, no porque sintiesen que el Perú no era un lugar donde establecerse. En Perú, el poema «El Perú», de Marco Martos, es casi un himno nacional: «No es este tu país / porque conozcas sus linderos, / ni por el idioma común, / ni por los nombres de los muertos. / Es este tu país, / porque si tuvieras que hacerlo, / lo elegirías de nuevo / para construir aquí / todos tus sueños».

Pero cuando esos tres millones se fueron, originaron una preocupación en los familiares que dejaron en su país, relacionada a cómo les iría en el exterior a sus hijos, parientes y amigos, no solo económicamente, sino respecto al trato que se les daría en los países donde habían decidido estudiar o residir. ¿Serían integrados? ¿Serían segregados? ¿Tendrían trabajo? ¿Podrían ascender? ¿Se les reconocerían sus grados y títulos? ¿Tendrían la misma protección social que los nacionales? ¿Accederían a los servicios de salud?

Los 32 millones de peruanos nunca se imaginaron que ellos mismos serían, años después, receptores de cientos de miles de inmigrantes y que, de igual forma, habría en Venezuela familias preocupadas por cómo se insertarían económica y socialmente sus familiares y amigos, y por cómo trataría el Perú a sus inmigrantes. No se imaginaron que se harían las mismas preguntas para con sus connacionales. Esto es lo que vamos a estudiar.

Hasta el 5 de noviembre de 2020, Venezuela casi obligó a salir de sus fronteras a 5 448 000 emigrantes, dirigidos a diferentes países del mundo. El 67% de ellos se movilizó a la región andina de América Latina, compuesta por Colombia, Ecuador, Perú y Chile. Nunca antes los países sudamericanos habían experimentado un fenómeno migratorio tan intenso y vasto (Selee, Bolter, Muñoz-Pogossian & Hazán, 2019). América Central y América del Norte tienen experiencia a este respecto por las migraciones de mexicanos y centroamericanos a Estados Unidos, de nicaragüenses a Costa Rica y de haitianos a diferentes países; pero América del Sur no. Hasta fines de 2020, Colombia había acogido alrededor de 1 770 000 millones de venezolanos, seguido por Perú con 1 043 000 millones, Chile con 457 000 y Ecuador con 417 000 (R4V, 2020a). Así, el Perú pasó de tener un total de 89 000 inmigrantes el año 2012, de los cuales el 2% eran venezolanos (INEI, 2013), a recibir 1 100 000 inmigrantes, la mayoría venezolanos.

Evidentemente, esta migración masiva ha producido un desajuste inicial en los sistemas económico, social e institucional, que no estaban preparados para satisfacer las necesidades urgentes de esta población migrante. Sin embargo, cada uno de los países asumió el nuevo desafío y han desarrollado iniciativas para cubrir esta nueva brecha en los aspectos de protección social y salud, que son el centro de nuestro estudio, la misma que se suma a la brecha tradicional existente en cada país entre las necesidades de la

población nativa y el suministro de sus entidades proveedoras de servicios. El caso peruano es una prueba de ello.

Esta sistematización es un testimonio de este encuentro inédito entre venezolanos y peruanos, visto desde la mirada de los venezolanos en Perú. ¿Qué los motivó a escoger Perú? ¿Cómo ha sido su adaptación, asimilación o retorno luego de su azarosa travesía hasta Perú? ¿Qué impactos vienen teniendo en la sociedad peruana? ¿Qué respuesta institucional del Estado han motivado? ¿Han podido acceder a los servicios de salud y educación? Esas son algunas de nuestras preguntas de investigación. Portes y DeWind (2004) resumieron hace unos años las tres cuestiones que sintetizan lo que tiene que responder la literatura sobre migraciones: ¿qué motiva a la gente a migrar a través de las fronteras?; ¿cómo cambiaron los inmigrantes después de arribar a sus destinos?; y ¿qué impactos tuvieron los inmigrantes sobre la vida del país receptor y sus instituciones económicas, socioculturales y políticas? Vamos a revisarlas desde el lado de los migrantes.

1.1. ¿Por qué el Perú? Factores de atracción y expulsión

Nuestro primer objeto de investigación no es por qué los migrantes salieron de Venezuela, sino por qué escogieron Perú. Sin embargo, no es posible comprender cómo arribaron al Perú sin entender sistémicamente, de forma breve, el proceso de la migración venezolana. Nuestra conclusión, luego de revisar la documentación y entrevistar a decenas de migrantes y especialistas, es que la migración venezolana hacia el Perú no fue centralmente motivada por privación relativa, sino por privación absoluta, conforme a la tesis de Alejandro Portes (2020).

Las migraciones por privación relativa son las que se originan por la búsqueda de una mejor calidad de vida; las de privación absoluta, aquellas que surgen por la no soportabilidad del régimen económico, social o político de los países de origen. Las de privación relativa producen migrantes que tienen la expectativa de una situación social más elevada que la que obtienen en sus países y son, por lo general, provenientes de capas sociales con capacidad migratoria. Las de privación absoluta son fruto de etapas de crisis profundas de los países, fuertes retrocesos económicos o guerras que motivan la expulsión de franjas enteras de su población. El caso venezolano es lo que en este campo se conoce como una «migración forzada»: el desplazamiento de poblaciones que literalmente escapan de sus

países (Castels, 2003; Gzesh, 2008). Así, hay países que crónicamente surten al mundo de migrantes por privación relativa, como el Perú; y países que normalmente generan migrantes por privación absoluta, como los africanos.

Las migraciones son entonces el resultado demográfico de los cambios en los puntos de equilibrio de los países. Además, hay países en donde coexisten los dos tipos de migraciones y otros en los cuales un tipo de migración evoluciona a la otra. Este último es el caso de Venezuela, que en los años sesenta y setenta fue un país atractor de inmigrantes, en los 2000 se convirtió en un promotor de emigrantes aspiracionales y de 2016 en adelante es un expulsor de venezolanos. El venezolano se convirtió en poco tiempo en migrante contra su propia tradición nacional de pueblo sin emigrantes. Como señalan Castillo y Reguant, «[...] el venezolano no tiene cultura migratoria, por lo que ha estado desprovisto de experiencia y redes bien formadas que apoyen su proceso de acogida, en comparación a otros colectivos de inmigrantes latinoamericanos» (2017, p. 139).

Se deduce de esta reflexión que la actual megamigración venezolana no es una migración impulsada por los factores de atracción de los países de destino, sino por factores de expulsión, una diferencia originalmente explicada por Piore (1979), y Portes y Böröcz (1989).

La crisis venezolana ha tenido varios años de desarrollo y varios puntos críticos. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi), el año 2016 «[...] se produjo un descenso abrupto del salario real, la mayor inflación del mundo, y una escasez generalizada de alimentos y medicinas, que llevó al hambre a la población pobre y de clase media, a la pérdida de peso de la población, a la muerte de pacientes con enfermedades tratables y curables por la carencia de medicamentos y, también, al incremento de la violencia» (UCAB, y otros, 2016, p. 31).

Ese fue uno de los puntos de quiebre que convirtió la emigración gradual en masiva. La FAO ubica el punto de la crisis en que esta se convirtió en hambruna en setiembre de 2018, lo que constituyó un factor disparador de salidas masivas. Ahí la emigración pasó de incremental a disruptiva, a éxodo, a escape. Pero ya desde antes era numerosa.

Por eso mismo, diferentes autores hablan de tres fases en el proceso migratorio venezolano, las mismas que responden a distintos niveles de

deterioro de la política y economía venezolana y responden a distintos perfiles de migrantes. Hoy estaríamos en la migración «de desesperación».

Según Páez y Vivas (2017), ha habido tres fases diferentes en el proceso migratorio de los venezolanos desde que Chávez llegó al poder en 1999. En el año 2000 habría comenzado una primera fase, marcada por la migración de personas de clase media-alta, empresarios y estudiantes, con Estados Unidos y Europa como principales destinos. Dicha emigración fue, sin embargo, muy reducida. La decisión de migrar se habría debido, según los autores, a varios factores, incluyendo las tensiones políticas y sociales, así como la creciente inseguridad y la nacionalización de varias industrias en Venezuela. La segunda fase comenzó en 2012 y coincidió con el final del *boom* de las materias primas latinoamericanas. Durante ese periodo, la crisis económica comenzó a cristalizarse en Venezuela, lo que llevó —según los autores— a un aumento de la represión política y a la escasez de alimentos y medicinas. En esta segunda fase, los perfiles de los migrantes fueron más diversos e incluyeron a personas de diferentes estratos sociales. Los destinos también se diversificaron y, aunque hubo venezolanos que continuaron migrando a Estados Unidos y Europa, otros empezaron a establecerse en países vecinos como Colombia, Panamá y República Dominicana. Sin embargo, el número de personas que salieron del país siguió siendo moderado.

Tras la muerte de Hugo Chávez y la elección de Nicolás Maduro, las condiciones sociales, económicas y políticas en Venezuela empeoraron considerablemente. A partir de ese momento, en 2015 (Aron & Castillo, 2020), comenzó la tercera fase de la migración venezolana, que Páez y Vivas (2017) han denominado «migración de la desesperación». En esta fase, que perduraba en 2019, han emigrado alrededor de tres millones de venezolanos.

Esto quiere decir que la gran decisión del venezolano migrante fue salir de su país y, solo como segunda prioridad, decidir dónde residir. El Perú mostraba entonces cuatro características que lo hacían un destino favorable a la inmigración venezolana: a) era un país con baja tasa de inmigración, b) mantenía una economía estable durante los últimos veinticinco años, c) daba facilidades para insertarse laboralmente, sobre todo en la economía informal, y d) otorgaba facilidades migratorias especiales por la posibilidad

de formalizar la calidad migratoria a través del Permiso Temporal de Permanencia (PTP).

Por tanto, no aplican los marcos teóricos existentes sobre las génesis y características de las migraciones incrementales, como los de Todaro y Maruszko (1987), para los cuales las migraciones son principalmente ajustes demográficos económicos y laborales en los que el migrante se desplaza automáticamente a los lugares donde espera rendimientos netos mayores. Es cierto que el migrante potencial hace un balance de costos y beneficios del desplazamiento, incluyendo entre los costos no solo el del viaje, sino también el del tiempo de adaptación al mercado y a las nuevas costumbres, y el del tiempo requerido para su inserción laboral, así como la probabilidad de encontrar trabajo. No obstante, este marco de la escuela neoclásica se basa, en este caso, en la teoría de la elección racional, bastante criticada en estos últimos tiempos, pues no considera el peso de lo no racional, cultural y político en la decisión y el proceso del migrante (Massey y otros, 1994).

Los factores que expulsaron masivamente a los migrantes de su país fueron la crisis económica y la hiperinflación, y los consiguientes desabastecimientos de alimentos y falta de empleo y oportunidades; el recrudecimiento de la violencia y la sensación de inseguridad; la crisis de todos los servicios sociales, que antes habían sido masivos en Venezuela; y el repliegue del Estado de su rol social, aunado a su desplazamiento hacia las funciones de seguridad y control interno. Las causas de salida de la población venezolana fueron, entonces, variadas. En ese sentido, Gandini, Lozano y Prieto (2019) propone motivaciones múltiples que abarcan desde la búsqueda de una mejor calidad de vida hasta la huida por un deterioro generalizado de las condiciones de vida en todos los estratos socioeconómicos.

En cuanto al sistema de salud venezolano, era ya históricamente precario y, a raíz del inicio de la crisis en 2013, desmejoró su atención en comparación a años anteriores. Según el *Reporte Nacional: Emergencia humanitaria compleja en Venezuela* del año 2019 (Observatorio Venezolano de Salud, 2019), el sistema sanitario venezolano tenía deficiencias estructurales serias.

Tabla 1. Reporte sobre la situación del sistema de salud en Venezuela, 2019

Tabla 1. Reporte sobre la situación del sistema de salud en Venezuela, 2019

• Déficit de camas hospitalarias: 64% • Establecimientos de salud sin agua de manera regular: 79% • Establecimientos de salud sin plantas eléctricas o grupos electrógenos para casos de apagón: 33% • Nivel de escasez de medicamentos en las farmacias: 88% • Porcentaje de bancos de sangre que no podían garantizar tratamientos de transfusión seguros: 89% • Salas de Emergencias que dejaron de funcionar: 22% • Quirófanos cerrados: 53%	• Medicinas, insumos, materias primas, equipos y repuestos en salud importados respecto al total: 95% • Caída de las importaciones de medicinas, insumos, materias primas, equipos y repuestos en salud: 70% • El 2013 dejaron de publicarse los anuarios de mortalidad • El 2016 se suspendió el acceso a los boletines epidemiológicos y al listado de muertes de notificación obligatoria • El 2018 se eliminó la página web del Ministerio de Salud, que publicaba estadísticas sanitarias

Fuente: elaborado a partir de Observatorio Venezolano de Salud, 2019.

1.2. Flujo migratorio

Según lo establece la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018a), el flujo migratorio refiere al número de migrantes que se están trasladando de un lugar a otro durante un tiempo establecido. En relación con el flujo migratorio venezolano, las cifras aportadas por la OIM y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) advierten que «[...] si la tendencia continúa y va al mismo ritmo que en estos momentos, la cifra podría alcanzar a finales de 2020 los 6,5 millones de migrantes venezolanos, lo que equivaldría a la mayor crisis de desplazados en el mundo» (Spindler, 2019). De acuerdo con dicha estimación, este fenómeno migratorio, lejos de terminarse, parece estar alcanzando cifras mayores que obligan a los países de la región andina a estar atentos y vigilantes para saber las consecuencias de esta realidad.

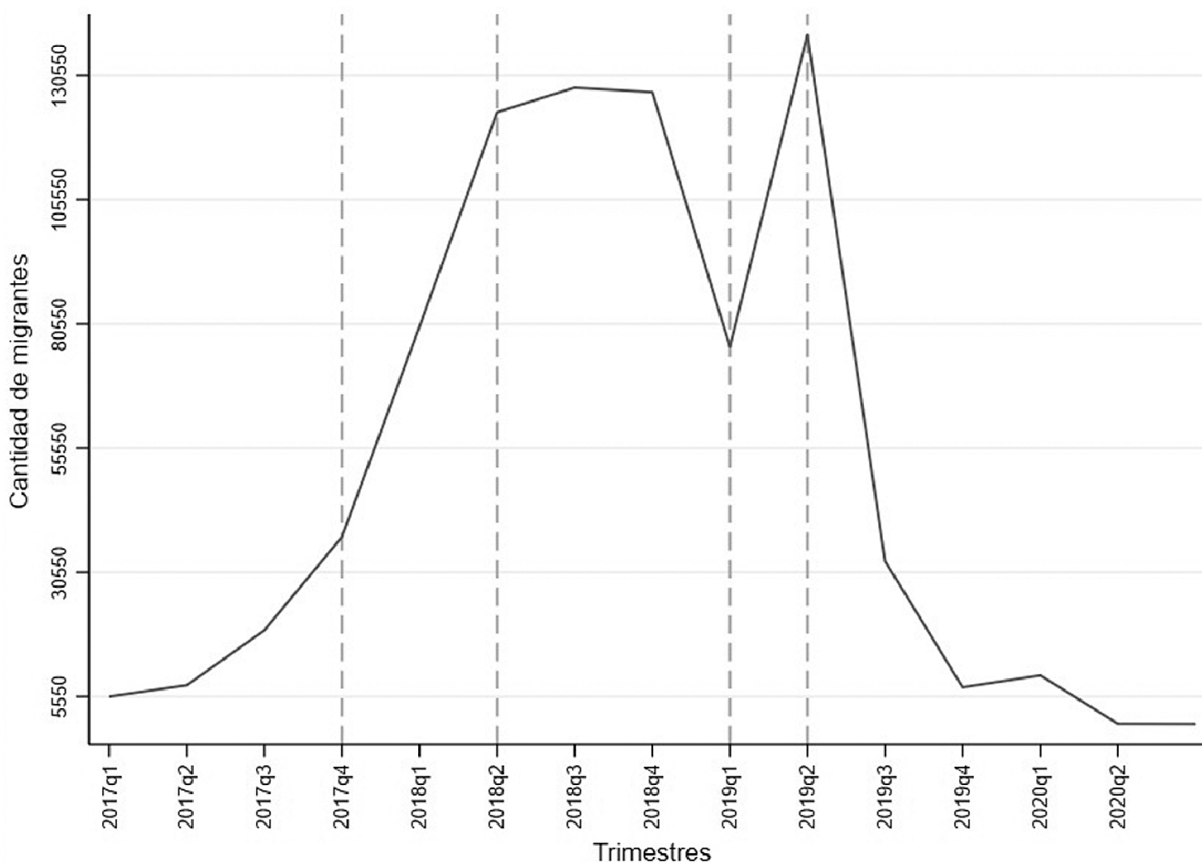
Lo sostenido por Spindler (2019) no puede considerarse un pronóstico alarmista, pues al analizar las cifras aportadas por la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) el 5 de octubre de 2020, encontramos que para entonces había 5 490 002 venezolanos migrantes, refugiados y solicitantes de asilo, cifra que ha ido en aumento. De ellos, solo 2 483 265 tenían permisos de residencia y de

estancia regular concedidos. Para el Perú, según cifras de la Superintendencia Nacional de Migraciones (SNM), el flujo de población venezolana a Perú es un fenómeno relativamente nuevo, pues en 2012 la migración venezolana equivalía al 2% (1794) del total de inmigrantes extranjeros, llegando a alcanzar el 6,4% (6615) en 2016. Con tal tendencia, parecía inimaginable lo que habría de ocurrir a partir del año 2017, cuando se agudizó la crisis venezolana y se desató el éxodo masivo hacia países de la región, convirtiendo a Colombia y Perú en los principales destinos de la emigración venezolana.

Al revisar las cifras de 2017, se comprueba que ese año ingresaron 37 681 ciudadanos venezolanos a Perú para el trimestre octubre-diciembre; y, según las estadísticas para el trimestre julio-setiembre del año 2018, habrían ingresado 128 101 migrantes de Venezuela. Sin embargo, cuando el Estado peruano anunció que solicitaría visa y pasaporte a los venezolanos que quisieran ingresar a su territorio a partir del 15 de junio de 2019, se incrementó la cifra de ingreso, superando los 138 799 migrantes. A pesar de ello, luego de hacerse efectiva tal medida migratoria, las cifras empezaron a mostrar un drástico descenso en los meses posteriores, lo que condujo a que en el año 2020 el registro de ingresos solo reflejara treinta venezolanos para el periodo julio-setiembre. Tal disminución no se debió solo a los controles migratorios, sino también a la pandemia de la COVID-19.

Además de los migrantes registrados, se debe mencionar que existe un número indeterminado de migrantes venezolanos que ingresan aprovechando la existencia de rutas informales en la frontera común entre Ecuador y Perú, que no cuentan con ningún tipo de control y son utilizadas por migrantes indocumentados. Al respecto, es válido preguntarse: ¿cuántas personas han transitado por estas trochas y senderos inhóspitos en su intento de llegar al otro lado de la frontera? Y ¿cuántos de ellos ingresan y permanecen en Perú sin ningún tipo de documentación?

Figura 1. Ingreso de ciudadanos venezolanos por trimestre al Perú, 2017-2020



Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020.

2. EL PROCESO MIGRATORIO

Toda migración tiene una cadena de procesos para el migrante: la decisión, el viaje o los viajes, el cruce de fronteras, los primeros contactos, el reasentamiento, la búsqueda de trabajo y la resocialización. Esta cadena es difícil para el migrante, pero lo es aún más cuando la migración es disruptiva, como en este caso. No es raro que el migrante pierda sus derechos fundamentales y padezca nuevas desigualdades laborales, de ingresos, de género y culturales que nunca antes había sufrido. Adicionalmente, las tensiones entre los países en torno al régimen en Venezuela complican la situación de los migrantes en los países receptores.

2.1. La decisión de emigrar a Perú

Migrar no es una decisión fácil; sin embargo, una situación de insostenibilidad en la que no se tienen garantías laborales que garanticen

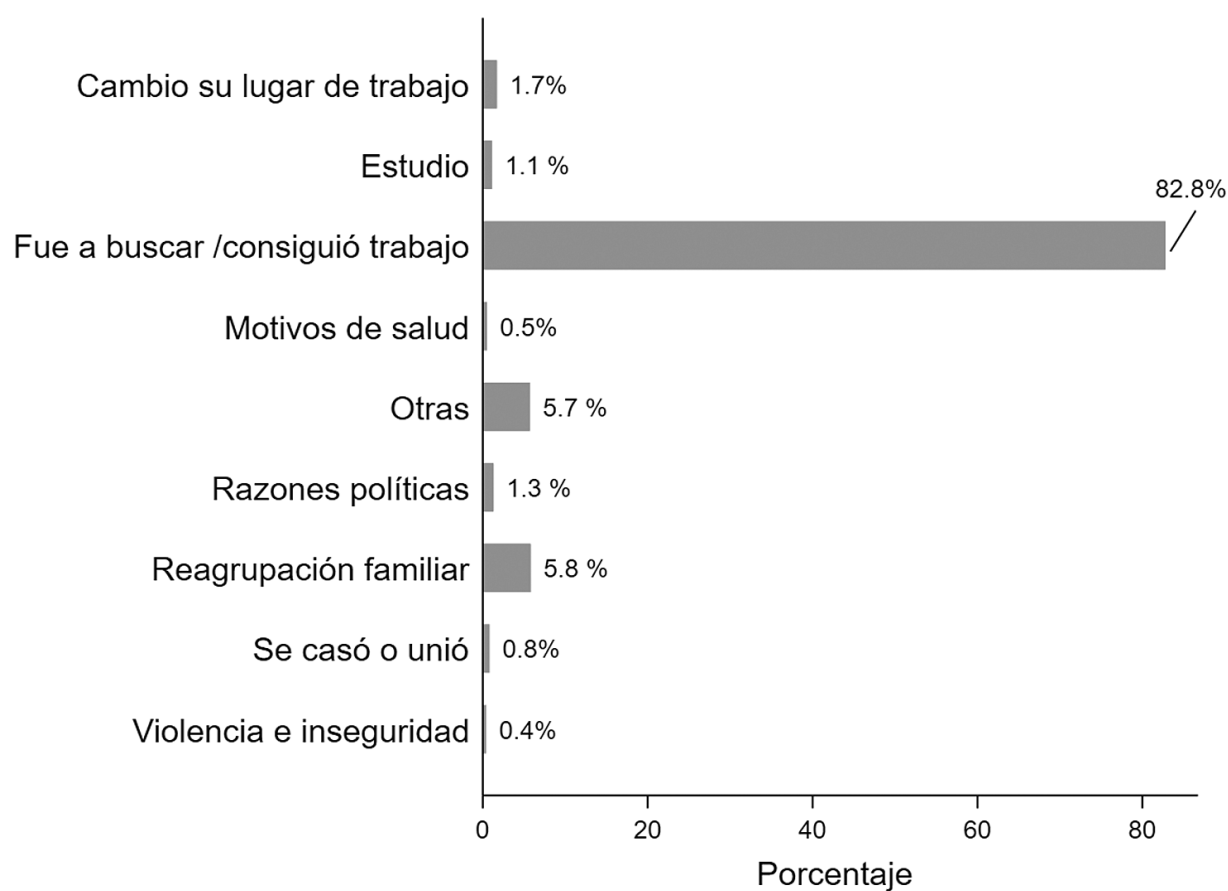
una vida digna incentiva la búsqueda de oportunidades en otro país.

De acuerdo con los datos señalados en la Encovi de 2019-2020 (UCAB, 2019), el 94% de la población venezolana vivía ese año bajo condiciones de pobreza y el 67% bajo condiciones de pobreza extrema. En relación con la Encovi del año 2016 (UCAB y otros, 2016), el porcentaje de pobreza había aumentado en 12,2%; es decir, prácticamente se había doblado la tasa de pobreza del año 2014 (48,4%).

De la misma manera, la encuesta muestra que la situación de inseguridad alimentaria era deplorable. De acuerdo con la Encovi de 2017 (UCAB y otros, 2017), ocho de cada diez hogares venezolanos se encontraban en condiciones de inseguridad alimentaria. Esto tiene que ver con la reducción del tamaño de las raciones o de la cantidad y calidad de las comidas diarias (Landaeta-Jiménez, Herrera, Ramírez y Vásquez, 2018). En cuanto a la violencia, los datos tomados para el año 2017 señalaban una tasa de incremento del 89% de muertes violentas, con 43 muertes violentas de jóvenes venezolanos al día.

La Encovi de 2019-2020 (UCAB, 2019) revela como principal razón para emigrar la búsqueda de mayores oportunidades de trabajo. De acuerdo con dicha información, el 82,8% emigró para buscar o consiguió trabajo luego de salir de Venezuela. Seguidamente, la segunda gran motivación para la emigración es la reagrupación familiar (5,8%), que va adquiriendo mayor peso con el tiempo.

Figura 2. Razones por las cuales la población venezolana decidió emigrar, 2019



Fuente: elaborado a partir de UCAB, 2019.

Para la población migrante entrevistada, las causas no difieren en mucho de lo manifestado en la Encovi de 2019-2020 (UCAB, 2019). Los entrevistados se refieren a la situación de alta vulnerabilidad en la que se encontraban en el contexto venezolano:

Por la misma situación de escasez que se estaba suscitando, no había insumos básicos y necesarios. Mi hija tenía un año y no tenía pañales y ya era hora, me tocó. Más que todo fue por ella, para que no le faltara nada. Es increíble la degradación que vivíamos y por eso decidí viajar (entrevistada 1, 29 años, San Miguel, 10 de octubre de 2020).

Dejé de vivir en Venezuela porque yo no la tengo a ella nada más [niña presente], sino que tengo tres hijos más, entonces ya el dinero no daba. Yo trabajaba en un [supermercado] Central Madereinse, ya el dinero no me alcanzaba para cubrirle las necesidades a mis hijos (entrevistada 2, 35 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Bueno, en aquel entonces yo daba clases en un colegio de secundaria y también era becaria, pero sí le digo, a mí no me alcanzaba. En aquel tiempo yo tenía que pagar el alquiler, que eran como unos quince millones de bolívares. Suena mucho [risas], pero no era nada viéndolo desde afuera. Bueno, tú sabes. Bueno, yo no tenía cómo pagarlo a pesar de tener tres entradas

económicas y mis padres me pedían a veces a mí dinero y no los podía ayudar. Eso me tenía pensando siempre cómo hago para ayudarlos. [...]. No había manera de rendir el dinero. Siempre me preguntaba: ¿pago el alquiler, me visto, como o ayudo a mis padres? Todo eso me generaba mucha presión (entrevistada 10, 40 años, San Martín de Porres, 10 de octubre de 2020).

Yo salí de Venezuela porque a mi hermana le dieron un tiro en la columna a los veinte años de edad, ahora tiene treinta y la estoy ayudando con la silla de ruedas, con todo lo que pueda. Ella tiene un negocio de dulces en Venezuela, pero como la situación está difícil, yo trato de ayudarla para que fluya el negocio de ella allá. Ella estará en silla de ruedas para siempre. Alejarme de mi familia es lo más feo y, sobre todo, de mi hermana. Si es más fácil adaptarse, pero no, qué va. Mi objetivo fue comprarle una silla de ruedas a mi hermana y lo logré (entrevistado 8, 21 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Yo me vine primero que ella [esposa]. En realidad, yo llego a Perú solo, como tal, buscando una nueva oportunidad, viendo que la situación se sabe, la problemática humanitaria que hay allá por la violencia, delincuencia; y huyendo también de la oportunidad que hemos perdido nosotros, la juventud, y queriendo buscar una oportunidad para así apoyar a nuestros familiares que están allá en Venezuela. Una de las razones es esa (entrevistado 6, 27 años, Los Olivos, 10 de octubre de 2020).

La decisión de venir al Perú fue en muchos casos posterior a la decisión de migrar, que fue vivida por muchos venezolanos estando aún en su tierra. En numerosos casos, el optar por venir a Perú como destino final se dio recién cuando ya estaban en Colombia o Ecuador, lugares a los que habían migrado de manera previa.

De lo anterior, se puede inferir que los migrantes tomaron dos decisiones diferentes: una, salir de Venezuela; otra, seleccionar su nuevo país de residencia. Un factor de atracción para venir a Perú fue la legislación peruana inicial, abierta y sin demasiadas trabas, que facilitó la movilización de venezolanos a este país. Inclusive a pesar de las nuevas restricciones, no se ha alterado ese flujo migratorio, pero ha reducido en intensidad; aunque es probable que muchos migrantes estén accediendo al Perú a través de vías paralelas, como las denominadas «trochas».

2.2. Cruce de fronteras

Tras la entrada en vigor de la visa humanitaria el 15 de junio de 2019, el flujo de ingreso regular de población venezolana en el Perú se redujo considerablemente. Las nuevas medidas de ingreso al Perú exigen contar con la mencionada visa; sin embargo, para obtenerla es necesario tener un pasaporte vigente o vencido, lo que configura una limitación para un porcentaje significativo de la población venezolana que tiene la intención de ingresar al Perú. Adicionalmente, es un requisito contar con los sellos de

salida regular del vecino país de Ecuador, lo que también es una limitación para las personas que no lograron realizar ese trámite. Si bien, en la mayoría de los casos, resulta complicado cumplir con estos requisitos, el Estado peruano ha permitido el ingreso de algunos migrantes en extrema vulnerabilidad de manera excepcional, así como de aquellas personas cuyo trámite de solicitud de refugio ha sido admitido en la frontera.

En ese sentido, entre las personas encuestadas en la última ronda de la Organización Internacional de Migraciones (OIM, 2020a) después de pasar el control fronterizo, el 63,1% manifestó haber obtenido una respuesta negativa ante su intención de ingresar al país, pues no cumplían con los requisitos exigidos por el Gobierno peruano. El 36,9% restante logró ser admitido en el territorio nacional, ya fuera en calidad de turistas o residentes, por contar con visa humanitaria o como solicitantes de refugio ante el Estado peruano.

Estos porcentajes evidencian cambios en el flujo de ingreso regular de la población venezolana por la frontera del Centro Binacional de Atención en Frontera (Cebaf) Tumbes. Los venezolanos han cruzado las fronteras a pie o tomando autobús por secciones, han marchado a sus destinos con o sin familiares o contactos, pasaron algún tiempo sin trabajo, y han pagado el costo de adaptarse al nuevo contexto y cultura. También se han agrupado en «comunidades» o barrios de venezolanos para tener un respaldo, pero en sus primeros trabajos se han visto obligados a aceptar condiciones y salarios poco dignos.

Los migrantes venezolanos reportan haber salido desde sus lugares de origen en Venezuela hacia Colombia, específicamente a través de la frontera entre el estado de Táchira y la ciudad de Cúcuta en Colombia (82,6% de los casos); o por vía aérea, directamente de Caracas a Lima. El trayecto más común desde Cúcuta se realiza en autobús hasta atravesar otras ciudades de Colombia, como Bogotá (25,1%) o el Valle del Cauca (11,6%). El puente internacional Rumichaca, ubicado en la frontera de Colombia con Ecuador, fue transitado por esta población para luego cruzar dicho país con escalas en Quito y Guayaquil, llegando por último a Huaquillas, la zona fronteriza que colinda con el norte de Perú.

Entre los principales «países de destino» elegidos por la población venezolana encuestada en Tumbes se encuentra Perú con 92,6% de migrantes, Chile con 5,3%, Argentina con 1,2%, y Bolivia con 0,6% (OIM,

2020a). Cabe resaltar que Perú se considera tanto un país de tránsito como de permanencia. De acuerdo con los entrevistados, las principales ciudades de destino en Perú eran Lima con 66% de migrantes, La Libertad con 9,2%, Lambayeque con 4,6%, Tumbes con 4,2%, Áncash con 4,2%, Piura con 4%, Ica con 2,3%, Arequipa con 1,3% y Cusco con 1%, entre otras.

En relación con los «puntos de control» que han empleado los venezolanos para cruzar las fronteras entre los años 2017 y 2020, el más transitado es el de Tumbes (Puesto de Control Fronterizo [PCF] Tumbes Cebaf), el cual registró para el año 2018 a un 93,72% de los ingresantes y para 2019 al 89,48% de los mismos, según la SNM (2020). Los que viajaron por avión disminuyeron de 16% el año 2017 a 5,09% en 2018 y 7,47% para 2019. El tercer punto de ingreso es por Tacna, por el puesto fronterizo de Santa Rosa, que solo registró al 2,34% de los ingresantes en 2019.

Tabla 2. Principales puntos de ingreso al Perú para los migrantes venezolanos, 2017-2020

	2017	2018		2019	2020***
Fuentes	SNM	SNM	Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País (Enpove)	SNM	SNM
Puestos de control	69 926	45 8446	61 6821	254 596	9911
Tumbes - PCF Tumbes Cebaf	57 775 82,62%	429 649 93,72%	553 876 89,80%	227 825 89,48%	581 5,86%
Lima - Aeropuerto Jorge Chávez	11 188 16,00%	23 320 5,09%	61 846 10,03%	19 026 7,47%	8725 88,03%
Tacna - Santa Rosa	446 0,64%	2156 0,47%	157 0,03%	5966 2,34%	235 2,37%
Madre de Dios - Iñapari	125 0,18%	1774 0,39%	0** 0,00%	661 0,26%	79 0,80%
Puno - Desaguadero	123 0,18%	356 0,08%	0** 0,00%	743 0,29%	160 1,61%
Piura - PCF La Tina	58 0,08%	454 0,10%	0** 0,00%	152 0,06%	14 0,14%
Loreto - PCF Santa Rosa Iquitos	47 0,07%	207 0,05%	0** 0,00%	149 0,06%	32 0,32%
Puno - PCF Kasani	33 0,05%	57 0,01%	0** 0,00%	74 0,03%	11 0,11%

Tabla 2. Principales puntos de ingreso al Perú para los migrantes venezolanos, 2017-2020

Otros*	131 0,19%	473 0,10%	942 0,15%	0 0,00%	74 0,75%

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; INEI (ENPOVE), 2018.

* Comprende a los puestos de control de Callao-Callao, Cajamarca-PCF La Balsa, Piura-PCF El Alamor y Tumbes-Jefatura Zonal Tumbes.

** No incluye a estos pasos fronterizos en la encuesta.

*** Solo se dispone de datos hasta julio de 2020.

Los comentarios de los entrevistados sobre sus rutas de viaje y el cruce de fronteras han sido diversos y significativos de la experiencia experimentada por los migrantes venezolanos.

De Barquisimeto agarré San Cristóbal a Cúcuta, voy haciendo escalas así poco a poco hacia Colombia, hacia Ecuador y hacia Perú como tal. No vale, yo tardé alrededor de diez o doce días en ese viaje. En el viaje lo que pasé fue frío, me quedé sin pasaje, uno busca la manera de hacer para poder llegar, resolver. Yo creo que el cuento del día a día del venezolano es una travesía, siempre colocándole una sonrisa al problema. Entonces qué podemos hacer, [...] pasé mucha problemática en el camino, se me atravesaron muchos problemas (entrevistado 9, 29 años, Jesús María, 10 de octubre de 2020).

Bueno, fueron en total casi cinco días saliendo desde la ciudad de Mérida hasta El Vigía; de El Vigía hasta la frontera [en] puerto Santander, esa frontera con Colombia; del puerto Santander hasta la ciudad de Cúcuta, Colombia; de Cúcuta hasta Bogotá; de Bogotá a Ipiales, que es frontera con Ecuador; y de ahí un bus hasta la capital de Ecuador, Quito; de Quito a otra frontera con Perú, Huaquillas; luego pasé a Tumbes y de Tumbes pasé a Lima. Un viaje largo y cansón. Fue un viaje en escala, de un terminal a otro, hasta acá, cinco o seis autobuses en total (entrevistado 14, 35 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Yo me vine por avión, pensando que me iba a quedar unos días. Y mira ya llevo tres años fuera. A mis familiares también los traje por vía avión. Tuve la oportunidad de conseguir ofertas en ese momento y pues sí los costé yo a los cuatro. Todos ellos entraron con pasaporte, menos mi cuñada que entró con la cédula, porque en ese momento estaba permitido y no se exigía tanta cosa (entrevistada 13, 36 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Debido a la exigencia del pasaporte y visado para obtener los sellos de ingreso regular en el puente internacional Rumichaca, en la frontera con el Ecuador, un 78,9% de los venezolanos no logró ser admitido. De igual forma, un 10,2% manifestó no haber sellado su documentación en su ingreso en Huaquillas, mientras que otro 0,5% señaló haberlo hecho en otras fronteras (OIM, 2020a).

El «costo total del viaje» desde su salida de Venezuela, según las personas entrevistadas, asciende en promedio a 155 dólares para llegar a la frontera norte del Perú, el Cebaf de Tumbes. Solo un 4,6% indicó haber gastado

hasta 50 dólares durante su ruta de viaje; el 15,2%, de 51 a 100 dólares; el 46,1%, de 101 a 150 dólares; un 19,5%, de 151 a 200 dólares; y otro 13,2%, más de 200 dólares para llegar a la frontera norte del Perú (OIM, 2020a).

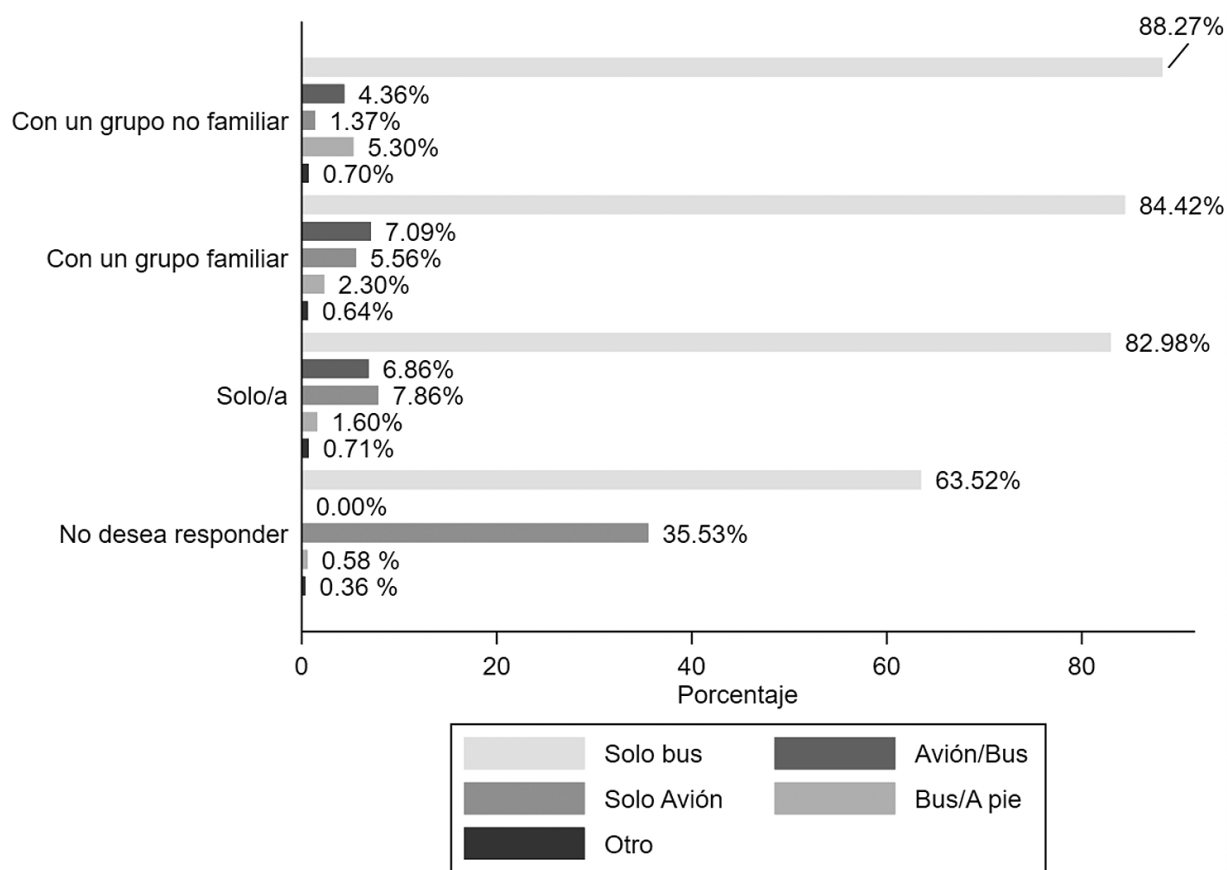
Sobre «las dificultades en el viaje», el 53,2% de las personas encuestadas experimentó alguna dificultad durante su trayecto hasta Tumbes. Los principales problemas en la ruta de viaje fueron las dificultades con el transporte (47,3%), la falta de alimentación y/o hidratación (32,1%), las complicaciones con la documentación de viaje (24%), la inseguridad y/o los robos (23%), los problemas de salud (14%), la falta de información (13,7%), la falta de recursos económicos (13,4%), la falta de espacios para dormir (8,2%), y episodios de detenciones o arrestos (7,2%). En menor proporción, las personas migrantes han experimentado dificultades con el clima (2,3%) o han sido deportadas (0,6%).

Sobre «el acompañamiento en los viajes», el 60,6% viajó en grupos familiares, mientras que el 35,6% viajó solo. De este último porcentaje, un 29,4% eran mujeres y un 70,6%, hombres. En menor medida, un 3,8% viajaba con vecinos y/o amigos, en grupos no familiares. La mayoría de migrantes viajaron en grupos familiares, lo que facilita el proceso de redes de apoyo que acompañan el proceso de migración (OIM, 2020a).

En relación con «los días que tuvieron que transitar» para llegar a la frontera con el Perú, los encuestados por el mismo estudio revelaron en un 23,8% de casos que iniciaron el viaje hacía menos de 1 semana, el 15,5% que les había llevado entre 8 y 15 días, y un 12,1% que les demoró entre 16 y 30 días. Asimismo, el 48,5% de las personas consultadas en Tumbes manifestaron haber iniciado su viaje desde Venezuela hacía más de un mes, de las cuales un 11,3% llevaba de 31 a 60 días viajando; el 6,3%, de 61 a 90 días; mientras que el 30,9% de las personas llevaban más de 3 meses fuera de Venezuela.

Sobre «la familia dejada en Venezuela», el 31,3% manifestó haber dejado menores de edad con una persona de su misma red nuclear. De este porcentaje, el 52,3% tiene en Venezuela 1 menor de edad; el 33,7%, 2 menores; y el 14,1%, de 3 a más menores. Asimismo, el 69,7% señaló que mantiene la expectativa de reunirse nuevamente con ellos, mientras el otro 30,3% indicó que no.

Figura 3. Principales medios de transporte usados por venezolanos para llegar al Perú, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

Sobre «el medio de transporte más usado» para venir al Perú, la Enpove (INEI, 2018) reveló que más del 80% viajó en bus (84,5%), ya fuera acompañado por su grupo familiar o en solitario. Una minoría viajó a Perú por avión y, entre estos, la mayor parte lo hizo sin acompañantes, probablemente por el gasto que significa el pasaje aéreo.

Sobre «la voluntad de residir en Perú», el 94,7% de los migrantes que ingresaron al Perú en 2018 pensaba quedarse a vivir en el país. El 5,3% de la Población Venezolana que se encuentra en el país, no piensa quedarse y quiere continuar su viaje hacia otro país. De ellos, el 50,7% piensa ir a Chile; el 17,2% a Argentina y el 32,0%, piensa ir a otros destinos como Brasil, Uruguay, España, Italia y Colombia (INEI, 2018).

Sobre «el documento de identidad presentado para ingresar al Perú» en 2018, el 74,8% utilizó su pasaporte vigente y el 19,3% su cédula de

identidad (INEI, 2018). Adicionalmente, para el año 2020, debido a los cambios normativos, el 51,7% de migrantes venezolanos presentó el pasaporte como documento en los puestos de control fronterizo, el 38,2% usó la cédula de identidad y un 9,9% la partida de nacimiento (SNM, 2020). Estos datos muestran un cambio, pues el año 2017 un 97,2% de los migrantes se trasladaba con el pasaporte como documento oficial de viaje (OIM, 2017a). Luego, se hizo difícil conseguir pasaporte y se vieron en la necesidad de viajar solo con su cédula o certificado de nacimiento. Para el año 2020, los migrantes viajaron sin contar con el documento de identidad porque la situación los obligaba a emigrar.

2.3. Los contactos previos y/o primeros contactos

El hecho de contar con algunos integrantes del núcleo familiar y/o amical en el lugar de destino constituye uno de los principales incentivos o factores que determinan la migración al sitio de acogida.

De acuerdo con la Enpove (INEI, 2018, p. 13), el 75,3% de los venezolanos encuestados en el Perú vive con un familiar y el 74,1% de los venezolanos encuestados viajó con al menos un acompañante, fuera este un familiar (62,1%) o un acompañante no familiar (12%). Además, un 25,7% de los encuestados realizó el viaje al Perú en solitario. Por otra parte, aunque la mayor parte de venezolanos migró acompañado de un familiar o amigo, no les fue posible viajar con su familia completa. Así, el 62,2% se vio obligado a dejar a sus padres, hermanos u otros parientes; un 27,4% a sus hijos; y solo el 2,6% a sus parejas.

La reciente Encovi de los años 2019-2020 (UCAB, UCV & USB, 2020) revela que dos de cada tres venezolanos están iniciando solos el proceso migratorio. Igualmente, la Encovi de 2019-2020 (UCAB, 2019) indica que uno de cada cinco hogares venezolanos reportó que, entre los años 2014 y 2019, uno o más miembros del domicilio dejaron el país.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, las redes de apoyo han tenido gran importancia en la decisión de migrar.

Aquí me estaban esperando unos hermanos, ellos tienen dos años aquí, ellos sí tienen PTP. Pero yo en Venezuela no tenía pasaporte, pero mi esposo sí, que es colombiano; y lo que hicimos fue decidir viajar porque por más que sea, son mis hermanos, ellos me iban a ayudar (entrevistada 2, 35 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

En Venezuela, al frente de mi casa, vivía una amiga que estaba aquí en Perú; y ella se vino y me ofreció venimos para acá, entonces yo le dije que sí. Ella fue la que me pagó el pasaje

(entrevistado 1, 29 años, San Miguel, 10 de octubre de 2020).

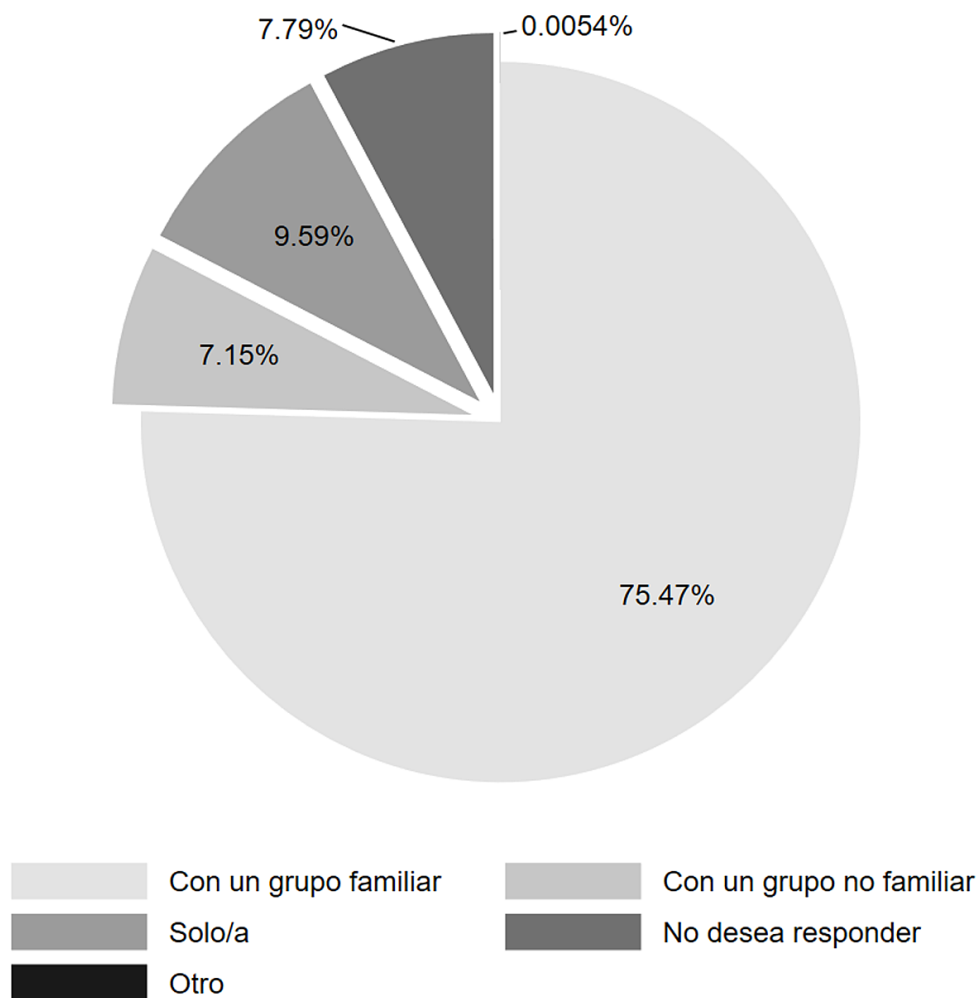
Sin embargo, también encontramos testimonios de iniciativas de migración solitaria, especialmente de migrantes pertenecientes a la primera ola masiva del año 2018.

No, yo me vine sola, pero vi la oportunidad de trabajar, enviar dinero y quedarme, y así hice. Yo he logrado traer a mi mamá, a mi cuñada, a mi hermano, a mi sobrino. ¿Por qué? Porque me dolía mucho que mi sobrino no tuviese la oportunidad de cómo nosotras la tuvimos y la libertad. En el momento que lo traje, sí padeció mucho, que me pedía mucha comida, de que no había mucha comida, me decía quiero leche y yo decía cómo es posible que no tengas leche. Y más cuando me dijeron que mi cuñada estaba con cáncer, dije bueno, aquí la hacemos, puede ser que aquí consiga ella la curación. Pero no, aunque hubo apoyo del SIS [Sistema Integral de Salud] para ella, porque la tuvieron en el oncológico, pero no, era muy tarde para ella. Ella murió de cáncer en el pulmón. Tenía 36 años (entrevistada 3, 39 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Yo me vine solo, sí. Decido salir solo, aquí nadie había que me ayudara. Yo llegó allá a Plaza Norte me recuerdo y llamé a todo el mundo, pero nadie me respondía; o sea, a ver quién me podía facilitar las ayudas y bueno (entrevistado 16, 45 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Las entrevistas realizadas sugieren que muchos de los primeros migrantes, que se aventuraron solos y luego estabilizaron su situación, han servido de apoyo para sus demás familiares, iniciando una red de migración a partir de su experiencia. En esa línea, los testimonios de los entrevistados destacan la dificultad para separarse de sus familiares cuando los dejan y la idea de reencontrarse, trayendo al resto de su familia nuclear a vivir a Perú.

Figura 4. Grupo familiar de convivencia de la población venezolana en Perú, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

En ese sentido, según la Enpove de 2018 (INEI, 2018), el 75,45% de la población venezolana en Perú vive con su grupo familiar y un 7,15% con un grupo no familiar. De esta manera, para el año 2018, el 82% de los migrantes vivía acompañado y solo el 8,9% vivía solo.

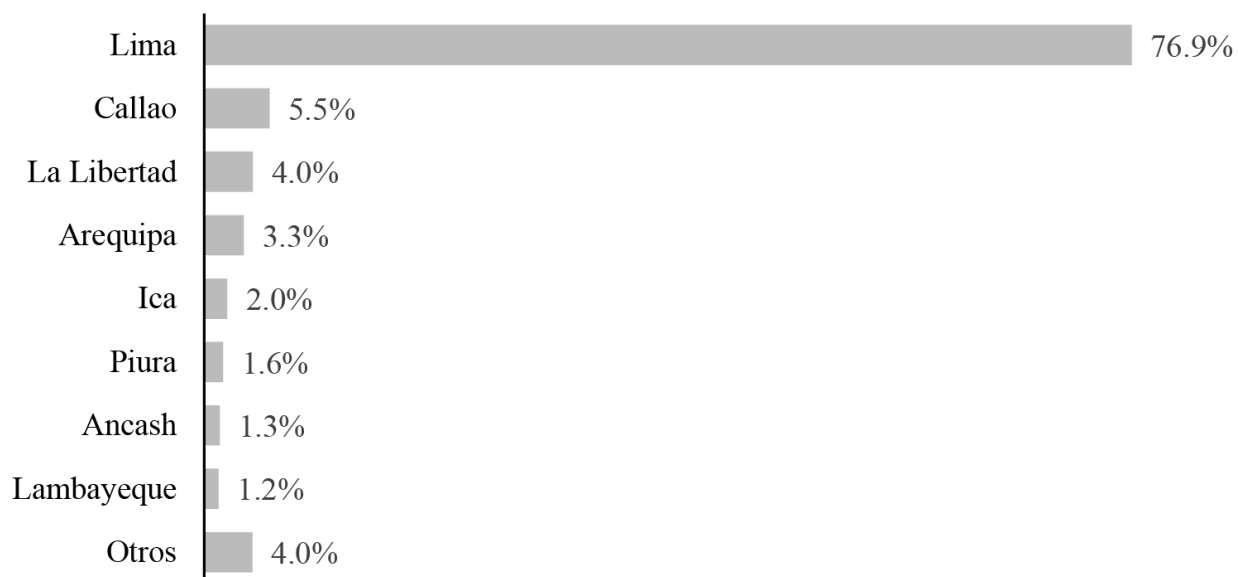
Las redes migratorias construyen una dimensión clave para la comprensión de esta ola migratoria, tanto en los lugares de origen como en los de destino, y también a lo largo del trayecto migratorio. El capital social es un elemento relevante en la evaluación del riesgo que implica migrar pues, para el migrante venezolano, pertenecer a una red nuclear donde se dan interacciones inmediatas y significativas de cada individuo con sus familiares, amistades y contactos resulta determinante en la consecución de sus proyectos migratorios (Massey, 1987). Otros autores, como Portes y

Bach (1985), iniciaron más bien el estudio de los procesos de inserción de los migrantes en los países de destino, temática más cercana a la nuestra, desde un “enfoque socio-cultural”. Según estos autores, las migraciones también son culturales, pues las primeras cohortes de migrantes de un país invitan a nuevas cohortes, facilitándoles la inserción inicial.

2.4. Reasentamiento y búsqueda de oportunidades laborales

El reasentamiento de la población venezolana en el Perú se ha dado principalmente en Lima, la capital, y en algunos departamentos de la costa. Así, se comprueba que el 76,9% de la población venezolana asentada está en Lima y otro 5,5% en el Callao. De esa forma, Lima mantiene una amplia brecha con el resto de departamentos, tales como La Libertad, que reúne solo al 4% de migrantes; o Arequipa, que agrupa al 3,3% de los migrantes venezolanos (SNM, 2020, p. 33).

Figura 5. Población migrante venezolana: distribución según departamento de permanencia, 2020



Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020.

Respecto a «la inserción laboral de los migrantes venezolanos», se hace a renglón seguido o incluso en paralelo a la búsqueda de vivienda y requerimientos básicos para su subsistencia.

Ha sido «en la economía informal» donde la mayoría ha encontrado ubicación. Como señala Federico Agusti, representante de Acnur en Perú, y

ratifica la SNM (2020) para el mismo año, nueve de cada diez venezolanos tienen trabajos informales y, en promedio, ganan un 40% menos que los peruanos (Medrano, 2021). Una de las razones de la informalidad de la población migrante es la falta de regularización de su condición migratoria, pues si bien es posible entrar al mercado laboral, es difícil hacerlo cuando la situación migratoria no se encuentra en regla. El sector informal, por su parte, no solicita documentación, pero supone una mayor vulnerabilidad expresada en bajas remuneraciones, retrasos en el pago por los trabajos efectuados y otros problemas (Blouin, 2019, p. 47). En ese sentido, de la población que cuenta con PTP, el 76,5% declaró que sí trabaja, mientras que el 12,6% señaló que no labora. Además, entre los que declaran tener trabajo, el 57,5% son varones y el 42,5%, mujeres. Asimismo, el 55,8% de los que declararon no tener un trabajo son mujeres (SNM, 2020).

De acuerdo con Koechlin, Vega y Solórzano (2018), hasta fines de 2017 era más fácil para los migrantes venezolanos encontrar trabajo. La información que recaban del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) reporta que cada año un aproximado de 358 000 peruanos jóvenes se suman a la población económicamente activa (PEA), pero solo son generados alrededor de 103 653 nuevos puestos de trabajo formal (Koechlin, Vega & Solórzano, 2018). Esto quiere decir que la oferta de trabajo actual no es capaz de responder ni siquiera a la demanda generada por la población peruana.

De acuerdo con los datos disponibles en la Planilla Electrónica del MTPE, para «[...] enero 2019, solo un poco más de 32 000 inmigrantes venezolanos estaban empleados como *trabajadores asalariados formales*, lo que significa un poco más del 5% de la población ocupada de venezolanos en el país. Se puede afirmar, entonces, que los trabajadores venezolanos no han logrado penetrar en el sector de asalariados formales, impactando poco en ese sector del mercado de trabajo» (Koechlin, y otros, 2019, p. 50).

Las entrevistas realizadas otorgan testimonios sobre las diferentes maneras en que los migrantes han buscado su inserción laboral.

Me vine caminando por aquí, por el centro comercial, y le dije a una señora: «Buenas tardes, ¿necesita apoyo para su tienda?». Y nota mi acento y me dijo: «¡Ven, entra, vamos a hablar! ¿De dónde eres?». Yo le dije que era de Venezuela, que estaba aquí porque mi papá había fallecido y necesitaba trabajar porque no tenía apoyo de nadie, y me dio la oportunidad de

trabajar. Entonces con ella estuve trabajando unos dos años, sí, los dos años que estuve aquí trabajé con ella. Ella me apoyó a sacar el carné de extranjería, gracias a Dios, ella me facilitó varios documentos. Ella me ayudó mucho (entrevistada 4, 38 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Yo llegué y, mira, no fue fácil porque dormí como cuatro veces en la calle y estuve en un refugio más de mes y medio. Luego del refugio, trabajé en los Juegos Panamericanos el año pasado como coordinador de transporte; y, luego de eso, trabajé como seguridad en discotecas, vendiendo, pintando casas, de todo (entrevistado 2, 35 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Yo he trabajado en restaurantes, casas de familia, en muchas cosas, hasta que logré apostillar mis papeles y obtuve este trabajo de profesora (entrevistada 5, 35 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Algunos migrantes llegaron a emplearse en algo que ya conocían, otros debieron trabajar en rubros que no eran los suyos, pero en los que conseguían ingresos. El perfil laboral de los migrantes venezolanos antes de su viaje fuera de Venezuela era muy diferente: el 74,8% de las personas encuestadas manifestó contar con algún trabajo. Dentro de esa población, el 53,3% precisó que trabajaba de manera dependiente, mientras que un 21,5% precisó se encontraba trabajando por cuenta propia antes de dejar su país de origen. El 18,6% de la población consultada se encontraba desempleada antes de salir de Venezuela y, de ese porcentaje, la mayoría (76,5%) eran mujeres y solo el 23,5% eran hombres. En menor medida, el 5,3% se encontraba estudiando y el 1,1% eran jubilados (OIM, 2020b, p. 8).

2.5. Resocialización

En relación con la discriminación sufrida por los migrantes venezolanos, la encuesta tomada en 2020 (OIM, 2020b) revela que el 42,8% de personas venezolanas señala haber sido víctima de discriminación durante su trayecto a Lima. En la mayoría de los casos (98,7%) la razón fue su nacionalidad y, en menor medida, su situación económica (0,9%), su sexo (0,6%), su orientación sexual (0,4%) o religión (0,2%). Durante su permanencia, los venezolanos han tenido que experimentar diversas formas de discriminación debido a su nacionalidad. Blouin (2019) plantea que hay cierta resistencia de parte de la población peruana a los migrantes expresada en discriminación, maltrato verbal o físico, acoso sexual y discriminación laboral. Las entrevistas realizadas muestran testimonios de esta barrera para la inserción de los migrantes venezolanos.

Estar en una situación como la nuestra nos expone a cualquier evento. Yo trabajo en la Embajada de Venezuela, la que no es chavista, y ahí en esa institución tú ves cómo nos insultan por tener una sede en el país. Yo considero que la rabia que se tiene es por la televisión, mira cómo es la televisión (entrevistado 3, 39 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Así como hay gente buena, hay gente mala. No le tengo molestia a ninguno. Todos me han ayudado, hay gente que es desechable y uno simplemente los ignora. Me insultan, pero no hago caso, ignoro todos esos comentarios. Porque a veces uno quiere hacer algo, pero eres fuerte; si no, colapso (entrevistada 4, 38 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Personalmente sí, pero por mí, como se dice, por mi cuerpo, ella me decía si tú eres *veneca*, solo por mi cuerpo, ah. Supongo que se sentía inferior, pero ojo, creo que es su problema, no de nosotros. Tienen una percepción de autoimagen muy baja de sí mismas, así que duele algunas veces que te culpen de todo, pero las venezolanas somos fuertes (entrevistada 10, 40 años, San Martín de Porres, 10 de octubre de 2020).

Nos ven con ojos de lástima, xenofobia. [...] Entiendo su rechazo, deben estar cansados de nosotros, es que ya somos muchos. Eso en un país que no estaba acostumbrado a ver esta cantidad de personas en lugares públicos, en todos lados, y creen que nos hacen favores (entrevistado 5, 35 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Fue fácil, pero siempre chocan algunas cosas como la comida, el clima, las estaciones son muy marcadas, las costumbres de la gente, pero aquí estamos, tratando de encajar. Pero relativamente muy parecido a Venezuela; bueno, yo lo veo así (entrevistado 6, 27 años, Los Olivos, 10 de octubre de 2020).

Todavía creo en la gente, como algunos venezolanos que luchan, que se ganan; que muchos, pero muchos, manchan nuestra nacionalidad y eso te afecta también porque no es justo. Porque mira, yo no te lo había comentado, yo era cantante urbano y me tocó salir de Venezuela y nos percibían de otra manera. Tuve la oportunidad de salir a República Dominicana, a Colombia, y justamente la xenofobia; y nos trataban con amor, con cariño, al venezolano (entrevistada 15, 32 años, Jesús María, 10 de octubre de 2020).

De los peruanos, siento que todavía hay más peruanos buenos que malos; mira, primero porque somos creación de Dios y él nos manda al prójimo, yo no voy a dejar de sentir amor por ellos. Ellos, quizá el nivel de consciencia que puede tener uno pues; pero esto, como te digo, hay problemática que ellos sí les ha afectado, y vuelvo y te repito. Desde mi percepción, no los odio como muchos venezolanos, que sé que los odian, yo no los odio. Yo creo que son una población que son muy dados, cooperantes. No todos son malos. Hay muchos peruanos buenos. También palpé que estamos súper agradecidos, tienen buena atención, velaron por ellos, pero fue excelente (entrevistado 24, 47 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

En relación con la migración como relación intercultural, es necesario tener presente que el proceso migratorio actual cuenta con poca tradición migratoria en ambas partes. Los venezolanos no son un pueblo de migrantes; los peruanos sí, pero de emigrantes, no de huéspedes de una población de inmigrantes. La migración actual se convierte así en un interaprendizaje binacional. El flujo entre ambos pueblos se dificulta o facilita en relación con las redes sociales y el capital social en ambos lados,

determinante para la apertura y el desarrollo de nuevos lazos de relación y amistad entre peruanos y venezolanos (Cassarino, 2004).

Luego de dos o tres años de contacto masivo entre peruanos y venezolanos, los testimonios de los migrantes concluyen que no hay una diferencia intercultural importante, abismal. Es más, los peruanos son vistos como personas con las que pueden establecer relaciones con mucha mayor facilidad, a diferencia de otros colectivos. Los migrantes venezolanos entrevistados manifiestan un sentido de adaptación primaria a través de relaciones de camaradería, ayuda mutua y reciprocidades acontecidas en encuentros de alta intensidad. En ese sentido, abundan testimonios que refieren a una sociedad de acogida amable con los migrantes, que ampara, ayuda y les proporciona asistencia de una forma voluntaria y desinteresada; pero que también, en algunos casos, rechaza al recién llegado y lo discrimina, como se ha mostrado antes. Bajo esa lógica, el segmento peruano xenófobo considera que la migración venezolana en sí es la de una población con fuerte peso de lo delincucional, promotora de la inseguridad ciudadana, agrupando a todos en general bajo una imagen tergiversada y simplista de la realidad.

Del lado del inmigrante venezolano, hay un proceso de reposicionamiento social y de transculturización. Socialmente, los que vinieron como capas medias se han visto rápidamente relegados a estratos sociales más bajos y muchos profesionales han debido ocupar posiciones de trabajo manual. Culturalmente, se ha establecido una hibridación peruano-venezolana en la que el migrante se enfrenta a una nueva realidad donde su identidad, sus valores culturales y costumbres no han desaparecido, pero sí se han visto modificadas o entremezcladas con lo encontrado en suelo peruano. El dilema entre la autorreclusión en la comunidad propia o la inserción plena en la nueva nación de acogida lo dirimirá el tiempo. Lo cierto es que a medida que el inmigrante venezolano fue interactuando, también fue aprendiendo las características de su nueva identidad, adquiriendo rápidamente las costumbres del país de destino de una forma bidireccional; es decir, manteniendo ambas culturas. Los migrantes venezolanos han tenido que experimentar el desarraigo por el abandono del hogar, las relaciones significativas, sus ocupaciones, sus espacios y vivencias; pero, además, un sinceramiento de las expectativas que traían respecto a lo que

podrían hacer y construir en el Perú (Bourdieu, 1991; Asselin y otros, 2006).

Por último, el contexto de la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto grave sobre los migrantes venezolanos en tanto población en situación de vulnerabilidad. Al integrarse a la economía informal, las restricciones laborales y de circulación han afectado especialmente los ingresos de las personas que vivían al día. Cabe apuntar que no es similar el informal peruano ya establecido, pobre, pero con formas de agenciarse la sobrevivencia, al informal venezolano, sobre todo el migrante reciente, que en muchos casos es el informal eventual subcontratado por el informal peruano, casi totalmente desprotegido. Estos no acababan de establecerse y fueron desestabilizados por el virus y la cuarentena, sin derecho al bono ni a otros beneficios sociales (Guerrero Ble & Graham, 2020).

3. PERFIL DEL MIGRANTE

El presente perfil del migrante venezolano se basa en las declaraciones registradas por los solicitantes del PTP, en la información de la SNM (2020), en las características recogidas por las diferentes rondas de la Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM, por sus siglas en inglés) de la OIM, en los datos arrojados por la Enpove (INEI, 2018) y las entrevistas realizadas.

3.1. Características sociodemográficas

Con las cifras de todas las fuentes consultadas (OIM, Acnur, SNM, INEI, Encovi, etc.) ha sido posible construir un perfil sociodemográfico, legal y laboral mayoritario del migrante venezolano. Las preguntas a las que se ha buscado responder han sido las siguientes: ¿está inmigrando gente joven o mayor? ¿Es más masculina o femenina esta inmigración? ¿Cuáles son los patrones reproductivos del venezolano migrante en Perú? ¿Con qué nivel educativo vienen? ¿Vienen utilizando el sistema educativo peruano o hay altas tasas de omisión y deserción? ¿Dónde residen y en qué condiciones de vivienda? ¿Cuáles son las ocupaciones que dan principalmente trabajo a los migrantes venezolanos? ¿Tienen trabajos formales o informales, impera la estabilidad o la precariedad laboral? ¿La política de admisión del migrante y su documentación ha sido abierta o cerrada? ¿Ha cambiado con el tiempo? ¿La mayoría tiene el estatuto legal del migrante o está en situación

de ilegalidad? ¿Son importantes los refugiados venezolanos en Perú? ¿Ha sido este perfil básico del migrante siempre así o está cambiando con el correr de los años? ¿Cuáles son sus principales necesidades?

3.1.1. Sexo y edad

Como era de esperar, la migración de ciudadanos venezolanos en el Perú está conformada fundamentalmente por personas jóvenes en edad productiva. La mayor parte está compuesta de jóvenes y adultos de ambos sexos que se encuentran en el rango de 20 a 40 años (Baldwin, 2017).

Con respecto a la edad, la DTM implementada en el Cebaf Tumbes registra que el grupo de edad mayoritario es el comprendido entre los 18 y los 24 años, siguiéndole el grupo de 40 a 59 años, y luego el de 25 a 29 años. Asimismo, para los 4 años observados, el grupo minoritario es el correspondiente a los mayores a 60 años. Cuando se observa la evolución etaria de los migrantes al Perú se constata que en el año 2020 disminuyeron todos los rangos de edad menores a 34 años y se incrementaron los rangos entre 35 y 39 años, y sobre todo los de 40 a 59 años. En síntesis, las primeras olas fueron más juveniles, con migrantes de entre 18 a 29 años, pero las últimas han sido conformadas por grupos de mayor edad. Aparentemente, los adultos jóvenes, después de instalarse, traen a sus padres y parientes.

Tabla 3. Grupo etario de la población venezolana en el Cebaf Tumbes, 2017-2020

	DTM			
	2017 (ronda 2)*	2018 (ronda 4)	2019 (ronda 6)*	2020 (ronda 7)
Grupo etario	Total	Total	Total	Total
18 a 24 años	28,60%	31,92%	28,81%	25,60%
25 a 29 años	28,00%	24,07%	22,66%	19,90%
30 a 34 años	20,50%	15,35%	14,68%	15,90%
35 a 39 años	11,00%	11,78%	10,39%	13,80%
40 a 59 años	6,10%	15,05%	22,13%	21,40%
60 a más	5,80%	1,57%	1,33%	3,40%
Estado civil				
Casado(a) o Conviviente	72,90%	49,00%	48,90%	51,80%
Soltero	25,70%	46,00%	46,60%	45,20%

Tabla 3. Grupo etario de la población venezolana en el Cebaf Tumbes, 2017-2020

Divorciado (a) o Separado (a)	1,40%	3,00%	2,80%	1,50%
Viudo(a)	0**	1,00%	1,80%	1,30%

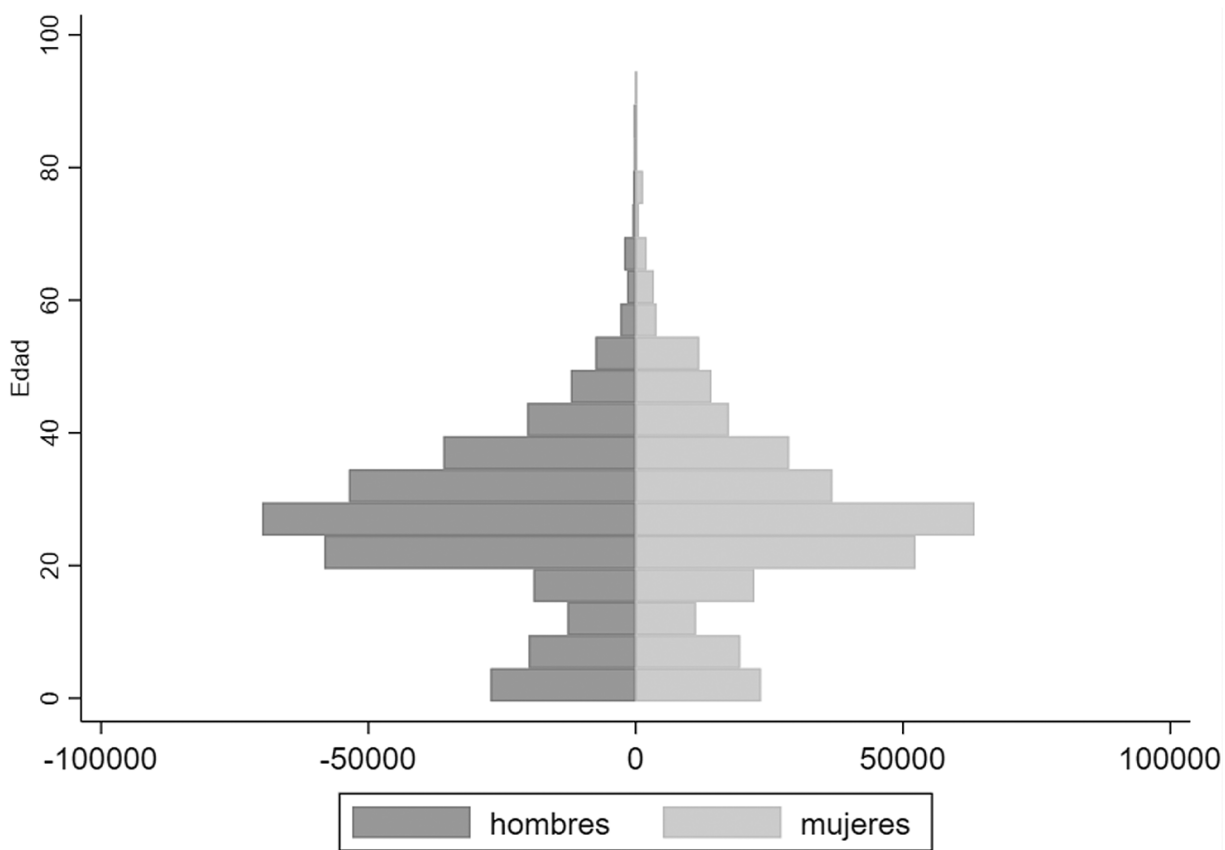
Nota. Solo toma en cuenta las encuestas en los puestos de control fronterizo de Tumbes. Para los años 2017 y 2020 no se desagregó por sexo.

* DTM: la Matriz aplica encuestas en el punto de entrada del control fronterizo de Tumbes.

** El porcentaje está incluido en la sección de divorciados y separados para esa ronda.

Fuente: elaborado a partir de OIM, 2017b, 2018b, 2019b y 2020a.

Figura 6. Pirámide etaria de la población venezolana en Perú, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

3.1.2. Estado civil

Con respecto al estado civil, la DTM implementada en el Cebaf Tumbes registra un cambio: «en los años 2017 y 2018 venían más inmigrantes casados o convivientes (72,9%) que solteros (25,7%), pero esta proporción casi se invierte para 2020, cuando un 51,8% de los migrantes fueron casados y convivientes, y un 45,2% solteros. Los divorciados, separados y

viudos son absoluta minoría. Esto pareciera indicar que la primera migración, más difícil y cuesta arriba —por ser los pioneros—, la asumieron los adultos jóvenes en condición de casados y convivientes, viniendo después los mayores (de 40 a 59 años) y los solteros.

Según la información de la SNM (2020), el estado civil de los migrantes sufrió modificaciones en el mismo sentido: el 40% se mantiene soltero, un 37,1% convive con alguien en pareja y solo el 18,8% está casado.

En cuanto al flujo de migrantes por sexo y rango de edad, se aprecia que para el año 2020 la tendencia en cuanto a emigrantes femeninas fue mayor (56,21%) que la presencia de migrantes varones, cambiando la tendencia que se venía registrando para los años 2017-2019.

Igualmente, se aprecia que en 2020 la mayoría de migrantes (60,76%) eran individuos que tienen entre 20 y 39 años de edad. Además, se sigue manteniendo a la ciudad de Lima como destino de llegada preferido por los migrantes venezolanos (86,80%), seguida por el Callao (5,11%), Ica (2,35%) y Piura (1,0%). Sin embargo, los datos de la Enpove (INEI, 2018) difieren en cuanto al sexo, ya que para el año 2018 indica que los hombres (53%) superaban a las mujeres (48%). Cabe acotar, no obstante, que ambas fuentes coinciden en registrar que la mayoría de la población se encuentra entre los 20 y 39 años (90,04%).

Tabla 4. Población venezolana según sexo, edad y departamento en Perú, 2017-2020

	2017	2018		2019	2020
	SNM*	SNM*	Enpove**	SNM*	SNM*
Sexo	69 925	458 446	657 964	367 477	9911
Hombre	41 669 59,59%	45 846 10,00%	344 746 52,4%	254 900 69,36%	4340 43,79%
Mujer	28 256 40,41%	204 732 44,66%	313 218 47,6%	128 918 35,08%	5571 56,21%
Rango de edad	69 925	458 446	657 964	367 477	9911
De 0 a 2 años	662 0,95%	13 293 2,90%	32 718 4,97%	14 891 4,05%	97 0,98%
De 3 a 5 años	2571 3,68%	19 215 4,19%	27 202 4,13%	18 410 5,01%	185 1,87%
De 6 a 11 años	3859 5,52%	27 224 5,94%	40 563 6,16%	25 724 7,00%	389 3,92%

Tabla 4. Población venezolana según sexo, edad y departamento en Perú, 2017-2020

De 12 a 17 años	2497 3,57%	18 646 4,07%	29 023 4,41%	18 021 4,90%	290 2,93%
De 18 a 19 años	1098 1,57%	18 152 3,96%	26 016 3,95%	17 576 4,78%	172 1,74%
De 20 a 29 años	28 664 40,99%	179 973 39,26%	243 912 37,07%	135 946 36,99%	3442 34,73%
De 30 a 39 años	19 738 28,23%	112 630 24,57%	155 055 23,57%	76 411 20,79%	2580 26,03%
De 40 a 49 años	7173 10,26%	47 966 10,46%	64 028 9,73%	36 227 9,86%	1327 13,39%
De 50 a 59 años	2617 3,74%	16 495 3,60%	26 138 3,97%	16 953 4,61%	772 7,79%
De 60 a más años	1046 1,50%	4852 1,06%	13 309 2,02%	7318 1,99%	657 6,63%
Departamento de residencia	14 009	131 498	657 963	206 143	5795
Lima	11 444 81,69%	101 505 77,19%	593 594 90,22%	157 425 76,37%	5030 86,80%
Callao	1018 7,27%	7612 5,79%	41 994 6,38%	10 502 5,09%	296 5,11%
La Libertad	295 2,11%	6817 5,18%	11 921 1,81%	7350 3,57%	40 0,69%
Arequipa	344 2,46%	4407 3,35%	7093 1,08%	6981 3,39%	22 0,38%
Ica	148 1,06%	1828 1,39%	0**** 0,00%	4770 2,31%	136 2,35%
Piura	119 0,85%	1611 1,23%	0**** 0,00%	3826 1,86%	58 1,00%
Áncash	124 0,89%	1721 1,31%	0**** 0,00%	2770 1,34%	28 0,48%
Lambayeque	66 0,47%	1453 1,10%	0**** 0,00%	2686 1,30%	22 0,38%
Otros***	440 3,14%	4291 3,26%	3361 0,51%	9446 4,58%	162 2,80%
No determinado	11 0,08%	253 0,19%	0**** 0,00%	387 0,19%	1 0,02%

Tabla 4. Población venezolana según sexo, edad y departamento en Perú, 2017-2020

* Los datos consisten en la cantidad de migrantes por año para las variables de «sexo» y «rango de edad», mientras que para la variable «departamento de residencia» corresponden a la cantidad anual de aprobaciones del PTP en la población venezolana.

** Muestra representativa de la población venezolana en el Perú para Lima Metropolitana, los departamentos de Tumbes, Arequipa, Cusco y la provincia constitucional del Callao en 2018.

*** Comprende los departamentos de Junín, Cusco, Tumbes, Tacna, San Martín, Cajamarca, Huánuco, Ayacucho, Ucayali y Moquegua, entre otros.

**** No se toma en cuenta a estos departamentos en la Enpove 2018 y pueden estar incluidos en «Otros».

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; e INEI, 2018.

La información evidencia una feminización de la migración venezolana en los tres últimos años. El reporte de la cuarta ronda de la OIM (2018b), referido a diciembre-enero de 2018, arrojaba un 63,8 % para varones y un 36,2% para mujeres. Los datos recogidos durante los últimos meses del año 2019 y los primeros del 2020, por el contrario, registran una mayor presencia de la mujer venezolana en comparación con la ola migratoria inicial.

Por otro lado, cabe destacar que en el 2018 migraron más mujeres que hombres en las edades comprendidas entre los 30 y 34 años y en el 2019 entre los 40 y 59 años de edad. Asimismo, se observan más hombres que mujeres de las edades comprendidas entre los 18 y 24 años en 2018 y entre los 18 y 39 años durante 2019. En el año 2018 también se registraron cantidades iguales para las edades comprendidas entre los 25 y 29 años y entre los 40 y 59 años de edad.

3.1.3. Patrones reproductivos: embarazos

Entre los años 2017 y 2019 el número de embarazos consignados por la SNM (2020) pasó de 68 a 2604, sumando en el periodo 2017-2020 un total de 4113 embarazos. Este incremento sustancial en el número registrado de embarazos en mujeres venezolanas obedece a la gran intensidad de los flujos migratorios que se reportaron en 2018 y 2019.

Tabla 5. Número de mujeres embarazadas por grupo de edad y año de aprobación del PTP

Grupo de edad	2017	2018	2019	2020 (hasta julio)	Total
De 12 a 17 años	0 0,00%	22 1,58%	18 0,69%	2 4,00%	42

Tabla 5. Número de mujeres embarazadas por grupo de edad y año de aprobación del PTP

De 18 a 19 años	2 2,94%	37 2,66%	130 4,99%	5 10,00%	174
De 20 a 29 años	43 63,24%	877 63,05%	1709 65,63%	34 68,00%	2663
De 30 a 39 años	20 29,41%	408 29,33%	661 25,38%	8 16,00%	1097
De 40 a 49 años	2 2,94%	39 2,80%	67 2,57%	1 2,00%	109
De 50 a 59 años	0 0,00%	6 0,43%	14 0,54%	0 0,00%	20
Más de 60 años	1 1,47%	2 0,14%	5 0,19%	0 0,00%	8
Total	68	1391	2604	50	4113

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020.

Para el año 2020 se registra una reducción significativa en el número de embarazos, lo que se explicaría fundamentalmente por dos motivos. El primer factor estaría vinculado a que la información de embarazos para el último año llega solo hasta julio, mientras que el segundo factor se relaciona con la disminución de la cantidad de inmigrantes venezolanos a Perú. Como se mencionó en el apartado sobre el flujo migratorio, esta reducción de la migración se explicaría por el endurecimiento de la política migratoria durante el segundo semestre de 2019 y, luego, por la pandemia originada por la COVID-19 en 2020. Finalmente, se aprecia que el grupo poblacional que registra la mayor cantidad de embarazos es el correspondiente al rango de edad comprendido entre los 20 y 29 años, el cual llega en el periodo de análisis a alrededor del 65% de los embarazos atendidos institucionalmente.

En cuanto al número de partos de migrantes venezolanas, no existe información oficial del Ministerio de Salud (Minsa). Sin embargo se estima que, hasta julio de 2020, se atendieron 13 933 partos de población migrante venezolana, de los cuales 9876 corresponden al segmento de edad de 18 a 29 años de edad, seguido por 3794 partos en el segmento de 30 a 59 años y por 283 para las menores de 18 años. Así, el comportamiento de los

nacimientos de madres venezolanas en Perú muestra un significativo aumento.

3.1.4. Estatus migratorio

La tenencia de un documento migratorio que proporcione protección legal a los migrantes venezolanos es un elemento sustancial que hace la diferencia en cuanto a su vulnerabilidad, tanto para el cruce de las fronteras como respecto a su estancia en los lugares de tránsito y destino migratorio.

En el caso de los venezolanos que ingresaron en 2017, estos gozaron de la aprobación del PTP sin mayores complicaciones por parte del Estado peruano. El PTP es un permiso emitido por la SNM que funciona por el plazo de un año y aplica para personas venezolanas que entraron al país antes de febrero de 2017. Eventualmente, dada la cantidad de migrantes, el procedimiento para sacar el PTP se volvió largo, teniendo un tiempo promedio de espera de seis meses. En respuesta a ello, se creó el Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario-Provisional, que permite a los solicitantes del PTP quedarse en el país durante sesenta días renovables de manera automática (Gandini, Lozano & Prieto, 2019, pp. 19-20).

De acuerdo con los datos de la Enpove (INEI, 2018), el 50,2% de venezolanos en el Perú es solicitante del PTP, mientras que el 26,7% de migrantes ya contaba para 2018 con dicho permiso. De esta forma, la situación migratoria del 23,1% restante se distribuye de la siguiente manera: visa de turista, 4,1%; carné de extranjería, 4,0%; cédula de identidad, 3,9%; situación de ilegalidad, 3,2%; solicitante de refugio, 3,0%; y refugiado, 2,1%.

Esta situación ha variado el año 2020. La SNM registra para setiembre de ese año nuevas variables por la exigencia de trámites posteriores a la emisión del PTP, que caduca al año y requiere hacer un cambio de calidad migratoria para extender la permanencia, con la obtención del carné de extranjería y la solicitud de prórroga de residente.

Respecto a este cambio de calidad migratoria, el 65,3% ciudadanos venezolanos inició el trámite, el 70,6% de los cuales se encuentra entre los 20 y 39 años; mientras que los menores de edad representan el 7,8% de los migrantes. Aquellos ciudadanos venezolanos que realizaron el trámite para la obtención del carné de extranjería representaban el 46,4%. De manera similar al trámite de cambio de calidad migratoria, el 70,9% de solicitantes

(118 060 venezolanos) tenía entre 20 y 39 años, y el 6,7% (11 211) era menor de 18 años. Por otro lado, solo el 7,2% (25 764) gestionó el trámite de prórroga de permanencia (SNM, 2020, p. 80). En suma, fueron 234 244 los migrantes solicitantes de cambio de calidad migratoria y, actualmente, el 96% cuenta con el trámite aprobado (SNM, 2020, p. 81).

3.1.5. Educación

Respecto al nivel de instrucción de los migrantes el año 2020, estos registran un promedio alto de años de estudios. Así, el 37,9% presenta estudios universitarios, el 31,9% culminó la educación media completa, el 19,2% tiene estudios técnicos superiores y 10,2% tiene la educación básica (SNM, 2020; UNHCR, 2018; UCAB y otros, 2017).

En relación con el nivel educativo que tenían los venezolanos cuando llegaron a Perú, se puede detallar que la mayoría manifestó tener un grado de formación correspondiente a una carrera universitaria completa, registrándose el mayor número de profesionales para el año 2018. Según las cifras de la SNM (2018), los migrantes profesionales ese año fueron el 29,4% del total y, seguidamente, se encuentran quienes culminaron la secundaria con 26,6% y los que tenían una carrera técnica completa con 12,3%. Vale acotar que tal prevalencia fue casi igual en el año 2017. Sin embargo, para el año 2019 se registró un mayor ingreso de venezolanos con secundaria completa (39,5%) respecto de quienes habían culminado una carrera universitaria completa (21,5%), seguidos en tercer lugar por los que tenían una carrera técnica completa (10,9%).

En otras palabras, los perfiles de los migrantes variaron también en el aspecto educativo entre los años 2017 y 2020. En los primeros años, empezaron a migrar los grupos de población que contaban con las mejores condiciones para hacerlo; pero, en 2018 y 2019, el movimiento migratorio se hizo fuerte, masivo y menos pudiente, movilizándose grandes cantidades de migrantes incluso a pie como producto del acentuamiento de la crisis en Venezuela.

Por otra parte, de los migrantes venezolanos a los que se les pregunto si habían cursado algún tipo de estudio en Perú, la mayoría indicó no haberlo hecho: el 72,8% en 2018 (SNM, 2018) —el 93,7%, según Enpove (INEI, 2018)—, el 90,9% en 2019 y el 84% en 2020. Tales resultados son congruentes con la prioridad de los migrantes al llegar a Perú, que es

trabajar, establecerse y empezar a producir ingresos para sostenerse y ayudar a sus familias en Venezuela. Por ello, resulta difícil que la mayoría pueda ocuparse en continuar sus estudios, ya que su dinámica diaria se los dificulta.

Tabla 6. Nivel educativo alcanzado en Venezuela y estudios cursados en Perú, 2017-2020

	2017	2018		2019	2020
	SNM*	SNM*	Enpove**	SNM*	SNM*
Nivel educativo alcanzado en su país	14 009	131 498	607 323	206 143	5795
Sin nivel	35 0,25%	1682 1,28%	13 697 2,26%	2897 1,41%	1284 22,16%
Preescolar/inicial	146 1,04%	4942 3,76%	22 528 3,71%	4275 2,07%	1189 20,52%
Primaria incompleta	175 1,25%	7235 5,50%	50 489 8,31%	6935 3,36%	816 14,08%
Primaria completa	83 0,59%	2495 1,90%	42 180 6,95%	5046 2,45%	154 2,66%
Secundaria incompleta	317 2,26%	8767 6,67%	36 358 5,99%	18 674 9,06%	328 5,66%
Secundaria completa	1452 10,36%	35 044 26,65%	136 708 22,51%	80 910 39,25%	1192 20,57%
Técnica incompleta	163 1,16%	2693 2,05%	19 438 3,20%	4713 2,29%	72 1,24%
Técnica completa	934 6,67%	16 178 12,30%	81 803 13,47%	22 652 10,99%	228 3,93%
Universitaria incompleta***	14 0,10%	3281 2,50%	68 580 11,29%	5015 2,43%	19 0,33%
Universitaria completa***	2119 15,13%	38 658 29,40%	131 453 21,64%	44 378 21,53%	306 5,28%
Maestría/doctorado	0 0,00%	0 0,00%	4089 0,67%	0 0,00%	0 0,00%
No determinado	8571 61,18%	10 523 8,00%	0 0,00%	10 648 5,17%	207 3,57%
¿Ha estudiado en el territorio nacional?	14 009	131 498	607 502	206 143	5795
Sí	473 3,38%	11 646 8,86%	38 041 6,26%	8066 3,91%	525 9,06%

Tabla 6. Nivel educativo alcanzado en Venezuela y estudios cursados en Perú, 2017-2020

No	5895 42,08%	95 855 72,89%	569 461 93,74%	187 573 90,99%	4872 84,07%
No determinado	7641 54,54%	23 997 18,25%	0 0,00%	10 504 5,10%	398 6,87%

* Los datos de la SNM se basan en las aprobaciones anuales del PTP a la población venezolana.

** Muestra representativa de la población venezolana en el Perú para Lima Metropolitana, los departamentos de Tumbes, Arequipa, Cusco y la provincia constitucional del Callao en 2018.

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; e INEI, 2018.

En cuanto al nivel educativo alcanzado en Venezuela, según la Enpove (INEI, 2018, p. 81), el 37,9% de la población venezolana de 15 años de edad a más tiene estudios universitarios, el 24,9% tiene estudios universitarios completos y un 0,8% presenta estudios de postgrado. Aunado a ello, el 19,2% tiene un nivel educativo técnico superior y un 15,5%, superior técnico completo. Adicionalmente, el año 2020, un 22% de la población venezolana reveló no tener ningún nivel educativo.

Respecto a la población venezolana en educación inicial, el 25,3% se encuentra insertado en el sistema educativo y el 74,7% no lo está. En relación con la educación primaria, el 46,0% se encuentra insertado en el sistema educativo peruano frente a un 54% que no. Por otra parte, en cuanto a la educación secundaria, el 40,2% asiste a clases y el 59,8% está fuera del sistema educativo. Así, se observa un fuerte porcentaje de falta de acceso a la educación básica regular.

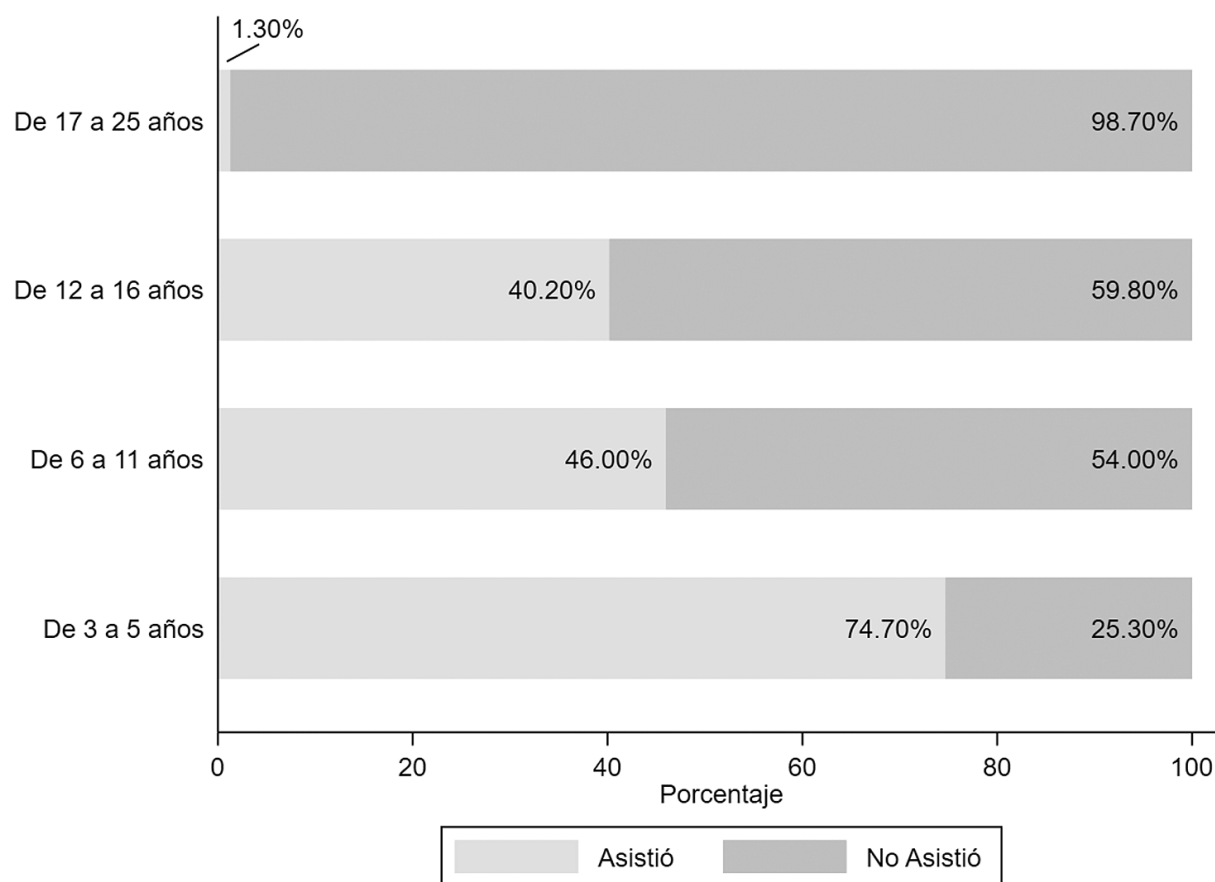
En cuanto a la deserción en la educación básica, de los casi 90 000 inmigrantes en edad formativa básica, solo el 40% viene asistiendo a centros educativos. Entre las principales razones por las que no asisten se cuentan problemas económicos (31,2%), desconocimiento del sistema (30,1%), carencia de documentos (22,8%), problemas de diferencias en el inicio de año escolar (18%) y el reciente arribo al país (10,7%) (INEI, 2018, p. 91).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, por sus siglas en inglés) señala que, aunque antes de la pandemia había 339 colegios en Lima habilitados para recibir a migrantes, el Ministerio de Educación (Minedu) calcula que 37 400 venezolanos no estaban cubiertos por el sistema educativo en la capital. El estudio de Blouin, Hurtado, Jave, Vargas y Jáuregui (2019) encontró que

aproximadamente un quinto (21%) de las familias venezolanas en Lima no había logrado matricular en un centro de estudios a sus hijos e hijas, o no tiene la intención de hacerlo.

Dentro del ámbito educativo, el Estado también ha formulado normas que facilitan la inclusión escolar de niños y jóvenes venezolanos que han arribado al territorio peruano y que requieren continuar con su formación, ejemplo de ello es la resolución ministerial 665-2018-Minedu de 4 de diciembre de 2018, norma que regula la matrícula escolar y traslado en las instituciones educativas y programas de Educación Básica. A través de esta resolución, el Minedu busca estandarizar los requerimientos y simplificar el proceso para que los niños venezolanos puedan matricularse en los programas de educación básica en el país, dadas las barreras de acceso. Por ejemplo, la resolución elimina el requisito del documento de identidad de los padres y, a cambio, exige declaraciones juradas.

Figura 7. Población venezolana en edad escolar, según condición de asistencia al sistema educativo, 2018

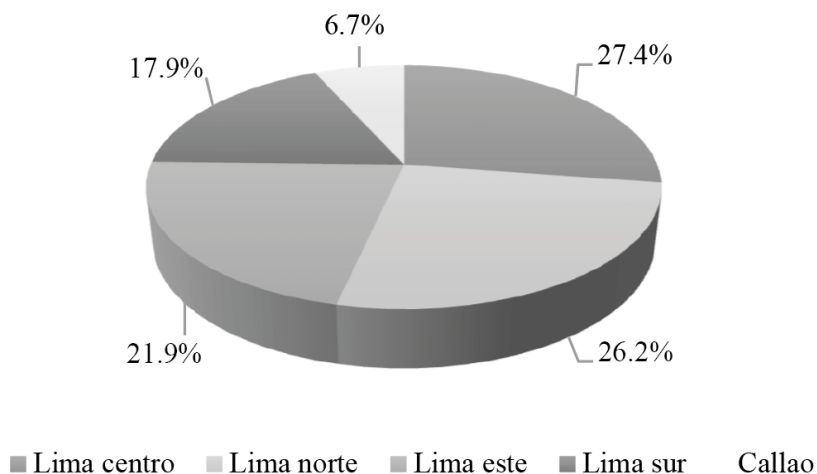


Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

3.1.6. Lugar de residencia

Geográficamente, la ubicación del migrante se concentra principalmente en Lima Metropolitana, que reúne al 83,6% de esta población; en segundo lugar, se encuentra el Callao, donde vive el 5%. Dentro de dicho espacio de Lima Metropolitana y el Callao, el 30,6% de personas venezolanas viven en Lima Centro, otro 27,1% en Lima Norte, un 20,1% en Lima Este y el 16,5% en Lima Sur (SNM, 2020).

Figura 8. Ciudadanos venezolanos según distrito de residencia en Lima, 2020



Fuente: adaptado de SNM, 2020.

3.1.7. Vivienda

En cuanto a las condiciones de vivienda, estas resultan ser estables para la mayoría de encuestados, pues el 56% vive en casas alquiladas que comparten con una a tres personas. El 80% de estas cuentan con acceso a servicios básicos como luz y agua; no obstante, existe un porcentaje considerable de venezolanos que no proporcionaron información cuando se les preguntó sobre su condición de vivienda, lo que lleva a presumir condiciones de precariedad (SNM, 2020). Los hogares de venezolanos radicados en Perú están constituidos en su mayoría por grupos familiares o mixtos.

En relación con el acceso a los servicios básicos por parte de los migrantes venezolanos, la mayoría señaló que contaban tanto con servicio de luz como con servicio de agua. Esta alternativa se mantuvo en incremento desde 2017 hasta 2019, siendo cada vez mayor el porcentaje de migrantes que manifestaron contar con ambos servicios, pasando del 42,7% en 2017 al 86,7% en 2019; sin embargo, en el año 2020 la SNM registró un leve descenso, al disminuir a 83,3% los migrantes que expresaron contar con los dos servicios básicos. Este descenso se puede asociar al evento de la pandemia de COVID-19, situación que probablemente obligó a los migrantes a buscar residencia en sitios en donde no pueden disfrutar de ambos servicios. En líneas generales, los datos expresan que la gran

mayoría de migrantes puede acceder a los servicios básicos necesarios, lo cual resulta positivo para su salud y sus condiciones de vida.

En cuanto a la condición de la vivienda, se puede detallar —según lo registrado en la tabla 7— que para 2018, según los datos de la Enpove (INEI, 2018), la mayor parte de los venezolanos encuestados (73%) vivía en vivienda alquilada, resultado consistente con lo registrado por la SNM (2020) para 2019 (72,7%); sin embargo, para el año 2020 los encuestados por la SNM no supieron indicar cuál era su condición de vivienda, al señalar el 63,7% un estado «no determinado» de vivienda. Cabe acotar que la segunda alternativa de condición de vivienda precisa que es la de un familiar, seguida de una vivienda comunitaria. Un mínimo porcentaje acotó que su vivienda era propia, no llegando a superar el 2% en ninguno de los años de registro.

Estos datos ponen de manifiesto que los migrantes venezolanos no tienen estabilidad en cuanto a sus condiciones de vivienda, puesto que, aunque para el año 2018 se tienen registros positivos, estos variaron de manera impredecible entre el año 2019 y 2020. Esto demuestra que la condición de los migrantes es frágil y que pueden pasar de estar bien ubicados en una vivienda habitable a una situación indeterminada por la falta de acceso al trabajo, factor que impacta sobre su capacidad para cancelar el alquiler de su vivienda.

Tabla 7. Perú: acceso a servicios básicos y condición de vivienda de la población venezolana, 2017-2020

	2017	2018		2019	2020
	SNM*	SNM*	Enpove**	SNM*	SNM*
Acceso a servicios básicos	14 009	131 498	244 572	206 143	5 795
Tiene ambos servicios	5983 42,71%	99 574 75,72%	180 293 73,72%	178 755 86,71%	4829 83,33%
Solo tiene el servicio de luz	365 2,61%	7551 5,74%	63 484 25,96%	15 917 7,72%	530 9,15%
Solo tiene el servicio de agua potable	9 0,06%	153 0,12%	252 0,10%	346 0,17%	13 0,22%
Ningún servicio	11 0,08%	228 0,17%	543 0,22%	621 0,30%	25 0,43%

Tabla 7. Perú: acceso a servicios básicos y condición de vivienda de la población venezolana, 2017-2020

No determinado	7641 54,54%	23 992 18,25%	0 0,00%	10 504 5,10%	398 6,87%
Condición de vivienda	14 009	131 498	238 153	206 143	5795
Alquilada	382 2,73%	50 679 38,54%	233 997 96,00%	149 934 72,73%	2 043 35,25%
Familiar	15 0,11%	1015 0,77%	4969*** 2,00%	263 1,28%	38 0,66%
Comunitaria	1 0,01%	317 0,24%	1468*** 1,00%	1,017 0,49%	13 0,22%
Propia	1 0,01%	116 0,09%	4138 2,00%	318 0,15%	5 0,09%
No determinado	1361 97,15%	79 371 60,36%	18 0,01%	52 244 25,34%	3696 63,78%

* Datos recogidos de la población venezolana con PTP por año.

** Muestra representativa de la población venezolana en el Perú para Lima Metropolitana, los departamentos de Tumbes, Arequipa, Cusco y la provincia constitucional del Callao en 2018.

*** Siguiendo al INEI, se entiende como «familiar» a la vivienda cedida por otro hogar y como «hogar del tipo comunitario» al hogar temporal.

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; e INEI, 2018.

3.1.8. Principales necesidades

La población venezolana en el Perú expresa necesidades de varios tipos. De acuerdo con la Enpove (INEI, 2018, p. 164), los migrantes y refugiados mencionan entre sus principales necesidades la asistencia para regularizar su situación migratoria (54%), el acceso a empleo (38%), la ayuda médica (27%), el vestuario y los bienes de cuidado personal (25%), los alimentos (21%), el alojamiento (14%) y la educación (12%).

Según el último reporte de la OIM (2020a, p. 10), las principales necesidades entre las personas encuestadas admitidas dentro del territorio peruano son la alimentación (68,2%), el transporte (40,8%), la seguridad (30,5%) y la asistencia legal frente a los próximos trámites de regularización y/o cambio de estatus migratorio (28,9%). En menor medida, el 17,1% de las personas consultadas manifestó requerir apoyo con la generación de ingresos y/o empleo; el 15,8% necesitar ayuda médica; un 13,4%, asistencia con documentos; el 12,7%, apoyo con artículos no

alimentarios (ropa, cuidado personal, etc.); y otro 10,7%, requerir un albergue seguro. En menor medida, el 4,2% se encuentra buscando algún tipo de oferta educativa o capacitación para sí mismo o sus familiares. En esa misma línea, los testimonios de los migrantes venezolanos ratifican la existencia de necesidades básicas insatisfechas.

La alimentación, el techo aquí y poder tener dinero para que mis hijos en Venezuela puedan alimentarse bien. Mis papeles en regla, porque de tenerlos tuviera un trabajo estable y no tendría que recurrir a esto (vender en la calle), más que todo por la niña, que ando con ella para arriba y para abajo. Nos den la oportunidad de un trabajo estable, así tengas o no papeles (entrevistada 18, 45 años, San Martín de Porres, 10 de octubre de 2020).

Podemos crear, nos den la oportunidad, aquí hay muchos que tienen mucho potencial. Bisutería, ponerle el ojo a esos emprendedores, dennos oportunidad en poder emprender, ayuda. Que nos ayuden con la documentación, yo no quiero que me deporten en vulnerabilidad. Podemos hacer vida social como todos. Nunca pensé tener dos años en otro país (entrevistado 20, 29 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Tener una calidad de vida estable, tanto laboralmente como psicológicamente, poder ayudar a tu familia; y dentro de estar en Perú pasa por tener un estatus migratorio regular, cosa que es bastante difícil por la afluencia de venezolanos que estamos acá (entrevistado 19, 36 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Educación de mi hija, mi preocupación principal, porque aquí es muy muy caro. Buenos empleos, hay mucha desconfianza hacia el venezolano; abrir las puertas para emplearnos mejor (entrevistada 21, 49 años, Barranco, 10 de octubre de 2020).

Tener un trabajo más estable, porque de seguro con ello tienes estabilidad en todos los sentidos. En realidad, agradecido con Perú porque hemos trabajado a pesar de mi profesión en muchos casos, pero he tenido ese chance. A fin de cuentas, lo que se necesita es trabajo. En ser más solidario y evitar el amarillismo porque, o sea, nosotros somos los que originamos la maldad en el Perú y preguntas por qué y no saben responderte (entrevistado 14, 35 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

La visa es lo más impactante, que quiten la visa porque en verdad que lastima. Mis planes son de irme para Argentina si esto sigue así. Quería traerme a mis familiares, pero no puedo, la bendita visa. Que se den más ofertas laborales, muchas, que uno pueda escoger, no quedarse en una por necesidad (entrevistada 22, 21 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Respecto a la ayuda dada a los migrantes por diversas instituciones, reconocen la del Estado (Demuna, Centro de Emergencia Mujer [CEM], Defensoría del Pueblo, comisarías) (50,0%), la proporcionada por la Iglesia (15,3%), la de alguna organización no gubernamental (ONG) u organización de la sociedad civil (10,1%), la de una institución internacional (8,1%), y la de otras instituciones (Empresa Claro, hospitales de la solidaridad, escuela y SNM, entre otras) (7,7%). El 10,6% no sabe o no respondió a la pregunta.

3.2. Características laborales

Ha habido una modificación parcial del perfil laboral inicial del migrante venezolano. Desde el año 2017 hasta el año 2020 los cambios han sido los siguientes:

- El 2017 vinieron más empleados (58%), porcentaje que fue disminuyendo paulatinamente al 45% y 39%.
- Los trabajadores por cuenta propia se mantuvieron estables, entre el 20% y 21%.
- Los desempleados aumentaron notoriamente, de su nivel inicial de 13,5% a 26% y 32%.
- Los estudiantes se mantuvieron entre el 5,3% y el 8%.
- Los jubilados han disminuido del 3% en 2017 al 1,1% en 2020.

Tabla 8. Situación laboral y tipo de actividad desempeñada por la población venezolana antes de emigrar, 2017-2020

	2017	2018		2019	2020
	SNM*	SNM*	Enpove**	SNM*	SNM*
Situación laboral	13 005	115 618	457 934	192 580	2436
Trabaja	4087 31,43%	91 312 78,98%	437 934 74,26%	150 659 78,23%	1422 58,37%
No trabaja	1973 15,17%	5101 4,41%	151 812 25,74%	32 922 17,10%	820 33,66%
No determinado	6945 53,40%	19 205 16,61%	0 0,00%	8999 4,67%	194 7,96%
Tipo de actividad que desempeñan	8114	100 616	457 120	209 560	2222
Como dependiente	31 0,38%	46 116 45,83%	341 109*** 75,00%	49 898 23,81%	332 14,94%
Como independiente	29 0,36%	35 892 35,67%	96 197**** 21,00%	41 860 19,98%	290 13,05%
Otros	4027 49,63%	9304 9,25%	19 814 4,00%	58 901 28,11%	800 36,00%
No determinado	4027 49,63%	9304 9,25%	0 0,00%	58 901 28,11%	800 36,00%

Tabla 8. Situación laboral y tipo de actividad desempeñada por la población venezolana antes de emigrar, 2017-2020

* El SNM se basa en la cantidad de migrantes venezolanos con PTP aprobados por año.
 ** Muestra representativa de la población venezolana en el Perú para Lima Metropolitana, los departamentos de Tumbes, Arequipa, Cusco y la provincia constitucional del Callao en 2018.
 *** Se interpreta como «trabajador independiente» a los empleadores o patronos y trabajadores independientes en la Enpove.
 **** Se interpreta como «trabajadores dependientes» a los empleados y obreros. No se toma en cuenta a los trabajadores familiares no remunerados o trabajadores del hogar.
 Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; e INEI, 2018.

Respecto a la evolución del perfil educativo de los migrantes, lo notorio es la disminución de migrantes con nivel universitario, que pasan del 37,6% en 2017 al 21% en 2020; y el incremento de migrantes con nivel secundario, que pasan del 41% al 55% y 69%, representando a la mayoría de migrantes. Todos los otros niveles educación muestran alguna permanencia o variaciones menores.

Tabla 9. Características educativas y laborales de los migrantes venezolanos, 2017-2020

	DTM			
	2017 (ronda 2)*	2018 (ronda 4)	2019 (ronda 6)*	2020 (ronda 7)
Situación laboral antes de dejar Venezuela				
Empleado	58,70%	45,00%	39,60%	53,30%
Trabajador por cuenta propia	20,30%	19,00%	20,70%	21,50%
Desempleado	13,50%	26,00%	32,40%	18,60%
Estudiante	7,00%	8,00%	6,20%	5,30%
Retirado/jubilado	3,00%	1,00%	1,10%	1,10%
Nivel de estudios alcanzado				
Ninguno	1,00%	0,00%	0,00%	2,00%
Primario	2,90%	3,00%	54,00%	6,20%
Secundario	41,60%	46,00%	69,00%	55,50%
Técnico superior	17,90%	14,00%	6,20%	7,30%
Universitario	37,60%	36,00%	20,40%	21,00%
Postgrado	0,00%	1,00%	1,10%	1,00%

Tabla 9. Características educativas y laborales de los migrantes venezolanos, 2017-2020

* Los datos de las ondas solo toman en cuenta las encuestas realizadas en los puestos de control fronterizo de Tumbes.

Fuente: elaborado a partir de OIM, 2017b, 2018b, 2019b y 2020a.

Respecto a «las ramas de la economía que han incorporado más migrantes, el sector de servicios ha ocupado el primer lugar, en particular el informal»; y, muy lejos, le sigue el sector secundario o industrial. El colectivo venezolano ha sido involucrado en actividades de servicios como restaurantes, *deliveries*, limpieza y vigilancia; mientras que un fuerte porcentaje ha encontrado trabajo en el comercio ambulatorio. En paralelo, un porcentaje menor ha sido contratado en el rubro de construcción. Los profesionales de salud, por su parte, se han incorporado en su nivel respectivo en el Minsa y el Seguro Social de Salud (EsSalud) en razón de la pandemia, pero la mayoría de los profesionales no están ocupados en sus carreras. «La concentración en empleos poco calificados trae consigo otro rasgo característico de la situación laboral de los migrantes: la sobrecalificación».

Respecto a la «calidad de los empleos conseguidos», los trabajadores venezolanos se ven obligados a acceder a actividades laborales con jornadas más sobrecargadas, en algunos casos riesgosos para la salud, mal pagadas y con un nivel de reconocimiento social bastante bajo. Se observa «la constitución de nichos laborales de migrantes entre los que prevalecen los trabajos de construcción, *delivery*, servicio doméstico y vigilancia», entre otros (INEI, 2018).

Respecto a «las horas de trabajo»,

[...] en conjunto, el 82% de los venezolanos encuestados manifestó trabajar más tiempo de lo establecido en la jornada laboral semanal legal, equivalente a 48 horas. Un 55% indicó trabajar más de 60 horas semanales, lo que implica jornadas diarias de más de 8 horas diarias. El 17% reportó trabajar jornadas semanales que estarían dentro del máximo permitido, lo que podría indicar (en una proporción no determinada) situaciones de subempleo involuntario (Koechlin y otros, 2019, p. 36).

De acuerdo con Blouin (2019, p. 46), «se observa una gran precariedad salarial en esta población». «Visto por género “son más las venezolanas que reciben ingresos por debajo del salario mínimo, que lo reportado por los venezolanos hombres”» (Koechlin y otros, 2019, p. 38). Ante tales

circunstancias, diversos entrevistados señalan que el empleo por cuenta propia constituye una estrategia a su alcance para lograr obtener ingresos.

Yo tengo un pequeño negocio de decoraciones de interiores donde se hacen cortinas, todo lo relacionado con ese rubro de forma independiente [...] Por lo mismo, para no depender de un horario, el sueldo de una paga a veces no muy buena (entrevistado 23, 35 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Pues mira, yo cuando llegué al principio trabajé como recepcionista en un gimnasio; de ahí pasé a una tienda que vendía cosas de estas de campamento, ahí nunca me gustó; luego busqué en un restaurante. Ahí me fue muy bien, trabajé, sí, ahí fue durante un buen tiempo, pero luego nos botaron y me vi sin trabajo. Entonces, eso fue por verano y con mucha pena me puse a vender chupetes, gelatinas, tenía que rebuscarme porque, si no, ¿dónde iba? Me hice mi trabajo, si me entiende (entrevistada 24, 32 años, Comas, 10 de octubre de 2020).

Me costó mucho encontrar trabajo y duraban días para pagarme. Duré como dos meses para encontrar trabajo. Uno no está acostumbrado a dar tanto tumbo, bueno por lo menos yo no. Y aparte esta situación, trabajas y de yapa vienen y tardan para darte tu dinero. Es tu dinero (entrevistado 25, 21 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Tú sabes, el ritmo laboral son más horas, no te puedes permitir relajarte una hora o dos, nada, es porque los horarios labores son muy extensos. Trabajas desde las ocho de la mañana hasta que el cuerpo aguante, eso sería a las once o doce, muchas horas. Aparte el transporte público, demoras mucho, duras dos horas para ir a un trabajo. Tienes que mudarte cerca de los trabajos, a veces en los trabajos no duras (entrevistado 4, 38 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

Sin embargo, también hay migrantes venezolanos en el sector formal de la economía, aunque pocos. En la información proporcionada por el MTPE (2020), la nacionalidad venezolana encabeza la lista de trabajadores extranjeros del sector privado, que es el ámbito laboral formal, tratándose de un total de 116 206 migrantes venezolanos al mes de junio de 2020; es decir, el 80,9% de la población extranjera con empleo formal.

Tabla 10. Perú: población extranjera con empleo formal según país de procedencia, 2019-2020

País	2019 (II trimestre)*				2020 (II trimestre)*			
	Abril	Mayo	Junio	Total	Abril	Mayo	Junio	Total
Venezuela	39 221	41 732	43 452	124 405 80,65%	39 386	36 725	40 095	116 206 80,97%
Colombia	3577	3672	3718	10 967 7,11%	3349	3145	3191	9685 6,75%
España	2351	2375	2388	7,114 4,61%	2045	1995	2016	6056 4,22%
China	1317	1334	1367	4018 2,60%	1894	1749	1835	5478 3,82%

Tabla 10. Perú: población extranjera con empleo formal según país de procedencia, 2019-2020

Argentina	1317	1334	1367	4018 2,60%	1265	135	1240	2640 1,84%
Chile	1221	1249	1256	3726 2,42%	1181	1153	1119	3453 2,41%
Total	49 004	51 696	53 548	154 248	49 120	44 902	49 496	143 518

* Los datos provienen de los trabajadores con empleo formal registrados por el MTPE.

Fuente: elaborado a partir de MTPE, 2019 y 2020.

Como se puede observar en los años citados, el acumulado de trabajadores venezolanos en el sector privado fue en aumento. El año 2020 muestra una disminución en el acumulado para los primeros siete meses del año; sin embargo, según los indicadores reportados por el INEI (2020) durante el primer trimestre del año 2020, el empleo disminuyó un 2,6 % en el área urbana y 0,4% en el área rural. Estos datos son consistentes con una inserción laboral muy reducida de la población venezolana en el sector privado formal.

Según el INEI (2020), en el año móvil abril 2019-marzo 2020 existían en el Perú 4 416 900 trabajadores formales en el área urbana. Si se toman las cifras de la SNM (2020), que indican que en julio de 2020 permanecían en Perú 793 182 venezolanos, el 5,56% de estos se desempeñaban en el sector formal y el 94,44% restante en el informal. Además, la enorme mayoría (89%) estaba bajo formas de contrato a plazo fijo y solo el 10,9% tenía un régimen laboral a plazo indeterminado y con beneficios completos.

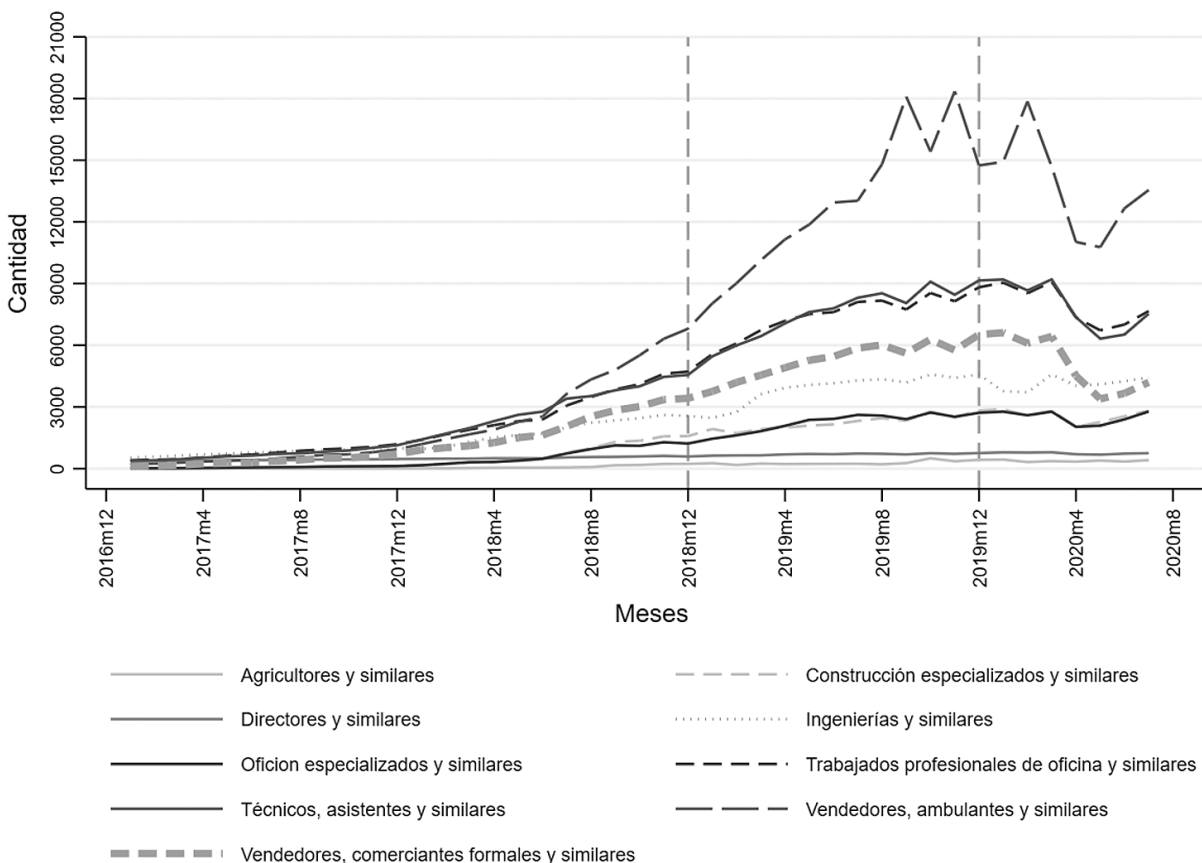
Tabla 11. Trabajadores venezolanos por tipo de contrato, 2017-2020

Tipo de contrato	2017	2018	2019	2020	Total
Decreto legislativo 728	1134 18,93%	2834 11,00%	5128 10,15%	4758 10,78%	13 854 10,96%
A plazo fijo	4537 75,72%	22 833 88,65%	45 282 89,61%	39 328 89,12%	111 980 88,58%
No determinado	321 5,36%	88 0,34%	122 0,24%	45 0,10%	576 0,46%
Total	5992	25 755	50 532	44 131	126 410

Fuente: elaborado a partir de MTPE, 2020.

A partir de los datos provistos por la Dirección de Investigación Socio Económico Laboral del MTPE (2020), se evidencia la evolución de las ocupaciones en el periodo 2017-2020, tal como se grafica en la figura 9.

Figura 9. Evolución de las ocupaciones de la población venezolana en Perú, 2017-2020



Fuente: elaborado a partir de MTPE, 2020.

La principal conclusión es que los trabajadores de ocupaciones no especializadas se han expandido. Las ocupaciones que más crecieron entre los migrantes venezolanos para los años 2017 y 2020 fueron las de vendedores, ambulantes y similares; siguiéndoles las de técnicos, asistentes y similares; y las de trabajadores profesionales de oficina y vendedores comerciantes formales. Nunca se expandieron las ocupaciones de agricultores ni de directores. Al respecto, este tipo de trabajos fueron una opción para los migrantes venezolanos y son los que se muestran en incremento hasta antes del inicio de la pandemia por la COVID-19. Se observa que en el año 2020 se vinieron abajo todas las ocupaciones que

dieron trabajo de forma masiva, aunque informalmente, a los migrantes venezolanos. La primera cuarentena fue sinónimo de desempleo.

4. RESPUESTA INSTITUCIONAL DEL ESTADO

4.1. Protección legal del migrante

Uno de los aspectos que es fundamental revisar en cuanto al comportamiento y evolución de un flujo migratorio hacia un país en específico tiene que ver con la respuesta institucional que activa el Estado frente a la llegada de un gran número de migrantes a su territorio, tomando en cuenta que la llegada de millones de personas extranjeras genera un impacto significativo en los recursos que requiere la nación para atenderlos y aceptarlos. Por lo tanto, entre los primeros puntos a tener en cuenta están el tipo de trato legal que ofrece el Estado a los recién llegados, las exigencias legales, y la facilidad o dificultad para regular la situación migratoria.

En cuanto a este aspecto, debe señalarse que en el año 2015 la OIM aprobó el Marco de Gobernanza sobre Migración, el cual sirvió de base en Perú para la formulación y aprobación del decreto supremo 015-2017-RE, que dio lugar a la Política Nacional Migratoria 2017-2025. Esta tenía por finalidad preservar los derechos de los ciudadanos que deciden migrar al país y la salvaguarda de los principales derechos de aquellos nacionales que deseen emigrar a otros países.

Es así como, con el propósito de consolidar esta idea, el Estado peruano dio inicio a la emisión de normas oficiales, de manera conjunta con la SNM y el Ministerio de Relaciones Exteriores (RREE), con el objetivo de tener un flujo migratorio venezolano ordenado y controlado. Se explican a continuación, en orden cronológico, las normas legales emitidas para tal fin.

4.1.1. Permiso Temporal de Permanencia (PTP)

Tabla 12. Normativas del PTP

Decreto supremo	Plazos de vigencia	Condiciones

Tabla 12. Normativas del PTP

Decreto supremo 002-2017-IN, 3 de enero de 2017	Ingreso al país hasta antes del 2 de febrero de 2017. Plazo de 120 días hábiles para presentar la solicitud	Autoriza que todos los venezolanos que estaban en el Perú antes del 2 de febrero de 2017 puedan aplicar al PTP. Es para los que ingresaron en forma regular o aquellos cuya estadía regular está por vencer. Era requisito no tener antecedentes penales o judiciales
Decreto supremo 023-2017-IN, 29 de julio de 2017	Extiende el plazo para presentar los requisitos hasta el 31 de julio de 2017. Da plazo de 120 días para la solicitud	Extiende el plazo para obtener el PTP, conforme al decreto supremo 002-2017-IN
Decreto supremo 001-2018-IN, 23 de enero de 2018	Extiende el plazo nuevamente para personas que ingresaron al país antes del 31 de diciembre de 2018. Da plazo hasta el 30 de junio de 2019	Estar en situación irregular por vencimiento de su autorización de permanencia u optar por el PTP estando en situación regular. No tener antecedentes penales o judiciales
Decreto supremo 007-2018-IN, 19 de agosto de 2018	Modifica los lineamientos del decreto supremo anterior al reducir los plazos aplicables, tanto para el ingreso al país (hasta el 31 de octubre de 2018) como para presentar la solicitud del PTP (hasta el 31 de diciembre de 2018)	Estar en situación irregular por vencimiento de su autorización de permanencia u optar por el PTP estando en situación regular. No tener antecedentes penales o judiciales en su país o en el exterior

Fuente: elaborado a partir de *El Peruano*, 2017a, 2017b, 2017d, 2018a y 2018b.

4.1.2. Visa humanitaria: resolución 000177-2019, 12 de junio de 2019

A partir del 15 de junio de 2019, el Gobierno peruano exigió una visa para que los ciudadanos venezolanos ingresaran al territorio nacional. De esta forma, los funcionarios de control migratorio en los puestos de frontera, puertos y aeropuertos peruanos solo admitieron a los nacionales venezolanos titulares de pasaportes ordinarios en las siguientes condiciones:

- Con calidad migratoria temporal, si cumplen con los siguientes requisitos:
 - a. Pasaporte ordinario venezolano vigente, por vencer o vencido.
 - b. Visa correspondiente otorgada por una oficina consular peruana.
- Con calidad migratoria residente, si cumplen con los siguientes requisitos:

- a. Pasaporte ordinario venezolano vigente, por vencer o vencido.
 - b. Visa correspondiente, otorgada por una oficina consular peruana.
- Con calidad migratoria residente, en su versión humanitaria, si cumplen con los siguientes requisitos:
 - a. Pasaporte ordinario venezolano vigente, por vencer o vencido.
 - b. Partida de nacimiento venezolana, en el caso de menores a 9 años.
 - c. Visa humanitaria vigente, otorgada por una oficina consular peruana.

Además, se dispuso que, por razones humanitarias, se admita el ingreso al territorio nacional a las personas de nacionalidad venezolana con cédula de identidad, sin exigir ya el pasaporte, bajo los siguientes supuestos:

- Menores de edad en tránsito hacia el Perú para reunirse con sus padres y que no cuenten con cédula de identidad o pasaporte, sino únicamente con partida de nacimiento.
- Mayores de edad en tránsito hacia el Perú para reunirse con su núcleo familiar residente en el país.
- Mayores de edad en situación de extrema vulnerabilidad en tránsito hacia el Perú.
- Mujeres embarazadas en situación de extrema vulnerabilidad en tránsito hacia el Perú.
- Adultos mayores de más de 60 años en tránsito hacia el Perú.

4.1.3. Regularización

El Ministerio del Interior (Mininter), a través del decreto supremo 010-2020-IN de 22 de octubre de 2020, aprobó «medidas especiales, excepcionales y temporales para agilizar la regularización de la situación migratoria de ciudadanos extranjeros en el país», las cuales comenzaron a aplicar para los extranjeros a quienes se les hubiera vencido el plazo de permanencia. Lo particular de este decreto supremo es que permitió a aquellos migrantes venezolanos que entraron en forma irregular al Perú, sin pasaporte y con cédula de identidad o partida de nacimiento, el acceso a un

nuevo documento, denominado Carné de Permiso Temporal de Permanencia. El PPT dejó de emitirse.

Tabla 13. Normativa del nuevo Carné de Permiso Temporal de Permanencia

Decreto supremo 010-2020-IN, 22 de octubre de 2020	Dio 180 días para presentar la solicitud para el nuevo Carné de Permiso Temporal de Permanencia	Permitió a aquellos migrantes venezolanos que entraron en forma irregular al Perú, sin pasaporte y con cédula de identidad o partida de nacimiento, el acceso al nuevo documento, denominado Carné de Permiso Temporal de Permanencia. Recién en abril de 2021 se cumpliría el plazo. Al 27 de enero de 2021, todavía no se habían emitido los carnés.

Fuente: elaborado a partir de El Peruano, 2020b.

Mediante la resolución de superintendencia 000009-2021-Migraciones, se dispone la implementación en la página web de SNM del módulo denominado Preinscripción para la regularización extraordinaria de personas extranjeras - DS10, destinado al registro de las personas extranjeras que, al 22 de octubre de 2020, se encontraban en situación migratoria irregular en nuestro país y con pretensiones de realizar una posterior regularización, de conformidad con el decreto supremo 010-2020-IN. Al respecto, el artículo 2 de dicho decreto establece que se podían registrar las siguientes personas:

- Las personas extranjeras que se encontraban en el territorio nacional en situación irregular hasta el 22 de octubre de 2020 por haber excedido su permanencia temporal.
- Las personas extranjeras que se encontraban en el territorio nacional habiendo ingresado de manera irregular al mismo hasta el 22 de octubre de 2020.
- Las personas extranjeras que se encontraban en el territorio nacional cuya calidad migratoria residente hubiera vencido antes del 22 de octubre de 2020.

Cabe señalar que aquel presente módulo gratuito constituyó un mecanismo que posibilitaba al SNM Migraciones contar con información para velar por la seguridad y el orden interno, en cumplimiento del artículo 2° del decreto legislativo 1130.

4.1.4. Refugiados

Perú es el segundo país en el mundo con mayor número de solicitudes de refugio. La legislación peruana reconoce el derecho al refugio mediante la ley 27891, Ley del Refugiado, de 2002, que define a la persona refugiada como aquella «que se ha visto obligada a huir de su país de nacionalidad o de residencia habitual por causa de la violación masiva de los derechos humanos, agresión extranjera, conflicto interno, ocupación o dominación extranjera; o en razón de acontecimientos que perturben gravemente el orden público».

Tabla 14. Cantidad de solicitudes de refugio aceptadas, 2015-julio 2020

Solicitudes	Años					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Solicitudes de refugio	182	3062	33 149	119 737	258 636	13 658
Solicitudes aceptadas	70	64	102	388	578	52

Fuente: elaborado a partir de RREE, 2020.

Según se observa, en el año 2019 el Estado peruano recibió el mayor número de solicitudes de refugio, 258 636 en total, y fue durante ese mismo año que se concedió la mayor cantidad, con 578 aceptaciones. Se detalla también el aumento continuo de este trámite por parte de los venezolanos hasta el año 2020, periodo durante el cual disminuyeron las solicitudes y las aceptaciones, pues durante ese año se otorgaron tan solo 52 condiciones de refugio. En síntesis, el Perú ha admitido con libertad el ingreso de migrantes en los primeros años y restringió parcialmente este acceso a mediados de 2019, pero en cuanto a las solicitudes de refugio, las denegó en su enorme mayoría.

4.2. Protección laboral del migrante

La clave para la inclusión laboral de los migrantes venezolanos viene siendo para la mayoría el que tengan el PTP. Fue importante para la inserción venezolana, por tanto, la promulgación del decreto supremo 001-2018-IN, del 23 de enero de 2018, el cual aprueba los lineamientos para el otorgamiento de dicho permiso laboral, si bien desde antes se ejercía el derecho al trabajo con el PTP o informalmente.

4.2.1. La sombrilla laboral del PTP

El artículo 12 del decreto supremo 001-2018-IN establece el régimen laboral para los migrantes venezolanos. En ese sentido, el otorgamiento del PTP facultó a la persona beneficiaria a trabajar formalmente en el territorio nacional, en el marco de la legislación peruana. Para tal efecto, la SNM debía comunicar al MTPE el otorgamiento del permiso, a efectos de que con el PTP se libere a la persona beneficiaria de restricciones de carácter laboral.

El artículo 7 del citado decreto estableció, como suele hacerse, un proceso burocrático y complejo para el registro y la habilitación de esta facultad para laborar. Dicho artículo indica que «La solicitud de aprobación de contratos de trabajo y la documentación respectiva, será presentada ante la Autoridad Administrativa de Trabajo de la jurisdicción donde se encuentre el centro de trabajo»; mientras que el artículo 13 del Reglamento (decreto supremo 014-92- TR) señala que «Una vez que sea devuelta la solicitud con la resolución de aprobación, el solicitante deberá dirigirse a la Autoridad Migratoria, a fin de que esta constate la aprobación del contrato, y otorgue la calidad migratoria habilitante». Queda, pues, bastante claro cuáles han sido las restricciones de carácter laboral de las que fueron liberadas las personas beneficiadas con el PTP.

4.2.2. Resolución ministerial 176-2018-TR, 6 de julio de 2018

Esta resolución ministerial establece las disposiciones para la contratación de ciudadanos venezolanos que cuenten con la Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario o el PTP, en particular tres:

- El plazo del contrato de trabajo no puede ser superior al plazo del PTP o del Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario.
- No se requiere la aprobación ni el registro del contrato en el MTPE.
- Puede acordarse la prórroga automática en función de la prórroga del Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario y del PTP.

4.2.3. Decreto supremo 008-2018-TR

Fue emitido el 13 de setiembre de 2018 y modificó las disposiciones en materia de contratación de trabajadores extranjeros en general. En su

artículo 1, este Reglamento de la Ley para la contratación de trabajadores extranjeros declara que los contratos de trabajo de personal extranjero se consideran aprobados desde su presentación ante la Autoridad Administrativa de Trabajo (AAT), sin necesidad de evaluación previa.

4.2.4. Resolución de superintendencia 0000165-2018-SNM

Dispone la entrega gratuita de la APEP a favor de los ciudadanos venezolanos que formulen o ya se encuentren tramitando su solicitud para el otorgamiento del PTP.

5. RESPUESTA SANITARIA DEL ESTADO PERUANO

Históricamente, el sistema de salud peruano es precario, en consonancia con la debilidad de todos los principales aparatos prestadores de servicios del Estado peruano en otros campos, como educación, seguridad ciudadana, asistencia social y demás. Por eso no hay una proporcionalidad entre el crecimiento demográfico, la generación de riesgos de salud inherentes a la organización económico-social, los daños que se expresan en términos de morbilidad y mortalidad evitables, y el contrapeso que debiera hacerles el sector salud peruano, conduciendo al Estado y la sociedad peruana a niveles superiores de salud. Es este sistema fragmentado y precario el que recibió la nueva demanda de la población migrante venezolana.

5.1. El sistema de salud peruano

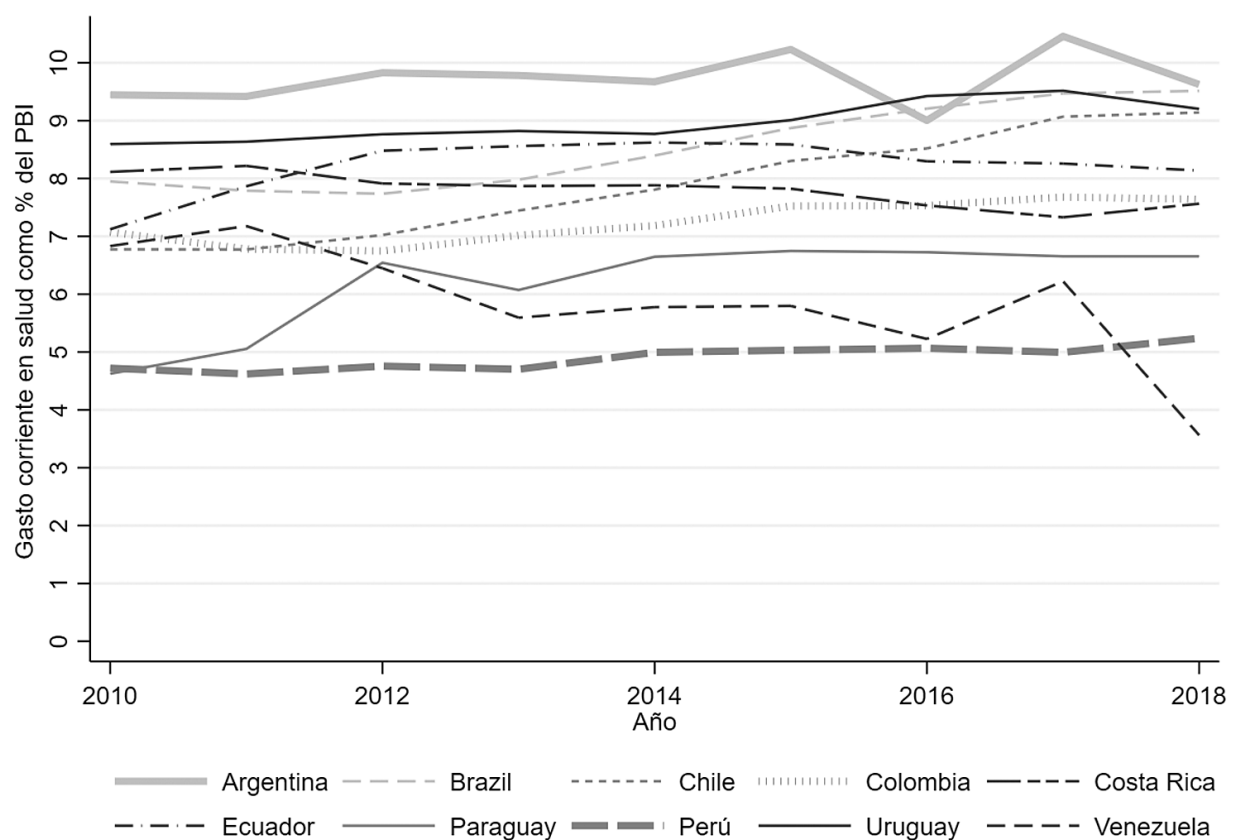
El Perú tenía, al mes de diciembre de 2020, 32 625 000 habitantes. Para la atención de salud de dicha población tiene a un total aproximado de 320 000 profesionales y trabajadores de salud, de los cuales 257 566 trabajan en el Minsa, 52 000 en el EsSalud y 14 000 en el sector privado.

La organización del sistema de salud peruano es segmentada; esto es, tiene 3 principales subsectores: el Minsa para la población pobre, EsSalud para la población laboral, y el subsector privado para las capas medias y altas que pagan por sus servicios. En total, según datos del año 2019, se cuenta con 21 272 establecimientos, de los cuales 604 son hospitales, 2550 son centros de salud, 8710 son puestos de salud y 8584 son centros médicos independientes. De ese total, el Minsa tiene 8288 establecimientos de salud, a diferencia de EsSalud, que tiene 391. Pero EsSalud tiene un mayor nivel de complejidad gracias a sus 93 hospitales e institutos de alta complejidad;

mientras el Minsa tiene, además de sus 160 hospitales, la red más importante de primer y segundo nivel, con 1519 centros de salud y 6366 postas de salud (Renipress, 2020).

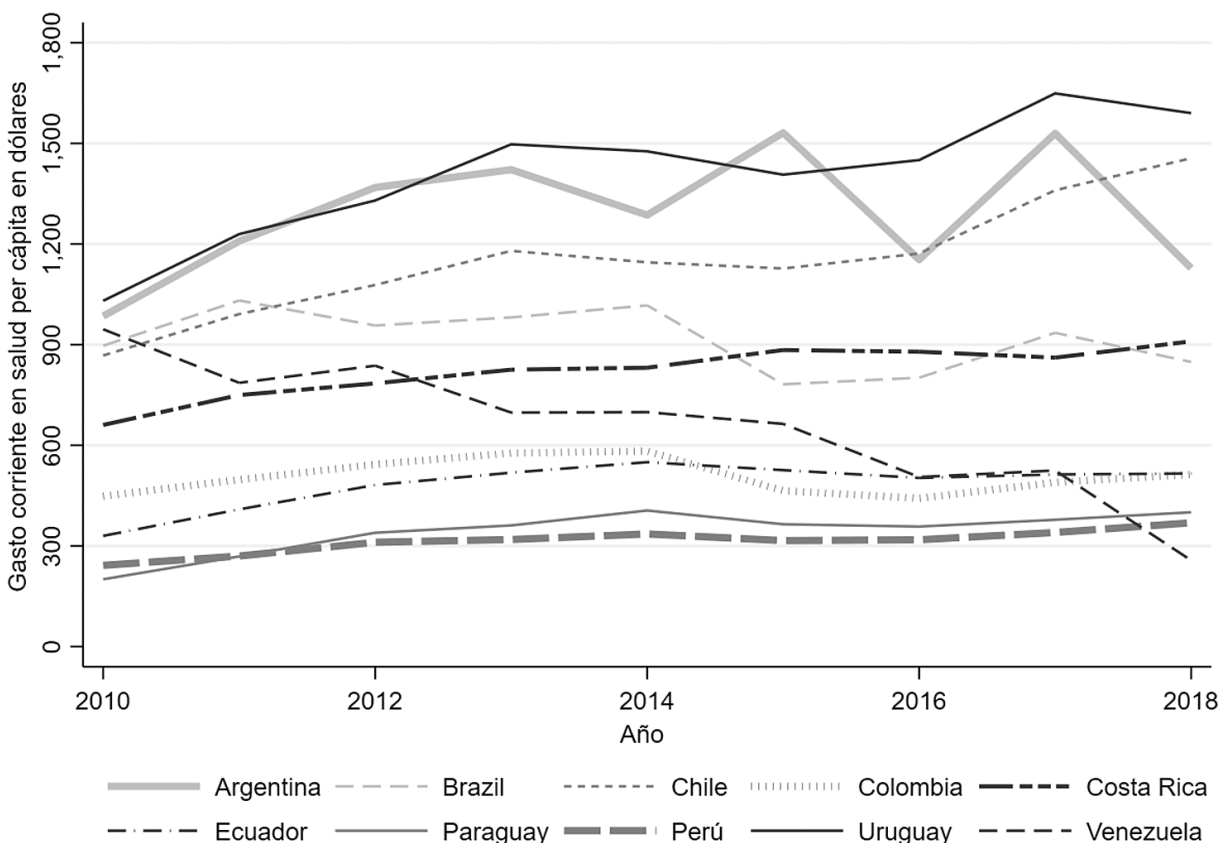
El Perú tiene un «gasto público en salud» del 3,2% del PBI, mientras el promedio en América Latina es del 6% y en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) está por encima del 8%. Perú el año 2017 era uno de los últimos países en América del Sur en cuanto a gasto público en salud como porcentaje del PBI, solo por delante de Venezuela (0,2%), Haití (1%), Guatemala (2,1%), México (2,8%) y Paraguay (3%). Los países que más invertían públicamente en salud eran Cuba (10,5%), Argentina y Uruguay (6,6%), Costa Rica (5,4%) y, curiosamente, dos países más pobres que Perú: Nicaragua (5%) y El Salvador (4,6%). Colombia y Chile también estaban por delante de Perú con 4,9% y 4,5%, respectivamente, según el Global Health Expenditure Database de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021). Así, entre los años 2010 y 2018, Perú tuvo el gasto público en salud como porcentaje del PBI más bajo entre los 10 países seleccionados de América Latina, lo que expresa la baja consideración del Estado con la salud de la población.

Figura 10. Evolución del gasto corriente en salud como porcentaje del PBI en América Latina, 2010-2018



Fuente: elaborado a partir de WHO, 2021.

Figura 11. Gasto corriente en salud per cápita en dólares en América Latina, 2010-2018



Fuente: elaborado a partir de WHO, 2021.

Por otro lado, Perú tiene un «gasto público per cápita en salud» que se ubica entre los más bajos de la región, lo que lo ubica entre los más pobres de Latinoamérica pese a que su PBI es superior. En el año 2017 el Estado peruano gastaba 211 dólares por habitante, mientras que países como Ecuador invertían 274 dólares; Colombia, 311; Brasil, 389; Costa Rica, 639; Chile, 692; Argentina, 959; y Uruguay, 1127 dólares per cápita. Hay 4 países que en el periodo 2010-2017 incrementaron notoriamente su gasto público per cápita en salud: Uruguay (de 616 a 1127), Argentina (de 576 a 959), Costa Rica (de 481 a 639) y Chile (de 410 a 692). El Perú es parte del grupo de países con menores incrementos en el periodo 2010-2017, pasando de 123 a 211 dólares per cápita, según el Global Health Expenditure Database de la OMS (WHO, 2021).

El «financiamiento del sistema de salud peruano» comprende dos regímenes: el subsidiado (SIS del Minsa) y el contributivo (EsSalud y

sector privado). En el sector público, el SIS fue fundado el año 2002 para cubrir un nivel básico de atención bajo la condición de que sea población pobre o extremadamente pobre, acreditada como tal por el Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh). Originalmente, reembolsaba las atenciones de los establecimientos a un costo establecido. Sin embargo, desde el 28 de noviembre de 2019, el expresidente Martín Vizcarra modificó la normativa institucional y se creó un nuevo tipo de seguro llamado SIS Para Todos, al cual puede afiliarse cualquier ciudadano sin seguro y de cualquier condición socioeconómica a costo cero (decreto de urgencia 017-19, 2019), pero con una cobertura básica. De su lado, EsSalud y los seguros de salud de las Fuerzas Armadas y fuerzas policiales trabajan con el esquema de descuento por planilla, con fondos provenientes de los empleadores y trabajadores.

El sector privado comprende el privado lucrativo y no lucrativo. El no lucrativo está formado por distintas asociaciones civiles laicas y religiosas que obtienen la mayoría de sus fondos de la cooperación internacional y de donantes varios. Cubren primordialmente el primer nivel de atención y la prevalencia de adicciones a sustancias. Destacan la Cruz Roja, Caritas, ADRA, Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE), Prisma y Socios en Salud, entre otras asociaciones privadas u ONG.

El sector privado lucrativo comprende a las empresas prestadoras de servicios (EPS), las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los laboratorios, los consultorios médicos y odontológicos, y otros servicios privados. Su variedad es grande, pero su demanda es mucho menor. La entidad reguladora de las unidades prestadoras de servicios de salud, como las aseguradoras de salud, es la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud).

En el Perú el sistema de salud tiene grandes brechas de recursos humanos, infraestructura, financiamiento, que determinan una baja producción y productividad de servicios para la población nacional. El año 2020 el sistema público realizó 83 000 000 atenciones para un total de 12 429 000 atendidos, según el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Reunis) del Minsa, un número a todas luces insuficiente. Es, además, un sistema organizado para la atención de la demanda curativa, con poca prevención y promoción de la salud. Las últimas leyes han acogido el

concepto de «universalización», lo que ha ampliado el acceso solo normativamente, mas no efectivamente, pues la falta de ampliación presupuestal determina una baja cobertura y grandes tiempos de espera para las atenciones. Por eso, aunque las afiliaciones a ambos seguros (SIS y EsSalud) totalizan 47,7% y 25,0%, respectivamente, para el año 2019, ello no es sinónimo de atenciones reales (INEI, 2019). En el año 2018 los asegurados privados eran el 1,8% de la población peruana y los asegurados en los servicios de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú representaban el 1,45% (Enaho, 2018). Es este sistema fragmentado y precario el que recibió la nueva demanda de la población migrante venezolana.

5.2. Políticas y normas del Minsa para la atención de los migrantes

La Constitución del Perú establece en sus artículos 7 y 11 que el Estado peruano debe garantizar la protección de la salud y el libre acceso a prestaciones en este ámbito, sin discriminar de este derecho por nacionalidad o procedencia. La «Ley de Migraciones», por su parte, señala que esta garantía constitucional aplica también para las personas migrantes, quienes deben gozar del acceso a los servicios de salud. Adicionalmente a esto, su Reglamento (decreto legislativo 1350, de marzo de 2017) detalla que el Minsa es el ente encargado de garantizar el acceso a la salud por parte de los extranjeros, indistintamente de la condición migratoria en la que se encuentren (Constitución del Perú, artículo 7.2).

No obstante, a pesar de lo expresado en la Constitución, la Ley de Migraciones y su Reglamento, aún no existe una norma general que regule cómo debe darse el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud públicos y privados dado que, según las características del sistema de salud peruano, tal acceso no puede darse sin que estén claramente definidas de forma previa las rutas e instituciones encargadas de lograr tal fin. Por lo tanto, la realidad dicta que la posibilidad de acceso a cada subsistema depende de los requisitos que cada uno solicite para brindar la atención y las condiciones de las personas migrantes. Así, como refiere Blouin (2019), el subsistema manejado por el Minsa, compuesto por hospitales nacionales y postas médicas, no tiene barreras de tipo institucional, sino más bien relacionadas a los costos de la consulta, los medicamentos y diagnósticos.

Respecto de las oportunidades de acceso al sistema de salud peruano por parte de migrantes venezolanos, el Minsa comenzó a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del año 2018, referidas específicamente a la atención de salud en zonas de frontera para temas de vacunación.

En el caso específico de la vacunación, cabe recordar que mediante el decreto supremo 087-2018-PCM, del 28 de agosto de 2018, se dispuso el Estado de Emergencia en los distritos de Aguas Verdes, Zarumilla y Tumbes «[...] por peligro inminente de afectación a la salud y saneamiento, ante el incremento de la migración internacional proveniente del norte [...]», con el fin de realizar «[...] acciones inmediatas y necesarias de reducción del muy alto riesgo, así como de respuesta y rehabilitación si el caso amerite [...]».

En concordancia, y ante la inesperada y masiva afluencia de migrantes venezolanos, se implementaron puestos de vacunación en zonas de frontera en aplicación de la resolución ministerial 799-2018/Minsa, del 29 de agosto de 2018, Plan de Implementación de Puestos de Vacunación en Zonas de Frontera. Estos centros son diecisiete y están ubicados en zonas estratégicas (regiones, fronteras, aeropuertos, etc.). Los lugares más visitados por los migrantes venezolanos para inmunizarse son el local de la SNM en Lima, el local de refugiados y el local de Interpol en Surco; y el Cebaf y el puente Internacional Aguas Verdes (frontera con Ecuador) en Tumbes.

Se evidencia que la vacuna con mayor aplicación es la de influenza en niños menores de 5 años. Además, existe un insuficiente cumplimiento del Calendario Nacional de Inmunización del Minsa, que contempla la aplicación diecisiete vacunas que cubren veintiséis enfermedades y son mayormente aplicadas al año de nacido.

Por otro lado, el decreto supremo 009-2019-MC, aprobado en agosto de 2019, es otro avance, pues establece los lineamientos que incorporan el enfoque intercultural en la prevención, atención y protección frente a la violencia sexual. Su aporte se refleja en que se incluye la «condición de inmigrante o refugiada» como factor o identidad en temas de violencia de género; es decir, se reconoce la vulnerabilidad incrementada de las mujeres bajo esta condición.

De igual manera, el decreto de urgencia 017-2019 establece medidas para la cobertura universal de los asegurados y así lo detalla en su artículo 2:

Artículo 2.- Afiliación al Seguro Integral de Salud y cobertura.

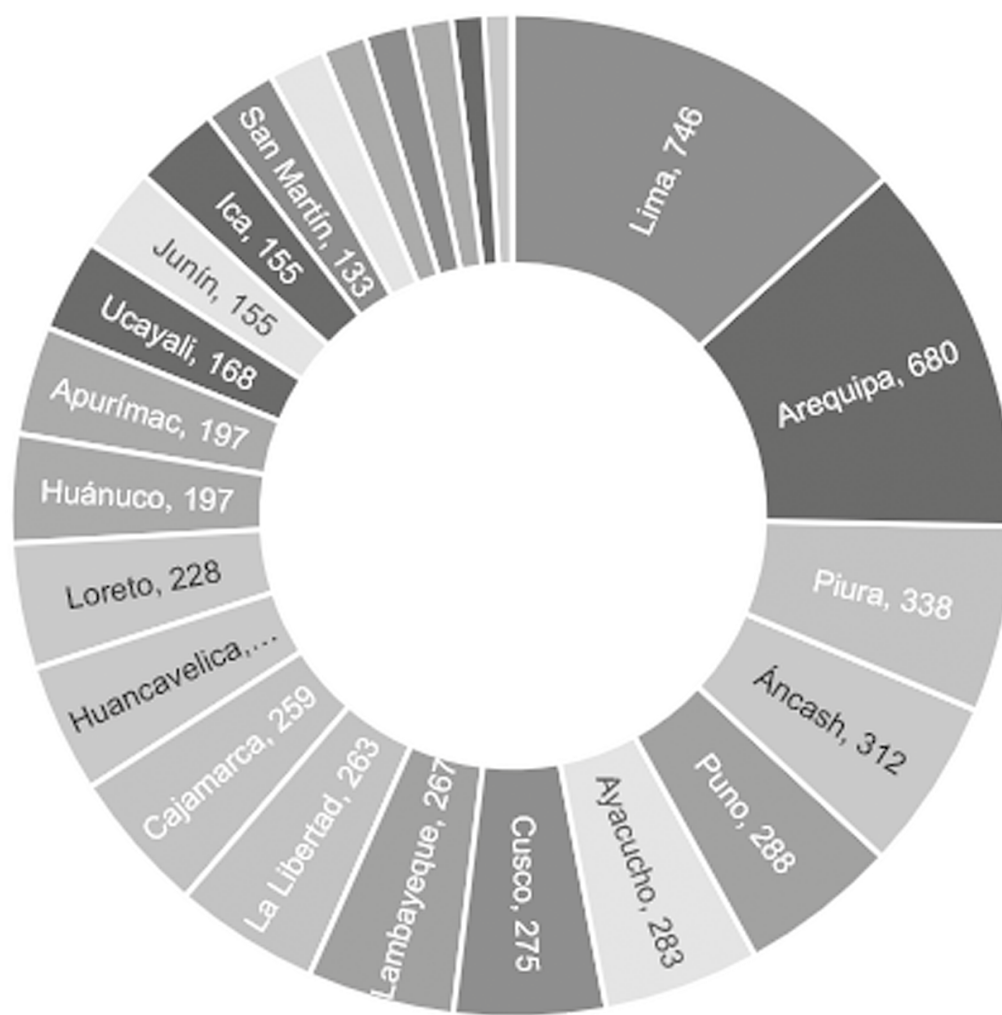
2.1 Autorícese a la IAFAS - SIS a afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud. Esta afiliación garantiza a los beneficiarios la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

Otro paso fue el dado en la emergencia sanitaria por COVID-19, durante el cual el Gobierno creó el Servicio COVID Especial que permitió la contratación de profesionales extranjeros. De acuerdo con el decreto de urgencia 0377-2020, el servicio tendría como duración el periodo de vigencia de la emergencia sanitaria, hasta treinta días calendario posteriores al término.

Para ello, con la excepción provisional para extranjeros, se autoriza de manera temporal durante la vigencia de la emergencia sanitaria que los graduados y titulados de las carreras de ciencias de la salud en el extranjero puedan prestar servicios presenciales en los establecimientos públicos, sin que se les exija reconocimiento o revalidación del grado o título, ni autorización temporal del colegio profesional respectivo.

Otro aspecto que resaltar, por tanto, es la presencia de profesionales venezolanos en el sistema de salud peruano. En el contexto de la pandemia por COVID-19 se hizo evidente un déficit en los recursos humanos del sector sanitario, por lo que la incorporación de profesionales venezolanos ha significado un aporte bienvenido que se sustenta en el decreto supremo 09-2020. En este sentido, el reporte de la Dirección General de Personal (Digep, 2021) indica que hay 5630 profesionales y trabajadores de procedencia venezolana en el Minsa y Direcciones Regionales de Salud. Se puede observar que la mayoría de personal asistencial se concentra en Lima y Arequipa.

Figura 12. Profesionales y trabajadores venezolanos laborando en el sector salud peruano por departamento, marzo de 2021



Fuente: elaborado a partir de Digep, 2021.

Un paso importante ha sido la creación en el Minsa de la Unidad Funcional de Salud de Poblaciones Migrantes y Fronterizas, adscrita al Despacho Viceministerial de Salud Pública, mediante la resolución secretarial 266-2020, del 23 de octubre de 2020, con la finalidad de ejecutar las siguientes funciones:

- Formular y promover lineamientos de política, planes, programas y proyectos de la gestión integral migratoria en salud, así como de salud y desarrollo humano de la población fronteriza.

- Supervisar la implementación de los planes de salud de migrantes, refugiados y población fronteriza, brindando asesoría técnica necesaria a los departamentos y redes de servicios de salud correspondientes.
- Efectuar el monitoreo y la evaluación de los planes de salud de migrantes, refugiados y población fronteriza en base a indicadores previamente diseñados y validados.
- Elaborar o actualizar la normativa en materia de la gestión migratoria integral en salud y el desarrollo humano de la población fronteriza.
- Proponer alianzas públicas o privadas para una acción más efectiva e idónea de la temática migratoria integral en salud.
- Difundir y generar información sobre la situación migratoria en salud a nivel nacional.
- Promover la protección social en salud de los derechos de los migrantes.
- Realizar el seguimiento y la supervisión de las acciones intersectoriales de salud en las zonas de frontera.

Las demás funciones que, en el marco de su competencia, le sean asignadas y delegadas. La línea de tiempo da cuenta en orden cronológico de los esfuerzos por parte del Minsa para responder a las necesidades de salud de los migrantes venezolanos, aunque dentro de las condiciones de un sistema de salud precarizado por un descuido que viene de mucho antes.

5.3. Aseguramiento en salud de migrantes venezolanos

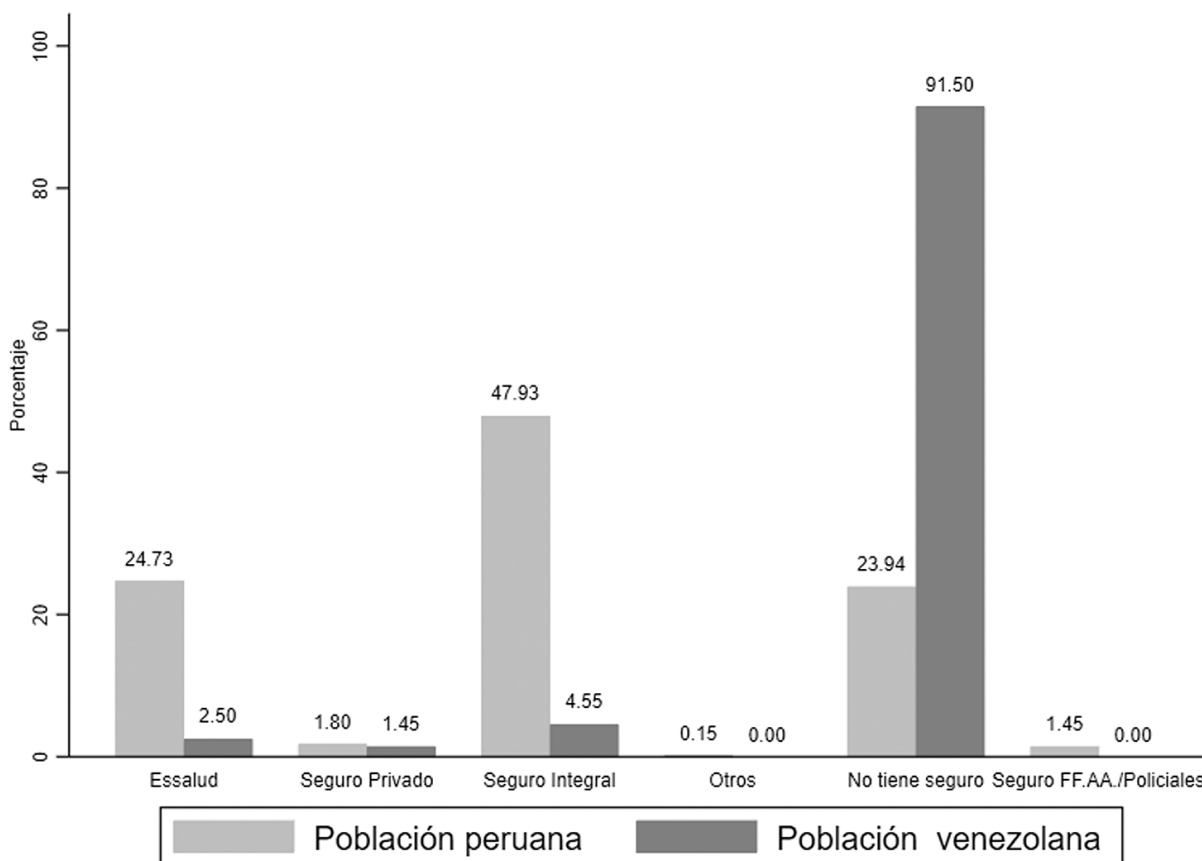
5.3.1. Migrantes venezolanos asegurados en el SIS

Según la Constitución del Perú, el Estado reconoce el derecho de todas las personas a la seguridad social y el acceso a las prestaciones sociales. Y según el Reglamento 1350 del Decreto Legislativo de Migraciones, aprobado por el decreto supremo 007-2017, se establece que una persona extranjera, una vez que es admitida en el territorio nacional por la SNM, tiene los mismos derechos y obligaciones que la persona nacional, con las excepciones de lo establecido en la normativa vigente. Según el decreto legislativo 1164, el SIS reconoce los procedimientos para la incorporación,

atención y financiamiento, que se extiende a los extranjeros en el marco de los acuerdos bilaterales entre Perú y otros países.

Sin embargo, como vamos a ver, los migrantes venezolanos asegurados son absolutamente minoritarios respecto al total de migrantes. Mientras el 47,93% de los peruanos está asegurado en el SIS y el 24,73% en el EsSalud, solo el 4,55% de los migrantes venezolanos tiene SIS y un 2,5%, cobertura en EsSalud. Es decir, mientras el 23,94% de los peruanos no tenía ningún seguro en 2018, el 91,5% de los venezolanos estaba completamente desprotegido.

Figura 13. Asegurados peruanos y venezolanos por entidad aseguradora, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

Si bien el SIS del Minsa no tiene todo el presupuesto necesario para garantizar un acceso universal y a todo riesgo a sus asegurados, sí ofrece un nivel de protección básico en salud. En términos técnicos, el SIS es una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (Iafas) y su

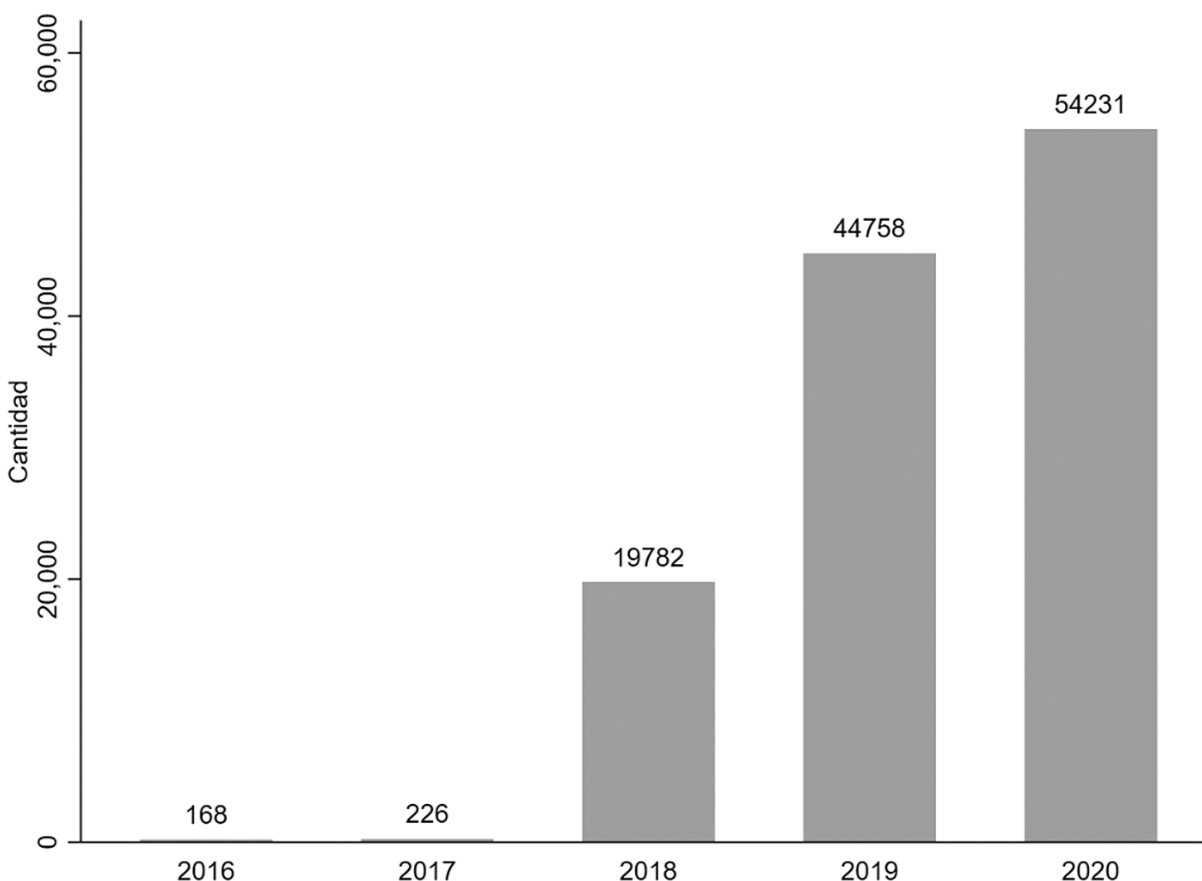
objetivo es financiar las prestaciones de salud de todos sus asegurados bajo el objetivo del aseguramiento universal en salud (AUS) (SIS, 2015).

Todo afiliado al SIS tiene derecho a la cobertura sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y, de corresponder, a planes complementarios que comprenden atenciones médicas, así como medicamentos, insumos médicos y/o quirúrgicos, y procedimientos requeridos para su atención y traslado en situación de emergencia, entre otros servicios.

El decreto legislativo 1164 estableció disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado y lo facultó para incorporar a dicho régimen a las gestantes hasta el periodo de puerperio, así como a los grupos poblacionales de 0 a 5 años, siempre que no cuenten con otro seguro de salud.

Sin embargo, todas estas disposiciones universalistas del derecho a la salud han sido solo parcialmente ejecutadas para la población peruana, y en mucho menor grado para la población migrante venezolana. En los años 2016 y 2017, los venezolanos con SIS apenas fueron 168 y 226, respectivamente. En el periodo 2018-2020, aparentemente, hubo un importante incremento en el nivel de aseguramiento, al darse un aumento acumulado de 174% en el número de venezolanos afiliados. Sin embargo, a pesar de este incremento, actualmente la población venezolana afiliada al SIS es —en términos proporcionales— apenas una fracción minoritaria (15%) de la población migrante total registrada por la SNM (2020). De estos asegurados, el 68,5% es del sexo masculino y un 31,5% del sexo femenino, expresión de una inequidad de género. Los migrantes venezolanos son los más desprotegidos dentro de los desprotegidos.

Figura 14. Población venezolana asegurada al SIS, 2016-2020



Fuente: elaborado a partir de información obtenida mediante pedido de acceso a la información pública del SIS.

Respecto a la distribución de los venezolanos asegurados por ciudades, para el año 2020 Lima era el departamento con mayor cantidad de asegurados venezolanos, con 36 682, seguido por El Callao con 3482. Los demás departamentos con asegurados venezolanos son, en gran parte, costeros, como es el caso de La Libertad con 2961, Arequipa con 1606, Ica con 1542, Piura con 1608, Tumbes con 1235, Áncash con 1261 y Lambayeque con 1112.

En relación con la cantidad de venezolanos afiliados al SIS por tipo de plan, el 78,7% de la población migrante venezolana afiliada al SIS es beneficiaria del Plan Gratuito por su condición de pobreza o pobreza extrema, o en el marco del decreto legislativo 1164. Asimismo, el 20,5% de los venezolanos con SIS pertenece al SIS Independiente, que es pagado por el beneficiario y el Estado. Este último es un servicio semisubsidiado que busca asistir a las personas (y a sus familias) que no cuenten con un seguro

de salud de cobertura básica y pueden pagar un aporte fijo de forma mensual.

5.3.2. Migrantes venezolanos asegurados en EsSalud

En relación con los afiliados a EsSalud, dicha institución informó tras un pedido de acceso a la información pública que en agosto del año 2020 el número total de migrantes venezolanos asegurados fue de 57 577.

El número de afiliados corresponde a los trabajadores dependientes del sector formal y a sus derechohabientes: el cónyuge y los hijos menores de 18 años. Esta baja afiliación a EsSalud no genera mayor sorpresa, pues obedece a su inserción laboral mayoritaria en la economía informal. Es por ello que en la Enpove (INEI, 2018) se llegó a la conclusión de que, entre las necesidades de los venezolanos a ser atendidas con mayor urgencia estaba la ayuda médica (71,0%).

En relación con los tipos de cobertura y primas de los migrantes en EsSalud, existe una diversidad. Como se puede observar, según el tipo de seguro más usado por los migrantes venezolanos en EsSalud, el 93,16% pertenece al tipo de seguro “trabajador activo”, que es el plan regular de atención, el cual tiene una prima universal que cubre a los derechohabientes e incluye la posibilidad de pago por incapacidad de continuar el trabajo por invalidez o causa similar. Asimismo, el 5,69% tiene seguro agrario dependiente, el 0,19% son personas aseguradas como trabajadores del hogar y ni siquiera el 1% (0,04%, para ser precisos) tiene el Seguro Potestativo.

Tabla 15. Población venezolana asegurada en EsSalud por tipo de seguro, 2015-2020

Tipos de seguros	Cantidad	Porcentaje
Trabajador activo	53 640	93,16%
Agrario dependiente	3275	5,69%
Contratos administ. serv.	347	0,60%
Pensionista	136	0,24%
Trabajador del hogar	110	0,19%
Actividad acuícola	44	0,08%
Seguro potestativo	22	0,04%
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	2	0,00%
EsSalud Independiente (antiguo)	1	0,00%

Tabla 15. Población venezolana asegurada en EsSalud por tipo de seguro, 2015-2020

Total	57 577	100%

Fuente: elaborado a partir de información obtenida mediante pedido de acceso a la información pública a EsSalud.

De la misma forma, cuando analizamos el sexo de los afiliados encontramos que, al igual que en el caso del SIS, los hombres son el 66% de los afiliados y solo el 34% son mujeres, repitiéndose la inequidad de género. Adicionalmente, es de interés señalar que el 77% de los venezolanos afiliados a EsSalud reside en Lima Metropolitana.

5.4. Prevalencia de morbilidad en la población migrante

5.4.1. Enfermedades crónicas

Hay dos fuentes de datos para tener una imagen de la prevalencia de las enfermedades crónicas en la población migrante venezolana en Perú:

- Los registros aportados por la SNM, que suman toda la información de los migrantes venezolanos que solicitaron el PTP, otorgado desde febrero de 2017 hasta julio de 2020.
- La información de la Enpove, encuesta tomada por el INEI (2018) a una muestra representativa de la mayoría de los venezolanos, aplicada en noviembre y diciembre de 2018.

Lamentablemente, el Minsa no incluye la variable «nacionalidad» en sus registros de atención, cosa que ha hecho recién a partir de febrero de 2021 y que está en aplicación progresiva.

Sobre la prevalencia de alguna enfermedad, según los datos de la Enpove (INEI, 2018), el 88,9% manifestó no tener un problema salud, siendo el 11,02% aquellos que declararon tener alguno. Estos datos de alguna manera coinciden con los de la SNM para los años 2017-2020, en los que el 98% de venezolanos manifestó no tener problemas de salud.

Sobre la población migrante con alguna patología crónica, fueron señaladas como patologías principales las siguientes:

- Asma, con una prevalencia total del 39,15% en 2018 (INEI, 2018) y del 17% para todo el periodo 2017-2020 (SNM, 2020) entre los que presentaban enfermedad crónica, mayormente en la población adulta joven y adulta (desde los 18 hasta los 59 años).
- Hipertensión, con 16,5% en 2018 y 17,5% entre 2017 y 2020, encontrándose el grupo de mayor riesgo en los que tienen de 30 a 59 años (74,7% según la SNM (2020) y 65,9% de acuerdo con la Enpove [INEI, 2018]), seguidos de los mayores de 60 (19,4% y 19,8%, respectivamente).
- Artritis como enfermedad presente en los encuestados, con un 3,43%, afectando a los dos grupos más prevalentes de la muestra.
- Diabetes, con 12,18% para todo el periodo 2017-2020 (SNM, 2020), padecida en su mayoría por adultos entre los 30 a 59 años (70,6% y 63,3%, respectivamente) y los adultos jóvenes (17,8% y 13,3%).

De acuerdo con esto, se concluye que la mayor parte de la población declaró en el año 2018, según la Enpove (INEI, 2018) y en todas las solicitudes de PTP durante los años 2017-2020 (SNM, 2020) encontrarse en buen estado de salud.

Tabla 16. Enfermedades crónicas presentadas por la población venezolana en el Perú, 2017-2020

	Enpove 2018**					
Tiene una enfermedad crónica	0 -11	12-17	18-29	30-59	60+	Total
Sí	6755	3684	22 785	31 772	4492	69 488 11,02%
No	82 772	24 444	241 826	206 398	5788	561 228 88,98%
Tipo de enfermedad crónica	3906	2227	13 663	18 391	2929	
Asma	3906	2150	11 902	8422	827	27 207 39,15%
Hipertensión	0	77	1399	8297	1692	11 465 16,50%
Diabetes	0	0	8	38	14	60 0,09%

Tabla 16. Enfermedades crónicas presentadas por la población venezolana en el Perú, 2017-20202

Artritis	0	0	354	1634	396	2384 3,43%
	SNM 2017-2020*					
Tiene una enfermedad crónica	0 -11	12-17	18- 29	30-59	60+	Total
Sí	369	161	1692	2192	511	4925 1,78%
No	24 504	9305	135 326	100 638	2319	272 092 98,22%
Tipo de enfermedad crónica	14	55	629	1511	245	
Asma	5	46	453	349	9	862 17,50%
Hipertensión	0	2	48	645	168	863 17,52%
Diabetes	7	5	107	424	57	600 12,18%
Artritis	2	2	21	93	11	129 2,62%

* Los datos de la SNM son de la población venezolana con PTP.

** La muestra de la Enpove comprendió a 3611 hogares de Lima Metropolitana, los departamentos de Tumbes, Arequipa, Cusco y la provincia constitucional del Callao en 2018.

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020; e INEI, 2018.

5.5. Acceso a la atención de salud

El análisis del acceso lo hemos basado, de acuerdo con la información disponible, en la brecha entre la demanda potencial y la demanda efectiva por tipo de patología. Se entiende por «demanda potencial» a la suma de migrantes venezolanos que declararon tener un problema de salud en las encuestas en población, y por «demanda efectiva» a la suma de aquellos que buscaron atención en cualquier subsistema de atención. En este estudio, se considera como demanda atendida a la que viene del Minsa. Por otro lado, no hay acceso a la información de EsSalud, pero se colige de lo anterior que no atiende a más del 3% de la población venezolana.

Como se puede observar en la tabla 17, la brecha de demanda en la mayoría de los casos no baja del 70%. Esto quiere decir que del conjunto de

migrantes venezolanos que tiene una determinada patología, solamente una parte pequeña se atiende. Incluso, en algunos casos, esta brecha supera el 90%: el 96,52% de los pacientes potenciales con VIH/sida no logran acceder a una atención, mientras que lo mismo sucede con el 91,47% de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual y el 90,49% de los pacientes con reumatismo. El 84,60% de la población venezolana con asma no se atiende, al igual que el 75,8% de los que tienen artritis, el 73,4% de los que tienen colesterol alto, el 72,92% de los afectados por patologías cardiovasculares y el 71,63% con hipertensión. Asimismo, el 71,39% de la población con diabetes no recibe atención.

Tabla 17. Brecha oferta/demanda de salud por tipo de enfermedad en la población venezolana, 2018

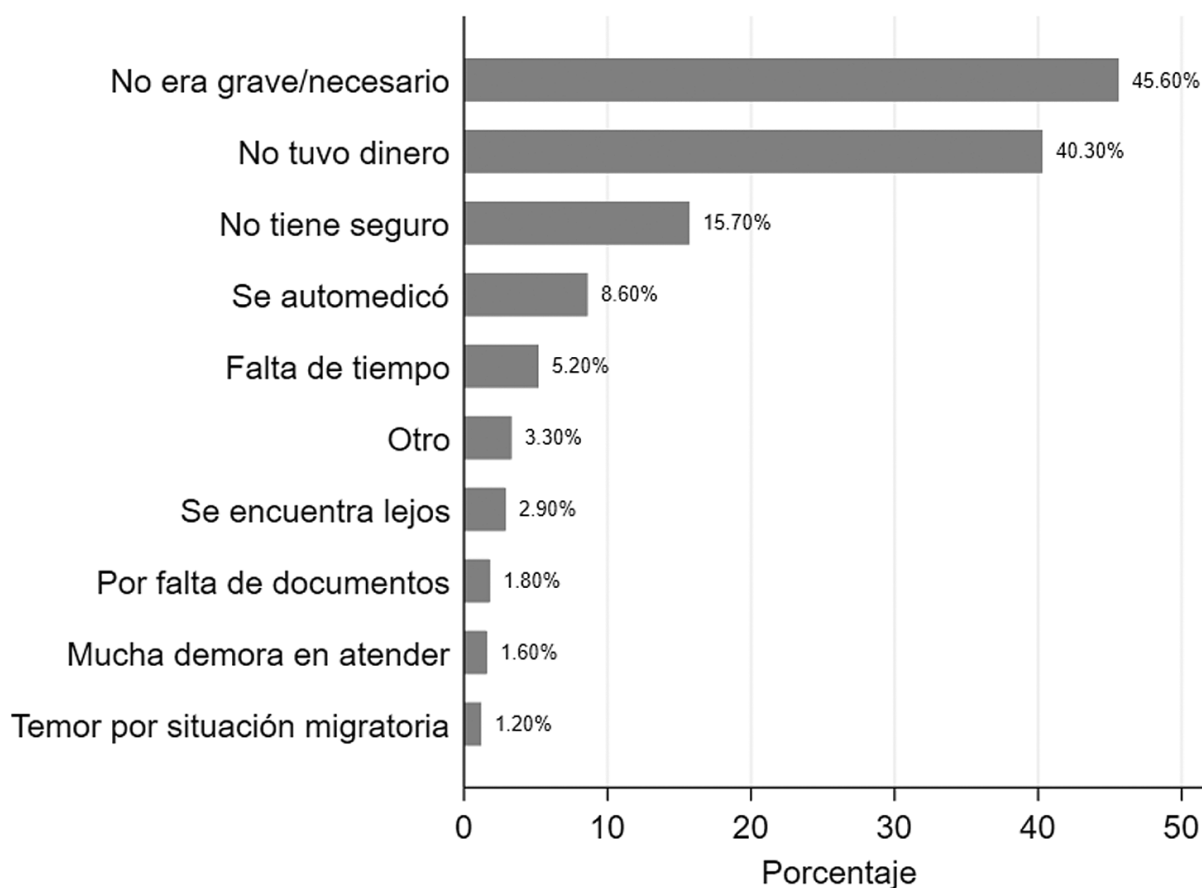
Enfermedad o malestar crónico	Demanda potencial - Enpove	Demanda efectiva - Enpove	Brecha de oferta/demanda	% de la brecha oferta/demanda
VIH/sida	256	9	247	96,52%
Otras enfermedades de transmisión sexual	239	20	219	91,47%
Reumatismo	952	91	861	90,49%
Asma	27 079	4171	22 907	84,60%
Artritis	3336	807	2529	75,80%
Otro	18 210	4553	13 658	75,00%
Colesterol	1347	357	990	73,49%
Enfermedad del corazón	2491	675	1816	72,92%
Hipertensión	12 810	3635	9175	71,63%
Diabetes	3184	911	2273	71,39%
Alteraciones de salud mental	496	150	346	69,67%
Cáncer	1454	524	929	63,93%
Enfermedad pulmonar	775	457	317	40,96%
Tuberculosis	12	12	0	0,00%
Total	72 641	16 372	56 268	

Nota: se entiende por «demanda potencial» a aquellos migrantes venezolanos que declararon tener un problema de salud y por «demanda efectiva» a aquellos que buscaron atención.

Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

Al indagar por las causas que tuvieron los migrantes venezolanos para no realizar un tratamiento con personal especializado o en un establecimiento de salud, las dos principales razones declaradas en la encuesta fueron la creencia de que el problema de salud padecido no era grave (45,6%) y la falta de recursos económicos (40,3%). También se mencionaron otros motivos, como la falta de acceso a un seguro de salud (15,7%), la automedicación (8,6%) y la falta de tiempo (5,2%), entre otros.

Figura 15. Razones de no asistencia a un establecimiento de salud, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

5.6. Demanda atendida de migrantes venezolanos en el Minsa

En general, a partir de la información, se aprecia que la demanda atendida por el Minsa es muy inferior a los problemas y las necesidades en salud de la población venezolana, lo que hace presumir que un importante porcentaje de los migrantes no acude a la atención profesional o institucional de salud,

buscando soluciones no institucionales como consultas en farmacias, automedicación, medicina tradicional y otras.

Esto quiere decir que la demanda atendida por el Minsa no necesariamente expresa la prevalencia de las patologías en la población venezolana. Hay patologías crónicas, como el cáncer o la diabetes, que tienen cifras de atención muy bajas en los consultorios del Minsa pese a que ocupan los lugares más altos en la lista de patologías en el perfil sanitario original de los migrantes en Venezuela.

Los elementos clave de morbilidad identificados a través de este análisis no consideran la gravedad de los casos o las comorbilidades/multimorbilidades que tendrían un efecto adicional sobre la salud y el bienestar a nivel individual, pues este estudio se centra únicamente en los casos notificados. Además, los análisis de datos que utilizan la información de 2020 se ven obstaculizados por la disponibilidad limitada de datos (solo siete meses, de enero a julio de 2020) debido al momento de realización de este análisis y por un problema global: la pandemia de COVID-19. No obstante, el análisis de datos cualitativos puede ayudar a establecer una imagen más completa de la salud de los migrantes venezolanos.

5.6.1. Tendencia general de los diez principales perfiles de morbilidad entre los migrantes venezolanos frente a toda la población

A continuación, elaboramos los diez principales perfiles de morbilidad en cuanto al número de casos reportados entre los migrantes venezolanos durante tres años: 2018, 2019 y 2020. Cabe indicar que estos perfiles fueron comparados con los de toda la población para 2019 y 2020 a partir de la base de datos del Reunis del Minsa.

Fue una decisión arbitraria el que cincuenta casos notificados en cada categoría de morbilidad se consideraran como el punto de corte para incluir a la morbilidad en el análisis; por lo tanto, se debe tener precaución al generalizar los resultados. Para ello, usamos los datos de los titulares de PTP como sustitutos del tamaño de la población venezolana dentro de nuestras soluciones pragmáticas, ya que este solo era un conjunto de datos disponibles de manera consistente a lo largo de los años que observamos.

Tabla 18. Número de casos por tipo de morbilidad en población venezolana atendida en el Minsa, 2018, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo)

Tabla 18. Número de casos por tipo de morbilidad en población venezolana atendida en el Minsa, 2018, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo)

	2018		2019	
	Morbilidad	Número de casos	Morbilidad	Número de casos
1	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	4694	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	15 382
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4356	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	13 045
3	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	3663	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	12 856
4	Otras deficiencias nutricionales	1291	Otras deficiencias nutricionales	4826
5	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual	1197	Obesidad y otros de hiperalimentación	4297
6	Obesidad y otros de hiperalimentación	1097	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual	4087
7	Enfermedades infecciosas intestinales	777	Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto	2727
8	Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto	755	Enfermedades infecciosas intestinales	2412
9	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	680	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1841
10	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	602	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1840
	2020		2021 (enero-marzo)	
	Morbilidad	Número de casos	Morbilidad	Número de casos
1	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	7669	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	875

Tabla 18. Número de casos por tipo de morbilidad en población venezolana atendida en el Minsa, 2018, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo)

2	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	5338	Obesidad y otros de hiperalimentación	463
3	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3912	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	438
4	Obesidad y otros de hiperalimentación	3459	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	435
5	Otras deficiencias nutricionales	2343	Otras deficiencias nutricionales	222
6	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual	2026	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual	206
7	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	1552	Enfermedades infecciosas intestinales	177
8	Otras enfermedades del sistema urinario	1204	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	143
9	Enfermedades infecciosas intestinales	1192	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	132
10	Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto	1113	Otras enfermedades del sistema urinario	123

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

En el caso de los migrantes venezolanos, los ocho principales grupos de morbilidad a nivel nacional que se mantienen a lo largo de los años 2018, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo) son:

- (K00-K14) Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares.
- (J00-J06) Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
- (O20-O29) Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
- (E50-E64) Otras deficiencias nutricionales.
- (E65-E68) Obesidad y otros de hiperalimentación.
- (A50-A64) Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual.

- (O30-O48) Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto.
- (A00-A09) Enfermedades infecciosas intestinales.

Considerando los datos a nivel anual, 2019 fue el año en el que hubo mayor cantidad de atenciones para todas las morbilidades consideradas. En este sentido, el año 2020 muestra una notoria reducción en la cantidad de casos reportados, lo que posiblemente esté relacionado con la pandemia de COVID-19. Para el análisis del año 2021 solo se tuvo información de los tres primeros meses, por lo que la cantidad absoluta de casos es menor.

A ello se puede agregar que dos grupos de morbilidades más, «enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores» (J40-J47) y «otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte» (O94-099), aparecen tres veces en los cuatro años estudiados. Igualmente, en el caso de toda la población venezolana atendida, los trastornos maternos relacionados con el embarazo y las enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares tienen presencia importante para todos los años analizados.

Cinco ítems más, «obesidad y otros por hiperalimentación» (E65-E68), «enfermedades del esófago y duodeno» (K20-K31), «enfermedades infecciosas intestinales» (A00-A09), «otras enfermedades del sistema urinario» (N30-N39) y «otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo» (O20-O29) también aparecen de forma consistente a nivel nacional a lo largo del periodo estudiado, concretamente de 2019 a marzo de 2021. Las «enfermedades infecciosas intestinales» (A00-A09), por su parte, disminuyen entre 2019 y 2020; no obstante, su importancia relativa aumenta el año 2021 hasta marzo, mientras que el ítem «otras enfermedades del sistema urinario» (N30-N39) mantiene su relevancia relativa.

Tabla 19. Número de casos atendidos en el Minsa por tipo de morbilidad, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo)

2019		2020		2021 (enero-marzo)	
Morbilidad	Número de casos	Morbilidad	Número de casos	Morbilidad	Número de casos

Tabla 19. Número de casos atendidos en el Minsa por tipo de morbilidad, 2019, 2020 y 2021 (enero-marzo)

1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	5 674 472	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2 341 661	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	229 029
2	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	4 444 859	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	1 553 800	Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	137 087
3	Obesidad y otros de hiperalimentación	1 441 385	Obesidad y otros de hiperalimentación	693 184	Síntomas y signos generales	71 120
4	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	1 126 694	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	645 557	Obesidad y otros de hiperalimentación	70 855
5	Dorsopatías	1 116 862	Dorsopatías	609 179	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	65 452
6	Enfermedades infecciosas intestinales	1 063 671	Síntomas y signos generales	602 913	Enfermedades infecciosas intestinales	64 540
7	Otras enfermedades del sistema urinario	1 045 216	Otras enfermedades del sistema urinario	595 163	Otras enfermedades del sistema urinario	60 900
8	Síntomas y signos generales	818 915	Enfermedades infecciosas intestinales	556 123	Dorsopatías	58 976
9	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	792 270	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	472 481	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	54 086
10	Anemias nutricionales	721 229	Artropatías	331 712	Anemias nutricionales	41 899

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

5.6.2. Demanda atendida por enfermedades crónicas

Durante los últimos tres años, desde que comenzó la recopilación de datos en 2018 por parte del Minsa, se observó la prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y la mandíbula; deficiencias nutricionales; infecciones de transmisión predominantemente sexual; y obesidad en 2020; a la par que se presenció un porcentaje importante de enfermedades al sistema urinario. Asimismo, se registraron enfermedades e infecciones respiratorias e intestinales, infecciones agudas del tracto respiratorio superior y enfermedades intestinales.

Cada perfil de morbilidad de 36 conjuntos de datos muestra una tendencia similar al perfil de morbilidad general, siendo Lima el mayor punto de acceso y demostrando un patrón de tendencia similar en los últimos tres años; por ejemplo, el año 2019 tuvo los casos más altos en diferentes morbilidades, pero la COVID-19 revirtió esta tendencia en 2020.

Según nuestro análisis de todas las morbilidades entre los migrantes venezolanos para el periodo 2018-2020, y dado que el año 2019 se identificó como el apogeo de la migración venezolana, puede ser que un mayor número de casos de morbilidad haya sido impulsado por la alta movilidad y el movimiento de migrantes, aunque esta tendencia al alza terminó en 2020, aparentemente afectada por la COVID-19. Se necesitan estudios adicionales para saber si esto se debe a que las personas no estaban buscando la atención médica necesaria, a que la capacidad de atención de la salud peruana se vio sobrepasada por la COVID-19 o a que la intensidad de la migración disminuyó debido a las medidas de restricción derivadas de la pandemia en el país y la región.

Nuestro análisis también reveló que las mujeres migrantes se ven afectadas por varios tipos de morbilidades, siendo el grupo de mujeres jóvenes (de 18 a 29 años) el más afectado, seguido por el de mujeres adultas (de 30 a 59 años) y, en menor medida, los niños pequeños de ambos sexos (de 1 a 5 años). Es interesante hacer notar que la salud de los jóvenes plantea un desafío para los sistemas de salud debido a muchos eventos fisiológicos, psicológicos y sociales que experimenta este grupo de edad específico. Se les considera más vulnerables porque la «edad de migración» es un factor crucial en el curso de la vida que puede influir en su salud y/o modificar la influencia de otros determinantes sociales de la salud (Acevedo-García, Sánchez-Vaznaugh, Viruell-Fuentes & Almeida, 2012). Adicionalmente, según la información anterior de los últimos tres años, la

proporción de mujeres que padecen todo tipo de morbilidad notificada ha aumentado ligeramente (de 72,5% en 2018 a 75,3% en 2019 y a 78,4% en 2020), en comparación con los hombres.

Por último, hay que destacar que Lima fue identificada como un punto crítico de morbilidad absoluta, seguida por el Callao. Como es de esperarse, el hecho de que Lima tenga el mayor número de migrantes venezolanos en el país se ve reflejado en este patrón.

5.6.3. Malnutrición: desnutrición, anemia y obesidad

Según la Encovi de 2020, el 79,3% de los venezolanos viviendo en Venezuela no tiene cómo cubrir la canasta de alimentos, particularmente en salud y nutrición; mientras que el 74% de los hogares tiene un grado de inseguridad alimentaria entre moderada y severa. El consumo nacional venezolano promedio de proteínas es de solo el 34,3% del requerido; por eso, en su tierra natal, solo el 71% de los niños venezolanos menores de 5 años tiene un peso normal, el 21% está en riesgo de desnutrición y el 8% presenta desnutrición global. Según la misma fuente, 639 000 niños en Venezuela tienen con desnutrición crónica.

De esta forma, la población migrante que ha salido de Venezuela por carencias básicas supera el concepto de vulnerabilidad, que atañe a la población en riesgo de daños o eventos negativos de salud. En este caso, mucha población migrante ha llegado ya con necesidades básicas insatisfechas, en particular alimentario-nutricionales.

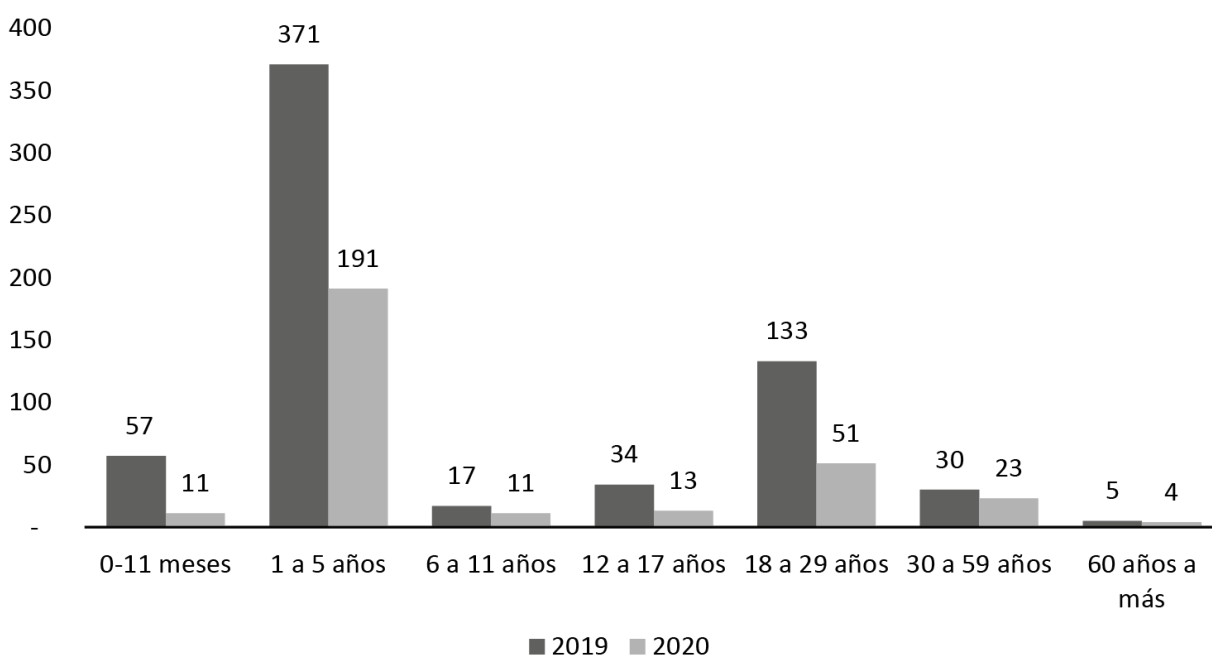
En ese sentido, según las estadísticas nacionales del Minsa (ver anexo 1), en el año 2019 y en el primer trimestre de 2020 se atendieron 676 y 304 casos de desnutrición crónica en los venezolanos residentes en el Perú, respectivamente, pero a todas luces esta información es limitada. Si esta información se desagrega por grupo de edad, se encuentra que la mayoría de los casos atendidos corresponde principalmente al segmento de edad de 1 a 5 años, el cual registró el 60% del número total de casos para el periodo mencionado.

Este último hecho es de especial importancia, ya que es principalmente en los primeros años de vida en donde tiene lugar el desarrollo cognitivo y corporal del infante. Por consiguiente, si no se atiende de forma oportuna la desnutrición, esta puede tener consecuencias irreversibles en todas las dimensiones del desarrollo humano. Según el estudio de Vargas-Machuca y

otros (2019), en el Cebaf Tumbes los niños migrantes afectados por desnutrición aguda en agosto de 2018 y marzo de 2019 totalizaron el 3%, y los afectados por desnutrición crónica fueron el 16,5% en agosto de 2018 y el 17,9% en marzo de 2019. En cuanto a la anemia en niños menores de 5 años, esta disminuyó en el lapso estudiado del 34,8% al 25%.

Por último, el análisis por sexo encuentra que las mujeres venezolanas representaron el 59,2% y 60,1% de los casos registrados de desnutrición en los años 2019 y 2020, de manera respectiva; esto es, la desnutrición fue mayoritariamente femenina.

Figura 16. Perú: casos de desnutrición por grupos de edad en población migrante venezolana, 2019-2020

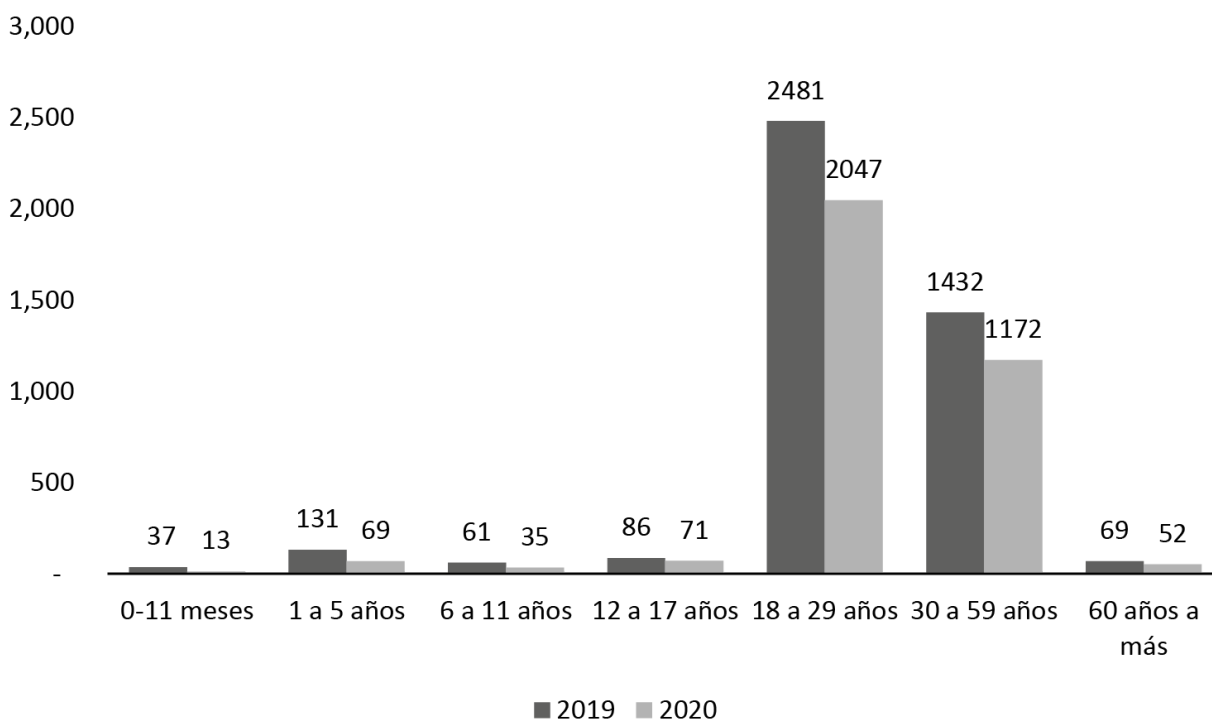


Fuente: elaborado a partir del Sistema de Información Hospitalaria (HIS, por sus siglas en inglés) del Minsa.

En relación con la atención de casos de obesidad en el Minsa, en el año 2019 y en el primer trimestre de 2020 se reportó la atención de 4297 y 3460 migrantes con obesidad (ver anexo 1), respectivamente. En el particular de la atención en salud por sexo, se observa que en los años considerados las mujeres representaron aproximadamente el 90% de los casos atendidos. Por último, en relación conl análisis de casos por grupos de edad, se puede apreciar que esta condición de riesgo se dio especialmente en los jóvenes

(de 18 a 29 años), los cuales representaron en el periodo de análisis cerca del 58% del total de casos atendidos.

Figura 17. Perú: casos de obesidad y otros por hiperalimentación en población migrante por grupos de edad, 2019-2020



Fuente: elaborado a partir del HIS Minsa.

5.6.4. Hipertensión

Respecto a la atención de casos de hipertensión, de acuerdo con el Minsa (anexo 1), en los años 2019 y 2020 los casos atendidos de migrantes venezolanos fueron 406 y 315, respectivamente. Al realizar una desagregación de las cifras por grupo de edad se encuentra que la hipertensión se reporta principalmente en los grupos de edad de 30 a 59 años y entre los mayores de 60, los cuales representaron en el periodo de análisis el 62,20% y 27,16% del número total de casos. Por último, un análisis similar por sexo permite concluir que las atenciones de hipertensión se efectuaron en una mayor proporción en las mujeres (66,79%).

5.6.5. Trastornos de desarrollo psicológico: salud mental

La frecuencia de los trastornos de salud mental se intensifica en 2019, con 568 casos atendidos en comparación a los 74 de 2018 y los 235 de 2020.

Los niños varones son los más atendidos por estos trastornos, que se observan con mayor frecuencia en el grupo de 1 a 5 años, que representa casi la mitad de los casos para 2019 (44,2%) y 2020 (50,4%). El grupo de niños varones de entre 6 y 11 años también representan un considerable porcentaje de atendidos para 2019 (31,4%) y 2020 (13,6%), seguido de cerca ambos años por el de niños varones de 1 a 5 años (24,8% en 2019 y 37,9% en 2020). En menor medida, se registra a las niñas de 6 a 11 años (21,4% en 2019 y 25,53% en 2020) (ver anexo 1).

De acuerdo con un diagnóstico rápido realizado por Blouin, Pinedo y Goncalves de Freitas (2019), se identificó una serie de afectaciones psicosociales entre la población migrante y refugiada venezolana en Lima, entre ellas angustia, temor e incertidumbre, frustración y desmotivación, tristeza, soledad y depresión, duelo y culpa, añoranza, extrañeza y esperanza de volver, agresividad y comprensión final de los impactos psicosociales. Arvelo (2021) estudió los impactos de la crisis venezolana en la salud mental antes del desembalse migratorio, encontrando una variedad de síntomas depresivos como desmotivación, pasividad, irritabilidad, queja constante por la situación, pesimismo, sentimientos de culpa y búsqueda de culpables, pérdida de la autoestima personal y como nacionales de Venezuela, entre otros. Para Arvelo, estos síntomas contribuyen a incrementar la desesperanza ya instalada como vivencia social compartida por la crisis sostenida y la falta de salidas a corto plazo en el campo político. Mougenot, Amaya, Mezones-Holguin, Rodríguez-Morales y Cabieses (2021) estudiaron la discriminación percibida y la salud mental en migrantes venezolanos en Perú, concluyendo que los venezolanos que percibían ser discriminados tenían 2,4 más probabilidades de presentar problemas de salud mental que sus homólogos no discriminados. El Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP, 2020), por su parte, encuestó a ochocientos migrantes en abril de 2019 en la frontera entre Perú y Ecuador, y encontró que la prevalencia de depresión y ansiedad era de 19% y 23% respectivamente, llegando a ser más elevada en las mujeres y mayor aún en las embarazadas.

5.6.6. Neoplasias

Los casos de cáncer son relativamente escasos a lo largo de los años, siendo 55 los atendidos en 2018, 171 en 2019 y 74 en 2020. Los hombres de 30 a

59 años fueron los más afectados por esta morbilidad en 2018 (45,5%). Sin embargo, en 2019 y 2020 esta característica cambió y la proporción de casos en hombres de 30 a 59 años disminuyó drásticamente a 12,3% en 2019 y 14,86% en 2020. La tendencia de la proporción de casos para mujeres de 30 a 59 años fue en aumento: se duplicó de 2018 (25,45%) a 2019 (53,8%), pero eso se revirtió parcialmente en 2020 (43,24%). Por otro lado, la proporción de mujeres atendidas mayores de 60 años está aumentando constantemente a lo largo del tiempo: en 2018 fue de 5,5%, en 2019 fue de 9,9% y de 12,16% para 2020. Definitivamente, la información tiene limitaciones y los migrantes no acceden fácilmente a estos servicios. En suma, hay una gran subrepresentación⁵ de las neoplasias en los migrantes, probablemente por la falta de acceso a la atención.

5.6.7. Diabetes

La frecuencia de atendidos por diabetes por el Minsa se intensifica desde 2018 (59 atendidos) hasta llegar a su pico en 2019 con 240 atendidos, para luego disminuir a 72 casos hasta julio de 2020. Los hombres entre 30 y 59 años fueron más atendidos por esta morbilidad en 2018 (40,68%), pero en 2019 y 2020 se redujo su participación en el total de atendidos por diabetes, con 28,75% y 23,49%, en cada caso. Esta reducción se debe al aumento de mujeres atendidas que tienen entre 18 y 29 años. Si bien para 2018 estas representaban el 8,47% de los atendidos por esta morbilidad, para 2019 y 2020 llegaron a ser el 10,83% y 12,08%, respectivamente. El aumento de casos en mujeres se puede también notar en el incremento del porcentaje de atendidos por diabetes, siendo estas el 42,37% en 2018, un 57,92% en 2019 y el 61,74% para 2020. Evidentemente, estas cifras bajas expresan un caso importante de subregistro.

Tabla 20. Enfermedades crónicas en población venezolana migrante por grupo etario y sexo, 2018

2018													
Morbilidad	0-11		11-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrición	24 2,19%	24 2,19%	15 1,37%	0 0,00%	665 60,62%	16 1,46%	308 28,08%	34 3,10%	11 1,00%	0 0,00%	1023 93,25%	74 6,75%	1097
Desnutrición	38 27,34%	39 28,06%	2 1,44%	6 4,32%	42 30,22%	3 2,16%	4 2,88%	2 1,44%	0 0,00%	3 2,16%	86 61,87%	53 38,13%	139
Enfermedad hipertensiva	1 0,71%	2 1,42%	0 0,00%	0 0,00%	7 4,96%	4 2,84%	55 39,01%	41 29,08%	17 12,06%	14 9,93%	80 56,74%	61 43,26%	141
Trastornos del desarrollo psicológico	30 40,54%	43 58,11%	1 1,35%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	31 41,89%	43 58,11%	74
Diabetes	1 1,69%	2 3,39%	0 0,00%	0 0,00%	5 8,47%	1 1,69%	17 28,81%	24 40,68%	2 3,39%	7 11,86%	25 42,37%	34 57,63%	59
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	6 10,91%	3 5,45%	14 25,45%	25 45,45%	3 5,45%	4 7,27%	23 41,82%	32 58,18%	55
	94	110	18	6	725	27	398	126	33	28	1268	297	1565

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 21. Enfermedades crónicas en población venezolana migrante por grupo etario y sexo, 2019

2019																			
Morbilidad	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrici3n	1 0,02%	1 0,02%	21 0,49%	14 0,33%	60 1,40%	71 1,65%	34 0,79%	27 0,63%	71 1,65%	15 0,35%	2419 56,30%	62 1,44%	1266 29,46%	166 3,86%	50 1,16%	19 0,44%	3922 91,27%	375 8,73%	4297
Desnutrici3n	0 0,00%	0 0,00%	40 6,18%	17 2,63%	194 29,98%	177 27,36%	4 0,62%	13 2,01%	24 3,71%	10 1,55%	97 14,99%	36 5,56%	20 3,09%	10 1,55%	4 0,62%	1 0,15%	383 59,20%	264 40,80%	647
Enfermedad hipertensiva	0 0,00%	0 0,00%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,25%	1 0,49%	2 6,40%	9 2,22%	166 40,89%	85 20,94%	75 18,47%	38 9,36%	270 66,50%	136 33,50%	406	
Trastornos del desarrollo psicol3gico	0 0,00%	0 0,00%	5 0,88%	4 0,70%	88 15,49%	251 44,19%	134 23,59%	58 10,21%	4 0,70%	15 2,64%	3 0,53%	0 0,00%	3 0,53%	1 0,18%	2 0,35%	0 0,00%	239 42,08%	329 57,92%	568
Diabetes	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,42%	0 0,00%	2 0,83%	2 0,83%	3 1,25%	0 0,00%	26 10,83%	8 3,33%	69 28,75%	63 26,25%	38 15,83%	28 11,67%	139 57,92%	101 42,08%	240
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	1 0,58%	1 0,58%	4 2,34%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,58%	0 0,00%	8 4,68%	9 5,26%	92 53,80%	21 12,28%	17 9,94%	17 9,94%	123 71,93%	48 28,07%	171
Total	1	1	68	37	348	499	174	101	104	42	2579	124	1616	346	186	103	5076	1253	6329

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 22. Enfermedades crónicas en población venezolana migrante por grupo etario y sexo, 2020

2020																			
Morbilidad	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrición	0 0,00%	0 0,00%	7 0,20%	6 0,17%	33 0,95%	36 1,04%	16 0,46%	19 0,55%	64 1,85%	8 0,23%	1.996 57,69%	51 1,47%	1.048 30,29%	124 3,58%	37 1,07%	15 0,43%	3.201 92,51%	259 7,49%	3460
Desnutrición	1 0,33%	0 0,00%	3 0,98%	7 2,30%	102 33,44%	89 29,18%	6 1,97%	5 1,64%	11 3,61%	3 0,98%	45 14,75%	6 1,97%	15 4,92%	8 2,62%	4 1,31%	0 0,00%	187 61,31%	118 38,69%	305
Enfermedad hipertensiva	0 0,00%	0 0,00%	1 0,32%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 0,63%	1 0,32%	37 11,75%	5 1,59%	137 43,49%	54 17,14%	58 18,41%	20 6,35%	235 74,60%	80 25,40%	315
Trastornos del desarrollo psicológico	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	23 9,79%	89 37,87%	60 25,53%	31 13,19%	6 2,55%	21 8,94%	0 0,00%	1 0,43%	4 1,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	93 39,57%	142 60,43%	235
Diabetes	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 1,34%	4 2,68%	0 0,00%	0 0,00%	2 1,34%	2 1,34%	18 12,08%	6 4,03%	46 30,87%	35 23,49%	24 16,11%	10 6,71%	92 61,74%	57 38,26%	149
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 2,70%	1 1,35%	0 0,00%	1 1,35%	1 1,35%	0 0,00%	3 4,05%	10 13,51%	2 2,70%	32 43,24%	11 14,86%	9 12,16%	2 2,70%	53 71,62%	21 28,38%	74
Total	1	0	11	15	161	218	83	56	85	38	2106	71	1282	232	132	47	3861	677	4538

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 23. Enfermedades crónicas en población venezolana por grupo etario y sexo, 2021 (hasta marzo)

Morbilidad	2021 (enero-marzo)																		
	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrición	-	-	-	1	3	4	1	1	16	1	217	14	178	21	6	0	421	42	463
	0,00%	0,00%	0,00%	0,22%	0,65%	0,86%	0,22%	0,22%	3,46%	0,22%	46,87%	3,02%	38,44%	4,54%	1,30%	0,00%	90,93%	9,07%	
Desnutrición	1	1	-	3	1	2	1	1	-	-	6	1	5	-	-	-	14	8	22
	4,55%	4,55%	0,00%	13,64%	4,55%	9,09%	4,55%	4,55%	0,00%	0,00%	27,27%	4,55%	22,73%	0,00%	0,00%	0,00%	63,64%	36,36%	
Enfermedad hipertensiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	16	12	9	4	34	16	50
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	18,00%	0,00%	32,00%	24,00%	18,00%	8,00%	68,00%	32,00%	
Trastornos del desarrollo psicológico	-	-	-	-	-	4	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	2	7	9
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	44,44%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	22,22%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	77,78%	
Diabetes	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	10	5	4	-	16	6	22
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,55%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,55%	4,55%	45,45%	22,73%	18,18%	0,00%	72,73%	27,27%	
Neoplasias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	9	1	2	1	14	2	16
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	18,75%	0,00%	56,25%	6,25%	12,50%	6,25%	87,50%	12,50%	
Total	1	1	-	4	5	10	2	2	16	3	238	17	218	39	21	5	501	81	582

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

5.6.8. Demanda atendida por enfermedades infecciosas

Inmunizaciones

En relación con las inmunizaciones de los migrantes venezolanos, en ningún caso ha sido superior al 18% de la población migrante, lo que significa que existe un potencial nivel de desprotección ante patologías que hoy son completamente prevenibles. De otro lado, el número de inmunizaciones subió desde el año 2017 hasta el 2019 y disminuyó en forma importante para el año 2020, acaso como probable expresión de los efectos de la pandemia sobre el sistema de salud.

En relación con los años en que ha habido mayores vacunaciones por tipo de patología a prevenir, se observa que en 2019 se puso la mayoría de vacunas: para fiebre amarilla, hepatitis A, hepatitis B, gripe, rabia y sarampión, difteria-tétanos, meningitis y poliomielitis en el rango del 61-62%. En el año 2018 se colocaron alrededor del 32-35% de la mayoría de vacunas. Los datos muestran una caída abismal de las vacunaciones en el año 2020, que estuvieron entre 1,2-1,5%, coincidiendo con los porcentajes de vacunaciones del año 2017.

Las vacunas que han merecido mayor atención en los años 2017-2020 han sido las de la fiebre amarilla con un total de 260 601 vacunados, la de hepatitis A con 197 009 y la de hepatitis B con 189 329 inmunizados, contra la gripe con 160 338 vacunados, y las de rabia y sarampión con 150 382 personas. Las vacunaciones que han recibido menos atención son la de peste neumónica con 60 029 migrantes vacunados, la de fiebre tifoidea con 80 389, y las de neumonía neumocócica y meningitis con 88 835 y 115 267 migrantes inmunizados, respectivamente.

Tabla 24. Vacunas recibidas por la población venezolana con PTP registrada por la SNM por año, 2017-2020

SNM 2017-2020*					
Tipo de vacuna	2017	2018	2019	2020	Total
Fiebre amarilla	5198 1,99%	89 760 34,44%	161 749 62,07%	3894 1,49%	260 601
Hepatitis A	3633 1,84%	68 191 34,61%	122 301 62,08%	2884 1,46%	197 009
Hepatitis B	3454 1,82%	65 110 34,39%	118 058 62,36%	2707 1,43%	189 329
Gripe	2694 1,68%	54 604 34,06%	100 614 62,75%	2426 1,51%	160 338
Rabia y sarampión	2661 1,77%	52 053 34,61%	93 519 62,19%	2149 1,43%	150 382
Difteria-tétanos	1932 1,56%	43 022 34,83%	76 914 62,27%	1640 1,33%	123 508
Meningitis	1993 1,73%	40 137 34,82%	71 436 61,97%	1701 1,48%	115 267
Poliomielitis	1872 1,74%	37 549 34,97%	66 245 61,70%	1702 1,59%	107 368
Cólera	1391 1,49%	29 991 32,14%	60 675 65,03%	1243 1,33%	93 300
Neumonía neumocócica	1514 1,70%	31 128 35,04%	54 780 61,66%	1413 1,59%	88 835
Fiebre tifoidea	1341 1,67%	27 512 34,22%	50 505 62,83%	1031 1,28%	80 389
Peste neumónica	884 1,47%	19 381 32,29%	38 906 64,81%	858 1,43%	60 029
Encefalitis por garrapatas	700 1,38%	16 097 31,67%	33 339 65,60%	688 1,35%	50 824
Encefalitis japonesa	604 1,34%	14 062 31,23%	29 742 66,05%	623 1,38%	45 031
Total	29 871	588 597	1 078 783	24 959	1 722 210

* La información de la SNM solo comprende a los migrantes venezolanos con PTP, que son la mayoría en el Perú.

Fuente: elaborado a partir de SNM, 2020.

VIH/sida

Según el Minsa, los migrantes venezolanos enrolados al programa de tratamiento antirretroviral representan el 4,6 % del total de personas viviendo con VIH/sida el periodo comprendido entre febrero de 2018 y junio de 2020, con 3138 casos, mayoritariamente concentrados en Lima y el Callao. De estos, el 79% corresponde a la Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris) Centro, seguida del Callao con 7%, y un 14% se distribuye por el resto de departamentos del país.

Por otro lado, la SNM (2020) indica que el 91,2% de las personas que declaran tener VIH están en el rango de 18 a 39 años y solo el 8,8% se encuentra en el rango de más de 40 años. De acuerdo con los datos del Minsa (ver tablas 22 a 24), fueron los hombres adultos entre 30 y 59 años aquellos que presentaron más esta morbilidad en 2018 (52,15%), 2019 (43,03%) y 2020 (35,23%). Luego, han sido los hombres entre 18 y 29 años los han representado una gran proporción de los migrantes con esta dolencia: en 2018 fue de 40,40%, en 2019 fue de 37,7% y en 2020 fue de 40,91%, año en el que este grupo etario superó al sector de su mismo sexo con edades entre 30 y 59 años.

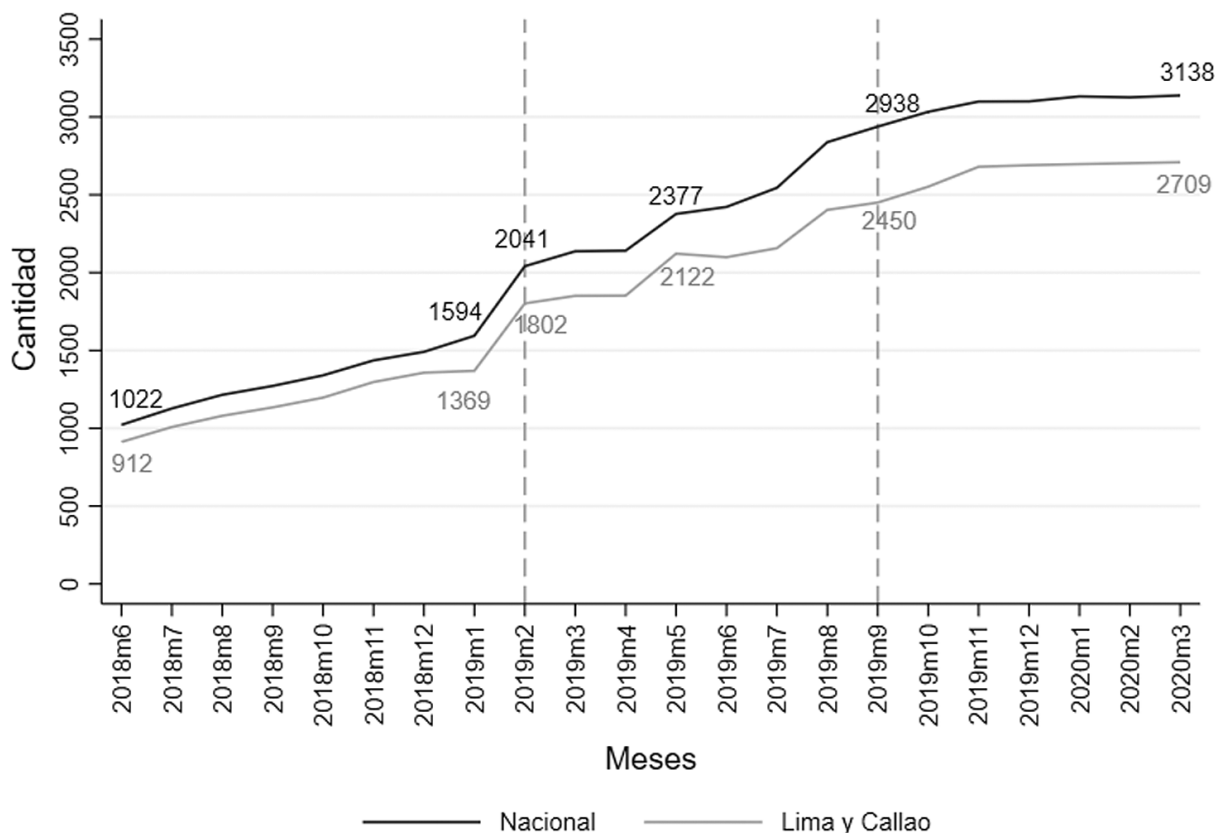
Respecto a la «atención en salud para los pacientes con VIH», está garantizada por el marco jurídico del Estado. La atención integral de los pacientes viviendo con VIH es gratuita en los establecimientos de salud acreditados para tal fin. Toda persona con diagnóstico de infección por VIH es evaluada para el inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) en un lapso no mayor a una semana de confirmado el diagnóstico. El TARV y las pruebas de monitoreo de VIH son gratuitas y su acceso es voluntario.

Las actividades que corresponden a esta política son la realización de ferias informativas; el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación (IEC); y la entrega de preservativos para su prevención. Sobre esta medida, se ofertan pruebas rápidas de VIH y sífilis, las cuales se aplican principalmente en los establecimientos de salud de primer nivel, por medio de brigadas móviles urbanas y en ferias informativas.

La última norma 097-Minsa/2018/DGIES, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), del año 2018, establece que «[...] la atención integral de las personas con infección por VIH es gratuita en los

establecimientos de salud públicos», definiendo atención integral como «[...] la atención a las personas con infección por VIH de acuerdo a sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida». Gracias a esta normativa, los migrantes venezolanos han podido ser atendidos en mayor cantidad a partir de 2018.

Figura 18. Perú: evolución de los casos de la población venezolana atendidos en el Programa Targa entre los segundos trimestres de 2017 y 2019



Fuente: elaborado a partir de datos obtenidos del Minsa, exposición, 30 de setiembre de 2020

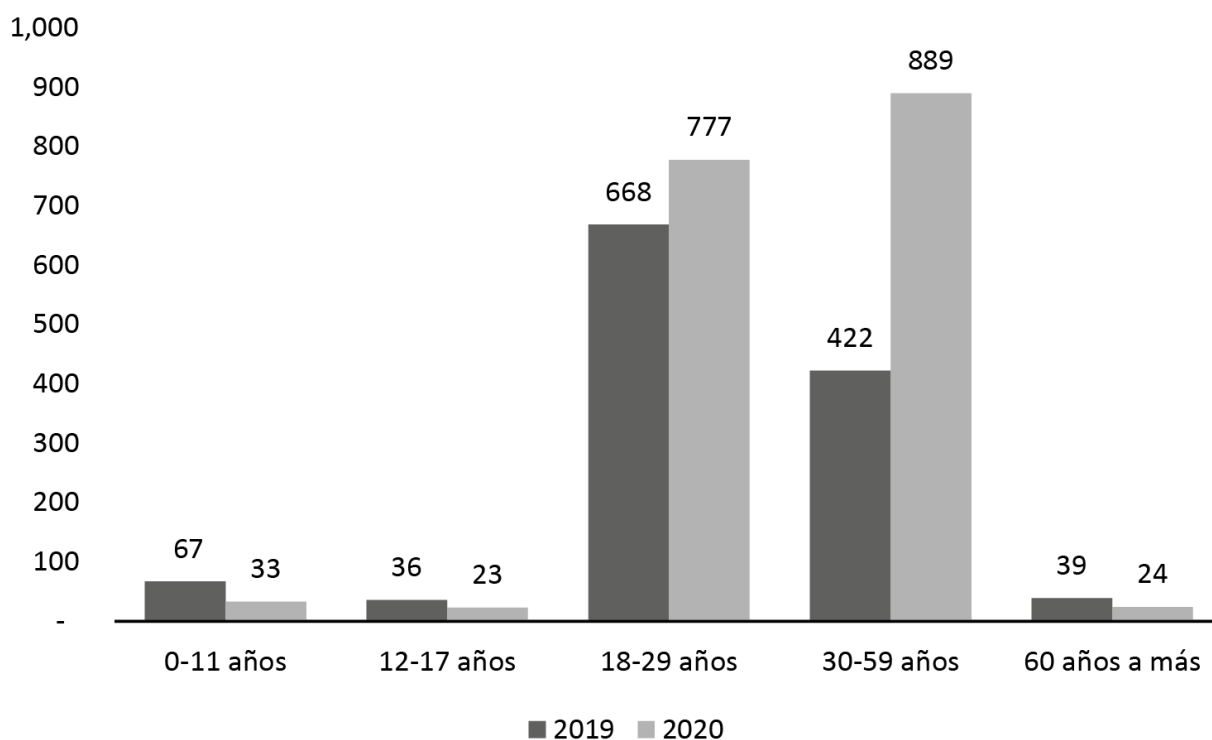
Tuberculosis (TBC)

Según la norma 104-Minsa/DGSP, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis, la atención integral a la TBC incluye la atención médica y por enfermería, la evaluación de contactos, la asistencia social y psicológica, la atención en salud sexual y reproductiva, la evaluación nutricional y los exámenes auxiliares basales.

En todo el año 2019 se notificaron 1232 pacientes inmigrantes venezolanos de TBC atendidos en el Minsa; mientras que en 2020 se atendieron 1746 casos, lo cual indica un incremento significativo, representando el 141,7% de las atenciones del año anterior. Por otra parte, en el primer trimestre de 2021 se atendieron trece casos de TBC.

Asimismo, para 2020 se estimó que un 20,2% de TB tamizados en población venezolana presentó coinfección TB-VIH, a la par que un 3,6% presentó comorbilidad de TBC con diabetes mellitus.

Figura 19. Evolución de los casos de la población venezolana con TBC por edades, 2019 y 2020



Fuente: elaborado a partir del HIS Minsa.

Malaria

La masiva migración venezolana propició el resurgimiento de la malaria en Latinoamérica y Perú no fue la excepción. Los migrantes venezolanos ocuparon el 96% de los casos de malaria importados en la zona fronteriza entre Ecuador y Perú en 2018, lo que destaca la importancia de la vigilancia y el control de la malaria en el corredor migratorio andino (Jaramillo-Ochoa y otros, 2019).

Venezuela ya erradicó la malaria anteriormente, pero se convirtió en responsable de más de la mitad de todos los casos de malaria en América en 2017, cuando los patrones migratorios venezolanos en Perú cambiaron drásticamente. Los migrantes venezolanos son muy vulnerables y su movilidad genera problemas de tratamiento y seguimiento. Además, la recaída de los hipnozoítos de *Plasmodium vivax* latentes también representa un problema, ya que los síntomas podrían ocurrir unos años después de la infección inicial.

Cabe relieves que la migración en la frontera norte abre el riesgo de reintroducción de la malaria en una zona históricamente endémica, donde ya se había interrumpido la transmisión en los últimos años (OPS/OMS, 2020).

Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares

Esta morbilidad representa el mayor número de casos (15 382) entre todas las morbilidades en Lima en 2019, al igual que para 2018 (4694). Así, las mujeres de 18 a 29 años ocupan casi el 50% del total de casos de esta morbilidad y las de 30 a 59 años representan alrededor del 22-24% de forma constante durante 2018, 2019 y 2020. Los niños menores de 11 años parecen representar una minoría constante con esta dolencia a lo largo del periodo mencionado, al igual que los adultos mayores de 60 años a más. Para este grupo de patologías de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares priman los jóvenes y, en particular, las mujeres, las cuales también tienen una presencia considerable en otras morbilidades.

Dermatitis y eczema

Los niños de ambos sexos de 1 a 5 años son los que más sufrieron este grupo de morbilidades en 2019 (44,52%) y 2020 (47,17%); sin embargo, para el primer trimestre de 2021, el que más casos atendidos registró es el grupo de mujeres mayores de 18 años (46%). De este segmento, las mujeres de 18 a 29 años representan un 23% y las mujeres de 30 a 59 años, el 23%. En esta medida, es la población venezolana más joven la que más se atiende por esta morbilidad. Asimismo, entre 2018 y 2019 parece no haber una diferencia significativa entre la proporción de hombres y mujeres que se atendían por dermatitis y eczema, pero esta situación cambió en 2020, año en el que las mujeres representaron el 60,75% de casos atendidos. Esta

tendencia se mantiene para el primer trimestre de 2021, en el que las mujeres representaron un 63% de los pacientes atendidos.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las mujeres migrantes venezolanas representan más del 80% de las ITS registradas durante 2018, 2019, 2020 y 2021 (primer trimestre). Las mujeres de 18 a 29 años en particular ocupan sistemáticamente más de la mitad de los casos atendidos para los años analizados, representando el 65,3% en 2018, un 63,1% en 2019, el 63,1% en 2020 y un 61% para el primer trimestre de 2021. Las mujeres entre 30 a 59 años, por su parte, fueron el siguiente grupo que tenía mayor representación a lo largo de los años, con el 21,05% en 2018, un 23,3% en 2019, el 24,05% en 2020 y un 16,9% para el primer trimestre de 2021. La diferencia de la proporción que representa el segmento femenino respecto al masculino es significativa, pues este otro no llega a superar el 25% de la proporción total de contagiados en ninguno de los años para ningún grupo etario.

Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores

Los casos atendidos de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores alcanzaron su pico en 2019 con 12 856 venezolanos migrantes atendidos, pues en 2020 solo se registraron 2440 casos. Los niños ambos sexos entre 1 y 5 años fueron alrededor del 50% de los casos para los años 2019 (56,59%) y 2020 (47,75%), lo cual también resulta probable para 2018, cuando los niños y las niñas entre 0 y 11 años fueron el 71% de los afectados con estas infecciones. Un escenario diferente se presentó para el primer trimestre de 2021, cuando los niños de 1 a 5 años representaron solo un 25,6% del total. En general, no existe diferencia entre la proporción que hombres y mujeres representan para todos los años estudiados, mientras que los adultos mayores de 60 años ocupan una cantidad no significativa en ninguno de los años.

Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo

Los pacientes con este grupo de morbilidades representan una cantidad notable de atenciones en 2018 (3663), 2019 (13 045), 2020 (4039) y el primer trimestre de 2021 (875). Se trata sobre todo de mujeres que están entre los 18 y 29 años, las mismas que representan más del 70% de estos casos para los años señalados. Las mujeres del siguiente grupo etario, que

va de 30 a 59 años, representan el otro 20 a 25% de los casos, como es esperable, pues no se presentan casos en las mujeres migrantes venezolanas mayores de 60 años. En 2019, año en el que se alcanza la mayor cantidad de atendidos por las morbilidades consideradas, el grupo de 30 a 59 años llega a ser el segundo con más casos atendidos en la población venezolana.

Tabla 25. Enfermedades infecciosas en población venezolana atendida en el Minsa por grupo etario y sexo, 2018

2018													
Morbilidad	0-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Enfermedades de la cavi- dad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	210 4,47%	175 3,73%	108 2,30%	33 0,70%	2287 48,72%	270 5,75%	1100 23,43%	457 9,74%	33 0,70%	21 0,45%	3738 79,63%	956 20,37%	4694
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1273 29,22%	1418 32,55%	43 0,99%	48 1,10%	635 14,58%	291 6,68%	390 8,95%	219 5,03%	31 0,71%	8 0,18%	2372 54,45%	1984 45,55%	4356
Otros trastornos maternos relacionados principal- mente con el embarazo	0 0,00%	0 0,00%	76 2,07%	0 0,00%	2779 75,87%	0 0,00%	808 22,06%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3663 100,00%	0 0,00%	3663
Infecciones de transmisión predominantemente sexual	0 0,00%	0 0,00%	19 1,59%	0 0,00%	782 65,33%	86 7,18%	252 21,05%	57 4,76%	1 0,08%	0 0,00%	1054 88,05%	143 11,95%	1197
Dermatitis y eczema	86 23,43%	111 30,25%	3 0,82%	4 1,09%	66 17,98%	25 6,81%	42 11,44%	25 6,81%	4 1,09%	1 0,27%	201 54,77%	166 45,23%	367
Tuberculosis	3 5,00%	1 1,67%	0 0,00%	2 3,33%	9 15,00%	17 28,33%	4 6,67%	24 40,00%	0 0,00%	0 0,00%	16 26,67%	44 73,33%	60
VIH	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	11 3,15%	141 40,40%	15 4,30%	182 52,15%	0 0,00%	0 0,00%	26 7,45%	323 92,55%	349
Total	299	287	130	39	3155	539	1413	745	38	22	5035	1632	6667

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 26. Enfermedades infecciosas en población venezolana atendida en el Minsa por grupo etario y sexo, 2019

Morbilidad	2019																		
	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	3 0,02%	0 0,00%	28 0,18%	31 0,20%	517 3,36%	525 3,41%	403 2,62%	460 2,99%	420 2,73%	160 1,04%	7345 47,75%	761 4,95%	3508 22,81%	980 6,37%	169 1,10%	72 0,47%	12 393 80,57%	2989 19,43%	15 382
Infecciones de transmisión predominantemente sexual	1 0,02%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,02%	1 0,02%	1 0,02%	2 0,05%	0 0,00%	105 2,57%	2 0,05%	2579 63,10%	310 7,59%	952 23,29%	125 3,06%	8 0,20%	0 0,00%	3648 89,26%	439 10,74%	4087
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	24 0,19%	16 0,12%	434 3,38%	497 3,87%	3384 26,32%	3377 26,27%	457 3,55%	493 3,83%	179 1,39%	111 0,86%	1750 13,61%	564 4,39%	989 7,69%	449 3,49%	95 0,74%	37 0,29%	7312 56,88%	5544 43,12%	12 856
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	1 0,01%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	499 3,83%	0 0,00%	10 150 77,81%	0 0,00%	2393 18,34%	0 0,00%	2 0,02%	0 0,00%	13 045 100,00%	0 0,00%	13 045
Dermatitis y eczema	4 0,36%	4 0,36%	55 4,99%	56 5,08%	237 21,49%	254 23,03%	34 3,08%	42 3,81%	13 1,18%	16 1,45%	166 15,05%	48 4,35%	120 10,88%	39 3,54%	11 1,00%	4 0,36%	640 58,02%	463 41,98%	1103
Tuberculosis	0 0,00%	0 0,00%	1 0,55%	0 0,00%	2 1,09%	1 0,55%	2 1,09%	4 1,09%	2 1,09%	1 0,55%	34 18,58%	69 37,70%	19 10,38%	44 24,04%	3 1,64%	1 0,55%	63 34,43%	120 65,57%	183
VIH	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,25%	0 0,00%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	42 10,45%	145 36,07%	27 6,72%	173 43,03%	2 0,50%	9 2,24%	72 17,91%	330 82,09%	402
Total	8	4	84	88	757	782	441	507	541	180	10 166	1333	4626	1361	193	86	16 816	4341	21 157

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 27. Enfermedades infecciosas en población venezolana atendida en el Minsa por grupo etario y sexo, 2020

Morbilidad	2020																		
	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	4 0,10%	0 0,00%	1 0,03%	8 0,20%	146 3,71%	148 3,76%	103 2,61%	81 2,06%	116 2,94%	48 1,22%	1917 48,67%	143 3,63%	936 23,76%	227 5,76%	41 1,04%	20 0,51%	3264 82,86%	675 17,14%	3939
Infecciones de transmisión predominantemente sexual	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 0,27%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	35 3,09%	1 0,09%	691 61,10%	80 7,07%	272 24,05%	46 4,07%	2 0,18%	1 0,09%	1003 88,68%	128 11,32%	1131
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3 0,12%	5 0,20%	41 1,68%	58 2,38%	566 23,20%	599 24,55%	74 3,03%	74 3,03%	29 1,19%	22 0,90%	375 15,37%	125 5,12%	278 11,39%	155 6,35%	20 0,82%	16 0,66%	1386 56,80%	1054 43,20%	2440
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	146 3,61%	0 0,00%	3064 75,86%	0 0,00%	828 20,50%	0 0,00%	1 0,02%	0 0,00%	4039 100,00%	0 0,00%	4039
Dermatitis y eczema	1 0,38%	0 0,00%	8 3,02%	6 2,26%	61 23,02%	64 24,15%	11 4,15%	7 2,64%	1 0,38%	6 2,26%	44 16,60%	13 4,91%	33 12,45%	6 2,26%	2 0,75%	2 0,75%	161 60,75%	104 39,25%	265
Tuberculosis	0 0,00%	0 0,00%	1 0,08%	0 0,00%	1 0,98%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,98%	0 0,00%	0 0,00%	28 27,45%	23 22,55%	21 20,59%	25 24,51%	1 0,98%	1 0,98%	52 50,98%	50 49,02%	102
VIH	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	10 11,36%	36 40,91%	11 12,50%	31 35,23%	0 0,00%	0 0,00%	21 23,86%	67 76,14%	88
Total	8	5	51	72	777	811	188	163	327	77	6129	420	2379	490	67	40	9926	2078	12 004

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 28. Enfermedades infecciosas en población venezolana atendida en el Minsa por grupo etario y sexo, 2021 (hasta marzo)

Morbilidad	2020																		
	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares	1 0,23%	- 0,00%	1 0,23%	- 0,00%	23 5,29%	22 5,06%	12 2,76%	19 4,37%	28 6,44%	- 0,00%	173 39,77%	16 3,68%	117 26,90%	17 3,91%	5 1,15%	1 0,23%	360 83%	75 17%	435
Infecciones de transmisión predominantemente sexual	1 0,49%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	1 0,49%	- 0,00%	- 0,00%	7 3,40%	2 0,97%	126 61,17%	22 10,68%	35 16,99%	11 5,34%	- 0,00%	1 0,49%	169 82%	37 18%	206
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1 0,23%	1 0,23%	3 0,68%	14 3,20%	62 14,16%	51 11,64%	15 3,42%	8 1,83%	4 0,91%	4 0,91%	89 20,32%	36 8,22%	112 25,57%	31 7,08%	4 0,91%	3 0,68%	290 66%	148 34%	438
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	34 4%	- 0%	622 71%	- 0%	219 25%	- 0%	- 0%	- 0%	875 100%	- 0%	875
Dermatitis y eczema	- 0%	- 0%	1 3%	2 5%	4 10%	7 18%	1 3%	3 8%	1 3%	1 3%	9 23%	- 0%	9 23%	2 5%	- 0%	- 0%	25 63%	15 38%	40
Tuberculosis	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	1 8%	4 31%	5 38%	3 23%	- 0%	- 0%	6 46%	7 54%	13
VIH	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	1 2,56%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	1 2,56%	10 5,13%	2 5,13%	24 61,54%	1 2,56%	- 0,00%	4 10%	35 90%	39
Total	3	1	5	16	89	82	28	30	74	7	1021	88	499	88	10	5	1729	317	2046

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

5.6.9. Comparación de la demanda atendida de venezolanos y peruanos (población total)

Lo primero a advertir es que las cifras de la demanda venezolana atendida en los servicios del Minsa presentan limitaciones, por lo que no deben ser tomadas como el perfil sanitario de la población migrante venezolana. Es probable que expresen un gran subregistro, pues solo a partir de octubre de 2020 se incluyó la variable «nacionalidad» en los formatos de recolección de información. La escasa demanda atendida expresa también una falta de acceso a la atención en salud por parte de la población migrante.

Pese a ello, con la información existente, se ha procedido a comparar los trece grupos de morbilidades que se han encontrado con mayor prevalencia

en la demanda atendida de la población venezolana y peruana. En primer lugar, la comparación de las trece patologías más atendidas en los servicios del Minsa entre los años 2019 y 2020 revela que tanto los peruanos como los venezolanos comparten entre sus diez prioridades cuatro tipos de morbilidad:

- (J00-J06) Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
- (K00-K14) Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares.
- (O20-O29) Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
- (E65-E68) Obesidad y otros de hipernutrición.

Más específicamente, las dos morbilidades más comunes en la población venezolana son las correspondientes a las categorías K00-K14 (enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares) y O20-O29 (otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo); mientras que en la población peruana atendida las patologías más frecuentes están vinculadas, por orden de prevalencia, a las categorías J00-J06 (infecciones agudas de las vías respiratorias superiores) y K00-K14 (enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y los maxilares).

De otro lado, además del análisis en términos absolutos, se ha procedido a estudiar la presencia de venezolanos y peruanos en la demanda atendida por el Minsa por patologías entre los años 2019 y 2021 para apreciar, primero, qué tipos de morbilidad se encuentran más presentes en la población venezolana migrante; y, segundo, la participación del número de casos atendidos de migrantes venezolanos respecto al número total de casos atendidos en el Minsa. Si para una patología determinada se encuentra que la segunda proporción es mayor que la primera, se puede colegir que dicha morbilidad se presenta en una magnitud relativamente mayor en la población venezolana.

En la tabla 29 se calcula la segunda proporción indicada para cada una de las trece morbilidades seleccionadas. Este porcentaje estimado debe ser comparado con la participación de la población venezolana en la población total atendida, la cual, para el periodo de análisis y considerando

únicamente a los migrantes venezolanos que tienen PTP, es de aproximadamente 1,10%.

A partir del análisis comparativo, se puede observar que las morbilidades que se presentan en una mayor proporción en esta población migrante han sido el VIH, las neoplasias, la obesidad y la diabetes. Respecto a las otras nueve morbilidades, no se cumple que la participación de la población venezolana en el número de casos atendidos sea mayor que su participación en la población total. Ergo, aparentemente, la población venezolana padecería menos estas patologías que el resto de la población del Perú.

Sin embargo, es importante mencionar que el número de casos atendidos por el sistema de salud no es necesariamente un reflejo fidedigno de la prevalencia de morbilidades. En ese sentido, en el apartado de salud de la presente investigación se refirió que existe un grupo significativo de venezolanos que no se atiende en centros institucionalizados de salud.

Tabla 29. Venezolanos y peruanos atendidos en el Minsa según morbilidad, 2019-2021 (Reunis)

Morbilidad	2019			2020			2021 (enero-marzo)		
	Nº venezolanos	Nº peruanos	% venezolanos	Nº venezolanos	Nº peruanos	% venezolanos	Nº venezolanos	Nº peruanos	% venezolanos
Enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y la mandíbula	15 382	4 428 813	0,35%	5338	1 553 800	0,34%	435	137 087	0,32%
Dermatitis y eczema	1103	447 615	0,25%	455	232 126	0,20%	40	21 269	0,19%
Infecciones de transmisión predominantemente sexual	4087	574 266	0,71%	2026	277 184	0,73%	206	28 752	0,71%
Tuberculosis	183	87 357	0,21%	168	56 474	0,30%	13	6310	0,21%
VIH	402	26 305	1,50%	179	14 253	1,24%	35	1224	2,78%
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	12 856	5 660 844	0,23%	3912	2 341 661	0,17%	438	229 029	0,19%
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	13 045	778 858	1,65%	7669	472 481	1,60%	875	54 086	1,59%
Enfermedad hipertensiva	406	193 377	0,21%	315	113 788	0,28%	50	11 037	0,45%
Trastornos del desarrollo psicológico	568	197 663	0,29%	235	74 492	0,31%	9	5193	0,17%
Neoplasias	171	104 686	0,16%	74	56 179	0,13%	15	6005	0,25%
Obesidad y otros de hipernutrición	4297	1 436 493	0,30%	3459	693 184	0,50%	463	70 855	0,65%
Desnutrición	647	545 055	0,12%	304	247 077	0,12%	23	20 991	0,11%
Diabetes	240	185 271	0,13%	149	109 634	0,14%	22	12 388	0,18%
Total	53 387	14 666 603	0,36%	24 124	6 233 949	0,39%	2624	604 226	0,43%

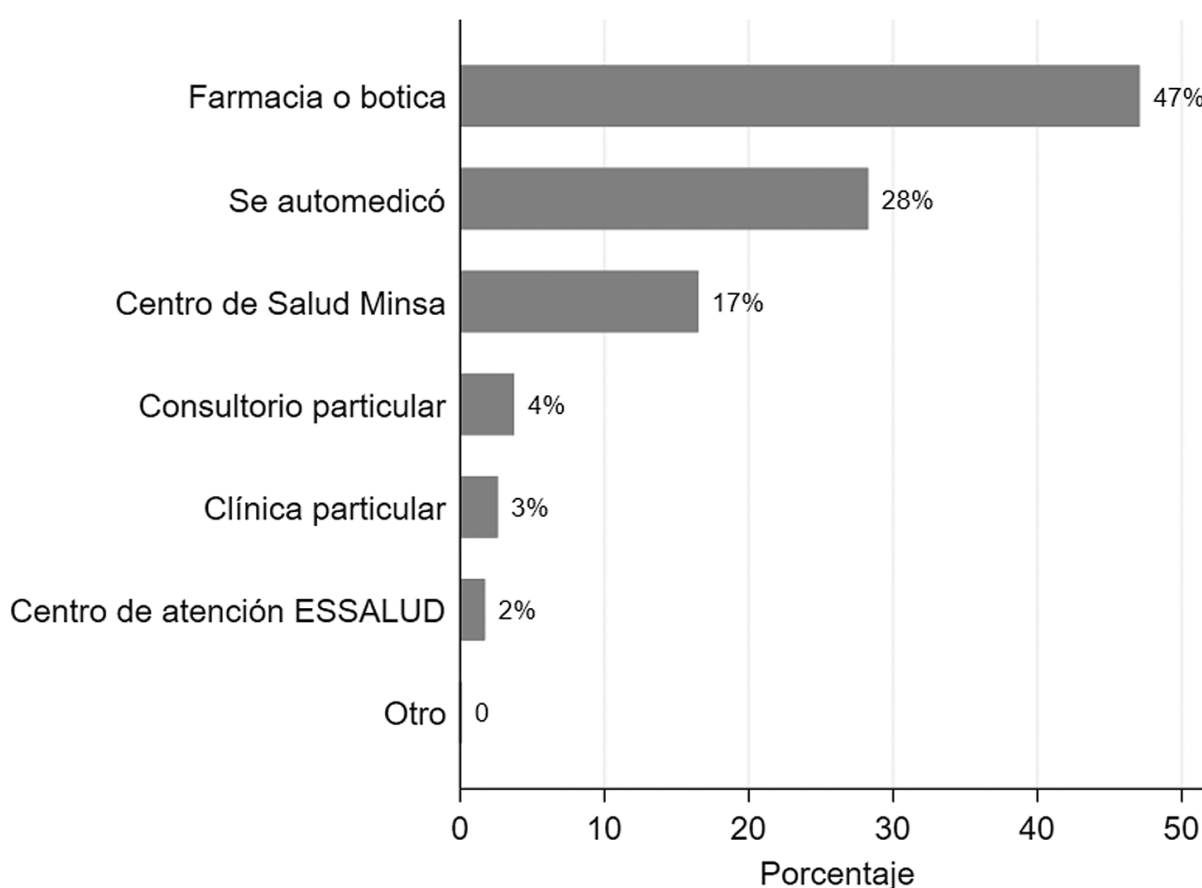
Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

5.7. Utilización y percepción de servicios

Los migrantes venezolanos desconocen la oferta de servicios disponibles y, por consiguiente, cómo usarlos; sin embargo, sus preferencias establecen un

patrón de utilización de servicios característico de los migrantes venezolanos. Un 47% dice atenderse en farmacias o boticas, el 28% se automedica, otro 17% acude a un centro de salud del Minsa, solo el 4% asiste a consultorios particulares, el 3% usa las clínicas y apenas el 2% va a EsSalud. En conclusión, entre los que tienen problemas de salud y buscan algún lugar de atención, el 75% no asiste a una oferta propiamente institucional, sino a farmacias o se automedica.

Figura 20. Lugares de atención en salud preferidos por los migrantes venezolanos, 2018



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

Los discursos de los inmigrantes venezolanos entrevistados en este trabajo nos han permitido identificar sus experiencias en relación con el acceso y el uso de los servicios de salud en el Perú. En algunos discursos de los migrantes venezolanos se observa la disconformidad respecto a la falta de acceso a los servicios de salud.

Como algunos migrantes señalan, la única causa justificada para ellos para solicitar atención médica es solo en caso de urgencias o de emergencias que necesiten la intervención de especialistas. En relación con el acceso de la población inmigrante venezolana a los servicios de salud, podemos observar que las barreras que existen en el sistema de salud peruano para responder a sus demandas específicas, de la misma manera que con la población peruana, son los costos y la falta de información sobre servicios y programas. También se pone de manifiesto la dificultad para lograr autorización por parte de los empleadores para asistir a los centros de salud.

Debido a las características de la atención de salud pública venezolana, donde todos los servicios son gratuitos, el migrante venezolano sufre un impacto desmotivador al informarse de los costos y pagos que debe enfrentar para acceder a atención médica en Perú, ya sea por consulta o mediante tratamientos.

Igualmente, se han observado diferencias en el acceso en función del género, lo que coincide con el hecho del menor acceso de la mujer venezolana al trabajo y a los servicios de salud, y con la tendencia a veces patriarcal de los venezolanos de asumir la carga económico-laboral familiar. Ambas cosas repercuten en el acceso al SIS de las mujeres en caso de embarazo o de atención a hijos menores a 5 años de edad.

Al tratarse de un colectivo joven, hemos identificado que el migrante venezolano mantiene los asuntos de salud en un nivel secundario, lo que reflejaría una menor frecuencia en visitas a centros y hospitales. Sin embargo, los problemas que presentan se asocian al duelo migratorio y sus consecuencias, así como a las condiciones de trabajo, la escasa integración y la falta de capital social en Perú. Es decir, su salud emocional se ve afectada por la separación de sus afectos y la inestabilidad laboral (Bhugra, 2004).

Otras prácticas comunes son la automedicación y las consultas en farmacia, lo que conlleva al consumo de fármacos sin prescripción y expone a los migrantes venezolanos a todos los problemas que ello implica. Esto, regularmente, porque son población joven que tiende a buscar la inmediatez para la solución de sus problemas, por lo que suelen descartar el proceso burocrático que implica ir a un hospital y, más bien, optan por la automedicación o la consulta en la farmacia. Esto se da, además, según lo

manifiestan los migrantes, por los limitados recursos económicos, así como por el desconocimiento sobre el sistema de salud peruano y su uso.

Lo anterior se expresa en que el 19,4% no buscó atención y quienes sí la buscaron lo hicieron consultando en farmacias o, por último, automedicándose antes que asistiendo a los centros de salud formales (INEI, 2018). Asimismo, existe discriminación hacia las personas migrantes en los centros que brindan los servicios de salud. El 6% de encuestados declaró que se le había impedido el ingreso a este tipo de establecimientos y, del total de casos, el 90% consideró que fue debido a su condición de migrante (Blouin, 2019, p. 52).

Del 80,6% que sí buscó atención, más de la mitad (55%) se acercó a una farmacia o botica, un 34,5% se automedicó y otro 17,7% se acercó a un hospital del Minsa. En menor proporción, un 4% ha asistido a un consultorio privado o a un hospital de la solidaridad (público-privado). El resto de las personas se atendió en una clínica privada (4%), en un hospital de EsSalud (2%) u otro (3%). La mayor parte de la población migrante venezolana desconoce cómo funciona el sistema de salud peruano y cómo acceder a él. Cabe señalar, además, que las personas venezolanas gastan cuarenta soles, en promedio, para cubrir servicios de salud (Blouin, 2019, p. 69).

La situación es aún más problemática cuando nos enfocamos en el acceso a la salud sexual y reproductiva. Las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) representan, aproximadamente, tres cuartas partes de las venezolanas en el Perú (Mendoza & Miranda, 2019, p. 4). Tres de cada diez mujeres mayores de 15 años fueron atendidas en servicios de salud sexual o reproductiva, mientras que, en el caso de los hombres, fue uno de cada cuatro. El uso de métodos modernos de planificación familiar en mujeres en edad fértil era de solo el 20,6%, muy por debajo del promedio de 56,4% de las peruanas urbanas. Asimismo, el 92% de las mujeres que necesitaron servicios lograron acceder a ellos y, en el caso de los varones, este porcentaje fue de 87%. Además, el 94% de las mujeres y el 85% de los hombres afirmaron conocer los métodos anticonceptivos, pero solo el 53% y el 55% indicó tener acceso a dichos métodos, respectivamente (CARE, 2020).

Finalmente, el discurso de los informantes revela también la presencia del elemento discriminador en diferentes momentos de la utilización de los

servicios de salud. En particular, algunos inmigrantes señalan que, en comparación con la población nacional, tienen mayores dificultades para la tramitación del SIS, en algunos casos se les niega la asistencia o que reciben tratos inapropiados por parte de los profesionales de la salud, motivados por el desconocimiento de la idiosincrasia y la condición de inmigrante. Asimismo, consideran que el nivel de la atención que reciben es de menor calidad que la que recibían en Venezuela.

De acuerdo al uso de los sistemas, las percepciones recogidas en las entrevistas sobre los servicios de atención son diversas.

Con mi bolsillo se tuvo que pagar. El trato fue bueno, se pudo hablar con gente de asistencia social, le hicieron un buen descuento, como 2000 soles, en el derecho a la operación, todos los medicamentos que le ponen a uno, [en] todo eso se fueron esos soles (entrevistado 16, 45 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Privado siempre. He ido al hospital Santa Rosa, que es público, pero igual pagué quince soles la consulta, más como 41 soles que fueron las medicinas que me mandaron. No es como en Venezuela, que tenía más facilidad o te ayudaban. Pero he ido al privado para ir al ginecólogo para que me hicieran la citología, un médico de las várices, y al psicólogo después, que también todo lo he pagado (entrevistada 1, 29 años, San Miguel, 10 de octubre de 2020).

Aquí en Perú el Gobierno no invierte en medicina y por eso hay un déficit, y tuve que comprar y se gastó como unos 200 soles en el parto de mi hija. Pero, bueno, creo que fue económico en comparación de otras personas, que me han dicho que han gastado 1000 o 1200 soles por no tener SIS y otras cosas (entrevistada 19, 24 años, Jesús María, 10 de octubre de 2020).

No tienes acceso para contar con seguro porque tienes carné de refugio, no te permiten acceso a SIS, ya tú tomas tus previsiones para no enfermarte pues, tomas tus vitaminas (entrevistada 25, 21 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Yo una vez sí me sentí un poquito [mal y] dije voy a ir para que hagan mis análisis. Y el día que fui no me quedaron más ganas de ir. Yo fui incluso a uno privado, pero creo que no es privado, era esos de la solidaridad. Bueno, lo cierto es que yo pagué. De verdad que la atención, no sé, uno como venezolano estaba acostumbrado a otra cosa. Por ejemplo, yo fui al médico, la doctora lo que dijo fue siéntate ahí, en ningún momento siquiera me vio la cara, estaba anotando, dime qué tienes, y no me veía y andaba yo mal, mal, porque tenía un sangrado que no me paraba. Ella no me mandó nada, solo unas indicaciones ahí, pero yo tenía quince días con ese sangrado. Me vi en la obligación de buscar por otro lado, con un doctor venezolano que me atendió como yo quería, porque me atendió. Eso es ser médico (entrevistada 12, 49 años, San Martín de Porres, 10 de octubre de 2020).

Yo me tengo que operar, pero como la situación en Venezuela está tan complicada, [pero] operarse acá es más complicado todavía, porque tú sabes que allá, si tú tienes contactos, aparecen los medicamentos, lo que necesites, incluso eso es lo que estoy pensando, en irme a Venezuela para operarme. Hay muchos comentarios de que le estamos quitando la medicina a los peruanos y eso sí que a nadie le gusta. Eso, no me parece que sea tan difícil poder atenderse en el Perú, [aunque] en Venezuela siempre todo era más fácil (entrevistada 7, 25 años, San Juan de Miraflores, 20 de octubre de 2020).

Condición física muy buena aquí, por lo mismo de las horas de trabajo nos hemos reprimido más en salir. Ha disminuido, porque en el sentido, ponte, que hay que pagar los servicios, [y] yo tengo dos padres, uno con diabetes, otro con hipertensión. Uno debe ver por ellos, estar pendientes. El estado ha disminuido, mi salud mental ha cambiado. A veces siento un poco de ira o de odio a personas en la televisión [por] cómo se expresan de nosotros los venezolanos. Eso me da impotencia y parezco loca pensando en eso todo el día a veces. En Venezuela todos los extranjeros que hay y uno normal, ¿verdad? Eso me estresa porque uno no era así, bueno por lo menos no yo. Catalogándonos de malos, delincuentes, y eso no está bien (entrevistada 15, 32 años, Jesús María, 20 de octubre de 2020).

Pues estando en Venezuela nunca había tenido problemas de ansiedad, aquí todo me provoca ansiedad porque no es mi país. Allá tenía el apoyo de mis padres, mis amigos; aquí me encuentro sola. Y te cuento que hasta tuve que ir al médico para que me recetara pastillas porque me da un vacío fuerte en el pecho. Antes eso jamás lo había experimentado [...] Bueno diría que el conseguir un trabajo estable, porque en el que estoy no es seguro ni fijo todavía y eso te hace sentir insegura. Bueno, y que mis niveles de estrés bajen (entrevistada 17, 35 años, Pueblo Libre, 10 de octubre de 2020).

Bueno, yo tuve, qué te digo, una infección vaginal, durante días estuve así. Como sé que ir al médico me iba a costar no solo la consulta, sino también algún examen, las pastillas y los óvulos y todo eso, dije mejor me voy a la farmacia. Y la chica me dijo tómame estas tres pastillas y este óvulo, y fíjate si mejoras o no; si no mejoras, vienes otra vez. Eso fue lo que me dijo y me sentí mejor, y no volví y no fui al médico (entrevistada 11, 29 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

5.8. COVID-19 y la población migrante venezolana

Se deduce de las entrevistas y la información recogida que las políticas públicas en el Perú en los últimos tres años, en cuanto a los migrantes venezolanos respecta, se han centrado más en su protección legal que en su protección social. Ha habido el supuesto de que la igualdad formal se iba a convertir automáticamente en igualdad real en el acceso a los servicios y, en particular, a los de salud, por lo que no se cerró las puertas a los migrantes, pero tampoco hubo un énfasis especial en su inclusión.

El decreto supremo 015-2017-RE estableció la Política Nacional Migratoria 2017-2025 con la finalidad de preservar los derechos de emigrantes e inmigrantes. Cuando comenzó a evidenciarse la migración venezolana, el Estado peruano emitió el decreto supremo 002-2017-IN, del 3 de enero de 2017, para habilitar el ingreso al país con el PTP si no se tenía antecedentes penales o judiciales. Vencidos los plazos estipulados, estos se fueron ampliando con el decreto supremo 023-2017-IN, del 29 de julio de 2017; y, luego, con el decreto supremo 001-2018-IN, del 23 de enero de 2018. Sin embargo, desde el 15 de junio de 2019, el Gobierno del expresidente Martín Vizcarra exigió a los venezolanos la obtención de una

visa humanitaria. Y, a partir del 25 de setiembre de 2019, el Gobierno peruano comenzó a exigir a los migrantes venezolanos que buscan ingresar al país la presentación de su pasaporte.

Sea bajo una u otra modalidad, al Perú ingresaron 885 000 migrantes venezolanos registrados hasta noviembre de 2020. Se dieron, entre el 2018-2020, algunas medidas de protección social para ellos, como la resolución ministerial 176-2018-TR, del 6 de julio de 2018, que habilita la contratación de ciudadanos venezolanos que cuenten con el PTP; y el decreto supremo 008-2018-TR, del 13 de setiembre de 2018, que declara que los contratos de trabajo de personal extranjero se consideran aprobados desde su presentación ante la AAT sin necesidad de evaluación previa. Igualmente, se facilitó la matrícula y el traslado de niños venezolanos mediante la resolución ministerial 665-2018-Minedu, del 4 de diciembre de 2018.

Pero este proceso de difícil inserción legal y social de los migrantes venezolanos fue profundamente afectado por la pandemia de la COVID-19. Según la Enpove (INEI, 2018), solo el 11,5% tenía trabajo con contrato y el otro 88,5% no contaba con ello. Respecto a sus ocupaciones, el 19% laboraba como cocinero y ayudante de cocina, el 16,9% era mesero, el 10,8% era limpiador o asistente doméstico, y un 7,4% era vendedor. Además, había un importante porcentaje de profesionales laborando en ocupaciones no profesionales. En otras palabras, la mayoría de migrantes venezolanos se había integrado a la informalidad, que abarca al 73% de la PEA peruana.

Cuando en marzo de 2020 se decretó la cuarentena, esta masa laboral informal, peruana y venezolana, no pudo salir a trabajar y tampoco tuvo oportunidad de aprovechar la posibilidad del trabajo remoto, que salvó a una parte de la economía formal. Los informales nacionales experimentaron dificultades, pero tenían redes familiares, comunitarias y también conocidos; pero los venezolanos, de los cuales el 75,5% laboraba en empresas con menos de diez trabajadores, no siempre contaban con esa ventaja. Muchos de ellos estaban, además, solo parcialmente insertados social y laboralmente, y no pudieron aprovechar la economía de la calle, los mercados y el comercio ambulatorio —formas básicas de autoempleo con las cuales sobrevivían—, ni recibir el bono que otorgó el Estado.

Los migrantes han sido así una de las franjas poblacionales en territorio peruano que más sufrió con la pandemia de COVID-19 y la estrategia de la

cuarentena total ante la primera ola de contagios.

5.8.1. La ausencia de estadísticas sobre la nacionalidad en el Minsa

Esta ilusión de que la igualdad legal podía convertirse en igualdad real se expresa en la inexistencia de una estadística sobre la nacionalidad de los pacientes atendidos por los diferentes prestadores de servicios del sistema de salud peruano. Por eso, aunque las cifras de atendidos se alejan mucho de la realidad, son las disponibles. No bastaba con declarar la universalización de la atención, había que facilitarla a peruanos y venezolanos; y, en paralelo, monitorearla. Recién en el último trimestre del año 2020 comenzó a recabarse información sobre los migrantes atendidos, aunque parcialmente.

La estadística oficial sobre la población inmigrante atendida por enfermedades relacionadas al COVID-19 declara que para agosto de 2020 esta sumaba un total de 356 personas en emergencia, seguida de 129 atendidos con hospitalización, 8 personas atendidas en UCI y un total de 822 atenciones por otros servicios (apoyo al diagnóstico, atención por Telesalud, internamiento con intervención quirúrgica menor y mayor, internamiento del recién nacido con patología no quirúrgica, atención en tópico, consulta externa, cesárea, atención de parto vaginal, teleorientación con prescripción y entrega de medicamentos).

En el periodo comprendido entre el 19 de marzo y el 27 de julio de 2020 la población inmigrante atendida sumó un total de 678 personas, siendo estas principalmente parte de los grupos de edades de 18 a 29 años y de 30 a 59 años. Para este grupo de atendidos, la información registra en el mismo periodo un total de 639 atenciones.

Al 27 de julio de 2020, 976 atenciones y 928 atendidos correspondían al SIS Gratuito, mientras que el SIS Independiente cubrió 13 atenciones y 11 atendidos. Respecto al SIS Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), las atenciones y los atendidos apenas sumaron 1 caso, respectivamente. En relación con el género, las personas atendidas eran principalmente mujeres con un total de 935 frente a 881 varones, lo que suma 1816 personas. Asimismo, según las bases de datos del SIS, el número de atenciones y atendidos para el mes de abril muestra pocos casos en comparación con el mes de mayo, en el que se nota una fuerte diferenciación; no obstante, se observa un incremento significativo para los meses de junio y julio.

Por otro lado, de acuerdo con los datos proporcionados por EsSalud, se aprecia que el número de atendidos por consulta externa en relación con la COVID-19 por parte de la Red Asistencial Almenara registra ocho casos, mientras que los hospitales Rebagliati y Sabogal presentaron once casos cada uno.

5.8.2. Tamizados y hospitalizados

La base de datos del Sistema Integrado para COVID-19 (Siscovid) del Minsa registra a partir de octubre alguna información sobre la atención del ministerio a los migrantes venezolanos. En relación con los tamizados a venezolanos, estos sumaron 19 742 de octubre a marzo de 2021, resultando positivos en 5700 casos; es decir, el 29%. Esta alta positividad podría deberse, por un lado, a las condiciones de hacinamiento en las que vive una parte de los migrantes; y, por otro, a la posibilidad de que migrantes con algunos síntomas hayan decidido buscar las pruebas de descarte.

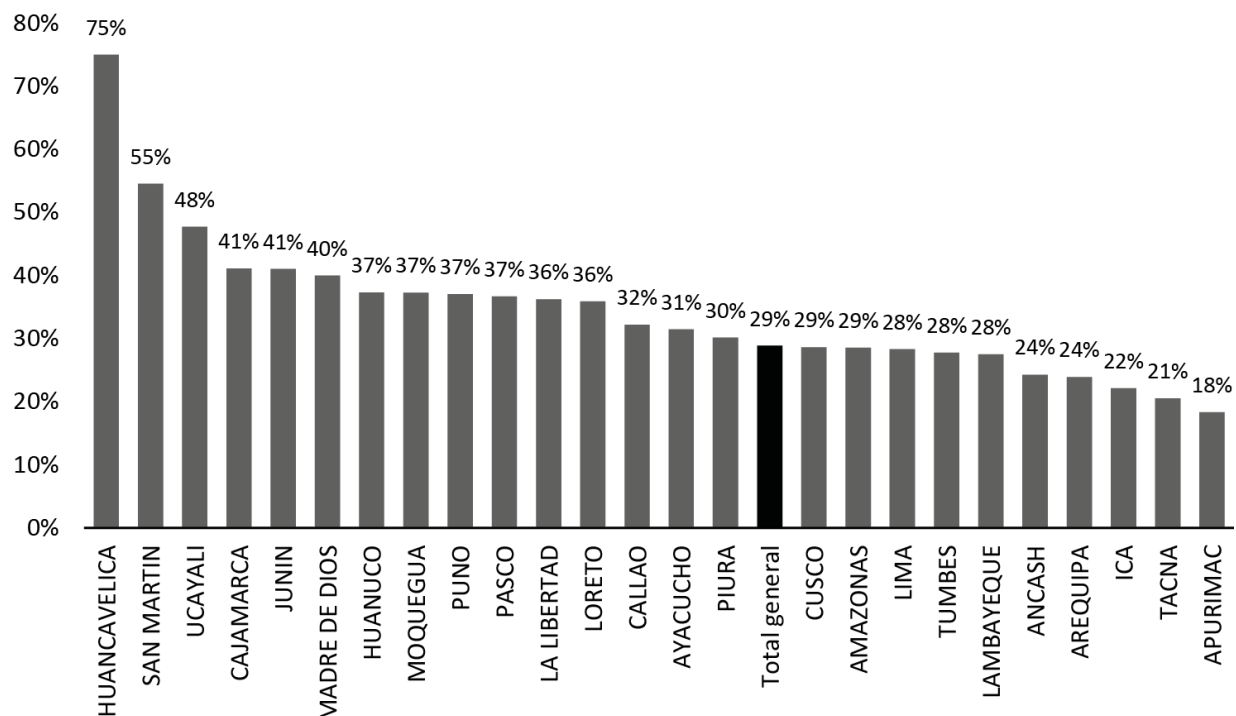
Tabla 30. Migrantes venezolanos y testeo, octubre de 2020-25 de abril de 2021

Variable	Cantidad
Total de migrantes tamizados	19 742
Positivos con prueba molecular (PCR)	312
Positivos con prueba rápida (PR)	3263
Positivos con prueba de antígenos (AG)	2261
Total de positivos	5700

Fuente: elaborado a partir de información del Siscovid del Minsa (2021).

Diferenciando a los tamizados positivos por departamentos se aprecia que la mayor positividad se dio en Huancavelica, San Martín, Ucayali y Cajamarca; y la menor positividad en Ica, Tacna y Apurímac, aunque siempre con cifras muy altas respecto al promedio nacional de tamizados positivos en la población en general (16%).

Figura 21. Positividad en migrantes venezolanos tamizados por el Minsa, octubre de 2020-25 de abril de 2021 (PR+PCR+AG)*

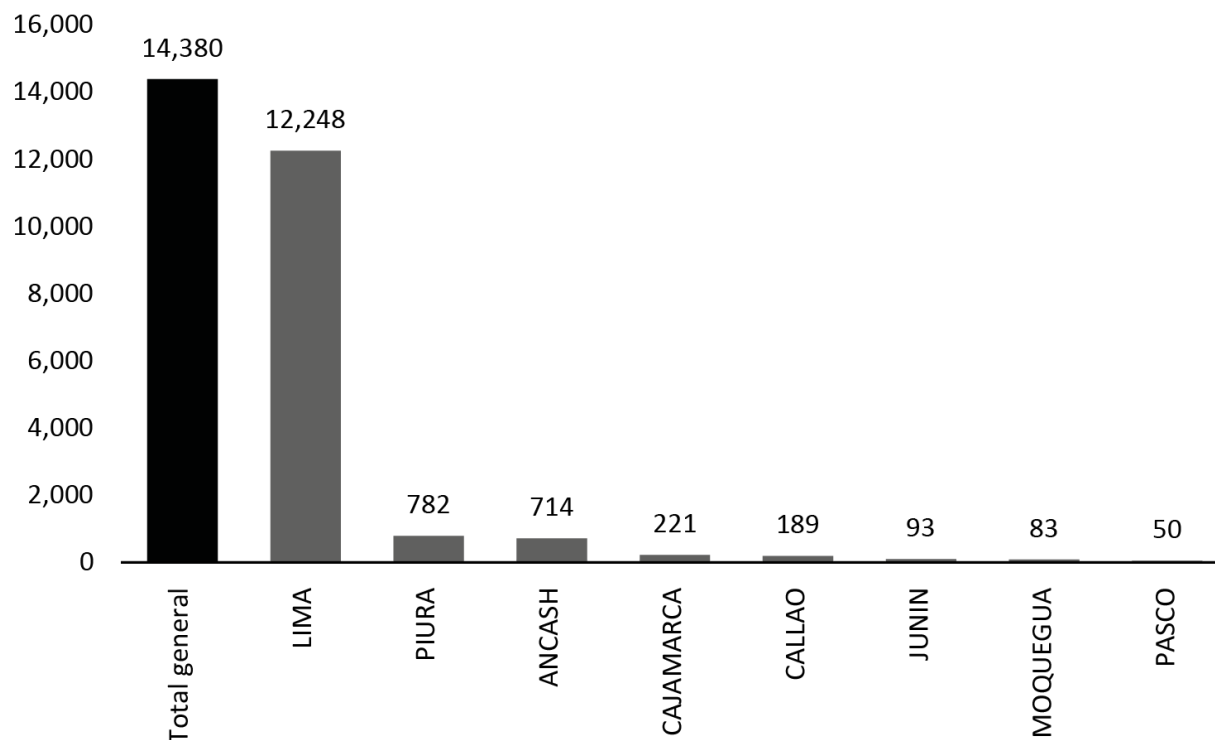


* Positividad = personas con resultado positivo/personas tamizadas.

Fuente: elaborado a partir de información del Siscovid del Minsa.

En relación con los migrantes venezolanos hospitalizados en razón de la COVID-19, en el periodo comprendido entre octubre de 2020 y marzo de 2021 se llegó a contabilizar 14 380 altas hospitalarias a migrantes venezolanos⁷, de las cuales 12 248 se dieron en Lima.

Figura 22. Migrantes venezolanos dados de alta por COVID-19, octubre de 2020-25 de abril de 2021

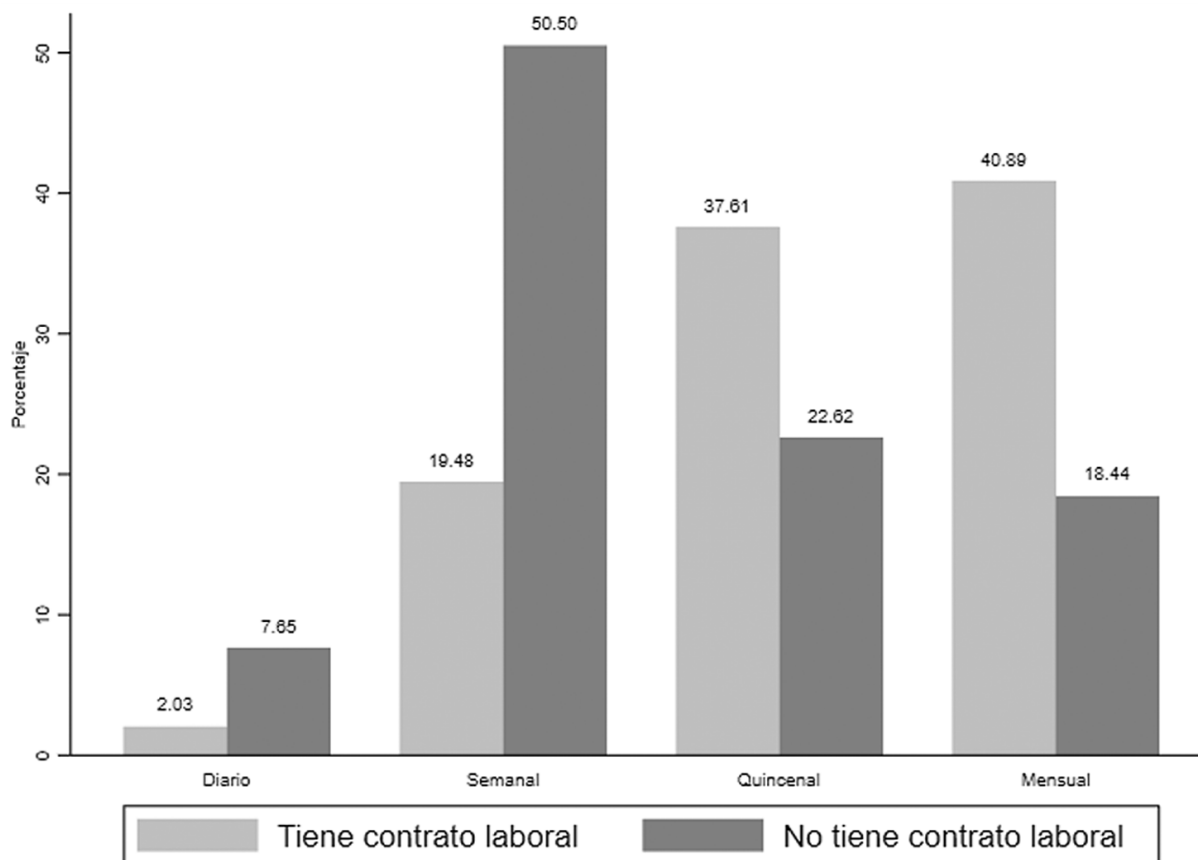


Fuente: elaborado a partir de información del Siscovid del Minsa.

5.8.3. La vulnerabilidad de los migrantes venezolanos ante la pandemia

A julio de 2020, según datos ofrecidos por el Banco Mundial (2020), la pérdida de quince días de trabajo en las poblaciones más vulnerables habría supuesto un incremento de la pobreza basada en ingresos de 18% al 59%, de la pobreza moderada de 14% a un 40% y de la pobreza extrema de 4% al 20,5%. Esto se explica por la forma de pago con la que trabajan los migrantes, que es diaria o semanal. Los migrantes venezolanos que laboran en trabajos dependientes sin ningún tipo de contrato, los cuales representan el 88,5% de los trabajadores venezolanos dependientes, reciben pagos de manera diaria, semanal o quincenal.

Figura 23. Frecuencia de pagos a trabajadores venezolanos según vínculo laboral (con contrato/sin contrato)



Fuente: elaborado a partir de INEI, 2018.

Asimismo, el grupo de estudios Equilibrium CenDE (2020) informó que, en marzo de 2020, solo el 7% de los venezolanos encuestados aseguró haber trabajado durante la pandemia. En la misma línea, un 40% afirmó estar abastecido, pero con escaso dinero; mientras que un 37% señaló estar desabastecido y sin dinero. A pesar de ello, el 93% respaldó la medida de cuarentena y toque de queda dispuesta por el Gobierno.

En una encuesta posterior, llevada a cabo por el mismo grupo entre los meses de setiembre y octubre de 2020 (Equilibrium CenDE, 2020), el 57% de los migrantes venezolanos admitió haber pedido dinero prestado, el 29% haber vendido algunos bienes del hogar, un 24% no haber incurrido en ningún préstamo y otro 6% haber tenido que pedir dinero en la calle. Asimismo, en la encuesta se evidenció que un 33% estuvo en riesgo de desalojo al no poder cubrir sus gastos de alquiler.

Del mismo modo, Freire y Brauckmeyer (2020), en un estudio reciente para el Minsa, concluyeron que tres de cada cuatro hogares de inmigrantes reportaron dificultades para cubrir las necesidades básicas, además de ver afectado su estado de salud mental. Adicionalmente, para el 18 de abril, al 48% de las personas venezolanas que buscaron atención por sospecha de COVID-19 no se le había realizado la prueba de descarte.

Según un estudio llevado a cabo por World Vision (2020) a un mes de la emergencia sanitaria, en abril, el 34% de niños, niñas y adolescentes reportaron haber tenido que mudarse a una vivienda más económica; mientras que otro 32% sabía que estaba en riesgo de desalojo.

Según el Monitoreo de Protección en albergues en Lima Metropolitana, realizado por el Acnur y Acción Contra el Hambre (2020), en junio de 2020 el 38% de migrantes venezolanos señaló encontrarse en albergues por falta de trabajo e ingresos para poder pagar el arriendo, y un 10% señaló haber sido desalojado por no cumplir con los alquileres.

El segundo reporte presentado por la OIM (2020b) informó que el 60% de migrantes venezolanos no podía garantizar la provisión de kits de higiene durante la cuarentena, otro 60% no tenía baños y/o letrinas separadas para hombres y mujeres, y el 56% tampoco contaba con duchas separadas en los veinticinco albergues temporales en donde reside parte de la población venezolana.

Otro estudio señaló que los migrantes venezolanos han reducido el número de comidas diarias a una y, en algunos casos, a ninguna (Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos, 2020). Adicionalmente, una encuesta llevada a cabo por el CIUP (2020) reveló que el 50% de la muestra consideraba el aislamiento como un problema grave que los afectaba emocionalmente un 25% mostraba señales de depresión frente al 14% de antes de la cuarentena, y otro 38% mostraba señales de ansiedad en comparación al 13% precuarentena.

Como se puede apreciar, la situación de los migrantes durante la pandemia ha sido tan grave que una parte de ellos se ha planteado la posibilidad de volver a su país. Dicha opción consiste en regresar a Venezuela como medida de último recurso bajo la premisa de que, por lo menos allá serán recibidos por sus familiares y tendrán un techo temporal.

En síntesis, el impacto de la crisis sanitaria en la población venezolana ha multiplicado el desarraigo y desprotección con que vinieron justo cuando

estaban comenzando a insertarse en el Perú. Su condición migratoria irregular los ha retornado a ser población vulnerable e indocumentada, dificultando su acceso a servicios de salud e impidiéndoles trabajar para ganarse la subsistencia diaria; mientras que la escasez generalizada los ha expuesto más a la xenofobia y la falta de pago de sus alquileres los ha conducido al hacinamiento en albergues sin servicios plenos, agudizando su sensación de desamparo y desencuentro emocional.

Esto es lo que expresan los propios migrantes en sus testimonios:

Yo solo tenía 50 soles ahorrado y se los di [a amigos que me acogieron] para ayudarlos en algo, pensando que eso iba a durar poco y para no molestarlos. [...] Duré tres meses sin trabajar, y la señora de la bodega me fiaba (entrevistado 4, 38 años, Breña, 10 de octubre de 2020).

No logras tener paz, estresado. Mi mamá está en Venezuela, no les puedo mandar dinero. La situación en Venezuela por la pandemia también está fuerte. La familia de mi esposa también necesita. Yo tengo una hija. Tienes la cabeza hecha un ocho, sales a buscar un trabajo y te dicen que no porque no hay trabajo para el nacional, tampoco a nosotros como venezolanos; y lo que te quieren pagar son 20 o 25 soles a pesar de que tengas los papeles. Te sientes frustrado, la frustración te lleva a un estrés, se te cae el cabello, te sale caspa, mírame, o sea, pasa de todo (entrevistado 8, 21 años, Callao, 10 de octubre de 2020).

Mira, durante la pandemia aguanté mucha hambre. Yo prefería que mi esposa y mi hija comieran porque era un plato menos que iban a gastar en mí, y mi esposa está embarazada otra vez. Mi hija es pequeña. Yo preferí que ellas comieran, yo puedo aguantar más; o sea, yo me saltaba desayuno y almuerzo y yo nada más cenaba porque no había cómo. No generaba dinero (entrevistado 15, 32 años, Jesús María, 10 de octubre de 2020).

Yo me quedé sin trabajo, mi esposo también se quedó sin trabajo, porque como trabajo de limpieza, todas las oficinas cerraron. Pero mis tres hijos sí continuaron trabajando en una empresa de alimentos, porque dos de ellos trabajan como operarios de limpieza en la central de tortas de todos los Metros, Wong, y como es alimento, ellos nunca pararon. Y mi hija trabaja en una estética dental, pero la sacaron, pero continuaron dándole medio sueldo. Todo el tiempo tuvimos trabajo, pero solo mis hijos (entrevistada 11, 49 años, Breña, 20 octubre de 2020).

Nosotros recibimos no ayuda del Gobierno, sino como pertenecemos a una iglesia, entonces esa iglesia nos ayudaba con alimentos. Con el fondo de la iglesia ayudaban a quien necesitara, pero como los venezolanos somos los que más necesitábamos, [a] cada familia venezolana que había les entregaban una canasta de alimentos. Así duramos como desde marzo como hasta mayo, fueron como tres, cuatro meses. Y aparte de eso no es que estábamos millonarios, pero sí teníamos ahorro y eso entonces poco a poco fuimos solventando. Con los ahorros que teníamos solventábamos el alquiler y otros gastos como la comida. Siempre tuvimos cómo pagar el alquiler, además nosotros habíamos dado garantía (entrevistada 20, 29 años, Chorrillos, 20 de octubre de 2020).

Durante la pandemia la pasé y [la] sigo pasando muy mal. Antes yo tenía trabajo donde ganaba más de sueldo mínimo, unos 1400 soles, y con eso pagaba mi alquiler, pagaba mi comida y me rendía, lograbas ahorrar algo. Mandaba a Venezuela a mis padres y el golpe de la

pandemia fue muy duro, porque los tres meses de alquiler lo teníamos que pagar. Es verdad [que] no lo pagábamos, pero algo dábamos. La señora es mayor, nos decía «Oye paga, de esto yo vivo», es una persona mayor y se le entiende. Tuvo mucha consideración con nosotros, pagábamos una semana sí y otra no (entrevistada 13, 36 años, Breña, 20 de octubre de 2020).

Yo bajé como quince kilos por la pandemia, yo estaba gordito. No tengo un trabajo estable desde la pandemia. Durante 45 días yo no salía, sino solo a comprar. Salía solo a trabajar en la mañana y en el transcurso a mi casa. Mi hija gasta pañales diarios, y a veces, bueno, hubo un tiempo que le pusimos pañal de tela, pero rompiendo una franela y eso era su pañal porque no teníamos para gastar. No había cómo (entrevistada 16, 45 años, Pueblo Libre, 20 de octubre de 2020).

Muchos venezolanos basan sus economías en el ingreso diario, el mismo que perdieron durante el estado de emergencia, por lo que optaron por trabajar y vender algunos productos diariamente en las calles para subsistir debido a la falta de ingresos económicos, exponiéndose de esta manera a un posible contagio.

En su mayoría, los migrantes venezolanos no han recibido ayuda alguna del Estado peruano y han quedado fuera del plan de subsidios estatales durante la emergencia producida por el coronavirus, y solo una parte de ellos recibe ayuda del subsidio internacional. Desde entonces, muchas familias migrantes sobreviven con ayudas económicas gestionadas ante entidades como la OIM, el Acnur, Save The Children, World Vision, CARE y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), entre otros.

5.8.4. Percepciones sobre la respuesta sanitaria de Perú

Esta sección se basa en la información de la experiencia, el conocimiento y las opiniones de diversos actores que fueron entrevistados en la fase cualitativa de este estudio.

Mucho nos observaba la OPS [Organización Panamericana de Salud] respecto a lo que preguntas. No hay una normativa hacia venezolanos. Por ejemplo, Colombia y Chile tienen normas más específicas. En el caso nuestro, el posicionamiento de la Dirección era que el migrante se tendría que regir por su acceso en todas las normas que existen. Nosotros pensamos que, de la misma forma como funciona para un peruano, debería funcionar para un venezolano; pero no íbamos a hacer normas específicas porque no queríamos que hubiera o incrementar la xenofobia, nosotros cuidábamos mucho eso (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

Respecto a la normativa peruana, no ha habido una legislación exclusiva para el migrante venezolano, como lo manifiesta la autoridad sanitaria.

No hay una política que sea exclusiva para los migrantes venezolanos, lo que hemos hecho es promover un cambio y que aplique a toda persona residente en territorio peruano, independientemente de su condición migratoria, pero una norma exclusiva no hay (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

Digamos que en un principio los esfuerzos se centraron en zonas de frontera, pero luego ya la situación cambió porque la frontera dejó de ser el lugar de paso de los migrantes venezolanos [y] los esfuerzos no solo eran en zonas de frontera. Nuestro sistema tiene muchas limitaciones, pero sí se está atendiendo, en cierta medida. El tema del COVID los perjudicó porque todo se relegó (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

Junto a la autoridad sanitaria, los académicos observan que esta situación tiene su origen en la escasa tradición migratoria de Perú como país receptor, situación que ha sobrepasado en todos los aspectos a la capacidad de respuesta del país.

El Perú no ha tenido una tradición migratoria a lo largo del siglo XX, por lo tanto, el Estado peruano no ha estado preparado para este flujo. Las instituciones no han estado preparadas y la sociedad peruana tampoco lo está. La sociedad peruana es rotundamente racista, discriminatoria, las instituciones en el Perú son tremendamente burocráticas y se mueven en un letargo que todos sabemos [...] el Estado peruano no había legislado sobre esto; por tanto, cuando llega la migración, se topa con estas dificultades, por eso lo difícil del acceso a la salud, el maltrato que hay. Eso es una constatación de todo lo que lleva un migrante y así nos pasó a nosotros también como peruanos en el extranjero (académico, 11 de diciembre de 2020).

Desde la academia se señala que las políticas migratorias deberían tener un marco de abordaje que considere la totalidad del fenómeno migratorio, más que una estrategia segmentada de acuerdo con cada uno de los flujos.

Hemos tenido un desborde institucional, que se ha ido poco a poco controlando, pero rescatamos las acciones de los ministerios, como el de Salud por parte del SIS, Educación, la Superintendencia de Migraciones, que han ido reaccionado. También con la matrícula oportuna por fuera de los plazos de la matrícula, y Migraciones documentando. En esa línea, creo que estamos en camino, hemos comenzado (académico, 11 de diciembre de 2020).

Tenemos unos retos enormes en migración y salud, precisamente cómo cubrimos ese millón de personas que están acá en el Perú. Este flujo de refugiados es una segunda emergencia de salud, en este caso encima de la pandemia, existiendo además una tercera emergencia, que es la de carácter económico. [...] Eso va a depender mucho de los factores de atracción y de expulsión. Si la situación en Venezuela se mejora y hay un cambio digamos de gobierno, muy posiblemente el retorno sea masivo y todo este escenario pueda verse mejor (experto en migraciones, 30 de setiembre de 2020).

Así, también hay percepciones sobre la oportunidad para el migrante venezolano, particularmente en temas de utilización de programas de salud, como el de inmunizaciones, VIH y TBC.

Perú es el que brinda mayor acceso al tratamiento del VIH que en Colombia. En Colombia no disponen de insumos para VIH, en Perú sí se brinda tratamiento. Hay accesos en Perú del que la población puede acogerse (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

Hay entrevistados que subrayan la necesidad de ampliar el acceso a los servicios, pero sin generar programas específicos para el migrante venezolano, sino universalizando los existentes; por ejemplo: «La solución no es hacer un programa especial para los migrantes, la idea es que haya una universalización, una universalización real, expandir los beneficios del SIS, pero también su presupuesto» (académico, 11 de diciembre de 2020).

Por otra parte, en relación con las debilidades del sistema sanitario en Perú, se identifica la dificultad que representa para el propio sistema de salud contar con información acerca de las atenciones de la población migrante venezolana.

Desde antes de la cuarentena hemos carecido de un tema de fuente de información; es decir, ha tenido que hacerse todo un trabajo con la Oficina General de Tecnologías de Información para que ellos puedan incorporar la variable de «país de procedencia» en los sistemas de información y poder recoger qué tanto estábamos atendiendo a la población venezolana, a la población migrante. No tenemos cifras exactas, pero sabemos que la mayoría de extranjeros venezolanos es atendida en el Minsa, por no ser formales, requisito para EsSalud. En nuestra última exposición nos dimos cuenta [de] que nuestra normativa va de muy poco en poco; es decir, hay países de la región que han avanzado mucho en normativa, se ha avanzado más en normativa que en el acceso realmente (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

De esta misma manera, se indica la relevancia del trabajo realizado por la cooperación internacional, particularmente como soporte debido a que la demanda superaba la oferta.

La cantidad de insumos era poca. Hubo respuesta del Minsa, sí, pero también es importante reconocer que mucha ayuda ha venido de OIM, OPS, Unpfa [United Nations Popular Fund], Unicef, Acnur, todos ellos en su línea de acción. Unpfa fue un buen apoyo en educación familiar, Unicef en el tema infantil. Hubo mucho soporte por parte de ellos, esto mientras en el Minsa apenas nos organizábamos para poder responder. Porque fue algo progresivo, pero que pasó a ser una migración brusca; de ahí que se empezó a organizar. Esto fue en el año 2018, ya para el año 2019 digamos que nos empezamos a organizar en Digiesp [Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública] para que la respuesta en salud fuese mucho más amplia (autoridad sanitaria, 5 de octubre de 2020).

La percepción compartida por académicos y autoridades es que la migración venezolana amerita una respuesta del Estado peruano, contando con el apoyo de los organismos internacionales. Un entrevistado señala que «Es un error creer que el tema de la atención de la inmigración venezolana deba ser de la cooperación internacional. Corresponde a un Estado como el

peruano velar por el cuidado de los que viven en tu territorio, apoyándose también en los organismos internacionales» (académico, 11 de diciembre de 2020).

En conclusión, a pesar de que no ha existido una respuesta sanitaria específica para migrantes en el Perú, se pueden reconocer acciones que, de manera indirecta o directa, el colectivo venezolano ha aprovechado. Esto ha tenido mucho que ver con el marco normativo sanitario contemplado en los acuerdos internacionales en materia de salud y migración suscritos por el país en diferentes escenarios multilaterales.

6. RESPUESTA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La migración venezolana viene siendo uno de los más grandes fenómenos sociales del presente siglo y ha merecido toda la atención de los organismos internacionales y las ONG.

Según la DTM (OIM, 2020b), los migrantes venezolanos manifestaron en un 76,16% no haber recibido apoyo en 2018, pero este porcentaje cayó a 56,31% en la quinta ronda de la Matriz en 2019 y a 46,72% en la sexta ronda de 2019. Entre los encuestados por la OIM que manifestaron recibir ayuda, la mayoría (69,73%) la obtuvo de un organismo internacional el año 2018. El año 2019, en la quinta ronda, esta proporción fue de 22,68% y, ese mismo año, para la sexta ronda, dicha proporción se incrementó a 64,38%.

Por otro lado, según la cuarta ronda, el 17,19% de los migrantes recibió ayuda de alguna ONG en 2018, proporción que se incrementó a 25,4% y 40,9% en la quinta y sexta ronda, respectivamente. En paralelo, la Iglesia brindó apoyo al 17,19%, 6,91% y 33,33% de los migrantes en la cuarta, quinta y sexta ronda, respectivamente. Finalmente, el Estado brindó apoyo solamente al 11,13%, 3,89%, y 10,24%, según señalaron los migrantes encuestados.

Tabla 31. Acompañamiento institucional a los migrantes en zona de frontera, 2018-2020

	DTM		
	2018* (ronda 4)	2019** (ronda 5)	2019*** (ronda 6)
Recibió acompañamiento institucional	2148	1822	1233
Sí	512 23,84%	796 43,69%	657 53,28%

Tabla 31. Acompañamiento institucional a los migrantes en zona de frontera, 2018-2020

DTM			
No	1636 76,16%	1026 56,31%	576 46,72%
Institución que brindó acompañamiento			
Organismo internacional	357 69,73%	182 22,86%	423 64,38%
ONG	65 12,70%	202 25,38%	269 40,94%
Iglesia	88 17,19%	55 6,91%	219 33,33%
Gobierno	57 11,13%	31 3,89%	59 10,24%

* Implementada entre setiembre y octubre de 2018 en la frontera norte y sur del país.

** Implementada entre febrero y marzo de 2019 en la frontera norte y sur del país.

*** Implementada en julio de 2019 en la frontera norte y sur del país.

Fuente: elaborado a partir de OIM, 2018b, 2019a y 2019b.

En este contexto, es posible identificar que las organizaciones que han brindado ayuda tienen diferente naturaleza. Dentro de estas organizaciones están aquellas que ya existían previamente, las que surgieron de la asociación de otras ya existentes y las coaliciones internacionales entre países que también se originaron a causa de la crisis en Venezuela.

Diferentes entidades complementan los esfuerzos de los Gobiernos receptores y se encargan de proteger y asistir a los migrantes venezolanos, sumando acciones y ofreciendo orientación y ayuda en el uso de los servicios de salud; de esa manera, han brindado asistencia de forma general antes y durante la pandemia. Tal es el caso de la cooperación internacional representada por la OIM, el Acnur, la OPS/OMS, etc., y asociaciones de colectivos de inmigrantes como la Unión Venezolana en Perú, quienes constituyen una fuente de información y ayuda para los migrantes venezolanos.

6.1. Oras-Conhu

El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) es una organización integrada por los Ministerios de Salud de seis países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Este ente busca

articular, armonizar e implementar decisiones en materia de salud a través de políticas públicas, investigaciones, planes y proyectos; y también por medio del intercambio de ideas sobre estos canales (Oras-Conhu, 2021). En este sentido, el Oras-Conhu es un organismo que busca brindar un espacio de diálogo e intercambio para aportar ideas y complementar las decisiones tomadas en cada país.

Dicho organismo planteó en agenda la situación de los migrantes en mayo de 2017, durante la XXXVI Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina. Es así como la salud de los migrantes comenzó a formar parte de los tópicos de discusión centrales del ORAS, lo que se manifiesta mediante el abordaje de este tema en las reuniones de ministros realizadas en años posteriores, cuya penúltima edición se realizó en abril de 2020.

Tabla 32. Resoluciones del Oras-Conhu respecto al tema migratorio

Año	Resoluciones
2017	Resolución Remsaa XXXVI/516
	a) Aprobar la incorporación de la salud de los migrantes como línea de acción en el Plan Andino de Salud en Fronteras (Pasafro)
	b) Encargar a la Secretaría Ejecutiva del ORAS explorar y establecer alianzas con agencias y organismos internacionales con el fin de apoyar la implementación de acciones que sean aprobadas por el Comité Ejecutivo del Pasafro en materia de salud de los migrantes
2018	Resolución Remsaa XXXVII/528
	a) Constituir una comisión asesora para el tema de salud de los migrantes que habría de presentar al Comité Técnico de Coordinación una hoja de ruta y/o un plan de trabajo que permita coordinar acciones conjuntas para afrontar los retos de la migración humana en la región
	b) Encargar a la Secretaría Ejecutiva del Oras-Conhu hacer seguimiento a las acciones de la Comisión, así como explorar y establecer alianzas con agencias y organismos internacionales a fin de apoyar la elaboración de la citada hoja de ruta y/o plan de trabajo
2020	Resolución Remsaa XXXVIII/540
	a) Aprobar que la Comisión Asesora para el tema de salud para migrantes pase a tener carácter permanente bajo el nombre de Comité Andino de Salud para Personas Migrantes
	b) Incrementar, por parte del Comité Andino de Salud para Personas Migrantes, los esfuerzos para ejecutar el Plan Andino de Salud para Personas Migrantes para personas migrantes, realizar acciones conjuntas y solidarias entre los países integrantes para abordar este tema bajo el enfoque de derechos humanos y ética, y ejecutar acciones que mejoren la vigilancia y el monitoreo de salud, así como el acceso a servicios, garantizando la protección integral de la salud del migrante

	Tabla 32. Resoluciones del Oras-Conhu respecto al tema migratorio
	c) Encargar a la Secretaría Ejecutiva del Oras-Conhu explorar y establecer alianzas con agencias y organismos internacionales a fin de apoyar las acciones establecidas en el Plan Andino de Salud para Personas Migrantes en el suelo andino

Fuente: elaborado a partir de Oras-Conhu, 2017, 2018 y 2020.

En esa línea, el Oras-Conhu (2019) aprobó el Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022 en abril de 2019, el cual plantea como objetivo principal promover acciones coordinadas y mecanismos a nivel subregional para responder a las necesidades de salud de las personas migrantes. Este comprende cinco líneas estratégicas que abordan diferentes ámbitos.

Tabla 33. Oras-Conhu: línea estratégicas

Línea estratégica	Objetivo	Actividades principales
Sistemas de salud	Fortalecer las capacidades de los sistemas de salud de los países andinos para brindar atención integral a las personas migrantes	a) Promover adecuaciones normativas que permitan el acceso equitativo a los servicios y a la atención en salud, independientemente de la situación migratoria, de acuerdo con la legislación de cada país
		b) Disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud en la región (barreras culturales, económicas y administrativas)
		c) Definir los instrumentos que permitan la continuidad de la atención en salud a personas migrantes a nivel subregional
		d) Promover atenciones de salud integral con énfasis en fronteras a desarrollar por los países de la subregión, priorizando a los siguientes grupos: mujeres, niños, niñas, adolescentes y víctimas de violencia de género, entre otros; y realizar eventos priorizados y los definidos en el Reglamento Sanitario Internacional
Fortalecimiento de los recursos humanos	Fortalecer las capacidades del personal de los servicios de salud para la atención integral a personas migrantes articulando, cuando corresponda, con el Comité	a) Desarrollar mecanismos y herramientas para el abordaje del fenómeno migratorio con enfoque de derechos humanos e interculturales, priorizando su ejecución

	Tabla 33. Oras-Conhu: línea estratégicas	
	Andino de Recursos Humanos	b) Desarrollar un plan de educación permanente (formación continua) para el recurso humano en salud entre los países de la subregión relacionado con la vigilancia, el diagnóstico y la atención de las enfermedades emergentes y reemergentes
Fortalecimiento de los sistemas de información	Fortalecer los sistemas de información en salud, mejorar el intercambio de información y la gestión del conocimiento relacionado con el fenómeno migratorio entre los países andinos	a) Realizar un diagnóstico de la situación de salud de las personas migrantes de la subregión desde los lugares de origen, destino y tránsito
		b) Construir un observatorio andino de salud de las personas migrantes en coordinación con la OIM y otras instancias expertas en el tema
		c) Elaborar los mecanismos de identificación de las personas migrantes que permitan su seguimiento en la subregión
		d) Identificar las buenas prácticas y la generación de evidencia científica a partir del análisis de información proporcionada por cada país sobre la atención en salud a la población migrante a nivel subregional
Alianzas estratégicas	Generar espacios y alianzas estratégicas para gestionar la cooperación orientada a la salud de las personas migrantes en la subregión andina	a) Realizar abogacía y posicionar el tema de la salud de las personas migrantes en los foros y encuentros internacionales
		b) Responder a las necesidades a través de la formulación de proyectos binacionales y trinacionales, y/o multilaterales con la participación de los países miembros y/o actores relevantes como instituciones y organismos relacionados con el tema
		c) Identificar socios estratégicos y consultar sobre la factibilidad para la implementación de proyectos, como por ejemplo instituciones de las Naciones Unidas, la banca multilateral, el sector privado y la asistencia técnica bilateral, entre otros
		d) Sistematizar los proyectos implementados en el marco del presente Plan Andino de Salud para Personas Migrantes y su difusión

Tabla 33. Oras-Conhu: línea estratégicas

Promoción de la salud	Desarrollar acciones de promoción de salud que mejoren la comunicación, convivencia y atención de las personas migrantes para prevenir la xenofobia y discriminación	a) Diseñar estrategias de trabajo comunitario que promuevan el cuidado de la salud y la convivencia social entre personas migrantes y comunidades de acogida, coordinadas de manera intersectorial con los actores competentes, priorizado su ejecución
		b) Desarrollar una estrategia de comunicación con cobertura subregional sobre las acciones que implementan los países para la atención en salud de la población migrante

Fuente: elaborado a partir de Oras-Conhu, 2019.

Como se puede apreciar, el Plan Andino de Salud para Migrantes 2019-2022 establecido por el Oras-Conhu presenta un enfoque transversal sobre el problema de la salud de los migrantes; en este sentido, busca mejorar y complementar la toma de decisiones en los países que lo conforman mediante la definición de líneas estratégicas.

6.2. OPS/OMS

La OMS ha manifestado preocupación sobre la situación de salud de los migrantes. Esta se ha visto reflejada mediante las resoluciones emitidas tanto por esta organización como por la OPS, la cual es una entidad adscrita de la OMS para América. En esa línea, la OPS ha realizado diagnósticos sobre la situación de la salud de los migrantes venezolanos que han sido útiles para identificar demandas y requerimientos de la población migrante en materia de salud.

Del mismo modo, el año 2008, durante la 61.a Asamblea Mundial de la Salud, se emitió la resolución A61/17, que realza la importancia de la salud de los migrantes y exhorta a los Estados miembros a realizar nueve acciones:

- Promover políticas de salud que incluyan a los migrantes.
- Fomentar un acceso equitativo a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención sanitaria.
- Establecer sistemas de información sanitaria para analizar y evaluar las tendencias en la salud de los migrantes.

- Crear mecanismos para mejorar la salud de toda la población, incluidos los migrantes, mediante la detección y corrección de deficiencias en la prestación de servicios de salud.
- Obtener, documentar e informar sobre prácticas óptimas para atender las necesidades de los migrantes
- Fomentar la sensibilidad a los factores culturales y de género entre los proveedores y profesionales de la salud.
- Capacitar al personal sanitario en el manejo de problemas relacionados al desplazamiento.
- Promover la cooperación bilateral y multilateral en materia de salud de los migrantes.
- Contribuir a reducir el déficit mundial de profesionales de la salud.

Esta resolución marcó un precedente en el abordaje del tema de la salud de los migrantes, tanto así que en años posteriores otras resoluciones que siguen la misma línea fueron emitidas. De esa manera, el año 2016, la OPS y la Oficina Regional para las Américas de la OMS abordaron el tema de la salud de los migrantes como un punto de la agenda en la 68.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. En esta sesión se manifestó la necesidad de promover y preservar el derecho al acceso a los servicios de salud de los migrantes, en el marco de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud. De esta manera, se sugirieron cuatro elementos de política para abordar las necesidades de salud específicas de los migrantes:

- Servicios de salud que sean incluyentes y respondan a las necesidades de salud de los migrantes.
- Arreglos institucionales para brindar acceso a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas.
- Mecanismos para ofrecer protección financiera en salud.
- Acción intersectorial y establecimiento de asociaciones, redes y marcos multipaíses.

Por otro lado, el año 2017 se desarrolló la 70^a Asamblea Mundial de Salud, que conmemoró la resolución WHA61.17 (WHO, 2017) y recalcó la importancia de la salud de los migrantes. Bajo esa lógica, se instó a los Estados miembros a cuatro acciones, cuyo progreso fue evaluado el año siguiente (2018) en la 71^a Asamblea Mundial de Salud.

Tabla 34. OMS: exhortaciones hechas a países miembros y avances en relación con la salud de los migrantes

2018	
Resolución	Avance
Considerar la posibilidad de promover el marco de prioridades y principios rectores, y utilizarlo para orientar los debates de los Estados miembros y los asociados que participan en la formulación del Pacto Mundial sobre los Refugiados y el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular	Se discutió el tema en reuniones con países miembros y socios. Además, la Secretaría, junto con los Estados miembros, trabajó para que se considere la salud de los migrantes en la resolución 35/23 del Consejo de Derechos Humanos; y que, además, la salud de los migrantes se incluya en el Declaración de New York sobre Refugiados y Migrantes: conociendo necesidades, protegiendo derechos y fomentando el empoderamiento
Identificar y recabar información basada en evidencia, prácticas óptimas, y las enseñanzas extraídas de la atención de las necesidades sanitarias de los refugiados y migrantes con el fin de contribuir a la formulación de un proyecto de plan de acción mundial para la promoción de la salud de los migrantes	Un total de 52 países miembros presentaron 199 propuestas que cubren 85 países. Cada región condujo un análisis de situación
Reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la salud de los refugiados y migrantes	La secretaría lideró un grupo interagencial encargado en el desarrollo del componente de salud propuesto para el Pacto Mundial sobre Migración. Además, se organizaron otros eventos durante el desarrollo de reuniones de alto nivel y se trabajó en conjunto con organizaciones como el Acnur
Considerar la posibilidad de brindar la asistencia necesaria relacionada con la salud, por conducto de la cooperación bilateral e internacional, a los países que acogen grandes poblaciones de migrantes y refugiados	Se actuó en cuatro direcciones estratégicas para apoyar en la mejora de la situación de la salud de los migrantes: a) dar apoyo a los países miembros en el desarrollo de políticas que promuevan el derecho a la salud, b) asegurar que la provisión de los servicios de salud se dé en un contexto cultural y lingüísticamente adecuado, c) fortalecer el monitoreo y manejo de datos, y d) mejorar la colaboración entre países y sectores

Tabla 34. OMS: exhortaciones hechas a países miembros y avances en relación con la salud de los migrantes

Fuente: elaborado a partir WHO, 2017 y 2018.

6.3. OIM

La OIM ha tenido un papel protagónico en la asistencia dada a los migrantes venezolanos en el Perú, que ha operado de manera conjunta con otras organizaciones como el Acnur o la OPS. Las acciones de esta organización no solamente se limitan a un rol consultativo, sino que también han implementado sistemas de información para analizar el proceso migratorio y, además, también brinda apoyo asistencial a los migrantes venezolanos.

En esta línea, la OIM difunde desde 2017 la DTM para monitorear los flujos de personas provenientes de Venezuela en la frontera con Ecuador y, desde entonces, se ha incorporado progresivamente al trabajo de apoyo a los venezolanos en el Perú. La difusión de información de esta naturaleza de manera pública ha servido y sirve de insumo para realizar investigaciones sobre el proceso de migración de los venezolanos. La realización de investigaciones de este tipo sirve para la implementación de políticas públicas con mayor eficiencia debido a que cuentan con mayor sustento.

Desde el año 2018, la OIM y el Acnur coordinan la implementación de las acciones necesarias para apoyar y concretar el Plan Regional de Respuesta a los Refugiados y Migrantes (RMRP, por sus siglas en inglés) en el Perú, conformado en la región por el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) y reconocido como la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V).

Tabla 35. OIM: acciones tomadas en el marco de la migración venezolana

Año	Acción/documento	Fines y/o conclusiones en materia de salud
2017	Implementación de la DTM	Sistematización de información sobre los flujos de migrantes y sus características
2018	Implementación del RMRP junto al Acnur	Brindar constantemente análisis para construir mejores respuestas ante la situación de salud de los migrantes venezolanos: estimación de necesidades económicas

Tabla 35. OIM: acciones tomadas en el marco de la migración venezolana

2019	Formación del GTRM Perú	Busca articular acciones con diversas organizaciones especializadas en temas humanitarios y de salud
	Reporte de apoyo de la OIM a los migrantes venezolanos	Apoyo directo de la OIM a los refugiados venezolanos alrededor de Latinoamérica (2,4 millones de dólares)

Fuente: elaborado a partir de acciones y documentos emitidos por y en conjunto con la OIM.

6.4. GTRM

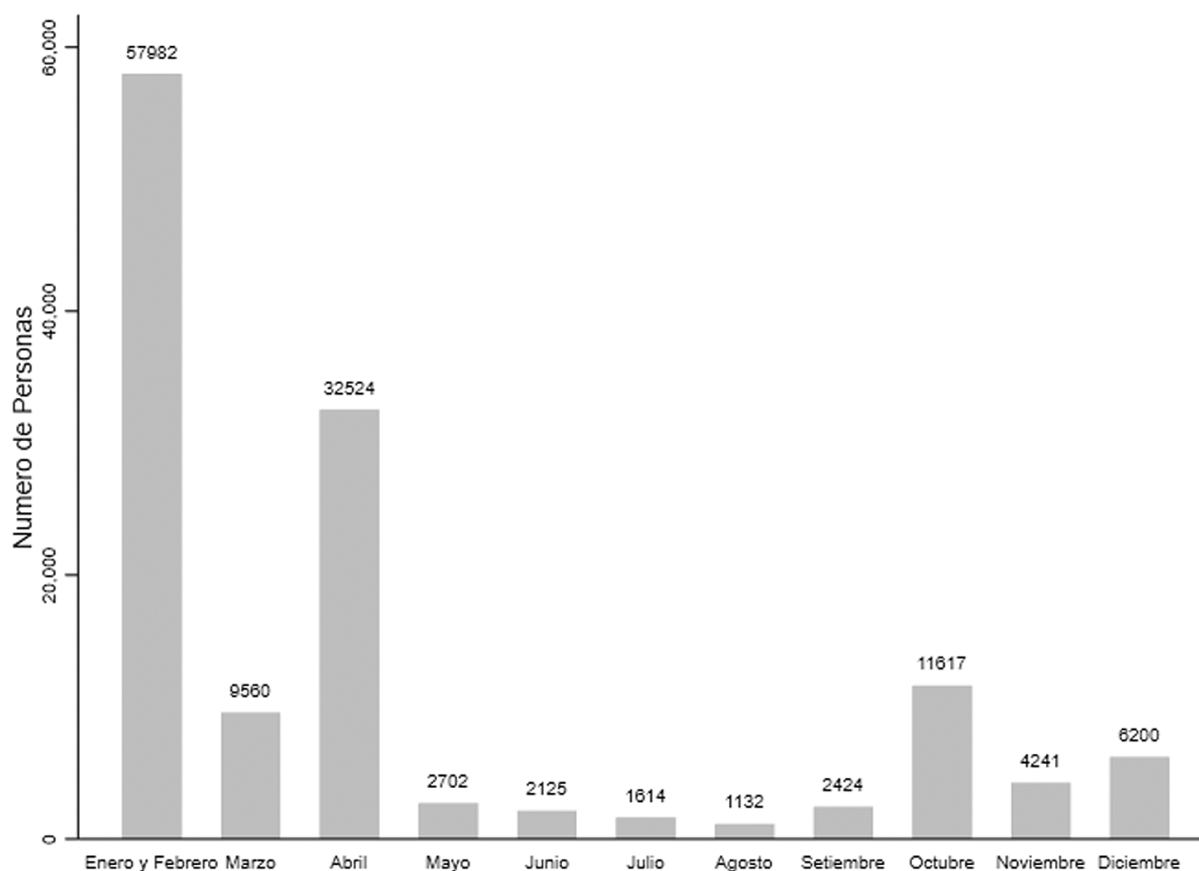
Esta entidad ha contribuido a abordar las necesidades de protección, asistencia e integración de personas refugiadas y migrantes de Venezuela en el Perú; y reúne ONG nacionales e internacionales, al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, a la Iglesia y otras organizaciones religiosas, embajadas, donantes e instituciones financieras.

En el ámbito de la salud, el GTRM cuenta con un subgrupo temático de trabajo que se aboca a la asistencia y protección de los migrantes en materia de salud, nutrición y seguridad alimentaria, para lo cual cuentan con el apoyo de la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU).

El año 2019 el GTRM informó que se plantearon 4401 actividades planeadas y hubo 4987 actividades en curso. Estas fueron implementadas y/o ejecutadas por organizaciones que pertenecen al RMRP.

Durante el año 2020 el GTRM reportó el alcance de las acciones realizadas para atender a los migrantes venezolanos. En este reporte, el GTRM incluyó no solo incluyo a la población cubierta por entidades que pertenecen al RMRP, sino a la población cubierta en general. En este sentido, la población registrada considera a más personas que las proyectadas inicialmente por el RMRP 2020, pues en este registro la demanda proyectada considera a la población cubierta por entidades pertenecientes al RMRP.

Figura 24. RMRP: cobertura de apoyo en salud y nutrición durante el año 2020



Fuente: elaborado a partir de informes del GTRM, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h, 2020i, 2020j, 2020k.

Como se puede apreciar, durante enero y febrero de 2020 se cubrió a más personas que en los meses posteriores, en los cuales se desarrolló con mayor intensidad la pandemia de COVID-19.

Respecto al año 2021, el RMRP proyectó que la población objetivo de apoyo en salud será de 491 000 personas, lo que representa el 57,2% de la población en necesidad, que estaría compuesta por 858 000 personas. Estas cifras se han incrementado respecto a las proyecciones que se tuvo para el año 2020, algo directamente relacionado con la pandemia de COVID-19. Del mismo modo, los requerimientos financieros se incrementaron bastante y, a consecuencia de ello, los socios del RMRP encargados de atender los temas de salud se incrementaron de los once del año 2020 a diecinueve para el año 2021.

Tabla 36. Perú: proyecciones de respuesta en materia de salud para los años 2020 y 2021

	2020*	2021*	
	Total	Total	Incremento (%)
Población con necesidad de atención (miles de personas)	401**	858**	113,97%
Meta de cobertura (miles de personas)	20**	491**	2355,00%
Requerimiento financiero (millones de dólares)	4,4***	37,7***	747,19%
Número de socios	11	19	72,73%

* Las proyecciones del año 2020 se realizaron en 2019, antes del brote de la nueva cepa de coronavirus.

** Expresado en miles de personas.

*** Expresado en millones de dólares americanos.

Fuente: elaborado a partir de proyecciones elaboradas por el RMRP para los años 2020 y 2021.

Evidentemente, la actual crisis a causa de la pandemia ha llevado a que la salud se vuelva un tema central en las políticas de apoyo gubernamentales y no gubernamentales.

6.5. Coaliciones internacionales

La crisis en Venezuela ha propiciado también la formación de coaliciones regionales que buscan una salida a esta crisis. Los dos grupos principales de esta naturaleza son El Grupo de Lima y el Proceso de Quito.

6.5.1. El Grupo de Lima

El Grupo de Lima está conformado por Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay y Perú. Este grupo se conformó después de la Declaración de Lima el año 2017 y busca, básicamente, el restablecimiento de la democracia en Venezuela y la solución a la crisis humanitaria. En este sentido las principales acciones tomadas por el Grupo de Lima fueron el no reconocimiento de la Asamblea Constituyente como legítima, la solicitud de realización de elecciones democráticas y el reconocimiento de Juan Guaidó como presidente de Venezuela. Como se puede apreciar, este grupo tiene un carácter más geopolítico dado que no aborda de manera tan exhaustiva las consecuencias humanitarias de la crisis de Venezuela.

6.5.2. El Proceso de Quito

Por otro lado, el Proceso de Quito es una iniciativa liderada por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay con el objetivo de crear una estrategia colectiva para armonizar las prácticas y políticas de los países de la región, coordinar la respuesta humanitaria y mejorar el acceso a servicios para los ciudadanos venezolanos en la región.

La primera reunión se llevó a cabo en Quito, Ecuador, los días 3 y 4 de setiembre de 2018, para «[...] intercambiar información y buenas prácticas, con miras a articular una coordinación regional con respecto a la crisis migratoria de ciudadanos venezolanos en la región [...]». En esta reunión se firmó la Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región, un manifiesto de voluntad de dieciocho puntos que no tiene carácter obligatorio para las naciones. Este insta a los países, entre otras medidas, a reforzar las políticas de acogida de los migrantes venezolanos; coordinar esfuerzos a través de los organismos internacionales; luchar contra la discriminación, la intolerancia y la xenofobia; fortalecer la normativa para promover y respetar los derechos de los migrantes; fortalecer el rol de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y el Mercado Común del Sur (Mercosur) para abordar de manera integral y coordinada el flujo de nacionales venezolanos; y solicitar al Gobierno venezolano, que no asistió a la reunión, que acepte la cooperación con los Gobiernos de la región.

La Declaración de Quito ratifica en uno de sus puntos el compromiso de los Estados firmantes de proveer acceso a servicios de salud y educación para los migrantes venezolanos, de conformidad con la disponibilidad y capacidad de cada Estado. De esta manera, a diferencia de la Declaración de Lima, establece posturas respecto a la provisión y el aseguramiento del cumplimiento de los derechos de los migrantes venezolanos.

En noviembre de 2020, la Acnur y la OIM celebraron el compromiso del Gobierno del Perú de asumir la presidencia *pro tempore* del Proceso de Quito, lo que simboliza el papel protagónico que tienen Perú y sus autoridades en el mismo. De igual forma, con motivo de este nombramiento, se ratificaron una serie de responsabilidades que el Estado peruano asumió como obligatorias, a saber: Perú se comprometió a trabajar en temas como el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud de personas refugiadas y migrantes, y sobre las comunidades de acogida; la

integración socioeconómica; la creación de un mecanismo coordinado de actuación ante la trata de personas y una plataforma regional para la protección y asistencia a niños, niñas y adolescentes; los retos actuales de la reunificación familiar; y el desarrollo de un perfil de los flujos de venezolanos en la región.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La presente sistematización revela la transición inconclusa de un proceso migratorio masivo venezolano en el Perú, que se despliega entre los años 2017 y 2019, y se interrumpe en 2020 a causa de la pandemia de COVID-19. Más de un millón de inmigrantes extranjeros, en particular venezolanos, ha escogido Perú como lugar de residencia temporal o definitiva, y este contingente estaba comenzando a resocializarse e insertarse laboral, social y culturalmente cuando el coronavirus afectó dicho proceso, impactando negativamente sobre sus niveles de vida, salud y protección social.
- La actual megamigración venezolana no ha sido una migración impulsada por factores de atracción de los países de destino, sino por factores de expulsión. No ha sido una migración por privación relativa, originada por la búsqueda de una mejor calidad de vida; sino por la privación absoluta surgida de la no soportabilidad del régimen económico, social o político del país de origen. En este sentido, hubo por lo menos tres oleadas en la migración venezolana a los países latinoamericanos en los últimos cinco años y la última ha sido la más masiva, la misma que literalmente escapó de la aguda crisis de escasez de alimentos y medicinas en Venezuela. Las ventajas comparativas del Perú como país de destino fueron la facilidad para obtener el PTP, con el cual los migrantes podían desenvolverse normalmente; y las facilidades para insertarse laboralmente, sobre todo en la economía informal.
- La migración venezolana se dio mayoritariamente durante los años 2017 y 2018, en los cuales primó en el Perú la política de puertas abiertas ante la migración, situación que cambió desde el año 2018 en

adelante. Ante la política de contención gradual implementada en 2018, surgió un nuevo tipo de migración: la irregular o ilegal. Las nuevas barreras migratorias modificaron la dinámica migratoria y, como consecuencia, el perfil del migrante. Durante los primeros años de migración la población migrante se caracterizaba por poseer niveles educativos superiores respecto a los migrantes que arribaron en los años más recientes, lo que se traduce en que estos últimos migrantes estén en mayor situación de vulnerabilidad. Dicha dinámica migratoria se detuvo de manera abrupta el año 2020 debido a la pandemia de COVID-19, la cual generó una importante ralentización de la migración, que casi se detuvo por completo.

- Los migrantes venezolanos han viajado al Perú en bus en un 84% de casos y solo minoritariamente en avión. Entraron por Tumbes, en el norte del Perú, y se distribuyeron por las ciudades de la costa peruana, sobre todo en Lima. No se han ubicado en la sierra ni la selva. La mayoría son jóvenes y adultos en edad productiva: entre 20 y 40 años. Muchos vinieron solos, pero viven en un 75% de casos con su grupo familiar. Cuando debieron dejar a su familia, han tendido a traerla luego. Además, el 82% vive acompañado. También hay una feminización de la migración venezolana en los últimos tres años, en los que hay mayor presencia de la mujer venezolana que en la ola inicial de migrantes. Las redes sociales previas y posteriores a su llegada han sido claves en su sobrevivencia y reinserción. Laboralmente, se han ubicado mayoritariamente en la economía informal. Además, durante su permanencia, los venezolanos han tenido que experimentar diversas formas de discriminación debido a su nacionalidad.
- El contexto de la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto grave sobre los migrantes venezolanos, en tanto población en situación de vulnerabilidad. Al integrarse a la economía informal, las restricciones laborales y de circulación han afectado especialmente los ingresos de las personas que vivían al día. Cabe apuntar que el informal peruano pobre no es similar al venezolano, pues ya está instalado y tiene formas de agenciarse la sobrevivencia; mientras que el informal venezolano, sobre todo el migrante reciente —que en muchos casos es

el informal eventual—, está casi totalmente desprotegido. Estos no habían acabado de establecerse cuando fueron desestabilizados por la COVID-19 y la cuarentena, sin tener derecho al bono que el Estado distribuyó por la pandemia ni acceder a otros beneficios sociales.

- Los migrantes venezolanos no acceden, sino parcialmente, al sistema de salud peruano. Desconocen la oferta de servicios disponibles y, por consiguiente, cómo usarlos; sin embargo, sus preferencias establecen un patrón de utilización de servicios característico de los migrantes venezolanos. El 47% dice atenderse en farmacias o boticas, el 28% se automedica, el 17% acude a un centro de salud del Minsa, el 4% a consultorios particulares, el 3% a clínicas y apenas el 2% asiste a EsSalud.
- Se deduce de las entrevistas y la información recogida que las políticas públicas relacionadas a los migrantes venezolanos en los últimos tres años se han centrado, en el caso peruano, más en su protección legal que en su protección social y sanitaria. Ha habido el supuesto de que la igualdad formal se iba a convertir automáticamente en igualdad real en el acceso a los servicios y, en particular, los de salud, por lo que no se cerró las puertas a los migrantes; no obstante, no hubo un énfasis especial en su inclusión. Esta ilusión de que la igualdad legal podía generar una igualdad real se expresa en la inexistencia de una estadística sobre la nacionalidad de los pacientes atendidos por los diferentes prestadores del sistema de salud peruano. Por eso, las cifras de atendidos están muy alejadas de la realidad, pero son las disponibles. En ese sentido, no bastaba con declarar la universalización de la atención, había también que facilitarla a peruanos y venezolanos, y monitorearla.
- El decreto supremo 015-2017-RE estableció la Política Nacional Migratoria 2017-2025 con la finalidad de preservar los derechos de emigrantes e inmigrantes. Cuando comenzó a evidenciarse la migración venezolana, el Estado peruano emitió el decreto supremo 002-2017-IN, del 3 de enero de 2017, para habilitar el ingreso al país con el PTP, si no se tenía antecedentes penales o judiciales. Vencidos los plazos dados, estos se fueron ampliando con el decreto supremo 023-2017-IN, del 29 de julio de 2017; y, luego, con el decreto supremo

001-2018-IN, del 23 de enero de 2018. Sin embargo, desde el 15 de junio de 2019, el régimen del expresidente Martín Vizcarra exigió a los venezolanos la obtención de una visa humanitaria; y, a partir del 25 de setiembre de 2019, el Gobierno peruano comenzó a exigir a los migrantes venezolanos que buscan ingresar al país la presentación de su pasaporte.

- Ya fuera bajo una u otra modalidad, hasta noviembre de 2020 fueron 885 000 los migrantes venezolanos registrados que ingresaron al Perú, aunque se estima que para 2021 deben superar el millón, contando a los ilegales. Asimismo, se dieron en el periodo 2018-2020 algunas medidas de protección social para ellos, como la resolución ministerial 176-2018-TR, del 6 de julio de 2018, para la contratación de ciudadanos venezolanos que cuenten con el PTP; y el decreto supremo 008-2018-TR, del 13 de setiembre de 2018, que declara que los contratos de trabajo de personal extranjero se consideran aprobados desde su presentación ante la AAT sin necesidad de evaluación previa. Igual, se facilitó la matrícula y el traslado de niños venezolanos mediante la resolución ministerial 665-2018-Minedu, del 4 de diciembre de 2018.
- Históricamente, el sistema de salud peruano siempre fue precario y no ha podido brindar un acceso real a la población venezolana. Es más, cuando se decretó la cuarentena, en marzo de 2020, esta masa laboral informal, peruana y venezolana, no pudo salir a trabajar y tampoco acceder a la posibilidad del trabajo remoto, que salvó a una parte de la economía formal. Los informales nacionales sufrieron dificultades, pero tenían redes familiares, comunitarias y conocidos; pero los venezolanos, de los cuales el 75,5% laboraba en empresas con menos de diez trabajadores, no siempre contaron con esa ventaja. Muchos de ellos estaban, además, solo parcialmente insertados social y laboralmente. En ese escenario, no pudieron participar de la economía de la calle, los mercados y el comercio ambulatorio; aprovechar las formas básicas de autoempleo con las cuales sobrevivían; ni recibir el bono que otorgó el Estado.
- Según encuestas de marzo de 2020, cuando empezó la pandemia y la cuarentena, solo el 7% de los venezolanos encuestados aseguró estar

trabajando durante la pandemia. Un 40% afirmó estar abastecido, pero con escaso dinero; mientras que el 37% señaló estar desabastecido y sin dinero. A pesar de ello, el 93 % respaldó la cuarentena y el toque de queda dispuestos por el Gobierno. En una encuesta posterior, llevada a cabo en el mismo grupo entre los meses de setiembre y octubre de 2020, el 57% de los migrantes venezolanos admitió haber pedido prestado, un 29% indicó haber vendido algunos bienes del hogar, el 24% dijo no haber incurrido en ningún préstamo, y otro 6% señaló que tuvo que pedir dinero en la calle. Asimismo, en la encuesta se evidenció que el 33% estuvo en riesgo de desalojo por no poder cubrir los gastos de alquiler. Adicionalmente, al 18 de abril, el 48% de las personas venezolanas que buscaron atención por sospecha de contagio de COVID-19 no habían sido testeados con la prueba de descarte. Según el Monitoreo de Protección en albergues en Lima Metropolitana, realizado por el Acnur y Acción Contra el Hambre (2020), en junio de 2020 el 38% de migrantes venezolanos señaló encontrarse en albergues por falta de trabajo e ingresos para poder pagar el arriendo, y un 10% indicó que había sido desalojado por no cumplir con los alquileres. La situación de los migrantes durante la pandemia ha sido tan grave que una parte de ellos incluso se ha planteado la posibilidad de volver a su país. La opción de regresar a Venezuela es una medida de último recurso, guiada la premisa de que allá por lo menos serán recibidos por sus familiares y tendrán un techo temporal.

- En síntesis, el impacto de la crisis sanitaria en la población venezolana ha multiplicado el desarraigo y la desprotección con que vinieron justo cuando estaban comenzando a insertarse en Perú. Lamentablemente, su condición migratoria los ha retornado a ser población vulnerable e indocumentada, ha dificultado su acceso a servicios de salud y les ha impedido trabajar para ganarse el sustento diario. De igual manera, la escasez generalizada los ha expuesto más a la xenofobia, el no pago de sus alquileres los ha hacinado en albergues sin servicios plenos, y se ha agudizado su sensación de desamparo y desencuentro emocional.
- Pese al marco legal existente, que respalda y garantiza la atención sanitaria de los ciudadanos peruanos y también de los extranjeros,

incluso si su situación migratoria es irregular, el sistema de salud peruano era y sigue siendo precario tras la llegada masiva de migrantes venezolanos, por lo que es necesario contar con algún tipo de seguro para poder acceder a sus servicios. Según los datos recabados, solo 54 231 migrantes venezolanos están afiliados al SIS, lo cual representa menos de 10% de la población venezolana en el Perú. Por otro lado, el número total de asegurados en EsSalud es de 57 577, los cuales, junto a los asegurados por el SIS, representan aproximadamente el 15% de la población migrante, quedando un 85% de esta completamente desprotegida. El 47% también indicó que acude a farmacias o boticas, y un 28% que se automedica ante la necesidad de atención médica. Esto, sin lugar a duda, pone al estado de salud de los migrantes en juego e incluso coloca en riesgo su vida, propiciando que los migrantes venezolanos en Perú perciban como principal necesidad la ayuda médica (71%), incluso por delante de la generación de empleo (54,4%).

- Esta situación se ha acentuado sobre todo con la emergencia sanitaria por COVID-19, que ha empobrecido a los migrantes venezolanos hasta hacer que el 38% de ellos se encuentre en albergues y viviendo de subsidios económicos gestionados por organizaciones y organizaciones no gubernamentales. La estadística existente sobre la atención del Minsa a la población venezolana en marzo de 2021 revela que 48 158 migrantes fueron tamizados tanto con pruebas moleculares (16 299) como con pruebas rápidas (2546) y de antígenos (2602), y que 20 618 de ellos dieron positivo, un porcentaje bastante alto.
- El decidido apoyo de la cooperación internacional y de organismos subregionales ha sido clave para compensar parcialmente el desamparo social en que se han visto inmersos los migrantes venezolanos. Existe preocupación por parte de la comunidad internacional, la cual se manifiesta en el accionar de la OPS/OMS, el Oras-Conhu, la OIM, el Acnur y el Grupo de Lima, entre otras organizaciones que han realizado notorios esfuerzos mediante apoyos económicos y alimentarios para evitar que la vulnerabilidad de los migrantes venezolanos se acentúe.

7.2. Recomendaciones

- Vivimos una era de éxodos masivos en el mundo y los países y sus sistemas de salud deben estar preparados para afrontarlos. Las poblaciones cada día son más móviles y la salud no puede concebirse en unidades territoriales cerradas. Los países reciben, además, cada vez más capas sucesivas de migrantes. Las migraciones se hacen normales, sean graduales o disruptivas, y ello implica que las poblaciones se hagan cada vez más multiculturales y de proveniencias diversas, por lo que los sistemas de salud deben hacerse flexibles para virar hacia la atención de nuevos perfiles epidemiológicos y responder a la diversidad. La salud es un derecho humano universal sin importar donde se encuentre el ciudadano sujeto del derecho.
- En este escenario de naciones pluriétnicas y de todas las sangres, las migraciones también son no solo de un país a otro —o a otros—, sino de una subregión a otras, como es el caso de la migración venezolana a la subregión andina. En consecuencia, las migraciones obligan a la coordinación interpaíses porque no encuentran solución al interior de cada frontera. La recomendación central es cogobernar entre los diversos Gobierno o, mejor aún, abrir el estrecho concepto de Gobierno y de coordinación para dar paso al de gobernanza subregional, que en este caso es entre los países y sus pueblos. En esa línea, la migración venezolana requiere un sistema de atención interministerial más sólido que el de las reuniones periódicas y declaraciones públicas. Hoy será por Venezuela, mañana por nosotros.
- Siendo el fenómeno de la migración venezolana uno multilateral, debe ser abordado desde todos los países involucrados, por lo que deberían conformarse comisiones de trabajo y espacios de discusión regionales que hagan frente a una problemática que trasciende la soberanía nacional a fin de involucrar, necesariamente, a todas las partes implicadas o interesadas. Este es un problema o desafío subregional, no de un solo país; por ello, las reuniones entre los países andinos involucrados para debatir opciones de políticas y estrategias deben ser continuas, incorporando el enfoque de derechos humanos y

promoviendo alternativas para facilitar el acceso a los servicios de salud.

- Es preciso fomentar la coordinación entre países para establecer acuerdos de responsabilidad compartida en materia de ayuda humanitaria y administración temporal de campos o albergues de refugiados. La ayuda de la comunidad internacional debe canalizarse hacia los países de acogida. Dado que no todos los Estados se verán afectados por flujos migratorios masivos e inesperados, se trata de priorizar a los Estados receptores que se ven seriamente desbordados por migraciones constantes. Este deber es de corte humanitario y se ampara en normas internacionales.
- Se debe facilitar la inserción laboral del inmigrante como un factor que contribuye al aumento de la productividad del país. Para lograrlo, es preciso identificar aquellos sectores donde haya demanda de empleo para reorientar ciertos flujos migratorios. De igual forma, es preciso establecer políticas laborales claras que faciliten el reconocimiento de grados académicos en menor tiempo y con menos costos. En otras palabras, se debe conocer las necesidades laborales del país — principalmente, del sector privado— para que los inmigrantes capacitados en determinadas áreas puedan ubicarse laboralmente. Los Estados también deben darles la oportunidad de trabajar en instituciones públicas, como a cualquier nacional. Las empresas privadas, por su parte, no deben abusar del extranjero, por lo que es necesario reforzar la fiscalización gubernamental en materia laboral. Asimismo, la población migrante debe acceder a empleos y conseguir ascensos sin discriminación por su origen étnico y/o nacionalidad.
- Se necesita una política comunicacional en cada país que precise a la población mediante campañas de sensibilización que los inmigrantes son ciudadanos en estado de vulnerabilidad y necesitan ayuda. Se debe preparar a la sociedad de acogida respecto a las características de la población que arriba al país a través de la escuela pública y privada, las universidades en general y los medios de comunicación, entre otros actores. La preparación debe venir del Estado, por lo que este debe habilitar una serie de programas públicos para dicho fin. También deben fomentarse debates en la sociedad de acogida para que se

familiarice con el grupo extranjero a fin de que se comprenda su situación y se les pueda aceptar y ayudar. Con ello se busca reducir o eliminar prejuicios, estereotipos y prácticas moralmente reprobables como la xenofobia o la discriminación.

- Hay que mejorar sustantivamente la estadística sobre las migraciones y los migrantes, no solo para determinar su cantidad, sino para conocer su situación legal, cómo llegaron y su condición económica, social y sanitaria a fin de determinar cómo varió esta última —en comparación con la inicial— y si las políticas nacionales de salud están cumpliendo o no sus objetivos. Los censos nacionales también deben tomar en cuenta estas variables y a este nuevo grupo poblacional para conocer con mayor precisión la evolución demográfica y socioeconómica de la población inmigrante. Bajo esa lógica, se plantea la creación de un observatorio de salud de la migración con registro de información sobre variables que sea confiable y validado, permitiendo así el análisis y seguimiento para la toma de decisiones efectivas y centradas en las personas y sus familias en el Perú.
- Es fundamental regularizar el estatus migratorio de los inmigrantes venezolanos e inmigrantes en general para que participen con mayor vitalidad en la vida política, económica, social y cultural del país. La llave para su inserción plena en el país de acogida es que cuenten con su documentación legal, por lo cual debe atenderse con prontitud la expedición de los documentos solicitados por la comunidad migrante. La participación económica, social, cultural y política de los migrantes venezolanos dependerá de su asimilación, socialización e inserción laboral, y no de la creación de programas especiales que podrían incluso exacerbar la xenofobia.
- En relación con el acceso a la atención de la salud, se requiere complementar el apoyo asistencial y humanitario de la OIM, el Acnur, la OMS y el Programa Subregional de América del Sur de la OPS (OPS/SAM) en resguardo de la salud de los migrantes, e integrarlos como asegurados en ambos seguros de salud existentes en el Perú (SIS y EsSalud) para asegurar el acceso a una atención continua. La atención sanitaria de los venezolanos en el Perú ha sido bastante parcial y no ha logrado enfrentar las demandas y necesidades de esta

población; por ello, se requiere de mayor apoyo económico y logístico, en paralelo a una adecuación cultural que permita a los migrantes venezolanos contar con asistencia médica gratuita y de calidad mientras regularizan su situación legal y económica.

- Al Estado peruano se le sugiere hacer una revisión profunda de su sistema de salud pública, puesto que la ola de migrantes venezolanos puso de manifiesto la exclusión sanitaria que se le da a los informales en el Perú por no contar con un seguro de salud. Esta situación, por supuesto, les es desfavorable pues la economía informal es la que impera en el país. Además, debe ser motivo de reflexión para las autoridades peruanas el hecho de que no se dé cumplimiento a lo establecido en la Constitución nacional y que no se pueda atender tanto a nacionales como a extranjeros.
- Se requiere que el Estado peruano, por medio del Minsa y EsSalud, asuma campañas informativas que permitan a los migrantes venezolanos conocer el funcionamiento del sistema sanitario del país; de esta manera, se podrá estimular su integración efectiva y una mejor comprensión de los trámites y requerimientos necesarios para gozar de la asistencia sanitaria en Perú.
- Se plantea reforzar la atención de salud de los migrantes en las zonas de frontera con la presencia binacional de los Ministerios de Salud, sin sustraerse de ella y sin dejarla en manos de los organismos de ayuda internacional, respondiendo a las necesidades de los migrantes venezolanos que entran al Perú sin medios ni información.
- Se propone diseñar e implementar un plan nacional de sensibilización dirigido a todo el personal que labora en el sistema de salud peruano para mejorar su receptividad en el trabajo con extranjeros y migrantes sur-sur, que serán frecuentes en el futuro, como los migrantes venezolanos que acuden a sus instituciones a pedir ayuda y orientación. Esto responde al hecho de que la mayoría de migrantes desconocen el funcionamiento de dicho sistema y requieren de la colaboración del personal para integrarse de manera satisfactoria.
- Fortalecer el acercamiento de los servicios de salud a los migrantes venezolanos a nivel comunitario, de forma que los mismos migrantes

puedan convertirse en facilitadores de la información. Podría ser muy útil emplear a líderes de la comunidad venezolana en el Perú para ejercer este papel, como los líderes de ONG, asociaciones de inmigrantes y los profesionales de salud venezolanos. Estos últimos podrían convertirse en gestores de una red de comunicación más fluida que los mantenga en contacto y mejore la atención sin exclusiones.

- Es necesario darle importancia a los problemas de salud de los migrantes identificados en la construcción del perfil sanitario de la población migrante, atendiendo aquellos que requieren una adaptación específica o una especial atención, como las ITS, el VIH/sida, las vacunas y la tuberculosis, entre otras dolencias. Para ello, corresponde integrar el perfil epidemiológico de los migrantes a atenderse al perfil nacional en todo el sistema de salud y, en particular, al Minsa y EsSalud. No hay que establecer programas especiales, pero sí ampliar los recursos de los ya establecidos en función de las necesidades de la población nacional y migrante. Además, tal inclusión debe darse de forma binacional con perspectiva de género, pues las cifras demuestran el impacto de la crisis social y sanitaria sobre la mujer peruana y venezolana.

REFERENCIAS

- Acevedo-García, D., E. V. Sánchez-Vaznaugh, E. A. Viruell-Fuentes & J. Almeida (2012). Integrating social epidemiology into immigrant health research: a cross-national framework. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2060-2068.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) & Acción Contra el Hambre (2020). *Monitoreo de Protección en albergues en Lima Metropolitana*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Monitoreo%20de%20Protecci%C3%B3n%20en%20albergues%20en%20Lima%20Metropolitana%20%28Junio%202020%29.pdf>
- Amaya, S. & Cronkite Borderlands Project (2019). Peru holds out some hope for Venezuelan migrants with HIV. *Cronkite News Arizona PBS*. <https://cronkitenews.azpbs.org/2019/05/06/peru-aids/>
- Aron, V. & S. Castillo Jara (2020). Reacting to Change within Change: Adaptive Leadership and the Peruvian Response to Venezuelan Immigration. *International Migration*. doi: <https://doi.org/10.1111/imig.12761>
- Aruj, R. (2008). *Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Arvelo, L. (2021). Implicaciones psicológicas de la crisis venezolana actual. *Procesos Históricos: revista semestral de historia, arte y ciencias sociales*, 39, 27-45.

- Asamblea General de las Naciones Unidas (2017, 12 de julio). 35/23 *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. https://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?si=A/HRC/RES/35/23
- Asamblea Mundial de la Salud, 61 (2008) *Informes sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios: informe de la Secretaría*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/26227>
- Asselin, O., F. Duseau, L. Fonseca, M. Giroud, A. Hamadi, J. Kohlbacher, F. Lindon, J. Malheiros, Y. Marcadet & U. Reeger (2006). Social integration of immigrants with special reference to the local and spatial dimension. En R. Penninx, M. Berger y K. Kraal (eds.), *The Dynamics of International Migration and Settlement in Europe* (pp. 133-170). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Baldwin, L. (2017). *The Venezuelan Diaspora: A Cerebral Exodus*. Rock Island, Illinois: Augustana College. <https://digitalcommons.augustana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=ltamstudent>
- Banco Mundial (2020). *Migrantes y refugiados venezolanos en el Perú: el impacto de la crisis del COVID-19*. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/647431591197541136/pdf/Migrantes-y-Refugiados-Venezolanos-en-El-Peru-El-Impacto-de-la-Crisis-del-Covid-19.pdf>
- BBC (2018, 24 de agosto). Crisis de Venezuela: “El éxodo de los venezolanos es el mayor de Latinoamérica en los últimos 50 años”. *BBC News*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45291398>
- BBC (2019, 28 de enero). Crisis en Venezuela: 7 gráficos que explican la crisis económica y política de Venezuela. *BBC News*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47017193>
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Blouin, C. & E. Button (2018). Addressing overlapping migratory categories within new patterns of mobility in Peru. *Anti-Trafficking Review*. <https://antitraffickingreview.org/index.php/atrjournal/article/view/351/290>
- Blouin, C. & F. Freier (2018). Población venezolana en Lima: entre la regularización y la precariedad. En *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (157-184). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Blouin, C. (coord.). (2019). *Estudio sobre el perfil socio económico de la población venezolana y sus comunidades de acogida: una mirada hacia la inclusión*. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú, PADF.
- Blouin, C., I. Jave, M. Goncalves de Freitas (2019). Una mirada a los impactos psicosociales en personas refugiadas y migrantes venezolanas alojadas en albergues en Lima (Perú). Lima: IDEHPUCP.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Cabrera Serrano D., G. Cano Salazar & A. Castro Franco (2018). Procesos recientes de movilidad humana entre Venezuela y Colombia 2016-2018. En *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (69-94). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cassarino, J. P. (2004). Theorising Return Migration: The Conceptual Approach to Return Migrants Revisited. *International Journal on Multicultural Societies*, 6(2), 253-279.

- Castles, S. (2003). La política internacional de la migración forzada. *Migración y Desarrollo*, 1, 74-99. <http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/vel/StephenCastles.pdf>
- Castillo, T. & M. Reguant (2017). Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones*, 41, 133-163.
- Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) (2020). Migración venezolana y salud mental. Hacia intervenciones para migrantes y comunidades de acogida. *4 Propuesta de política pública*. http://sisisemail.up.edu.pe/sisisemail/_data/2020/9013/CIUP-PPP-No4.pdf
- Conferencia Internacional de Donantes en solidaridad con los Refugiados y Migrantes venezolanos en los países de la región en el contexto del Covid-19 (2020). *Acciones a favor de la atención de los migrantes, refugiados y solicitantes de la condición de refugiado en el Perú*. <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/ElMinisterioInforma/Documents/DOCUMENTO%20ACCIONES%20%28ESPAN%CC%83OL%29.pdf>
- Congreso de la República del Perú (2002, 12 de octubre). Ley N° 27840, Ley de Asilo. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1720.pdf>
- Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE) (2020, febrero). Análisis rápido de género de CARE Perú. *Proyecto Alma Llanera*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/75166.pdf>
- Corrales, J. (2017). ¿Cómo explicar la crisis económica en Venezuela? *Tribuna: Revista de Asuntos Públicos*, 30-34.
- Datosmacro (2020). Venezuela - Emigrantes totales 2019. [Datosmacro.com](https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/venezuela). <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/venezuela>
- Dirección General de Personal del Ministerio de Salud (2021). *Base de datos de Inforhus*. <http://digepe.minsa.gob.pe/bdatos.html>
- Efecto Cocuyo (2020). *Celebran VI ronda del Proceso de Quito sobre migración venezolana*. <https://efectococuyo.com/venezuela-migrante/celebran-vi-ronda-del-proceso-de-quito-sobre-migracion-venezolana/>
- El Peruano (2002, 20 de diciembre). Ley N° 27891, Ley del Refugiado. <https://vlex.com.pe/vid/ley-n-27891-ley-578578838>
- El Peruano (2012, 07 de diciembre). *Decreto Legislativo que crea la Superintendencia Nacional de Migraciones – Migraciones. Decreto Legislativo N°1130*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-crea-la-superintendencia-nacional-de-decreto-legislativo-n-1130-875566-4/>
- El Peruano (2013a, 13 de diciembre). *Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación AL Régimen de Financiamiento Subsidiado. Decreto Legislativo N° 1164*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-para-la-exte-decreto-legislativo-n-1164-1025182-4/>
- El Peruano (2013b). *Aprobar Norma Técnica de Salud N° 104-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis”*. Resolución Ministerial N° 715-2013-MINSA. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201949/198713_RM715_2013_MINSA.pdf20180926-32492-x9u0jb.pdf
- El Peruano (2017a, 2 de enero). *Aprueban lineamientos para el otorgamiento del permiso temporal de permanencia para las personas extranjeras madres o padres de hijos/as peruanos/as menores*

de edad e hijos/as mayores de edad con discapacidad permanente. Decreto Supremo 001-2017-IN. <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-lineamientos-para-el-otorgamiento-del-permiso-tempo-decreto-supremo-n-001-2017-in-1469654-2/>

El Peruano (2017b, 2 de enero). *Aprueban lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana. Decreto Supremo 002-2017-IN.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-lineamientos-para-el-otorgamiento-del-permiso-tempo-decreto-supremo-n-002-2017-in-1469654-3/>

El Peruano (2017c, 27 de marzo). *Reglamento del Decreto Legislativo 1350, Decreto Legislativo de Migraciones.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/reglamento-del-decreto-legislativo-n-1350-decreto-legislat-anexo-ds-n-007-2017-in-1502810-4/>

El Peruano (2017d, 26 de julio). *Aprueban lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana. Decreto Supremo 023-2017-IN.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-lineamientos-para-el-otorgamiento-del-permiso-tempo-decreto-supremo-n-023-2017-in-1549000-1/>

El Peruano (2017e). *Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Migratoria 2017-2025. Decreto Supremo N° 015-2017-RE.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-migratoria-decreto-supremo-n-015-2017-re-1513810-1/>

El Peruano (2017f). *Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1350, Decreto Legislativo de Migraciones y aprueban nuevas calidades migratorias. Decreto Supremo N°007-2017-IN.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-del-decreto-legisl-decreto-supremo-n-007-2017-in-1501641-5/>

El Peruano (2018a). *Aprueban lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana. Decreto Supremo N° 001-2018-IN.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-lineamientos-para-el-otorgamiento-del-permiso-tempo-decreto-supremo-n-001-2018-in-1609074-1/>

El Peruano (2018b). *Modifican Lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana, aprobados por Decreto Supremo N° 001-2018-IN. Decreto Supremo N° 007-2018-IN.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modifican-lineamientos-para-el-otorgamiento-del-permiso-temp-decreto-supremo-n-007-2018-in-1682426-2/>

El Peruano (2018c, 11 de mayo). *Disponen entrega gratuita del “Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario - Provisional” a favor de los ciudadanos venezolanos que formulen o ya se encuentre en trámite su solicitud para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia - PTP y dictan diversas disposiciones. Resolución de Superintendencia N° 0000165-2018-Migraciones.* <https://www.refworld.org/es/pdfid/5af9e17c4.pdf>

El Peruano (2018d, 5 de julio). *Establecen disposiciones para la contratación laboral de personas de nacionalidad venezolana con Permiso Temporal de Permanencia - PTP o Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario - Provisional. Resolución Ministerial N° 176-2018-TR.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/establecen-disposiciones-para-la-contratacion-laboral-de-per-resolucion-ministerial-n-176-2018-tr-1666953-1/>

El Peruano (2018f, 28 de agosto). *Decreto Supremo que declara el Estado de Emergencia en los distritos de Aguas Verdes y Zarumilla de la provincia de Zarumilla, y en el distrito de Tumbes de la provincia de Tumbes, del departamento de Tumbes, por peligro inminente de afectación a la salud y saneamiento, ante el incremento de la migración internacional proveniente del norte.*

Decreto Supremo N° 087-2018-PCM. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-el-estado-de-emergencia-en-los-d-decreto-supremo-n-087-2018-pcm-1685574-3/>

- El Peruano (2018g, 29 de agosto). *Aprueban Documento Técnico “Plan de Implementación de Puestos de Vacunación en Zonas de Frontera”.* Resolución Ministerial N° 799-2018/Minsa. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-documento-tecnico-plan-de-implementacion-de-puesto-resolucion-ministerial-n-799-2018minsa-1686754-1/>
- El Peruano (2018h, 13 de setiembre). *Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley de Contratación de Trabajadores Extranjeros, aprobado por Decreto Supremo N° 014-92-TR . Decreto supremo N° 008-2018-tr.* <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-modifica-el-reglamento-de-la-ley-de-cont-decreto-supremo-n-008-2018-tr-1691028-1>
- El Peruano (2018g, 04 de diciembre). *Aprueban Norma Técnica denominada “Norma que regula la matrícula escolar y traslado en las instituciones educativas y programas de Educación Básica”, Resolución Ministerial N° 665-2018-MINEDU.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-norma-tecnica-denominada-norma-que-regula-la-matri-resolucion-ministerial-n-665-2018-minedu-1719958-1/>
- El Peruano (2018h). *Aprueban la NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.* Resolución Ministerial N°215-2018/MINSA. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-nts-n-097-minsadgsp-v03-norma-tecnica-de-sal-resolucion-ministerial-no-215-2018minsa-1626125-2/>
- El Peruano (2019a, agosto). *Decreto Supremo que aprueba los lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prevención, atención y protección frente a la violencia sexual contra niñas, niños, adolescentes y mujeres indígenas u originarias.* Decreto Supremo N° 009-2019-MC. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-incorporar-decreto-supremo-n-009-2019-mc-1795966-3/>
- El Peruano (2019b, 27 de noviembre). *Decreto de Urgencia N° 017-2019. Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-para-la-cobertura-decreto-de-urgencia-n-017-2019-1831446-1/>
- El Peruano (2020a). *Declaran constituido el Registro de Información Migratoria – RIM.* Resolución Superintendencia N° 000117-2020-Migraciones. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/declaran-constituido-el-registro-de-informacion-migratoria-resolucion-n-000117-2020-migraciones-1866010-1/>
- El Peruano (2020b). *Decreto Supremo que aprueba medidas especiales, excepcionales y temporales para regularizar la situación migratoria de extranjeros y extranjeras.* Decreto Supremo N° 010-2020-IN. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-medidas-especiales-excepcionale-decreto-supremo-n-010-2020-in-1895950-4/>
- El Peruano (2020c). *Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por los efectos del coronavirus (COVID-19).* Decreto de Urgencia N°037-2020. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-complementarias-para-e-decreto-de-urgencia-n-037-2020-1865491-2/>
- El Peruano (2020d). *Decreto Supremo que aprueba las normas reglamentarias del Decreto de Urgencia N° 044-2019 relativas al seguro de vida.* Decreto Supremo N°009-2020-TR.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-las-normas-reglamentarias-del-decreto-supremo-n-009-2020-tr-1853904-2/>

- El Peruano (2020e). *Conformar la Unidad Funcional de Salud de Poblaciones Migrantes y Fronterizas, adscrita al Despacho Viceministerial de Salud Pública. Resolución Secretarial N° 266-2020/MINSA.* <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1399875/RS%20266-2020.pdf.pdf>
- El Peruano (2021). *Disponen la implementación en la página web de Migraciones del módulo denominado “Preinscripción para la regularización extraordinaria de personas extranjeras – DS10” y aprueban otras disposiciones. Resolución Superintendencia N° 000009-2021-Migraciones.* <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/disponen-la-implementacion-en-la-pagina-web-de-migraciones-d-resolucion-n-000009-2021-migraciones-1918539-1/>
- Equilibrium CenDE (2020). *Encuesta de Opinión a Población Migrante Venezolana. Perú: marzo 2020.* <https://equilibriumcende.com/resultados-de-la-encuesta-nacional-de-opinion-cuarentena-covid-19-en-poblacion-venezolana-migrante-en-peru-marzo-2020/>
- Freire, L. F. (2018). Understanding the Venezuelan Displacement Crisis. *E-International Relations.* <https://www.e-ir.info/2018/06/28/understanding-the-venezuelan-displacement-crises/>
- Freire, F. & G. Brauckmeyer (2020). Migrantes venezolanos y COVID-19: impacto de la cuarentena y propuestas para la apertura. En *Por una nueva convivencia la sociedad peruana en tiempos del covid-19: escenarios, propuestas de política y acción pública* (41-56). Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Gandini, L., F. Lozano & V. Prieto (2019). El éxodo venezolano: migración en contextos de crisis y respuestas de los países latinoamericanos. En *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (9-32). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerrero Ble, M. & J. Graham (2020). The Effect of COVID-19 on the Economic Inclusion of Venezuelans in Peru. *Refugees International.* <https://www.refugeesinternational.org/reports/2020/12/7/the-effect-of-covid-19-on-the-economic-inclusion-of-venezuelans-in-peru>
- Gzesh, S. (2008). Una redefinición de la migración forzada con base en los derechos humanos. *Migración y Desarrollo*, 10, 97-126. <https://www.redalyc.org/pdf/660/66001005.pdf>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020a). *5W Perú Enero y Febrero.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/74858>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020b). *5W Perú Marzo 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/75731>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020c). *5W Perú Abril 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/76516>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020d). *5W Perú Mayo 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/77294>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020e). *5W Perú Junio 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/77861>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020f). *5W Perú Julio 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/78417>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020g). *5W Perú Agosto 2020.* <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/82617>

- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020h). *5W Perú Setiembre 2020*. <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/82618>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020i). *5W Perú Octubre 2020*. <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/83126>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020j). *5W Perú Noviembre 2020*. <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/84049>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú (GTRM) (2020k). *5W Perú Diciembre 2020*. <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/84584>
- Hernández-Vásquez, A., R. Vargas-Fernández, C. Rojas-Roque & G. Bendezu-Quispe. (2019). Factors associated with the non-utilization of healthcare services among Venezuelan migrants in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 583-591. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.360.4654>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013). *Perú: Estadísticas de la emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros 1990-2012*. Lima: INEI
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). *Condiciones de vida de la población venezolana que reside en Perú: Resultados de la encuesta dirigida a la población venezolana que reside en el país - Enpove*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2019) *Condiciones de vida en el Perú* (Informe Técnico N°4). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_condiciones_de_vida_dic2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020). *Comportamiento de los indicadores de mercado laboral a Nivel Nacional* (Informe Técnico N°2). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/infome_empleo_nacional.pdf
- Jackson, J. A. (1986). *Migration*. Nueva York: Longman.
- Jaramillo-Ochoa, R., R. Sippy, D. F. Farrell, C. Cueva-Aponte, E. Beltrán-Ayala, J. L. Gonzaga, T. Ordoñez-León, F. A. Quintana, S. J. Ryan & A. M. Stewart-Ibarra (2019). Effects of political instability in Venezuela on malaria resurgence at Ecuador-Peru border, 2018. *Emerging Infectious Diseases*, 25(4), 834-836. doi: <https://doi.org/10.3201/eid2504.181355>
- Koechlin, J., X. Solórzano, G. Larco & E. Fernández-Maldonado (2019). *Impacto de la Migración Venezolana en el Mercado Laboral de tres ciudades: Lima, Arequipa y Piura*. Lima: OIM, OIT, MTPE, UARM. <https://peru.iom.int/sites/peru/files/Documentos/IMPACTOINM2019OIM.pdf>
- Koechlin, J., E. Vega & X. Solórzano (2018). Migración venezolana al Perú: proyectos migratorios y respuesta del Estado. En J. Koechlin & J. Eguren (eds.), *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración* (47-96). Lima: Universidad Ruiz de Montoya, OIM, Konrad Adenauer, Obimid.
- Kreniske, J. S., R. Montoya, A. Lozano, P. Tapia, R. Patrocinio, C. A. Evans & S. Datta (2020). Tuberculosis and the Venezuelan migration in Peru: towards a community-informed intervention. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 201.
- Landaeta-Jiménez, M., M. Herrera, G. Ramírez & M., Vásquez (2018). Las precarias condiciones de alimentación de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31(1), 13-26. <http://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2018/1/art-3/>
- Maclachlan, M., C. Khasnabis & H. Mannan (2012). Inclusive health. *Tropical Medicine and International Health*, 17(1), 139-41.

- Massey, D. S. (1987). The Ethnosurvey in Theory and Practice. *The International Migration Review*, 21(4), 1498-1522.
- Massey, D. S., J. Arango, G. Hugo, A. Kouaouci, A. Pellegrino & J. E. Taylor (1994). An evaluation of international migration theory: The North American case. *Population and Development Review*, 20, 669-751.
- Mendoza, W. & J. J. Miranda (2019). Venezuelan immigration in Peru: challenges and opportunities from a health perspective. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 497-503.
- Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú (RREE) (2020, enero 6). *Comunicado del Grupo de Lima. Comunicado Conjunto 002-20*. <https://www.gob.pe/institucion/rree/noticias/76488-comunicado-del-grupo-de-lima>
- Ministerio de Salud (Minsa) (2021). *Información de Recursos Humanos en Salud del Minsa y Gobiernos Regionales, 2020*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTE3ZmEwODMtMmFIMy00ZDA4LTg5ZGEtMGZDBjNmU2ZTMxIiwidCI6ImI3ZDZiMWZkLWU3NjMtNDY5ZS05NjE5LWM5M2I3MmEyYzUwMyJ9&pageName=ReportSection59d61fb40feb0d4a46db>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) (2019). *Anuario Estadístico Sectorial 2019*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/920578/ANUARIO_2019_.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) (2020). *Anuario Estadístico Sectorial 2020*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2038301/Anuario_2020.pdf
- Mougenot, B., E. Amaya, E. Mezones-Holguin, A. J. Rodríguez-Morales & B. Cabieses (2021). Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru. *Global Health*, 17. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3>
- Noticias ONU (abril, 2020). *Perú y la ONU se alían para ayudar a los refugiados y migrantes venezolanos afectados por el coronavirus*. <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473012>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2015). *Situación de los Migrantes Extranjeros en el Perú y su Acceso a Servicios Sociales, Servicios de Salud y Educación*. https://repositoryoim.org/bitstream/handle/20.500.11788/1485/PER-OIM_004.pdf?sequence=1
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2017a). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 1 (octubre-noviembre)*. <https://reliefweb.int/report/peru/dtm-ronda-1-monitoreo-de-flujo-de-migraci-n-venezolana-en-el-matriz-de-seguimiento-del>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2017b). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 2 (diciembre)*. https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DTM_VENEZUELA_R2OIM%20%20VF%202.pdf?file=1&type=node&id=3246
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018a). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 3 (julio)*. https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DTM%20R3_JULIO2018_%20EN.pdf?file=1&type=node&id=3945
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018b). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 4 (noviembre)*. <https://reliefweb.int/report/peru/dtm-ronda-4-monitoreo-de-flujo-de-poblaci-n-venezolana-en-el-matriz-de-seguimiento-del>

- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019a). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 5 (abril)*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DTM_MIGRACIONVENEZUELA_R5_2019.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019b). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 6 (setiembre)*. <https://reliefweb.int/report/peru/dtm-reporte-6-monitoreo-de-flujo-de-poblaci-n-venezolana-en-el-matriz-de-seguimiento-de>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2020a, 17 de febrero). *Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) – OIM Perú, Ronda 7 (febrero)*. <https://reliefweb.int/report/peru/dtm-reporte-7-monitoreo-de-flujo-de-poblaci-n-venezolana-en-el-matriz-de-seguimiento-de>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2020b, mayo). *DTM Evaluación de Sitios en Albergues Temporales para Población Venezolana - Emergencia COVID 19. Reporte N° 2*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/76118.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) & Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). *Resolución CD55.R13: La salud de los migrantes*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020, 10 de junio). *Actualización Epidemiológica: Malaria en las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52288>
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2017, 5 de mayo). *Resolución XXXVI/516: Salud de los migrantes en la subregión andina*. <http://orasconhu.org/sites/default/files/516%20Salud%20de%20los%20Migrantes.pdf>
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2018, 6 de noviembre). *Resolución XXXVII/528: Salud de los migrantes en la subregión andina*. <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/ResolREMSAAXXXVII/ResolREMSAAXXXVII528SaluddelosMigrantes.pdf>
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2019, mayo). *Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022*. http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN_DE_SALUD_MIGRANTES_2019.pdf
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2020, 16 de abril). *Resolución XXXVIII/540: Comité Andino de Salud para Personas Migrantes*. <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/RES%20XXXVIII-540%20MIGRANTES.pdf>
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2021). *Presentación*. <http://orasconhu.org/portal/presentación>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019, 19 de diciembre). *Salud para todos: comparten resultados del Informe Sudamericano sobre el Proceso Migratorio*. https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4444:salud-para-todos-comparten-resultados-del-informe-sudamericano-sobre-el-proceso-migratorio&Itemid=1070
- Paez, T. & L. Vivas (2017). *The Venezuelan Diaspora, Another Impending Crisis? Freedom House Report*. https://www.researchgate.net/publication/317099053_The_Venezuelan_Diaspora_Ano
- Programa Mundial de Alimentos (PMA) (2020, junio). *Remote Assessment COVID-19 Venezuelan Migrants in Colombia, Ecuador and Peru*.

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/202006_PMA_Remote_Assessment_Venezuela_Migrants_200604_EN.pdf

- Piore, M. J. (1979). *Birds of Passage: Migrant Labour in Industrial Societies*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2019). *Plan regional de respuesta para refugiados y migrantes. Para las personas refugiadas y migrantes de Venezuela*. <https://r4v.info/en/documents/details/68669>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020a). Refugiados y migrantes venezolanos. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020b). *RMP2020 Para refugiados y migrantes de Venezuela. Plan de respuesta para refugiados y migrantes*. <https://r4v.info/es/documents/details/74747>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020c). *RMRP 2021 Perú* [infografía]. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RMRP%202021%20-%20Peru.pdf>
- Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (2020, 04 de abril). La vida de los venezolanos en Perú durante la cuarentena. <https://provea.org/refugiados-y-migrantes/la-vida-de-los-venezolanos-en-peru-durante-la-cuarentena/>
- Editor ALAS (2020, noviembre). Entrevista a Alejandro Portes. Asociación Latinoamericana de Sociología. <https://sociologia-alas.org/2020/11/30/conversatorio-con-el-dr-alejandro-portes/>
- Portes, A. & J. Böröcz (1986). Contemporary Immigration: Theoretical Perspectives on Its Determinants and Modes of Incorporation. *International Migration Review*, 23(3), 606-630.
- Portes, A. & J. DeWind (2004). A Cross-Atlantic Dialogue: The Progress of Research and Theory in the Study of International Migration. *International Migration Review*, 38(3), 828-851. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2004.tb00221.x>
- Splinder, W. (2019). *Ya son más de 4 millones de migrantes y refugiados venezolanos en el mundo, según ACNUR*. <https://cnnespanol.cnn.com/2019/06/07/mas-de-4-millones-de-migrantes-y-refugiados-venezolanos-en-el-mundo-segun-acnur/>
- Selee, A., J. Bolter, B. Muñoz-Pogossian & M. Hazán (2019). *Creativity amid Crisis. Legal Pathways for Venezuelan Migrants in Latin America*. MPI, OAS.
- Superintendencia Nacional de Migraciones (SNM) (2018). *Informe Migratorio. Características sociodemográficas de ciudadanos venezolanos que tramitaron el Permiso Temporal de Permanencia-PTP en el Perú 2017-2018*. <https://www.migraciones.gob.pe/comunicaciones/publicaciones/Caracteristicas-sociodemograficas-de-ciudadanos-venezolanos.pdf>
- Superintendencia Nacional de Migraciones (SNM) (2020). *Características sociodemográficas de la migración venezolana en el Perú feb 2017-jul 2020*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1260593/Caracteristicas-sociodemograficas-de-ciudadanos-venezolanos-julio2020.pdf>
- Todaro, M. & L. Maruszko (1987). Illegal migration and U.S. Immigration reform: conceptual framework. *Population and Development Review*, 13(1), 101-114.
- Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Simón Bolívar (USB), Laboratorio de Ciencias Sociales (Lacso) & Red de Solidaridad

- Ciudadana (2014). *Encuesta Sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2014 - Encovi*. Caracas. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/5eb9bfda7ca5e613dfcf73b3_encovi-2014.pdf
- Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Simón Bolívar (USB), Laboratorio de Ciencias Sociales (Lacso), Fundación Bengoa & Red de Solidaridad Ciudadana (2016). *Encuesta Sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2016 - Encovi*. Caracas. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/5eb9bfdb2eb06d8c62e15587_encovi-2016.pdf
- Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Simón Bolívar (USB), Laboratorio de Ciencias Sociales (Lacso), Fundación Bengoa & Red de Solidaridad Ciudadana (2017). *Encuesta Sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2017 - Encovi*. Caracas. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/5eb9bfda4ed90d3d4e8e08f8_encovi-2017.pdf
- Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Universidad Central de Venezuela (UCV) & Universidad Simón Bolívar (USB) (2018). *Encuesta Sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2018 - Encovi*. Caracas. <https://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>
- Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Universidad Central de Venezuela (UCV) & Universidad Simón Bolívar (USB) (2019). *Encuesta Sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2019-2020 - Encovi*. Caracas. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/5f0385b934325d1f93373758_Presentaci%C3%B3n%20%20ENCOVI%202019%20cambios%20demogr%C3%A1ficos_compressed.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2018). United Nations High Commissioner for Refugees. *Venezuela Situation*. <https://data2.unhcr.org/en/situations/vensit>
- Vargas-Machuca, R., C. E. Rojas-Dávila, M. M. Jiménez, C. R. Piscoya-Magallanes, H. Razuri & M. E. Ugaz (2019). Nutritional situation of Venezuelan migrant children upon entry into Peru and the actions taken to protect their health and nutrition. *Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública*, 36(3), 504.
- World Health Organization (WHO) (2017). Resolutions and decisions annexes. *World Health Assembly* 70. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70-REC1/A70_2017_REC1-en.pdf#page=1
- World Health Organization (WHO) (2018). Progress reports: report by the Director-General. *World Health Assembly* 71. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276685>
- World Health Organization (WHO) (2021). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database>
- World Vision (2020, junio). *Migración y COVID-19. Niñez venezolana, entre la espada y la pared*. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77210>

ANEXO 1

Tabla 37. Morbilidad crónica en migrantes venezolanos por grupo etario y sexo, 2018

2018													
Morbilidad	0-11		11-17		18-29		30-59		60+		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrición	24 2,19%	24 2,19%	15 1,37%	0 0,00%	665 60,62%	16 1,46%	308 28,08%	34 3,10%	11 1,00%	0 0,00%	1023 93,25%	74 6,75%	1097
Desnutrición	38 27,34%	39 28,06%	2 1,44%	6 4,32%	42 30,22%	3 2,16%	4 2,88%	2 1,44%	0 0,00%	3 2,16%	86 61,87%	53 38,13%	139
Enfermedad hipertensiva	1 0,71%	2 1,42%	0 0,00%	0 0,00%	7 4,96%	4 2,84%	55 39,01%	41 29,08%	17 12,06%	14 9,93%	80 56,74%	61 43,26%	141
Trastornos del desarrollo psicológico	30 40,54%	43 58,11%	1 1,35%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	31 41,89%	43 58,11%	74
Diabetes	1 1,69%	2 3,39%	0 0,00%	0 0,00%	5 8,47%	1 1,69%	17 28,81%	24 40,68%	2 3,39%	7 11,86%	25 42,37%	34 57,63%	59
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	6 10,91%	3 5,45%	14 25,45%	25 45,45%	3 5,45%	4 7,27%	23 41,82%	32 58,18%	55
	94	110	18	6	725	27	398	126	33	28	1268	297	1565

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 38. Morbilidad crónica en migrantes venezolanos por grupo etario y sexo, 2019

2019																		
Morbilidad	< 01 m		01-11 m		01-05		06-11		12-17		18-29		30-59		60 +		Total	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Obesidad y otros por hipernutrición	1 0,02%	1 0,02%	21 0,49%	14 0,33%	60 1,40%	71 1,65%	34 0,79%	27 0,63%	71 1,65%	15 0,35%	2419 56,30%	62 1,44%	1266 29,46%	166 3,86%	50 1,16%	19 0,44%	3922 91,27%	375 8,73%
Desnutrición	0 0,00%	0 0,00%	40 6,18%	17 2,63%	194 29,98%	177 27,36%	4 0,62%	13 2,01%	24 3,71%	10 1,55%	97 14,99%	36 5,56%	20 3,09%	10 1,55%	4 0,62%	1 0,15%	383 59,20%	264 40,80%
Enfermedad hipertensiva	0 0,00%	0 0,00%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,25%	1 0,49%	2 0,49%	26 6,40%	9 2,22%	166 40,89%	85 20,94%	75 18,47%	38 9,36%	270 66,50%	136 33,50%
Trastornos del desarrollo psicológico	0 0,00%	0 0,00%	5 0,88%	4 0,70%	88 15,49%	251 44,19%	134 23,59%	58 10,21%	4 0,70%	15 2,64%	3 0,53%	0 0,00%	3 0,53%	1 0,18%	2 0,35%	0 0,00%	239 42,08%	329 57,92%
Diabetes	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,42%	0 0,00%	2 0,83%	2 0,83%	3 1,25%	0 0,00%	26 10,83%	8 3,33%	69 28,75%	63 26,25%	38 15,83%	28 11,67%	139 57,92%	101 42,08%
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	1 0,58%	1 0,58%	4 2,34%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,58%	0 0,00%	8 4,68%	9 5,26%	92 53,80%	21 12,28%	17 9,94%	17 9,94%	123 71,93%	48 28,07%
Total	1	1	68	37	348	499	174	101	104	42	2579	124	1616	346	186	103	5076	1253

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 39. Morbilidad crónica en migrantes venezolanos por grupo etario y sexo, 2020

2020																		
Morbilidad	< 01 m		01-11 m		01-05 a		06-11 a		12-17a		18-29		30-59		60 +		Total	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Obesidad y otros por hipernutrición	0 0,00%	0 0,00%	7 0,20%	6 0,17%	33 0,95%	36 1,04%	16 0,46%	19 0,55%	64 1,85%	8 0,23%	1996 57,69%	51 1,47%	1048 30,29%	124 3,58%	37 1,07%	15 0,43%	3,201 92,51%	259 7,49%
Desnutrición	1 0,33%	0 0,00%	3 0,98%	7 2,30%	102 33,44%	89 29,18%	6 1,97%	5 1,64%	11 3,61%	3 0,98%	45 14,75%	6 1,97%	15 4,92%	8 2,62%	4 1,31%	0 0,00%	187 61,31%	118 38,69%
Enfermedad hipertensiva	0 0,00%	0 0,00%	1 0,32%	0 0,00%	0W 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 0,63%	1 0,32%	37 11,75%	5 1,59%	137 43,49%	54 17,14%	58 18,41%	20 6,35%	235 74,60%	80 25,40%
Trastornos del desarrollo psicológico	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	23 9,79%	89 37,87%	60 25,53%	31 13,19%	6 2,55%	21 8,94%	0 0,00%	1 0,43%	4 1,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	93 39,57%	142 60,43%
Diabetes	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 1,34%	4 2,68%	0 0,00%	0 0,00%	2 1,34%	2 1,34%	18 12,08%	6 4,03%	46 30,87%	35 23,49%	24 16,11%	10 6,71%	92 61,74%	57 38,26%
Neoplasias	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 2,70%	1 1,35%	0 0,00%	1 1,35%	1 1,35%	0 0,00%	3 4,05%	10 13,51%	2 2,70%	32 43,24%	11 14,86%	9 12,16%	2 2,70%	53 71,62%	21 28,38%
Total	1	0	11	15	161	218	83	56	85	38	2106	71	1282	232	132	47	3861	677

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa.

Tabla 40. Morbilidad crónica en migrantes venezolanos por grupo etario y sexo, 2021 (primer trimestre)

Morbilidad	2021 (enero-marzo)																		
	< 01 m		01-11 m		1-may		6-nov		17-dic		18-29		30-59		60 +		Total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	T
Obesidad y otros por hipernutrición	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,22%	3 0,65%	4 0,86%	1 0,22%	1 0,22%	16 3,46%	1 0,22%	217 46,87%	14 3,02%	178 38,44%	21 4,54%	6 1,30%	- 0,00%	421 90,93%	42 9,07%	463
Desnutrición	1 4,55%	1 4,55%	- 0,00%	3 13,64%	1 4,55%	2 9,09%	1 4,55%	1 4,55%	- 0,00%	- 0,00%	6 27,27%	1 4,55%	5 22,73%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	14 63,64%	8 36,36%	22
Enfermedad hipertensiva	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	9 18,00%	- 0,00%	16 32,00%	12 24,00%	9 18,00%	4 8,00%	34 68,00%	16 32,00%	50
Trastornos del desarrollo psicológico	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	4 44,44%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	2 22,22%	2 22,22%	1 11,11%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	2 22,22%	7 77,78%	9
Diabetes	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	1 4,55%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	1 4,55%	1 4,55%	10 45,45%	5 22,73%	4 18,18%	- 0,00%	16 72,73%	6 27,27%	22
Necoplasias	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	- 0,00%	3 18,75%	- 0,00%	9 56,25%	1 6,25%	2 12,50%	1 6,25%	14 87,50%	2 12,50%	16
Total	1	1	-	4	5	10	2	2	16	3	238	17	218	39	21	5	501	81	582

Fuente: elaborado a partir de información del Reunis del Minsa

⁴ Doctor en Ciencias Sociales, magíster en Salud Pública, sociólogo, docente e investigador de la Facultad de Ciencias Sociales, del Instituto de Analítica Social e Inteligencia Estratégica y de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. E-mail: arroyo.juan@pucp.pe

⁵ PhD en Salud y Estudios Sociales por la University of Warwick. MSc en Salud Contemporánea y Política Social por la City University de Londres. BSc en Nutrición. Investigador asociado del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Imperial College London. E-mail: m.iwami@imperial.ac.uk

⁶ Licenciada en Historia por la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Candidata a magíster en Etnología con mención en Etnohistoria por la misma casa de estudios. E-mail: leslie78925@gmail.com

⁷ Los datos de hospitalizados actuales y acumulados parecen estar contaminados, pues no dan resultados contrastables con el registro de altas.

LA RESPUESTA SANITARIA DE CHILE ANTE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA

Báltica Cabieses⁸

Investigadora principal

Daniel Larenas⁹

Marcela Oyarte¹⁰

Florencia Darrigrandi¹¹

1. ANTECEDENTES

1.1. La migración internacional como determinante social de la salud

La migración internacional es definida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019a) como «[...] movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales». La migración internacional es parte de un marco conceptual más amplio desarrollado por las Naciones Unidas y referido a la movilidad humana. La migración internacional da cuenta de desplazamientos que atraviesan fronteras políticas entre países con intención de residencia temporal o permanente, y son de causa voluntaria o involuntaria (Segal, 2019). Se estima que para finales de 2015 el número de migrantes internacionales superaba los 244 millones (aproximadamente, un 3,5% de la población mundial), lo que representa un aumento de 77 millones (un 41%) con respecto al año 2000. Un 48% de las personas que se hallan en esta situación son mujeres. Por otro lado, el mundo está presenciando también los niveles más elevados de desplazamientos forzados de las últimas décadas debido a la inseguridad y los conflictos. El número mundial de refugiados superaba a finales de 2015 los 21 millones y el de solicitantes de asilo los 3 millones, cifras que vienen

a sumarse a unos 763 millones de migrantes internos (alrededor del 11% de la población mundial), de los cuales más de 40 millones son desplazados internos (Acnur, 2016).

A nivel mundial, se ha reconocido a la migración internacional como un determinante social de la salud (Cabieses, Bernalles & McIntyre, 2016). Sobre la perspectiva de determinantes sociales de la salud y su relación con la migración internacional se acepta, por una parte, que la decisión de migrar es resultado de los determinantes sociales a los cuales se ve expuesto el individuo en su fase de premigración. Y, por otra parte, la migración representa en sí misma un determinante social de salud (Castañeda y otros, 2015). En este sentido, si bien la migración puede incidir en los resultados de salud, esta no implica un riesgo para la misma. Son las circunstancias en las cuales la migración internacional tiene lugar, en particular experiencias de riesgo y vulneración sociales y de salud, las que pueden influenciar en forma negativa la salud (Davies y otros, 2009). Se ha propuesto, por ejemplo, que algunos grupos de migrantes internacionales experimentan vulnerabilidad estructural al limitarse su acceso a la atención de salud cuando es requerido, tanto en el tránsito como en la llegada al país receptor. Esto es especialmente frecuente en el caso de los migrantes internacionales en situación irregular, los refugiados y aquellos migrantes en situación de pobreza (Thomas, 2016). Asimismo, la vulnerabilidad puede agravarse en mujeres, minorías étnicas, diversidades sexuales, y personas con condiciones crónicas o enfermedades infecciosas, entre otros.

Sobre lo anterior, existe abundante evidencia que permite afirmar que el proceso migratorio se relaciona con condiciones que pueden dejar a la población que migra en una situación de vulnerabilidad e impactar en su salud. La salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diferentes etapas del proceso migratorio; es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno (OIM, 2007). En específico, las personas migrantes internacionales se ven expuestas a factores de riesgo para su salud y enfrentan situaciones tales como dificultades en el acceso a vivienda, alimentación y agua; condiciones climáticas y geográficas riesgosas; amenazas de redes de trata y tráfico de personas; ausencia de políticas integradoras; discriminación y carencia de redes de apoyo; etc., que terminan por impactar en su bienestar físico, mental y social (2016). Es

por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) ha presentado un plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023 con el objetivo de generar una respuesta internacional, coordinada e integral a las necesidades de salud de migrantes y refugiados.

El Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó la elaboración de este marco en enero de 2017, durante su 140.^a reunión, a efectos de su consideración durante la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud. En la tabla 1 se presentan los principios rectores y prioridades de este marco, el cual persigue un triple objetivo (OMS, 2017): a) orientar los debates entre los Estados miembros y los asociados que intervienen en la formulación del Pacto Mundial sobre los Refugiados y el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular con el fin de asegurar que los aspectos relacionados con la salud de los refugiados y los migrantes se atiendan adecuadamente; b) servir de base para la formulación de un proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y migrantes; y c) proporcionar un recurso que los Estados miembros podrán tomar en consideración al abordar las necesidades sanitarias de los refugiados y migrantes, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros marcos de política mundiales y regionales, según sea oportuno en función del contexto y las prioridades de cada país.

Tabla 1. Principios rectores y prioridades del marco normativo de la OMS referido al plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados, 2019-2023

Principios rectores	Prioridades

Tabla 1. Principios rectores y prioridades del marco normativo de la OMS referido al plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados, 2019-2023

a. El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr b. Igualdad y no discriminación c. Acceso equitativo a los servicios de salud d. Sistemas de salud centrados en las personas que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes, y consideren los aspectos de género e. Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud f. Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad g. Participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes h. Alianzas y cooperación	a. Promover la incorporación de la salud de los refugiados y los migrantes en los programas mundiales, regionales y nacionales, y en la planificación para casos de emergencia b. Promover políticas de salud que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes, la protección jurídica y social, y las intervenciones programáticas c. Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud d. Reforzar los sistemas de seguimiento de la salud y los de información sanitaria e. Acelerar los avances hacia el logro de los ODS, incluida la cobertura sanitaria universal f. Reducir la mortalidad y la morbilidad entre los refugiados y migrantes mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo g. Proteger y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos de refugiados y migratorios h. Promover la continuidad y la calidad de la atención i. Elaborar, reforzar y aplicar medidas de seguridad y salud en el trabajo j. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y niñas refugiadas o migrantes k. Apoyar las medidas destinadas a mejorar la comunicación y a luchar contra la xenofobia l. Fortalecer las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional

Fuente: elaboración propia a partir de OMS, 2017.

1.2. La ola migratoria internacional actual: éxodos a escala global

La migración internacional actual ha sido definida como la «cuarta ola» de las migraciones. Su carácter global y masivo ha llevado a muchos autores, entre ellos Negri y Hardt (2004), a hablar de que vivimos una era de éxodos. La diferencia del actual proceso de migraciones es que hoy se han definido como migraciones disruptivas; esto es, escapatorias de alguna

amenaza ambiental, militar, política o hambruna. De esta manera, esta nueva ola migratoria es con frecuencia una respuesta a una crisis nacional profunda. El caso venezolano es lo que en este campo se conoce como una «migración forzada»; es decir, el desplazamiento de poblaciones que literalmente escapan de sus países (Castles, 2003; Gzesh, 2008).

Se han documentado otras tres grandes olas de migraciones. La primera fue la de la colonización europea hacia Latinoamérica, Asia y África a partir del siglo XVI. La segunda ola fue la del periodo industrial, acaecida a inicios del siglo XIX. Douglas Massey (2017) calcula que más de 48 millones de europeos migraron hacia Oceanía y América entre los años 1800 y 1925. La tercera ola de migraciones surgió durante los años sesenta y dejó de ser desde los países desarrollados a los países en desarrollo, convirtiéndose en una migración del sur al norte. Esta cuarta ola migratoria, por su parte, se puede observar y analizar de diferente manera según los marcos teóricos existentes sobre su génesis y sus características. Para algunos, como Todaro y Maruszko (1987), las migraciones son principalmente ajustes demográficos laborales en los cuales el migrante se desplaza automáticamente a los lugares donde espera rendimientos netos mayores. Este es el enfoque de la economía neoclásica e indica que las franjas poblacionales sin empleo o con empleos de baja calidad de los países de menor desarrollo se trasladan a los países mejor remunerados. El migrante potencial hace un balance de costos y beneficios del desplazamiento, incluyendo entre los costos no solo el del viaje, sino los del tiempo de adaptación al mercado y las nuevas costumbres, el tiempo para su inserción laboral, y la probabilidad de encontrar trabajo. Evidentemente, la escuela neoclásica se basa aquí en la teoría de la elección racional, bastante criticada en estos últimos tiempos, pues no considera el peso de lo no racional y lo cultural en la decisión y el proceso del migrante.

Asociada a estas teorías microeconómicas está la explicación aportada por Piore (1979) sobre la mayor demanda crónica de trabajo que caracteriza a los países desarrollados, que sería un factor de atracción sobre los migrantes potenciales de la periferia. Una variante cercana, aunque no económica, es la de Wallerstein (2007), para quien la unificación de los mercados y las sociedades en un sistema mundial afecta a las economías no enteramente capitalistas, creando una población móvil con predisposición a migrar y mercados globales que expulsan gente del sur al norte. Una teoría más

socioantropológica es la que ofrece el «enfoque familiar de la migración» (Stefoni, 2011; Terry & Wilson, 2005), que plantea que la decisión de migrar no es individual, sino familiar; y que es un intento por diversificar sus fuentes de ingresos, distribuyendo a sus integrantes en distintos países o lugares. Así, el hogar originario recibe las remesas de sus migrantes, mientras la familia sigue funcionando a escala internacional.

Otros autores, como Portes y Bach (1985), iniciaron más bien el estudio de los procesos de inserción de los migrantes en los países de destino —temática más cercana a la nuestra— desde un «enfoque sociocultural». Según estos autores, las migraciones también son culturales, pues las primeras cohortes de migrantes de un país invitan a nuevas cohortes, facilitándoles la inserción inicial. Los migrantes originarios son así promotores de la migración y no siempre se integran culturalmente, formando enclaves étnicos en las ciudades con su particular demanda y oferta de productos y servicios asociados al país de origen. Esto se aplica al caso venezolano actual, en el que se aprecian cadenas de solidaridad entre connacionales. Desde este punto de vista, las redes migratorias son expresiones del capital social (Putnam, 1993; Uphoff, Pickett, Cabieses, Small & Wright, 2013) que se convierten en un recurso inapreciable para la población nueva ante sociedades diferentes.

Además de estas escuelas y conceptos claves, hay otros cinco enfoques que contribuirán a nuestro estudio. Por un lado, el enfoque de las migraciones como «fenómenos internacionales»; esto es, no comprensibles en unidades nacionales de análisis. La migración venezolana ni siquiera es binacional, sino regional y, en menor medida, global. En segundo lugar, el «enfoque multidimensional de las migraciones»; es decir, no comprensibles desde una disciplina y pocas variables, como suele plantear la economía clásica. Lacomba lo define bien: la migración es «[...] el tránsito de un espacio social, económico, político y/o cultural a otro, con el fin de desarrollar un determinado proyecto y tratar de responder a unas determinadas expectativas personales o de grupo» (2001). Hay, pues, una mezcla de contextos y biografías en la migración. En tercer lugar, el enfoque de las «migraciones en red», pues hay desplazamientos solitarios, como sucede con las migraciones personales por razones de estudio o trabajo. Pero aquí las masas de migrantes no son de individuos, sino de familias, parientes y amistades, aprovechando vínculos previos y

estableciendo nuevos vínculos con sus connacionales. En cuarto lugar, el «enfoque de derechos del migrante», muy importante para justificar la respuesta de los Estados, pues la masividad ha puesto a prueba la vigencia efectiva de los derechos humanos y la solidaridad latinoamericana. Si hubiera primado la xenofobia, la migración hubiera sido ilegal y con una resocialización mucho menor. Los derechos a la salud, a la no discriminación, a la equidad de género, al asilo y a la protección social, entre otros, no han sido cuestionados. Por último, el «enfoque humanitario», que ha permitido que los países vecinos, sin importar su orientación, no dejen en el desamparo a estos millones de expulsados. Como se ha planteado en el pasado (Walters, 2001), estamos ante una «frontera humanitaria» que traspasa las fronteras jurídicas.

1.3. La migración intrarregional en América Latina

De acuerdo con uno de los más recientes informes de la OIM, en las últimas décadas las migraciones internacionales en la región «[...] han sufrido variaciones respecto de la dirección, intensidad y composición de los flujos migratorios, así como del papel que asumen algunos países en el sistema migratorio internacional» (2019b). En este marco, las migraciones internacionales contemporáneas que involucran a las poblaciones de sudamericanos adoptan dos patrones claramente definidos: intrarregionales y extrarregionales. Entre los primeros figuran los movimientos que se orientan desde unos países hacia otros dentro de la misma región, en tanto que las migraciones extrarregionales son las que se producen entre los países de América Latina y el Caribe y otros externos a la misma, ya sea hacia Sudamérica o hacia otras regiones del mundo.

En la actualidad, la OIM y otros expertos internacionales declaran que las migraciones en la región muestran un aumento de los movimientos intrarregionales, facilitados por la difusión de las tecnologías de la comunicación, el abaratamiento de los costos de transporte y, esencialmente, por las condiciones políticas que rigen en la región a partir de la implementación y puesta en funcionamiento de los mecanismos de integración regionales (la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños [Celac], la Unión de Naciones Suramericanas [Unasur], la Comunidad Andina [CAN] y el Mercado Común del Sur [Mercosur]). A su vez, los países de destino tradicionales de las migraciones desde América

del Sur, particularmente los más desarrollados, levantan crecientes barreras para impedir los flujos de entrada y salida, así como la residencia en sus territorios (OIM, 2019b). Estos movimientos intrarregionales tienen por destino, principalmente, los países del Cono Sur, como Argentina, Chile y Brasil, que son los que atraen a los números más significativos de migrantes de la región, procedentes en su mayoría de los países andinos y de Paraguay. Las disparidades en las oportunidades económicas y laborales continúan siendo los factores que motivan estos procesos migratorios. Sumado a esto, los desafíos de la reciente —y aún vigente— pandemia de SARS-CoV-2 y la enfermedad aguda de COVID-19 han propiciado el cierre masivo de fronteras en casi todos los países del mundo, generando nuevos y profundos desafíos para el cruce formal e informal entre fronteras.

Otro patrón migratorio es la emigración de nacionales de América del Sur a América del Norte (Estados Unidos y Canadá) y Europa (principalmente, España e Italia). La emigración extrarregional tiene una larga historia en la región y en las últimas décadas ha sido alentada por las debilidades económicas y sociales de los países de origen. Si bien este fenómeno se extiende hasta nuestros días, desde la última crisis económica padecida por los países europeos —en especial los del sur de ese continente— se observa una reducción de la emigración hacia dichos destinos (OIM, 2019b).

El tercer patrón de migración actual en América Latina, y en América del Sur en particular, es la inmigración extrarregional. En los últimos años, el número de personas procedentes de otras regiones que se asientan en América del Sur se ha incrementado significativamente. Así pues, la inmigración de nacionales de ciertos países de África, Asia, América del Norte, América Central, el Caribe y Europa ha ido en aumento. Por último, cabe destacar que América del Sur recibe un importante número de retornados de los países desarrollados. Esta es probablemente la consecuencia de la crisis laboral y de los sistemas de protección social que afecta desde hace algunos años a los principales países europeos de destino. Por ello, varios Gobiernos de la región tienen programas de retorno que incluyen apoyo para el regreso y la reintegración de sus nacionales (OIM, 2019b).

1.4. La política migratoria en Chile: estado de avance

En Chile se encuentra vigente el decreto de ley 1.094, del año 1975, que establece normas para extranjeros en Chile; junto con el decreto 597, de 1984, que aprueba el nuevo Reglamento de Extranjería. Ambos instrumentos, promulgados hace 45 años y 36 años, respectivamente, norman hasta el día de hoy la materia migratoria. Como contexto general, en el mes de junio de 2013, durante el primer gobierno de Sebastián Piñera, ingresó a la Cámara de Diputados el Proyecto de Ley de Migración y Extranjería. Posteriormente, durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet, en agosto de 2017, ingresó a la Cámara de Diputados un nuevo Proyecto de Ley de Migraciones, cuya tramitación llegó hasta enero de 2018. En marzo de ese mismo año, durante el segundo gobierno de Sebastián Piñera, se reactiva la tramitación del Proyecto de Ley de Migración y Extranjería. Actualmente, tras casi tres años de tramitación, dicho proyecto se encuentra ya aprobado y en su versión final oficial. Este proyecto de ley no ha estado exento de tensiones y críticas, en particular desde grupos organizados de migrantes, la izquierda política y la academia, que persisten en debate mientras se coordina la creación en el país de un plebiscito para la elaboración de una nueva constitución.

Diversas organizaciones y espacios académicos concuerdan en que la Ley de Extranjería anterior requería ser derogada, además de señalar que la actual Ley de Migración y Extranjería recientemente aprobada no representa necesariamente una modernización significativa de la gestión de las migraciones. Señalan que esta nueva ley requiere garantizar los derechos humanos de las personas migrantes, definir procedimientos de regularización permanente sensibles a las características de la movilidad regional, garantizar la no criminalización de la migración y la asistencia jurídica gratuita para migrantes, entre otros puntos (Diario UChile, 2020). De acuerdo con el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2018), el proyecto de ley representa un avance en materia de derechos humanos al reconocer estándares internacionales; sin embargo, no es coherente con un respeto irrestricto de los derechos humanos, sobre todo en materia de obtención de residencia, derechos sociales y sistema de sanciones. Adicionalmente, tampoco se reconoce una propuesta de transformación de la institucionalidad responsable de los asuntos migratorios, manteniendo una estructura administrativa que no ha logrado dar una respuesta adecuada.

Finalmente, se señala que el proyecto tiene un marcado énfasis en la seguridad nacional, anteponiéndose a la garantía de los derechos humanos.

Por su parte, el Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales (2018) reconoce algunos avances en el abordaje de tópicos tales como prohibiciones de ingreso imperativas y facultativas, regularización y no criminalización de la migración, permisos de residencia, etc.; pero, al mismo tiempo, que presentan elementos que significan retrocesos. Por otra parte, se identifican importantes deficiencias relacionadas al sistema de visados; al debido proceso y las expulsiones; y a la protección de niños, niñas y adolescentes. Así también, se señala la necesidad de establecer sin distinción, acorde a los estándares internacionales, el acceso a la salud, a la educación, al trabajo y a la seguridad social, elementos de los cuales carece el proyecto, exceptuando el derecho a la educación. Por todo lo anterior, el informe concluye que el proyecto de ley necesita una profunda revisión que permita avanzar en el respeto, la protección y promoción de los derechos humanos de los migrantes. Por otra parte, durante el año 2018, en el marco del proceso de reforma de la Ley de migración, el Gobierno instauró la Visa de Responsabilidad Democrática dentro de un conjunto de medidas administrativas dictadas con efecto inmediato. Esta medida en particular fue dirigida específicamente a la población venezolana. Esta visa puede ser solicitada exclusivamente en el país de origen y otorga un permiso de residencia temporaria con una duración de un año, abriendo la posibilidad a obtener posteriormente la residencia permanente. Sin embargo, se ha constatado que la medida cuenta con abundantes barreras, tales como la gran dificultad que representa obtener los documentos solicitados y la imposibilidad de asumir el costo monetario asociado, entre otras, que han tenido como resultado que una muy baja proporción de los solicitantes logren obtener la Visa de Responsabilidad Democrática (Beltrán, 2019; Stefoni, Silva & Brito, 2019).

Por otra parte, en lo referido a la salud, el artículo 15 del proyecto de ley señala que todos los extranjeros se encontrarán afectos a las acciones de salud establecidas en el Código Sanitario, al igual que los nacionales. Así, reconoce también el derecho al acceso a la salud de los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca. Respecto de esto último, el INDH indicó en 2018 que la diferencia de trato establecida con los migrantes en situación

irregular por parte de la autoridad sanitaria al señalar el establecimiento de requisitos no está justificada; y que, al contrario, debe establecerse el goce de este derecho en igualdad de condiciones y sin discriminación. Dada esta nueva base normativa, sumada al presente escenario migratorio en el país, Chile requerirá de una respuesta sanitaria efectiva y pertinente. En este marco, el presente estudio se presenta como una importante oportunidad para optimizar la respuesta sanitaria del país hacia los nuevos y recientes flujos migratorios.

1.5. La migración venezolana como éxodo en la región

Más de cuatro millones de venezolanos emigraron entre enero de 2015 y junio de 2019, principalmente a diferentes países de la región andina de América Latina: Colombia, Ecuador, Perú y Chile. Según el Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur, 2019b), el número de refugiados y migrantes venezolanos creció en un millón solo entre noviembre de 2018 y junio de 2019. Nunca antes los países sudamericanos habían experimentado un fenómeno migratorio tan intenso y vasto. América Central y América del Norte tienen una experiencia reciente a este respecto con las migraciones de mexicanos y centroamericanos a los Estados Unidos, pero no América del Sur. La última ola migratoria para la mayoría de los países latinoamericanos fue la del siglo XIX, cuando los inmigrantes europeos llegaron en plena etapa industrial. Pero entre junio de 2018 y de 2019, Colombia acogió alrededor de 1,3 millones de migrantes venezolanos, seguido por Perú con 768 000, Chile con 288 000, Ecuador con 263 000, Argentina con 130 000 y Brasil con 168 000. México y los países de América Central y el Caribe también albergan un gran número de refugiados y migrantes de Venezuela.

Cabe subrayar que el caso venezolano es el de una migración por expulsión y disruptiva. Esto justifica el desarrollo de acción humanitaria, articulación regional y apoyo técnico, incluyendo el desarrollo de investigaciones de alto nivel y una robusta transferencia social. Toda migración tiene una cadena de procesos para el migrante: la decisión, el viaje —o viajes—, el cruce de fronteras, los primeros contactos, el reasentamiento, la búsqueda de trabajo y la resocialización. Esta cadena suele ser difícil, pero lo es aún más cuando la migración es disruptiva, como en el caso venezolano. En muchos casos el migrante pierde sus derechos

fundamentales y sufre nuevas desigualdades laborales, de ingresos, de género y culturales que nunca había sufrido. Las tensiones entre los países en relación con régimen de Venezuela complican la situación de los migrantes en los países receptores. Según el informe publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la emigración en América del Sur se caracteriza por la alta expulsión de la población a lo largo de la región, la cual se empieza a presentar desde los años setenta y parece haber mantenido las tendencias entre países hasta la actualidad. Ha habido patrones clásicos de la migración, cuyos flujos migratorios se dirigían a polos extrarregionales ubicados especialmente en España, Estados Unidos y Canadá, lo que hasta mediados de la primera década del siglo XXI indicaba una tendencia regional de emigración más que de inmigración a lo largo de la subregión sur (Stefoni, 2018).

Esta migración masiva ha producido un desajuste en los sistemas de protección social y de salud, que no estaban necesariamente preparados para satisfacer las necesidades urgentes de esta población migrante. Sin embargo, cada uno de los países asumió el nuevo desafío humanitario y de salud, y han desarrollado iniciativas para cubrir esta nueva brecha, que se suma a la brecha tradicional en cada país entre las necesidades de la población nativa y el suministro de sus entidades proveedoras de servicios. Urge contar con sistematizaciones de la región andina sobre esta materia, así como crear espacios para el intercambio de experiencias en la implementación de políticas y programas de emergencia para la preservación de la población venezolana desplegada hoy en la región.

1.6. El caso del migrante venezolano y sus necesidades de salud

¿Qué hace que la migración venezolana requiera de especial atención en salud? ¿El migrante venezolano representa en la práctica un caso de estudio particular y un sujeto de necesidades de salud específicas y distintivas respecto de otros colectivos de migrantes en Chile y la región? Ciertamente, la experiencia migratoria tiene patrones comunes en el territorio andino latinoamericano, pero existen algunas razones que podrían justificar el caso del migrante venezolano como uno de especial análisis y, posiblemente, de singular necesidad en salud. Primero, se debe considerar el contexto de profunda crisis social, política y económica de la que vienen en su país de origen. Dicha crisis puede arrastrar, desde un enfoque de curso de vida,

riesgos en salud asociados al hambre, la pobreza y la falta de continuidad de la atención de salud, entre otros. Segundo, la magnitud del número de personas en movilidad desde Venezuela hacia los países de la región ha tensionado todas las capacidades y recursos dispuestos en fronteras y al interior de los países, incluyendo sus sistemas de salud, necesarios para la adecuada integración social y cultural de los migrantes venezolanos que buscan asentarse en los países vecinos. Tercero, el profundo cambio de apreciación de este país en la región, volcando la imagen histórica de Venezuela como país rico y fructífero —como lo fue Chile en los años ochenta— a una de país pobre y fracturado, lo que impacta en las experiencias sociales de estos migrantes en los países receptores. Cuarto, en el caso particular de Chile, las personas venezolanas que hoy están buscando la entrada al país vienen de un tránsito migratorio extenso y extenuante de varios días, e incluso semanas, realizado en distintos vehículos de transporte, a veces en muy malas condiciones e ignorando la inclemencia de clima chileno en toda su frontera. En el norte, por ejemplo, la frontera se ubica sobre el desierto de Atacama, el más seco del mundo, con pasos fronterizos instalados en la amplitud de la pampa y a más de 3000 metros de altura. Esto ha tenido graves consecuencias de salud durante la pandemia de COVID-19 en la frontera Perú-Bolivia-Chile e inclusive le ha costado la vida a migrantes varados.

Existen aún pocos estudios sobre las necesidades en salud de migrantes venezolanos en Chile. A continuación, se describen los identificados en la literatura científica nacional e internacional:

- Cabieses, Darrigrandi y Obach (2020). *Factores asociados a sentirse preparado para enfrentar el COVID-19 en migrantes internacionales en Chile*. Estudio transversal que incluyó en su muestra a migrantes venezolanos. Como resultado, destaca que el 61% de los participantes reportan no sentirse preparados para la pandemia. Sentirse preparado se asoció positivamente al sexo masculino (OR=1,8), haber hecho cuarentena (OR=1,7) y evaluar como buena/muy buena la información que se ha entregado sobre la prevención de la pandemia (OR=3,8). Comparado con los colombianos (referencia), los venezolanos tienden a sentirse menos preparados (OR=0,6), y también aquellos que se han sentido angustiados o deprimidos (OR=0,5).

- Cabieses, Darrigrandi, Blukacz, Obach y Silva (2020). *Migrantes venezolanos frente a la pandemia de la COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla*. El 60% de los participantes venezolanos informó no sentirse preparado para enfrentar la pandemia. Dicha preparación se asoció positivamente con ser hombre (cociente de probabilidades: OR=1,6), haber cumplido la cuarentena (OR=1,6) y evaluar favorablemente la información recibida (OR=2,9). Quienes indicaron haber tenido síntomas ansiosos o depresivos en la última semana tendían a sentirse menos preparados (OR=0,5).
- Carreño y Cabieses (2020). *Ser refugiado en Chile: trayectorias institucionales y experiencias de salud de solicitantes de protección internacional de origen latinoamericano en Chile*. Estudio cualitativo sobre solicitantes de refugio y asilo en Chile, incluyendo Venezuela, Colombia y Perú. Se identificaron severas necesidades de regulación migratoria, de respuesta a las solicitudes de estatus de refugiado, y falta de protección social y en salud, en especial ante la necesidad de atención de salud mental en múltiples casos de trasgresión de derechos y violencia.
- Carvallo (2019). *Mujeres migrantes trabajadoras: estudio sobre experiencias laborales de mujeres colombianas y venezolanas en Santiago de Chile*. Estudio que documenta la diversidad de experiencias laborales de mujeres migrantes, incluyendo las de origen venezolano, con enfoque de género y equidad laboral. Destaca como resultado la realidad de mujeres migrantes venezolanas que enfrentan los casos de enfermedad de sus hijos, cuyos cuidados asumen ellas principalmente, poniendo en riesgo la continuidad de su trabajo e incluso abandonándolo en favor del cuidado de sus hijos e hijas.
- Gómez, Rincón, Hernández, Monroy y Fula (2019). *Inmigración venezolana: sus estados emocionales negativos y su adaptación a la nueva vida en Santiago de Chile*. Este estudio da cuenta de testimonios de migrantes venezolanos en Chile, quienes describen un choque cultural que se sostiene en el tiempo y que genera una permanente sensación de distancia y no pertenencia en el país. El proceso de asentamiento, particularmente en la dimensión laboral, parece ser

gatillar procesos depresivos en estas personas. El no poder ejercer su profesión y tener que desempeñarse en trabajos que no están relacionados a su área genera frustración y duelo, con un importante impacto emocional.

- Oyarzún (2019). *Matices: una exploración de narrativas del proceso de migración de ejecutivos venezolanos en Chile*. En este estudio se documenta la percepción de precariedad del sistema de salud en Venezuela, lo que se constituye una motivación para que personas mayores migren a un país en el que esperan tener respuestas rápidas a sus potenciales afecciones, como podría ser Chile.
- Pilquil (2020). *Desafíos del trabajo social con población refugiada: integración social de las y los solicitantes de refugio de nacionalidad venezolana residentes en Santiago de Chile*. La experiencia de las personas migrantes venezolanas al enfrentar barreras administrativas que obstaculizan su atención en salud también ha sido constatada recientemente por Pilquil, señalando que los funcionarios de la red asistencial parecieran desconocer la normativa. Esto obliga a los migrantes a buscar soluciones en redes de apoyo tales como las organizaciones no gubernamentales (ONG) que facilitan los procesos, pero apoyan de manera no institucional.
- Salgado, Contreras y Albornoz (2018). *La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación*. De acuerdo con lo hallado por este estudio, la ausencia de filiación a un sistema previsional de salud, sea este el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o las instituciones de salud previsional (Isapres), tiene estrecha relación con la situación laboral, lo cual revela que la gran mayoría de personas que carecen de un contrato de trabajo no tiene previsión de salud.
- Vera y Lagos (2019). *Chile, país receptor de migrantes: la experiencia de adolescentes venezolanos*. La población de adolescentes venezolanos en Chile, por su parte, también reporta diversas situaciones que tienen implicancias en su salud mental. Vera y Lagos identifican que los y las adolescentes experimentan repercusiones emocionales a partir del distanciamiento y la separación de los seres queridos que dejan en su país de origen, así como por el

enfrentamiento a una sociedad de la cual se sienten inicialmente distantes, por experiencias de *bullying* en el contexto escolar, y por ser víctimas de situaciones de violencia y racismo.

Oyarte, Cabieses, Espinoza y Ortiz (2021) (en prensa). *Acceso y uso del sistema de salud en inmigrantes asentados y emergentes en Chile 2011-2017*. Este trabajo se propuso describir el acceso y uso de servicios de salud en la población migrante internacional en Chile para el periodo 2011-2017, distinguiendo entre migrantes asentados (Perú, Argentina, Bolivia y Ecuador), emergentes (Venezuela, República Dominicana, Colombia y Haití) y otros migrantes. Con base en las encuestas poblacionales transversales —Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen)— de 2011, 2013, 2015 y 2017 (Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia (ministeriodesarrollosocial.gob.cl)), se describieron patrones de acceso y uso del sistema de salud (pertenencia al sistema de salud, seguros complementarios, no consulta ante enfermedad o accidente, y no cobertura de tratamiento) en inmigrantes asentados, emergentes y de otros países, contrastando entre ellos y los locales, y estratificando por sexo y sistema previsional. Comparados con los locales, los inmigrantes tuvieron un porcentaje significativamente mayor de población sin sistema de salud. En promedio, el porcentaje sin previsión de salud en migrantes emergentes fue 7,99 veces el porcentaje en locales y 4,69 veces para el caso de los asentados. Desde 2013, asentados y emergentes presentaron mayores porcentajes de no consulta que los locales, siendo los migrantes emergentes los menos consultantes.

En coherencia con el incipiente cuerpo de conocimiento disponible en la actualidad, que permite de manera temprana proponer el caso de la «salud del migrante venezolano en Chile» como meritorio de análisis, el objetivo de este capítulo fue dar cuenta de la sistematización del caso de Chile a la llegada de poblaciones venezolanas al territorio y la respuesta del Estado, el sistema de salud, grupos organizados y organismos internacionales a este fenómeno, de cara a una crisis social, política y sanitaria de escala regional. Se espera que esta información sirva de base para estrategias, acciones y propuestas de articulación nacional y latinoamericana en materia de salud pública y migración internacional, fortaleciendo el enfoque de derechos humanos, protección social y en salud a grupos sociales vulnerables,

interculturalidad y respeto a la diversidad cultural humana existente en todos los países del mundo como efecto y reflejo de la era global multicultural.

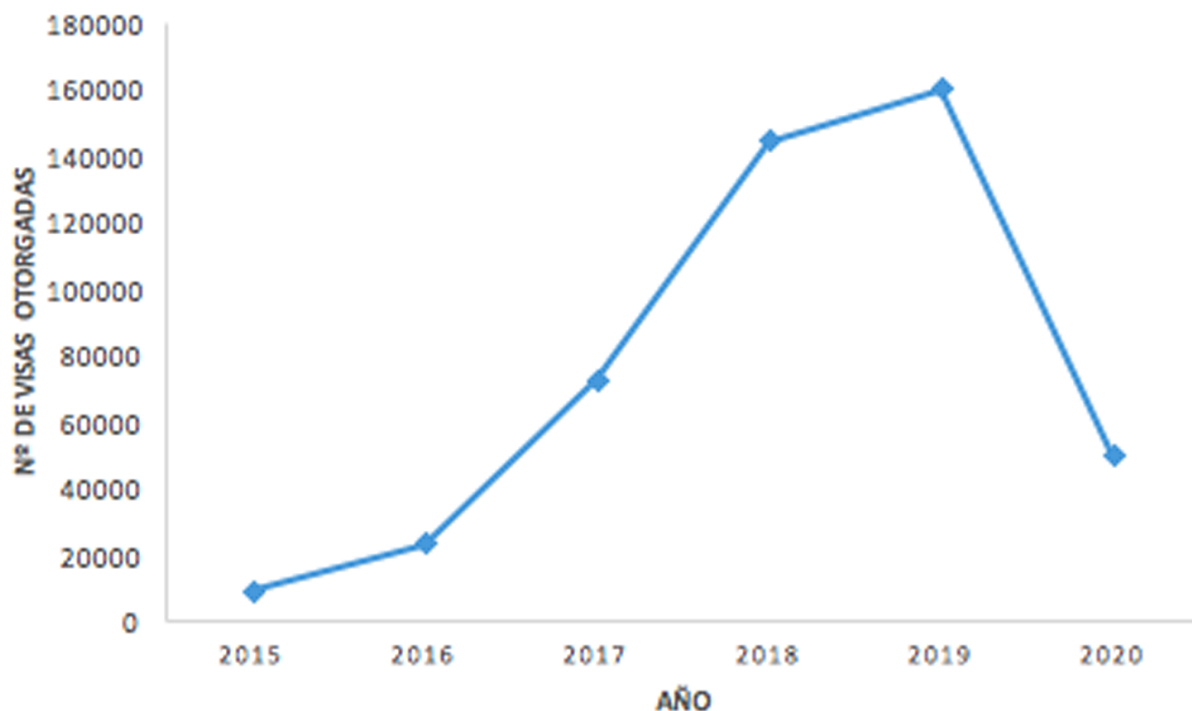
Para la sistematización del caso de Chile frente a la llegada de poblaciones venezolanas al territorio y la respuesta del Estado presentada en este capítulo, se estableció un estudio descriptivo, transversal y multimétodo de estudio de caso. El estudio consideró las siguientes fases: a) documentaria, con búsqueda de literatura científica y gris nacional e internacional; b) cualitativa, que incluyó diecinueve entrevistas semiestructuradas a migrantes, autoridades sanitarias, equipos de salud, expertos académicos, activistas sociales y organismos internacionales; c) cuantitativa, con análisis secundario de bases de datos del país, en particular la encuesta de caracterización socioeconómica nacional Casen y la base de egresos hospitalarios del país; d) de integración de resultados para la presentación de este capítulo; y e) de transferencia por medio de una serie de seminarios virtuales de intercambio de experiencias y aprendizajes con actores clave de Chile y la región.

2. CARACTERIZACIÓN DE MIGRANTES VENEZOLANOS EN CHILE

2.1. La migración venezolana en Chile

De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), hasta el 31 de diciembre de 2019 residían en Chile 1 492 522 personas migrantes internacionales. De estas, el 30,5% eran de origen venezolano, lo que corresponde a 455 219 personas, conformándose como el colectivo de mayor magnitud en el país (INE & DEM, 2020). Según los registros administrativos del DEM, entre los años 2000 y 2010 la cantidad de visas anuales entregadas a personas venezolanas no superó las 800. Luego, entre los años 2011 y 2014, se registra un número de visas otorgadas anualmente que fluctúa entre las 1000 y 3000. En 2015 inicia un aumento exponencial, que va desde las 8479 visas otorgadas ese año hasta las 159 539 de 2019. Finalmente, en 2020 se produce un gran descenso de visas otorgadas, siendo el total de 49 486 (figura 1) (DEM, 2020).

Figura 1. Número de visas otorgadas a personas venezolanas entre 2015 y 2020



Fuente: elaboración propia a partir de DEM, 2020.

Entre 2015 y 2020, el grupo etario de mayor magnitud lo integran las personas entre 18 y 29 años, que en total suman 177 468; es decir, el 38,86% de la población venezolana en Chile. En segundo lugar, se encuentra el grupo de población entre 30 y 44 años, que corresponde al 34,27% del total de la población venezolana en el país. Finalmente, se puede destacar que el grupo de menor magnitud está compuesto por las personas de 75 años o más, en específico 1302 personas que representan el 0,29% de la población venezolana en Chile (DEM, 2020).

Tabla 2. Visas otorgadas entre 2015 y 2020 a migrantes venezolanos, según rango etario

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
<18	32 852	33 090	65 942	14,44
18-29	90 006	87 462	177 468	38,86
30-44	86 531	69 984	156 515	34,27
45-59	18 090	24 165	42 255	9,25
60-74	4102	9129	13 231	2,9
>75	475	827	1302	0,29

Tabla 2. Visas otorgadas entre 2015 y 2020 a migrantes venezolanos, según rango etario

Total	232 056	224 657	456 713	100

Fuente: elaboración propia a partir de DEM, 2020.

La mayor parte de la población venezolana se ha asentado en la Región Metropolitana de Santiago, específicamente en las comunas de Santiago, Independencia, Estación Central y Ñuñoa. En segundo lugar, la mayor cantidad de población venezolana reside en la Región de Valparaíso, principalmente en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. En tercer lugar, se encuentran la Región del Bío-Bío, con mayor concentración en la comuna de Concepción; y la Región del Maule, específicamente en la comuna de Talca (tabla 3) (DEM, 2020; INE & DEM, 2020).

Tabla 3. Número de visas otorgadas a personas venezolanas entre 2015 y 2020, según comuna y región del país

Comuna	Región	Nº de visas	%
Santiago	Metropolitana	115 712	25,34
Independencia	Metropolitana	22 494	4,93
Estación Central	Metropolitana	22 616	4,95
Ñuñoa	Metropolitana	14 592	3,2
San Miguel	Metropolitana	12 980	2,84
Puente Alto	Metropolitana	11 628	2,55
Quinta Normal	Metropolitana	11 067	2,42
La Florida	Metropolitana	9886	2,16
Viña del Mar	Valparaíso	9327	2,04
Talca	Maule	8111	1,78
Concepción	Bío-Bío	8028	1,76
Valparaíso	Valparaíso	7125	1,56
Puerto Montt	Los Lagos	6895	1,51
San Bernardo	Metropolitana	6763	1,48
Macul	Metropolitana	6713	1,47
Rancagua	O'Higgins	6503	1,42
Antofagasta	Antofagasta	6317	1,38
Las Condes	Metropolitana	6119	1,34

Tabla 3. Número de visas otorgadas a personas venezolanas entre 2015 y 2020, según comuna y región del país

Maipú	Metropolitana	6020	1,32
Providencia	Metropolitana	5407	1,18
Otra		152 410	33,37

Fuente: elaboración propia a partir de DEM, 2020.

2.2. Perfil sociodemográfico de migrantes venezolanos en Chile: resultados de la encuesta Casen 2015 y 2017

La tabla 4 da cuenta del autorreporte de inmigración general y venezolana en Chile a partir de la encuesta Casen 2015-2017. Se observa el aumento relativo de migrantes venezolanos entre estos años, de 0,1% del total de la población del país autorreportada en 2015 al 1,1% del total de la población del país para 2017. Esto es un aumento porcentual sustancial, aun cuando la encuesta tenga subregistro de datos por ser una encuesta general para el país. En las estimaciones absolutas de esta encuesta, en 2015 se estimaban por autorreporte 20 816 migrantes de origen venezolano contra un total estimado de 444 503 migrantes de otras nacionalidades en el país. Para 2017 esta estimación era de 187 892 migrantes de Venezuela, comparada con un total de 589 515 migrantes de otras nacionalidades. Hay un aumento progresivo en la cantidad de personas venezolanas en el tiempo, tal y como se observa en la tabla 4. Esto es, según datos de 2017, los migrantes venezolanos han ingresado en mayor cantidad en el último tiempo, lo que se representa por medio de la estimación de solo un 1,2% que ingresó en 1989 o antes, versus un 5,8% que ingresó en 2015 o después. Para 2015, estos porcentajes eran de 2,3% (1989 o antes) y de 36,2% para el periodo más reciente de la encuesta (2010-2014). Cabe precisar que estos datos tienen alta tasa de no respuesta, por lo que dan cuenta de patrones generales sin mayor precisión estadística.

Tabla 4. Descripción general de la cantidad y el porcentaje de migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017

Tabla 4. Descripción general de la cantidad y el porcentaje de migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Nacionalidad				
Chilena	99,3% [0.99245, 0.99427] 16 732 644	4,7% [0.03872, 0.05576] 27 416	0,6% [0.00260, 0.01553] 1198	95,2% [0.94533, 0.95702] 16 943 832
Chilena y otra	0,6% [0.00503, 0.00678] 98 382	7,6% [0.06302, 0.09196] 44 945	3,8% [0.01612, 0.08886] 7222	0,9% [0.00758, 0.00961] 152 069
Extranjero	0,1% [0.00053, 0.00103] 12 445	87,7% [0.85700, 0.89499] 517 154	95,5% [0.90676, 0.97904] 179 472	4,0% [0.03466, 0.04602] 711 513
Año de llegada al país				
Año 1989 o antes		3,1% [0.02190, 0.04273] 3270	1,2% [0.00768, 0.01837] 139	2,9% [0.02084, 0.03965] 3409
Año 1990-1999		3,6% [0.02511, 0.05174] 3856	2,2% [0.00297, 0.14392] 256	3,5% [0.02371, 0.05060] 4112
Año 2000-2004		6,3% [0.03603, 0.10710] 6697	3,7% [0.00503, 0.22305] 429	6,0% [0.03429, 0.10354] 7126
Año 2005-2009		6,0% [0.03979, 0.08810] 6350	6,3% [0.00885, 0.33514] 735	6,0% [0.03949, 0.08970] 7085

Tabla 4. Descripción general de la cantidad y el porcentaje de migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Año 2010-2014		9,5% [0.07003, 0.12756] 10134	2,7% [0.00802, 0.08613] 314	8,8% [0.06520, 0.11840] 10448
Año 2015 o después		7,8% [0.05650, 0.10688] 8329	5,8% [0.01764, 0.17569] 681	7,6% [0.05513, 0.10415] 9010
No sabe		63,8% [0.58434, 0.68833] 68 078	78,2% [0.58719, 0.89994] 9135	65,2% [0.59912, 0.70161] 77 213
Pueblos originarios				
Sí	9,9% [0.09474, 0.10284] 1 661 285	3,6% [0.02835, 0.04495] 21 052	0,2% [0.00068, 0.00781] 433	9,5% [0.09140, 0.09929] 1 694 870
No	90,1% [0.89716, 0.90526] 15 167 244	96,4% [0.95505, 0.97165] 568 073	99,8% [0.99219, 0.99932] 187 459	90,5% [0.90071, 0.90860] 16 095 335
Año 2015				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 970 061 96,7%	444 503 2,5%	20 816 0,1%	17 552 505
Nacionalidad				
Chilena	99,4% [0.99355, 0.99512] 16 874 881	8,2% [0.06844, 0.09698] 36 263	8,3% [0.02900, 0.21338] 1719	97,0% [0.96698, 0.97291] 17 027 439
Chilena y otra	0,5% [0.00396, 0.00543] 78 702	13,1% [0.11269, 0.15217] 58 309	11,6% [0.05418, 0.23185] 2419	0,8% [0.00708, 0.00898] 139 949

Tabla 4. Descripción general de la cantidad y el porcentaje de migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Extranjero	0,1% [0.00065, 0.00109] 14 260	78,7% [0.75851, 0.81339] 349 931	80,1% [0.62434, 0.90719] 16 678	2,2% [0.01919, 0.02466] 381 906
Año de llegada al país				
Año 1989 o antes		5,5% [0.03022, 0.09880] 5191	2,3% [0.00307, 0.15559] 46	5,5% [0.03002, 0.09714] 5237
Año 1990-1999		4,7% [0.02857, 0.07789] 4463	0,0% 0	4,7% [0.02799, 0.07628] 4463
Año 2000-2004		5,9% [0.03722, 0.09305] 5570	8,9% [0.02501, 0.26880] 175	6,0% [0.03810, 0.09284] 5745
Año 2005-2009		10,8% [0.08123, 0.14296] 10180	1,9% [0.00246, 0.12853] 37	10,6% [0.07995, 0.14037] 10 217
Año 2010-2014		15,9% [0.10194, 0.23925] 14 939	36,2% [0.20219, 0.55881] 715	16,3% [0.10702, 0.24062] 15 654
Año 2015 o después				
No sabe		57,1% [0.50813, 0.63138] 53 664	50,8% [0.27237, 0.73988] 1004	57,0% [0.50796, 0.62907] 54 668
Pueblos originarios				
Sí	9,2% [0.08843, 0.09505] 1 555 628	5,4% [0.04129, 0.06975] 23 894	0,0% 0	9,0% [0.08714, 0.09368] 1 585 680

Tabla 4. Descripción general de la cantidad y el porcentaje de migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

No	90,8% [0.90495, 0.91157] 15 411 633	94,6% [0.93025, 0.95871] 420 485	100,0% 20 816	91,0% [0.90632, 0.91286] 15 963 869

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Respecto del perfil demográfico de la población venezolana en Chile y su comparación con migrantes internacionales de otros países y con los nacionales, de acuerdo con las Casen de 2015 y 2017 ha habido un aumento de venezolanos hombres entre estos periodos, pasando de 44% en 2015 a 51% en 2017. Para ambos años de análisis, la mayoría de los migrantes generales y venezolanos corresponden a personas de edad laboral activa. Además, comparando ambos años para el grupo de venezolanos, emerge la tendencia al descenso de personas de este país que reportan estar casadas y también a un aumento de personas solteras. Por ejemplo, para el año 2015 se identificó que el 43% de venezolanos estaba casado, porcentaje que bajó a 21% en 2017. Los solteros y convivientes, por el contrario, aumentaron: desde 40% los solteros y 12% los convivientes en 2015 a 52% los solteros y 22% los viudos en 2017 (tabla 5).

La mayoría de los migrantes y, en particular, los venezolanos indican residir en la Región Metropolitana del país, en la zona central del territorio nacional. Cabe señalar que no se observan grandes variaciones porcentuales entre 2015 y 2017 en términos de ocupación territorial por parte de migrantes internacionales de origen venezolano en Chile (tabla 4).

Tabla 5. Perfil demográfico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Sexo				

Tabla 5. Perfil demográfico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Hombre	47,5% [0.47237, 0.47700] 7 995 319	47,6% [0.45358, 0.49942] 280 876	51,7% [0.47203, 0.56193] 97 163	47,6% [0.47326, 0.47800] 8 469 711
Mujer	52,5% [0.52300, 0.52763] 8 848 152	52,4% [0.50058, 0.54642] 308 639	48,3% [0.43807, 0.52797] 90 729	52,4% [0.52200, 0.52674] 9 337 703
Edad				
0-14	19,6% [0.1928, 0.1994] 3 302 631	11,3% [0.1003, 0.1270] 66 610	17,2% [0.1274, 0.2286] 32 347	19,3% [0.1893, 0.1957] 3 427 068
15-18	5,7% [0.0558, 0.0587] 963 650	3,0% [0.0248, 0.0361] 17 664	2,5% [0.0137, 0.0447] 4682	5,6% [0.0543, 0.0572] 992 913
19-30	18,7% [0.1843, 0.1899] 3 151 050	33,7% [0.3032, 0.3714] 198 354	46,1% [0.3667, 0.5579] 86 599	19,4% [0.1908, 0.1980] 3 461 437
31-50	24,3% [0.2399, 0.2456] 4 088 703	40,0% [0.3757, 0.4240] 235 591	28,3% [0.2181, 0.3592] 53 239	24,9% [0.2458, 0.2516] 4428 199
51-65	18,6% [0.1825, 0.1886] 3 124 398	8,7% [0.0764, 0.0989] 51 280	4,8% [0.0346, 0.0672] 9090	18,1% [0.1779, 0.1844] 3 226 139
66-80	10,3% [0.1002, 0.1056] 1 732 455	2,4% [0.0184, 0.0310] 14 080	1,0% [0.0041, 0.0259] 1935	10,0% [0.0969, 0.1024] 1 773 833
81 o más	2,9% [0.0274, 0.0297] 480 584	1,0% [0.0073, 0.0139] 5936	0,0% 0	2,8% [0.0268, 0.0291] 497 825
Estado civil				
Casados	27,1% [0.2673, 0.2754] 4 569 929	21,7% [0.1909, 0.2453] 127 845	21,9% [0.1463, 0.3137] 41 081	26,9% [0.2650, 0.2738] 4 797 448
Convivientes	12,4% [0.1209, 0.1273] 2 089 874	29,6% [0.2626, 0.3319] 174 526	22,9% [0.1640, 0.3099] 43 003	13,2% [0.1279, 0.1352] 2 341 154

Tabla 5. Perfil demográfico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Separados	6,0% [0.0587, 0.0615] 1 011 898	4,6% [0.0373, 0.0559] 26 930	2,3% [0.0121, 0.0431] 4308	5,9% [0.0578, 0.0607] 1 054 902
Viudos	4,7% [0.0460, 0.0488] 798 311	1,7% [0.0131, 0.0218] 9982	0,3% [0.0011, 0.0093] 595	4,6% [0.0449, 0.0478] 824 396
Solteros	49,7% [0.4939, 0.5004] 8 373 459	42,5% [0.3922, 0.4574] 250 232	52,6% [0.4227, 0.6278] 98 905	49,4% [0.4903, 0.4969] 8 789 514
Macrozona				
RM	39,0% [0.38070, 0.39939] 6 569 046	66,8% [0.62147, 0.71207] 393 988	87,3% [0.80441, 0.91956] 163 977	40,6% [0.39545, 0.41589] 7 223 236
Norte	7,5% [0.07165, 0.07876] 1 265 409	16,1% [0.13492, 0.19131] 94 990	1,6% [0.00853, 0.02926] 2978	7,7% [0.07390, 0.08113] 1 378 944
Centro	38,9% [0.38069, 0.39723] 6 550 895	12,5% [0.10527, 0.14842] 73 841	10,1% [0.06120, 0.16079] 18 888	37,6% [0.36744, 0.38452] 6 694 519
Sur	13,1% [0.12675, 0.13596] 2 211 363	3,2% [0.02565, 0.04091] 19 114	0,9% [0.00367, 0.01964] 1601	12,7% [0.12210, 0.13118] 2 253 878
Austral	1,5% [0.01385, 0.01550] 246 758	1,3% [0.01036, 0.01596] 7582	0,2% [0.00108, 0.00524] 448	1,4% [0.01365, 0.01524] 256 837
Año 2015				
	Nacidos en Chile 16 970 061 96,7%	Inmigrantes (otros) 444 503 2,5%	Venezolanos 20 816 0,1%	Total 17 552 505
Sexo				
Hombre	47,3% [0.47053, 0.47537] 8 026 020	48,2% [0.45858, 0.50566] 214 286	44,8% [0.38677, 0.51128] 9330	47,3% [0.47072, 0.47566] 8 305 641

Tabla 5. Perfil demográfico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Mujer	52,7% [0.52463, 0.52947] 8 944 041	51,8% [0.49434, 0.54142] 230 217	55,2% [0.48872, 0.61323] 11 486	52,7% [0.52434, 0.52928] 9 246 864
Edad				
0-14	20,7% [0.2038, 0.2095] 3 506 709	13,1% [0.1135, 0.1498] 58 047	10,3% [0.0454, 0.2169] 2143	20,4% [0.2009, 0.2065] 3 575 020
15-18	6,2% [0.0610, 0.0637] 1 057 909	5,5% [0.0443, 0.0679] 24 392	1,7% [0.0054, 0.0538] 358	6,2% [0.0604, 0.0632] 1 085 098
19-30	19,3% [0.1891, 0.1965] 3 271 371	30,2% [0.2729, 0.3325] 134 175	39,8% [0.2767, 0.5330] 8283	19,6% [0.1915, 0.1997] 3 433 322
31-50	24,7% [0.2447, 0.2501] 4 198 030	39,1% [0.3639, 0.4179] 173 611	41,9% [0.3238, 0.5211] 8727	25,1% [0.2485, 0.2543] 4413154
51-65	17,4% [0.1710, 0.1762] 2 945 947	8,8% [0.0741, 0.1047] 39 213	3,6% [0.0107, 0.1137] 747	17,2% [0.1692, 0.1744] 3014637
66-80	9,1% [0.0887, 0.0936] 1 546 175	2,5% [0.0192, 0.0317] 10 957	1,2% [0.0030, 0.0501] 257	9,0% [0.0873, 0.0921] 1574145
81 o más	2,6% [0.0251, 0.0272] 443 920	0,9% [0.0067, 0.0128] 4108	1,5% [0.0026, 0.0764] 301	2,6% [0.0250, 0.0271] 457129
Estado civil				
Casados	27,4% [0.2710, 0.2775] 4 653 247	23,8% [0.2157, 0.2624] 105 907	43,6% [0.2864, 0.5984] 9077	27,4% [0.2707, 0.2773] 4 809 235
Convivientes	11,9% [0.1161, 0.1226] 2 024 715	26,2% [0.2309, 0.2949] 116 294	12,6% [0.0536, 0.2667] 2613	12,4% [0.1201, 0.1274] 2 171 292
Separados	5,9% [0.0571, 0.0599] 992 321	4,6% [0.0377, 0.0547] 20 203	2,8% [0.0107, 0.0709] 582	5,8% [0.0567, 0.0596] 1 020 183

Tabla 5. Perfil demográfico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Viudos	4,7% [0.0458, 0.0484] 799 553	1,7% [0.0128, 0.0213] 7326	1,1% [0.0015, 0.0759] 225	4,7% [0.0455, 0.0480] 820 407
Solteros	50,1% [0.4978, 0.5040] 8 500 225	43,8% [0.4120, 0.4647] 194 773	40,0% [0.3271, 0.4769] 8319	49,7% [0.4943, 0.5006] 8 731 388
Macrozona				
RM	39,7% [0.38723, 0.40710] 6 739 143	68,3% [0.64239, 0.72124] 303 652	86,0% [0.71927, 0.93676] 17 909	40,6% [0.39649, 0.41655] 7 134 812
Norte	7,5% [0.06959, 0.08089] 1 273 535	16,5% [0.13875, 0.19449] 73 226	2,3% [0.00798, 0.06449] 479	7,7% [0.07155, 0.08268] 1 350 325
Centro	38,4% [0.37567, 0.39245] 6 516 909	10,8% [0.09202, 0.12579] 47 893	8,2% [0.03134, 0.19743] 1705	37,6% [0.36753, 0.38422] 6 596 906
Sur	12,9% [0.12460, 0.13385] 2 191 811	3,5% [0.02520, 0.04895] 15 642	1,9% [0.00607, 0.05632] 390	12,6% [0.12179, 0.13092] 2 216 580
Austral	1,5% [0.01358, 0.01581] 248 663	0,9% [0.00715, 0.01184] 4090	1,6% [0.00376, 0.06537] 333	1,4% [0.01341, 0.01560] 253 882

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Respecto a las condiciones de la vivienda y el entorno, según los datos de las encuestas Casen de 2015 y 2017, se observa que la proporción de migrantes venezolanos que vive en hacinamiento medio ha aumentado entre estos años. El año 2015 se observaba un 9,5% de hacinamiento medio-bajo y un 4,7% de hacinamiento medio-alto, valores que aumentaron a 16,7% de hacinamiento medio-bajo y un 12% de hacinamiento medio-alto el año 2017. De igual forma, el hacinamiento crítico cayó de 4,1% a 1,7% entre estos años (tabla 6).

La proporción de personas venezolanas que viven en viviendas de calidad irrecuperable (la peor categoría posible de calidad de la vivienda) es baja, menor al 1%, de acuerdo con los datos recabados por estas encuestas. Sobre

la situación ocupacional de la vivienda, entre los años 2015 y 2017 se observa un descenso de casa propia entre los migrantes venezolanos, que pasa de 13,1% a 2%. El arrendamiento, en cambio, aumentó de 80% a casi 97% en esta población para estos años (tabla 6).

Por último, el usufructo o posesión irregular es bajo en esta población para todos los periodos de análisis. La habitabilidad en casa disminuyó de 27% a 16% en los migrantes internacionales provenientes de Venezuela entre 2015 y 2017, mientras que el uso de departamento aumentó de 73% a casi 82%. Una proporción muy baja, menor al 0,5% de migrantes venezolanos, declaró vivir en vivienda precaria, de emergencia o mediagua, así como en rancho o choza (tabla 6).

Respecto a la experiencia de vivir en el barrio o al entorno de la vivienda, se observan algunas tendencias en el tiempo. Por ejemplo, entre 2015 y 2017 los migrantes internacionales venezolanos declararon haber presenciado situaciones de peleas o amenazas en mayor proporción en el tiempo, pues la variable «muchas veces» se elevó de 4,4% a 8,2% y la variable «siempre» aumentó de 3,2% a 3,9% entre esos años. Algo similar se observa en torno a experimentar o presenciar balaceras «siempre» en el entorno de la vivienda donde residen, categoría que aumentó de 0,4% en 2015 a 1,3% en 2017 (tabla 6).

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Hacinamiento				
Sin	90,6% [0.90144, 0.91030] 15 259 541	73,2% [0.68704, 0.77314] 431 691	69,1% [0.60844, 0.76366] 129 914	89,8% [0.89297, 0.90287] 15 991 565
Medio-bajo	6,7% [0.06333, 0.07086] 1 128 484	15,7% [0.11994, 0.20183] 92 303	16,7% [0.09279, 0.28208] 31 376	7,1% [0.06669, 0.07515] 1 260 843

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Medio-alto	1,6% [0.01385, 0.01746] 261 953	5,4% [0.03961, 0.07446] 32 106	12,0% [0.06952, 0.19894] 22 526	1,8% [0.01613, 0.01993] 319 262
Crítico	0,8% [0.00688, 0.00924] 134 301	4,6% [0.02819, 0.07525] 27 314	1,7% [0.00556, 0.04923] 3143	0,9% [0.00798, 0.01082] 165 560
Calidad global de la vivienda				
Aceptable	86,7% [0.86248, 0.87217] 14 610 068	83,1% [0.80394, 0.85492] 489 861	96,8% [0.93939, 0.98339] 181 888	86,7% [0.86213, 0.87213] 15 442 761
Recuperable	12,4% [0.11937, 0.12875] 2 088 311	15,0% [0.12988, 0.17353] 88 669	3,1% [0.01569, 0.05901] 5759	12,4% [0.11927, 0.12879] 2 207 281
Irrecuperable	0,7% [0.00564, 0.00782] 111 917	1,8% [0.00957, 0.03252] 10 438	0,1% [0.00018, 0.00952] 245	0,7% [0.00579, 0.00828] 123 254
Situación ocupacional				
Propia	62,9% [0.62162, 0.63675] 10 598 214	17,7% [0.15057, 0.20618] 104145	2,0% [0.01129, 0.03498] 3746	60,8% [0.59874, 0.61675] 10 823 025
Arrendado	18,0% [0.17472, 0.18589] 3 035 860	75,8% [0.72188, 0.79043] 446736	96,9% [0.94949, 0.98140] 182 110	20,8% [0.19993, 0.21658] 3 706 344
Cedido	16,0% [0.15314, 0.16610] 2 686 763	5,1% [0.04153, 0.06181] 29898	1,0% [0.00528, 0.02059] 1964	15,4% [0.14792, 0.16037] 2 743 124
Usufructo, ocupación o poseedor irregular	3,1% [0.02869, 0.03351] 522 314	1,5% [0.01057, 0.02073] 8736	0,0% [0.00005, 0.00281] 72	3,0% [0.02778, 0.03244] 534 601

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Tipo de vivienda				
Casa (aislada o pareada)	86,9% [0.85546, 0.88216] 14 643 553	57,3% [0.51095, 0.63221] 337 600	16,5% [0.10326, 0.25401] 31 056	85,2% [0.83588, 0.86681] 15 172 096
Departamento	12,2% [0.10888, 0.13549] 2 047 461	32,6% [0.26546, 0.39397] 192 458	81,9% [0.72286, 0.88749] 153 952	13,6% [0.12116, 0.15195] 2 418 620
Pieza en casa antigua	0,2% [0.00165, 0.00295] 37 142	8,1% [0.05519, 0.11614] 47 487	1,4% [0.00401, 0.04800] 2639	0,5% [0.00366, 0.00676] 88 592
Vivienda precaria, emergencia o mediagua	0,6% [0.00486, 0.00695] 97 931	1,6% [0.00817, 0.03110] 9434	0,1% [0.00018, 0.00952] 245	0,6% [0.00498, 0.00740] 108 116
Tradicional, rancho o choza	0,1% [0.00079, 0.00135] 17 384	0,4% [0.00137, 0.01340] 2536	0,0% 0	0,1% [0.00085, 0.00148] 19 990
Vivir o presenciar peleas o amenazas				
Nunca	60,0% [0.58824, 0.61094] 10 100 134	53,9% [0.48147, 0.59479] 3 175 29	51,0% [0.37059, 0.64821] 95 860	59,6% [0.58473, 0.60774] 10 618 305
Poca	21,2% [0.20463, 0.21891] 3 565 472	28,8% [0.23115, 0.35327] 170 005	36,9% [0.24028, 0.51892] 69 279	21,6% [0.20826, 0.22440] 3 850 317
Muchas veces	9,6% [0.09002, 0.10193] 1 613 818	8,6% [0.06421, 0.11371] 50 567	8,2% [0.03635, 0.17519] 15 437	9,5% [0.08955, 0.10111] 1 694 748
Siempre	9,2% [0.08464, 0.10077] 1 556 177	8,7% [0.07014, 0.10797] 51 414	3,9% [0.01289, 0.11170] 7316	9,2% [0.08421, 0.10017] 1 636 115

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Vivir o presenciar balaceras o disparos				
Nunca	65,7% [0.64414, 0.66901] 11 060 826	68,3% [0.62736, 0.73384] 402 635	74,7% [0.56879, 0.86875] 140 383	65,8% [0.64560, 0.67045] 11 719 650
Pocas veces	17,9% [0.17268, 0.18611] 3 019 997	20,6% [0.15871, 0.26379] 121 643	22,4% [0.10577, 0.41452] 421 70	18,1% [0.17387, 0.18835] 3 223 125
Muchas veces	8,0% [0.07454, 0.08654] 1 353 177	4,4% [0.03398, 0.05728] 26 051	1,6% [0.00486, 0.04976] 2958	7,8% [0.07273, 0.08431] 1 394 742
Siempre	8,3% [0.07473, 0.09214] 1 398 393	6,6% [0.05043, 0.08614] 38 953	1,3% [0.00403, 0.03913] 2381	8,2% [0.07372, 0.09086] 1 458 135
	Año 2015			
	Nacidos en chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 970 061 96,7%	444 503 2,5%	20 816 0,1%	17 552 505
Hacinamiento				
Sin	89,6% [0.89165, 0.90063] 15 209 058	74,1% [0.68761, 0.78794] 329 342	81,7% [0.56366, 0.93922] 17 009	89,2% [0.88726, 0.89690] 15 659 930
Medio-bajo	7,9% [0.07489, 0.08263] 1 335 074	13,8% [0.10143, 0.18509] 61 350	9,5% [0.01778, 0.37584] 1968	8,0% [0.07611, 0.08430] 1 406 112
Medio-alto	1,8% [0.01603, 0.01931] 298 567	6,2% [0.03559, 0.10487] 27 425	4,7% [0.00624, 0.28006] 980	1,9% [0.01701, 0.02075] 329 792

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Crítico	0,7% [0.00635, 0.00851] 124 711	5,9% [0.03423, 0.10043] 26 307	4,1% [0.00700, 0.20810] 859	0,9% [0.00747, 0.01029] 153 941
Calidad global de la vivienda				
Aceptable	87,9% [0.87481, 0.88384] 14 923 482	89,0% [0.86238, 0.91342] 395 822	95,5% [0.87489, 0.98470] 19 879	88,0% [0.87529, 0.88438] 15 444 588
Recuperable	11,5% [0.11027, 0.11908] 19 44 786	9,7% [0.07544, 0.12433] 43 195	4,5% [0.01530, 0.12511] 937	11,4% [0.10955, 0.11843] 1 999 445
Irrecuperable	0,6% [0.00519, 0.00693] 101 793	1,2% [0.00696, 0.02181] 5486	0,0% [0.00479, 0.02153] 0	0,6% 108 472
Situación ocupacional				
Propia	64,8% [0.64148, 0.65481] 10 999 527	24,7% [0.21456, 0.28178] 109 629	13,1% [0.05608, 0.27500] 2717	63,7% [0.63022, 0.64419] 11 185 054
Arrendado	17,7% [0.17075, 0.18311] 3 001 130	67,7% [0.63632, 0.71482] 300 846	80,6% [0.63115, 0.90957] 16 773	19,0% [0.18375, 0.19730] 3 342 597
Cedido	14,9% [0.14469, 0.15414] 2 534 545	6,7% [0.05467, 0.08082] 29 587	6,1% [0.02281, 0.15097] 1260	14,7% [0.14246, 0.15188] 2 582 134
Usufructo, ocupación o poseedor irregular	2,6% [0.02342, 0.02803] 434 859	1,0% [0.00656, 0.01518] 4441	0,3% [0.00041, 0.02414] 66	2,5% [0.02306, 0.02758] 442 720
Tipo de vivienda				

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Casa (aislada o pareada)	88,3% [0.87032, 0.89472] 14 985 783	58,7% [0.52925, 0.64161] 260 727	27,0% [0.12631, 0.48529] 5613	87,5% [0.86153, 0.88658] 15 351 304
Departamento	10,8% [0.09669, 0.12099] 1 836 836	33,9% [0.28219, 0.39982] 150 470	73,0% [0.51471, 0.87369] 15 203	11,5% [0.10313, 0.12813] 2 019 236
Pieza en casa antigua	0,3% [0.00200, 0.00337] 44 124	6,3% [0.04404, 0.08956] 28 034	0,0% 0	0,4% [0.00315, 0.00540] 72 340
Vivienda precaria, emergencia o mediagua	0,6% [0.00472, 0.00641] 93 355	1,1% [0.00628, 0.02094] 5107	0,0% 0	0,6% [0.00487, 0.00659] 99 470
Tradicional, rancho o choza	0,1% [0.00042, 0.00083] 9963	0,0% [0.00009, 0.00157] 165	0,0% 0	0,1% [0.00041, 0.00081] 10 155
Vivir o presenciar peleas o amenazas				
Nunca	59,3% [0.58268, 0.60268] 10 058 440	52,2% [0.46286, 0.57958] 231 814	74,3% [0.64427, 0.82114] 15 456	59,1% [0.58095, 0.60068] 10 370 887
Pocas veces	21,8% [0.21149, 0.22395] 3 693 697	24,6% [0.20933, 0.28649] 109 292	18,0% [0.09554, 0.31427] 3754	21,8% [0.21224, 0.22457] 3 832 504
Muchas veces	9,8% [0.09312, 0.10388] 1 669 333	12,8% [0.10464, 0.15646] 57 047	4,4% [0.01331, 0.13817] 925	9,9% [0.09400, 0.10457] 1 740 505
Siempre	9,1% [0.08474, 0.09817] 1 548 231	10,4% [0.08102, 0.13323] 46 350	3,3% [0.00826, 0.12073] 681	9,2% [0.08510, 0.09860] 1 608 249
Vivir o presenciar balaceras o disparos				

Tabla 6. Condiciones de la vivienda y el entorno de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Nunca	67,5% [0.66447, 0.68505] 11 452 146	71,2% [0.67447, 0.74721] 316 578	85,5% [0.67863, 0.94284] 17 800	67,6% [0.66527, 0.68597] 11 860 340
Pocas veces	17,5% [0.16973, 0.18120] 2 976 403	16,5% [0.13793, 0.19689] 73 484	9,7% [0.03448, 0.24217] 2009	17,5% [0.16937, 0.18094] 3 073 006
Muchas veces	7,0% [0.06529, 0.07476] 1 185 788	6,3% [0.04980, 0.07835] 27 813	4,5% [0.00894, 0.19480] 929	7,0% [0.06527, 0.07454] 1 224 475
Siempre	8,0% [0.07327, 0.08700] 1 355 364	6,0% [0.04151, 0.08573] 26 628	0,4% [0.00048, 0.02859] 78	7,9% [0.07282, 0.08660] 1 394 324

Fuente: elaboración propia a partir de Casen, 2015 y 2017.

La tabla 7 da cuenta del perfil socioeconómico de los migrantes internacionales venezolanos, el resto de migrantes, los nacionales y la población total residente en el país. Se observa que ha habido un aumento importante en la proporción de migrantes venezolanos viviendo en pobreza multidimensional entre los años 2015 y 2017, tanto para la variable de cinco dimensiones (11,3% en 2015 versus 21,9% en 2017) como para la de cuatro dimensiones (11,3% en 2015 versus 21,4% en 2017). Estas variaciones no fueron tan bruscas ni para el resto de los migrantes internacionales con otros países de origen ni para los nacionales, dando cuenta de un proceso acelerado de empobrecimiento multidimensional para esta población venezolana, en particular en Chile. Algo similar sucede para el indicador de pobreza por ingresos, donde se observa un ascenso de 0,6% migrantes venezolanos viviendo en este tipo de pobreza monetaria el año 2015 a 3,9% de 2017. Para la categoría de pobreza extrema, la variación porcentual entre 2015 y 2017 fue de 0,7% a 2,4% en esta población (tabla 7).

Para la variable quintil de ingreso autónomo del hogar, se observan patrones coherentes con los datos anteriores. La proporción de personas migrantes de origen venezolano en el quintil más pobre de ingresos

aumentó entre 2015 y 2017, mientras que la proporción de venezolanos en el quintil más rico disminuyó entre estos años (tabla 7).

Respecto al estatus laboral general, se observa un aumento de personas migrantes venezolanas laboralmente ocupadas entre 2015 y 2017 (78% y 85%, respectivamente). La proporción de desocupados, a su vez, disminuyó de 5,4% a 4,3% entre estos periodos; y la de inactivos decreció notoriamente de 16,5% en 2015 a 10,6% en 2017 (tabla 7).

Respecto al nivel educacional de la población migrante de origen venezolano, el resto de migrantes internacionales con otros países de origen, los nacionales y la población total residente en el país (tabla 8), se observa una leve disminución del porcentaje de migrantes venezolanos que sí asisten al sistema educacional en Chile, que pasó de 15,3% a 14,4% para la población total de este colectivo en el país.

Tabla 7. Perfil socioeconómico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Pobreza multidimensional (5D)				
No	79,5% [0.78835, 0.80163] 12853118	74,5% [0.70373, 0.78190] 406 695	78,1% [0.65010, 0.87249] 140 575	79,3% [0.78596, 0.79995] 13 529 811
Pobre	20,5% [0.19837, 0.21165] 3312928	25,5% [0.21810, 0.29627] 139 368	21,9% [0.12751, 0.34990] 39 426	20,7% [0.20005, 0.21404] 3 530 889
Pobreza multidimensional (4D)				
No	81,6% [0.80989, 0.82268] 13 255 966	75,9% [0.72059, 0.79311] 419 285	78,6% [0.65600, 0.87606] 141 565	81,4% [0.80717, 0.82072] 13 952 822
Pobre	18,4% [0.17732, 0.19011] 2 981 692	24,1% [0.20689, 0.27941] 133 347	21,4% [0.12394, 0.34400] 38 559	18,6% [0.17928, 0.19283] 3 187 445
Pobreza por ingresos				
Extremos	2,2% [0.02075, 0.02416] 376 914	4,8% [0.03702, 0.06183] 28 018	2,4% [0.01114, 0.05082] 4500	2,3% [0.02153, 0.02502] 412 839

Tabla 7. Perfil socioeconómico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Pobre	6,3% [0.05966, 0.06561] 1 053 166	7,5% [0.06156, 0.09096] 43 818	3,9% [0.01634, 0.09069] 7341	6,3% [0.05985, 0.06570] 1 115 445
No pobre	91,5% [0.91129, 0.91863] 15 401 092	87,7% [0.85621, 0.89537] 512 790	93,7% [0.88109, 0.96750] 175 858	91,4% [0.91034, 0.91768] 16 259 060
Quintil autónomo				
I	21,7% [0.21079, 0.22318] 3 651 033	13,1% [0.11322, 0.15026] 76 369	6,4% [0.03348, 0.12046] 12 095	21,3% [0.20663, 0.21897] 3 783 999
II	23,3% [0.22746, 0.23883] 3 923 265	20,0% [0.17304, 0.22936] 116 760	8,9% [0.05614, 0.13872] 16 734	23,0% [0.22433, 0.23602] 4 093 268
III	21,1% [0.20528, 0.21671] 3 550 331	19,0% [0.16553, 0.21730] 111 120	17,6% [0.11747, 0.25528] 33 036	21,0% [0.20411, 0.21601] 3 735 379
IV	18,2% [0.17667, 0.18673] 3 057 383	24,6% [0.21732, 0.27708] 143 806	40,0% [0.29637, 0.51302] 75 043	18,6% [0.18068, 0.19138] 3 307 947
V	15,7% [0.14924, 0.16591] 2 649 160	23,4% [0.19518, 0.27699] 136 571	27,1% [0.20686, 0.34542] 50 791	16,1% [0.15260, 0.17012] 2 866 751
Actividad				
Ocupado	53,7% [0.53305, 0.54101] 7 271 908	72,4% [0.69663, 0.75004] 378 654	85,1% [0.78219, 0.90068] 132 352	54,8% [0.54279, 0.55267] 7 876 652
Desocupado	4,6% [0.04468, 0.04763] 624 667	6,5% [0.04743, 0.08960] 34 211	4,3% [0.02622, 0.06988] 6695	4,7% [0.04514, 0.04840] 672 176
Inactivo	41,7% [0.41291, 0.42076] 5 644 265	21,0% [0.19198, 0.23017] 110 040	10,6% [0.06674, 0.16447] 16 498	40,6% [0.40082, 0.41024] 5 831 518
Año 2015				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Pobreza multidimensional (5D)				

Tabla 7. Perfil socioeconómico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017.
Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

No	79,2% [0.78595, 0.79781] 13 020 060	76,5% [0.70881, 0.81303] 321 785	88,7% [0.71949, 0.95994] 17 868	79,1% [0.78505, 0.79726] 13 442 925
Pobre	20,8% [0.20219, 0.21405] 3 420 627	23,5% [0.18697, 0.29119] 98 905	11,3% [0.04006, 0.28051] 2279	20,9% [0.20274, 0.21495] 3 547 184
Pobreza multidimensional (4D)				
No	81,0% [0.80418, 0.81556] 13 389 336	75,9% [0.70348, 0.80761] 321 748	88,7% [0.72047, 0.96003] 17 931	80,9% [0.80266, 0.81443] 13 815 904
Pobre	19,0% [0.18444, 0.19582] 3 142 018	24,1% [0.19239, 0.29652] 101 953	11,3% [0.03997, 0.27953] 2279	19,1% [0.18557, 0.19734] 3 270 041
Pobreza por ingresos				
Extremos	3,5% [0.03307, 0.03753] 597 365	4,0% [0.02785, 0.05768] 17 625	0,7% [0.00172, 0.02962] 150	3,5% [0.03323, 0.03762] 619 894
Pobre	8,2% [0.07885, 0.08542] 1 391 571	6,1% [0.04859, 0.07668] 26 814	0,6% [0.00075, 0.04414] 122	8,1% [0.07818, 0.08470] 1 426 510
No pobre	88,3% [0.87834, 0.88691] 14 965 855	89,9% [0.87499, 0.91828] 394 116	98,7% [0.95388, 0.99639] 20 544	88,3% [0.87889, 0.88749] 15 483 156
Quintil autónomo				
I	22,2% [0.21642, 0.22819] 3 768 215	12,3% [0.10081, 0.14863] 53 824	4,0% [0.01189, 0.12866] 842	22,0% [0.21374, 0.22538] 3 847 835
II	22,4% [0.21921, 0.22927] 3 801 263	18,8% [0.15841, 0.22093] 82 306	6,8% [0.02618, 0.16685] 1423	22,3% [0.21784, 0.22804] 3 907 302
III	20,8% [0.20328, 0.21325] 3 530 307	21,3% [0.17177, 0.26003] 93 226	4,8% [0.01953, 0.11485] 1007	20,8% [0.20310, 0.21352] 3 650 691
IV	18,9% [0.18345, 0.19372] 3 196 513	21,7% [0.18824, 0.24807] 95 020	27,0% [0.10940, 0.52807] 5630	18,9% [0.18421, 0.19462] 3 319 433

Tabla 7. Perfil socioeconómico de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

V	15,7% [0.14997, 0.16388] 2 658 493	26,0% [0.22977, 0.29345] 114 179	57,2% [0.29362, 0.81164] 11 914	16,0% [0.15298, 0.16722] 2 804 299
Actividad				
Ocupado	53,4% [0.53003, 0.53731] 7 184 977	72,1% [0.69528, 0.74488] 278 539	78,1% [0.59661, 0.89614] 14 589	54,0% [0.53613, 0.54361] 7 546 055
Desocupado	4,4% [0.04219, 0.04518] 587 820	4,3% [0.03457, 0.05429] 16 763	5,4% [0.02017, 0.13633] 1007	4,4% [0.04206, 0.04504] 608 399
Inactivo	42,3% [0.41905, 0.42630] 5 690 555	23,6% [0.21438, 0.25881] 91 154	16,5% [0.07733, 0.31715] 3077	41,7% [0.41298, 0.42023] 5 823 031

Fuente: elaboración propia a partir de Casen, 2015 y 2017.

Tabla 8. Descripción del nivel educacional general y por tramo etario de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Asistencia				
Sí	27,7% [0.27439, 0.28144] 4 680 780	15,4% [0.13949, 0.17109] 91 157	14,4% [0.10092, 0.20330] 27 197	27,12% [0.26776, 0.27480] 4 830 616
No	72,2% [0.71856, 0.72561] 12 162 691	84,5% [0.82891, 0.86051] 498 358	85,5% [0.79670, 0.89908] 160 695	72,8% [0.72520, 0.73224] 12 976 798
18-25 años				
Sin educación	0,7% [0.00627, 0.00873] 15 991	0,3% [0.00136, 0.00838] 311	0,0% 0	0,7% [0.00617, 0.00859] 16 726

Tabla 8. Descripción del nivel educacional general y por tramo etario de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Básica (completa o incompleta)	4,5% [0.04163, 0.04913] 97 787	8,3% [0.05749, 0.11787] 7606	0,5% [0.00132, 0.01664] 125	4,7% [0.04290, 0.05064] 107 086
Media (completa o incompleta)	43,7% [0.42700, 0.44769] 945 488	64,7% [0.58967, 0.70030] 59 426	28,2% [0.20508, 0.37503] 7512	44,4% [0.43313, 0.45447] 1 019 388
Técnica superior incompleto	10,1% [0.09624, 0.10636] 218 765	7,0% [0.04636, 0.10403] 6419	4,5% [0.01596, 0.12277] 1210	9,9% [0.09420, 0.10431] 227 738
Técnica superior completo	5,0% [0.04628, 0.05372] 107 821	3,3% [0.01801, 0.06134] 3074	10,1% [0.04623, 0.20523] 2677	5,0% [0.04608, 0.05378] 114 369
Profesional incompleto	31,0% [0.29901, 0.32171] 670 756	10,2% [0.07693, 0.13463] 9390	14,3% [0.08648, 0.22766] 3808	29,9% [0.28821, 0.31075] 687 651
Postgrado incompleto	0,0% [0.00007, 0.00039] 360	0,5% [0.00063, 0.03132] 413	0,0% 0	0,0% [0.00011, 0.00101] 773
Profesional completo	4,4% [0.04046, 0.04814] 95 436	4,1% [0.02767, 0.06071] 3777	42,4% [0.33799, 0.51425] 11 272	4,8% [0.04391, 0.05340] 111 255
Postgrado completo	0,0% [0.00002, 0.00045] 179	0,0% [0.00004, 0.00225] 29	0,0% 0	0,0% [0.00002, 0.00040] 208
26 años o más				
Sin educación	2,8% [0.02653, 0.02937] 298 170	0,9% [0.00586, 0.01363] 3734	0,1% [0.00011, 0.00612] 105	2,7% [0.02575, 0.02853] 308 021

Tabla 8. Descripción del nivel educacional general y por tramo etario de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Básica	26,5% [0.25959, 0.27107] 2 833 422	11,4% [0.09818, 0.13105] 47 417	1,9% [0.00969, 0.03811] 2438	25,7% [0.25140, 0.26332] 2 924 123
Media	42,7% [0.42126, 0.43319] 4 562 835	51,6% [0.48286, 0.54810] 215 219	13,4% [0.09205, 0.19076] 16 906	42,7% [0.42070, 0.43411] 4 856 843
Técnica o profesional	25,5% [0.24756, 0.26323] 2 726 918	30,4% [0.27423, 0.33446] 126 700	79,4% [0.73408, 0.84312] 100 239	26,2% [0.25337, 0.27169] 2 982 209
Postgrado	1,8% [0.01660, 0.02015] 195 311	4,9% [0.03606, 0.06638] 20 473	5,1% [0.03099, 0.08307] 6449	2,0% [0.01779, 0.02175] 223 504
Año 2015				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Asistencia				
Sí	29,3% [0.28962, 0.29643] 4 972 491	19,4% [0.17473, 0.21390] 86 039	15,3% [0.07433, 0.28743] 3175	28,9% [0.28563, 0.29246] 5 073 210
No	70,7% [0.70357, 0.71038] 11 997 570	80,6% [0.78610, 0.82527] 358 464	84,7% [0.71257, 0.92567] 17 641	71,1% [0.70754, 0.71437] 12 479 295
18-25 años				
Sin educación	1,0% [0,00821, 0,01106] 22 204	1,4% [0.00362, 0.05017] 1034	0,0% 0	1,0% [0.00825, 0.01121] 23 238

Tabla 8. Descripción del nivel educacional general y por tramo etario de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Básica (completa o incompleta)	4,6% [0.04302, 0.05023] 108 276	5,0% [0.03356, 0.07516] 3815	0,0% 0	4,7% [0.04366, 0.05104] 114 106
Media (completa o incompleta)	45,0% [0,44031, 0,46037] 1 048 723	59,2% [0,53027, 0,65051] 44 752	47,8% [0.24640, 0.71883] 896	45,5% [0,44502, 0,46503] 1 099 649
Técnica superior incompleto	10,7% [0.10240, 0.11212] 249 560	4,3% [0.02891, 0.06260] 3228	0,0% 0	10,5% [0.10034, 0.10998] 253 913
Técnica superior completo	4,1% [0.03851, 0.04469] 96 624	3,9% [0.02196, 0.06824] 2947	1,5% [0.00187, 0.10911] 28	4,1% [0.03844, 0.04449] 99 952
Profesional incompleto	29,8% [0.28901, 0.30771] 694 634	23,7% [0.17677, 0.31009] 17 925	34,1% [0.16344, 0.57847] 640	29,6% [0.28644, 0.30525] 714 775
Postgrado incompleto	0,4% [0.00166, 0.00995] 9472	0,1% [0.00008, 0.00407] 43	0,0% 0	0,4% [0.00161, 0.00960] 9515
Profesional completo	4,1% [0.03628, 0.04683] 96 034	2,5% [0.01500, 0.04019] 1863	16,6% [0.03558, 0.51890] 312	4,1% [0.03599, 0.04594] 98 300
Postgrado completo	0,0% [0.00021, 0.00080] 964	0,0% [0.00003, 0.00171] 18	0,0% 0	0,0% [0.00021, 0.00077] 982
26 años o más				
Sin educación	2,8% [0.02699, 0.02945] 292 009	0,8% [0.00509, 0.01187] 2291	0,0% 0	2,8% [0.02659, 0.02900] 298 995

Tabla 8. Descripción del nivel educacional general y por tramo etario de los migrantes internacionales en Chile de origen venezolano y de otros países, de los nacionales y de la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Básica	27,7% [0.27198, 0.28306] 2 874 288	12,3% [0.10505, 0.14307] 36 173	1,2% [0.00246, 0.05799] 200	27,3% [0.26745, 0.27855] 2 938 941
Media	43,9% [0.43362, 0.44416] 4 546 094	49,4% [0.46035, 0.52774] 145 520	13,6% [0.05382, 0.30174] 2228	44,0% [0.43459, 0.44558] 4 738 179
Técnica o profesional	23,7% [0.23060, 0.24443] 2 459 550	33,4% [0.30166, 0.36836] 98 439	61,3% [0.50011, 0.71565] 10 084	24,0% [0.23327, 0.24731] 2 586 385
Postgrado	1,6% [0.01400, 0.01828] 165 703	3,9% [0.02982, 0.05079] 11 481	23,9% [0.09463, 0.48520] 3927	1,7% [0.01486, 0.01923] 181 999

Fuente: elaboración propia a partir de Casen, 2015 y 2017.

3. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO Y LA RESPUESTA GENERAL A LOS MIGRANTES INTERNACIONALES

3.1. Descripción general del sistema de salud chileno

El sistema de salud de Chile es un sistema segmentado y fragmentado con participación pública y privada. Es segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y provisión, especializados en distintos segmentos poblacionales, usualmente definidos a partir de su ingreso, capacidad de pago o posición social. Por otro lado, el sistema es fragmentado debido a que la red de provisión de servicios no está integrada. Esto ocurre tanto en el sector público como privado, donde los establecimientos (por ejemplo, centros de atención primaria y hospitales) no están coordinados entre ellos. Es decir, es el paciente quien navega entre la atención primaria y hospitalaria, y no el sistema el que conduce al paciente. Esto alarga el manejo del paciente, duplica servicios, genera competencia entre los centros y hace ineficiente el uso de recursos, entre otros problemas.

En términos generales, se reconoce un sector público que accede a servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que cubre aproximadamente al 75% de la población, especialmente a los más añosos, enfermos y pobres); un sector privado que accede a clínicas privadas (que cubre alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las Fuerzas Armadas, que tiene sus propios hospitales y centros de salud (cubre alrededor del 5% de la población); y, por último, el seguro laboral de salud, que también tiene sus propios hospitales y centros de salud, y cubre a una proporción menor de la población.

La rectoría la ejerce el Ministerio de Salud (Minsal), que a su vez divide su labor en dos subsecretarías: la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales. La primera subsecretaría realiza labores de planificación sanitaria y generación de políticas de salud, mientras que la segunda cumple un rol fundamental en la gobernanza y coordinación de la red de prestadores de servicios públicos del país. Adicionalmente, el rector delega algunas de sus funciones reguladoras a otras instituciones. Una de ellas es la Superintendencia de Salud, institución autónoma encargada de regular y fiscalizar el desempeño de aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados. Otra es el Instituto de Salud Pública, que ejerce la función de referente técnico (laboratorio de referencia, salud ocupacional y ambiental) y de agencia reguladora de medicamentos y dispositivos médicos. Finalmente, están las secretarías regionales ministeriales, que asumen varias labores regulatorias de la autoridad sanitaria en las respectivas regiones.

El financiamiento en el subsector general público está centralizado en un único pagador, el Fonasa, que se financia a partir de la recaudación de impuestos generales (aproximadamente, un 65%) y por contribuciones obligatorias de los trabajadores afiliados (aproximadamente, un 35%). A pesar de que categoriza afiliados según su nivel de ingresos (categorías A, B, C y D), opera con un único fondo mancomunado que asegura transferencias entre sujetos con mayores y menores ingresos. En este sentido, es un fondo nacional de salud pública solidario. La prestación de servicios en este subsector está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual está conformado por la red de centros de atención primaria de salud (centros de salud familiar, centros de salud, centros comunitarios de salud familiar, servicios de atención primaria de urgencia,

servicios de alta resolutiveidad, consultorios de salud mental y centros de rehabilitación comunal), los centros de referencia secundaria (CRS) (nivel secundario) y los establecimientos hospitalarios (nivel terciario), que además de área de atención hospitalaria tienen un área ambulatoria denominada centros de atención terciaria o centros de diagnóstico terapéutico (CDT). Cabe destacar que la atención primaria depende en su mayoría de la administración municipal, mientras que el resto del SNSS depende, en último término, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En el subsector privado existen múltiples aseguradoras, llamadas instituciones de salud previsual (Isapres), las cuales tienen acceso a administrar las cotizaciones obligatorias de aquellos individuos que cumplen con ciertas condiciones, como capacidad de pago y buena salud, y deciden afiliarse a este sistema. Esta afiliación se hace mediante la compra de planes de salud que son ofertados por cada aseguradora a precios que estas mismas fijan libremente. En la práctica, las Isapres recaudan por las cotizaciones obligatorias y por aportes voluntarios que realizan las personas para optar a mejores planes. En términos de mancomunación, cada Isapre opera con su propio fondo independiente, con la excepción de un fondo de compensación de riesgos para las coberturas asociadas al Régimen de Garantías Explícitas (GES). El subsector de las Fuerzas Armadas está financiado por impuestos generales vía partida presupuestaria al Ministerio de Defensa, operando como un fondo único, pero separado para cada rama matriz. Cada rama tiene, a su vez, entre uno y cuatro hospitales, donde habitualmente uno o dos son de referencia, dotados de todas las especialidades. Por su parte, el subsistema de salud laboral es un administrador del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, tarea que es delegada a instituciones privadas sin fines de lucro llamadas mutualidades y por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

Desde la última reforma del sistema de salud chileno, cuya implementación se inició el año 2003, se ha reconocido que este requiere otra reforma más profunda que logre solucionar problemas estructurales que datan de su génesis el año 1979. El principal problema del sistema chileno actual probablemente radica en que no sigue un modelo de sistema de salud solidario. Las principales dificultades del sistema de salud chileno son:

- Existen múltiples planes de cobertura en el mercado (más de 6000), lo cual impide la comparación entre ellos por parte de los usuarios. Esto complica la libre elección y que el mercado trabaje adecuadamente.
- Las Isapres pueden rechazar personas por preexistencias de condiciones de salud, impidiendo el libre acceso al sistema y generando descreme.
- Las Isapres discriminan por edad y sexo al fijar los precios de sus planes en función de estas dos condiciones.
- Las Isapres pueden aumentar el precio de sus planes (por ejemplo, cada vez que se actualiza el GES), obligando a la gente a pagar más, cambiar a un plan de menor cobertura, o simplemente dejar el sistema y migrar al Fonasa. Esto ocurre particularmente con la población más anciana.
- El aumento de precios de los planes ha incentivado la judicialización de la salud, lo cual ha generado un aumento importante de costos en el propio sector asegurador, que debe cubrir los costes del proceso judicial.

Protección financiera insuficiente. En promedio, los planes de las Isapre otorgan cobertura del 60% únicamente, conduciendo a gasto de bolsillo o aseguramiento complementario con costos adicionales para las personas (Bastías y otros, 2019; Cid, Torche, Bastias, Herrera & Barrios, 2013).

3.2. Normativa general de respuesta sanitaria a migrantes internacionales en Chile

Respecto de las oportunidades de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, el Minsal de Chile comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir de 2003, referidas específicamente a la atención en salud para mujeres embarazadas. Se ha ido avanzando progresivamente en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa, de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como han exhortado la OMS en la 61.^a Asamblea Mundial de Salud a través de la resolución WHA61.17 de 2008 (OMS, 2008); más recientemente, la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el 55.^o Consejo Directivo de la Organización; y los distintos instrumentos

internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa ha significado la ampliación gradual de derechos de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctima de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros.

En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 manifiestan la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N° 5 de Equidad y Salud en Todas las Políticas, englobando salud intercultural, equidad de género, salud para inmigrantes y salud para personas privadas de libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inició el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales, que se ejecutó en 2016 y 2017 para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, lanzada en octubre de 2017 y cuyo plan de acción se encuentra en proceso de redacción.

La Política de Salud de Migrantes en Chile tiene ocho objetivos específicos, a saber:

- Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren.
- Garantizar el acceso equitativo a la promoción, prevención y atención de salud para las personas migrantes internacionales.
- Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales.
- Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales, desde el concepto de la Salud en Todas las Políticas, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración.
- Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales.

- Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.
- Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales.
- Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.

La tabla 9 da cuenta en orden cronológico de los esfuerzos de la autoridad sanitaria para responder a las necesidades de salud de migrantes internacionales de cualquier categoría y país de origen en Chile. Esta tabla describe la amplitud de respuestas generales desarrolladas y su fuerte avance, en especial en las últimas décadas. Se destaca de manera especial la Política de Salud de Migrantes Internacionales desarrollada en 2017 y lanzada oficialmente en 2018, cuyo foco está en acortar brechas de acceso y uso efectivo de servicios entre migrantes internacionales y nacionales en el país.

Tabla 9. Normativas desarrolladas en Chile para responder a las necesidades de salud de poblaciones migrantes internacionales

Año	Normativa
1953	DFL 69: crea el departamento de inmigración y establece normas sobre la materia
1953	DTO 521: decreto que aprueba el reglamento para la aplicación del DFL 69, de mayo de 1953, que creó el departamento de inmigración
1975	DL 1094: establece normas sobre extranjeros en Chile
2003	Oficio circular 1179: informa sobre la suscripción de acuerdos tendientes a resolver situaciones migratorias de ciudadanos extranjeros
2003	Minint oficio 6232: precisa sentido y alcance de la circular 1179
2005	Minrel decreto 84: promulga la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares
2008	Resolución exenta 1914: aprueba el convenio de colaboración celebrado entre el Minsal y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (MinInterior)
2008	Minsal oficio ordinario A14 N° 3229: convenio de colaboración entre el MinInterior y el Minsal

Tabla 9. Normativas desarrolladas en Chile para responder a las necesidades de salud de poblaciones migrantes internacionales

2008	Instructivo presidencial 9: imparte instrucciones sobre la Política Nacional Migratoria
2008	Minsal resolución exenta 542: constituye grupo de trabajo
2010	Ley 20.430: establece disposiciones sobre protección de refugiados
2011	Ley 20.507: tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas, y establece normas para su prevención y persecución criminal más efectiva
2013	Mesa Intersectorial sobre Trata de Personas
2014	Decreto exento 6410: aprueba convenio de colaboración entre el MinInterior y el Fonasa
2015	Minsal circular A15 N° 6: atención de salud de personas inmigrantes
2015	Instructivo presidencial 5: lineamientos e instrucciones para la Política Nacional Migratoria
2015	Equipo Asesor Sectorial: Orientaciones Técnicas del Piloto de Salud de Inmigrantes
2016	Decreto supremo 67: modifica el decreto 110 del Minsal de 2004, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes
2016	Minsal circular A15 04: imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia 4 del decreto supremo 110, de 2004, agregada por el decreto supremo 67, de 2015, ambos del Misal
2018	Política de Salud de Migrantes Internacionales

Elaborado a partir de los documentos legales citados en el Diario Oficial.

A continuación, se describen una a una las principales normativas, decretos y acciones de acercamiento del sistema de salud chileno a las poblaciones migrantes internacionales en Chile, de acuerdo con un ordenamiento temático y cronológico general:

- Atención a mujeres embarazadas - circular 1179 de 2003: la inscripción de las mujeres embarazadas migrantes en situación irregular en atención primaria para facilitar su acceso a atención, control y seguimiento de sus embarazos. Dichas mujeres tienen derecho a una visa de residencia temporaria.
- Atención de urgencia - decreto 84 del Ministerio de Relaciones Exteriores (Minrel) de 2005: los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir atención de urgencia en igualdad de

condiciones que los nacionales, la cual no puede ser denegada por razones de situación irregular de permanencia o empleo.

- Igualdad de trato - decreto 84 del Minrel de 2005: los trabajadores migratorios y sus familiares gozan de igualdad de trato respecto de los nacionales en relación conl acceso a servicios sociales y de salud.
- Atención a niños, niñas y adolescentes - resolución exenta 1914: niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que, no siendo chilenos, residen en el país junto a sus representantes legales, tienen asegurada igualdad de condiciones en relación con la atención brindada por el Estado.
- Bienes públicos en salud - oficio ordinario A 14 N° 3229 de 2008: los migrantes en situación irregular tienen derecho a bienes públicos en salud, lo que se refiere a acciones de promoción y protección de la salud, como la educación para la salud, las inmunizaciones y el control nutricional.
- Atención de refugiados - ley 20.430 de 2010: los refugiados tienen derecho a acceder a la salud en igualdad de condiciones que los demás extranjeros.
- Atención a víctimas de tráfico y trata - Protocolo Intersectorial de Atención a Víctimas de Trata de Personas: se debe brindar acceso a todas las prestaciones generales de salud a las víctimas. En caso de que la persona se encuentre en proceso de regularización de su situación migratoria, se facilita un mecanismo para permitir su acceso a atención en un centro de atención primaria.
- Atención desligada de tramitación de permiso de residencia - circular A15 N° 6 de 2015: se debe brindar atención a las personas migrantes sin que sea requisito la tramitación de un permiso de residencia.
- Atención primaria en salud - Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015: en el contexto del Programa de Acceso a la Atención de Salud de Inmigrantes se deben implementar estrategias que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud, especialmente a la población en situación irregular; ampliar información sobre los derechos y deberes en salud de la población migrante; mejorar el acceso y la calidad de la atención,

con pertinencia y énfasis en grupos vulnerables; y adecuar servicios, modelos de atención y protocolos para mejorar su acceso, calidad y efectividad.

- Atención hospitalaria - Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015: en el contexto del Programa de Acceso a la Atención de Salud de Inmigrantes, se debe implementar estrategias que faciliten el acceso a la atención de salud en servicios de urgencia, atención de especialidad, hospitalización y unidades de apoyo, mejorando el impacto sanitario y la satisfacción usuaria; desarrollar acciones para transversalizar programas ministeriales (por ejemplo, Hospital Amigo, Chile Crece Contigo, asistencia espiritual, salud de la mujer, salud del niño y niña, salud mental, entre otros); y fortalecer la atención en recepción, acogida, trato e información, impactando en la satisfacción usuaria.
- Continuidad de la atención - Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015: los servicios de salud deben velar por el cumplimiento de las acciones implementadas en la red asistencial y articular componentes de dicha red; resguardar la implementación de los procesos clínicos-asistenciales, estratégicos y de soporte de la red asistencial; y gestionar eficientemente los recursos, generando alianzas con actores relevantes.
- Acciones intersectoriales - Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015: las secretarías regionales ministeriales deben liderar la articulación intersectorial desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, participación social y salud en todas las políticas; convocar y organizar la participación social de personas, organizaciones e instituciones; y entregar lineamientos y acompañamiento técnico de acuerdo con los programas de salud.
- Régimen de prestaciones del Fonasa - Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015: los inmigrantes que han solicitado refugio o un permiso de residencia pueden acceder al régimen de prestaciones del Fonasa en calidad de beneficiarios en igualdad de condiciones. El Fonasa debe colaborar en actividades de difusión y capacitación de funcionarios de atención primaria de salud (APS), e informar a los migrantes acerca de la forma de incorporarse.

- Acceso a la inscripción formal a salud pública, aun estando en situación irregular - decreto supremo 67 de 2016: las personas inmigrantes carentes de documentos o permiso de residencia que suscriben un documento declarando su carencia de recursos pueden acreditarse como personas carentes de recursos o indigentes, lo que les permite ser consideradas como beneficiarias del régimen de prestaciones de salud.
- Promoción de la salud - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: se debe garantizar el acceso a la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales.
- Prevención de la enfermedad - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: se debe garantizar el acceso a la prevención de la enfermedad a las personas migrantes internacionales.
- Acciones que reduzcan la discriminación, xenofobia y estigmatización - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: se deben promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.
- Acciones facilitadoras del diálogo intercultural - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: se deben promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas para favorecer la cohesión social.
- Educación en derechos y salud - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: acciones de difusión de derechos y educación para la salud, participación social y comunitaria. Información acerca del funcionamiento del sistema, lo que incluye horarios de atención, requisitos, trámites, tipos de atención, programas y prestaciones.
- Servicios interculturalmente competentes - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: contar con funcionarios de la salud formados en materia de derechos humanos, interculturalidad, salud y migración, junto con las competencias culturales necesarias. Para esto, los funcionarios de los distintos niveles y organismos deben ser capacitados y sensibilizados. Adicionalmente, se debe disponer de servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural.

- Diagnósticos de situación de salud - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: las comunidades migrantes podrán participar en diagnósticos participativos con el fin de identificar brechas, además de identificar y evaluar intervenciones y buenas prácticas sanitarias.
- Prevención de riesgos laborales - Política de Salud de Migrantes Internacionales 2018: acceso a prestaciones que otorga el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

3.3. Acceso a la inscripción formal en el sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales generales: un desafío pendiente

Pese a estos importantes esfuerzos, existe evidencia de encuestas poblacionales y de datos del Minsal que indican que las personas migrantes internacionales y sus familias acceden y utilizan menos los servicios formales de salud del país que la población local. Un buen ejemplo de esto corresponde al autorreporte de tipo de previsión de salud entre inmigrantes y chilenos. De acuerdo con un análisis de la Casen 2013 a 2017, queda de manifiesto no solo que los inmigrantes tendrían menor acceso al sistema de salud chileno que los locales; sino que además esta brecha estaría aumentando en el tiempo, con casi 9% de migrantes internacionales que no saben o no tienen previsión de salud en 2013 versus un 18,6% en igual situación para 2017. En la tabla 10 se presentan de manera descriptiva las categorías de autorreporte que personas migrantes internacionales y chilenas indicaron como pertenencia al sistema de salud chileno, incluyendo el sistema público, el privado, otro (Fuerzas Armadas, seguro internacional), y ninguno o desconocido.

Los resultados se presentan para la encuesta Casen de tres años repetidos, 2013, 2015 y 2017; y dan cuenta del aumento progresivo en el tiempo de la ausencia de adscripción oficial a algún tipo de previsión de salud por parte de personas inmigrantes. Esto es especialmente llamativo en menores de 18 años, de quienes el 20% no tenía ningún tipo de previsión de salud para el año 2017. Algo similar observamos en una revisión sistemática recientemente publicada, en la cual se concluye que se observa una subutilización de la mayoría de las prestaciones de salud disponibles para infancia en dichos países por parte de niños migrantes, lo que contrasta con

una sobreutilización de la atención de urgencia en esta población al compararla con la de los niños nacidos en dichos países (Cabieses, Chepo y otros, 2017; Markkula y otros, 2018).

Tabla 10. Tipo de previsión de salud de personas migrantes internacionales y chilenos, encuestas Casen 2013 a 2017

	Casen 2013		Casen 2015		Casen 2017	
	Chilenos (95% CI)	Inmigrantes (95% CI)	Chilenos (95% CI)	Inmigrantes (95% CI)	Chilenos (95% CI)	Inmigrantes (95% CI)
No sabe/no tiene	2,5 (2,3-2,8)	8,9 (7,3-10,8)*	4,4 (4,2-4,6)	17,5 (14,4-21,1)*	4,2 (3,9-4,3)	18,6 (16,2-21,3)*
Público (Fonasa)	78,6 (77,7-79,4)	68,7 (63,9-73,1)*	77,7 (76,8-78,5)	62,0 (57,5-66,4)*	78,7 (77,8-79,5)	65,1 (61,4-68,8)*
Privado (Isapre)	14,1 (13,4-14,9)	18,1 (14,7-21,9)*	15,0 (14,3-15,8)	17,6 (14,4-21,2)*	14,4 (13,6-15,1)	14,7 (12,1-17,6)*
Otro	2,9 (2,8-3,2)	2,3 (1,5-3,5)*	2,9 (2,7-3,2)	2,9 (1,8-4,7)*	2,8 (2,5-3,1)	1,6 (1,1-2,3)*

* Denota diferencias estadísticamente significativas al 95% al comparar población inmigrante y población local para cada año. Fuente: Cabieses, Chepo, Obach y Espinoza, 2019.

4. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA EN CHILE

4.1. Resultados de salud de los migrantes internacionales: una mirada panorámica

La relación entre migración y salud poblacional es compleja y multidimensional, así lo documentan diversos expertos internacionales como, por ejemplo, Sargent y Larchanché (2011), quienes declaran que existen factores subyacentes a los procesos de salud y enfermedad que son de carácter político, económico y social; y que estos impactan de manera significativa en la salud de quienes migran y quienes residen en la sociedad hospedera. Esto quiere decir que las personas que forman parte de los flujos de migración transnacional están sujetas tanto a condiciones macroestructurales como a dinámicas locales, nacionales y globales que producen patrones específicos de salud y enfermedad en la población que dejan atrás y en aquella a la que llegan. Es desde estas dinámicas sociales que se configura el concepto de «transnacionalismo» de las migraciones,

ampliamente avalado en la actualidad. Esta perspectiva global económica, política, social y cultural es útil para no perder de vista en salud pública la importancia de los contextos y, de esta forma, no correr el riesgo de crear visiones parciales de las dinámicas de la salud y la enfermedad poblacional en países con altos flujos migratorios (Cabieses, Gálvez & Ajraz, 2018).

La literatura ha descrito el llamado «efecto de migrante sano», que corresponde a un menor reporte o registro de enfermedades en población migrante internacional frente al de la población local, lo que podría deberse a un proceso de selección natural del acto migratorio (las personas sanas logran migrar, mientras que las más enfermas se quedan atrás). Ello también podría responder a un sesgo o error de medición que escondería en un promedio puntual una enorme variabilidad y las diferencias de los subgrupos de inmigrantes que, en el caso de experimentar vulnerabilidad socioeconómica, posiblemente deterioren su salud más rápido que aquellos en situación socioeconómica más acomodada, entre otras posibles explicaciones (Cabieses, Tunstall & Pickett, 2013). El efecto de migrante sano ha sido documentado en múltiples países, pero sigue siendo controversial en su interpretación y alcance, en especial al atenuarse e incluso desaparecer en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, irregularidad y larga estadía en el país receptor.

La OMS (2015), por su parte, ha declarado como problemas de salud más frecuentes entre los migrantes las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión. Las mujeres y la población infantil migrante emergen como especialmente vulnerables, pues se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, la salud del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva, y la violencia. El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, sea por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan en los países de origen o de destino, lo que desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas. También reconoce que los niños vulnerables son propensos a infecciones agudas, como las respiratorias y la diarrea, debido a la pobreza y las privaciones durante la migración; y que necesitan acceso a la atención pertinente.

4.2. Acceso al sistema de salud de Chile por parte de los migrantes venezolanos: resultados de las encuestas Casen 2015 y 2017

La tabla 11 da cuenta del acceso formal al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total. Tal como se observa, ha habido un aumento importante en la inscripción formal al sistema de salud público Fonasa A (carente de recursos) y B en población venezolana, que pasó de 15% en 2015 a 26% en 2017. También bajó levemente la proporción de venezolanos que no reportan inscripción al sistema de salud entre estos años, de 26% a 22%, respectivamente. La inscripción al Fonasa C y D también aumentó muy modestamente, de 22% en 2015 a 23% en 2017; y, de igual modo, hubo un aumento en la proporción de personas venezolanas que indican estar inscritas en el sistema público sin saber a cuál en particular, de 5% en 2015 a 8% en 2017. La inscripción al sistema privado cayó notoriamente en estos años entre los migrantes venezolanos residentes, de 24% en 2015 a 16% en 2017; y, a la vez, aumentó ligeramente la proporción de quienes dicen no saber qué tipo de inscripción al sistema de salud tienen, de 0,2% en 2015 a 2% en 2017.

Tabla 11. Distribución de acceso al sistema de salud chileno por parte de los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Ninguna	2,2% [0.02131, 0.02366] 378 239	13,8% [0.11997, 0.15878] 81 493	22,1% [0.13503, 0.34012] 41 520	2,8% [0.02663, 0.03030] 505 888
Fonasa A, B	51,2% [0.50406, 0.52019] 8 626 019	38,4% [0.35739, 0.41128] 226 363	26,0% [0.17636, 0.36651] 48 915	50,5% [0.49667, 0.51324] 8 992 000
Fonasa C, D	22,2% [0.21775, 0.22714] 3 746 202	19,9% [0.16940, 0.23277] 117 432	23,8% [0.16096, 0.33774] 44 768	22,1% [0.21659, 0.22624] 3 942 180

Tabla 11. Distribución de acceso al sistema de salud chileno por parte de los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Fonasa (no sabe)	5,2% [0.04880, 0.05541] 875 915	8,9% [0.07180, 0.11012] 52 535	8,7% [0.04032, 0.17760] 16 340	5,4% [0.05070, 0.05766] 962 945
Isapre	14,4% [0.13627, 0.15135] 2 419 529	14,1% [0.11591, 0.17031] 83 081	16,5% [0.09866, 0.26228] 30 958	14,4% [0.13619, 0.15135] 2 557 241
Otro	2,8% [0.02547, 0.03143] 476 681	1,9% [0.01290, 0.02816] 11 254	0,6% [0.00271, 0.01315] 1124	2,8% [0.02498, 0.03067] 492 975
No sabe	1,9% [0.01778, 0.02041] 320 886	2,9% [0.02337, 0.03704] 17 357	2,3% [0.01168, 0.04368] 4267	2,0% [0.01863, 0.02124] 354 185
Año 2015				
	Nacidos en Chile 16 970 061 96,7%	Inmigrantes (otros) 444 503 2,5%	Venezolanos 20 816 0,1%	Total 17 552 505
Ninguna	2,7% [0.02591, 0.02833] 459 799	15,2% [0.11749, 0.19469] 67 615	26,2% [0.14949, 0.41788] 5456	3,1% [0.02892, 0.03232] 536 598
Fonasa A, B	50,7% [0.49970, 0.51452] 8 605 778	35,6% [0.31516, 0.39949] 158 338	15,0% [0.05567, 0.34389] 3112	50,3% [0.49539, 0.51020] 8 825 327
Fonasa C, D	22,6% [0.22158, 0.23016] 3 832 521	19,6% [0.16698, 0.22900] 87 186	22,4% [0.09850, 0.43242] 4661	22,5% [0.22032, 0.22892] 3 942 123
Fonasa (no sabe)	4,4% [0.04196, 0.04664] 750 845	7,7% [0.05994, 0.09802] 34 158	5,2% [0.01662, 0.15149] 1084	4,5% [0.04295, 0.04774] 794 808
Isapre	15,0% [0.14297, 0.15695] 2 542 521	17,2% [0.14317, 0.20595] 76 591	24,7% [0.11572, 0.45127] 5142	15,1% [0.14377, 0.15760] 2 642 619
Otro	2,9% [0.02643, 0.03183] 492 232	2,7% [0.01547, 0.04744] 12 097	6,3% [0.02255, 0.16396] 1312	2,9% [0.02640, 0.03175] 508 200

Tabla 11. Distribución de acceso al sistema de salud chileno por parte de los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

No sabe	1,7% [0.01566, 0.01818] 286 365	1,9% [0.01257, 0.02910] 8518	0,2% [0.00030, 0.01805] 49	1,7% [0.01606, 0.01853] 302 830

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Respecto del uso de un seguro complementario de salud, se observa una disminución en la proporción de migrantes de origen venezolano que cuentan con un seguro complementario de salud, de 33% en 2015 a 15% en 2017. De manera complementaria, aumentó entre estos años la proporción de venezolanos sin seguro de salud, de 66% a 81%. Llama la atención que estas proporciones cambien muy poco en migrantes internacionales de otros países de origen, así como tampoco cambian para los nacidos en Chile entre los años de observación (tabla 12).

Tabla 12. Distribución de seguro complementario de salud en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Año 2017				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Seguro Complementario de Salud				
Sí	14,7% [0.14036, 0.15295] 940 850	13,2% [0.10830, 0.15933] 36 455	15,2% [0.07287, 0.29002] 13 637	14,6% [0.13939, 0.15281] 1 002 393
No	81,8% [0.81157, 0.82421] 5 251 539	82,8% [0.79882, 0.85357] 229 112	81,8% [0.70420, 0.89451] 73 405	81,8% [0.81110, 0.82450] 5 616 470
No sabe	3,5% [0.03361, 0.03745] 227 802	4,0% [0.03101, 0.05237] 11 169	3,0% [0.00990, 0.08781] 2701	3,6% [0.03426, 0.03811] 248 138
Año 2015				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total

Tabla 12. Distribución de seguro complementario de salud en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	16 970 061 96,7%	444 503 2,5%	20 816 0,1%	17 552 505
Seguro Complementario de Salud				
Sí	14,4% [0.13855, 0.15001] 911 314	13,7% [0.11373, 0.16368] 27 023	33,6% [0.22234, 0.47350] 3190	14,4% [0.13824, 0.14968] 947 810
No	83,1% [0.82466, 0.83648] 5 250 120	82,5% [0.78444, 0.85913] 162 950	66,4% [0.52650, 0.77766] 6291	83,0% [0.82430, 0.83606] 5 469 895
No sabe	2,5% [0.02371, 0.02670] 159 044	3,8% [0.01823, 0.07870] 7567	0,0% 0	2,6% [0.02429, 0.02755] 170 449

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

4.3. Uso de prestaciones de salud disponibles en la población venezolana y otras poblaciones: encuestas Casen 2015 y 2017

Respecto del uso de prestaciones de salud para problemas de salud de corto plazo y barreras de acceso asociadas (tabla 13), se observa un aumento de la proporción de migrantes venezolanos consultantes por alguna enfermedad aguda o accidente en los últimos tres meses entre los años 2015 y 2017, que pasó de 67% a 86%. El año 2015, un tercio de los migrantes de origen venezolano señaló no haber usado el sistema de salud chileno frente a una enfermedad o accidente reciente (33%), porcentaje que disminuyó para 2017 a menos de la mitad (13%). En el caso de aquellos que tuvieron algún problema de salud de este tipo y no consultaron por voluntad propia —la mayoría para 2015 y 2017 en el caso de los venezolanos en Chile—, los porcentajes fueron de 78% y 79%, respectivamente. La no consulta involuntaria (representando posibles barreras de acceso y uso efectivo de servicios) disminuyó para los venezolanos entre estos años, con 22% en 2015 y 19% en 2017; mientras que para los migrantes con otros países de origen aumentó a casi el doble, pasando de 12% en 2015 a 22% en 2017.

Respecto del reporte de barreras para llegar a la consulta, los venezolanos en Chile señalan presentar bajas proporciones de barreras de este tipo, con 0% en 2015 y 3% en 2017. El resto de los migrantes, con otros países de

origen, reportan esta barrera con mayor frecuencia, con porcentajes equivalentes al 4,8% en 2015 y 4,2% en 2017. Respecto a las barreras para conseguir cita u hora de atención para problemas de salud de corto plazo, como accidentes o enfermedades en los últimos tres meses, los migrantes venezolanos reportan un aumento en el tiempo, de 2% en 2015 a 11% en 2017. En el caso del resto de los migrantes la tendencia no fue así, manteniéndose relativamente similar entre estos años (tabla 13).

Por otro lado, los migrantes venezolanos casi duplicaron la proporción de personas que reportan problemas para ser atendidas en el establecimiento de salud, pasando de un 7% en 2015 a 12% en 2017, variación que no se observa para los migrantes de otras nacionalidades. También aumentaron los problemas para pagar por la atención, que pasaron de 0% en 2015 a 5% en 2017. Por último, en el caso de las barreras para la entrega de medicamentos, se observa un aumento de las mismas para los venezolanos, de 0% en 2015 a 7% en 2017.

Tabla 13. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Consulta ante enfermedad o accidente				
Sí	92,6% [0.92065, 0.93044] 3 111 655	90,4% [0.87545, 0.92647] 79 867	86,4% [0.72456, 0.93921] 24 059	92,5% [0.91944, 0.92942] 3 242 764
No	6,1% [0.05634, 0.06506] 203 530	8,0% [0.06023, 0.10586] 7080	13,1% [0.05743, 0.27088] 3640	6,2% [0.05748, 0.06636] 216 637
No sabe	1,4% [0.01176, 0.01610] 46 248	1,6% [0.00743, 0.03380] 1407	0,5% [0.00064, 0.03549] 134	1,4% [0.01170, 0.01593] 47 883
Motivo de no consulta				
Voluntaria	76,4% [0.73477, 0.79098] 155 503	67,5% [0.49502, 0.81444] 4777	79,2% [0.35492, 0.96345] 2883	76,0% [0.73188, 0.78678] 164 731

Tabla 13. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Involuntaria	13,0% [0.10904, 0.15533] 26 550	22,0% [0.11090, 0.39074] 1561	19,9% [0.03282, 0.64578] 725	13,6% [0.11417, 0.16044] 29 386
No sabe	10,6% [0.08751, 0.12673] 21 477	10,5% [0.03138, 0.29731] 742	0,9% [0.00106, 0.06922] 32	10,4% [0.08707, 0.12366] 22 520
Problemas para llegar a la consulta				
Sí	7,0% [0.06509, 0.07548] 218 147	4,2% [0.02657, 0.06670] 3378	3,0% [0.00617, 0.13518] 727	6,9% [0.06416, 0.07432] 223 957
No	91,2% [0.90586, 0.91737] 2 837 164	94,5% [0.91794, 0.96315] 75 454	94,3% [0.84149, 0.98092] 22 686	91,3% [0.90704, 0.91834] 2 960 166
No sabe	1,8% [0.01550, 0.02114] 5 634 400,0	1,3% [0.00602, 0.02767] 1035	2,7% [0.00677, 0.10040] 646	1,8% [0.01548, 0.02111] 58 641
Problemas para conseguir cita o atención				
Sí	12,6% [0.11916, 0.13231] 390 782	15,1% [0.07026, 0.29541] 12 068	11,0% [0.04789, 0.23438] 2656	12,6% [0.11896, 0.13296] 407 921
No	85,6% [0.84825, 0.86263] 2 662 299	83,4% [0.69732, 0.91613] 66 592	86,3% [0.71786, 0.93951] 20 757	85,5% [0.84762, 0.86281] 2 773 800
No sabe	1,9% [0.01615, 0.02193] 58 574	1,5% [0.00765, 0.02965] 1207	2,7% [0.00677, 0.10040] 646	1,9% [0.01616, 0.02192] 61 043
Problema para ser atendido en el establecimiento				
Sí	16,1% [0.15213, 0.17069] 501 580	12,8% [0.09406, 0.17269] 10 249	12,2% [0.03497, 0.34790] 2937	16,0% [0.15077, 0.16906] 517 871
No	82,0% [0.81053, 0.82980] 2 552 692	85,2% [0.80586, 0.88936] 68 081	85,1% [0.63830, 0.94873] 20 476	82,2% [0.81202, 0.83106] 2 664 711

Tabla 13. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

No sabe	1,8% [0.01602, 0.02122] 57 383	1,9% [0.01001, 0.03667] 1537	2,7% [0.00677, 0.10040] 646	1,9% [0.01614, 0.02133] 60 182
Problemas para pagar por la atención debido al costo				
Sí	5,5% [0.05016, 0.06068] 171 711	3,6% [0.02121, 0.05988] 2861	11,3% [0.05416, 0.22161] 2724	5,5% [0.04989, 0.06024] 177 806
No	92,6% [0.91990, 0.93202] 2 881 982	94,9% [0.92207, 0.96641] 75 761	86,0% [0.73009, 0.93304] 20 689	92,7% [0.92027, 0.93228] 3 004 410
No sabe	1,9% [0.01603, 0.02164] 57 962	1,6% [0.00792, 0.03045] 1245	2,7% [0.00677, 0.10040] 646	1,9% [0.01608, 0.02167] 60 548
Problemas para la entrega de medicamentos				
Sí	7,3% [0.06775, 0.07910] 227 843	7,0% [0.04885, 0.10019] 5615	7,4% [0.02621, 0.19319] 1788	7,3% [0.06742, 0.07867] 236 216
No	90,8% [0.90086, 0.91384] 2 823 997	91,4% [0.88280, 0.93809] 73 031	89,9% [0.77772, 0.95756] 21 625	90,8% [0.90126, 0.91420] 2 944 213
No sabe	1,9% [0.01657, 0.02230] 59 815	1,5% [0.00776, 0.02990] 1221	2,7% [0.00677, 0.10040] 646	1,9% [0.01657, 0.02229] 62 335
Año 2015				
	Nacidos en Chile 16 970 061 96,7%	Inmigrantes (otros) 444 503 2,5%	Venezolanos 20 816 0,1%	Total 17 552 505
Consulta ante enfermedad o accidente				
Sí	92,1% [0.91658, 0.92461] 3 482 430	88,1% [0.83555, 0.91535] 66 390	66,9% [0.30168, 0.90452] 1578	91,9% [0.91513, 0.92353] 3 571 289
No	6,7% [0.06315, 0.07043] 252 275	10,9% [0.07592, 0.15460] 8227	33,1% [0.09548, 0.69832] 780	6,8% [0.06408, 0.07136] 262 693

Tabla 13. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

No sabe	1,3% [0.01075, 0.01481] 47 729	1,0% [0.00372, 0.02500] 730	0,0% 0	1,3% [0.01094, 0.01531] 50 277
Motivo de no consulta				
Voluntaria	78,6% [0.76507, 0.80565] 198 304	70,5% [0.50733, 0.84724] 5800	77,9% [0.23547, 0.97594] 608	78,3% [0.76167, 0.80237] 205 612
Involuntaria	14,3% [0.12609, 0.16151] 36 047	12,6% [0.04398, 0.31139] 1037	22,1% [0.02406, 0.76453] 172	14,3% [0.12662, 0.16173] 37 640
No sabe	7,1% [0.05958, 0.08452] 17 924	16,9% [0.07046, 0.35288] 1390	0,0% 0	7,4% [0.06209, 0.08799] 19 441
Problemas para llegar a la consulta				
Sí	7,9% [0.07489, 0.08387] 276 024	4,8% [0.02903, 0.07848] 3189	0,0% 0	7,9% [0.07438, 0.08325] 281 052
No	91,5% [0.90997, 0.91918] 3 185 340	94,7% [0.91206, 0.96846] 62 867	100,0% 1578	91,5% [0.91058, 0.91972] 3 268 664
No sabe	0,6% [0.00495, 0.00739] 21 066	0,5% [0.00142, 0.01769] 334	0,0% 0	0,6% [0.00495, 0.00737] 21 573
Problemas para conseguir cita o atención				
Sí	18,5% [0.17766, 0.19265] 644 382	17,8% [0.10063, 0.29518] 11 814	2,4% [0.00275, 0.18103] 38	18,5% [0.17767, 0.19265] 660 841
No	80,8% [0.80055, 0.81574] 2 814 709	82,0% [0.70309, 0.89740] 54 430	97,6% [0.81897, 0.99725] 1540	80,8% [0.80063, 0.81581] 2 886 790
No sabe	0,7% [0.00552, 0.00813] 23 339	0,2% [0.00054, 0.00894] 146	0,0% 0	0,7% [0.00546, 0.00803] 23 658
Problema para ser atendido en el establecimiento				

Tabla 13. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Sí	20,5% [0.19743, 0.21365] 715 376	20,4% [0.11875, 0.32709] 13 529	7,6% [0.01342, 0.33252] 120	20,5% [0.19749, 0.21371] 733 835
No	78,8% [0.77934, 0.79564] 2 742 779	79,4% [0.67112, 0.87926] 52 715	92,4% [0.66748, 0.98658] 1458	78,8% [0.77937, 0.79566] 2 812 860
No sabe	0,7% [0.00573, 0.00848] 24 275	0,2% [0.00054, 0.00894] 146	0,0% 0	0,7% [0.00566, 0.00837] 24 594
Problemas para pagar por la atención debido al costo				
Sí	6,1% [0.05691, 0.06623] 213 832	7,0% [0.03914, 0.12134] 4632	0,0% 0	6,1% [0.05707, 0.06621] 219 580
No	93,1% [0.92625, 0.93610] 3 243 327	92,8% [0.87663, 0.95902] 61 612	0 1578	93,1% [0.92636, 0.93602] 3 326 119
No sabe	0,7% [0.00599, 0.00878] 25 271	0,2% [0.00054, 0.00894] 146	0,0% 0	0,7% [0.00592, 0.00867] 25 590
Problemas para la entrega de medicamentos				
Sí	9,0% [0.08458, 0.09568] 313 331	11,9% [0.05008, 0.25834] 7923	0,0% 0	9,0% [0.08476, 0.09631] 322 739
No	90,2% [0.89592, 0.90745] 3 140 571	87,4% [0.73887, 0.94443] 58 023	100% 1578	90,1% [0.89533, 0.90728] 3 219 405
No sabe	0,8% [0.00684, 0.00981] 28 528	0,7% [0.00170, 0.02595] 444	0,0% 0	0,8% [0.00683, 0.00975] 29 145

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Para problemas de salud de largo plazo (tabla 14) y medidas como la cobertura de patologías AUGÉ/GES en Chile, se observa un aumento de la cobertura de estas patologías de mayor carga de enfermedad en la población migrante venezolana entre 2015 y 2017 (30% y 40%, respectivamente).

Además, disminuyó la proporción de personas migrantes de origen venezolano que no tenían cobertura de patologías AUGE/GES entre estos años, pasando de 69% en 2015 a 52% en 2017.

No obstante, las causas involuntarias que impiden acceder a este beneficio universal de salud en Chile aumentaron también entre 2015 y 2017 de 26% a 50%. Se entiende como causas involuntarias aquellas que no surgen del lado del usuario o de la «demanda» en salud, sino que son ajenas al individuo y que habitualmente recaen en oportunidades de acceso efectivo en salud desde el lado de la «oferta»; vale decir, desde el lado del sistema de salud. Las causas voluntarias, que dan cuenta de decisiones de parte de la demanda de salud —es decir, de la misma población venezolana—, disminuyeron entre estos años de un 70% en 2015 a 1,2% en 2017.

Tabla 14. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de largo plazo (patologías priorizadas AUGE/GES) en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Cobertura AUGE/GES				
Sí	78,6% [0.77705, 0.79562] 2 504 642	52,6% [0.44552, 0.60459] 18 826	40,0% [0.25833, 0.56018] 2166	78,3% [0.77321, 0.79169] 2 550 255
No	14,1% [0.13372, 0.14951] 450 398	39,2% [0.31244, 0.47857] 14 052	52,2% [0.36646, 0.67267] 2826	14,5% [0.13713, 0.15293] 472 025
No sabe	7,2% [0.06674, 0.07783] 229 581	8,2% [0.05200, 0.12669] 2933	7,9% [0.02285, 0.23745] 426	7,3% [0.06727, 0.07823] 236 460
Motivo de no cobertura AUGE/GES				
Voluntario	50,5% [0.48030, 0.52969] 227 455	48,0% [0.32823, 0.63490] 6740	1,2% [0.00154, 0.08792] 34	50,2% [0.47735, 0.52726] 237 104
Involuntario	20,7% [0.18991, 0.22545] 93 285	25,1% [0.15426, 0.38017] 3522	57,7% [0.28158, 0.82617] 1631	21,0% [0.19262, 0.22854] 99 133

Tabla 14. Uso efectivo y barreras de acceso para problemas de salud de largo plazo (patologías priorizadas AUGÉ/GES) en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Otra	21,3% [0.19484, 0.23275] 96 017	19,2% [0.10529, 0.32546] 2704	41,1% [0.16697, 0.70810] 1161	21,3% [0.19472, 0.23202] 100 436
No sabe	7,5% [0.06424, 0.08669] 33 641	7,7% [0.03103, 0.17971] 1086	0,0% 0	7,5% [0.06472, 0.08652] 35 352
Año 2015				
	Nacidos en Chile 16 970 061 96,7%	Inmigrantes (otros) 444 503 2,5%	Venezolanos 20 816 0,1%	Total 17 552 505
Cobertura AUGÉ/GES				
Sí	77,5% [0.76648, 0.78298] 2 455 846	61,4% [0.52626, 0.69421] 23 497	30,6% [0.09289, 0.65599] 327	77,3% [0.76438, 0.78091] 2 500 137
No	15,4% [0.14705, 0.16170] 488 842	30,5% [0.23193, 0.38857] 11 665	69,4% [0.34401, 0.90711] 740	15,6% [0.14861, 0.16334] 504 187
No sabe	7,1% [0.06646, 0.07568] 224 807	8,2% [0.05096, 0.12867] 3131	0,0% 0	7,1% [0.06700, 0.07610] 231 046
Motivo de no cobertura AUGÉ/GES				
Voluntario	50,2% [0.48230, 0.52247] 245 590	50,1% [0.38661, 0.61510] 5843	70,5% [0.25960, 0.94237] 522	50,2% [0.48229, 0.52155] 253 065
Involuntario	22,5% [0.20869, 0.24250] 110 059	29,0% [0.18572, 0.42208] 3381	26,2% [0.04698, 0.71917] 194	22,7% [0.21111, 0.24418] 114 560
Otra	24,6% [0.22985, 0.26329] 120 348	19,7% [0.10892, 0.32970] 2297	3,2% [0.00351, 0.24186] 24	24,5% [0.22872, 0.26207] 123 532
No sabe	2,6% [0.02049, 0.03365] 12 845	1,2% [0.00170, 0.08412] 144	0,0% 0	2,6% [0.02019, 0.03302] 13 030

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Respecto al establecimiento en el que se recibió la última atención de salud (tabla 15), el año 2015 los cuatro principales establecimientos de salud donde los migrantes de origen venezolano recibieron su última atención fueron los siguientes: a) centro de salud privado (54%), b) clínica privada (22%), c) consultorio o centro de atención primaria de salud pública (10%), y d) hospital público (6%). El año 2017 estos cuatro establecimientos de salud fueron los siguientes: a) consultorio o centro de atención primaria de salud pública (33%), b) centro de salud privado (22%), c) clínica privada (16%) y d) hospital público (5%). Se observa entonces un aumento del uso reciente de la atención de salud del sector público y de nivel primario entre los años en observación para la población migrante venezolana en Chile, lo cual requiere de una inscripción formal en el sistema de salud chileno.

El uso reciente de una mutual de salud, relacionado a la salud ocupacional o a los accidentes del trabajo en Chile, disminuyó entre 2015 y 2017 en esta población, pasando de 6% a 1%, respectivamente. Dado que esta medición solo hace referencia a la última atención de salud realizada, no es posible establecer mayores conclusiones sobre el uso efectivo de los servicios de salud en términos más generales y amplios; no obstante, sí permite identificar la familiaridad de uso de distintos establecimientos de salud existentes en Chile, muchos de los cuales requieren de inscripción formal en el sistema público o privado.

Tabla 15. Distribución porcentual del establecimiento donde se recibió la última atención de salud en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Establecimiento en el que recibió la última consulta médica				
Consultorio	44,5% [0.43284, 0.45776] 1 137 278	52,9% [0.44081, 0.61607] 35 978	33,2% [0.22125, 0.46464] 4918	44,8% [0.43509, 0.46031] 1 192 339

Tabla 15. Distribución porcentual del establecimiento donde se recibió la última atención de salud en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Posta rural	2,3% [0.02045, 0.02588] 58 768	0,5% [0.00212, 0.01209] 345	2,6% [0.00590, 0.10645] 384	2,2% [0.01998, 0.02530] 59 893
Centro de referencia de salud (CRS) o centro de diagnóstico terapéutico (CDT)	0,8% [0.00616, 0.00934] 19373	0,4% [0.00146, 0.01156] 280	0,8% [0.00108, 0.05975] 122	0,8% [0.00619, 0.00916] 20 051
Centro de salud mental (Cosam)	0,6% [0.00490, 0.00769] 15 689	0,5% [0.00137, 0.01900] 349	0,0% 0	0,6% [0.00478, 0.00758] 16 038
Servicio de atención primaria de urgencia (SAPU)	0,9% [0.00701, 0.01086] 22 297	0,4% [0.00133, 0.00985] 246	2,1% [0.00284, 0.14190] 315	0,9% [0.00691, 0.01066] 22 858
Posta	0,4% [0.00340, 0.00546] 11 015	0,1% [0.00013, 0.00673] 64	0,0% 0	0,4% [0.00329, 0.00527] 11 079
Hospital público	10,6% [0.09962, 0.11221] 270 094	7,1% [0.04889, 0.10340] 4859	5,2% [0.01645, 0.15366] 774	10,5% [0.09849, 0.11087] 278 390
Centro privado	21,6% [0.20662, 0.22609] 552 201	19,3% [0.14021, 0.25881] 13 094	22,1% [0.14387, 0.32476] 3281	21,5% [0.20575, 0.22461] 572 720
Clínica privada	11,7% [0.10863, 0.12534] 298 135	13,3% [0.09341, 0.18710] 9070	16,5% [0.05378, 0.40731] 2446	11,7% [0.10910, 0.12607] 312 481
Centro mental privado	0,3% [0.00231, 0.00423] 7978	0,1% [0.00007, 0.00369] 35	0,0% 0	0,3% [0.00227, 0.00413] 8160

Tabla 15. Distribución porcentual del establecimiento donde se recibió la última atención de salud en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

FF. AA. o del orden	2,0% [0.01571, 0.02528] 50 924	0,5% [0.00142, 0.02060] 370	0,0% [0.00148, 0.02109] 0	1,9% [0.01527, 0.02440] 51 443
Servicio de urgencia	0,1% [0.00034, 0.00091] 1426	0,1% [0.00012, 0.00601] 57	0,0% [0.00035, 0.00090] 0	0,1% 1483
Mutual de seguridad	0,5% [0.00388, 0.00578] 12 103	0,8% [0.00218, 0.02634] 518	1,7% [0.00208, 0.12030] 246	0,5% [0.00400, 0.00591] 12 958
Servicio médico realizado por alumnos	0,1% [0.00093, 0.00221] 3669	0,2% [0.00026, 0.01295] 125	0,0% 0	0,1% [0.00093, 0.00218] 3794
Otro	0,5% [0.00373, 0.00597] 12 063	1,1% [0.00449, 0.02673] 748	0,0% 0	0,5% [0.00393, 0.00613] 13 074
	Año 2015			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 970 061 96,7%	444 503 2,5%	20 816 0,1%	17 552 505
Establecimiento en el que recibió la última consulta médica				
Consultorio	44,7% [0.43651, 0.45710] 1 380 453	39,2% [0.30958, 0.48184] 23 575	10,5% [0.02776, 0.32374] 244	44,6% [0.43567, 0.45632] 1 415 629
Posta rural	2,6% [0.02299, 0.02917] 80 028	0,5% [0.00208, 0.01110] 289	0,0% 0	2,5% [0.02252, 0.02855] 80 498

Tabla 15. Distribución porcentual del establecimiento donde se recibió la última atención de salud en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Centro de referencia de salud (CRS) o centro de diagnóstico terapéutico (CDT)	1,2% [0.00914, 0.01604] 37 431	0,7% [0.00244, 0.02058] 428	0,0% 0	1,2% [0.00903, 0.01575] 37 859
Centro de salud mental (Cosam)	0,2% [0.00149, 0.00313] 6682	0,0% 0	0,0% 0	0,2% [0.00145, 0.00305] 6682
Servicio de atención primaria de urgencia (SAPU)	0,7% [0.00619, 0.00866] 22 634	6,5% [0.01128, 0.29745] 3904	0,0% 0	0,8% [0.00623, 0.01129] 26 636
Posta	0,4% [0.00270, 0.00453] 10 803	0,4% [0.00098, 0.01895] 261	0,0% 0	0,4% [0.00271, 0.00451] 11 103
Hospital público	9,8% [0.09341, 0.10224] 301 983	5,3% [0.03298, 0.08414] 3185	6,4% [0.00817, 0.36147] 149	9,7% [0.09233, 0.10104] 306 639
Centro privado	22,8% [0.21965, 0.23701] 705 134	28,6% [0.18836, 0.40987] 17 212	54,4% [0.21263, 0.84095] 1269	23,0% [0.22119, 0.23854] 729 287
Clínica privada	10,9% [0.10267, 0.11610] 337 406	12,1% [0.08837, 0.16329] 7265	22,6% [0.07110, 0.52593] 526	10,9% [0.10276, 0.11583] 346 383
Centro mental privado	0,2% [0.00100, 0.00265] 5037	0,9% [0.00129, 0.05604] 521	0,0% 0	0,2% [0.00111, 0.00291] 5716
FF. AA. o del orden	2,0% [0.01702, 0.02309] 61 271	0,5% [0.00172, 0.01541] 310	0,0% 0	2,0% [0.01692, 0.02292] 62 519

Tabla 15. Distribución porcentual del establecimiento donde se recibió la última atención de salud en los migrantes venezolanos y de otros países, los nacionales y la población total. Encuestas Casen 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

Servicio de urgencia	0,1% [0.00046, 0.00106] 2172	0,0% 0	0,0% 0	0,1% [0.00047, 0.00107] 2261
Mutual de seguridad	0,5% [0.00383, 0.00577] 14 522	1,4% [0.00614, 0.03143] 839	6,1% [0.01011, 0.29494] 143	0,5% [0.00400, 0.00597] 15504
Servicio médico realizado por alumnos	0,1% [0.00063, 0.00138] 2889	0,1% [0.00021, 0.01055] 89	0,0% 0	0,1% [0.00065, 0.00139] 3007
Otro	0,4% [0.00338, 0.00496] 12 646	0,5% [0.00186, 0.01495] 318	0,0% 0	0,4% [0.00346, 0.00503] 13 236

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017.

Respecto al uso de prestaciones gratuitas de tamizaje de salud, como la prueba de Papanicolaou y la mamografía (tabla 16), se observa un uso similar del *screening* para la detección precoz de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) en mujeres migrantes venezolanas entre los años 2015 y 2017. Para ambos años, más del 70% de las mujeres residentes en Chile de origen venezolano había cumplido con la prueba hacía menos de tres años, conforme a la recomendación internacional y nacional. De esta forma, para ambos años, la proporción de mujeres venezolanas que no habían realizado su test en los últimos tres años fue similar, con 19% en 2015 y 20% en 2017. Destaca que las mujeres migrantes de origen venezolano tengan porcentajes relativamente más altos de toma de pruebas de *screening* cervicouterino que el resto de las mujeres migrantes de otras nacionalidades, presentando las primeras una proporción por encima del 70% y las segundas sobre el 50% en los últimos tres años (datos de 2017). Estos valores son similares para ambos años de comparación. Más aún, los porcentajes de aplicación oportuna de la prueba son muy similares entre migrantes generales no venezolanas y nacionales, siendo superiores al 50%,

lo que posiciona a las migrantes venezolanas con un mayor porcentaje de cumplimiento de este test que otras migrantes y que las mismas chilenas.

Acerca de la prueba de mamografía, a diferencia del *screening* anterior, en este caso se observa un aumento de proporción de mujeres migrantes venezolanas que no se han tomado este examen en los últimos tres años, pasando de 32% en 2015 a 43% en 2017. También hubo un aumento en esta categoría de respuesta en migrantes de otras nacionalidades entre estos años, mientras que la proporción de mujeres chilenas que no se habían realizado mamografía en dichos años se mantuvo estable en torno al 38%. Asimismo, cabe precisar que la proporción de mujeres venezolanas que se realizaron este test en los últimos años bajó de 58% en 2015 a 49% en 2017.

Tabla 16. Distribución porcentual de uso de prestaciones de Papanicolaou y mamografía en las migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, las nacionales y la población total.

	Año 2017			
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 843 471 94,6%	589 515 3,3%	187 892 1,1%	17 807 414
Papanicolau				
Sí, último año	33,9% [0.33331, 0.34543] 2 460 389	36,2% [0.30993, 0.41696] 99 891	45,1% [0.29832, 0.61355] 35 397	34,1% [0.33431, 0.34716] 2 617 947
Sí, uno o dos años	15,8% [0.15366, 0.16274] 1 146 672	17,3% [0.13262, 0.22218] 47 735	20,5% [0.08338, 0.42273] 16 100	15,9% [0.15380, 0.16396] 1 220 311
Sí, dos o tres años	7,7% [0.07435, 0.07981] 558 536	5,1% [0.03936, 0.06644] 14 147	9,3% [0.05442, 0.15551] 7325	7,6% [0.07340, 0.07884] 584 581
No	36,4% [0.35915, 0.36969] 2 642 114	33,9% [0.30361, 0.37564] 93 530	20,0% [0.13108, 0.29227] 15 676	36,2% [0.35641, 0.36686] 2 778 646

Tabla 16. Distribución porcentual de uso de prestaciones de Papanicolaou y mamografía en las migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, las nacionales y la población total.

No sabe, no recuerda	6,1% [0.05851, 0.06372] 442 738	7,5% [0.05895, 0.09619] 20 845	5,1% [0.02837, 0.08916] 3983	6,3% [0.06018, 0.06549] 482 436
Mamografía				
Sí, último año	34,3% [0.33632, 0.34972] 1 636 960	28,0% [0.23397, 0.33126] 35 908	32,0% [0.20381, 0.46342] 7034	34,1% [0.33409, 0.34749] 1 698 075
Sí, uno o dos años	14,8% [0.14317, 0.15251] 705 319	12,1% [0.09376, 0.15465] 15 507	13,3% [0.06414, 0.25588] 2927	14,6% [0.14185, 0.15097] 729 285
Sí, dos o tres años	8,2% [0.07871, 0.08509] 390 607	7,0% [0.04540, 0.10774] 9033	3,9% [0.01633, 0.09009] 857	8,1% [0.07784, 0.08434] 403 775
No	37,8% [0.37189, 0.38413] 1 804 012	44,5% [0.40669, 0.48486] 57 116	43,3% [0.29221, 0.58467] 9514	38,0% [0.37407, 0.38625] 1 894 336
No sabe, no recuerda	4,9% [0.04701, 0.05190] 235 775	8,3% [0.06306, 0.10887] 10 660	7,6% [0.03601, 0.15175] 1662	5,2% [0.04930, 0.05426] 257 755
Año 2015				
	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
	16 970 061 96,7%	444 503 2,5%	20 816 0,1%	17 552 505
Papanicolaou				
Sí, último año	36,2% [0.35672, 0.36819] 2 618 144	39,5% [0.35620, 0.43583] 81 335	53,6% [0.26028, 0.79102] 5625	36,3% [0.35732, 0.36894] 2 722 053

Tabla 16. Distribución porcentual de uso de prestaciones de Papanicolaou y mamografía en las migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, las nacionales y la población total.

Sí, uno o dos años	14,6% [0.14276, 0.15006] 1 057 379	15,7% [0.12966, 0.18857] 32 277	10,2% [0.02567, 0.32923] 1072	14,6% [0.14256, 0.14992] 1 095 985
Sí, dos o tres años	7,4% [0.07130, 0.07780] 538 060	5,3% [0.04143, 0.06788] 10 929	10,8% [0.03306, 0.29848] 1130	7,4% [0.07068, 0.07700] 553 087
No	36,2% [0.35756, 0.36733] 2 618 064	32,4% [0.28927, 0.36168] 66 749	19,4% [0.09257, 0.36114] 2033	36,1% [0.35615, 0.36580] 2 705 964
No sabe, no recuerda	5,4% [0.05184, 0.05681] 392 064	7,0% [0.05274, 0.09302] 14 455	6,1% [0.01329, 0.23774] 639	5,6% [0.05349, 0.05852] 419 449
Mamografía				
Sí, último año	36,0% [0.35397, 0.36679] 1 666 449	33,8% [0.28022, 0.40077] 34 971	45,1% [0.18391, 0.74893] 1962	35,9% [0.35284, 0.36576] 1 715 563
Sí, uno o dos años	13,2% [0.12810, 0.13528] 608 796	13,5% [0.09906, 0.18073] 13 948	9,6% [0.01761, 0.38482] 417	13,1% [0.12771, 0.13512] 627 292
Sí, dos o tres años	7,8% [0.07452, 0.08085] 358 966	6,7% [0.04906, 0.09208] 6982	4,0% [0.00884, 0.16261] 174	7,7% [0.07408, 0.08035] 368 434
No	38,9% [0.38333, 0.39532] 1 800 344	40,5% [0.35734, 0.45500] 41 944	32,2% [0.12915, 0.60265] 1401	38,9% [0.38350, 0.39524] 1 859 209
No sabe, no recuerda	4,1% [0.03888, 0.04336] 189 907	5,5% [0.03820, 0.07773] 5661	9,2% [0.02137, 0.32014] 401	4,3% [0.04057, 0.04523] 204 559

Tabla 16. Distribución porcentual de uso de prestaciones de Papanicolaou y mamografía en las migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, las nacionales y la población total.

Fuente: elaborado a partir de Casen, 2015 y 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

4.4. Estado de salud de migrantes venezolanos en Chile: resultados de la Casen 2017

Respecto de la salud autopercebida general, medida valorando la salud general con un puntaje entre 1 y 7 (siendo el 1 menor puntaje posible y 7 el mayor), destaca que la proporción de migrantes venezolanos que califican su salud autopercebida como muy buena (6-7) equivale a cerca del 84% de esta población (tabla 17). Los migrantes internacionales de otras nacionalidades, en cambio, se califican con nota 6-7 en un 72%; mientras que las personas de nacionalidad chilena o locales se califican en esas mismas categorías con 6-7 en un 63% de los casos.

Tabla 17. Distribución de salud autopercebida de menor (puntaje de 1) a mayor (puntaje de 7) estado de salud posible en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total

	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Salud autopercebida				
1	1,06% [0.00988, 0.01140] 178 782	1,65% [0.00608, 0.04412] 9744	0,62% [0.00103, 0.03661] 1170	1,08% [0.00992, 0.01178] 192 499
2	1,65% [0.01567, 0.01738] 277 927	0,96% [0.00643, 0.01422] 5643	0,47% [0.00172, 0.01287] 885	1,62% [0.01540, 0.01709] 288 845
3	3,14% [0.03023, 0.03257] 528 526	1,97% [0.01522, 0.02546] 11 611	0,82% [0.00339, 0.01990] 1548	3,08% [0.02966, 0.03196] 548 239
4	8,31% [0.08110, 0.08504] 1 398 837	5,75% [0.04889, 0.06759] 33 916	1,66% [0.00925, 0.02946] 3111	8,17% [0.07974, 0.08379] 1 455 633
5	21,17% [0.20831, 0.21522] 3 566 507	16,25% [0.14356, 0.18341] 95 799	11,47% [0.06908, 0.18444] 21 548	20,92% [0.20565, 0.21281] 3 725 440

Tabla 17. Distribución de salud autopercebida de menor (puntaje de 1) a mayor (puntaje de 7) estado de salud posible en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total

6	29,63% [0.29183, 0.30087] 4 991 291	25,08% [0.21975, 0.28473] 147 875	26,20% [0.19479, 0.34250] 49 225	29,42% [0.28944, 0.29909] 5 239 652
7	34,00% [0.33403, 0.34604] 5 726 920	47,39% [0.42470, 0.52360] 279 366	58,35% [0.46935, 0.68943] 109 643	34,65% [0.33950, 0.35349] 6 169 660
No sabe	1,04% [0.00940, 0.01144] 174 681	0,94% [0.00564, 0.01572] 5561	0,41% [0.00104, 0.01570] 762	1,05% [0.00956, 0.01159] 187 446

Fuente: elaboración propia a partir de Casen 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión

De acuerdo con la distribución de estado de gravidez y del estado nutricional del niño o la niña en migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total que se presenta en la tabla 18, existe una menor proporción de mujeres venezolanas en estado de gravidez (1,6%) que de mujeres migrantes de otras nacionalidades (4%) y chilenas (2%). Además, los niños y las niñas migrantes de Venezuela tienen una mayor proporción de niños y niñas normopesos (95%) en comparación con los migrantes de otras nacionalidades (85%), y respecto a los niños y niñas de Chile (78%).

Tabla 18. Distribución del estado de gravidez y del estado nutricional del niño/niña en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total

	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Embarazada o amamantando				
Sí, embarazada	2,02% [0.01861, 0.02190] 89 654	4,04% [0.03149, 0.05160] 9715	1,69% [0.00493, 0.05622] 1204	2,13% [0.01970, 0.02306] 102 076
Sí, amamantando	3,87% [0.03615, 0.04135] 171 726	7,74% [0.04170, 0.13924] 18 633	2,04% [0.00996, 0.04126] 1453	4,04% [0.03703, 0.04412] 193 625

Tabla 18. Distribución del estado de gravidez y del estado nutricional del niño/niña en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total

No	94,11% [0.93807, 0.94407] 4 179 554	88,22% [0.82774, 0.92113] 212 360	96,27% [0.92390, 0.98212] 68 614	93,83% [0.93434, 0.94196] 4 493 479
Estado nutricional del niño				
Desnutrido	2,81% [0.02550, 0.03098] 61 400	2,79% [0.01251, 0.06097] 1070	2,08% [0.00824, 0.05159] 549	2,81% [0.02555, 0.03094] 63 774
Normal	78,02% [0.77198, 0.78813] 1 703 973	85,45% [0.79635, 0.89821] 32 796	95,11% [0.89930, 0.97689] 25 085	78,37% [0.77551, 0.79163] 1 777 206
Sobrepeso	14,02% [0.13353, 0.14719] 306 259	7,05% [0.04500, 0.10883] 2706	2,46% [0.00805, 0.07294] 650	13,71% [0.13053, 0.14401] 310 977
Obeso	1,89% [0.01676, 0.02133] 41 302	0,70% [0.00202, 0.02390] 268	0,00% [0.00339, 0.07161] 0	1,85% 41 871
No sabe	3,26% [0.02969, 0.03576] 71 186	4,01% [0.02094, 0.07544] 1539	0,35% [0.00044, 0.02724] 92	3,26% [0.02974, 0.03573] 73 938

Fuente: elaboración propia a partir de Casen 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión.

Respecto a la distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses entre los migrantes internacionales de origen venezolano, los migrantes de otros países, los nacionales y la población total (tabla 19), la proporción de migrantes venezolanos que señalan haber tenido alguna enfermedad o accidente no causados por el trabajo durante dicho periodo (12%) fue similar a la de los migrantes de otras nacionalidades (12%), de acuerdo con datos de 2017. El reporte de accidentes no asociados al trabajo fue ligeramente más alto en migrantes venezolanos (1,1%) que para otros migrantes en Chile (0,9%), y menor en ambos casos que para los nacionales

(1,2%). Algo similar se observa en el caso de la enfermedad de tipo laboral, donde la prevalencia estimada es más alta en nacionales (1,4%) que en migrantes provenientes de Venezuela (0,6%) y en migrantes de otras nacionalidades (1,3%). Las proporciones de reporte de accidente laboral o escolar fueron muy similares entre estas poblaciones en 2017, con porcentajes en torno al 0,5%.

Tabla 19. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total

	Nacidos en Chile	Inmigrantes (otros)	Venezolanos	Total
Enfermedad o accidente en los últimos tres meses				
Sí, enfermedad por el trabajo	1,43% [0.01342, 0.01530] 241 384	1,37% [0.01042, 0.01811] 8100	0,60% [0.00224, 0.01619] 1135	1,43% [0.01338, 0.01519] 253 889
Sí, enfermedad, no por el trabajo	16,78% [0.16325, 0.17246] 2 826 423	12,18% [0.09990, 0.14777] 71 816	12,61% [0.08375, 0.18564] 23 701	16,54% [0.16094, 0.17003] 2 945 960
Sí, accidente laboral o escolar	0,49% [0.00445, 0.00531] 81 869	0,52% [0.00323, 0.00838] 3068	0,42% [0.00107, 0.01632] 790	0,49% [0.00447, 0.00532] 86 767
Sí, accidente no laboral	1,26% [0.01169, 0.01352] 211 757	0,91% [0.00635, 0.01305] 5370	1,18% [0.00413, 0.03291] 2207	1,24% [0.01153, 0.01332] 220 668
No	79,05% [0.78561, 0.79539] 13 315 521	83,86% [0.81083, 0.86305] 494 388	84,12% [0.77885, 0.88855] 158 062	79,30% [0.78811, 0.79781] 14 121 338
No sabe	0,99% [0.00863, 0.01133] 166 517	1,15% [0.00716, 0.01838] 6773	1,06% [0.00333, 0.03341] 1997	1,00% [0.00879, 0.01147] 178 792

Fuente: elaborado a partir de Casen 2017. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión.

4.5. Egresos hospitalarios en los migrantes venezolanos en Chile

La base de datos de egresos hospitalarios del país corresponde a un censo de egresos de todo un año calendario, incluyendo egresos de hospitales públicos y de clínicas privadas. La forma habitual de análisis de esta fuente de información corresponde a la descripción de causas de egresos hospitalarios conforme a los veintinueve capítulos de la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Siguiendo este análisis, se observa un aumento progresivo del número de casos totales de migrantes venezolanos egresados hospitalariamente entre 2015 y 2019. El 2015 se reportaron 237 egresos de venezolanos, en 2016 un total de 441, en 2017 fueron 908, en 2018 llegaron a 3358 y en 2019 el total fue de 7234 egresos en migrantes de dicha nacionalidad.

Para 2015, las tres principales causas de egresos hospitalarios en los migrantes de origen venezolano fueron: a) embarazo, parto y puerperio (38,4%); b) enfermedades del sistema digestivo (7,6%); y c) enfermedades del aparato respiratorio. Para los migrantes de otras nacionalidades, las tres principales causas de egresos hospitalarios para dicho año fueron: a) embarazo, parto y puerperio (52,7%); b) enfermedades del sistema digestivo (7,9%); y c) traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (6,6%). Para los nacidos en Chile, las tres principales causas de egreso hospitalario el año 2015 fueron: a) embarazo, parto y puerperio (18,8%); b) enfermedades del sistema digestivo (13,9%); y c) enfermedades del sistema respiratorio (9,5%).

Cinco años más tarde, en 2019, las tres principales causas de egresos hospitalarios entre los migrantes de origen venezolano fueron: a) embarazo, parto y puerperio (54,4%); b) traumatismos, envenenamientos y causas externas (8,7%); y c) enfermedades del sistema digestivo (7,2%). Para los migrantes de otras nacionalidades, las tres principales causas de egresos hospitalarios para dicho año fueron: a) embarazo, parto y puerperio (53,6%); b) enfermedades del aparato digestivo (7,8%); y c) traumatismos, envenenamientos y causas externas (7,4%). Para los nacidos en Chile, por último, las tres principales causas de egreso hospitalario el año 2019 fueron: a) embarazo, parto y puerperio (15,1%); b) enfermedades del sistema digestivo (13,7%); y c) enfermedades del sistema respiratorio (9,8%). Las cifras se pueden observar con mayor detalle para cada año en la tabla 20, a continuación.

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

	2015					
	Venezolanos		Otros Extranjeros		Nacionales	
	N	% de N columnas	N	% de N columnas	N	% de N columnas
Total	237	100,0%	12.347	100,0%	1.643.167	100,0%
Grupo diagnóstico						
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8	3,4%	194	1,6%	37.327	2,3%
Tumores [neoplasias]	13	5,5%	726	5,9%	121.314	7,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1	0,4%	40	0,3%	11.429	0,7%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13	5,5%	141	1,1%	48.324	2,9%
Trastornos mentales y del comportamiento	3	1,3%	116	0,9%	27.674	1,7%
Enfermedades del sistema nervioso	5	2,1%	152	1,2%	28.134	1,7%
Enfermedades del ojo y sus anexos	3	1,3%	53	0,4%	17.335	1,1%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0,0%	28	0,2%	5.644	0,3%
Enfermedades del sistema circulatorio	11	4,6%	447	3,6%	128.788	7,8%
Enfermedades del sistema respiratorio	15	6,3%	388	3,1%	156.813	9,5%
Enfermedades del sistema digestivo	18	7,6%	976	7,9%	220.803	13,4%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	0,4%	95	0,8%	24.325	1,5%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	13	5,5%	388	3,1%	77.075	4,7%
Enfermedades del sistema genitourinario	15	6,3%	701	5,7%	133.720	8,1%
Embarazo, parto y puerperio	91	38,4%	6.504	52,7%	308.376	18,8%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	0,0%	27	0,2%	31.692	1,9%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	1,3%	41	0,3%	20.440	1,2%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5	2,1%	138	1,1%	40.627	2,5%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	11	4,6%	821	6,6%	151.415	9,2%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	8	3,4%	371	3,0%	51.912	3,2%
	2016					
	Venezolanos		Otros Extranjeros		Nacionales	
	N	% de N columnas	N	% de N columnas	N	% de N columnas
Total	441	100,0%	14.039	100,0%	1.605.955	100,0%
Grupo diagnóstico						
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5	1,1%	164	1,2%	35.102	2,2%
Tumores [neoplasias]	42	9,5%	836	6,0%	125.273	7,8%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3	0,7%	48	0,3%	11.773	0,7%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9	2,0%	160	1,1%	47.200	2,9%
Trastornos mentales y del comportamiento	2	0,5%	95	0,7%	26.698	1,7%
Enfermedades del sistema nervioso	5	1,1%	151	1,1%	28.702	1,8%
Enfermedades del ojo y sus anexos	2	0,5%	76	0,5%	12.848	0,8%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2	0,5%	28	0,2%	5.660	0,4%
Enfermedades del sistema circulatorio	23	5,2%	420	3,0%	126.315	7,9%
Enfermedades del sistema respiratorio	16	3,6%	433	3,1%	155.285	9,7%
Enfermedades del sistema digestivo	39	8,8%	1.119	8,0%	219.126	13,6%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4	0,9%	82	0,6%	23.872	1,5%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	12	2,7%	466	3,3%	79.262	4,9%
Enfermedades del sistema genitourinario	36	8,2%	759	5,4%	133.497	8,3%
Embarazo, parto y puerperio	181	41,0%	7.477	53,3%	287.379	17,9%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	0,0%	23	0,2%	30.252	1,9%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	0,5%	174	1,2%	20.182	1,3%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	7	1,6%	175	1,2%	37.724	2,3%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	30	6,8%	1.027	7,3%	149.634	9,3%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	21	4,8%	326	2,3%	50.171	3,1%
	2017					
	Venezolanos		Otros Extranjeros		Nacionales	
	N	% de N columnas	N	% de N columnas	N	% de N columnas
Total	908	100,0%	15.796	100,0%	1.597.230	100,0%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Grupo diagnóstico						
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18	2,0%	219	1,4%	35.358	2,2%
Tumores [neoplasias]	52	5,7%	855	5,4%	125.100	7,8%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0	0,0%	82	0,5%	11.719	0,7%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5	0,6%	180	1,1%	47.978	3,0%
Trastornos mentales y del comportamiento	3	0,3%	146	0,9%	28.356	1,8%
Enfermedades del sistema nervioso	7	0,8%	181	1,1%	30.352	1,9%
Enfermedades del ojo y sus anexos	2	0,2%	59	0,4%	12.566	0,8%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3	0,3%	27	0,2%	5.749	0,4%
Enfermedades del sistema circulatorio	20	2,2%	483	3,1%	129.155	8,1%
Enfermedades del sistema respiratorio	26	2,9%	459	2,9%	152.878	9,6%
Enfermedades del sistema digestivo	81	8,9%	1.305	8,3%	222.324	13,9%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	10	1,1%	112	0,7%	23.792	1,5%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	26	2,9%	464	2,9%	83.035	5,2%
Enfermedades del sistema genitourinario	59	6,5%	869	5,5%	137.672	8,6%
Embarazo, parto y puerperio	455	50,1%	8.314	52,6%	269.217	16,9%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	0,0%	26	0,2%	29.807	1,9%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	0,1%	160	1,0%	20.264	1,3%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	8	0,9%	185	1,2%	32.320	2,0%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	110	12,1%	1.256	8,0%	151.417	9,5%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	22	2,4%	414	2,6%	48.171	3,0%
	2018					
	Venezolanos		Otros Extranjeros		Nacionales	
	N	% de N columnas	N	% de N columnas	N	% de N columnas
Total	3.358	100,0%	26.013	100,0%	1.605.289	100,0%
Grupo diagnóstico						
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	57	1,7%	400	1,5%	35.935	2,2%
Tumores [neoplasias]	218	6,5%	1.633	6,3%	127.017	7,9%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	24	0,7%	114	0,4%	12.251	0,8%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22	0,7%	239	0,9%	47.408	3,0%
Trastornos mentales y del comportamiento	18	0,5%	236	0,9%	30.630	1,9%
Enfermedades del sistema nervioso	89	2,7%	264	1,0%	32.093	2,0%
Enfermedades del ojo y sus anexos	8	0,2%	103	0,4%	12.644	0,8%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4	0,1%	40	0,2%	5.589	0,3%
Enfermedades del sistema circulatorio	70	2,1%	744	2,9%	131.420	8,2%
Enfermedades del sistema respiratorio	127	3,8%	762	2,9%	155.267	9,7%
Enfermedades del sistema digestivo	227	6,8%	2.003	7,7%	222.517	13,9%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	19	0,6%	156	0,6%	24.111	1,5%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	78	2,3%	658	2,5%	87.519	5,5%
Enfermedades del sistema genitourinario	182	5,4%	1.375	5,3%	138.725	8,6%
Embarazo, parto y puerperio	1830	54,5%	14.226	54,7%	258.461	16,1%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5	0,1%	104	0,4%	32.472	2,0%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	28	0,8%	141	0,5%	20.823	1,3%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	24	0,7%	215	0,8%	30.223	1,9%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	276	8,2%	1.929	7,4%	149.993	9,3%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	52	1,5%	671	2,6%	50.191	3,1%
	2019					
	Venezolanos		Otros Extranjeros		Nacionales	
	N	% de N columnas	N	% de N columnas	N	% de N columnas
Total	7.234	100,0%	30.862	100,0%	1.572.088	100,0%
Grupo diagnóstico						
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	115	1,6%	499	1,6%	35.848	2,3%
Tumores [neoplasias]	451	6,2%	1.851	6,0%	126.176	8,0%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	32	0,4%	153	0,5%	12.508	0,8%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	92	1,3%	335	1,1%	46.870	3,0%
Trastornos mentales y del comportamiento	48	0,7%	325	1,1%	31.520	2,0%
Enfermedades del sistema nervioso	218	3,0%	306	1,0%	32.128	2,0%
Enfermedades del ojo y sus anexos	20	0,3%	119	0,4%	11.740	0,7%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	7	0,1%	44	0,1%	5.528	0,4%
Enfermedades del sistema circulatorio	172	2,4%	867	2,8%	129.806	8,3%
Enfermedades del sistema respiratorio	204	2,8%	920	3,0%	154.008	9,8%
Enfermedades del sistema digestivo	520	7,2%	2.401	7,8%	215.073	13,7%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	40	0,6%	232	0,8%	24.304	1,5%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	139	1,9%	920	3,0%	88.126	5,6%
Enfermedades del sistema genitourinario	390	5,4%	1.700	5,5%	138.047	8,8%
Embarazo, parto y puerperio	3936	54,4%	16.538	53,6%	236.807	15,1%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	12	0,2%	76	0,2%	32.275	2,1%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	38	0,5%	155	0,5%	19.247	1,2%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	55	0,8%	225	0,7%	28.253	1,8%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	630	8,7%	2.280	7,4%	150.906	9,6%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabla 20. Distribución de enfermedad o accidente en los últimos tres meses en los migrantes internacionales de origen venezolano y de otros países, los nacionales y la población total.

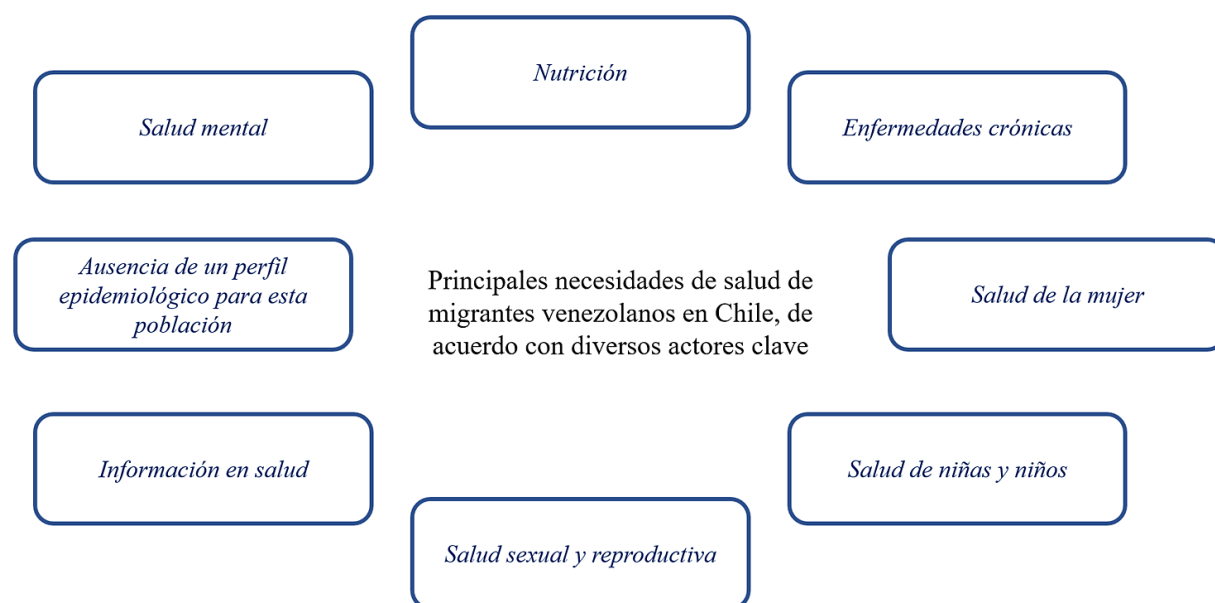
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	115	1,6%	916	3,0%	52.918	3,4%

Fuente: elaborado a partir de base de datos nacional de egresos hospitalarios de Chile, 2015-2019. Entregada en formato anónimo por el DEIS, MINSAL Chile.

4.6. Necesidades sentidas de salud de migrantes venezolanos en Chile

A partir del levantamiento de información primaria de carácter cualitativo con distintos actores clave en Chile, se identificaron ocho dimensiones prioritarias de necesidades de salud por parte de los migrantes venezolanos en el país, que se describen a continuación en la figura 2 y se detallan en las siguientes páginas.

Figura 2. Síntesis de hallazgos cualitativos: principales necesidades de salud de parte de los migrantes venezolanos en Chile



4.6.1. Ausencia de un perfil epidemiológico para esta población

Visibilizar las necesidades sentidas de la población migrante venezolana en Chile resulta un punto de suma importancia pues, de acuerdo con lo señalado por funcionarias de los servicios de salud, aún no se ha realizado un análisis de las necesidades específicas ni de la utilización de servicios

por parte de la población migrante venezolana desde los diversos organismos centrales que componen el sistema de salud.

No hemos hecho todavía análisis de perfil porque hemos estado todavía muy insistentes en el registro de la variable «nacionalidad» desde el servicio, pero no ha sido tan efectivo en la práctica como para poder construir un perfil. No te podría señalar ahora qué perfil epidemiológico tiene la población venezolana, ese análisis de poder ver si consultan más a un área u otra no lo hemos realizado porque, en el registro de la variable «nacionalidad», estamos flaqueando. Esperamos que, una vez pasada la pandemia, podamos ir regularizando, cuando esté toda nuestra gente trabajando de manera normal y centrada no solamente en la pandemia, [para] ir trabajando de nuevo y recordar la importancia que tiene ir registrando en la ficha clínica la variable «nacionalidad» (E14, funcionaria de servicio de salud).

No generar un perfil epidemiológico o de necesidades de salud en específico pareciera ser consistente con la perspectiva de la autoridad sanitaria. De acuerdo con lo señalado desde la misma autoridad, existe mucha cautela respecto a generar perfiles epidemiológicos en el entendido de que estos podrían generar una reducción de las características de la población migrante. Esto resultaría, en su opinión, contradictorio con el lineamiento de transversalización de la perspectiva intercultural en todas las acciones de salud.

Somos cautelosos, precavidos, cuidadosos en generar perfiles epidemiológicos de la población migrante, tratamos de que los perfiles no tiendan a encasillar a la población migrante que se atiende en nuestro sistema de salud, y que va en concordancia con uno de los lineamientos de la política, que es transversalizar la variable interculturalidad en todos los programas, subprogramas y acciones en salud pública (E1, autoridad sanitaria).

4.6.2. Salud mental

No obstante, en los relatos de la diversidad de actores entrevistados se puede reconocer una serie de necesidades prioritarias para la población migrante venezolana, y uno de los ámbitos de necesidades de salud más sentidos por esta población sería el de la salud mental. Dentro de este rubro, se pueden identificar distintas problemáticas y necesidades que requieren de respuestas inmediatas. En primer lugar, a partir del relato de personas migrantes venezolanas, se puede reconocer el papel del contexto de origen sobre el impacto emocional que genera, el cual incide en la estabilidad de la salud mental de la persona migrante durante su proceso de reasentamiento en el país de destino. Así también, se menciona el desarraigo forzado como otro elemento relevante que se constituye como una causa de dolor y, por tanto, un factor incidente en la salud mental.

El motivo por el cual llegué aquí es porque mi país, lamentablemente, está destrozado. Nosotros ya no podíamos vivir allá. Es un poco fuerte migrar en esas condiciones. Cuando comparo, cuando te toca hacer eso porque te ofrecen un trabajo o una calidad de vida mejor y puedes tomar la decisión, tú dices okey, dejo mi país por esta razón; tus sentimientos no están involucrados de una manera negativa. Pero cuando tienes que migrar porque a ti te obligan, porque si no migras tus hijas no van a tener futuro, no vas a tener salud [...] No es que el país no te quiera, pero si el Gobierno no quiere que estés ahí, es como que te quitan tu puesto dentro de la sociedad en la que tú creciste, de la que tienes arraigo. Te dicen vete de aquí, eso es doloroso (E19, migrante).

Junto con lo anterior, la etapa de destino presenta diversos desafíos relacionados a la salud mental para las personas migrantes venezolanas. En el trabajo de Gómez y otros (2019), los testimonios de migrantes venezolanos describen un choque cultural que se sostiene en el tiempo, lo que genera una permanente sensación de distancia y no permite profundizar la pertenencia. Por otra parte, el proceso de reasentamiento asociado a esta etapa, y particularmente la dimensión laboral, parecen ser factores relacionados al desencadenamiento de procesos depresivos. El impacto de no poder ejercer su profesión y tener que desempeñarse en trabajos que no están relacionados a su área parece generar frustración y duelo, teniendo un importante impacto emocional. Ello se puede constatar en lo relatado por una persona migrante venezolana:

Y aquí comenzar desde cero, desde limpiar un piso hasta cuidar un abuelito, hasta saber que mi título no valía nada, fue un proceso también difícil y muchos venezolanos caemos en depresión por eso. Me deprimí, no puedo negar que me deprimí. Tuve que tomar hasta pastillas para poder dormir, porque yo decía «Esto no me puede estar pasando a mí». Pero creo que es un proceso de crecimiento, de madurez, de aceptar que fue lo que escogí, y saber que no me voy a quedar allí estancada, que voy a seguir creciendo; pero como ser humano eso también te choca, porque venía de otra cultura, de otra área profesional (E17, migrante).

De acuerdo con la perspectiva de una experta de una organización internacional, la salud mental se presenta como una necesidad transversal en la comunidad venezolana en Chile. Diferentes situaciones vividas en la etapa de tránsito, tales como la precariedad, la discriminación y el maltrato, sumadas a las vivencias en el lugar de origen y las implicancias relacionadas a encontrarse en situación migratoria irregular en el lugar de destino, son algunos de los factores que generan impacto en la salud mental de este colectivo. Ante esto, se reconoce la ausencia de una respuesta específica que brinde contención emocional y un abordaje comunitario; y, por ende, la necesidad de desarrollarla.

Una gran necesidad que ha surgido en todos los diagnósticos y entrevistas que hemos hecho es el tema de la salud mental. La gente llega muy golpeada últimamente por el trayecto, por el viaje, por la pobreza, el maltrato, la discriminación que sufren en la ruta, que se suma a la experiencia vivida en Venezuela que los obligó a salir. Y llegan últimamente en situación migratoria irregular, lo cual les agrava muchísimo las posibilidades de recibir atención. No hablo de una atención clínica terapéutica con un psicólogo para revisar temas de la infancia, sino que hablo de contención emocional o, por lo menos, un abordaje comunitario de las necesidades en materia de salud mental. Creo que eso está completamente ausente y es una necesidad que ellos mismos mencionan como primera necesidad, y para los niños también (E16, experta de organización internacional).

Los diversos sucesos relacionados con la etapa de tránsito y su impacto en la salud mental también son reconocidos por funcionarias de los servicios de salud. No solamente señalan características y acontecimientos que ocurren en los desplazamientos, sino que también se visibiliza la salud mental de quien espera en el país de destino a su familia, que enfrenta una gran situación de angustia ante la incertidumbre del bienestar de sus familiares.

Salud mental, que yo siento que debería ser más prioriza[da] para todos los migrantes en general. Sobre todo, estas personas que viajaron por tierra, que se le enfermaron los niños, que el que estaba acá vivió sus horas de angustia sin saber si iban a venir o no iban a venir, los que estando acá ven que ya no va a poder venir su familia. Entonces, yo creo que ellos necesitan mucho apoyo de salud mental (E13, funcionaria de servicio de salud).

Así también, diversas perspectivas de académicas expertas en migraciones confluyen en la relevancia de visibilizar los problemas de salud mental que aquejan a la población migrante venezolana como el estrés, la angustia y el trauma, que son mencionados como importantes de abordar para mejorar su inclusión y bienestar.

Coordinación de salud mental y física. La carga de estrés, de angustia en los migrantes es altísima. Es central enfocarse en la salud mental, es un estrés extremo (E2, académica experta en migración).

Aquí hay un trauma latente, y esa situación en particular también habría que trabajarla para una mejor inserción, porque va generando una traba que dificulta el bienestar de la salud y todo lo que implica cuando uno está en malas condiciones de su salud emocional (E9, académica experta en migración).

De igual forma, se puede reconocer tanto el trauma como el estrés relacionados a lo que implica el inicio del proceso migratorio en el relato de personas migrantes venezolanas. La separación de la familia y la sensación de vulnerabilidad ante la posibilidad de perder las pertenencias son algunos elementos relacionados que son mencionados.

Solamente decir que sales de Venezuela es estresante, es estresante saber que te tienes que despedir de tu familia, el hecho de dejar todo, el hecho de que no te quiten las maletas, que es lo poquito que te puedes traer, que te lo pueden quitar. Eso es el trauma de salir de Venezuela. Venías en un titán y no sabías qué tormentas se podían presentar (E17, migrante).

La población de adolescentes venezolanos en Chile, por su parte, también reporta diversas situaciones que tienen implicancias en su salud mental. Vera y Lagos (2020), particularmente, identifican que los adolescentes experimentan repercusiones emocionales a partir del distanciamiento y la separación de los seres queridos que dejan en el país de origen, el enfrentamiento a una sociedad de la cual se sienten inicialmente distantes, las experiencias de *bullying* en el contexto escolar, y situaciones de violencia y racismo. Se trata, pues, de una serie de circunstancias que toman la forma de temor, angustia y ansiedad.

Finalmente, en concordancia con lo señalado por organizaciones sociales de migrantes, en la etapa de destino ocurren situaciones que impactan en la salud mental de la población migrante venezolana. En el contexto específico de la pandemia, el alto nivel de desempleo resulta ser un factor que gatilla el estrés en la población. Junto con esto, se reconoce el duelo migratorio como una causa frecuente de necesidad de atención de salud mental.

Las necesidades de atención psicológica se vieron muy repuntadas después de la pandemia. Mucha gente quedó sin empleo y estaban súper estresados. El estrés. El duelo migratorio también es una cosa que hemos encontrado, súper frecuente, porque muchos venezolanos no querían y no pensaron nunca en salir, y tuvieron que salir corriendo de su país. Entonces, el duelo que se genera muchas veces es un proceso de superación muy complejo, muy complicado, y necesita apoyo (E10, miembro de organización social de migrantes).

4.6.3. Nutrición

Por otra parte, representantes de organizaciones sociales y expertas en migraciones de organizaciones internacionales y de la academia concuerdan en que una necesidad de salud sentida por la población venezolana corresponde a la nutrición. En primer lugar, se da cuenta de diversos casos de personas venezolanas que, a causa de la situación en su país de origen, no podían acceder a una adecuada alimentación. Esto es similar a lo experimentado por personas migrantes que enfrentan las condiciones del tránsito hacia el país de destino, en las que existen grandes dificultades para acceder a alimentos. Por ambas situaciones, muchas personas venezolanas se han encontrado en situaciones de malnutrición.

Muchos venezolanos llegan con estado de desnutrición (E3, miembro de organización social de migrantes).

El tema de la nutrición es necesario abordar, pensando que estamos frente a una población que durante tal vez un año no recibió los alimentos que necesita una persona para poder vivir bien, porque por una cuestión de recursos muchas veces estaban en movimiento, por lo que se alimentaban mal. Eso también es una necesidad, pensando especialmente en el grupo de personas venezolanas (E16, experta de organización internacional).

Uno de ellos me relata que aumentó ocho kilos desde que llegó a Chile y estaba flaco cuando yo lo estaba entrevistando. Entonces, como que varios relatan situaciones de deterioro de su salud en esos términos, como de adelgazamiento. Recuerdo otro caso, de una mujer que también me hablaba de eso, de cómo habían engordado con la llegada a Chile. Habían estado racionando su alimentación previa a la migración. En general, reportan acceso a la comida llegando a Chile (E7, académica experta en migración).

4.6.4. Enfermedades crónicas

Otra necesidad particular presente en el colectivo de migrantes venezolano, de acuerdo con los relatos de diversos actores entrevistados, corresponde a las enfermedades crónicas. En primer lugar, pareciera que una de las causas corresponde a una característica particular de la migración venezolana pues en ella, a diferencia de otros colectivos, no solo migran los más jóvenes para trabajar y enviar remesas, sino que los migrantes propenden a la reunificación familiar del núcleo amplio. Esto implica que personas mayores migren hacia Chile y que, por ende, presenten demandas características de ese grupo etario al sistema sanitario, como lo son las enfermedades crónicas.

Un fenómeno que está creciendo es que venezolanos en Chile están trayendo a sus padres, padres jubilados, básicamente por la situación crítica económica que se está viviendo en el país; que eso es algo que otras comunidades no hacen [...] Pero dada la crisis en Venezuela, muchos están trayendo a sus padres y esos son potenciales usuarios del sistema sanitario (E15, miembro de organización social de migrantes).

Lo anterior es reforzado por lo que se puede observar en los relatos de venezolanos levantados por la investigación de Oyarzún (2019). La percepción de la precariedad del sistema de salud en el país de origen se constituye como una motivación para que personas mayores migren a un país en el que esperan tener respuestas rápidas a sus potenciales afecciones.

En el relato de personas venezolanas se indica el desarrollo o la pesquisa de enfermedades crónicas en Chile que no habían sido identificadas en el país de origen. En concreto, se mencionan patologías tales como

hipertensión, diabetes y cáncer, que se contraponen con el perfil del migrante sano que tradicionalmente se acostumbra a ver.

Muchos venezolanos quizás dan gracias [de] que fue aquí y no en su país que comienzan a aflorar muchos temas de salud, como diabetes, hipertensión, depresión, cáncer, infinidades de cosas. Pero creo que eso viene con el saco que no te estabas esperando que ibas a cargar. Es interesante saber que el venezolano venía con salud y ahora no tiene una radiante salud, como lo venía presentando (E17, migrante).

Así también, dentro de lo que señalan las ONG que tienen un estrecho vínculo y trabajan constantemente con personas migrantes venezolanas, destaca la necesidad de la continuidad de tratamiento de patologías crónicas que durante un prolongado periodo de tiempo no han podido ser controladas. Dicha situación generaría mayores complicaciones y expresaría situaciones agudas que requieren ser atendidas con mayor urgencia en el país de destino.

Mucha gente llega con temas de salud como más crónico[s], como muy deteriorado porque allá no tienen acceso a tratamientos regulares. Entonces, estas enfermedades como más crónicas, que a lo mejor a veces no son algo tan complicado, pero que no tiene[n] un tratamiento periódico, entonces, obviamente, eso se va complicando. No sé, como la diabetes, la presión alta; en general, no han sido controladas por mucho tiempo estando en Venezuela, entonces, al llegar aquí, esto es obviamente algo más agudizado, algo más complicado (E6, miembro de organización no gubernamental).

A lo anterior se puede agregar lo indicado por funcionarias de la red de servicios de salud respecto a hay que personas del colectivo de migrantes venezolanos que llegan al país necesitando darle continuidad a tratamientos de enfermedades crónicas que recibían en su país de origen y que tuvieron que suspender. Situaciones tales como la necesidad de tratamiento de diálisis y para el VIH son constatadas en la red asistencial.

Hay algunas personas que llegan específicamente porque necesitan continuar un tratamiento que discontinuaron en Venezuela; por ejemplo, una persona que se dejó de dializar o que requería el tratamiento del VIH. Entonces, esas personas vienen bien, para mi gusto bien, bien dirigida a llegar a Chile a hacerse un tratamiento médico, a terminar lo que tuvo que suspenderse, dadas las condiciones sociales y de salud de su país de origen (E13, funcionaria de servicio de salud).

Por parte de los varones, ellos cuando saben que son VIH positivo y llegan, inmediatamente y solicitan la vinculación con los centros de atención de infecciones de transmisión sexual, pero aun así también existen estos periodos ventana donde ellos no han sido tratados (E12, funcionaria de servicio de salud).

Dentro de las necesidades relacionadas a enfermedades crónicas, en diversos relatos se menciona al cáncer como un problema sentido que

aqueja a la población migrante venezolana. Desde lo que han constatado diversas ONG, la ausencia de chequeos por prolongados periodos de tiempo instala el carácter urgente de una respuesta ante esta necesidad.

En Venezuela hay harto control pendiente en todas las temáticas, de cáncer, de ginecólogo; chequeos varios que quedaron pendientes por no tener la plata o los medios para hacerlo en Venezuela. Y, en general, es asociado a algún cáncer u otra enfermedad un poquito más grave que necesitan verlo con urgencia (E8, miembro de organización no gubernamental).

De la misma manera, se puede constatar la necesidad de cobertura de tratamiento oncológico a partir de los relatos de personas migrantes venezolanas. Dado su carácter catastrófico, se reconoce que la realidad salarial de una persona venezolana en Chile hace inviable costear un tratamiento.

A nivel oncológico también, porque son tratamientos bastante costosos. Tengo una amiga venezolana que padece de cáncer y hay ciertas cosas que cubren como hay ciertas cosas que no pueden cubrir. Tratarse con un tratamiento oncológico es más que un salario mínimo y la realidad del venezolano [es que] más de seiscientos lucas no va a ganar aquí, a menos de que sea un doctor con maestría que gane más de dos millones de pesos. Pero una realidad que esté por debajo, que puede ganar algo simbólico para sobrevivir, con una salud extrema no sobrevive (E17, migrante).

4.6.5. Salud de la mujer

Otra área de necesidades sentidas por la población venezolana corresponde a salud de la mujer. Desde la experiencia de las ONG, se señala que en general las mujeres venezolanas que atienden no han accedido a controles ginecológicos durante mucho tiempo o que nunca han accedido a exámenes preventivos.

Las mujeres, por ejemplo, en temas de ginecología, de controles de esos como que tenemos que tener controles una vez al año, todas las mujeres que yo he atendido me cuentan que no han tenido controles en años. Entonces, aquí se sorprenden de que puedan acceder a eso y hacerse los exámenes, hacerse el PAP [Papanicolaou], etc. O sea, mujeres de cuarenta, cincuenta años que nunca se han hecho el PAP, eso me tocó. Entonces, el tema como femenino, de la ginecología, es muy carente y esa es una necesidad importante para los que llegan (E6, miembro de organización no gubernamental).

La ausencia de acceso a controles y exámenes preventivos señalados anteriormente podría estar relacionada a las consecuencias que describen las funcionarias de los servicios de salud. Las largas ventanas de tiempo sin acceder a atención, producto del proceso migratorio, se indican como un factor a considerar en relación con los casos de mujeres migrantes

venezolanas que figuran en lista de espera con necesidades de atención por mioma o cáncer cérvico uterino.

No se considera el periodo en los cuales ellos han pasado sin atención de salud y controles durante su salida, su emigración desde Venezuela, hasta la llegada a Chile; entonces, ese lapso de tiempo, esa ventana que ellos tuvieron, no está siendo considerada hoy día. ¿Y qué significa que hoy día tengamos, por ejemplo, muchas mujeres en lista de espera, la lista de espera nacional por cáncer cérvico uterino, esperando intervenciones por mioma, por todas esas cosas en cuanto mujeres? (E12, funcionaria de servicio de salud).

Sumado a lo anterior, también se visualizan necesidades relacionadas con la atención de mujeres durante el embarazo y el parto. En los servicios de salud se constatan experiencias de mujeres venezolanas que realizaron todo el viaje por tierra estando embarazadas, enfrentando adversidades geográficas y climáticas.

La mamá llevaba como un mes en Chile y cuando nació el bebé, hace veinte días, entonces usted pasó por paso fronterizo no autorizado. Sí, de ocho meses de embarazo. O sea, pasó por el desierto y cruzó la frontera con la guata ya a punto de dar a luz. ¿Cómo no dio a luz ahí en el desierto? (E13, funcionaria de servicio de salud).

4.6.6. Salud de niñas y niños

También se reconoce como una necesidad la salud de niñas y niños. En los relatos recabados por Carvallo (2019) se puede observar la realidad de mujeres migrantes venezolanas que enfrentan la enfermedad de sus hijos, cuyo cuidado asumen ellas principalmente. Por otra parte, también hay personas migrantes que reconocen como una necesidad la salud de niñas y niños, y la atención especializada a los pequeños en situación de discapacidad. «A nivel de niños con discapacidad, pienso que es un tema que se debe profundizar bastante con atención mucho más especial» (E17, migrante).

Desde la perspectiva de las ONG se ha constatado que, por lo general, los niños y las niñas venezolanas han carecido de acceso a chequeo de salud. Por esto, se considera una necesidad de gran relevancia el acceso a centros de atención primaria para facilitar servicios tales como controles e inmunización.

Actualizar las atenciones a los niños, a los niños pequeños, de estar al día con las vacunas y todo. También ir viendo cómo están porque los niños, obviamente, en las primeras etapas de su vida, necesitan tener un chequeo permanente y eso, en general, no lo tienen. Entonces, eso sí es un aporte importante, cuando se inscriben a un Cesfam [centro de salud familiar de

atención primaria], porque los niños sí acceden de mejor forma al servicio de salud que los adultos (E6, miembro de organización no gubernamental).

Lo anteriormente señalado concuerda con lo indicado por la autoridad sanitaria, que identifica una gran demanda y un aumento de la cobertura de servicios de atención primaria, tales como la entrega de leche, el programa de inmunización y el subsistema Chile Crece Contigo. Este último está dedicado al acompañamiento integral de niños, niñas y sus familias.

Desde la APS, el impacto lo hemos notado principalmente en el área infantil y en salud sexual y reproductiva, la entrega de leche, el programa de inmunización. El subsistema Chile Crece Contigo también se ha tenido que adaptar porque ha aumentado la cobertura en población migrante; por ende, también en la venezolana. No olvidemos que el subsistema Chile Crece Contigo, su misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y a las familias. Identificaría esas áreas como a las que ha impactado de mayor forma la demanda (E1, autoridad sanitaria).

Identificar las necesidades de niños y niñas migrantes resulta fundamental para dar una respuesta pertinente, sobre todo, como señalan Guzmán, Uzcátegui y Bravo (2020), en un contexto en que el fenómeno de la niñez migrante venezolana se incrementa. Lo que se ha podido constatar en Chile es un aumento exponencial del ingreso al sistema escolar de niños y niñas migrantes venezolanos, lo cual trae consigo desafíos en materia de salud mental e interculturalidad (Bernales y otros, 2018; Cabieses, Chepo y otros, 2017; Cabieses, Obach & Molina, 2020; Markkula y otros, 2018).

4.6.7. Salud sexual y reproductiva

En cuanto a las necesidades de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con la perspectiva de una académica experta en migraciones, estas se vuelven prioritarias al ser el colectivo migrante venezolano mayoritariamente joven. Servicios tales como los de fertilidad y planificación familiar serían fundamentales para esta población, así como la información sobre los mismos.

En general, al ser una población joven, todo lo que tiene relación con la fertilidad es un tema prioritario y, en ese sentido, es población de hombres y mujeres jóvenes. Entonces, debería de ser un tema de salud sexual para hombres y mujeres, y después el tema de la maternidad; y poner especial atención, básicamente, a que la información de cómo funciona nuestro sistema de salud llegue de forma adecuada a la población migrante (E9, académica experta en migración).

Una entidad especialmente dedicada a la salud integral de mujeres migrantes, incluyendo la salud sexual y reproductiva, es el Acnur. En pleno

éxodo venezolano, con ya más de 5,4 millones de migrantes venezolanos estimados, el Acnur ha intensificado su respuesta en toda la región, trabajando estrechamente con los Gobiernos de los países de acogida y con socios estratégicos para responder con un enfoque coordinado y global a las necesidades de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Esto se da, más concretamente, recopilando datos para comprender mejor las necesidades específicas de los venezolanos y las venezolanas; apoyando a los Estados para mejorar las condiciones de recepción y coordinar el suministro de información y asistencia para satisfacer las necesidades básicas inmediatas de las personas venezolanas, incluido el alojamiento; y combatiendo la discriminación y la xenofobia a través de campañas de sensibilización. En particular, el Acnur ha fortalecido su presencia a lo largo de las fronteras más importantes para limitar —en la medida de lo posible— los riesgos, en particular con respecto al acceso al territorio, la trata y la explotación; y, a la vez, identificar a las personas que pueden necesitar protección y servicios específicos, como niños y niñas no acompañados y separados, y mujeres embarazadas. El Acnur también ha brindado apoyo y orientación legal a las personas recién llegadas; distribuye agua potable, kits de higiene para niños, niñas y mujeres en las zonas fronterizas; y ofrece asistencia en efectivo a los venezolanos y las venezolanas más vulnerables (Acnur, 2020).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), por su parte, también ha tenido un rol central en la protección de la salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes. Para el caso de la migración venezolana, donde el éxodo masivo en condiciones irregulares conduce al aumento de la violencia sexual y los abusos domésticos, el FPNU brinda apoyo técnico para la integración de la prevención, la respuesta y la mitigación de la violencia de género en el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes (RMRP, por sus siglas en inglés); y lidera el grupo de trabajo sobre violencia de género en la oficina de la Plataforma Regional para los Refugiados y Migrantes de Venezuela. En este contexto, los kits de dignidad actúan como herramienta primaria de protección porque brindan condiciones dignas (de ahí su nombre) para el autocuidado de una población que, en la vorágine del desplazamiento, ha perdido lo esencial para sobrevivir. Los kits también son la primera puerta de entrada a la respuesta humanitaria integral que dirige el

FPNU para resolver las necesidades de salud de las mujeres y adolescentes migrantes, desde las más inmediatas —relativas a la higiene— hasta las de salud prenatal —como las complicaciones del embarazo y el parto— que pueden amenazar sus vidas. Otras líneas de la respuesta humanitaria son la entrega de anticonceptivos que, en las ciudades fronterizas de Cúcuta y Maicao, llegaron a más de 2600 mujeres durante 2018. En esa misma línea, se incluye la realización de talleres de prevención de violencia basada en género, que también hacen parte de las acciones estratégicas de apoyo técnico que brinda el FPNU a la población migrante, promoviendo enfoques integrados y transfronterizos dirigidos a mujeres y niñas no solo en Colombia, sino también en Ecuador, Brasil y Perú, donde se evidencian las consecuencias del éxodo masivo (FPNU, 2019).

4.6.8. Necesidad de información en salud

A partir de su experiencia, diversas organizaciones sociales de migrantes indican que la información sobre el sistema de salud es una de las principales necesidades de la población migrante venezolana.

Uno de los principales temas en materia de salud o las necesidades, vuelvo al tema de la información, es lo que más nosotros hemos podido recolectar. Normalmente, siempre están los grupos «¿Cómo hago para hacer tal cosa?», «¿Necesito ayuda con que me digan cómo ir a tal hospital?» y no sé qué, ese tipo de información. No sé si hay una bajada correcta en la forma como Fonasa está transmitiendo eso a los migrantes. Entonces, sí pudiera haber una necesidad, claro (E10, miembro de organización social de migrantes).

La falta de información parece afectar a las personas migrantes en los distintos momentos que forman parte del proceso de acceso a la atención. En primer lugar, en el momento de inscripción al Fonasa: «Mira, la desinformación. Yo he tenido muchas personas que llegan y se quejan porque, no sé, fueron a la oficina Fonasa y en Fonasa le[s] dijeron no te puedo inscribir sin un contrato de trabajo, por ejemplo» (E11, miembro de organización social de migrantes).

La inscripción al sistema de salud parece ser un punto crítico. De acuerdo con lo hallado por Salgado, Contreras y Albornoz (2018), la ausencia de filiación a un sistema previsional de salud, sea este el Fonasa o una Isapre, tiene estrecha relación con la situación laboral, lo cual demuestra que la gran mayoría de las personas que carecen de un contrato de trabajo no tienen previsión de salud. Igualmente, de acuerdo con la experiencia de organizaciones sociales de migrantes, la falta de información también incide

al momento de buscar atención en los centros de salud, generando problemas relacionados al ajuste entre la necesidad de atención y el tipo de centro de salud.

Las personas, por desinformación, no saben que en vez de ir a un SAPU tienen que ir a un Cesfam a esa hora (E11, miembro de organización social de migrantes).

Al principio, sobre todo con los recién llegados que no entienden mucho el sistema, hay un problema complicado en entender cómo funciona el sistema de citas y exámenes médicos. Porque sí, normalmente se van a la urgencia y en la urgencia le dicen no, esto lo tienes que hacer por cita, y la cita se demora mucho tiempo. Entonces, entras en el mismo *loop* [en el] que entran los nacionales y que no encuentran cita, y etcétera, etcétera (E10, miembro de organización social de migrantes).

A modo de síntesis, a partir de la experiencia de actores de diversos niveles se pueden identificar varias áreas de necesidades. Estas son concretamente: salud mental, nutrición, salud de la mujer, enfermedades crónicas, salud de niñas y niños, salud sexual y reproductiva, e información en salud. Algunas de estas necesidades también fueron identificadas por el Acnur (2019a) en su reporte de aspectos clave del monitoreo de protección de personas migrantes y refugiadas venezolanas, específicamente la necesidad de atención de personas con patologías crónicas, mujeres embarazadas, lactantes, y niñas y niños no acompañados. Por otra parte, el reporte también visibiliza como un grupo importante a las personas en situación de discapacidad, lo cual fue señalado en menor medida en este reporte. Junto a lo recién mencionado, los resultados de este reporte también encuentran diversos puntos en común con lo identificado por la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V, 2020), que identifica como grupos con particulares necesidades de salud en Chile a los migrantes en situación irregular, niños y niñas, adolescentes, mujeres y adultos mayores; señala como problemáticas específicas la carencia de información respecto al acceso al sistema sanitario, el temor a la discriminación y la falta de afiliación a un sistema previsional de salud; y reconoce necesidades específicas de salud como los tumores y las neoplasias; las enfermedades del sistema digestivo, respiratorias y crónicas; la nutrición; la salud mental y el uso problemático de drogas; la inmunización; y la salud sexual y reproductiva. Es, pues, importante seguir estudiando las necesidades específicas de este colectivo para diseñar respuestas pertinentes y efectivas.

4.7. Necesidades de salud específicas de los migrantes venezolanos solicitantes de refugio y asilo en Chile

Hoy en día, el aumento exponencial de los solicitantes de refugio en todos los países de América (Balcells, 2017) desafía fuertemente la capacidad de los Estados del continente para acoger y dar respuesta a estas solicitudes en un periodo pertinente. En Chile, desde 2010, con la promulgación de la actual Ley de protección de refugiados 20.430 (Diario Oficial), se ha dado inicio al desarrollo de una política de protección de los solicitantes de asilo y refugiados cuyos efectos sobre las condiciones de vida de estas personas aún no son del todo conocidos. A partir del año 2017, la complejidad del fenómeno ha aumentado cuantitativa y cualitativamente en este país, ligada principalmente al incremento de las solicitudes de asilo y la llegada de nuevas comunidades nacionales, como las venezolanas, haitianas y colombianas, así como al desconocimiento por parte de los funcionarios de diversas instituciones públicas de los derechos y deberes asociados a la solicitud de asilo.

Los antecedentes teóricos del tema evidencian, por una parte, la complejidad del fenómeno de las migraciones forzadas y la necesidad de insertarlas en el marco global de las movilidades humanas, en las que el refugio representa un instrumento jurídico para la protección de poblaciones perseguidas, cuya integridad física y psicológica no puede ser garantizada en su país de origen. Este instrumento, aplicado en conjunto a un endurecimiento de las leyes migratorias en diferentes países, ha llevado a conformar lo que diversos autores llaman las «paradojas del paradigma humanitario», modelo que garantiza derechos sociales y civiles solo a quienes son capaces de demostrar su estatus como víctimas despojadas de su capacidad de agencia, para lo cual deben recurrir a menudo a los diagnósticos de la medicina para demostrar la veracidad de su condición (Agier, 2003; Boltanski, 1993).

Por otra parte, múltiple evidencia internacional sostiene la importancia de conocer las necesidades de salud de esta población y las consecuencias que la migración forzada puede traer sobre el estado de bienestar y el ejercicio del derecho a la salud de las personas, especialmente en ámbitos claves como el acceso a atención primaria y salud mental (Pavli & Maltezos, 2017). Por último, este estudio se enmarca en el fenómeno de aumento de

las migraciones internacionales sur-sur que ha vivido Chile en las últimas décadas, el mismo que ha sido ampliamente indagado por diversos autores, algunos de ellos vinculados directamente con el ámbito sanitario (Cabieses, Bernal & McIntyre, 2017). En particular, considerando que parte importante de las solicitudes de refugio provienen de los colectivos colombianos, venezolanos y cubanos, es necesario recordar que las migraciones de origen latinoamericano están trazadas por los procesos de racialización locales que ponen a las poblaciones indígenas y afrodescendientes en una marginalidad extrema, dados los mecanismos pigmentocráticos con que actúa el racismo en Chile (Tijoux, 2016; Tijoux & Córdova Rivera, 2015; Tomasini, Bertarelli & Morales, 2017).

En respuesta a estos desafíos, Carreño y Cabieses (2020) lideraron un estudio descriptivo en personas de origen venezolano, peruano y colombiano solicitantes de refugio y asilo en Chile basado en el paradigma cualitativo, el cual utilizó como técnicas de recolección de información entrevistas narrativas en profundidad y semiestructuradas aplicadas a quince personas residentes en la Región Metropolitana. La muestra fue intencionada y razonada, y se obtuvo gracias a la colaboración de la Fundación Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (Fasic), principal entidad encargada del apoyo y la orientación de personas en situación de refugio en Chile. A partir de esta colaboración se contó con tres universos distintos: a) solicitantes de asilo y refugiados (de nacionalidad venezolana, colombiana y peruana); b) personal de instituciones que son parte del proceso de reconocimiento de la protección internacional; y c) personal de instituciones sanitarias que otorgan atención de salud a personas solicitantes de asilo y refugiados.

Los resultados de este estudio fueron obtenidos a partir de categorías que recorrieron las diversas etapas del proceso migratorio de quien se encuentra en situación de refugio. En la etapa de premigración se muestran las condiciones en las que esas personas se encuentran en sus países de origen antes de migrar, destacando la incertidumbre, angustia y sensación de peligro que rodean este tipo de migraciones. Se destacan también los diversos contextos de partida en los que se encuentran estas personas, que varían desde países aparentemente democráticos, como Colombia y Perú, en los que hay experiencias de violencias normalizadas y desplazamientos

internos previos a la migración internacional; hasta contextos como los de Venezuela y Cuba, cuyas crisis políticas son de público conocimiento.

En temas sanitarios, la mayor parte de los entrevistados refiere haber tenido niveles satisfactorios de acceso a la salud en sus países de origen, con excepción de los provenientes de Venezuela, que en dos casos reportaron no haber accedido a tratamientos médicos en los últimos meses debido a la contingencia sociopolítica del país. De esta sección se destaca no solo la precariedad de la partida y las consecuencias que una salida no planificada tiene sobre la migración de estas personas, sino también que la mayoría de los entrevistados parten sin conocer la posibilidad de acogerse al sistema de protección internacional. Es más, muchos de ellos se enteran de esta figura jurídica casualmente y por vías informales, y a esta condición de informalidad subyace una falta de información que se perpetúa a lo largo de todo el proceso. De hecho, se evidencia cómo la llegada a Chile y la relación con las instituciones que deberían garantizar el derecho a solicitar refugio se establece también en modo improvisado, favoreciendo la desorientación, desinformación e incertidumbre, que parecen aumentar en lugar de disminuir. Los procesos burocráticos generan largas y confusas esperas en las que implícitamente se tiende a desalentar el ejercicio del derecho a solicitar refugio, poniendo siempre a las personas en la condición indistinta de migrantes económicos. Por último, se observa que el proceso de asentamiento y proyección en Chile está altamente marcado por las dificultades vividas durante el proceso de solicitud de asilo y que ello tiene un impacto importante en la salud general de estas personas, siendo la salud mental uno de los aspectos más críticos y menos atendidos por el sistema chileno.

Los resultados de este estudio valorizan en buena parte las garantías que la Ley de protección de refugiados 20.430 dio a estas personas (Diario Oficial), las cuales se suman a las garantías dadas por el Decreto 67 en lo que respecta a salud (Diario Oficial, 2016; MINSAL, 2016). Sin embargo, la ley no ha logrado hacerse efectiva y ejercerse amplia e íntegramente debido, en parte, a la falta de información y recursos asociados a ella. Es por eso que, como lo muestran los resultados, son las ONG privadas, especialmente aquellas dependientes de la Iglesia católica o de algunas universidades privadas, las únicas que se están haciendo cargo de las necesidades de las personas que se encuentran en esta condición,

coordinando su accionar con instituciones públicas como los municipios y servicios de salud. En consecuencia, el ejercicio de los derechos de los refugiados recae, en buena parte, sobre la voluntad de coordinación de sectores y personas naturales, que en ocasiones están totalmente desprovistas de información sobre el sistema de protección internacional. Además de la falta de información y de recursos asignados explícitamente para la aplicación de la ley, existen graves irregularidades en los procesos de solicitud reportados tanto por los propios solicitantes como por agentes institucionales, en los que se estarían poniendo condiciones irregulares al levantamiento de la solicitud, desestimulando de este modo el uso del sistema de protección. Igualmente, a través del reciente proceso de regularización y la aparición de las visas democráticas para venezolanos, se habría producido también un desplazamiento de población que, debido a las largas esperas y a la confusión que abunda en el proceso de solicitud de asilo, habría abandonado esta figura para regularizarse por las vías que la sitúan en la condición indistinta de migrante económico.

En términos sanitarios, si bien todos los solicitantes de refugio y refugiados entrevistados tienen acceso al tramo A del Fonasa, se repite entre los testimonios a) la ausencia de información clara sobre el sistema de salud chileno y los beneficios a los que se puede acceder; b) la falta de acceso a servicios de atención primaria, focalizando sus atenciones en atenciones privadas y/o hospitalarias de emergencia; y c) la falta de acceso a atenciones en salud mental (Carreño y Cabieses, 2020). Respecto a lo primero, numerosas experiencias reportan importantes niveles de desinformación y diversas barreras que encuentra esta población al dirigirse a los centros de salud pertenecientes a la red pública. Estas son también corroboradas por miembros de los mismos equipos de salud, que reconocen la persistencia de barreras de acceso y desinformación respecto a los derechos de las personas en situación de refugio, cuyas visas y Rol Único Tributario (RUT) a menudo están vencidas al momento de buscar atención. En parte debido a esta situación, los entrevistados reportaron una tendencia a privilegiar la atención hospitalaria de urgencia y/o a dirigirse a la atención de salud privada, aun careciendo de los medios para financiarla. Por último, como se registra en la bibliografía internacional, entre las necesidades de salud más recurrentes de los solicitantes de refugio se encuentran las vinculadas a la salud mental. Cabe recalcar que esta es una experiencia

relativamente nueva para las personas provenientes del extranjero, ya que muchos dicen que no conocían la existencia de este tipo de afecciones en sus países; pero, una vez en Chile, además de familiarizarse con ellas, han comenzado a sufrirlas.

La emergencia o agudización de los problemas de salud mental puede deberse a diversos factores, siendo los más significativos en los testimonios de los entrevistados los siguientes:

- El estrés postraumático que manifiestan las personas que experimentaron situaciones de violencia en sus países de proveniencia.
- La dificultad para adaptarse a un nuevo país donde desconocen las costumbres y quedan suspendidos en una condición de incertidumbre respecto a su futuro.
- La falta de realización personal y pérdida de autoestima por la descalificación profesional.
- El ser objeto de discriminaciones xenofóbicas.

Estas cuatro causas a menudo se conjugan en la experiencia de una sola persona. Los problemas psicológicos pueden llegar a repercutir en la rutina de los individuos, especialmente en sus hábitos alimenticios y de sueño, perjudicando su bienestar físico. Varios solicitantes de refugio han tenido que recibir atención psiquiátrica y psicológica, aunque la mayoría de estas atenciones son esporádicas y han sido ofrecidas por instituciones privadas como ONG y universidades. En todas las experiencias se reporta la falta de competencias y experiencia de los tratantes para comprender la situación de los refugiados, ya que desconocen las condiciones de violencia de las que proceden estas personas y la incidencia que las condiciones políticas tienen en la vida cognitiva y emocional de los sujetos.

Estos antecedentes presentan desafíos importantes para las instituciones chilenas, en particular para aquellas que deben hacerse cargo de aspectos vinculados con el bienestar físico y emocional de estas personas, como lo es el sector salud. Si bien las instituciones sanitarias han demostrado voluntad para avanzar en la materia, hoy en día los refugiados aún son figuras invisibilizadas dentro del sistema de salud y muchas de las particularidades de su condición son ignoradas por quienes los atienden en los servicios

públicos. El presente estudio, si bien preliminar y exploratorio, pretende aportar a la visibilización de estas necesidades y contribuir a que las instituciones públicas chilenas se encuentren en las condiciones de garantizar el ejercicio de los derechos que Chile ha suscrito en el ámbito de la protección internacional.

4.8. Salud de los migrantes venezolanos en el contexto de la pandemia de COVID-19

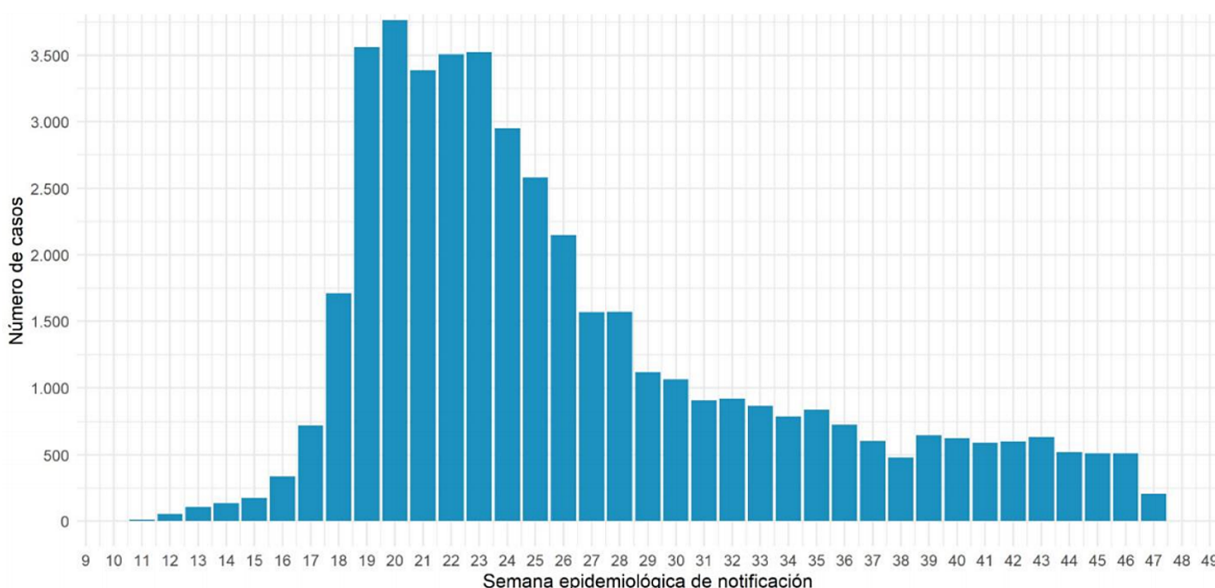
La pandemia de COVID-19, iniciada a fines de 2019 en China y expandida a los pocos meses de su identificación a todos los continentes del mundo, ha representado un desafío mayúsculo para la humanidad, poniendo a prueba nuestra capacidad de reacción ante esta crisis sociosanitaria a nivel individual, social, gubernamental y global. Sus efectos adversos aún están por develarse y comprenderse a cabalidad, mientras se buscan mecanismos en todos los países del mundo para generar capacidades de respuesta oportunas y efectivas para futuras catástrofes similares.

El 2 de setiembre de 2020 se había diagnosticado a 25 865 205 personas con COVID-19 en todo el mundo, de las cuales murieron 859 478, en su mayoría en los Estados Unidos, Brasil y la India (John Hopkins Coronavirus Resource Center, 2020). En esa misma fecha, Chile se ubicaba en el puesto número once del ránquin de casos confirmados, con un total de 414 739 personas infectadas. La crisis chilena y la de salud global han golpeado a las poblaciones migrantes internacionales, en muchos casos con mayor severidad y desolación. Esto podría explicarse por las dificultades que algunos de estos grupos han experimentado para acceder a medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento por falta de información y conocimiento, miedo asociado a su situación migratoria, discriminación y marginación (Orcutt, Patel y otros, 2020; Orcutt, Spiegel y otros, 2020).

En Chile, hasta el 30 de julio del año 2020 (semana epidemiológica [SE] N° 31), del total de casos confirmados (n=395 261) se notificó un total de 376 228 casos, de los cuales el 9% (n=34 016) correspondió a migrantes internacionales. El máximo de casos para esta población se observó durante la SE N° 20 (n=3953). Todas las regiones del país presentaron casos en personas migrantes, siendo Tarapacá (20,9%; 1783/8526), Antofagasta (17,3%; 2639/15 213) y Metropolitana (10%; 26 722/266 372) las que presentaron una mayor proporción en relación con el total de casos

reportados localmente (Minsal, 2020). Un reporte más reciente de la autoridad sanitaria indica que desde el 28 de febrero (SE N° 9) hasta el 19 de noviembre (SE N° 47) del año 2020, del total de casos confirmados (n=610 783), se había notificado en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Epivigila) un total de 44 980 (7,4%) personas con distinta nacionalidad a la chilena. Asimismo, el máximo de casos se observa durante la SE N° 20 (n=3974). La figura 3 da cuenta del reporte más reciente de casos totales de COVID-19 en migrantes internacionales, con el 19 de noviembre de 2020 como fecha de corte.

Figura 3. Número de casos totales COVID-19 en personas migrantes internacionales según semana epidemiológica por fecha de inicio de síntomas. Chile, hasta el 19 de noviembre de 2020



Fuente: MINSAL 2020. Departamento de Epidemiología.

Cabieses y colaboradores desarrollaron un estudio exploratorio de enfrentamiento de la pandemia SARS-CoV-2 de migrantes internacionales generales en Chile. Fue un análisis descriptivo, exploratorio y de corte transversal para a) conocer el grado de conocimiento de las poblaciones migrantes internacionales residentes en Chile sobre la COVID-19 y sus medidas de prevención, b) conocer cuáles son las necesidades más urgentes reportadas por estas poblaciones y c) comprender cómo perciben la información que hoy se difunde sobre este tema desde la autoridad. Se elaboró una encuesta *on-line* en dos idiomas, español y creole, que fue

difundida ampliamente a diversos colectivos migrantes internacionales por medio de redes de organizaciones migrantes y promigrantes, y vía la red asistencial de salud pública de Chile en todo el territorio nacional. Luego de tres semanas de difusión de esta encuesta (entre el 4 y el 24 de abril), se alcanzó un tamaño de muestra efectivo para el análisis de 1690 participantes. Las organizaciones nacionales que apoyaron esta iniciativa fueron el Servicio Jesuita a Migrantes (SJM), la Comisión de Migración y Salud del Colegio Médico de Chile, el Núcleo Milenio de Resistencia Antimicrobiana Microb-R y la Red de Investigación Interdisciplinaria en Enfermedades Infecciosas (Cabieses, 2020).

En cuanto a los resultados de este estudio, el promedio de edad de los participantes de la encuesta fue de 38,17 años (con un mínimo de 18 y un máximo de 85). El 67% de la muestra fue de sexo femenino, el 33% de sexo masculino y menos del 0,1% fue registrado como otro. Se identificaron 35 países de origen de los participantes, siendo los cuatro principales Venezuela (59,7%), Colombia (13,5%), Haití (5,3%) y Perú (4,3%). El 62,8% de los participantes llegó a Chile entre 1 y 5 años atrás; seguido por el 16,8%, que declaró haber llegado 6 meses a 1 año antes; y el 8,9%, que indica haber llegado a Chile hace 6 a 10 años. La mayoría indicó residir en la Región Metropolitana (67,5%), seguida por la de Los Lagos (7,6%), Valparaíso (5,0%), del BíoBío (4,0%), Coquimbo (3,3%) y Antofagasta (3,2%). La mayor parte de los participantes reportó un nivel educacional universitario, correspondiente al 74% de la muestra; seguido por el nivel secundario con 24%; y el nivel primario con solo 2%. Sobre el tipo de previsión reportado por los participantes, un gran segmento declaró tener previsión de salud pública (62,7%), seguido por la opción de no tener ninguna previsión (18,5%), la de tener previsión privada de salud (15,4%), por no saber si se tiene o no previsión de salud (2,4%) y un porcentaje menor de personas indicó tener otro tipo de seguro, por ejemplo, de carácter internacional (0,8%) (Cabieses, 2020).

El 84,5% reconoció que la transmisión de la enfermedad es por vía aérea y destacaron como principales dimensiones de desconocimiento las siguientes: que se puede transmitir por vía sexual (38,3% de respuestas incorrectas) y que se puede propagar por el viento a grandes distancias (19,4% de respuestas incorrectas). Todas las demás preguntas tuvieron menos del 10% de respuestas incorrectas. La pregunta con menor error fue

la referida a si la cocaína prevenía el contagio, que estuvo cerca del 1% de respuestas incorrectas. Un 75% de los participantes indicó haber recibido información suficiente sobre la COVID-19 de las autoridades y los profesionales de salud, lo que equivale a que 1 de cada 4 migrantes (25%) considerara no estar recibiendo información suficiente, mientras otro 30% creía que no esta era comprensible (n=515). Sobre la percepción de los participantes en torno a sentirse preparados para enfrentar la COVID-19, llama la atención que el 61% (n=1023) declarara no sentirse preparado y un 34% no saber dónde consultar. También se preguntó por la apreciación global de la información que se había recibido hasta el momento sobre la COVID-19 de parte de las autoridades y los profesionales de salud, encontrándose que el 75% calificó la información recibida como buena/muy buena y el 25% restante como mala/muy mala. Por último, un 90% de los participantes de la encuesta reportó haberse sentido angustiado o preocupado la última semana a causa de la COVID-19 (n=1516), mientras que un 73% declaró haberse sentido triste o deprimido por esta misma causa en la última semana de la fecha de respuesta de la encuesta (Cabieses, 2020).

Los mismos autores realizaron un subestudio, centrado solo en la población migrante de origen venezolano (n=1008). Un primer reporte descriptivo de este análisis indicó que el 65% de los participantes venezolanos informó no sentirse preparado para la pandemia. En comparación con los migrantes venezolanos que se sienten preparados para enfrentar la pandemia de COVID-19, los migrantes venezolanos que reportaron no sentirse listos eran en mayor proporción mujeres con educación secundaria, que habían llegado a Chile en el último año y se encontraban sin trabajo, pero con deseos de trabajar y pertenecer a la prestación sanitaria pública (Cabieses, Darrigrandi y otros, 2020). El análisis de asociación desarrollado a continuación indicó que sentirse preparado para enfrentar la pandemia se asoció positivamente con el sexo masculino (OR=1,6), cumplir cuarentena (OR=1,6) y evaluar la información recibida por las autoridades como buena/muy buena (OR=2,9). Los participantes que reportaron síntomas ansiosos o depresivos en la última semana tendieron a sentirse menos preparados (OR=0,5) (Cabieses, Darrigrandi, Blukacz y otros, 2020).

Para finalizar, se destaca el reporte situacional de migrantes internacionales en Chile frente a la pandemia de COVID-19, desarrollado en el marco del Lancet Migration y disponible para uso público en el sitio web oficial de este grupo académico de cooperación internacional (<https://bit.ly/3grSVFo>). Allí se establecen cuatro recomendaciones principales, que se explican a continuación.

- R1: reducir barreras que limiten el acceso efectivo a los servicios de salud, promoviendo el reconocimiento de los derechos en salud
 - Los y las migrantes internacionales, independiente de su situación migratoria, deben estar informados acerca de cómo acceder al sistema de salud en Chile y sus servicios disponibles con material dispuesto en diversos idiomas. Para ello, se requiere la difusión intencionada de esta información en espacios sociales amplios (por ejemplo, los medios de comunicación masivos) que no dependan únicamente de los profesionales de salud y las organizaciones civiles interesadas en la temática. Es de especial importancia que la comunicación de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes (NNA) sea una prioridad ante la obligación legal y ética que implica el aseguramiento de su salud.
 - Bajo el lineamiento estratégico de aceptabilidad de la política de migrantes, el cual hace referencia a la obligación del Estado de entregar servicios de salud culturalmente apropiados y de calidad, se sugiere reforzar las actividades de capacitación a los profesionales de la salud sobre normativas relacionadas a migración y salud. Es importante sensibilizar y entrenar a los equipos de salud acerca de cómo llevar a cabo una atención de salud que propicie un encuentro intercultural efectivo.
 - Incorporar mediadores interculturales en aquellos territorios y centros de salud donde el idioma sea una barrera de comunicación para facilitar diagnósticos oportunos y acuerdos terapéuticos sensibles a cada persona, conforme a su cosmovisión particular; así como informar y educar acerca del sistema de salud chileno a las poblaciones migrantes.

- Reforzar las actividades de educación sobre la COVID-19 con pertinencia intercultural y enfoque de género, adaptándolas a los diferentes colectivos migrantes según sus creencias, costumbres, percepción del autocuidado y disponibilidad de recursos en su entorno, entre otros. Este desafío implica el trabajo en conjunto con migrantes internacionales que guíen la construcción del material educativo y los mensajes destinados a generar confianza y adherencia a las recomendaciones desde el acuerdo mutuo de valores y creencias compartidas en salud.
- R2: colaboración intersectorial para proveer beneficios de protección social y laboral accesibles a la población migrante internacional que reside en Chile
 - Existe una proporción importante de población migrante internacional en cada país, incluido Chile, que se caracteriza por su vulnerabilidad socioeconómica, reflejada en mayor concentración de pobreza, hacinamiento, trabajo informal y desempleo, entre otras características. Dicha vulnerabilidad está agudizada en tiempos de pandemia por la pérdida de trabajo y la incapacidad para costear necesidades básicas como la comida y la vivienda. Para mejorar estas condiciones de vida, se recomienda incluir a los migrantes en las medidas dispuestas por el Gobierno de Chile o implementar ayudas específicas basadas en derechos. Estas medidas deben ser independientes de la situación migratoria y no requerir la acreditación de vulnerabilidad a través de plataformas que exigen cédula vigente.
 - Aspectos laborales como la reinserción, reducción de contratación informal, supervisión y aplicación de medidas restrictivas a la contratación ilegal, y exposición a riesgos laborales durante la pandemia, deben ser abordados de forma integral. Las medidas de ampliación de plazo para presentar un nuevo empleador ante la pérdida de trabajo deben acompañarse de estrategias formales de acompañamiento para la búsqueda y mantención de trabajo, así como de medidas sociales amplias mientras dure la pandemia.
 - Se debe trabajar con el intersector público del Estado, pero siempre de la mano con las organizaciones civiles que conocen y

vigilan las necesidades, capacidades y oportunidades de ayuda y apoyo a poblaciones migrantes internacionales en nuestro país.

- R3: realizar diagnósticos participativos, incluyendo la instalación de sistemas de información para la vigilancia y monitoreo, durante y posteriormente a la pandemia, en la población migrante internacional
 - Para fortalecer el abordaje futuro de esta población es relevante conocer su nueva realidad relacionada a la pandemia, sus necesidades percibidas, y las problemáticas que surgieron por la COVID-19 y sus efectos sociales. La evidencia generada podrá ser un insumo útil en los procesos de recuperación y rehabilitación de los migrantes contagiados, así como en la integración del colectivo migrante a la sociedad ante una «nueva normalidad» y para la construcción de redes de apoyo que favorezcan la cohesión social.
 - Fomentar el registro de variables específicas de los migrantes internacionales y sus determinantes sociales en los sistemas de información (registros administrativos, vigilancia epidemiológica, encuestas), y la implementación de auditorías a establecimientos de salud para verificar su rol como respaldo para la planificación sanitaria.
- R4: rechazar toda práctica discriminatoria y estigma sobre la población migrante internacional
 - A la luz de la política de salud de los migrantes internacionales, se recomienda la implementación de acciones dirigidas a erradicar prácticas discriminatorias basadas en estereotipos negativos que influyen negativamente en la salud de los migrantes en todo el mundo. Los migrantes han sido responsabilizados por el impacto de diversas enfermedades infecciosas; por tal motivo, es necesario regular los discursos en las autoridades y los medios de comunicación que promuevan posturas negativas hacia migrantes.

5. RESPUESTA HUMANITARIA GENERAL Y SANITARIA ESPECÍFICA DESDE EL ESTADO A LA MIGRACIÓN VENEZOLANA

5.1. Respuesta humanitaria y desafíos migratorios, políticos, sociales y culturales

En el contexto de crisis humanitaria de Venezuela, el gobierno de Sebastián Piñera estableció la Visa de Responsabilidad Democrática, exclusiva para migrantes venezolanos. Desde el lunes 24 de junio de 2019, esta visa puede solicitarse en cualquier consulado de Chile en el exterior. Es una visa de residencia temporal por un periodo de tiempo de un año, prorrogable por el mismo periodo, y es distinta a la Visa de Residencia Definitiva. Para postular, es requisito obligatorio escanear y adjuntar la siguiente documentación: a) certificado de antecedentes penales emitido por el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores de Justicia y Paz (MPPPRIJP), debidamente apostillado o legalizado, con un máximo de noventa días de antigüedad al momento de ingresar la solicitud al Sistema de Atención Consular Ciudadanos; b) certificado de antecedentes penales emitido por la entidad pertinente del país donde realiza la postulación, debidamente apostillado o legalizado, con menos de sesenta días de antigüedad; c) pasaporte vigente o vencido otorgado a partir del año 2013, de acuerdo a lo establecido en la resolución exenta 2.087, del 18 de abril de 2019 (Diario Oficial); y d) fotografía 5x5 (tamaño pasaporte) con fondo blanco, con la cara de frente y en la que el rostro completo —del comienzo de la cabeza al mentón— ocupe tres cuartos del espacio de la foto.

Una vez presentada esa información y verificada la correcta recepción de los documentos requeridos, se enviará un correo electrónico al solicitante informando respecto de la aprobación o no del proceso de su solicitud; y, solo en caso de que sea aprobada, deberá efectuar el pago de la visa. El trámite tiene un costo de treinta dólares. Para efectuar el pago, en caso de ser aprobada su solicitud, el consulado informará sobre los datos y el mecanismo adecuado para concretarlo. Esta visa solo podrá ser solicitada a través del Sistema de Atención Consular (SAC). Asimismo, con el propósito de estampar la Visa de Responsabilidad Democrática, el consulado de Chile respectivo asignará una cita, a la que el solicitante deberá llevar el comprobante de pago de la transferencia bancaria correspondiente y los documentos solicitados como requisitos obligatorios en original y copia. Este visado es para aquellas personas que desean residir en Chile, mientras que aquellas personas de nacionalidad venezolana que

deseen ingresar al país para hacer turismo hasta por noventa días no necesitan de visado.

Desde finales del año 2020 en adelante, y especialmente los primeros meses de 2021, se desató una crisis especialmente compleja en la frontera norte de Chile, en el triángulo Chile-Perú-Bolivia, principalmente con migrantes de origen venezolano. Este fenómeno refleja tres crisis simultáneas que hacen de la situación nacional una emergencia de excepción: a) la crisis migratoria humanitaria de largo aliento y de profundo alcance que afecta a toda la región, incluido Chile; b) la crisis de la pandemia de COVID-19, que ha exigido un extraordinario despliegue del sistema de salud chileno y de sus valientes profesionales y técnicos de salud; y c) la crisis sociopolítica en Chile, que sigue vigente desde el *estallido social* de octubre del 2019. Todo esto ha provocado reacciones intensas de miedo y angustia, desesperanza y frustración, odio y rechazo, las que a su vez generan acciones de discriminación, lamentables actos de violencia, y medidas de política pública reactivas y de corto plazo.

Lo mismo ha sido documentado por los medios de prensa en todo Chile. De especial preocupación es el paso fronterizo de Colchane, ubicado a más de 3600 metros de altura y en pleno desierto, por donde están ingresando migrantes de todo origen, especialmente venezolanos, en condiciones de gran deterioro físico y fatiga. Colchane, un pueblo en el norte de Chile, ubicado en la frontera con Bolivia, se ha convertido en el destino fatal para los inmigrantes: a octubre del 2021 más de 10 personas extranjeras han fallecido tras cruzar la desértica frontera. Ellas eran parte de un grupo de treinta personas, según informaron las autoridades locales, sin precisar la causa de sus muertes. Pese a las extremas temperaturas y a la pandemia de la COVID-19, el paso fronterizo en esa zona andina se ha convertido en los últimos meses en una ruta migratoria para ingresar a Chile. De acuerdo a grupos civiles migrantes y promigrantes en el país, estas muertes deben poner en máxima alerta a las autoridades chilenas. Patricia Loredó, representante de Colectivo Sin Fronteras en Chile, indicó a los medios de prensa en febrero de 2021 que esta crisis había sido ignorada y ha ido creciendo a lo largo de cuatro años. Con el tiempo, los ingresos por pasos no habilitados se han triplicado y ahora existe una crisis humanitaria en el norte del país. Además de Colchane, preocupan las ciudades nortinas de Arica, Calama, Antofagasta e Iquique.

En este complejo y dinámico escenario, el Minsal, por medio del ordinario B37 N° 511, del 1 de febrero de 2021, ha establecido una serie de estrategias de apoyo humanitario, de manera excepcional y con financiamiento de las Naciones Unidas, a saber:

- Encuesta Regional de Migración y Salud (ERMS).
- Set básico de materiales de difusión.
- Capacitación en protocolos internacionales.
- Kits de dignidad familiar y personal en albergues y residencias sanitarias.
- Contratación de duplas sanitarias, cuyo objetivo es la evaluación del estado de salud de las personas migrantes en contextos de vulnerabilidad social y la coordinación con la red pública de salud.

Respecto de la estrategia de duplas sanitarias y psicosociales, estas corresponden a la contratación de profesionales de enfermería, psicología y/o trabajador/a social, y técnicos de nivel superior (TENS) en trabajo social para el fortalecimiento de los equipos de las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) de Salud y Servicios de Salud de Personas Migrantes en las comunas de Arica, Iquique, Antofagasta y Calama. La convocatoria del Minsal a las agencias internacionales del Sistema de las Naciones Unidas, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el FPNU, el Acnur, la OIM y la OPS/OMS, recibió apoyo y en estos momentos se continúa avanzando en la concreción de una estrategia integral de intervención de mediano y largo plazo para el territorio implicado.

En esta coordinación interagencial, a partir de un trabajo intrainstitucional, se han priorizado tres líneas de acción orientadas a satisfacer en primer lugar:

- La necesidad de diagnóstico epidemiológico de personas migrantes en movilidad en contexto de COVID-19, que se aplicaría en residencias transitorias y a población en tránsito en las regiones de Arica, Parinacota, Tarapacá y Antofagasta.

- La intervención inmediata mediante la difusión de información sobre derechos en salud, funcionamiento de la red de salud y contactos; la elaboración y reproducción de información, educación y comunicaciones en versiones adaptadas para NNA migrantes; y la distribución de sets o kits de dignidad familiares e individuales en albergues y residencias transitorias para mujeres, NNA y sus familias migrantes (incluye elementos de protección, higiene y otros).
- El fortalecimiento y desarrollo de capacidades mediante la contratación e implementación de duplas de apoyo a las respuestas de salud hacia personas migrantes en movilidad (residencia transitoria, pasos fronterizos, rutas de caminantes, etc.); la sensibilización a funcionarios de fiscalización y residencias sanitarias sobre derechos humanos e interculturalidad; y la capacitación en protocolos internacionales —como NNA y violencia de género en zonas de frontera— a funcionarios de salud, residencias sanitarias y otros sectores relevantes (carabineros, Policía de Investigaciones (PDI), etc.).

A partir de la evidencia disponible a nivel internacional y de experiencias en este tema, la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración (Rechisam) ha propuesto las siguientes acciones humanitarias y de salud:

- *Hacia una atención de salud integral y de largo plazo en frontera.* Se recomienda crear y desplegar programas integrales de protección de la salud, atención en salud y acompañamiento a personas migrantes que están residiendo de manera accidental y desprotegida en la frontera, con adecuado financiamiento de emergencia sociosanitaria, comprendiendo el recorrido que han hecho y los riesgos en salud que se deben prevenir por medio de la oportunidad de acceso a la atención de salud. En este sentido, son de especial urgencia los siguientes casos:
 - a. Mujeres de cualquier edad con énfasis en el cuidado de migrantes gestantes, en proceso de lactancia, en vulnerabilidad social, y en cualquier riesgo de abuso de su dignidad y sus derechos.
 - b. NNA migrantes, en especial aquellos con alguna condición de salud física o emocional, en favor del bien superior de la infancia

y el efectivo cumplimiento de acuerdos internacionales a los que Chile se ha adscrito en esta materia.

- c. Personas con condiciones crónicas de cualquier tipo y que requieran de una efectiva continuidad del cuidado de la salud, con enfoque de riesgo y de equidad social para migrantes con enfermedades en frontera.
- *La urgente consideración de NNA no acompañados en frontera.* Si bien el fenómeno de los NNA no acompañados es frecuente en otros países de la región, en Chile se requiere de su reconocimiento formal y explícito, pues sufren de mayores riesgos de abuso, violencia, enfermedades y trauma. La experiencia de migración de los NNA no acompañados es excepcionalmente compleja y requiere de manera urgente de personal de salud, psicosocial y judicial entrenado, así como de programas de largo aliento y recursos especialmente dispuestos para este fin en la frontera norte chilena.
- *Vacunación para todos y todas en Chile.* Replicando el llamado de la Red de Migración de los organismos de Naciones Unidas a todos los países del mundo, los Estados tienen la obligación de vacunar a la población migrante, regular e irregular, en iguales condiciones de trato que los nacionales, sin discriminación (Naciones Unidas, 2020).
- *Aumentar recursos y desplegar más capacidades de salud en frontera.* Es fundamental incrementar el equipamiento, así como los recursos humanos y financieros con urgencia y de forma permanente —más allá de la actual pandemia— en la frontera norte de Chile. No existe forma alguna de establecer un enfoque de derechos, de salud pública y de protección a la vida de las personas migrantes en Chile si no se dispone de más personal, mayores recursos y más esfuerzos por crear soluciones para ellas desde la frontera.
- *Sistematización de experiencias y aprendizajes de salud de migrantes en frontera.* Sistematizar de manera formal y estructurada los éxitos y aprendizajes de esta compleja y desafiante experiencia de crisis humanitaria en la frontera norte de Chile podría ser de extraordinaria importancia para el mejoramiento de acciones y el desarrollo de programas, normativas y protocolos que se dispongan en frontera.

Además, serviría para apoyar y fortalecer el plan de acción de la política de salud de migrantes internacionales de Chile, que se encuentra en la fase final de elaboración.

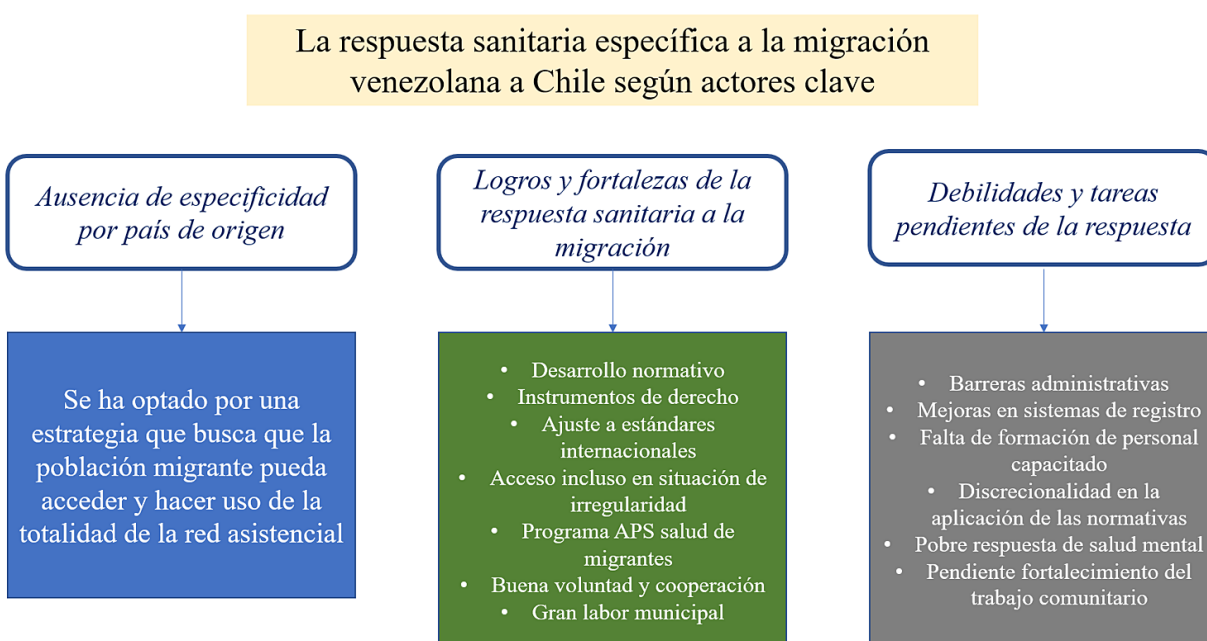
- *Registro y monitoreo de salud de migrantes en frontera con enfoque de equidad y derechos.* Es esencial mantener un registro y monitoreo de estas poblaciones migrantes con enfoque de derechos y confidencialidad de la información desde el sistema de salud para mejorar la inteligencia en salud pública frente a estas poblaciones, que residen en Chile y han llegado al territorio en contexto de crisis humanitaria y pandemia.
- *Trabajo en red por medio de programas formales de largo aliento en Chile en esta temática.* El trabajo en red articulado y de largo plazo reporta mejores resultados en salud que los esfuerzos aislados y de carácter ocasional. Por ello, proponemos en general un programa de acompañamiento intersectorial a las personas y familias migrantes que hoy están ingresando al país que comience en frontera, superando la barrera de tiempo de la cuarentena. De esta manera, se podrá asegurar la inserción en la ciudad de destino de estas personas, la reunificación familiar y el acceso a protección social a largo plazo.
- *Apoyo de sociedad académica y universitaria.* Se está trabajando en forma cooperativa en la frontera desde instituciones públicas, organismos internacionales y organizaciones civiles, pero existe la oportunidad de hacer más y mejor trabajo en red. Chile puede contar hoy, por ejemplo, con el apoyo de la sociedad civil, incluyendo el cuerpo académico dedicado a la temática de salud y migración, los docentes universitarios de profesiones de la salud y afines, y los alumnos voluntarios, entre otros.
- *Cooperación internacional con miras a una salud de todos y todas en la región.* Desde un enfoque de salud global, democracia y paz, el trabajo sostenido de cooperación internacional entre países donde se enfrenta crisis de frontera es crítico. La ausencia de diálogo y búsqueda conjunta de soluciones para la regularización de personas migrantes en fronteras comunes tiene efectos catastróficos en la vida y salud de estos individuos. Proponemos fortalecer el diálogo entre los países vinculados a la crisis de frontera que hoy enfrentamos con la

certeza de que este es un fenómeno que será duradero y persistente en la región y el país.

5.2. Respuesta sanitaria específica a la migración venezolana a Chile según actores clave

Dada la ausencia de documentos oficiales sobre la materia específica de respuesta sanitaria para la migración venezolana, esta sección se basó en la información de experiencia, conocimiento y opiniones de diversos actores clave que fueron entrevistados en la fase cualitativa de este estudio. De manera general, se identificaron tres dimensiones o aspectos principales de la respuesta sanitaria a venezolanos en Chile, que son descritos al detalle en las siguientes páginas y sintetizados en la figura 4.

Figura 4. Síntesis de hallazgos cualitativos



5.2.1. No especificidad de la respuesta por país de origen

En primer lugar, es importante señalar que, desde la perspectiva de la autoridad sanitaria, no existe una respuesta sanitaria diseñada específicamente para contestar a las necesidades de la población migrante venezolana; así como tampoco existe un sistema, subsistema o centros específicos de la red sanitaria dedicados a atender exclusivamente a la

población migrante con el fin de evitar la segregación de los distintos colectivos. De acuerdo con la autoridad sanitaria, el país ha optado por una estrategia que busca que la población migrante pueda acceder y hacer uso de la totalidad de la red asistencial, pues «La idea es que los migrantes se atiendan en toda nuestra red asistencial, que no se formen guetos, que no ocurra que exista un equipo de salud para los migrantes» (E1, autoridad sanitaria).

La postura que ha tomado la autoridad sanitaria resulta coherente con lo propuesto por académicas expertas en materia de migraciones. Desde la academia se señala que las políticas migratorias deberían tener un marco de abordaje que considere la totalidad del fenómeno migratorio, antes que una estrategia segmentada de acuerdo con cada uno de los flujos migratorios. No obstante, esto no excluiría el organizar respuestas específicas a las necesidades de los distintos colectivos. En ese sentido, una experta señala: «Creo que las políticas no pueden ser focalizadas en un flujo. Obviamente, si hay demandas específicas habrá que atenderlas, pero es necesario tomar decisiones de política migratoria generales» (E7, académica experta en migración).

Esta estrategia pareciera tener un correlato con lo que ocurre en los centros de atención de salud. Desde los servicios de salud se señala que no existe una diferenciación entre población venezolana y población chilena en lo referido al trabajo en salud que se lleva a cabo, lo cual podría estar explicado por el manejo de un idioma en común que evita la necesidad de estrategias específicas de abordaje tales como la facilitación lingüística.

Particularmente para la población venezolana, no. No, yo creo que el que todos seamos hispanohablantes ha permitido que no se haga más con ellos de lo que se hace con la población chilena [...] con ellos particularmente yo no he visto mucho (E12, funcionaria de servicio de salud).

Particularmente para la población venezolana, alguna innovación particular hacia ellos, no. Se hacen de manera general (E14, funcionaria de servicio de salud).

5.2.2. Logros y fortalezas de la respuesta sanitaria a la migración

En términos generales, el desarrollo normativo que se ha producido en Chile para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población migrante internacional, independientemente de su estatus migratorio, es reconocido por distintos actores como una respuesta del Estado ante los flujos migratorios que beneficia a la población venezolana.

Desde la autoridad sanitaria, se percibe que tanto el desarrollo normativo como la puesta en marcha de la política de salud de inmigrantes internacionales sitúan a Chile a nivel regional como uno de los países que ha desarrollado una importante respuesta sanitaria hacia la población migrante, estableciendo garantías para el ejercicio del derecho a la salud.

La regulación normativa ha ido avanzando en pro de ir asegurando el acceso a la atención de salud de las personas migrantes. Data ya del año 2003, principalmente con mujeres embarazadas, teniendo un gran hito con el decreto 67, dando la posibilidad de tener acceso a atención de salud a personas en situación migratoria irregular. Esto es sin permiso de residencia o sin documentos, lo que es un hito, porque en el contexto latinoamericano estamos en una situación pionera también con el lanzamiento de la política (E1, autoridad sanitaria).

Desde la perspectiva de académicas expertas en materia migratoria se indica la relevancia del trabajo realizado por el sector salud, particularmente en lo referido a la elaboración de instrumentos relacionados al derecho, el acceso y la atención en salud de la población migrante: «En Chile, el sector salud ha sido de los más inclusivos respecto a los instrumentos que ha generado para la atención de la población migrante, ha habido una política de salud migrante, preocupación del acceso y derechos de la población migrante» (E9, académica).

Desde la percepción de los profesionales de los servicios de salud también se reconoce cómo el trabajo desarrollado por el Minsal, ha facilitado la atención de la población migrante, ajustándose a estándares internacionales y superando incluso las limitaciones que pudiese representar la ley de extranjería vigente, que no hace referencia a la atención de salud.

Creo que la respuesta ha sido buena, si bien hay cosas en las que hay falencias y que obviamente hay que mejorar, creo que ha sido buena. El Ministerio de Salud, a pesar de la legislación actual, dados los tratados internacionales, le da toda la facilidad al migrante para que pueda ser atendido de manera expedita en nuestros centros de salud (E14, trabajador servicio de salud).

La percepción de la relevancia de los esfuerzos realizados por el Minsal y la institucionalidad del sector salud para reconocer el derecho a la salud de la población migrante sin que importe su situación migratoria también proviene de organizaciones sociales que trabajan en pro de los derechos de esta población.

También algunos ministerios han hecho trabajo, no solo hacia la población venezolana, sino que en general a la población migrante. El Ministerio de Salud, por ejemplo, es uno de los ministerios que ha avanzado más en garantizar derechos a la población migrante. Por ejemplo,

que hoy la población irregular pueda acceder a los servicios de salud, que eso es algo que en otros países no vemos (E15, miembro organización social de migrantes).

En ese sentido, Fonasa sí se ha preocupado de ampliar su visión y acceso a salud. Antes era solo con visa en trámite y ahora es con visa en trámite, niño, niña y adolescente en cualquier situación, mujeres, enfermos crónicos en cualquier situación, y cualquier persona que acredite que no es turista; y eso ya incluye persona de ingreso clandestino, indocumentada, algo que antes no existía y ha mejorado (E8, migrante).

Junto con lo normativo, desde la autoridad sanitaria se reconoce a lo programático como un segundo pilar fundamental de la respuesta sanitaria del país ante las necesidades de la población migrante. Esto se refiere específicamente al Programa de Acceso a la atención de salud para personas migrantes. De acuerdo con la autoridad sanitaria, el programa otorga un refuerzo económico a diversas comunas a lo largo del país que presentan una alta densidad de población migrante con el fin de que lleven a cabo diversas acciones para mejorar el acceso y la atención.

Estamos con más de treinta comunas, desde Arica hasta Puerto Montt [...] Hay un programa formalmente establecido que tiene metas, indicadores, donde los servicios de salud transfieren recursos a las comunas, se establecen convenios [...] Desde que entra al establecimiento de salud, desde el guardia que lo recibe, pasando por la persona que está en Admisión, detrás de la ventanilla, pasando por los técnicos, por los profesionales de los distintos programas, que tengan competencias para atender a personas con diversidad cultural. Esa es una labor titánica, pero que sentimos que ya hemos avanzado en eso. Por tanto, este no es un programa destinado a atender a las personas migrantes, sino que es un programa de refuerzo. ¿Qué quiere decir refuerzo? Hay refuerzo económico para las comunas con mayor densidad de migrantes y también que las actividades sirvan para mejorar el acceso, lo que tiene que ver con actividades comunitarias, capacitaciones, trabajo en terreno, capacitaciones al personal de salud en los derechos que tienen los migrantes y también en interculturalidad en salud (E2, autoridad sanitaria).

Por otra parte, las organizaciones sociales de personas migrantes señalan que han encontrado interés, voluntad y colaboración en personas de organismos centrales, como el Departamento de Interculturalidad del Minsal y la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, para llevar a cabo actividades que permitan responder a la necesidad de información del colectivo de migrantes venezolanos. De igual forma, señalan que dichas personas han contribuido a la resolución de diversos casos específicos.

Conjuntamente, estoy en contacto con los chicos de la Seremi de Salud acá de la Región Metropolitana y con el jefe de Interculturalidad del Ministerio de Salud, y sí, se ven muy motivados. Me han llegado casos por la misma cuenta donde ellos me han ayudado a solucionarlo, incluso ellos han participado conmigo. Nosotros hemos dado charlas, el jefe de Interculturalidad nos apoyó. Hicimos un *webinar* donde las personas, el que quería, ingresaba;

y aclaramos cualquier tipo de duda de lo que era el sector salud con los migrantes en general. Entonces, de verdad que interés sí manejan (E11, miembro organización social de migrantes).

Particularmente, diversos tipos de actores señalaron el rol fundamental que han cumplido los municipios en la articulación de respuestas ante las necesidades de la población migrante venezolana de sus respectivos territorios. Dentro de este rol se puede reconocer la valoración que se le da a su capacidad para responder, incluso con escasos recursos, a la serie de necesidades que presenta la población migrante en su cotidianeidad, capacidad de respuesta que se ha dado tanto en el ámbito de salud como en otros propios de los procesos de inclusión social.

Creo que los municipios han demostrado ser claves en la respuesta sanitaria, pero también en la respuesta de la primera línea a las necesidades de la población venezolana y en el proceso de integración con la comunidad de acogida. Desde el Gobierno central debiese haber un mayor apoyo de las iniciativas municipales (E16, experta de organización internacional).

A pesar de todo, las municipalidades son las que dan la cara, con los pocos recursos que tienen son las que dan la cara del Estado. Es el colmo, valoremos a las municipalidades. Algunas, no todas. Porque la verdad es que no sé qué haría este Estado sin las municipalidades, porque son las que paran los golpes todo el rato (E15, miembro organización social de migrantes).

La labor de los municipios también es reconocida por su capacidad de gestionar una gran cantidad de proyectos para responder a las necesidades de la población venezolana, así como por la generación de instancias de intercambio con la sociedad civil organizada para mejorar dichas respuestas.

Desde los municipios he visto muchísimos proyectos, muchísimos esfuerzos que se han realizado durante los últimos años para generar una mejor respuesta para la migración venezolana. Hace poquito hubo un encuentro de la Macrozona Norte en donde participaron municipios, organizaciones de la sociedad civil, y todos los funcionarios municipales estaban ahí, buscando mejorar la respuesta que tienen para las personas migrantes y refugiadas (E16, experta de organización internacional).

También se puede observar la gran relevancia que tiene la disponibilidad de infraestructura, recursos e insumos médicos dentro de la valoración de la respuesta del sistema de salud chileno por parte de personas migrantes venezolanas. Esta es fundamentada con base en la percepción de un importante contraste entre lo que dispone el sistema sanitario chileno y la situación del sistema sanitario del país de origen.

En Venezuela no se podía detectar, no porque el médico fuese malo, sino porque no tenían las herramientas; no había reactivos para los exámenes y aquí sí lo logras. Hasta el mismo chileno

debería darse cuenta de lo grande que tiene, porque yo comparo desde un nivel bajo y aquí ustedes están en un punto bueno. De repente para ustedes no sea el mejor, pero está. No está bien que digan que la salud es mala porque la salud no es mala, los médicos son buenos, son responsables (E19, migrante).

Es muy bueno, de verdad, a mí me parece que el sistema de salud es bueno; y bueno en comparación de lo que nosotros tenemos en Venezuela, que es prácticamente nulo. Esto es la gloria (E11, migrante).

Por otra parte, existen percepciones positivas por parte de personas migrantes venezolanas respecto a la respuesta sanitaria que han recibido en Chile a sus necesidades. A partir de diversas experiencias en el sistema sanitario ante necesidades propias o de integrantes de su familia, se realiza una particular valoración de la atención y el trato del personal médico, así como del seguimiento y monitoreo de manera remota.

Lo que he necesitado a nivel de salud me lo han brindado, he contado [con] el apoyo que he requerido. Cuando fui al [hospital] Calvo Mackenna a pedir una de las tantas citas para chequear a mis hijas, una de las personas que estaba ahí me dice: «Señora, disculpe, es que lo que pasa es que en este país la medicina no funciona». Yo la miro y le digo: «¿Cómo me dices eso si a mí me ha funcionado tan bien?». Yo estoy tan contenta, estoy tan alegre, los médicos me encantan. Los médicos son súper simpáticos, son súper amables, son tan responsables. Durante esta pandemia han llamado a mis hijas para saber cómo están y les hacen una consulta vía telefónica. Mira lo increíble que son, yo estoy fascinada (E19, migrante).

Junto con lo anterior, se puede reconocer en los relatos de las personas migrantes venezolanas una gran satisfacción con los servicios recibidos en los centros de atención primaria del sistema de salud chileno. Son mencionados particularmente los servicios de inmunización, entrega de medicamentos, nutrición, odontología, detección y tratamiento de enfermedades crónicas, y control y monitoreo remoto.

A mis hijos los tratan en el módulo médico, en el consultorio, en el Cesfam, excelente. No me puedo quejar de los Cesfam, para mí es lo mejor a lo que puedo ir. Al ir me siento amena, me siento en casa, me siento atendida. A los niños les dan sus medicamentos, sus vacunas, están pendientes a nivel odontológico, nos llaman. Es otra cosa. No sé si la dirección es diferente, los programas son diferentes (E17, migrante).

Mi esposo se mareó, se desmayó, de hecho. Lo atendieron en el Cesfam Rosita Renard, le detectaron que no sabía que era hipertenso. Le dieron su medicina, lo atendieron muy bien, le pusieron un régimen alimenticio para ayudarlo, porque tenía el azúcar alta, tenía hipertensión y él no sabía. Le hicieron exámenes de sangre, le detectaron todo eso, lo nivelaron y ya está bien (E19, migrante).

Como se señalaba anteriormente, la entrega de medicamentos es mencionada por personas migrantes venezolanas como una respuesta particularmente importante que ofrece el sistema sanitario a las necesidades

de salud de las familias venezolanas. Se destaca su carácter gratuito, así como la existencia de la farmacia comunitaria, que permite acceder a medicamentos cuando no hay disponibilidad en los centros.

Mi esposo es hipertenso y ha cumplido sus tratamientos, anualmente le hacen su chequeo. Le dan sus medicamentos gratuitamente y eso es una bendición muy grande porque no sé si todo el mundo lo hace, pero en nuestro caso es una bendición que podamos adquirir los medicamentos. Y si no los podemos adquirir, está la farmacia solidaria, donde nos podemos inscribir en la municipalidad y obtenerlos (E17, migrante).

5.2.3. Debilidades y tareas pendientes de la respuesta sanitaria

Una debilidad de la respuesta sanitaria que señalan diversos actores corresponde a la existencia de barreras administrativas que enfrenta la población migrante venezolana en el proceso de acceso a la atención de salud. Dentro de estas, a partir de la experiencia de las ONG, se identifica la dificultad que representa para las personas migrantes conseguir la documentación requerida para afiliarse o inscribirse en el sistema de salud. Esto principalmente porque los requisitos para conseguir dichos certificados no se ajustan a lo planteado por la normativa ministerial original y son particularmente engorrosos en el contexto de las condiciones de vida que tienen muchas personas migrantes. Por ejemplo, solicitar certificado de antecedentes criminales, completamente desconectados del proceso real que se ha diseñado desde el sistema de salud público en Chile.

La primera necesidad es el acceso a la salud. Nuestra principal consulta es que para ingresar te piden un certificado de residencia que, generalmente, se acredita con la boleta o el contrato de arriendo, donde la mayoría arrienda pieza o casa entre varios, por lo que no tienen una boleta a nombre de ellos; por ende, no pueden acreditar domicilio. ¿Y cómo lo pueden acreditar? Con un certificado de residencia. Vaya a saber él cuál es su junta de vecinos o su presidente. Y ahí se genera un círculo donde no se pueden inscribir a salud por no poder llegar con el certificado de residencia (E8, miembro organización no gubernamental).

Otra barrera administrativa que obstaculiza la atención de personas migrantes, identificada esta vez por funcionarias de los servicios de salud, corresponde a los sistemas de registro, pues la ausencia de un sistema unificado dificulta la continuidad de los cuidados.

Hay muchas barreras de tipo administrativas que también impiden que las personas migrantes puedan acceder a la atención de salud de manera adecuada. Por ejemplo, el mismo hecho de que no contemos con un sistema unificado de registro de usuarios, de pacientes, a nivel nacional, impide muchas veces que tú puedas dar continuidad a la atención de salud a las personas y que ellas se tengan que estar inscribiendo en un lugar y luego narrando las mismas historias para irse a otro lugar (E12, funcionaria de servicio de salud).

Otra debilidad identificada corresponde a la falta de formación del recurso humano que trabaja con población migrante. De acuerdo con lo señalado por las ONG, incluso los profesionales que trabajan de cerca con la población migrante no reciben formación en temas migratorios dentro de sus currículums. Esto tendría un impacto al momento de la atención por el desconocimiento de los distintos procedimientos pertinentes, lo que termina trasladando la responsabilidad del conocimiento de la oportunidad de atención exclusivamente al usuario migrante.

A nivel más local el gran problema que tenemos en Chile es que nadie enseñe de migración. Uno va a la universidad y a nadie, ni siquiera a un trabajador social, le enseñan de migración. A los abogados tampoco le[s] enseñan de migración. Entonces, eso también se ve reflejado [en] que, al momento de atender a un migrante, nadie sabe qué hacer; pero sí está la buena práctica de garantizar el acceso a salud a la población migrante. Pero del dicho al hecho hay un trecho. Pero por lo menos está escrito. Entonces, si uno va con el documento escrito, accede. Bueno, como todo en Chile, uno tiene que saber, sino fregó (E8, miembro organización no gubernamental).

Desde la perspectiva de académicas expertas en migraciones, la discrecionalidad de la aplicación de la normativa es otra gran debilidad de la respuesta sanitaria de Chile frente a la necesidad de atención de la población migrante. A pesar de la existencia de instrumentos que establecen el derecho a acceder a servicios de salud para la población migrante, siguen siendo los funcionarios finalmente quienes deciden aplicar o no la norma; y, en caso de hacerlo, cómo aplicarla.

La garantía de derechos estaría dada a nivel de los instrumentos [...] pero de nuevo va a depender de la discrecionalidad de quien esté trabajando en esos lugares. Entonces, lo terrible que tenemos en Chile es que esta discrecionalidad de quién abre las puertas, ya sea de las fronteras, de los servicios; porque puedes tener un montón de instrumentos que establezcan que estos son los derechos de la gente, pero quien pone en práctica eso son los servicios de salud y el profesional de atención directa (E9, académica experta en migraciones).

La discrecionalidad también es reportada como una barrera por los representantes de las organizaciones sociales de migrantes, incluso desde su propia experiencia. Se señala la existencia de una diversidad de trabas que varían en cada centro de salud y que la única posibilidad de superarlas es que la población migrante maneje información respecto a la normativa, lo cual pone nuevamente la responsabilidad exclusivamente en el migrante venezolano y no en el sistema sanitario.

Yo nunca me inscribí. Ahorita yo tengo mi carné vencido, pero yo nunca me inscribí en el consultorio de salud que estaba cerca de mi domicilio porque siempre me ponían una traba

diferente, siempre. Y yo nunca había encontrado la forma de decirle, sabes, en la ley dice que es con esto y ya [...] Pero yo conozco las bases y ya yo sé cómo decirles a ellos busca tal información y ahí vas a encontrar todo. No es malo el sistema, lo que es, es un poco en las trabas de acuerdo a cada consultorio para que la gente se pueda inscribir y pueda disfrutar de los beneficios de salud (E11, miembro organización social de migrantes).

La percepción de la existencia de barreras administrativas que se instalan de manera discrecional en distintos centros señalada anteriormente es reforzada por lo comentado desde los servicios de salud. En este caso, se identifica que ciertos centros de salud obstaculizan los procesos de inscripción de personas migrantes, exigiendo más documentos de los que la norma establece.

Muchas veces nos hemos encontrado con establecimientos de salud que se dan el lujo, de una manera bien irónica se dan el lujo de pedir más documentos para la inscripción de una persona que los que legalmente debería[n] pedir; por ejemplo, la tarjeta migratoria de la PDI cuando solamente para la inscripción necesitas el pasaporte, un certificado de domicilio (E12, funcionaria de servicio de salud).

La experiencia de personas migrantes venezolanas enfrentando barreras administrativas que obstaculizan su atención en salud también ha sido constatada por Pilquil (2020), quien señala que hay funcionarios de la red asistencial que parecieran desconocer la normativa. Esto obliga a los migrantes a buscar soluciones en redes de apoyo tales como las de ONG que facilitan los procesos. Por otra parte, a partir de lo señalado por las ONG en este estudio, se puede comprobar la percepción de la insuficiencia de la respuesta sanitaria en materia de salud mental. Para ese punto, se resalta especialmente la ausencia de servicios de psiquiatría y psicología dirigidos a niños y niñas. Como se ha indicado anteriormente, este grupo de la población venezolana presenta necesidades de salud mental que requieren ser atendidas en el corto plazo, pero no están encontrando una respuesta en la red asistencial pública.

En el sistema de salud pública casi que no hay psiquiatras infantiles. Psicólogo en algunos consultorios, pero es muy poco, tendrán una atención al mes, si es que. Y psiquiatra, como te digo, no hay; y niños que tengan alguna problemática más complicada casi no tienen ese tipo de atención. Entonces, es súper complicado. Ahí hay un vacío gigante en la salud pública que se especialice en niños y adolescentes (E6, miembro organización no gubernamental).

Por parte de la autoridad sanitaria, el fortalecimiento del trabajo de base comunitaria con las organizaciones de la población migrante se identifica como un desafío pendiente. Así también, se reconoce la necesidad de contar

con mayor cantidad de recursos, sobre todo ante los inminentes desafíos que plantea el actual contexto sanitario y su impacto en los flujos migratorios. El aumento de dichos flujos y de la precariedad de las condiciones de vida de las personas migrantes requerirá de una respuesta que movilice una gran cantidad de recursos, con una base comunitaria que facilite la acción territorial.

Creo que todavía nos falta mayor trabajo con las organizaciones de migrantes, con la sociedad civil en general; y ojalá poder contar con mayores recursos. Siempre los recursos son escasos, sobre todo ahora que podemos vislumbrar que con el tema de la pandemia hay muchas zonas de Latinoamérica que están viviendo problemas económicos, sociales, hay muchas zonas donde se está viviendo hambre. Eso va a activar nuevos flujos migratorios en zonas rurales, por ejemplo, y vamos a tener que estar preparados para esos nuevos desafíos que se nos van a plantear de aquí a un tiempo más (E1, autoridad sanitaria).

Tenemos que alentar a una pesquisa activa, no esperar a que lleguen por algún problema de salud, sino que salir a terreno e ir donde principalmente están ellos para poder difundir estos derechos. Y ahí por supuesto que adquiere sentido el trabajo territorial con organizaciones de migrantes. Algunos saben y otros tal vez no. Seguimos teniendo ahí una brecha importante que creemos que podemos reducir (E1, autoridad sanitaria).

En conclusión, a pesar de que no existe una respuesta sanitaria específica según país de origen, se pueden reconocer acciones que de manera indirecta o directa benefician al colectivo de migrantes venezolanos. Contar con un marco normativo sanitario alineado con los acuerdos internacionales en materia de salud y migración representa una de las principales fortalezas de la respuesta nacional. Por ejemplo, este marco se encuentra alineado con lo planteado en el Plan de Acción Mundial 2019-2023 para la promoción de la salud de migrantes y refugiados de la OMS, entre cuyas prioridades se propone que se requiere del fortalecimiento del sistema sanitario para promover la salud del refugiado y los migrantes, así como del desarrollo de leyes y políticas sanitarias y de protección social sensibles a la migración (OMS, 2019). Por otra parte, resulta necesario atender con rapidez las debilidades identificadas, sobre todo en el entendido de que gran parte de los tópicos de debilidades fueron definidos como áreas de acción prioritarias en la Reunión Ministerial Regional sobre Migración en Masa y Salud. A la fecha, áreas prioritarias como el fortalecimiento de los sistemas de registro y vigilancia, la sensibilización y capacitación de los trabajadores de salud, y el mejoramiento de la continuidad de cuidados, aún presentan debilidades por subsanar en el país (OPS, 2018).

5.3. Respuesta sanitaria específica para poblaciones migrantes internacionales en Chile en el contexto de la pandemia

En el contexto de la pandemia de SARS-CoV-2, se ha implementado en Chile una variedad de respuestas dirigidas a la población migrante internacional en el marco del decreto 4 del Minsal, de 2020, que promulga la alerta sanitaria por COVID-19:

- La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, en su documento de recomendaciones generales para la atención primaria de salud en contexto de pandemia de SARS-CoV-2, insta a identificar a las poblaciones vulnerables que podrían enfrentar barreras de acceso, incluyendo a los migrantes internacionales.
- El decreto 6, del 6 de marzo de 2020, modifica el mencionado decreto 4 del mismo año, en el cual el Minsal habilita la contratación y el ejercicio de médicos extranjeros cuyo título no esté revalidado en Chile. Según el análisis del SJM realizado a partir del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, desde marzo hasta junio del año 2021 se han incorporado 530 profesionales para hacer frente a la emergencia sanitaria, accediendo a la oportunidad de ejercer en el territorio nacional.
- El 18 de marzo del 2020 se dio inicio al cierre de fronteras, para lo cual se creó un plan humanitario de retorno ordenado para los migrantes que lo requirieran, al cual se puede postular al margen de la situación migratoria, de que no se posea núcleo familiar en Chile, de mantener causas penales pendientes o de que se cuente con orden de expulsión vigente.
- El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MinJusticia) promulgó el decreto 34 el 27 de marzo de 2020, que extiende la vigencia de la cédula de identidad para extranjeros con el propósito de evitar contagios masivos de migrantes en las oficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación. Este beneficio aplicaría para más de 200 000 migrantes que han tramitado ante el DEM una solicitud de cambio o prórroga de visa de residente o permiso de permanencia definitiva. Así, las cédulas que expiraron durante 2019 extendieron su

vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020, y aquellas que expiraron durante 2020 ganaron un plazo adicional de un año, a contar desde la fecha de vencimiento.

- El DEM del MinInterior estableció lineamientos para la digitalización de trámites con el objetivo de reducir los procedimientos presenciales y la exposición de la comunidad migrante. La circular 27, del 20 de marzo del 2020, ofrece un certificado electrónico de visado de residente para aquellos que no hayan estampado la visa otorgada y rige desde el 23 de marzo con una vigencia máxima de seis meses.
- La circular 14, del 18 de junio de 2020, permite adjuntar el certificado de antecedentes penales del país de origen en forma digital y sin apostillar por un periodo de 120 días corridos desde el 1 de junio, facilitando así la postulación a visas. A partir del 6 de agosto de 2020, el DEM anunció la reducción de requisitos para las solicitudes de permanencia definitiva, la carta de nacionalización y la prórroga de visa temporaria. Además, habría interoperabilidad entre instituciones para evitar que el migrante deba movilizarse hacia ellas y, a partir del 8 de junio, el DEM ofrece a los migrantes que quedaron desempleados una ampliación de 150 días en el plazo para presentar su contrato con un nuevo empleador con el objeto de que no caigan en irregularidad.
- El Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Mindes/Mindefa/MDFS) dispuso albergues en la Región Metropolitana a los cuales pueden acceder los migrantes internacionales que se encuentren en situación de calle, beneficio aprovechado —según los registros disponibles— por más de 3500 migrantes.
- En abril de 2020, la Mesa Social de COVID-19 conformada por expertos y autoridades discutió el impacto de la pandemia en la salud mental, destacando el riesgo de la población migrante internacional. La vulnerabilidad surge al ser esta parte de los trabajadores durante la cuarentena, exposición que se agudiza según la situación migratoria y las prácticas discriminatorias de la sociedad. A partir de estos antecedentes, la Mesa Social propuso considerar a los migrantes internacionales en las políticas y acciones para prevenir tratos injustos, asegurar el acceso a bienes y servicios, y generar fondos solidarios, limitando así el crecimiento de la desigualdad.

- La Presidencia del Senado convocó al diseño de la Agenda de Género COVID-19, donde se contempló a las mujeres migrantes. En esta iniciativa destacaron las siguientes recomendaciones: a) una renta básica de emergencia de amplia cobertura, b) la regularización migratoria para el acceso a apoyos y servicios, c) la condonación de multas por irregularidad migratoria, y d) el establecimiento de la cédula provisoria para acceder a la salud pública y al sistema de protección social.
- La plataforma ChileAtiende del Gobierno chileno dispuso un área de información específica denominada Coronavirus (COVID-19), dirigida a migrantes internacionales en Chile. En este espacio digital se ofrecen soluciones a preguntas frecuentes ante la contingencia sobre la vigencia de la cédula de identidad, el trámite del estampado de visa, los trámites presenciales y no presenciales, el permiso de turismo por vencer, el acceso al fondo de cesantía y la opción de soporte en línea con «*ticket* de ayuda».
- La Asociación de Municipalidades de Chile (Amuch), mediante una encuesta realizada en el contexto de la COVID-19 (abril de 2020) a municipalidades que cuentan con el sello migrante (reconocimiento del DEM por promover la inclusión de población migrante), reveló un alto nivel de dificultad para garantizar el acceso a servicios a la población migrante, ya sea por desconocimiento del acceso, saturación de los servicios, déficit de información destinada a los migrantes, tiempo a deportación, y brecha idiomática y/o cultural. Además, el personal de dichas municipalidades destaca la urgencia de un subsidio para la alimentación, de agilizar procesos para otorgar cédulas y de la creación de albergues, entre otras medidas apremiantes.
- El Estado chileno dispuso una serie de beneficios (bono familiar, subsidios, ingreso familiar de emergencia, ley de protección del empleo) para la ciudadanía general, a los cuales pueden acceder —potencialmente— los migrantes internacionales. Para ello, requieren de cédula de ciudadanía para inscribirse en el registro nacional de hogares y acreditar su situación de vulnerabilidad.
- Las ONG, en apoyo a la población migrante internacional, han liderado iniciativas relevantes, por ejemplo, el Instituto Católico

Chileno de Migración (Incami) creó la campaña «no más distanciamiento», cuyo objetivo fue visibilizar a los migrantes que no califican para beneficios estatales. Esta estrategia fue implementada, pues la accesibilidad a beneficios del Estado estuvo ampliamente determinada por la demostración de ingresos formales y la disponibilidad de cédula de identidad vigente. La organización también ha gestionado albergues para migrantes en la Región Metropolitana con facilidades de alimento y protección personal.

- El SJM, mediante su aplicación MigrApp, provee una plataforma para resolver dudas de trámites migratorios, vivienda, salud y educación, facilitando la integración y el acceso a ayuda humanitaria en medio de la pandemia. Adicionalmente, en su página web, el SJM ofrece un instructivo del sistema de salud chileno en el cual se indican los pasos a seguir ante la sintomatología por COVID-19 y la necesidad de apoyo psicológico, independientemente de la situación migratoria. EL SJM, junto a la Comisión de Salud y Migración del Colegio Médico de Chile y otras organizaciones, plantearon propuestas específicas para abordar la vulnerabilidad de los migrantes en tiempo de pandemia con la meta de proteger sus derechos humanos.

Una situación adicional fue la definición el día jueves 10 de febrero del 2021 de la no vacunación a personas migrantes internacionales con visa de turista o en situación irregular, tal y como lo mandató la resolución exenta número 1138 en la que se indicaba que:

[...] debe precisarse que la población que vive en Chile es aquella que tiene nacionalidad chilena, permanencia definitiva, visa de residente, visa de estudiante o visa sujeta a contrato, o quienes cuenten con una solicitud de visa temporal o definitiva ingresada a trámite, excluyendo a aquellos que estén transitoriamente en el país exclusivamente con una visa de turista.

Al respecto de esta resolución y su restricción a personas migrantes, refugiadas y en movilidad que se encuentren con visa de turista o en situación irregular, cabe señalar que esta medida se consideró una grave exclusión humanitaria, de carácter discriminatorio e inequitativo contra personas migrantes en condiciones de severa vulnerabilidad social y de salud en todo el territorio nacional y la región de Latinoamérica.

Esta medida excluye de manera intencionada a dos grupos de migrantes: a) aquellos con visa de turista y b) aquellos en situación migratoria irregular. La visa de turista es la que adquieren por norma chilena la mayoría de los extranjeros que ingresan al país por las primeras doce semanas; sin embargo, muchas personas migrantes, independientemente de esta categoría, ingresan a Chile buscando acogida y asentamiento. Excluir a migrantes con visa de turista, especialmente a adultos mayores y con condiciones crónicas de salud, solo porque llegaron al país hace menos de tres meses, es arriesgado y no tiene fundamento. Las personas migrantes en situación irregular, por su parte, son principalmente de dos tipos: a) personas que ingresaron por un paso no habilitado, y b) personas cuyas visas expiraron y no han reiniciado los trámites de regularización. Los migrantes en situación irregular en todos los países del mundo tienden a ser los más vulnerables y marginados, y documentan vivir en situaciones de pobreza y riesgo para la salud. Para salir de la irregularidad se debe pagar una multa, lo que no siempre está al alcance de los migrantes; y al no contar con visa vigente, estos quedan fuera de diversas medidas de emergencia instaladas en el contexto de pandemia. Estas personas no son solo migrantes recientes, sino que pueden llevar varios años viviendo y trabajando en Chile, incluyendo en ese grupo una vez más a adultos mayores y personas con condiciones crónicas.

De acuerdo con la opinión de diversos expertos, esta medida desatiende de manera deliberada el contexto de crisis humanitaria migratoria y de crisis sociosanitaria por la pandemia de COVID-19 que hoy viven miles de personas en movilidad en la región y el territorio nacional chileno, al margen de su estatus migratorio. Es una falta grave al derecho universal e inalienable del acceso a la salud, que se vuelve especialmente relevante en contextos de crisis múltiples como las recién señaladas. Además, esta medida va contra todo entendimiento esencial de la salud pública, de cómo opera esta y cómo se deben desarrollar sus medidas en contextos de emergencia, puesto que el marginar selectivamente a subgrupos poblacionales expone a brotes de infección no solo a dichos colectivos, sino también a los nacionales por sus contactos directos con estos.

Muchas personas con visa de turista o en situación irregular en el país cumplen con todos los criterios universales de vacunación contra la COVID-19 en términos de grupo etario de riesgo y por la presencia de

enfermedades crónicas. Impedir la vacunación a migrantes adultos mayores con condiciones crónicas de salud solo por su estatus migratorio es una falta grave a la protección de la vida y la dignidad de la persona humana en un contexto de pandemia. Esta medida se suma a otras de albergues temporales de baja calidad y alta densidad de personas migrantes en el territorio, relativas al uso de albergues y residencias sanitarias como centros para expulsiones masivas, y a la militarización de la frontera del país. Por otra parte, se reconoce que esta medida es reactiva a la información que entregan los medios de comunicación nacionales, que sin conocer la profundidad y complejidad del fenómeno migratorio ni de la crisis sanitaria actual emiten información que provoca miedo, odio y rechazo en la población, sin responsabilizarse de las consecuencias sociales y políticas de sus comunicados.

Con todo, la Rechisam, junto a más de 150 asociaciones, sociedades científicas y ciudadanos en Chile, incitó al Gobierno a reformar esta medida con un enfoque de salud pública real por el bien de la vida de niños, niñas, jóvenes y adultos migrantes que han sufrido inclemencias humanas, sanitarias, sociales y climáticas de todo tipo para lograr sobrevivir en la región. Se hizo un llamado especial a:

- Asegurar el derecho a la salud de todo ser humano que habita el territorio nacional, sin importar edad, género, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, país de origen y creencias, con un profundo sentido de respeto a la dignidad humana y a la diversidad social y cultural que hoy nos representa como sociedad.
- Recuperar la tradición histórica nacional de salud pública en inmunizaciones que considera a las vacunas como un bien público de salud sin ningún tipo de discriminación ni restricción, la misma que nos ha permitido erradicar como país de manera exitosa enfermedades tan relevantes como la polio, el sarampión, etc.
- Recuperar una visión amplia y de largo aliento de la sanidad pública en materia de salud de migrantes, refugiados y personas en proceso de movilidad en Chile, dentro del contexto de crisis por la pandemia de COVID-19, que sea por esencia integral, equitativa, con sólidas competencias técnicas y basada en la evidencia científica.

- Cautelar que la información que se difunde en los medios de prensa sea revisada desde un ángulo técnico experto que informe de manera comprensiva y real sobre las complejas aristas migratorias, sanitarias, sociales, políticas y culturales que Chile y toda la región están enfrentando en materia de salud pública en la actualidad.
- Abogar de manera persistente por un enfoque regional e internacional del fenómeno migratorio y la crisis sociosanitaria por COVID-19 que enfrenta toda la población en el territorio latinoamericano.
- Comprender de manera informada e integral que tanto la pandemia como la migración son fenómenos complejos y duraderos en el tiempo, por lo que, en lugar de medidas restrictivas, se debe abogar por más y mejores acciones y mecanismos de despliegue de recursos y capacidades para los equipos de salud, psicosociales y civiles que hoy están en la primera línea del sistema de salud en las comunidades y la frontera.

6. APOYO A LA RESPUESTA DESDE ORGANISMOS INTERNACIONALES

En primer lugar, es importante enmarcar el rol de los organismos internacionales para entender las características de las respuestas que articulan. Siguiendo lo que señala un experto de un organismo internacional, no se puede depositar en dichos organismos una expectativa de resolución de los problemas que enfrenta la población migrante, pues es esencialmente responsabilidad del Estado elaborar políticas públicas que permitan dar solución a los problemas que acontecen en el país. Adicionalmente, el Estado puede acudir a los organismos internacionales en busca de colaboración respecto a las acciones a emprender dado que este tipo de entidades, «[...] como agencia del sistema, no reemplazamos la tarea del Estado, sino que la complementamos, la apoyamos, la fortalecemos» (E18, experto de organización internacional).

Adicionalmente,

Se habla de una gobernanza de las migraciones. Justamente, uno tiene que incorporar a todos los actores del nivel estatal, del sector privado, llámese empresa, academia, ONG, sociedad civil; y entre todos los actores abordar todos los temas, porque cada uno tiene su particularidad y se relaciona, todo se vincula. Si la persona no tiene trabajo, pierde la vivienda porque no puede pagar los arriendos, los gastos, los servicios, pierde la calidad de

alimentación, también comienza a afectar la salud mental, la salud física. Es toda una cadena (E18, experto de organización internacional).

Por ejemplo, como señala Chaná (2019), existe una relación entre la vivienda y la salud de las personas migrantes en la que una menor condición de salubridad de la vivienda se traduce en una mayor demanda de servicios de salud. También se identifica un alza de la oferta de viviendas con condiciones de insalubridad, hacinamiento y precariedad que carecen de servicios básicos, las cuales suelen ser ocupadas por migrantes en situación irregular.

Por otra parte, ambos expertos de organizaciones internacionales destacan la Plataforma R4V como la principal instancia a través de la cual los organismos de las Naciones Unidas están articulando una respuesta en torno a las necesidades asociadas al flujo migratorio venezolano. Esta ha cobrado particular relevancia en Chile porque se levantó una instancia de carácter nacional, después de dos años de participación exclusiva a nivel regional. Su objetivo es articular una respuesta coordinada para abordar el fenómeno migratorio venezolano.

Desde las agencias hay una plataforma de respuesta, que es la Plataforma R4V. Es una plataforma de respuesta a los flujos venezolanos migrantes y refugiados que se creó hace tres años y se ha fortalecido. Chile, desde este año, tiene su capítulo nacional, porque antes era parte de una coordinación [...] con los otros países del Cono Sur. Pero, con las características de que Chile es el tercer país de destino, se desapega del Cono Sur para tener una coordinación propia. Esta plataforma nacional está constituida por veinticuatro organizaciones, catorce organizaciones del Sistema de [las] Naciones Unidas y diez ONG. Esta plataforma trata de articular el trabajo de respuesta para que haya un trabajo sin duplicidad de acciones para maximizar los recursos humanos y financieros (E18, experto de organización internacional).

La plataforma cuenta con la participación de los organismos internacionales dedicados a la salud, lo que permite visibilizar las necesidades de salud en discusión. Cuenta también con un sector salud a través del cual se busca generar coordinación a nivel regional. La respuesta sanitaria que articula cada país luego es socializada a través del sitio web de la iniciativa.

Está liderada por el Acnur y la OIM, que convoca o está compuesta por tanto el Sistema de [las] Naciones Unidas, donde está la OMS y la OPS, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales. Se llama la respuesta para refugiados y migrantes venezolanos. Esta respuesta o iniciativa tiene un sector salud que busca generar una respuesta coordinada o que tenga algunos componentes coordinados entre los distintos países. El sector salud está liderado por la OPS, la OMS. Hay una página de internet para la respuesta a

refugiados y migrantes venezolanos que tiene estadísticas e información sobre la respuesta coordinada o las respuestas que está dando cada uno de los países en tema de salud (E16, experta de organización internacional).

Desde las organizaciones sociales también se reconoce a la Plataforma R4V como un espacio en el que participan no solo organismos del Sistema de las Naciones Unidas, sino también organizaciones de la sociedad civil, universidades y organizaciones internacionales que no pertenecen a la ONU, lo que permite tener un mapa más amplio de las necesidades de la población migrante venezolana.

Participamos en una plataforma de colaboración regional, una instancia formal de la ONU llamada R4V. Ahí participan varias organizaciones civiles, universidades, organizaciones internacionales y organismos que constituyen a las Naciones Unidas. Aquí se habla de las necesidades de la población venezolana, migrantes y refugiados (E3, miembro organización social de migrantes).

Una problemática por la cual se ha requerido de las colaboraciones de los organismos de las Naciones Unidas para elaborar una respuesta ha sido la aparición de la niñez migrante no acompañada. Esto se ve particularmente agravado en el contexto de pandemia, en el que niños y niñas ingresan solos a residencias sanitarias repletas. Por esto, se ha hecho necesaria la colaboración de los organismos internacionales para elaborar protocolos.

Esa es una problemática, que llegan solos. Porque, además, ahora supone una complejidad, que es que no saben qué hacer con los niños en las residencias sanitarias, por ejemplo. Por eso es que nos consultaron a Naciones Unidas y otras organizaciones, porque no tienen protocolos. No saben qué hacer con los niños que están solos o separados de sus familias que tienen que hacer la cuarentena. Las residencias sanitarias están saturadas, entonces no saben en dónde poner a los niños, y no pueden poner a un niño en un mismo espacio que un adulto por los riesgos que hay. Entonces, no saben qué hacer con ellos, no tienen protocolos y están pensando cómo elaborarlos (E16, experta de organización internacional).

Por otra parte, los organismos internacionales han colaborado en brindar asistencia urgente a grupos de personas migrantes venezolanas que han ingresado por el norte de Chile y se encuentran varadas, sin recursos, carentes de lo necesario para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, techo y abrigo. Ante la escasa e insuficiente respuesta que se ha brindado a cerca de cuatrocientas personas asentadas en la comuna de Huara, los organismos internacionales han desplegado sus recursos propios para intentar brindar una solución inmediata. «Estamos dando ayuda a las cuatrocientas personas que están en Huara. Les estamos dando alimentación diaria, alojamiento temporal a un grupo más vulnerable de mujeres

embarazadas o niños para que no estén en la intemperie. Les pusieron unas carpas, pero están prácticamente a la intemperie. Estamos con un tema de suma urgencia» (E18, experto de organización internacional).

Precisamente, la asistencia de emergencia directa se ha configurado como una de las áreas prioritarias de intervención en el Cono Sur de la Plataforma R4V. Los miembros de la plataforma se han comprometido a brindar asistencia humanitaria crítica en lo que corresponde a servicios de salud, seguridad alimentaria y alojamiento temporal (R4V, 2019). Así, desde organismos internacionales se ha contribuido a dar respuesta a la necesidad que presentan los migrantes venezolanos respecto al acompañamiento en salud mental, y esto a través de la organización de talleres dirigidos al duelo migratorio.

Se fueron observando muchos temas de necesidad de apoyo en salud mental, es algo transversal a todas las etapas del flujo migratorio venezolano. Generamos algunos apoyos para los flujos venezolanos en talleres para reforzar su salud mental, abordar el tema del duelo migratorio como uno de los ejes de trabajo, fue algo bastante interesante y bien recibido por parte de la comunidad venezolana (E18, experto de organización internacional).

Por tanto, en un rol de apoyo a la labor del Estado, los organismos internacionales han promovido un abordaje integral de la respuesta sanitaria al fenómeno migratorio venezolano, organizando espacios de coordinación y colaboración entre diversos actores; y participado en la respuesta a necesidades urgentes de grupos particularmente vulnerables. Lo realizado resulta coherente con las líneas de acción propuestas en materia de salud y migración por la OPS. Entre estas líneas se incluye la mejora del acceso a los servicios de salud para la población migrante, de la comunicación y de la información, así como el fortalecimiento de las redes de colaboración multilateral para proteger la salud de los migrantes (OPS, 2019).

7. RESPUESTA DESDE LAS ONG Y LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

A partir de diversas entrevistas realizadas a representantes de ONG que trabajan con población migrante y a organizaciones sociales dirigidas y constituidas por personas migrantes, se pudo constatar la existencia de un trabajo organizado que busca dar respuesta a las necesidades que presenta el colectivo de migrantes venezolanos en Chile. Se da cuenta de la existencia de esfuerzos coordinados y de articulación entre estas organizaciones para

compartir experiencias y desarrollar estrategias que favorezcan el proceso de integración de la población migrante.

Trabajamos coordinadamente con otras instituciones que trabajan con migrantes, el Servicio Jesuita, con varias fundaciones, y las estrategias de apoyo de las redes de trabajo coordinado y fluido siempre se mantienen. Y el aprendizaje, en general, es la solidaridad y mantener las redes de apoyo que tenemos entre todos para apoyar la integración, una integración informada y bien orientada frente a todos los derechos que tienen los migrantes (E6, miembro organización no gubernamental).

Lo anterior es consistente con lo identificado por Pilquil (2020), quien constata a partir de la experiencia de personas migrantes venezolanas que las ONG son reconocidas por su rol ofreciendo información, asesoría y resolución de problemas en materia de salud, cuestiones legales, vivienda y educación.

También es importante destacar la gran capacidad de organización que, según describen los participantes de este estudio, caracteriza al colectivo de personas migrantes venezolanas. Con una velocidad mucho mayor que otros colectivos, este ha conseguido levantar un gran número de organizaciones en distintas partes del país y una articulación a nivel nacional, lo cual estaría dado por un importante nivel de formación cívica y de politización. Esta cualidad le ha permitido articular respuestas a las necesidades de su colectivo e incidir en los debates de las respuestas que se gestan en política pública.

La población migrante venezolana es una de las más organizadas en menos tiempo. Tienes un sinfín de organizaciones de muchos tintes políticos diferentes [...] En dos o tres años hemos visto organizaciones con una capacidad de articulación a nivel nacional muy importante, cosa que en las demás comunidades tarda, es un proceso que tarda mucho más. Creo que se debe al nivel formativo muy elevado y al nivel cívico. El nivel de politización que ha significado todo el proceso en Venezuela genera que tengan una conciencia muy activa de llegar y organizarse. Vemos que en dos o tres años han aparecido una cantidad de organizaciones venezolanas con una capacidad muy grande de entrar en el debate nacional sobre la legislación, sobre las políticas públicas (E15, miembro organización social de migrantes).

Las organizaciones han tenido un importante rol en contribuir a la satisfacción de las necesidades experimentadas por la población migrante producto de la pandemia de la COVID-19. Ante la precariedad de las condiciones de vida que han enfrentado personas migrantes venezolanas, las cuales se han agravado producto de la pandemia, las ONG han organizado respuestas a necesidades fundamentales. Abrigo, alimentación y refugio son necesidades básicas que muchas familias venezolanas están

enfrentando a causa del desempleo, lo cual ha movilizó a las organizaciones de la sociedad civil.

Nosotros hemos estado haciendo colectas y hemos entregado cajas de alimentación, algunas frazadas, ropas de abrigo, etc., para ir resolviendo eso mínimo, que es lo mínimo para seguir viviendo. Pero se viene después la cesantía gigante y mucha gente que quedó en situación de calle, durmiendo en carpas, gente que lleva meses en estos albergues que habilitaron, pero que ahora que vienen las elecciones tienen que desalojarlos, entonces más gente que queda en la calle (E6, miembro organización no gubernamental).

La difusión de información y la educación respecto al funcionamiento del sistema de salud chileno es otro rol de gran relevancia que ocupan las organizaciones. De acuerdo con lo señalado por algunas de estas, existen diversas organizaciones que reciben consultas de migrantes venezolanos respecto al funcionamiento del sistema de salud, realizan orientación respecto al tipo de centro al que deben acudir según su necesidad y difunden información en un formato amigable para educar al colectivo respecto a este tópico.

El migrante venezolano normalmente nos contacta: «Necesito información sobre esto, ¿qué hago?». Nosotros ya tenemos *flyers* prediseñados para ir mandándole a la gente y no perder mucho tiempo en consultar caso a caso. También hay muchas redes de información de colectivos de venezolanos en Chile que ayudan a tratar de poder esparcir la información de la manera más entendible posible (E10, miembro organización social de migrantes).

Nos encargamos de tratar de informar a las personas [de] ese tipo de cosas, que no necesariamente tienes que ir a un SAPU para una emergencia porque, si la emergencia te pasó en otro horario, tienes que dirigirte o inmediatamente al hospital o ir a un Cesfam; o, todo lo contrario, si quieres una consulta médica con un doctor, tienes que ir a un Cesfam y no a ir un SAPU porque el SAPU trata emergencia, y así sucesivamente (E11, miembro organización social de migrantes).

Otras organizaciones sociales han tenido un rol activo en lo relacionado a la difusión de información y orientación de personas migrantes ante interrogantes relacionadas a la COVID-19. Principalmente, orientan con información relacionada a exámenes y chequeo, así como a la búsqueda de atención ante las consecuencias asociadas al deterioro de la salud mental, tales como la angustia.

Ahorita, más que todo, COVID y salud mental. Incluso, nosotros estamos súper enfocados en lo que es la salud mental y el COVID, obviamente el COVID, como que todo el mundo llega y pregunta dónde se puede hacer un examen o dónde tiene que ir si sospecha de COVID. Pero lo que es la salud mental y los ataques de ansiedad es lo más frecuente, por lo menos en esta etapa (E11, miembro organización social de migrantes).

También hay organizaciones sociales que señalan tener un trabajo activo en el incentivo a la comunidad migrante venezolana para acudir, inscribirse y atenderse en los centros de atención primaria. Estas entregan información respecto a sus derechos de acceso, el carácter gratuito del servicio, los servicios disponibles y la entrega de beneficios.

Nosotros promovemos que se inscriban en los Cesfam, que exijan sus derechos, que los niños sí tienen derecho de acceder a la salud. Entonces, en general, van a los Cesfam (E6, miembro organización no gubernamental).

Nosotros los incentivamos a eso, a que una persona puede ir al consultorio, por ejemplo, y puede tener su método anticonceptivo totalmente gratuito y no tiene que estarlo pagando mes a mes o pagándolo por la clínica privada (E11, miembro organización no gubernamental)

En otro ámbito, producto de la dificultad que representa para la población migrante la gestión de los documentos exigidos para inscribirse en los centros de salud, y dadas sus condiciones de vida, las ONG han desarrollado estrategias para facilitar estos procesos. Específicamente, una de estas generó una alianza con la Unión Comunal para agilizar la emisión de certificados de residencia. Al respecto, señala un entrevistado: «Nosotros lo solucionamos con un convenio con la Unión Comunal de Juntas de Vecinos, que abarca todas las juntas de vecinos de la zona, y ellos nos emiten certificados de residencia y nosotros hacemos de intermediario» (E8, miembro organización no gubernamental).

Las organizaciones de la sociedad civil y las ONG han tenido un rol de suma relevancia en el país en lo referido a la articulación de respuestas para las necesidades de salud de la población migrante venezolana, reflejo del activo rol de la sociedad civil a nivel regional en esta materia. El 2021, la Organización de Estados Americanos (OEA, 2021) presentó una propuesta para mejorar la situación de migrantes y refugiados venezolanos en el contexto de la pandemia, la cual fue elaborada por 63 organizaciones de la sociedad civil pertenecientes a veintitrés países del continente. Otro ejemplo que permite constatar el rol activo que ha tomado la sociedad civil en la región es la herramienta de incidencia elaborada por organizaciones de doce países del continente. Esta consta de un plan de acción de la sociedad civil sobre personas provenientes de Venezuela que requieren protección nacional e internacional, el cual aboga en varios de sus puntos por garantizar el derecho a la salud y al acceso a servicios sanitarios de dicha población (OEA, 2021). Así, se puede constatar lo señalado por Perelló y

Lacomba (2020) respecto a que las organizaciones de la sociedad civil actúan brindando diversos grados de ayuda humanitaria, defendiendo los derechos humanos de las personas migrantes y trabajando en la incidencia política, aunque siempre condicionadas por el contexto político y el marco normativo del país en el que actúan.

8. RESPUESTAS ARTICULADAS A NIVEL REGIONAL

Desde la autoridad sanitaria, se identifica al Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) como la principal plataforma de integración andina en materia de salud. Este es integrado por distintos países de la región que participan en encuentros de coordinación.

El trabajo coordinado con Oras-Conhu, que es este proceso de integración de los pueblos andinos donde participa Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, Perú y creo que Venezuela también, donde sé que ha habido encuentros, ha estado participando OIM [...] a nivel de países andinos, Oras-Conhu ha sido la instancia (E1, autoridad sanitaria).

Tanto desde la academia como desde la opinión de una experta de una organización internacional, se visualiza la instancia del Proceso de Quito como un espacio de coordinación regional. Este tiene por objetivo coordinar respuestas al fenómeno del éxodo venezolano y una de sus reuniones estuvo dirigida a tratar el tópico salud.

Existe la organización de Quito, que es la organización de varios países latinoamericanos. Hace poco fue la reunión en Chile (E2, académica experta en migraciones).

Hubo hace poco una reunión del proceso Quito, que es el proceso que está liderado por los Estados para dar respuesta o para tener un enfoque coordinado de la situación de las personas venezolanas. Hubo una reunión en temas de salud, ahí estuvo la OMS y la OPS coordinando. Está la Declaración de Santiago del proceso Quito que se hizo el 23 y 24 de diciembre, que tiene alguna información sobre lo que se decidió en temas de salud (E16, experta de organización internacional).

Sumado a lo anterior, una organización social de migrantes menciona al Grupo de Lima como una de las últimas instancias de coordinación a nivel regional. En este se generaron acuerdos respecto a tener flexibilidad y consideraciones sobre la documentación que pudiesen portar los migrantes venezolanos; sin embargo, se menciona que los acuerdos tomados en la instancia no han sido útiles o no han sido implementados en la práctica.

Lo único que conozco es el Grupo de Lima, que básicamente era para atacar al Gobierno de Venezuela, tenga uno la opinión que tenga del Gobierno de Venezuela [...] Algunas medidas que se han tomado en el marco del Grupo de Lima es, por ejemplo, no solicitar algunos

papeles para lo comunidad venezolana, pero que en la práctica tampoco se ha implementado. Por ejemplo, el tema del pasaporte o aceptar los pasaportes que estuvieran vencidos, pero tampoco ha resuelto el tema. Esa es una de las pocas medidas que conozco, esta extensión de tener los pasaportes vigentes, dadas las dificultades de Venezuela para emitir pasaportes (E15, miembro organización social de migrantes).

De la misma forma, tanto organizaciones sociales como una experta de una organización internacional reconocen la relevancia de la Plataforma R4V. En Chile esta instancia congrega a organizaciones civiles, universidades, organizaciones internacionales y organismos de las Naciones Unidas, a la par que busca monitorear las necesidades de la población migrante venezolana y articular respuestas. Dentro de esta plataforma, se incluye un sector salud liderado por la OPS y la OMS.

Está liderada por el Acnur y la OIM, que convoca o está compuesta por tanto el Sistema de [las] Naciones Unidas, donde está la OMS y la OPS, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales. Se llama [a] la respuesta para refugiados y migrantes venezolanos. Esta respuesta o iniciativa tiene un sector salud que busca generar una respuesta coordinada o que tenga algunos componentes coordinados entre los distintos países. El sector salud está liderado por la OPS, la OMS. Hay una página de internet para la respuesta a refugiados y migrantes venezolanos que tiene estadísticas e información sobre la respuesta coordinada o las respuestas que están dando cada uno de los países en tema de salud (E16, experta de organización internacional).

Desde la experiencia de las ONG, existe una carencia de coordinación andina que se ve expresada en la escasa utilidad de un instrumento como la Tarjeta Andina Migratoria (TAM) en Chile. Estas organizaciones señalan que los migrantes que han pasado por los distintos países de la región andina denuncian una falta de coordinación interpaíses y que se constata la desinformación respecto al alcance de dicha carta.

Todos los migrantes se quejan de que el estar en Ecuador o estar en Colombia o en Perú, y después en Chile, es todo separado, no hay un nexo. Llegan con la Carta Andina, pensando que con la Carta Andina acá en Chile pueden hacer todo, y resulta que la Carta Andina para Chile no aplica. Hay una falta de información, me atrevería a decir que no está muy coordinado (E8, miembro organización no gubernamental).

Otro punto crítico que da cuenta de la ausencia de coordinación en materia de salud, de acuerdo con lo que refiere una experta de una organización internacional, corresponde a la falta de un sistema de continuidad de atención en salud a nivel regional. En ese sentido, no existe un esfuerzo de nivel estatal para que los tratamientos de las personas realizados fuera del país puedan tener seguimiento en el país de destino.

Entonces hay iniciativas de los Estados, pero no hay una coordinación en este sentido; por ejemplo, que una persona recibió un tratamiento X para un tipo de enfermedad que tenga y que le pueda dar seguimiento a ese tratamiento en Chile. No hay mucha coordinación a nivel estatal. Lo que sí hay es bastante coordinación e iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil y del Sistema de [las] Naciones Unidas (E16, experta de organización internacional).

Se puede identificar que a nivel regional existen diversos espacios de diálogo multilateral. Algunos de estos tienen un alcance a nivel latinoamericano, otros subregional y otros se basan en colaboraciones que integran grupos específicos de países. Todos los espacios identificados presentan algún grado de trabajo respecto al fenómeno de la migración venezolana, ya sea llegando a consensos, emitiendo declaraciones o compartiendo experiencias; sin embargo, aún existe un importante desafío en cuanto a articular una respuesta coordinada en materia sanitaria al flujo migratorio venezolano en la región. Tal como señalan Scotti, Ronconi y Aldao (2013), generar procesos regionales de integración que entiendan la salud como una responsabilidad de bloque es fundamental, ya que eso permite articular una agenda común que dé lugar a metas y políticas sanitarias. Un ejemplo importante a observar fuera de la subregión es el caso del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA, 2020), que fue capaz de articular una respuesta ante la contingencia sanitaria y presentó en el mes de marzo del 2020 el Plan de Contingencia Regional, el cual considera un eje de seguridad, justicia y migración.

9. CONCLUSIONES

El problema que busca afrontar el proyecto es la relativa desinformación de los Gobiernos y funcionarios de los países andinos sobre las respuestas sanitarias que viene impulsando cada uno ante la masiva migración venezolana a sus países. En este sentido, el estudio regional desarrollado se formuló sobre la base de las siguientes premisas de brechas de conocimiento en la temática: a) no se sabe lo que vienen haciendo los países vecinos, desaprovechándose así grandes oportunidades de aprendizaje e intercambio entre países. Cada país experimenta por separado las cosas que funcionan y las que no funcionan en apoyo de los migrantes, de tal forma que se incurre en los mismos errores o se desaprovechan oportunidades. b) No existe un canal de diálogo con alguna permanencia que permita los intercambios entre países. c) La coordinación está debilitada, pero es

necesaria para apoyar acciones conjuntas, cooperación y coordinación en zonas fronterizas y según acciones transversales. Y d) no se comparten los diagnósticos sociosanitarios de cada país, lo que permitirían facilitar la identificación de los patrones sociales y de salud de los migrantes, y mejorar la capacidad epidemiológica y de respuesta de los Ministerios de Salud y los prestadores de servicios en general.

El objetivo general del estudio fue aportar información agregada, ordenada y analizada a los Ministerios de Salud y las autoridades sanitarias de los cuatro países (Colombia, Ecuador, Perú y Chile) sobre las lecciones aprendidas en la atención y el cuidado de la salud de la población inmigrante venezolana. Los objetivos específicos fueron cuatro: a) revisar cómo se ha dado la respuesta de los servicios de salud a este nuevo público demandante, en particular las innovaciones o adaptaciones en las estrategias y programas de los Ministerios de Salud, si es que las vienen produciendo; b) identificar los esfuerzos coordinados binacionales o multinacionales en la subregión andina, si los ha habido, y analizar su situación; c) analizar si ha habido diferencias importantes entre los perfiles epidemiológicos de los migrantes venezolanos y los perfiles nacionales originales, y cuáles han sido; y d) sintetizar qué han aprendido el Estado y los migrantes en este proceso sobre las experiencias exitosas y no exitosas en torno a la atención de las poblaciones de migrantes venezolanos.

El estudio desarrollado para responder a estos objetivos específicos fue una sistematización de tipo descriptivo a partir del diseño multimétodos, con enfoque pragmático y traslacional. Contó con cinco fases metodológicas: a) documentaria científica y gris; b) cualitativa (n=19 participantes); c) cuantitativa (análisis secundario de encuestas poblacionales Casen 2015 y 2017, y de egresos hospitalarios de 2015 a 2019); d) integrativa; y e) de transferencia por medio de la difusión de resultados principales a la región andina.

Con respecto a la descripción general del perfil migratorio venezolano en Chile, cabe reiterar que el éxodo venezolano es considerado como el mayor de Latinoamérica en los últimos cincuenta años. Esta salida de venezolanos se debe a la crisis política, económica y social que algunos consideran una emergencia humanitaria. Hoy se estima que hay más de cinco millones de venezolanos fuera de su país, la mayoría en la región andina, destacando Colombia, Perú, Ecuador y Chile como países de destino. De acuerdo con

las estimaciones del INE y el DEM, hasta el 31 de diciembre de 2019 residían en Chile 1 492 522 personas migrantes internacionales. De estas, el 30,5% era de origen venezolano, lo que corresponde a 455 219 personas, conformándose como el colectivo de mayor magnitud en el país. Según los registros administrativos del DEM, entre los años 2000 y 2010 la cantidad de visas anuales entregadas a personas venezolanas no superó las 800; mientras que entre los años 2011 y 2014 se registró un número de visas otorgadas anualmente que fluctuaba entre las 1000 y las 3000. Luego, en 2015 se inició un aumento exponencial en el número de visas otorgadas, que fue desde las 8479 visas otorgadas ese año hasta las 159 539 de 2019. Finalmente, en 2020 se produjo un gran descenso de visas otorgadas, siendo estas 49 486 en total.

Cabe resaltar, además, que la mayor parte de la población venezolana se ha asentado en la Región Metropolitana de Santiago, específicamente en las comunas de Santiago, Independencia, Estación Central y Ñuñoa. En segundo lugar, la población venezolana reside en la Región de Valparaíso, principalmente en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. En tercer lugar, este grupo poblacional se encuentra ubicado en la Región del Biobío, con mayor concentración en la comuna de Concepción; y en la Región del Maule, específicamente en la comuna de Talca. La mayoría de los migrantes venezolanos corresponden a personas en edad laboral activa. Asimismo, a lo largo de los años estudiados en este capítulo, emerge la tendencia al descenso de personas de este país que reportan estar casadas y un aumento de personas solteras entre 2013 y 2017 (datos de encuesta nacional CAsEN).

Respecto a las condiciones de la vivienda y el entorno, según datos de las encuestas Casen de 2015 y 2017, se observa que la proporción de migrantes de origen venezolano que viven en hacinamiento ha aumentado entre estos años. El año 2015 se observaba un 9,5% de hacinamiento medio-bajo y un 4,7% de hacinamiento medio-alto, valores que aumentan a 16,7% y 12% el año 2017, respectivamente. El hacinamiento crítico cayó de 4,1% a 1,7% entre estos años. Por otra parte, la proporción de personas venezolanas que viven en viviendas de calidad irrecuperable (la peor categoría posible de calidad de la vivienda) fue baja, menor al 1%, según los datos disponibles en estas encuestas. Sobre la situación ocupacional de la vivienda, entre los años 2015 y 2017 se observó un descenso de casa propia en migrantes

venezolanos de 13,1% a 2%. El arrendamiento, en cambio, aumentó de 80% a casi 97% en esta población.

Respecto a la experiencia de vivir en el barrio o el entorno de la vivienda, se observan algunas tendencias en el tiempo. Por ejemplo, los migrantes internacionales venezolanos al parecer presenciaron en proporción creciente situaciones de peleas o amenazas entre 2015 y 2017 («muchas veces» de 4,4% a 8,2% y «siempre» de 3,2% a 3,9%). Algo similar se observa para el ítem relativo a «siempre» experimentar o presenciar balaceras en el entorno de la vivienda donde residen, categoría que aumentó de 0,4% en 2015 a 1,3% en 2017. También se observa que ha habido un incremento importante en la proporción de migrantes venezolanos viviendo en pobreza multidimensional entre los años 2015 y 2017, tanto para la variable de cinco dimensiones (11,3% en 2015 versus 21,9% en 2017) como para la de cuatro dimensiones (11,3% en 2015 versus 21,4% en 2017). Estas variaciones no fueron tan bruscas para el resto de los migrantes internacionales con otros países de origen ni para los nacionales, dando cuenta de un proceso acelerado de empobrecimiento multidimensional para la población venezolana en particular en Chile. Algo similar sucede para el indicador de pobreza por ingresos, donde se observa que la proporción pasó de 0,6% migrantes venezolanos viviendo en este tipo de pobreza monetaria en 2015 a 3,9% en 2017. Por último, para la categoría de pobreza extrema, la variación porcentual entre 2015 y 2017 fue de 0,7% a 2,4% en esta población.

En este estudio se evidenció información interesante referida a acceso al sistema de salud chileno por parte de los migrantes venezolanos. Respecto de las oportunidades de acceso al sistema de salud chileno para los migrantes internacionales, el Minsal de Chile comenzó a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del año 2003, referidas específicamente a la atención en salud de mujeres embarazadas. Se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhortó la OMS en la 61.^a Asamblea Mundial de Salud, mediante la resolución WHA61.17 de 2008; más recientemente, la OPS en el 55.º Consejo Directivo de la Organización; así como los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa ha significado la ampliación gradual de los derechos

de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctimas de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros. En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020 (MINSAL, 2016b) y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 manifiestan la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal como se define en el Eje Estratégico N° 5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando salud intercultural, equidad de género, salud para inmigrantes y salud para personas privadas de libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inició el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales, que se ejecutó en 2016 y 2017 para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales, lanzada en octubre de 2017 y cuyo plan de acción se encuentra actualmente en proceso de redacción.

Pese a estos enormes y variados esfuerzos, los resultados de las encuestas Casen de 2013, 2015 y 2017 dan cuenta del aumento progresivo en el tiempo de la ausencia de adscripción oficial a algún tipo de previsión de salud por parte de las personas inmigrantes. Esto es especialmente llamativo en los menores de 18 años, el 20% de los cuales no tuvo ningún tipo de previsión de salud en el año 2017. En el caso de los migrantes venezolanos en particular, ha habido un aumento importante en la inscripción formal al sistema de salud público Fonasa A (carente de recursos) y B entre los años 2015 y 2017, pasando de 15% a 26%. También bajó levemente la proporción de venezolanos que no reportan ningún tipo de inscripción al sistema de salud, de 26% en 2015 a 22% en 2017. La inscripción al Fonasa C y D, por su parte, aumentó muy modestamente de 22% en 2015 a 23% en 2017; y hubo un aumento en la proporción de personas venezolanas que indican estar inscritas al sistema público sin saber a cuál en particular, que pasó de 5% en 2015 a 8% en 2017. La inscripción al sistema privado cayó notoriamente entre migrantes venezolanos residentes, yendo de 24% en 2015 a 16% en 2017; mientras que la proporción de quienes dicen no saber qué tipo de inscripción al sistema de salud tienen aumentó ligeramente, pasando de 0,2% en 2015 a 2% en 2017. Respecto al uso de un seguro complementario de salud, se observa una disminución en la proporción de

migrantes de origen venezolano que cuentan con un seguro complementario de salud, la cual bajó de 33% en 2015 a 15% en 2017. De manera complementaria, entre estos años aumentó de 66% a 81% la proporción de venezolanos sin seguro de salud.

Respecto del uso de prestaciones sanitarias para problemas de salud de corto plazo y las barreras de acceso asociadas, se observa un aumento de la proporción de migrantes venezolanos consultantes por alguna enfermedad aguda o accidente en los últimos tres meses entre los años 2015 y 2017, que fue de 67% a 86%. Además, los migrantes venezolanos casi duplicaron la proporción de personas que reportan problemas para ser atendidos en el establecimiento de salud, pasando de 7% en 2015 a 12% en 2017, cosa que no se observa en el caso de los migrantes de otras nacionalidades. También aumentaron los problemas para pagar por la atención y las barreras para la entrega de medicamentos. Para problemas de largo plazo y medidas como la cobertura de patologías AUGE/GES en Chile, entre 2015 y 2017 se observa un aumento de dicha cobertura contra patologías de mayor carga de enfermedad en el país para la población migrante venezolana, que se elevó de 30% a 40%. Complementariamente, disminuyó la proporción de personas migrantes de origen venezolano que no tenían cobertura de patologías AUGE/GES entre estos años, de 69% en 2015 a 52% en 2017. Para ambos años analizados, más del 70% de las mujeres residentes en Chile de origen venezolano habían cumplido hacia menos de tres años con el *screening* cervical, conforme a la recomendación internacional y nacional; mientras que respecto a la prueba de mamografía, se observa un aumento en la proporción de mujeres migrantes venezolanas que no se han tomado este examen en los últimos tres años, la cual se eleva de 32% en 2015 a 43% en 2017.

En relación con la salud autopercibida general, medida valorando la salud general con un puntaje entre 1 y 7 (con 1 como el menor puntaje y 7 como el mayor puntaje posible), destaca que la proporción de migrantes venezolanos que calificaron su salud autopercibida como muy buena (6-7) equivale a cerca del 84% de esta población. Los migrantes internacionales de otras nacionalidades, en cambio, se calificaron con nota 6-7 en un 72% de casos; y las personas de nacionalidad chilena o locales se puntuaron con esa misma nota en un 63% de casos. Por otra parte, existe una menor proporción de mujeres venezolanas en estado de gravidez (1,6%) respecto a

las migrantes de otras nacionalidades (4%) y las mujeres chilenas (2%). También se observa que los niños y las niñas migrantes de Venezuela tienen una mayor proporción de normopesos (95%) en comparación con los migrantes de otras nacionalidades (85%) y con los niños y niñas de Chile (78%). La proporción de migrantes venezolanos que señalan haber tenido alguna enfermedad o accidente en los últimos tres meses no causado por el trabajo (12%) fue similar a la de los migrantes de otras nacionalidades (12%), de acuerdo con datos de 2017. Asimismo, el reporte de accidentes no asociados al trabajo fue ligeramente más alto en migrantes venezolanos (1,1%) que para los otros migrantes en Chile (0,9%), pero más bajo en ambos casos que para los nacionales (1,2%). Algo similar se observa respecto a la enfermedad de tipo laboral, donde la prevalencia estimada es más alta entre nacionales (1,4%) que en los migrantes de otras nacionalidades (1,3%) y los provenientes de Venezuela (0,6%).

Respecto de egresos hospitalarios para 2015, las tres principales causas de egresos hospitalarios en migrantes de origen venezolano fueron: a) embarazo, parto y puerperio (38,4%); b) enfermedades del sistema digestivo (7,6%); y c) enfermedades del aparato respiratorio (6,3%). Para los migrantes de otras nacionalidades, las tres principales causas para dicho año fueron: a) embarazo, parto y puerperio (52,7%); b) enfermedades del sistema digestivo (7,9%); y c) traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (6,6%). Y para los nacidos en Chile, las tres principales causas de egreso el año 2015 fueron: a) embarazo, parto y puerperio (18,8%); b) enfermedades del sistema digestivo (13,9%); y c) enfermedades del sistema respiratorio (9,5%). Cinco años más tarde, en 2019, las tres principales causas de egresos hospitalarios entre los migrantes de origen venezolano fueron: a) embarazo, parto y puerperio (54,4%); b) traumatismos, envenenamientos y causas externas (8,7%); y c) enfermedades del sistema digestivo (7,2%). Para los migrantes de otras nacionalidades, las tres principales causas para dicho año fueron: a) embarazo, parto y puerperio (53,6%); b) enfermedades del aparato digestivo (7,8%); y c) traumatismos, envenenamientos y causas externas (7,4%). Finalmente, para los nacidos en Chile, las tres principales causas de egreso hospitalario el año 2019 fueron: a) embarazo, parto y puerperio (15,1%); b) enfermedades del sistema digestivo (13,7%); y c) enfermedades del sistema respiratorio (9,8%).

A partir del levantamiento de información primaria de carácter cualitativo con distintos actores clave en Chile, se identificaron ocho dimensiones prioritarias de necesidades de salud por parte de los migrantes venezolanos en el país: a) ausencia de un perfil epidemiológico para esta población, b) salud mental, c) nutrición, d) enfermedades crónicas, e) salud de la mujer, f) salud de niños y niñas, g) salud sexual y reproductiva, y h) información en salud. Un estudio reciente realizado por investigadores nacionales documenta que la llegada a Chile y la relación con las instituciones que deberían garantizar el derecho a solicitar refugio se establece también en modo improvisado y con experiencias de desorientación, desinformación e incertidumbre. Los procesos burocráticos generan largas y confusas esperas y todo ello tiene un impacto importante en la salud general de estas personas, siendo la salud mental uno de los aspectos más críticos y menos atendidos por el sistema chileno en el caso de esta población particular.

Sobre el contexto de pandemia de SARS-CoV-2, desde el 28 de febrero (SE N° 9) hasta el 19 de noviembre (SE N° 47) del año 2020 se observan registrados en el sistema Epivigila 44 980 casos confirmados en personas con nacionalidad distinta a la chilena; es decir, un 7,4% del número total de casos (n=610 783). Una encuesta a migrantes internacionales realizada en abril de este año (n=1690 migrantes, con 1008 de ellos de origen venezolano) indicó que el 61% declaraba no sentirse preparado para enfrentar la pandemia y un 34% no saber dónde consultar por alguna necesidad de salud relacionada al COVID-19. El 75% calificó la información recibida de las autoridades y los equipos de salud como buena/muy buena y el 25% restante como mala/muy mala. Asimismo, el 90% de los participantes de la encuesta reportó sentirse angustiado o preocupado la última semana a causa de la COVID-19, mientras que un 73% declaró haberse sentido triste o deprimido por esta misma causa en la última semana.

Dada la ausencia de documentos oficiales sobre la materia específica de la respuesta sanitaria frente a la migración venezolana, esta sección se basó en la información de experiencia, conocimiento y opiniones de diversos actores clave que fueron entrevistados en la fase cualitativa de este estudio. Se identificaron tres dimensiones o aspectos principales de la respuesta sanitaria a venezolanos en Chile: a) la ausencia de especificidad por país de origen, b) los logros y las fortalezas de la respuesta sanitaria de cara a la

migración internacional, y c) las debilidades y tareas pendientes de la respuesta. Sobre la ausencia de respuesta focalizada, se señala que el país ha optado por una estrategia que busca que la población migrante pueda acceder y hacer uso de la totalidad de la red asistencial. Sobre logros y fortalezas, destacan las siguientes: a) el desarrollo normativo, b) los instrumentos de derecho, c) el ajuste a estándares internacionales, d) el acceso incluso en situación de irregularidad, e) el programa de acceso a la atención de salud en APS hacia migrantes, f) la buena voluntad y cooperación, y g) la gran labor municipal. Sobre las debilidades y los desafíos pendientes, se subrayan: a) las barreras administrativas, b) las mejoras en los sistemas de registro, c) la falta de formación de personal capacitado, d) la discrecionalidad en la aplicación de las normativas, e) la pobre respuesta de salud mental, y f) el pendiente fortalecimiento del trabajo comunitario. En el contexto de pandemia de SARS-CoV-2, Chile ha implementado una variedad de respuestas dirigidas a la población migrante internacional en el marco del decreto 4 del Minsal, de 2020, que decreta alerta sanitaria por COVID-19. Esto ocurrió junto a múltiples esfuerzos de ONG, organizaciones académicas y la sociedad civil.

Expertos de organizaciones internacionales enfatizan el abordaje intersectorial e interinstitucional que debería tener una estrategia de gobernanza del fenómeno migratorio y, particularmente, el abordaje de la salud de las personas migrantes. Se considera clave comprender que la salud se relaciona con la vivienda, el trabajo y el acceso a los alimentos, entre otros, por lo que un abordaje integral requiere de la participación colaborativa de aquellas instituciones y organizaciones próximas a dichas áreas. También se destaca a la Plataforma R4V como la principal instancia por la cual los organismos de las Naciones Unidas están articulando una respuesta en torno a las necesidades asociadas al flujo migratorio venezolano.

Por otra parte, los organismos internacionales han colaborado para brindar asistencia urgente a grupos de migrantes venezolanos que han ingresado por el norte de Chile y se encuentran varados, sin recursos, carentes de lo necesario para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, techo y abrigo. A partir de diversas entrevistas realizadas a representantes de organizaciones gubernamentales que trabajan con población migrante y a organizaciones sociales no gubernamentales dirigidas y constituidas por

personas migrantes, se pudo constatar la existencia de un trabajo organizado que busca dar respuesta a las necesidades que presenta el colectivo de migrantes venezolanos en Chile. De esa manera, se da cuenta de la existencia de esfuerzos coordinados y de articulación entre estas mismas organizaciones para compartir experiencias y desarrollar estrategias que favorezcan el proceso de integración de la población migrante. Además, desde la autoridad sanitaria, se identifica al Oras-Conhu como la principal plataforma de integración andina en materia de salud, organismo integrado por distintos países de la región que participan en encuentros de coordinación. Tanto desde la academia como desde la opinión de una experta parte de una organización internacional, se visualiza la instancia del Proceso de Quito como un espacio de coordinación regional que tiene por objetivo coordinar respuestas al fenómeno del éxodo venezolano, llegando incluso a dirigir una de sus reuniones a tratar el tópico de la salud.

Este estudio propone dos niveles de análisis al abordar el «caso de la salud del migrante venezolano» como un fenómeno distintivo de análisis y de atención. El primer nivel da cuenta de aspectos generales de las dificultades de integración, examinando la falta de acceso efectivo y oportuno a la atención de salud para los migrantes de origen venezolano, problema que es compartido con muchos otros colectivos de migrantes de reciente asentamiento en el país. En este nivel de análisis el enfoque de transversalización y universalidad de la atención de salud propuesta por la Política de Salud de Migrantes Internacionales resulta adecuado y oportuno. El segundo nivel de análisis de este estudio da cuenta de la especificidad de la experiencia migratoria y de los riesgos asociados para la salud en el caso del migrante venezolano. En este sentido, se hace necesario abordar elementos adicionales del accionar de los equipos de salud desplegados en el territorio nacional hacia esta subpoblación con miras a «emparejar la cancha» en el caso de aquellos migrantes que, a diferencia de otros colectivos de tránsito histórico, han sufrido las inclemencias de un viaje extenuante hacia Chile, las barreras en frontera, el estigma y la discriminación selectiva, solicitudes de refugio y asilo por experiencias de violencia, y vulneración de derechos desde el país de origen, entre otros perjuicios. En materia de salud, la pérdida de la confianza en el sistema de salud en Venezuela, la falta de continuidad del cuidado, y el estado de

supervivencia físico, mental y emocional en el que muchos migrantes llegan a otros países, requieren de mayor comprensión y profundidad de análisis.

Como conclusión general, este estudio permitió sistematizar experiencias, logros y desafíos pendientes de la respuesta sanitaria frente a la migración venezolana a Chile. A su vez, permitió dar cuenta de innovaciones o adaptaciones aplicadas a las estrategias y los programas que se vienen implementando en Chile en relación con la inmigración masiva venezolana. También da cuenta de experiencias exitosas y fallidas en la atención de las poblaciones de migrantes venezolanos y de diversos esfuerzos coordinados, binacionales o multinacionales, en la subregión andina. En la misma línea, este estudio multimétodo de cinco fases presenta una caracterización de los perfiles epidemiológicos de los migrantes venezolanos y los compara con los de otros migrantes y los nacionales. Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para el país y la región, tanto como línea de base de información sobre la respuesta sanitaria en Chile frente a la migración venezolana como para la orientación de nuevas intervenciones y lineamientos estratégicos en el país y la región.

10. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones aquí presentadas están basadas en los principales resultados de este estudio desde sus fases documentaria, cualitativa y cuantitativa. A su vez, están inspiradas en los principios rectores del Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023 elaborado el 2017:

- El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.
- Igualdad y no discriminación.
- Acceso equitativo a los servicios de salud.
- Sistemas de salud centrados en las personas que tengan en cuenta a los refugiados, los migrantes y los aspectos de género.
- Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud.
- Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad.

- La participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes.
- Alianzas y cooperación.

En concordancia con dichos principios rectores, se establece una serie de recomendaciones basadas en los resultados principales de este informe, también inspirada en las doce prioridades de la Declaración de la OMS de 2017, la cual fue adaptada para este informe. Dichas recomendaciones se detallan a continuación.

- Promover la incorporación de la salud de los migrantes venezolanos en los programas mundiales, regionales y nacionales, y en la planificación para casos de emergencia
 - Recomendación 1: fortalecer el trabajo internacional y, en especial, regional del consejo de ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y otros de similar naturaleza, en estrecha cooperación con los organismos internacionales y actores clave de cada país, incluyendo a la academia y la sociedad civil, dado que han sostenido y reforzado las respuestas frente a migrantes generales y venezolanos en estos años. Este trabajo se ha venido dando por medio de la Plataforma R4V, el Oras-Conhu, el Acnur, el FPNU, la Iniciativa Conjunta de Migración y Salud, y el Sistema de Integración Centroamericana (Comisca), por mencionar algunos ejemplos.
 - Recomendación 2: explicitar la importancia de la protección de la salud de la población migrante venezolana en Chile y en toda la región por medio de documentos de trabajo, de posición o reportes de carácter internacional que visibilicen las necesidades en salud de esta población creciente en la región.
 - Recomendación 3: establecer diagnósticos de salud para migrantes venezolanos en países de la región por medio del soporte de cooperación articulado de organismos internacionales para el proceso de diseño, ejecución e interpretación, idealmente en estrecha colaboración con los Estados y grupos académicos que están trabajando en red esta temática.

- Recomendación 4: elaborar protocolos de atención en salud para migrantes venezolanos en contextos de crisis sociales y sanitarias, incluyendo pandemias. Dichos protocolos para emergencias y desastres deben promover los derechos humanos y la dignidad de las personas migrantes, la pertinencia intercultural en la atención de la salud, la ética del cuidado en salud en contextos sanitarios excepcionales, la experiencia migratoria particular de cada persona, la perspectiva de curso de vida individual y familiar, y la continuidad del cuidado de la salud.
 - Recomendación 5: reforzar la protección de la salud de las personas migrantes venezolanas en tránsito, con especial foco en la frontera, en el contexto de emergencias y desastres sociales y sanitarios en la región, por medio del trabajo formal y articulado, sistematizado y monitorizado de organismos internacionales, en cooperación estrecha con los países y actores sociales relevantes para la temática.
- Promover políticas de salud que tengan en cuenta a los refugiados y migrantes venezolanos, la protección jurídica y social, y las intervenciones programáticas
 - Recomendación 6: fortalecer y velar por el pleno cumplimiento de los acuerdos nacionales e internacionales sobre la protección de la vida y la salud de las personas migrantes internacionales, así como de las solicitantes de asilo y refugio de origen venezolano, por medio de normativas y mecanismos formales de aseguramiento y monitoreo de este ejercicio en cada país y territorio.
 - Recomendación 7: elaborar y fortalecer políticas de salud desde los Estados que garanticen, protejan y promuevan de manera formal y explícita la salud de estas personas y sus familias, independientemente de su estatus migratorio, tipo de visa, nacionalidad, pertenencia étnica, condición socioeconómica o estatus social.
 - Recomendación 8: desarrollar, ejecutar y evaluar intervenciones en salud que acompañen, apoyen y promuevan la salud general, y la salud mental en particular, de migrantes internacionales

venezolanos solicitantes de asilo y refugio en la región y en Chile. Monitorizar el desarrollo de estas intervenciones de salud en el tiempo, promoviendo la inclusión, la equidad y el aseguramiento de recursos humanos y financieros, además de la infraestructura e inteligencia en salud para estos grupos.

- Recomendación 9: auditar y documentar de manera sistemática el grado de cumplimiento de cada Estado de la entrega de visas por asilo y refugio en Chile y los países de la región. Para ello, se sugiere aplicar el análisis longitudinal del número de visas entregadas versus el de solicitudes anuales presentadas en cada país, sumado a un análisis comparado entre países que apoye y promueva el fortalecimiento de la acogida de este tipo de migrantes en América Latina.
- Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud
 - Recomendación 10: desarrollar y/o fortalecer marcos conceptuales y prácticos de trabajo en políticas de salud para los migrantes venezolanos en los países de la región y en Chile que estén basados en el enfoque de determinantes sociales y que, además, permitan entrenar y asegurar el desarrollo de indicadores de brechas socioeconómicas, étnicas y de género en torno a la salud de los migrantes venezolanos en América Latina.
 - Recomendación 11: promover la capacitación continua de autoridades y equipos de salud en todos los territorios de la región respecto del enfoque de los determinantes sociales y su centralidad en la experiencia migratoria internacional, tanto general como de personas y familias migrantes venezolanas en particular. Idealmente, esta se debe dar por medio de cursos de cooperación internacional que ilustren dicho enfoque con evidencia de cada país y de la región sobre la población migrante versus la local para cada etapa del proceso migratorio, aplicando enfoques paralelos de derechos humanos e interculturalidad en salud.
 - Recomendación 12: catalizar el desarrollo de investigación de alto nivel en metodologías cuantitativa, cualitativa y multimétodo

con equipos de investigación regionales e internacionales que tengan experiencia en la medición de los determinantes sociales de la salud en poblaciones migrantes, así como en el estudio de las brechas sociales en salud que enfrentan estas poblaciones, en profunda comprensión de los desafíos y las dificultades que se afrontan al investigar esta compleja y dinámica temática.

- Reforzar los sistemas de seguimiento de la salud y los sistemas de información sanitaria
 - Recomendación 13: fortalecer el rol de los sistemas de salud como determinantes sociales del acceso, uso de servicios, trato y resultados sobre la salud de los migrantes venezolanos en Chile y la región por medio de mejoras en las competencias interculturales de los equipos de atención en salud, registro y monitoreo habitual, sensibilización y sistematización de experiencias en salud que se desarrollen desde los sistemas sanitarios.
 - Recomendación 14: identificar brechas sistemáticas de registro e información sanitaria en torno a poblaciones migrantes de origen venezolano y de otros países en Chile y la región. Para ello, es necesario al menos a) modernizar paulatinamente los sistemas de registro, b) incluir nuevas variables migratorias relevantes para mejorar la documentación de información, y c) supervisar y fiscalizar el cumplimiento de los dos pautas anteriores, incluyendo la interconexión e interoperabilidad de los sistemas de registro que se utilizan en los sistemas de salud para registro habitual.
 - Recomendación 15: poner a prueba las mejoras de los sistemas de registro y monitoreo de información sanitaria de los países por medio de estudios, diagnósticos y la medición de brechas entre migrantes y locales que permitan evaluar la calidad del registro y, al mismo tiempo, informar para la toma de decisiones en salud sobre la base de la construcción de dichos indicadores sanitarios.
 - Recomendación 16: promover de manera estratégica, sostenida e intencionada la interoperabilidad de los sistemas de registro e información sanitaria entre los países de la región de tal forma

que permitan establecer el diagnóstico y monitoreo de los migrantes venezolanos a lo largo del tiempo, documentando sus procesos migratorios, los efectos sobre su salud y la continuidad real del cuidado entre países a partir de dichos mecanismos regionales de inteligencia en salud pública.

- Recomendación 17: promover la investigación e innovación en salud para los sistemas de información y registro oficiales de los Estados a través de alianzas de cooperación con organismos internacionales, grupos académicos, expertos y asociaciones de la sociedad civil que permitan el desarrollo de dichas innovaciones en salud, enfocadas en el registro de migrantes internacionales venezolanos y de otros países.
- Acelerar los avances hacia el logro de los ODS, incluida la cobertura sanitaria universal
 - Recomendación 18: asegurar mecanismos estratégicos, legales y administrativos que promuevan de manera explícita y formal la cobertura universal en salud en todas sus dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y equidad) para personas y familias migrantes venezolanas y de otros países de la región, independientemente de su estatus migratorio, tipo de visa, nacionalidad, pertenencia étnica, condición socioeconómica o estatus social.
 - Recomendación 19: promover la formación de capacidades en equipos de salud de todo nivel en torno a los ODS y, en especial, a aquellas metas vinculadas de manera estrecha al bienestar, la protección y salud de migrantes internacionales, y a experiencias relevantes asociadas que se hayan desarrollado en la región y que sean transferibles entre países.
 - Recomendación 20: promover la investigación formal y la acción sanitaria en los territorios y países para permitir el diagnóstico y análisis de diversos ODS relevantes para los migrantes venezolanos y de otras nacionalidades en América Latina, así como la puesta a prueba y evaluación de diversas intervenciones de salud y comunitarias que vayan en línea con las metas estratégicas de los ODS en estas poblaciones.

- Reducir la mortalidad y la morbilidad entre los refugiados y migrantes mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo
- Ver recomendaciones 6 a 9 y 17 a 20.
- Proteger y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos de refugiados y migrantes venezolanos
- Todas las recomendaciones anteriores, desde la 1 a la 20, son aplicables a este grupo de migrantes venezolanos y de otros países. Se pueden, además, agregar otras recomendaciones más específicas, como:
 - Recomendación 21: dotar de capacidades humanas, legales y financieras a los países para la protección inequívoca de la vida y salud de las mujeres y los NNA migrantes venezolanos y de otros países por medio del pleno cumplimiento de compromisos internacionales del bien superior del niño y la mujer.
 - Recomendación 22: reforzar la protección de la vida, dignidad y salud de las mujeres y los NNA migrantes venezolanos en el contexto de crisis humanitaria actual, activando en los Estados mecanismos de protección internacional como el refugio y asilo toda vez que sea requerido por medio de medidas ágiles, simples, claras y transparentes que incluyan la integración efectiva de estas personas en los países receptores.
 - Recomendación 23: fortalecer el trabajo de protección y aseguramiento de la salud y la vida de las mujeres y los NNA migrantes venezolanos en contextos de tránsito y en las fronteras, reconociendo dichas etapas de la migración internacional como críticas y de alto riesgo para la vulnerabilidad humana, social y cultural de estas personas. De esta forma, se precisa dotar de equipos de salud, infraestructura y equipamiento destinados a optimizar estos tránsitos y territorios, en alianza con organismos internacionales, expertos y la sociedad civil, para la protección del bien superior de las mujeres y los NNA migrantes en todo momento y en todo lugar.

- Promover la continuidad y la calidad de la atención de los migrantes venezolanos y sus familias en los países receptores y a lo largo del proceso migratorio
- Ver recomendaciones 1, 2, 4, 5, 7, 13, 16, 17 y 18.
 - Recomendación 24: propiciar el desarrollo de investigación y de innovaciones con enfoque de curso de vida y de proceso migratorio, idealmente con financiamiento y marcos de trabajo competitivos y de alto nivel en la región, para documentar y analizar los resultados sobre la salud de los migrantes venezolanos y de otros países de origen en su experiencia de la continuidad del cuidado y la calidad de la atención en salud.
 - Recomendación 25: promover y catalizar desde los Estados, con apoyo de organismos internacionales articuladores, la capacidad de compartir información y buscar su integración con perspectiva de curso de vida y de proceso migratorio por medio del intercambio e interconexión de información y registro sanitario en salud, comenzando al menos por los grupos más vulnerables (mujeres, NNA, adultos mayores, discapacitados, minorías de diverso tipo) e incluyendo las múltiples trayectorias migratorias entre y dentro de los países de la región.
- Elaborar, reforzar y aplicar medidas de seguridad y salud en el trabajo para migrantes venezolanos
- Ver recomendación 18 sobre la cobertura universal en salud.
 - Recomendación 26: frenar, fiscalizar y reprender toda forma de trabajo informal e inseguro en personas migrantes venezolanas y de otros países en Chile y la región por medio de instrumentos administrativos y legales que permitan el correcto y transparente cumplimiento de esta meta social y de equidad.
 - Recomendación 27: apoyar y dinamizar el desarrollo de estrategias y acciones concretas que aseguren el pleno cumplimiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile en las dimensiones de seguridad y salud en el trabajo, tanto por la inscripción formal al aseguramiento social y de salud como por la garantía de medidas de protección

para posibles riesgos ocupacionales y del aseguramiento laboral correspondiente.

- Recomendación 28: promover la convalidación profesional y técnica para los migrantes venezolanos en Chile por medio de evaluaciones curriculares oficiales o mecanismos alternativos de examinación que permitan que personas calificadas puedan ejercer en sus capacidades, aportando de manera fructífera y plena al desarrollo del país y de las personas y comunidades que habitan su territorio.
- Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y niñas refugiadas o migrantes venezolanas
- Todas las recomendaciones anteriores, desde la 1 a la 28, son aplicables a este grupo de mujeres y niñas migrantes venezolanas y de otros países. Se pueden, además, agregar otras recomendaciones más específicas, como:
 - Recomendación 29: fiscalizar y castigar toda forma de inequidad social y de salud hacia las mujeres y niñas migrantes en espacios sociales públicos y privados, laborales, comunitarios e institucionales que sean debidamente documentadas y cuenten con procedimiento administrativo, judicial o criminal real y formal en Chile, y que este enfoque sea aplicable cuando resulte necesario, según la severidad de la situación.
 - Recomendación 30: promover la integración justa y transparente de las mujeres migrantes venezolanas y de otros países al trabajo en Chile por medio de mecanismos de selección y contratación que no limiten por sexo, número de hijos o maternidad.
 - Recomendación 31: facilitar que las niñas y mujeres migrantes se integren a espacios educacionales y comunitarios en los territorios por medio de redes municipales, desarrollos comunales y procedimientos de inclusión institucional en distintos niveles. De esta forma, se pretende catalizar la creación de redes de niñas y mujeres migrantes venezolanas y de otros países, así como vincularlas a otras mujeres chilenas con intereses similares, para la coconstrucción de redes de capital social integradas y multiculturales.

- Recomendación 32: generar mecanismos de participación social amplia y en salud para las niñas y mujeres migrantes venezolanas y de otros países en Chile y la región, buscando promover el capital social vinculado a la toma de decisiones en espacios locales, regionales y nacionales. Esto se puede dar de varias maneras, por ejemplo, por medio de diálogos ciudadanos, diagnósticos comunitarios participativos, cabildos y plebiscitos que incluyan sistematizaciones y evaluaciones en temáticas relevantes para la salud y el acceso, uso y trato de servicios sanitarios con pertinencia de género y enfoque intercultural en el sistema de salud de cada país.
- Apoyar las medidas destinadas a mejorar la comunicación y a luchar contra la xenofobia hacia las personas migrantes venezolanas
- Ver recomendaciones 10, 11, 12, 13, 18, 19 y 20, además de todas las anteriores de corte general. Se pueden, además, agregar otras recomendaciones más específicas, como:
 - Recomendación 33: construir ambientes de buen trato en todos los equipos de salud en Chile, aplicando instrumentos formales de trabajo desarrollados en el sistema sanitario y una mirada especialmente interesada en el respeto a los derechos humanos, la diversidad social y cultural, y al encuentro intercultural efectivo entre los miembros de los equipos de salud y con personas migrantes venezolanas y de otros países.
 - Recomendación 34: frenar, fiscalizar y castigar toda forma de expresión de racismo, discriminación y xenofobia en las atenciones de salud en Chile hacia personas y familias migrantes venezolanas y de otras nacionalidades.
 - Recomendación 35: capacitar y sensibilizar a los equipos de salud en todo el territorio nacional sobre la existencia y las causas, formas y consecuencias de los estereotipos, prejuicios y toda expresión de discriminación en los espacios de salud, con especial foco en las poblaciones migrantes internacionales y bajo el objetivo de que puedan realizar intercambios comparados de este problema en América Latina, considerándolo un fenómeno de relevancia regional.

- Fortalecer las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional
- Ver recomendaciones 1 a 6, 17, 20 y 25.

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (2016). *Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*. https://www.acnur.org/declaracion-de-nueva-york-sobre-refugiados-y-migrantes.html?gclid=CjwKCAiAINf-BRB_EiwA2osbxScdQkj0FVgRfdIBSXDTFWCA69sHKVJ0XFdfz6UWHswyyiOWRIYxoCq8YQAvD_BwE
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (2019a). *Aspectos claves del monitoreo de protección. Situación Venezuela*. <https://www.acnur.org/5d321d124.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (2019b). *Refugiados y migrantes de Venezuela superan los 4 millones*.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (2020). *Situación en Venezuela*. <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
- Agier, M. (2003). La main gauche de l'Empire: Ordre et désordres de l'humanitaire. *Multitudes*, 11(1), 67-77.
- Balcells, A. (2017). *Refugiados en Chile: Derribando prejuicios, construyendo colaboraciones* [seminario]. Santiago de Chile.
- Bastías, G., P. Bedregal, P. Elgueta, M. Espinoza, F. Poblete & A. Traferri (2019). *Reforma al sistema privado de salud*. Santiago de Chile.
- Beltrán, D. (2019). *Las políticas migratorias de Chile y Colombia, frente a las perspectivas de los marcos de protección internacional de los migrantes y su aplicabilidad al caso del éxodo venezolano (2015-2018)*. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46846/Trabajo%20de%20grado%20supermejorado.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bernales, M., B. Cabieses, A. M. McIntyre, M. Chepo, J. Flano & A. Obach (2018). Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence. *Salud Pública de México*, 60(5), 566-578. doi: <https://doi.org/10.21149/9033>
- Boltanski, L. (1993). *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*. París.
- Cabieses, B. (2020). *Encuesta sobre Covid-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile: Informe de resultados completo*. Santiago de Chile. <http://hdl.handle.net/11447/3267>
- Cabieses, B., M. Bernales & A. McIntyre (2016). Introducción y conceptos esenciales. En B. Cabieses, M. Bernales y A. McIntyre (eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 15-26). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., M. Bernales & A. McIntyre (eds.) (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas pública*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., M. Chepo, M. Oyarte, N. Markkula, P. Bustos, V. Pedrero & I. Delgado (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Revista chilena de pediatría*, 88(6),

707-716. doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>

- Cabieses, B., M. Chepo, A. Obach & M. Espinoza (2019). Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study. *Medical Research Archives*, 7.
- Cabieses, B., F. Darrigrandi, A. Blukacz, A. Obach & C. Silva (2020). Migrantes venezolanos frente a la pandemia de la COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla. *Notas de población*, 47(111), 43-62. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46554-migrantes-venezolanos-frente-la-pandemia-covid-19-chile-factores-asociados-la>
- Cabieses, B., F. Darrigrandi & A. Obach (2020). Factores asociados a sentirse preparado para enfrentar el COVID-19 en migrantes internacionales en Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 4(2), 29-36. <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/103/101?>
- Cabieses, B., P. Gálvez & N. Ajraz (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285-291.
- Cabieses, B., A. Obach & X. Molina (2020). The opportunity to incorporate subjective well-being in the protection of children and adolescents in Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(2), 183-189. doi: <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i2.1527>
- Cabieses, B., H. Tunstall & K. Pickett (2013). Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1255-1265. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000004>
- Carreño, A. & B. Cabieses (2020). *Ser refugiado en Chile: trayectorias institucionales y experiencias de salud de solicitantes de protección internacional de origen latinoamericano en Chile*. Santiago de Chile: Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina.
- Carvallo, V. (2019). *Mujeres migrantes trabajadoras: estudio sobre experiencias laborales de mujeres colombianas y venezolanas en Santiago de Chile*. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/24515>
- Castañeda, H., S. M. Holmes, D. S. Madrigal, M.-E. D. Young, N. Beyeler & J. Quesada, (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Castles, S. (2003). La política internacional de la migración forzada. *Migración y Desarrollo*, 1, 1-28. <http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/ve1/StephenCastles.pdf>
- Centro de Derechos Humanos UDP (2018). *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2018*. Santiago de Chile. <https://derechoshumanos.udp.cl/informe-anual/informe-anual-sobre-derechos-humanos-en-chile-2018/>
- Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (Cejil) (2018). *Declaración y plan de acción de sociedad civil sobre personas provenientes de Venezuela que requieren protección nacional e internacional*. Washington, D. C.: Cejil, Grupo de Trabajo de Movilidad Humana Venezolana. <http://www.movhuve.org/wp-content/uploads/2019/05/FINAL-ESPANOL-VERSI%C3%93N-WEB.pdf>
- Chaná, P. (2019). *Alternativas habitacionales de los inmigrantes internacionales en Chile. Período 2010-2018. Análisis de la población haitiana y venezolana en el Gran Santiago* [tesis de arquitectura]. Santiago de Chile, Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/172849/alternativas-habitacionales-inmigrantes-internacionales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Chile, M. (2020). *Informe epidemiológico casos COVID-19 en población migrante internacional Chile. (Hasta la semana epidemiológica 47, año 2020)*. Santiago de Chile.
- Cid, C., A. Torche, G. Bastias, C. Herrera & X. Barrios (2013). Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En *Propuestas para Chile* (pp. 183-219). Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Davies, A., A. Basten & C. Frattini (2009). Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10-12.
- Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (DEM). (2020). *Estadísticas Migratorias* [base de datos]. <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
- Diario Oficial de Chile. Decreto supremo 67: modifica el decreto 110 del Minsal de 2004, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes
- Diario UChile (2020, 17 de agosto). *Organizaciones manifiestan su preocupación por proyecto de ley de migración chilena*. <https://radio.uchile.cl/2020/08/17/organizaciones-manifiestan-su-preocupacion-por-proyecto-de-ley-de-migracion-chilena/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) (2019, 5 de julio). *Por la dignidad de las mujeres migrantes*. <https://lac.unfpa.org/es/news/por-la-dignidad-de-las-mujeres-migrantes>
- Gómez, C., J. Rincón, L. Hernández, K. Monroy & Y. Fula (2019). *Inmigración venezolana: sus estados emocionales negativos y su adaptación a la nueva vida en Santiago de Chile*. [http://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1433/Trabajo%20opcion%20de%20grado%20psicologia%20\(002\).pdf?isAllowed=y&sequence=1](http://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1433/Trabajo%20opcion%20de%20grado%20psicologia%20(002).pdf?isAllowed=y&sequence=1)
- Guzmán, W., R. Uzcátegui & I. Bravo (2020). Travesía migratoria de los niños venezolanos en Suramérica. *Trayectorias Humanas Transcontinentales*, 6.
- Gzesh, S. (2008). Una redefinición de la migración forzada con base en los derechos humanos. *Migración y Desarrollo*, 10, 97-126.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2018). *Informe sobre el Proyecto de Ley de Migración y Extranjería (Boletín 8970-06) y las Indicaciones presentadas*. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=136849&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) & Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (DEM) (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019*. <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-regiones-y-comunas-metodolog%C3%ADa.pdf>
- Lacomba, J. (2001). Teorías y prácticas de la migración. De los modelos explicativos a los relatos y proyectos migratorios. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 5. <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/328>
- Markkula, N., B. Cabieses, V. Lehti, E. Uphoff, S. Astorga & F. Stutzin (2018). Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Globalization and Health*, 14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
- Massey, D. (2017). *Comprender las migraciones internacionales. Teorías, prácticas y políticas migratorias*. Barcelona: Bellaterra.
- Ministerio de Salud de Chile (2020). *Informe epidemiológico casos COVID-19 en población migrante internacional Chile. (Hasta la semana epidemiológica 31, año 2020)*. Santiago de

Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2020). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recomendaciones generales para la atención primaria de salud en contexto de pandemia de SARS-CoV-2.

Ministerio de salud de Chile.(2016). Minsal circular A15 04: imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia 4 del decreto supremo 110, de 2004, agregada por el decreto supremo 67, de 2015.

Ministerio de salud de Chile (2016b). Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020. Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020 (minsal.cl)

Naciones Unidas (2020). Red de Migración de los organismos de Naciones Unidas.

Negri, A. & M. Hardt (2004). *Multitude*. Nueva York: The Penguin Press.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2007). *Social Determinants of Migrant Health*. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2016). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*. https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/informe_regional_sobre_determinantes_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_retornadas_o_en_transito_y_sus_familias_en_centroamerica_0.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019a). *IOM's Global Migration Data Analysis Centre* [base de datos].

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019b). *Tendencias Migratorias en América del Sur*. https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias_Migratorias_en_America_d_el_Sur_Marzo.pdf

OEA (2021). Grupo de Trabajo para crisis de migrantes y refugiados en Venezuela. Grupo de Trabajo de OEA para crisis de migrantes y refugiados en Venezuela prevé éxodo venezolano podría alcanzar a 7 millones de personas al inicio de 2022 (oas.org)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA, 19-24 DE MAYO DE 2008 RESOLUCIONES Y DECISIONES ANEXOS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Migration and health: Key issues*.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes*. Génova. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274830/A70_24-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Promoting the health of refugees and migrants*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-en.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). *Reunión ministerial regional sobre migración en masa y salud. Resumen de discusiones. Puntos destacados, Conclusiones & Próximos pasos*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48163-reunion-ministerial-regional-sobre-migracion-en-masa-y-salud&category_slug=migracion&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). *Documento de orientación sobre migración y salud*. <https://www.paho.org/hq/index.php?>

[option=com_docman&view=download&alias=48291-documento-de-orientacio-n-sobre-migracio-n-y-salud&category_slug=migracion&Itemid=270&lang=es](#)

- Orcutt, M., P. Patel, R. Burns, L. Hiam, R. Aldridge, D. Devakumar, P. Spiegel & I. Abubakar (2020). Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10235), 1482-1483. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30971-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30971-5)
- Orcutt, M., P. Spiegel, B. Kumar, I. Abubakar, J. Clark, R. Horton & M. Lancet (2020). Lancet Migration: global collaboration to advance migration health. *The Lancet*, 395(10221), 317-319. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30107-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30107-0)
- Oyarte, Cabieses, Espinoza y Ortiz (2021) (en prensa). *Acceso y uso del sistema de salud en inmigrantes asentados y emergentes en Chile 2011-2017*. Revista de Saude Publica (en prensa).
- Oyarzún, F. (2019). *Matices: una exploración de narrativas del proceso de migración de ejecutivos venezolanos en Chile*. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173692/Tesis%20-%20Francisca%20Oyarz%c3%ban.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pavli, A. & H. Maltezou (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal Of Travel Medicine*, 1(18).
- Perelló, M. I. & J. Lacomba (2020). Las organizaciones de la sociedad civil en fronteras de alta migración. Entre el humanitarismo y la defensa de derechos. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 28(58), 13-32.
- Pilquil, P. (2020). *Desafíos del trabajo social con población refugiada: integración social de las y los solicitantes de refugio de nacionalidad venezolana residentes en Santiago de Chile* [tesis de licenciatura]. Santiago de Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/5344/TTRASO%20590.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piore, M. J. (1979). *Birds of passage. Migrant Labor and Industrial Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Portes, A. & R. L. Bach (1985). *Latin Journey: Cuban and Mexican Immigrants in the United States*. Berkeley: University of California Press.
- Putnam, R. (1993). *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2019). *Plan regional de respuesta para refugiados y migrantes. Para las personas refugiadas y migrantes de Venezuela*. <https://r4v.info/en/documents/details/68669>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020). *RMP2020 Para refugiados y migrantes de Venezuela. Plan de respuesta para refugiados y migrantes*. <https://r4v.info/es/documents/details/74747>
- Salgado, F., C. Contreras & L. Albornoz (2018). La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 8(1), 81-117.
- Sargent, C. & G. Larchanche (2011). Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care. *Annual Review of Anthropology*, 40(1), 345-361.
- Scotti, L., L. Ronconi & M. Aldao (2013). *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Albert Perrot.

- Segal, U. (2019). Globalization, migration, and ethnicity. *Public Health*, 172, 135-142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.011>
- Sistema de Integración Centroamericana (SICA) (2020). *Plan de Contingencia Regional. Orientado a complementar los esfuerzos nacionales para la prevención, contención y tratamiento del COVID-19*. https://www.sica.int/documentos/plan-de-contingencia-regional-del-sica-frente-al-covid19_1_121512.html
- Stefoni, C. (2011). Migración, remesas y desarrollo. Estado del arte de la discusión y perspectivas. *Polis*, 10(30), 495-521.
- Stefoni, C. (2018). *Panorama de la migración internacional en América del Sur. Documento elaborado en el marco de la Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de Expertas y Expertos en Migración Internacional preparatoria del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, OIM. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/43584/S1800356_es.pdf
- Stefoni, C., C. Silva & S. Brito (2019). Migración venezolana en Chile. La (des)esperanza de los jóvenes. En L. Gandini, F. Lozano y V. Prieto (coords.), *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 259-284). Ciudad de México: UNAM.
- Terry, D. & S. Wilson (2005). *Beyond Small Change: Making Migrant Remittances Count*. Washington D. C.: BID.
- Thomas, F. (2016). *Handbook of migration and health*: Edward Elgar Publishing.
- Tijoux, M. E. (2016). *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Tijoux, M. E. & M. G. Córdova Rivera (2015). Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis: Revista Latinoamericana*, 14(42).
- Todaro, M. & L. Maruszko (1987). Illegal migration and U.S. Immigration reform: a conceptual framework. *Population and Development Review*, 13(1), 101-114.
- Tomasini, M. E., P. Bertarelli & M. G. Morales (2017). Género, racialización de la clase e identidades: Las categorías ‘negros’ y ‘negras’ en jóvenes de sectores populares de Córdoba. *Psicoperspectivas*, 16(2), 9-19.
- Uphoff, E. P., K. E. Pickett, B. Cabieses, N. Small & J. Wright (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 12. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>
- Vera, L., & Y. Lagos (2020). *Chile, país receptor de migrantes: la experiencia de adolescentes venezolanos*. [tesis de licenciatura]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/4605/TPSICO%20769.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wallerstein, I. (2007). *Geopolítica y geocultura. Ensayos sobre el moderno sistema mundial*. Barcelona: Kairos.
- Walters, W. (2001). Foucault and Frontiers: Notes on the Birth of the Humanitarian Border. En Susane Krasmann, Thomas Lemke y Ulrich Bröckling (eds.), *Governmentality: Current Issues and Future Challenge* (pp. 138-164). Londres: Routledge.
-

⁸ PhD., profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile. E-mail: bcabieses@udd.cl

² MSc. y académico del Departamento de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Investigador asociado del Programa de Estudios Sociales en Salud del ICIM de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile. E-mail: d.larenas@udd.cl

¹⁰ Magíster (c) en Epidemiología. Investigadora del Departamento de Asuntos Científicos del Instituto de Salud Pública de Chile. Investigadora asociada del Programa de Estudios Sociales en Salud del ICIM de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile. E-mail: moyarte@ispch.cl

¹¹ Magíster en Estadística. Profesora instructora de la Facultad de Ingeniería y Ciencias de la Universidad Adolfo Ibáñez. E-mail: florenciadarrigrandi@uai.cl

Revisora del estudio chileno: Jasmine Gideon, PhD. y *Senior Lecturer* en Estudios del Desarrollo del Departamento de Geografía, Ambiente y Estudios del Desarrollo de la Universidad Birkbeck de Londres, Reino Unido.

LA RESPUESTA SANITARIA DE COLOMBIA ANTE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA

Andrés Cubillos¹²

Investigador principal

Nelson Ardón Centeno¹³

Oscar Franco Suárez¹⁴

1. CONTEXTO

Según el informe publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la emigración en América del Sur se caracteriza por la alta expulsión de la población a lo largo de la región, la cual se empieza a presentar desde los años setenta y parece haber mantenido las tendencias entre países hasta la actualidad. Ha habido patrones clásicos de la migración, cuyos flujos migratorios se dirigían a polos extrarregionales ubicados especialmente en España, Estados Unidos y Canadá, lo que hasta mediados de la primera década del siglo XXI mostró una tendencia regional de emigración más que de inmigración a lo largo de la subregión sur (Stefoni, 2018).

De acuerdo con las cifras reportadas por el informe del Panorama de la Migración Internacional en América del Sur por la CEPAL, «[...] son más de 28,5 millones los latinoamericanos y caribeños que residen en países distintos al de su nacimiento, llegando a ser el 4,8 % de la población total de la región» (Stefoni, 2018, p. 9). Sin embargo, en los últimos años las tendencias migratorias en la región han cambiado a través del tiempo y Venezuela ha marcado un punto de inflexión en los flujos migratorios regionales. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la migración intrarregional ha aumentado de manera acelerada, siendo América del Sur el nuevo lugar de destino de muchos sudamericanos. En este sentido, el subcontinente ha recibido volúmenes similares a los presentados en otras latitudes con población sudamericana, llegando en la actualidad a contar con mayores volúmenes de migración intrarregional que extrarregional. De acuerdo con la OIM (2020), hoy en día la subregión llega a albergar elevadas cifras de migrantes sudamericanos, alcanzando estos el 80% del total de migrantes intrarregionales, mientras que solo el 20% del total son inmigrantes extrarregionales.

En cuanto a los recorridos migratorios de la subregión sudamericana, los principales corredores de estos movimientos se presentan entre países limítrofes y no limítrofes. El caso de los venezolanos que migran hacia Colombia (más de 1,6 millones) es sin duda el que lidera esta tendencia migratoria, seguido de la población venezolana que se dirige a Perú como lugar de destino (más de 860 000 migrantes), mientras que en tercer y cuarto lugar se encuentran los paraguayos que ingresan a Argentina (más de 690 000 migrantes) y los colombianos que se dirigen a Chile (poco más de 120 000 migrantes) (OIM, 2020, p. 4).

Al mirar las cifras a nivel global, se observa que en la actualidad hay alrededor de diecisiete millones de sudamericanos viviendo en otras latitudes, de los cuales casi ocho millones se encuentran viviendo en la región de América del Sur. Asimismo, en esta parte del continente americano son «[...] tres [los] países [que] concentran el 55% de la población emigrada: en primer lugar, está Venezuela (4,7 millones), seguida por Colombia (2,8 millones) y en tercer lugar Brasil (1,7 millones)» (OIM, 2020, p. 6).

En este contexto, el éxodo de los venezolanos es considerado como el mayor de Latinoamérica en los últimos cincuenta años (BBC, 2018). Esta salida de venezolanos se debe a la crisis política, económica y social que es considerada por algunos como emergencia humanitaria (Europa Press, 2020).

Al hablar de las razones por las cuales los venezolanos han salido de su país, se hace referencia casi siempre al gobierno actual de Rafael Maduro; sin embargo, desde la administración de Hugo Chávez se empezó a ver el

aumento de la salida de los pobladores del país, que en los años noventa había tenido tendencias migratorias bajas con respecto a los otros países de la región, pues Venezuela generaba más bien un efecto llamada para la población latinoamericana y de otras latitudes, principalmente debido al alto poder adquisitivo imperante y la riqueza del país. Durante décadas, Venezuela fue considerado el país más rico de la región gracias a las ganancias provenientes del petróleo, tendencia que se presentó desde la Segunda Guerra Mundial hasta mediados de la primera década del segundo milenio, lo que ubicó al país durante muchos años como el país más rico de Latinoamérica (El País, 2019).

De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2020), Venezuela acogió en el pasado a miles de refugiados de la región y de otras partes del mundo, además de un alto número de migrantes regionales y de otros países, quienes llegaron a su territorio en búsqueda del «sueño latinoamericano». Las riquezas del país, las oportunidades de empleo presentes y la elevada calidad de vida en comparación con otros países de la región, originada principalmente por los ingresos derivados del petróleo, pudo ofrecer mejores condiciones de vida y un futuro próspero a muchas personas que buscaban bienestar económico a través de la migración. Desafortunadamente, con la llegada del nuevo siglo y debido principalmente a los malos manejos financieros de los gobiernos recientes, la riqueza del país y la calidad de vida de la población nacional, los migrantes y los refugiados recibidos durante décadas empezó a mermar poco a poco, lo que comenzó a generar movimientos de salida migratoria de manera progresiva.

El año 2007, el diario español *El País* hizo énfasis en el aumento de la migración de la población venezolana hacia España en un periodo de siete años, mostrando que en el periodo comprendido entre 1999 y 2006 hubo un incremento de migrantes procedentes de Venezuela del 181%, pasando de 9482 a 52 178 migrantes venezolanos viviendo en el país ibérico. En el caso de Estados Unidos, se señala que esta emigración alcanzaba «[...] las cuotas del éxodo cubano de los años sesenta del siglo pasado [...] desde el inicio del mandato de Hugo Chávez Frías en 1999» (Valladares-Ruiz, 2012, p. 385), considerado por la autora como el *brain drain* venezolano.

Entre los años 2006 y 2012, de acuerdo con economistas que analizaron el fenómeno económico de Venezuela, la principal caída económica del país se debió a que Hugo Chávez utilizó la modalidad de préstamos internacionales para aumentar la respuesta asistencial a algunas poblaciones del país, llegando a cuadruplicar la deuda externa nacional a través de préstamos de bancos chinos, cuya garantía de pago fueron las grandes reservas de petróleo con las que cuenta la nación (Valladares-Ruiz, 2012). Es importante señalar que, previamente a la caída del petróleo venezolano en el año 2012, el país ya se encontraba en una seria crisis económica que empezó a afectar muchos de los sectores sociales, tales como salud, educación y vivienda.

Desde el año 2011, «[...] el servicio de la deuda de la república y de PDVSA [Petróleos de Venezuela], sumado al servicio de deuda contraída con los bancos de desarrollo chinos, superaba los 15 500 millones de dólares anuales y se quedaba con casi 20% de las exportaciones. Hacia 2015, esta cifra había subido a 55% de las exportaciones [...]». Este aspecto comenzó a empeorar debido a la altísima deuda externa del país y «[...] la imposibilidad de reestructuración de pasivos internos en el sector público» (Vera, 2018; s.p.).

La inestabilidad política y la crisis económica, unidas a la hiperinflación, afectaron sustancialmente la vida de miles de habitantes del territorio venezolano, llevando al país andino a experimentar uno de sus momentos más tensos (BBC, 2019). Para Margarita López-Maya (2019), la denominada «anomia social» en el marco del ejercicio autoritario del poder es lo que ha pasado con Venezuela durante la presidencia de Chávez y después de su mandato, lo que generó desorden social y político, creándose condiciones de ingobernabilidad y violencia sociopolítica. El diario *El Tiempo* de Colombia señala las cinco posibles causas por las cuales se presentó esta situación en el país:

- El asistencialismo entre 1999 y 2013, periodo en el cual el país adoptó políticas asistencialistas que volvieron imposible mantener la creciente deuda del país a través del tiempo.

La caída del precio del petróleo: a pesar de que Venezuela es el país que tiene las mayores reservas petrolíferas del mundo y que, de acuerdo con la Organización de los Países Exportadores de Petróleo (OPEP), alcanzó a tener un total de 300 900 millones de reservas de barriles, seguido por Arabia Saudita e Irán (Mercado, 2019), la caída de los precios del petróleo a nivel internacional desde el año 2014 afectó sustancialmente los ingresos del Gobierno venezolano.

Inflación y devaluación del bolívar: según expertos del Fondo Monetario Internacional (FMI), podría llegar a alcanzar el 10 000 000%, en ambas, afectando sustancialmente el poder adquisitivo de los habitantes de la nación,

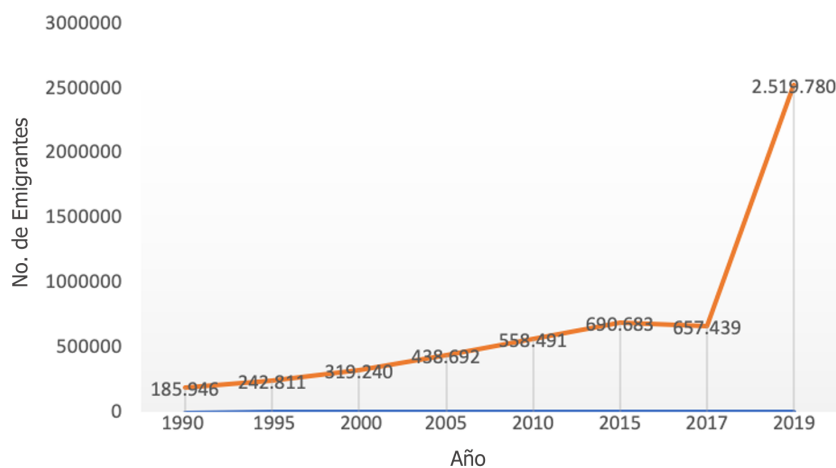
lo que generó mayor pobreza y peores condiciones de vida.

El atentado contra las instituciones democráticas, esto debido a que «[...] la crisis social se incrementó cuando líderes políticos como Leopoldo López o Antonio Ledezma, fueron arrestados» (Mercado, 2019).

Finalmente, la última causa está relacionada con la crisis de las relaciones diplomáticas venezolanas, dado que las tensiones con los países vecinos se incrementaron con la reelección de Maduro en mayo de 2018 y el respectivo rechazo por parte del gobierno de Iván Duque y otros presidentes de la región, lo que agudizó aún más la crisis diplomática que el país andino vivía desde años atrás (Mercado, 2019).

Todas estas razones han generado un aumento de la emigración de Venezuela, pasando de ser uno de los países con mayor recepción de población en la región a ser un país expulsor de su propia población. La emigración venezolana ha venido evolucionando desde 1990 hasta 2019 de manera exponencial, tal y como se muestra en la siguiente figura.

Figura 1. Evolución de emigrantes de Venezuela



Fuente: elaborado a partir de Datos Macro, 2020.

La figura 1 muestra la tendencia de aumento de la migración venezolana desde 1990, la cual presenta un pico importante los años 2017 y 2019, momento en el cual muchos de los países de la región empiezan a recibir altos volúmenes migratorios procedentes de Venezuela, afectando sustancialmente los flujos tradicionales que se presentaban en la región, tal y como se señaló con anterioridad.

Al observar los datos migratorios por sexo se podría decir que, a diferencia de la feminización migratoria que se presenta en la región de acuerdo con la OIM (2020), hombres y mujeres migran en cantidades similares para el caso de los emigrantes venezolanos. Según los datos del volumen total de población migrante venezolana para el año 2019, hay un total de 1 302 797 mujeres y 1 216 983 hombres migrantes procedentes de Venezuela (Datos Macro, 2020).

Por otra parte, las vías de la emigración venezolana son variadas y, por lo mismo, es importante señalar que si bien la mayoría de los migrantes ha salido a pie, cruzando la frontera terrestre entre Colombia y Venezuela con miras a dirigirse hacia otros países de la subregión, ha habido en esta migración muchas vías de salida, lo que para muchos se convierte en un riesgo para su salud e incluso su vida. En ese sentido,

[...] los migrantes venezolanos han ocupado lugares importantes en los medios y en la agenda política internacional. Por tierra, mar y aire se desplazan en busca de mejores condiciones de vida. Algunos hacen peligrosas caminatas de 16 horas diarias, por rutas que pueden alcanzar 3.500 kilómetros, muchos de ellos duermen en las calles; otros arriesgan su vida en el mar o hasta como polizones tratando de colarse en un avión (Ávila, 2018).

A la fecha, más de cinco millones de personas han salido de la República Bolivariana de Venezuela, principalmente hacia países de la región andina. Colombia está a la cabeza de esta recepción de población, con más de 1,8 millones de venezolanos; seguido de Perú con 800 000 personas, aproximadamente; Chile, a donde han llegado más de 450 000 venezolanos; y, finalmente, Ecuador, con más de 360 000 personas procedentes de Venezuela (Cabrera, 2020; R4V, 2020), siendo este último país de la región el que en menor medida ha recibido población migrante venezolana en el marco de los cuatro principales países receptores de esta migración en el contexto andino.

Es importante señalar que el volumen de la población migrante venezolana en estos países representa los territorios donde la mayoría de esta población ha llegado a asentarse, en comparación con muchos otros países latinoamericanos. Adicionalmente, es importante señalar que hoy en día los migrantes venezolanos superan con creces los volúmenes de migrantes de otras nacionalidades como los colombianos, quienes tradicionalmente estuvieron durante muchos años a la cabeza de la migración internacional continental en el marco andino.

De otro lado, la principal razón por la cual muchos venezolanos salen de su país es debido a la falta de alimentos y asistencia en salud. Un gran número de migrantes venezolanos dejan su país en busca de mejores oportunidades laborales, pero es la búsqueda de alimentos la que se ha convertido en la principal razón, lo que ha generado una migración forzosa de suma importancia para los países receptores, quienes han tratado de dar diversas respuestas a esta realidad migratoria, sobre todo en lo que refiere a salud. Es por ello que este informe analiza la respuesta de los sistemas de salud en el país con el fin de documentarla de manera sistemática mediante fuentes secundarias y entrevistas a diferentes actores, sumando además la implementación de estrategias, políticas, normatividad, planes y demás respuestas tanto desde el Gobierno como desde organismos internacionales.

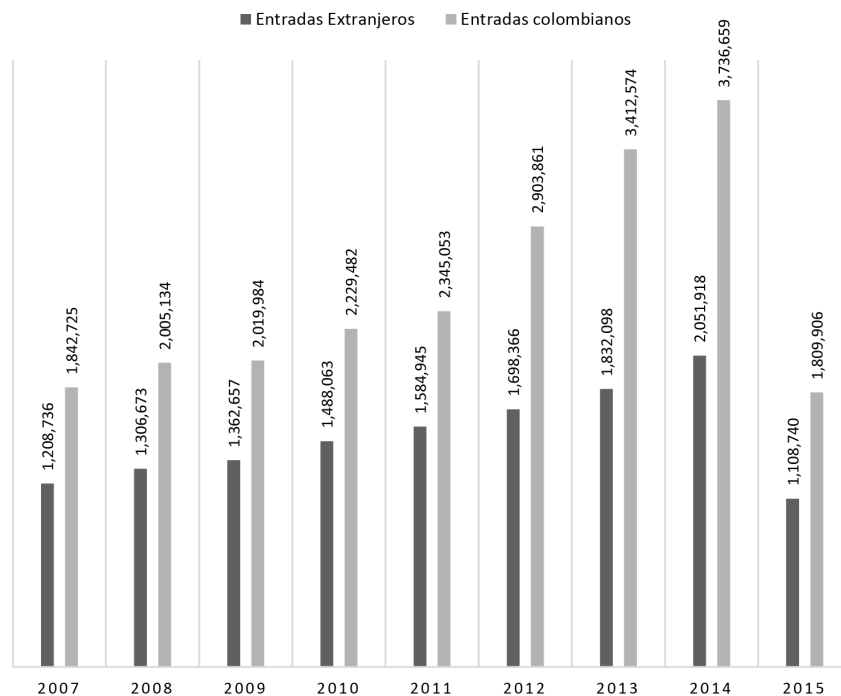
El informe acá presentado muestra un análisis importante de las respuestas que se han dado en salud en relación con la migración proveniente de Venezuela, cuya población inició desde el año 2014 un proceso migratorio importante en la región andina y en diferentes contextos internacionales. Como ya se mencionó, Colombia ha sido el mayor receptor de esta población y, hoy en día, de los casi cinco millones de migrantes venezolanos que se encuentran ubicados en diferentes latitudes, 1,8 millones se encuentran en este país, de acuerdo a los reportes de Migración Colombia al 31 de octubre de 2020, lo que demuestra que es el que más migrantes venezolanos ha recibido a nivel mundial.

Es importante señalar que las lecciones aprendidas en Colombia aportan una experiencia que podría servir como modelo para otros países que se encuentren en una situación similar, obligados a dar respuesta a las necesidades de salud de poblaciones migrantes de importantes magnitudes en un tiempo relativamente corto. Esperamos que los resultados mostrados puedan servir para este fin.

1.1. Proceso de inmigración de ciudadanos venezolanos a Colombia

De acuerdo con cifras de Migración Colombia, entre los años 2007 a 2015 (figura 2) ha habido un crecimiento en la entrada de población extranjera y de colombianos retornados al territorio nacional. Si bien las cifras muestran que el comportamiento de los flujos migratorios entre los años 2007 a 2009 se ha mantenido proporcionalmente, en ambos casos se observa un aumento en este movimiento, siendo el año 2014 el que mayor número de flujos migratorios ha presentado.

Figura 2. Entradas de población extranjera y colombiana al territorio nacional, 2007-2015



Fuente: elaborado a partir de Migración Colombia, 2016.

Por otra parte, es importante anotar que estos movimientos no solamente han sido de entrada al país, sino que aún se siguen presentando en amplia proporción en torno a la salida de la población internacional y de colombianos. Estos movimientos de poblaciones, en términos generales y tomándolos como flujos migratorios totales¹⁵, han llegado a aumentar en un 87% entre el año 2007 y 2014.

Este fenómeno migratorio muestra nuevamente que Colombia se ha convertido en un lugar de destino importante, inclusive para la población de venezolanos, pues los reportes demuestran que el aumento del éxodo de venezolanos hacia Colombia es cada vez mayor. Muchos de los cruces de venezolanos se hacen a través de las fronteras terrestres por el puente fronterizo Simón Bolívar¹⁶, el puente internacional Francisco de Paula¹⁷, el puente internacional José Antonio Páez¹⁸ y el paso fronterizo de Paraguachón¹⁹.

Los reportes demuestran que miles de venezolanos han llegado en la última década al territorio colombiano. Tal y como lo demuestran las cifras, el número va en aumento: de 202 624 personas que ingresaron en 2010 la cifra se elevó a 329 478 personas el año 2015. Asimismo, en el primer semestre del año 2016 se reportaron 111 370 entradas de población venezolana al territorio colombiano. Es importante anotar que este flujo migratorio descendió desde el mes de agosto del año 2015 a causa del cierre de la frontera decretado por el presidente Nicolás Maduro (Semana, 2016).

La migración de venezolanos hacia Colombia ha aumentado probablemente debido a la crisis política y económica por la que está atravesando Venezuela y que, en algunos casos, corresponde a una migración de personas con altos niveles de educación, quienes han cursado estudios universitarios, insertándose a diversos sectores productivos.

Todo lo anterior muestra que la relación migratoria entre Colombia y Venezuela se ha modificado totalmente pues, de acuerdo con reportes históricos, a mediados de los años setenta del siglo pasado hubo una amplia migración de colombianos hacia Venezuela debido a la bonanza petrolera que se presentó en ese país, lo que demandaba mano de obra para dar respuesta a una economía en crecimiento.

Hay varios reportes que registran diversos números de colombianos en el vecino país, tanto reportes migratorios y estudios de Colombia como datos desde Venezuela. Algunos datos mostrados por la prensa venezolana entre los años 1973 y 1979 hablaban de que fueron en total cuatro millones de colombianos los que llegaron durante este periodo al país vecino, en su gran mayoría pobres y sin educación. Sin embargo, la investigadora Robayo (2013) resalta que no todo lo que se ha hablado sobre este tema se puede comprobar pues, según ella, un cálculo más

realista indica que esa economía terminó recibiendo a más de un millón de colombianos, la mayoría de los cuales se dedicó al campo y al servicio doméstico, logrando en gran medida integrarse a la sociedad venezolana plenamente.

De otro lado, de acuerdo con reportes del ACNUR, desde finales de los años noventa —fecha que coincide con la primera elección del expresidente Hugo Chávez— fueron expulsados del territorio venezolano cerca de 200 000 desplazados colombianos que habían buscado amparo en las denominadas políticas influyentes y flexibles de asilo y refugio que se encontraban presentes al otro lado de la frontera desde el año 2001.

Hasta hace muy poco era común hablar de la migración de ciudadanos colombianos hacia diferentes destinos, migraciones que en muchos momentos fueron inclusive consideradas expulsiones masivas de población; sin embargo, ahora hay una nueva realidad. A pesar de que la población de colombianos, tal y como se ha señalado, sigue estando presente en otros países, las cifras son menores que en décadas pasadas. Parte de este retorno se debió en gran medida a las mejores condiciones económicas del país, incluso aunque este crecimiento ha mermado en los últimos años; al aumento de las condiciones sociales y de calidad de vida de algunos grupos poblacionales; y al efecto originado por decisiones políticas que han permitido la inversión internacional y la puesta en marcha de leyes, acuerdos, decretos, etc., que han impactado en este cambio migratorio (Cubillos & Ardón, 2018).

A partir del año 2014 la salida de venezolanos de su país a otras regiones del mundo ha aumentado rápidamente, pasando de 695 000 personas en 2015 a superar los cinco millones en 2020, lo que sitúa a este grupo migratorio como uno de los más grandes del mundo (ACNUR, 2020). De otro lado, ha habido un aumento del 2000% en el número de personas venezolanas que solicitan la condición de refugiados en todo el mundo a partir de 2014, principalmente en el continente americano (Kitidi, 2018).

Según datos de 2019, Latinoamérica es la región que mayor cantidad de personas procedentes de Venezuela acoge, principalmente en Colombia, Perú, Chile, Ecuador, Argentina y Brasil (El País, 2019), lo que convierte a la migración venezolana en una prioridad para los países de esta región —y no solo en aquellos que más migrantes condensan— en términos de su protección y la incorporación de este fenómeno migratorio a su agenda política. Es por esto que el ACNUR alienta a los países receptores a generar respuestas orientadas a la protección de esta población, lo que incluye establecer diferentes alternativas para la regularización de los migrantes venezolanos de cara a garantizar su acceso a servicios de salud, educación, derecho al trabajo, unidad familiar, etc. (Kitidi, 2018).

En la tabla 1 se puede ver que Colombia es el país latinoamericano que recibe el mayor número de migrantes venezolanos, con un total de 1 809 872 personas (este número ha sido fluctuante debido al retorno de algunos migrantes a Venezuela, lo que se compensa con la reemigración de muchos más en la postcuarentena), seguido de Perú con 829 677 personas. Chile aparece después, en tercer lugar, con 455 494 migrantes; y Ecuador en cuarto puesto, con un total de 363 023 migrantes venezolanos en su territorio. Esto demuestra que el flujo migratorio de las poblaciones procedentes de Venezuela tiene en su mayoría a la región andina como destino.

Tabla 1. Población venezolana por país de acogida en Latinoamérica*

País de acogida**	Número de migrantes venezolanos
Argentina	179 069
Brasil	253 495
Chile	455 494***
Colombia	1 809 872***
Costa Rica	29 600
Ecuador	363 023
México	73 115
Panamá	120 642
Paraguay	3818
Perú	829 677***
República Dominicana	34 000
Uruguay	13 664

Tabla 1. Población venezolana por país de acogida en Latinoamérica*

* Datos actualizados al 5 de junio de 2020.

** Los países han sido organizados en orden alfabético.

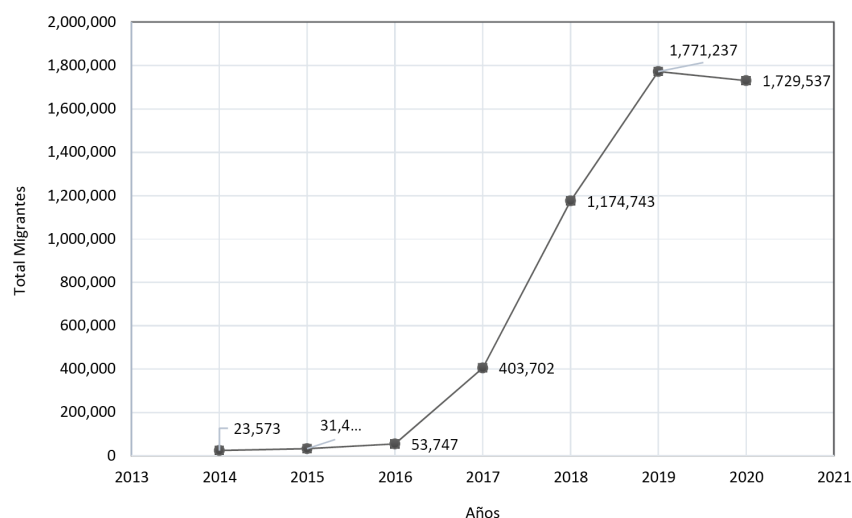
*** Estos son los tres países con mayor número de migrantes procedentes de Venezuela.

Fuente: elaborado a partir de R4V, 2020.

Al observar los datos de Colombia, se muestra que este proceso migratorio empieza a tener importancia desde el año 2014 (ver figura 2). El país había sido tradicionalmente expulsor de su población a causa principalmente del conflicto armado, la inestabilidad política, las crisis económicas y las precarias condiciones de calidad de vida que algunas poblaciones presentaron, especialmente en el último quinquenio del siglo pasado, aspecto que se mantuvo hasta la primera década de la presente centuria. Es por lo anterior que la entrada de población venezolana marca un hito en los movimientos migratorios del país, cuyo análisis es importante a la hora de comprender qué ha pasado con estos flujos migratorios y el impacto que han generado a nivel económico, político y social en el propio territorio y en lo que respecta a la población receptora.

En la figura 3 se observa la tendencia ascendente que presentan los flujos migratorios de la población venezolana hacia Colombia desde el año 2014, que presentó un punto de inflexión hacia 2016, año en el que el número de migrantes venezolanos empieza a aumentar exponencialmente, alcanzando un crecimiento porcentual del 651,1% entre 2016 y 2017 (6,5 veces más migrantes en 2017 que en 2016). En este sentido, se observa que entre 2014 y 2020 ha habido una tendencia ascendente que, según se espera, se mantendría o seguiría aumentando en los próximos años mientras la crisis por la cual atraviesa Venezuela continúe.

Figura 3. Número de migrantes procedentes de Venezuela radicados en Colombia, 2014-2020*



Fuente: elaborado a partir de Migración Colombia, 2019c, 2020b, 2020c y 2021; y Presidencia de la República, 2020.

Se observa, entonces, que en 2020 hubo en Colombia 73,4 veces más venezolanos que en 2014, lo que supone un aumento del 7243,2% en tan solo seis años. Ahora bien, en cuanto al número de personas venezolanas en Colombia para 2020, el cual ascendía a cerca de 100 000 personas para agosto de 2020 (Presidencia de la República, 2020), hay que señalar que este ha experimentado un leve descenso en entre los años 2019 y 2020, lo que se explica por los movimientos migratorios de retorno de venezolanos a su país debido a la pandemia de COVID-19. Esto, a su vez, ha provocado un flujo migratorio fluctuante durante todo el año, por lo que las cifras exactas no se han mantenido constantes.

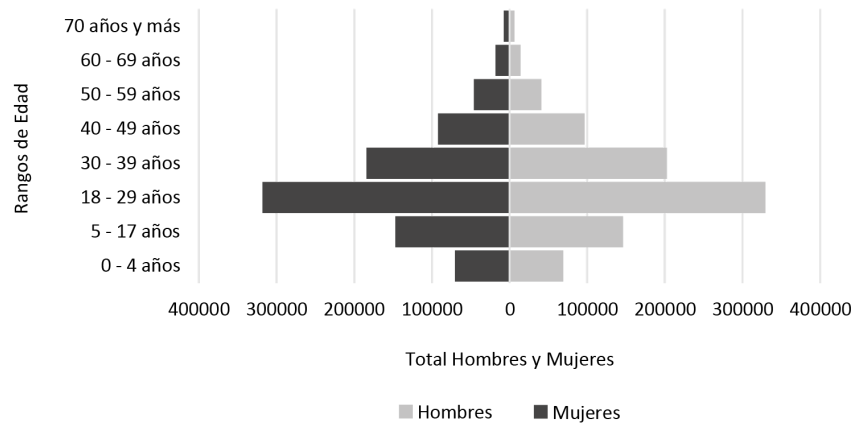
Adicionalmente, es importante señalar que en el año 2020, del total de venezolanos radicados en Colombia (1 731 017), el 44,2% (765 173) se encontraba en situación regular; mientras que el otro 55,8% (965 844) estaba en situación irregular (Migración Colombia, 2020c). Por otro lado, esta cifra contrasta con el número de migrantes venezolanos antes de la declaración de emergencia sanitaria en Colombia, que para febrero de 2020 ascendía a alrededor de 1 825 687, lo que representa una diferencia del 6% con respecto a las cifras actualizadas a julio de 2020 (Migración Colombia, 2020b).

Para agosto de 2020, alrededor de 690 000 venezolanos se encontraban regularmente en el país con Permiso Especial de Permanencia (PEP). Adicionalmente, la Presidencia de la República de Colombia informó a partir del 4 julio de 2020 se renovaron más de 63 000 Permiso Especial de Permanencia – Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (PEP-RAMV) y que hasta agosto de 2020 se habían expedido alrededor de 14 000 PEP para el Fomento de la Formalización (PEP FF) (Presidencia de la República, 2020).

Sumado a lo anterior, según datos de Migración Colombia (2020), durante 2020 se han registrado 832 421 personas migrantes en tránsito en Colombia. Asimismo, se han registrado 4,9 millones de migrantes en condición pendular acreedores de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) (MinSalud, 2020c).

En la figura 4 se muestra la distribución poblacional por rango de edad y sexo de la población migrante venezolana en Colombia. Se puede observar que la mayoría de la población se encuentra concentrada entre los 5 y 49 años de edad. Al analizar los datos por sexo, se observa que no hay diferencias significativas entre el número de mujeres y hombres. De acuerdo con la figura 4 es posible señalar que la mayoría de la población se encuentra en edad de trabajar (18 a 69 años de edad) y que, además, hay una alta concentración de población en edad reproductiva (15 a 49 años de edad).

Figura 4. Distribución poblacional de hombres y mujeres provenientes de Venezuela radicados en Colombia por rango de edad y sexo, junio de 2020



Fuente: elaborado a partir de Migración Colombia, 2020b.

Es importante señalar que el Gobierno ha adelantado diferentes acciones para la regularización e integración de los ciudadanos venezolanos en Colombia. En este sentido, se comprueba que los esfuerzos por emitir documentos de formalización del estatus migratorio de las personas procedentes de Venezuela han sido muy variados desde 2014 hasta la fecha. Según los datos de Migración Colombia (2019a), la evolución de estas acciones se ha concretado en la entrada de migrantes venezolanos al país con cédulas de extranjería en 2014 y 2015, la expedición de la TMF en 2016, el lanzamiento del primer PEP en 2017 —el cual había tenido ocho diferentes actualizaciones hasta la fecha de presentación de este informe— y la creación del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) en 2018, el cual ha sido un mecanismo de caracterización sociodemográfica de la población venezolana en Colombia que ha servido para avanzar en la regularización de esta población en el país.

Posteriormente, en el mismo año (2018), el Gobierno colombiano, acogiendo los acuerdos internacionales de tránsito de migrantes, estableció el Permiso de Tránsito Temporal (PTT), el cual facilita el ingreso temporal a Colombia para aquellos migrantes venezolanos que se dirigen hacia otros países.

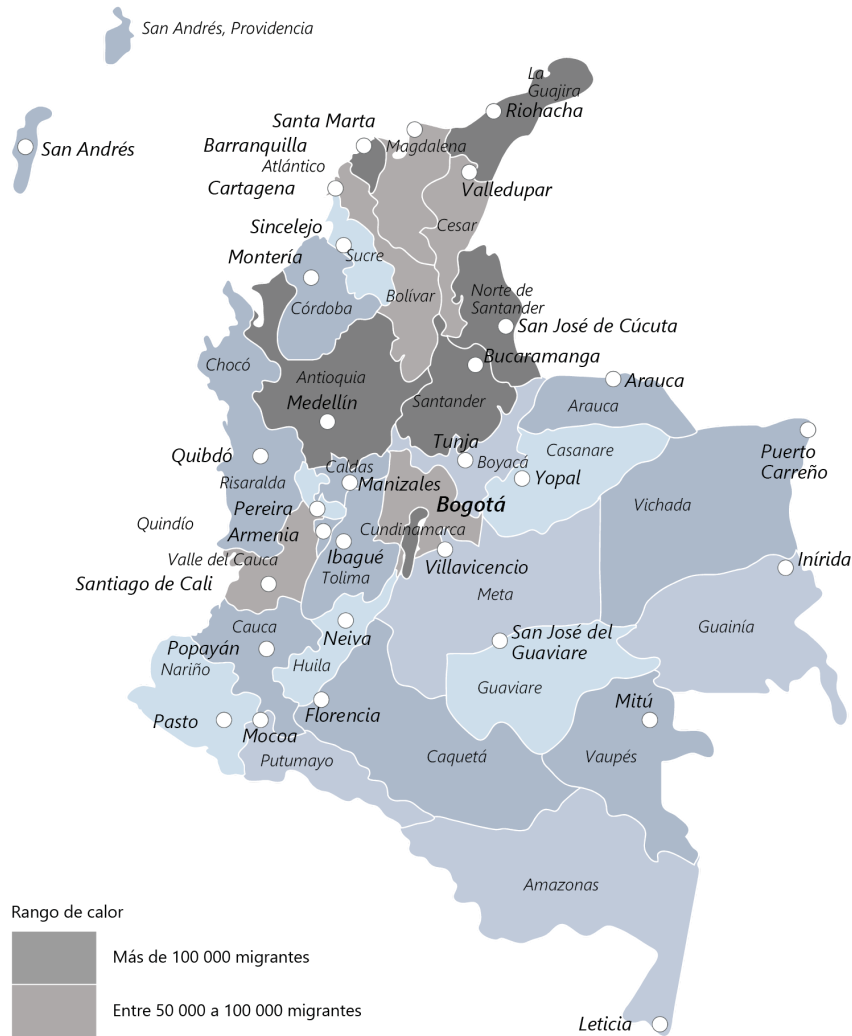
En lo referente a los hijos de venezolanos nacidos en el territorio colombiano, en el año 2019 se expidió la ley 1997, la cual otorga la nacionalidad colombiana a los hijos de venezolanos nacidos en el territorio nacional, indistintamente de la condición de regularidad migratoria de los padres, con carácter retroactivo hasta el año 2015. Esta ley concede este derecho de nacionalidad a estos niños y niñas hasta el año 2021, siendo una estrategia más de regularización en la perspectiva del otorgamiento de derechos a estas poblaciones.

De acuerdo con los datos de Migración Colombia (2020a), el principal lugar de recepción de población migrante venezolana es Bogotá, con un total de 339 132 migrantes; seguido por Norte de Santander, departamento limítrofe con Venezuela y principal punto de entrada de la población procedente de dicho país, con un total de 195

079. En tercer lugar se encuentra Atlántico, con 150 474 migrantes; seguido de Antioquia, con 153 245 migrantes.

La Guajira, otro de los departamentos limítrofes con Venezuela y cuya población se compone principalmente de grupos indígenas transnacionales (wayúu, warao, yukpa y pemón), además de mantener conexiones culturales tradicionales con Venezuela, es otro de los departamentos de Colombia que alberga una importante población procedente de Venezuela, con un total de 150 943 personas (Migración Colombia, 2020b).

Figura 5. Distribución de venezolanos en el territorio nacional



Fuente: Migración Colombia, 2020b.

1.2. Perfil de migrantes procedentes de Venezuela

De acuerdo con el informe del Banco Mundial (2018), el perfil de los migrantes desde Venezuela ha cambiado con el tiempo, principalmente en lo referido a la nacionalidad, estructura demográfica y composición familiar. Esta migración inició desde antes del año 2015, pero es precisamente ese año cuando se empieza a notar un flujo migratorio que empieza a mostrar una tendencia distinta respecto a las entradas de población procedente de Venezuela.

En el año 2015, el 75% del flujo migratorio estaba constituido por colombianos que retornaban al país debido a la expulsión masiva de compatriotas colombianos por directriz del presidente Nicolás Maduro. La mayoría de esta población estaba constituida por menores de 40 años (76%) y de 18 años (24%), quienes contaban con educación media o inferior en mayor proporción que las poblaciones presentes en zonas receptoras como Cúcuta, Villa del Rosario y otros municipios del Norte de Santander, que fueron la puerta de entrada de esta población al territorio nacional (Banco Mundial, 2018).

Cabe anotar que una característica importante de este flujo migratorio procedente de Venezuela es la baja presencia de población adulta mayor, llegando esta a representar menos del 2% del total de migrantes que se encuentran ubicados en el rango de edad cercano a los 64 años, aspecto que es de resaltar con respecto a la población receptora, cuya proporción en este rango de edad es cercana al 9% (Banco Mundial, 2018).

A partir del año 2016, del total de 31 471 ingresos registrados por Migración Colombia (2019b), se demostró un aumento del flujo migratorio de personas nacidas en Venezuela, llegando a registrar un aumento del 120% frente al año 2015 (Banco Mundial, 2018; Migración Colombia, 2019a). En este periodo los registros muestran mayor presencia de menores de 18 años (52% de la población migrante proveniente de Venezuela había nacido en el vecino país), señalando una migración sobre todo de tipo familiar antes que individual (Banco Mundial, 2018).

El año 2017 se presentó un aumento significativo del proceso migratorio, llegando a registrarse un total de 403 702 entradas (Migración Colombia, 2019a); es decir, trece veces el volumen migratorio promedio de población proveniente de Venezuela. En este periodo, se reporta que el 70% de la población migrante en Colombia, es de origen venezolano, aspecto que empieza a dificultar el acceso a la seguridad social en salud pues solamente el 16% de los migrantes venezolanos se encontraba afiliado al sistema de salud (Banco Mundial, 2018).

Para el año 2018, los datos muestran que el total de población procedente de Venezuela que ingresó a Colombia era de 1 174 743. Asimismo, entre los meses de octubre y diciembre se presentó una variación porcentual promedio de 6,5% por mes respecto al ingreso de estas poblaciones, cifra que se mantuvo en aumento en el año 2019 (Migración Colombia, 2021).

En cuanto a la población en condición de regularidad para diciembre de 2018 —la que contaba con PEP²⁰—, se registró un total de 695 496 personas frente a 479 247 en condición de irregularidad (Migración Colombia, 2021). Esto demuestra que la mayoría de la población que ha ingresado a Colombia procedente de Venezuela cuenta con PEP, aspecto que debería facilitar el acceso a los servicios de salud; sin embargo, más adelante se mostrarán los datos relativos a su acceso a dichos servicios, subrayando que el tener PEP no es una característica suficiente para superar las barreras presentes en el servicio de salud en Colombia.

Para el año 2018, y de acuerdo con los reportes realizados por Migración Colombia (2018) de las autorizaciones dadas para la permanencia en el país con PEP, el 42% de los migrantes venezolanos autorizados eran mujeres y el 55,8% restante, hombres. En cuanto al rango de edad, la mayoría se encontraba entre los 18 y 49 años; y una proporción mucho menor entre los 60 y por encima de los 70 años. El 69% de la población que obtuvo el PEP ese año había ingresado al país en 2017 y un 20% en 2018. En cuanto a la ubicación territorial, el 40% de esta población se encontraba ubicada en la ciudad de Bogotá, el 14,6% en el departamento de Antioquia y un 8,2% en el departamento de Atlántico.

De acuerdo con las cifras de Migración Colombia (2019b; 2020a; 2021), en el año 2019 siguió aumentando la entrada de población procedente de Venezuela, alcanzando el total de 1 771 237 migrantes provenientes de dicho país, con un incremento porcentual del 51% con respecto al año 2018. Ese año también cambió la tendencia respecto a la población en condición de regularidad e irregularidad para los migrantes procedentes de Venezuela, dado que la mayoría se encontraba como población irregular (56%) y el resto en condición de regularidad²¹ (44%).

En lo correspondiente a la condición de regularidad, la mayoría de la población (507 583) contaba con PEP; en segundo lugar estaban los portadores de visa o cédula de extranjería (78 510); y, después, aquellos que se encontraban en el país de acuerdo al tiempo de ley establecido (66 297), sumando un total de 742 390 personas en condición de regularidad en el territorio nacional (Migración Colombia, 2019c).

Asimismo, al analizar los datos por género para el año 2019, se comprueba que el 48% de las personas procedentes de Venezuela eran mujeres y el 52% restante, hombres. Además, la mayoría de las mujeres se encontraba en el grupo de edad de 18 a 29 años (270 608), lo cual aplica también al grupo de hombres (292 796) (Migración Colombia, 2019c).

En cuanto a la ubicación geográfica, el 22,7% de esta población se localizaba en Bogotá, llegando a un total de 313 528 migrantes; otro porcentaje significativo se asentó en el departamento del Norte de Santander, en donde se ubicaba el 13,17% de esta población, con un total de 185 433 migrantes; y otro tanto en el departamento de La Guajira, con un total de 163 966 personas procedentes de Venezuela, que representaban el 11,64% del total de personas venezolanas en el país al 30 de junio de 2019 (Migración Colombia, 2019c).

En el año 2020 se presentó una importante particularidad con respecto a estos flujos migratorios, cuyo pico desde el inicio del movimiento migratorio en el año 2015 se registra el mes de febrero, llegando a la cifra máxima de 1 825 687 personas procedentes de Venezuela (Migración Colombia, 2021). Esta cifra récord empieza a descender justo luego de las alarmas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señaló la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud frente a la pandemia de COVID-19 el 3 de febrero de 2020 (OMS, 2020). Este hecho sin duda generó no solo un retorno de migrantes venezolanos, sino que incidió en un cambio en el perfil de los migrantes que entraban al país procedentes de Venezuela, produciendo por primera vez un

descenso en el volumen migratorio desde ese país. En ese sentido, la población venezolana en Colombia llegó a 1 715 831 migrantes el mes de setiembre de 2020, cuando se registró el más alto descenso (Migración Colombia, 2021).

Tabla 2. Datos demográficos de poblaciones venezolanas en Colombia 2020

Total de Población Venezolana	1 729 531
Regulares	762 823
Irregulares	966 714
Total de Hombres	877 395
Total de Mujeres	852 142

Fuente: elaborado a partir de Migración Colombia, 2021.

De acuerdo con los datos de Migración Colombia (2021), la población venezolana que continuó estando en el país presentó una clara concentración en el grupo de edad ubicado entre los 18 a 29 años, tanto para el caso de los hombres como de las mujeres, con un total de 627 125 migrantes, lo que representa el 36% de esta población. En cuanto a la condición de regularidad, se constata un claro aumento en la población en condición de irregularidad, que representó el 56% del total.

1.2.1. Estadísticas de empleo y perfil laboral de los migrantes venezolanos

Para analizar el nivel de empleo de los venezolanos es importante comprender las características de dicha población migrante en cuanto a su nivel educativo. En ese rubro, el informe realizado por el Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario (2017) mostró que la población proveniente de Venezuela no presenta niveles educativos que puedan mostrar tendencias especialmente elevadas, pues más del 80% de esta cuenta con nivel de educación secundaria como máximo. Sin embargo, en las últimas olas migratorias parece haber un aumento en el nivel educativo de la población migrante, mostrando incrementos en aquellos que tienen educación secundaria completa y/o superior (Guataquí y otros, 2017).

Además, las cifras del *Panorama laboral de migrantes venezolanos en Colombia 2014-2019* (Farné & Sanín), preparado por la Universidad Externado de Colombia, señalan que en el país, entre junio de 2014 y junio de 2019, había poco más de un millón de venezolanos en edad de trabajar. Asimismo, la publicación señala que se trataba en su mayoría de personas con un nivel de educación técnico, tecnólogo o universitario (18%), mientras que alrededor del 40% tenía bachillerato completo.

Tabla 3. Principales indicadores del mercado laboral. Total nacional de ocupados no venezolanos

	Tasa de desempleo	Tasa de ocupación	Tasa global de participación
Julio 14-junio 15	8,9%	58,8%	64,6%
Julio 15-junio 16	9,1%	58,8%	64,7%
Julio 16-junio 17	9,2%	58,6%	64,5%
Julio 17-junio 18	9,4%	57,9%	63,9%
Julio 18-junio 19	10%	57,1%	63,4%

Fuente: Farné y Sanín, 2020.

Del millón de venezolanos que se encuentran en edad de trabajar, Farné y Sanín (2020) indican que la tasa empleo, a pesar de mantener fluctuaciones en los periodos 2014-2015 y 2018-2019, se ubicó en promedio en 63%, no siendo igual en el caso del desempleo presente en esta población para el mismo periodo, que ascendió de 12,3% para 2014-2015 a 15,2% para 2018-2019.

Al observar los datos de desempleo en la población colombiana, este estudio demuestra que es mucho menor que el dato presentado en la población migrante venezolana, llegando al 10% para el periodo de estudio. En el caso de la participación en el mercado laboral de los venezolanos, es mayor que la de los colombianos (74,3% frente a 63,4%), y este hecho se acentúa en la población masculina, cuya tasa de participación en el mercado laboral está 12 puntos por encima frente a la población nacional (86% y 74%, respectivamente) (Farné & Sanín, 2020).

Tabla 4. Principales indicadores del mercado laboral. Total nacional de ocupados venezolanos

	Tasa de desempleo	Tasa de ocupación	Tasa global de participación

Tabla 4. Principales indicadores del mercado laboral. Total nacional de ocupados venezolanos

Julio 14-junio 15	12,3%	63,5%	72,4%
Julio 15-junio 16	11,3%	56,7%	64%
Julio 16-junio 17	15,4%	56,4%	66,7%
Julio 17-junio 18	15,2%	65%	76,6%
Julio 18-junio 19	15,2%	63%	74,3%

Fuente: Farné y Sanín, 2020.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) citado por la Revista Semana, la tasa de desocupación total de Colombia a setiembre de 2020 fue del 15,8%, mientras que para los venezolanos en el país el desempleo acumulado entre octubre de 2019 y setiembre de 2020 fue del 21%. Para el mismo lapso, pero para el periodo 2018-2019, el desempleo entre venezolanos en Colombia fue del 20,9%, lo que equivale a que dos de cada diez migrantes procedentes de Venezuela asentados en Colombia se encontraban en condición de desempleo (Semana, 2020).

De acuerdo con la revista *Semana* (2020), las personas venezolanas que se encuentran trabajando en el país lo hacen por cuenta propia en un 40% de los casos. Según el informe periodístico realizado por este medio, tampoco le ha ido mejor a aquellos venezolanos que han permanecido en el país cinco años, pues pasaron de tener una tasa de desocupación de 15,2% en 2019 a otra de 17,2% en el año 2020.

Según Farné y Sanín (2020), la mayoría de los trabajadores venezolanos se ocupa en el comercio y la hostelería, rubro al que le sigue el de la construcción, llegando a representar en el periodo comprendido entre 2018 y 2019 el 5,9% de las ocupaciones en comercio y el 11,3% del total de empleados en construcción. Otros sectores donde se ubican los venezolanos son los de industria, agricultura, servicios sociales y personales, siendo estas últimas ocupaciones de tipo informal.

En cuanto a la informalidad, venezolanos y colombianos presentan una alta informalidad en el país, característica que se presenta de manera crítica entre la población venezolana. La informalidad en seguridad social afecta a casi el 90% de los trabajadores venezolanos y es un aspecto que ha mantenido una tendencia elevada para el periodo comprendido entre 2014 y 2019. Es más, respecto a la informalidad presente, se puede señalar que muchos venezolanos que estaban en condición de formalidad «[...] ahora son contratados sin garantías sociales también en empresas de mayor tamaño» (Farné & Sanín, 2020, p. 21).

Con respecto al ingreso, la variabilidad depende de la población que se vincula a este mercado de manera dependiente o independiente. Aquellos que están como independientes ganan menos que los colombianos (626 000 versus 710 000 pesos mensuales²²) y, aproximadamente, un 10% menos si están en el campo de los asalariados (1 027 000 versus 1 039 000 pesos mensuales) (Farné & Sanín, 2020).

Los autores concluyen que los migrantes venezolanos que se ubicaron en el país, «[...] en parte, crearon sus propias oportunidades de trabajo informal, ofreciendo servicios personales básicos y desarrollando pequeñas actividades productivas [...] sustituyendo a los colombianos en el eslabón más bajo de la escala ocupacional» (Farné & Sanín, 2020, p. 26). Este aspecto muestra, como se ha señalado en otros estudios migratorios, que el caso colombiano no escapa de la tendencia a que los puestos de trabajo menos deseados por los locales sean ocupados por los venezolanos que llegan a buscar un futuro en el país.

2. RESPUESTA DEL GOBIERNO COLOMBIANO A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA

2.1. Protección legal y social para los migrantes venezolanos en Colombia

En este apartado se muestran aspectos relacionados con las respuestas del Estado colombiano desde el ámbito normativo para la atención en salud a la población migrante proveniente de Venezuela en el contexto colombiano. La evolución normativa en Colombia ha sido bastante importante en lo que a salud refiere como respuesta a la migración venezolana que, desde el año 2014, empieza a marcar una senda diferente en los movimientos migratorios transfronterizos debido al volumen, la intensidad y el escaso tiempo de evolución.

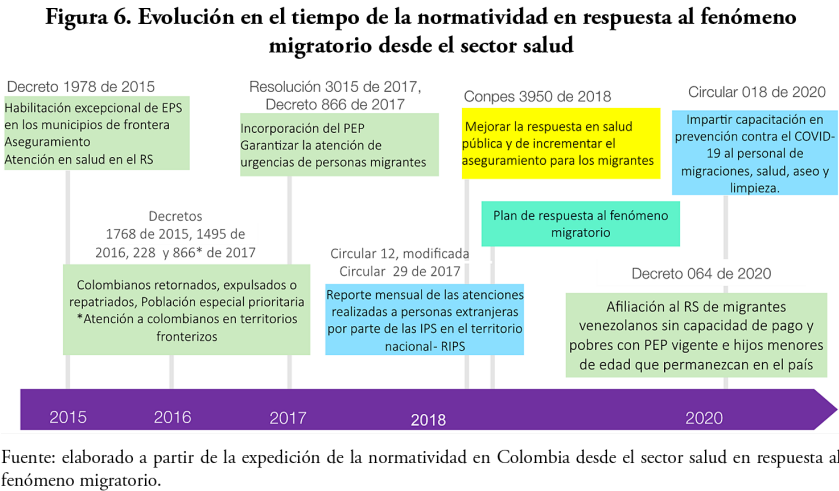
Solamente para contextualizar esta normatividad y sin abordar parte de la evolución de la migración procedente de Venezuela hacia Colombia (pues este tema se abordó previamente), es importante señalar que entre los años 2014 y 2019 ha habido un aumento de 726% en el volumen de personas que han cruzado la frontera, pasando de 231 539 a 1 771 237 venezolanos (Migración Colombia, 2019b).

El 75% de la población procedente de Venezuela se ubica en los grupos de edad comprendidos entre los 19 y 65 años, lo que significa que se encuentra en edad de trabajar; sin embargo, la mayoría de esta población está en condición de irregularidad. Es más, al hacer el cálculo —siguiendo los reportes de Migración Colombia (2019b)— se comprueba que el 57% de esta población se encuentra en condición de irregularidad, lo que afecta sin duda su acceso a los servicios sociales, incluidos los de salud.

Cabe anotar que la población proveniente de Venezuela no es únicamente venezolana pues, de acuerdo con el documento *Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio* (MinSalud, 2018b), se han identificado seis grupos poblacionales que cruzan esta frontera para asentarse en Colombia, a saber: colombianos retornados con sus familias, nacionales venezolanos en condición regular, inmigrantes con PEP, venezolanos pendulares, migrantes irregulares e indígenas transnacionales.

En este contexto, la evolución de la normatividad que ha desarrollado Colombia en respuesta a esta nueva realidad comprende decretos, planes de respuesta, circulares, documentos de política social (conocidos como Conpes) y lineamientos. Además, parte de la normatividad más reciente obedece a la respuesta desarrollada por el país en el marco de la actual pandemia ocasionada por la COVID-19.

La evolución que se presenta a continuación no comprende toda la normatividad desarrollada por el país en respuesta a esta situación, pero sí aquella que, para el caso, ha sido considerada como la más relevante. Asimismo, para dar un orden a su abordaje, se establecerá una línea de tiempo entre los años 2015 y 2020 con el fin de establecer una aproximación cronológica de esta evolución.



De acuerdo con la evolución normativa, se podría señalar que hay cuatro aspectos que la normatividad trata de abordar en relación con la respuesta frente al fenómeno migratorio en lo que a salud corresponde, los cuales comprenden las siguientes temáticas: la respuesta del sector salud a la situación migratoria procedente de Venezuela, en donde se establece el papel de las entidades promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y los registros individuales de prestación de servicios (RIPS). Otra parte de la normatividad tiene que ver con el aseguramiento y la afiliación al sistema por parte de la población procedente de Venezuela, y también se establece aquella normatividad que se ha formulado en respuesta a la COVID-19. En este sentido, la normatividad expedida se ha enfocado en a) la respuesta en salud orientada a la población colombiana retornada de manera forzosa o voluntaria desde Venezuela, b) la respuesta a las necesidades de salud de la población migrante y extranjera en el país, y c) la respuesta del sistema de salud a la población migrante y extranjera en el marco de la COVID-19.

Es importante señalar que en Colombia existe un amplio marco normativo para garantizar el derecho fundamental a la salud para la población migrante venezolana. En la tabla 5 se resume el marco normativo que regula y permite el acceso a servicios de atención en salud para personas migrantes.

Tabla 5. Descripción de la normatividad colombiana en salud para población migrante

Tipo de normativa	Normatividad	Observaciones

Tabla 5. Descripción de la normatividad colombiana en salud para población migrante

Constitución Política de Colombia	Artículos 49 y 100	Garantizan el derecho a la salud de la población migrante en Colombia * Por medio de la cual se implementa el Sistema Nacional de Migraciones (SNM) y se expiden normas para la protección de los colombianos en el exterior
Leyes	Ley 100 de 1993*, artículos 3 y 156	
	Ley 1438 de 2011, artículo 32	
	Ley 1465 de 2011*	
	Ley 1751 de 2015**, artículo 6: Ley Estatutaria de Salud	
	Ley 1098 de 2016, Código de Infancia y Adolescencia, artículo 27	
	Ley 715 de 2001*, artículos 43 a 45	Establece subsidios para la demanda en salud
	Ley 1565 de 2012	Crea una serie de incentivos de carácter aduanero, tributario y financiero para el retorno de los colombianos; además, brinda un acompañamiento integral a los colombianos que voluntariamente retornan al país
Decretos	Decreto 1978 de 2015	«Por medio del cual se establece la habilitación excepcional de Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado - EPSS intervenidas, en los municipios de frontera como una medida para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de esta población, así como su atención en salud» (MinSalud, 2015, p. 29)
	Decreto 1067 de 2015	Establece que el sistema de salud debe cubrir a todas las personas extranjeras que residan en el territorio nacional y cuenten con un documento que así lo acredite
	Decreto 1768 de 2015 (vigencia solo por un año a partir del 4 de setiembre de 2015)	Se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de los colombianos repatriados, de quienes retornaron voluntariamente o fueron expulsados de Venezuela
	Decreto 1770 de 2015	Crea el Estado de Emergencia para zonas de frontera en algunos lugares del territorio colombiano y, además, considera acciones especiales encaminadas a contribuir con la reunificación familiar, adoptando medidas excepcionales de tipo migratorio
	Decreto 1772 de 2015	Establece disposiciones excepcionales para garantizar la reunificación familiar de los nacionales colombianos deportados, expulsados o retornados como consecuencia de la declaratoria del Estado de Excepción promulgado en Venezuela
	Decreto 1897 de 2015	Adopta medidas para garantizar el aseguramiento con el Régimen Subsidiado de los migrantes colombianos repatriados, ya sea que retornen voluntariamente al país o hayan sido deportados o expulsados de Venezuela
	Decreto 780 de 2016. Artículo 2.1.5.1 del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud)	Establece que la población migrante es beneficiada por el Régimen Subsidiado de salud y, a su vez, hace referencia a la obligación de afiliar a los colombianos provenientes de Venezuela al sistema y al Régimen Subsidiado
	Decreto 866 de 2017 de la Presidencia de la República	Este decreto es importante pues realiza una transferencia de recursos a las zonas fronterizas para cubrir un mayor número de atenciones en urgencias
	Decreto 1288 de 2018 de la Presidencia de la República	Este decreto busca garantizar y crear mecanismos para que la población inscrita en el RAMV pueda acceder a la oferta de servicios del Estado, entre los que se encuentra la afiliación, la atención de urgencias, las acciones en salud pública, el control prenatal para mujeres gestantes, las acciones de Promoción y Prevención (P&P) definidas en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, las intervenciones colectivas que desarrollan las entidades territoriales y a la afiliación al SGSSS, tanto al Régimen Contributivo como al Subsidiado. Además, establece las acciones de vigilancia en salud pública

Tabla 5. Descripción de la normatividad colombiana en salud para población migrante

	Decreto 064 de 2020	Mediante el cual se busca afiliarse, entre otros, a migrantes venezolanos con PEP vigente y a sus hijos. Establece como población especial a los migrantes venezolanos y señala que no requieren de la encuesta del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben) para afiliarse al SGSSS
Circulares	Circular 0012 de 2012	El MinSalud da instrucciones a todas las IPS habilitadas en los departamentos fronterizos para que envíen al ministerio los RIPS de las personas extranjeras atendidas y, de esta manera, tener información disponible para dimensionar la magnitud y las necesidades en salud de los migrantes en el territorio
	Circular 040 de 2015	Mediante la cual se dictan los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales para la población migrante
	Circular 012 de 2017	Establece la obligación para las IPS de departamentos fronterizos de enviar un reporte con el número de atenciones realizadas a extranjeros
	Circular 025 de 2017	Detalla las instrucciones específicas desde el MinSalud para gobernadores, alcaldes y secretarios de salud destinadas a adelantar acciones en seis frentes de trabajo para asegurar a la población migrante proveniente de Venezuela y determinar los niveles de atención en salud
	Circular 029 de 2017	Instruye a las IPS para el envío de los datos de las atenciones realizadas a la población migrante. En esta circular se definen los procedimientos, elementos técnicos y requisitos que deben tener los reportes que se envían al MinSalud
	Circular conjunta 6 de 2018	Dicta las instrucciones permanentes de prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de sarampión y rubéola en el país, y las acciones de sanidad portuaria
	Circular conjunta 17 de 2018	Proporciona las instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de la difteria en el país
Sentencias	Sentencia C-834 de 2007	La Corte Constitucional establece los derechos de los extranjeros en Colombia. Establece que el derecho a la seguridad social es un derecho fundamental en conexidad cuando se afecta el derecho a la salud y a la vida. Asimismo, amplía el concepto y argumenta que los extranjeros están incluidos dentro de dicha protección
	Sentencia C-416 de 2014	Delimita el alcance y sentido del SNM. Afirma que dicho sistema no viola los derechos de los extranjeros por crear un sistema diferenciado; sino que, por el contrario, busca proteger a una población vulnerable y la garantía de sus derechos fundamentales en el territorio nacional
	Sentencia U-677 de 2017	Crea un precedente en la protección constitucional de extranjeros en condición de vulnerabilidad por la migración actual en Colombia. La Corte Constitucional afirma que los venezolanos pueden interponer acciones de tutela, independientemente de su estado migratorio, cuando se les vulnere un derecho fundamental (salud); y señala que tienen derecho a que se les brinde la asistencia médica de urgencias. Asimismo, ordena a las entidades prestadoras de salud brindar y atender a los recién nacidos y a registrarlos
	Sentencia T-210 de 2018	Mediante esta acción de tutela, la Corte Constitucional establece que el Estado debe conseguir recursos para atender a la población migrante. Además, se debe garantizar el servicio de urgencia y la atención cuando sean de carácter vital, independientemente del estado migratorio
Resoluciones	Resolución 5246 de 2016	Establece las condiciones para garantizar el aseguramiento en salud de los migrantes colombianos repatriados que retornan voluntariamente al país, o que fueron deportados o expulsados; y de los migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela, mediante su definición como población especial y prioritaria, y su consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS a través de listados censales
	Resolución 5797 de 2017	El Ministerio de Relaciones Exteriores crea el PEP como documento administrativo de control, autorización y registro dado a los nacionales venezolanos
	Resolución 1272 de 2017	La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, por medio de la cual permite la implementación del PEP para los ciudadanos venezolanos
	Resolución 3015 de 2017	Por medio de la cual el MinSalud incluye el PEP como documento válido de identificación ante el SGSSS
	Resolución 6370 de 2018	Por medio de la cual se permite acceder al PEP a la población registrada en el RAMV, teniendo la posibilidad de acceder a un trabajo y obtener todos los derechos en salud
	Resolución 0740 de 2018	Por medio de la cual se establece un nuevo término para acceder al PEP

* Es importante anotar que la ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001, por medio de sus artículos 168 y 67, respectivamente, garantizan a personas nacionales y extranjeras la atención de urgencias.

** «Igualmente, en el artículo 14 de la ley 1751 de 2015 se dispone: “[...] Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia”, aspecto incorporado al artículo 8° de la Resolución 5592 de 2015» (Cubillos, Ardón & Rodríguez, 2019, p. 284).

Fuente: elaborado a partir de una búsqueda documental y de Cubillos y otros, 2019; Alarcón-Hein, 2019; y MinSalud, 2018a y 2018b.

Adicionalmente, el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio (MinSalud, 2018b) señala que Colombia como Estado ha asumido diferentes compromisos en materia de la protección de la población migrante y la garantía de su derecho a la salud, a saber:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos. El Estado debe satisfacer las necesidades en materia de salud y garantizar el acceso a la seguridad social de todos los miembros de la sociedad.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), que señala que toda persona tiene el derecho a disfrutar de buena salud física y mental, y resalta el derecho a tener acceso a la seguridad social.
- La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares.
- El Reglamento Sanitario Internacional.
- El Instrumento Andino de Seguridad Social, según la decisión 583 de la Comunidad Andina de Naciones de 2004.
- La convención Internacional de Derechos del Niño.

2.1.1. Actualizaciones de ley

Colombia, como parte de la respuesta del sector salud a la población migrante venezolana, ha implementado nuevas normas en respuesta a las necesidades en salud de la población migrante venezolana a partir de la entrada al país de este grupo poblacional el año 2014. Entre las más importantes se pueden destacar:

Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015

Define a la salud como un derecho público esencial obligatorio, de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (actualizada con los Actos Legislativos a 2016) y lo definido por la sentencia T-760 (Corte Constitucional, 2018). Según lo establecido en el artículo 2 de la ley estatutaria 1751 de 2015, «El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo», lo que garantiza el derecho a la salud de la población migrante en Colombia. De esa forma, se busca garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud; y, además, asegurar la equidad dentro del Sistema de Salud, para lo cual el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

Decreto 2353 de 2015

El MinSalud, mediante el decreto 2353 de 2015, actualiza y unifica las reglas de afiliación del SGSSS y crea el Sistema de Atención Transaccional, mediante el cual se pueden realizar los procesos de afiliación y revisar el reporte de novedades del primero. Asimismo, busca definir los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Circular externa 020 de 2015

Por medio de esta circular se regulan las empresas que administran los Planes Voluntarios en Salud (PVS), anteriormente conocidos como Plan de Atención Complementaria (PAC). Los PVS pueden incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y, además, financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que los establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

Resolución 6408 de 2016

Esta resolución establece que le corresponde al MinSalud modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de dicho plan. La presente resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y las tecnologías en salud que deberán ser garantizadas, ya sea por las EPS o por aquellas entidades que cumplan dicho rol de cara a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional y con las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

2.1.2. Respuesta del sistema de salud a la población colombiana retornada de Venezuela

Entre los años 2015 y 2017 el Gobierno elaboró una serie de decretos específicamente para atender a la población retornada procedente de Venezuela, dado el impacto que tuvo este retorno forzado o voluntario, causado por la

crisis económica presente en Venezuela y las decisiones del presidente Maduro en torno al retorno forzado por la expulsión de población colombiana desde principios de 2015.

La primera normatividad expedida por el país en respuesta a la población retornada fue el decreto 1978 (MinSalud, 2015c), el cual tiene como objetivo la habilitación de EPS en los municipios de frontera, buscando garantizar el aseguramiento al Régimen Subsidiado para los migrantes colombianos que han sido repatriados voluntariamente, deportados o expulsados de Venezuela.

En este marco se establecieron las condiciones de afiliación al SGSSS para la población objetivo del presente decreto —los colombianos retornados desde Venezuela durante el año 2015—, en respuesta a la medida del gobierno de Nicolás Maduro en el marco de la expulsión de la población colombiana. Esta población fue definida como especial y prioritaria, y se ordenó a través del mencionado decreto su afiliación al Régimen Contributivo del SGSSS a través de un mecanismo conocido como «listados censales». En dicho proceso, el registro de la población permitió no solamente la identificación de los conciudadanos colombianos en situación de retorno, sino también determinar dónde se encontraban ubicados a nivel municipal o distrital, lo que resultó clave como parte de la respuesta estatal.

El mismo año se expidió el decreto 1768, expedido por el MinSalud (2015a), por el cual se establece la articulación con las leyes que, desde el sistema de salud, obedecen a la creación del SGSSS y todo lo correspondiente a la prestación de servicios y financiación del Sistema²³. El mismo decreto acoge el derecho a la salud, emanado en la Constitución Política de Colombia (1991), en sus artículos 48 y 49, mediante su articulación a esta y las demás leyes promulgadas por el Estado colombiano. En lo que a afiliación y prestación de servicios de salud refiere, determina la atención en salud por parte de las entidades territoriales de la población pobre no asegurada afectada por la deportación, expulsión, repatriación o el retorno voluntario desde el territorio venezolano, tanto a nivel individual como de su grupo familiar, además de dar las validaciones necesarias para la alimentación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Por otra parte, el mismo decreto establece todo lo relacionado con el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, señalando que «[...] la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en el referido decreto» (MinSalud, 2015c).

En este mismo sentido, y para reforzar la garantía del derecho a la salud de la población repatriada y/o expulsada de Venezuela, en el año 2016 se expidió el decreto 1495, estableciendo directrices referidas al aseguramiento en salud y ampliando la afiliación al Régimen Contributivo para incluir a la población colombiana retornada de Venezuela ese año, derivando la responsabilidad de afiliación y elaboración del listado censal a las entidades territoriales.

Finalmente, en el año 2017 se expidieron los decretos 2228 y 866, que establecieron los parámetros relacionados con el tipo de afiliación —de acuerdo con la encuesta Sisben— para que la población retornada se sumara al Régimen Contributivo. Igualmente, estos decretos dispusieron todo lo relacionado con la vinculación al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de los niños y niñas retornados en este periodo de tiempo. Adicionalmente, el decreto 866 instituyó lo referente al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.

2.1.3. Políticas de migración y respuesta al flujo migratorio mixto procedente de Venezuela desde Colombia

Con anterioridad al fenómeno migratorio procedente de Venezuela, Colombia se había caracterizado en la materia por ser un país eminentemente expulsor (incluyendo como receptores, entre otros, a la República Bolivariana de Venezuela). En este sentido, se había avanzado en leyes, decretos y en la Política Integral Migratoria (Cancillería, 2020), con los que se establecieron lineamientos para la protección y garantía de derechos tanto de inmigrantes como de emigrantes; no obstante, existía un marcado enfoque hacia los colombianos en el exterior.

Con el inicio de la movilización humana proveniente de Venezuela y como respuesta a la agudización de la crisis humanitaria, el Gobierno colombiano definió orientaciones para la afiliación al SGSSS y la reunificación familiar de colombianos repatriados, retornados y deportados desde Venezuela (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2015; MinSalud, 2015a, 2015c, 2016a, 2017e).

En 2017, en correspondencia con el número de inmigrantes en el país (que ese año ascendía a 184 087 personas, según Migración Colombia), el MinSalud publicó el Plan de Respuesta del Sector Salud para el Fenómeno Migratorio, en el que se incluyó el marco normativo para la gestión sanitaria en el contexto migratorio, diversas orientaciones para la atención en salud de inmigrantes venezolanos y colombianos retornados, indicaciones para

las entidades territoriales y un marco estratégico para la gestión de la salud pública en el contexto del fenómeno migratorio.

En 2018, luego de reconocer que la mayoría de los esfuerzos para la atención de la población migrante venezolana se dirigían a atender lo inmediatamente necesario (a corto plazo y con carácter de urgencia), el Gobierno publicó el documento *Conpes 3950 (2018)*, con el que se establecieron estrategias de atención en salud, educación, primera infancia, infancia y adolescencia, trabajo, vivienda y seguridad, además de determinar la articulación institucional y la definición de nuevas instancias para la atención de la población migrante desde Venezuela en un horizonte de tres años (hasta 2021). (Cubillos, Ardón y Rodríguez, 2019; Alarcón-Hein, 2019, Minsalud 2018^a, 2018b y 2020). Además, resalta el decreto 064 del Ministerio de Salud (2020), con el que se buscó incrementar el aseguramiento al régimen subsidiado de diversos grupos poblacionales, entre ellos los migrantes en condición regular sin capacidad de pago.

En el caso de los inmigrantes regulares y con capacidad de pago, estos pueden afiliarse al Régimen Contributivo del SGSSS en las mismas condiciones que los colombianos; entre tanto, aquellos que no tienen capacidad de pago pueden optar por la afiliación al Régimen Subsidiado (resolución 3015 [MinSalud, 2017g]), para lo cual deben demostrar su condición de vulnerabilidad económica. En este punto, se han presentado dificultades para acceder a la encuesta de clasificación (Sisben), lo que conlleva a una baja proporción de aseguramiento, y quienes logran afiliarse lo han hecho principalmente al Régimen Contributivo.

De otro lado, para más del 50% de los inmigrantes que permanecen en condición irregular no existe la posibilidad de aseguramiento y solo se prestan servicios de urgencias vitales en salud, así como otros de prevención de la enfermedad a grupos vulnerables específicos determinados en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio: niñas, niños, mujeres embarazadas y adultos mayores. Esta situación se presenta, principalmente, debido a la necesidad de regularización del estatus migratorio para lograr el aseguramiento en salud, si bien —como se ha estudiado ampliamente— estar asegurado al sistema de salud en Colombia no es garantía de acceso efectivo.

En este sentido, aunque no ha sido un proceso permanente, Colombia ha diseñado un mecanismo de facilitación migratoria para personas venezolanas, otorgando un PEP que autoriza a permanecer temporalmente en condiciones de regularización migratoria y permite el acceso a la oferta institucional en materia de salud, educación, trabajo y atención para niños, niñas y adolescentes en los niveles nacional, departamental y municipal.

Asimismo, a través de resoluciones emitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores, se han establecido los requisitos que deben cumplir las y los venezolanos en condición migratoria irregular para acceder al PEP, como las fechas de ingreso al país, haber sellado el pasaporte (lo que implica haber ingresado al país por un puesto de control migratorio habilitado) y no tener antecedentes judiciales o medidas de deportación vigentes. Hasta junio de 2020 se habían diseñado varios procesos para acceder al PEP, mecanismo que busca evitar la explotación laboral y velar por la dignidad humana de acuerdo con lo establecido en las resoluciones de Migración Colombia: 5797 de 2017, 0740 y 10677 de 2018, y 0240 de 2020.

También se han creado nuevos permisos especiales de permanencia, entre ellos un Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización (Pepff) para quienes se encontraban en Colombia con una oferta formal de trabajo, un Permiso Especial de Permanencia para el Sector Educación (PEP-E) y un Permiso Especial de Permanencia para formación y reconocimiento de aprendizajes previos (PEP-FR). Si bien estas son estrategias importantes y necesarias para promover la regularización, debe resaltarse que el migrante debe presentar su pasaporte sellado (menos cuando se trata del PEP otorgado con el RAMV y del Pepff) para acceder, requisito que no cumple la mayoría de los migrantes en condición irregular y por lo cual se estima que el 57,4% de los inmigrantes venezolanos en Colombia permanecen en el país en dicha condición.

En cuanto a las estrategias de intervenciones colectivas, en 2017 se instó a fortalecer, ampliar o ajustar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), de manera que se incorporara con especial atención en los territorios receptores de población inmigrante a niñas, niños y adolescentes, además de temas como derechos sexuales y reproductivos, fortalecimiento de espacios de convivencia, prevención de eventos crónicos y transmisibles, para prevenir, atender y vigilar casos de sarampión y rubéola. De igual forma, se garantiza la vacunación de la población bajo demanda para cumplir con el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) colombiano.

Finalmente, es importante resaltar que, aunque Colombia no contaba con mucha experiencia actuando como país receptor al inicio del flujo migratorio mixto procedente de Venezuela, sí tenía vasta experiencia en la atención social y sanitaria a población desplazada debido al conflicto interno, por lo que los aprendizajes en

respuesta a esta población pueden servir para el diseño de intervenciones dirigidas al proceso de recepción del flujo migratorio internacional.

2.2. Protección sanitaria para los migrantes venezolanos en Colombia

2.2.1. El sistema de salud colombiano

El SGSSS es aplicable como garantía del derecho a la salud de todas las personas que se encuentren residiendo a lo largo y ancho del territorio colombiano, indistintamente de su raza, sexo, ideología o cualquier otra condición propia de los habitantes a nivel cultural o político, convirtiéndose de esta manera en un derecho irrenunciable de carácter obligatorio para todos y cada uno de los habitantes en el país. Para dar cumplimiento a este mandato, el sistema de salud cubre a todo residente extranjero que se encuentre domiciliado y cuente con un documento que lo acredite como tal, según lo establecido en capítulo 11 de las disposiciones migratorias del Ministerio de Relaciones Exteriores, mediante el decreto 1067 de 2015.

De acuerdo con lo establecido en la normatividad, Colombia tiene disposiciones constitucionales y legales frente a la atención en salud de la población extranjera que amparan los derechos y la atención en salud de las personas foráneas, cualquiera que sea su procedencia e independientemente de su estatus legal de estancia en el país. Varias son las leyes colombianas que declaran la garantía del derecho a la salud de todos los residentes del territorio nacional, ejemplo de ello son los artículos 49 y 100 de la Constitución Política de Colombia, los artículos 3 y 156 de la ley 100 de 1993, el artículo 32 de la ley 1438 (Minsalud, 2011) y el artículo 6 de la ley 1751 (Minsalud, 2015). En esa línea, para dar respuesta efectiva a esta legislación, se le asignan funciones en la materialización de dicha garantía en lo referente a los subsidios a la demanda en salud a través de los artículos 43 a 45 de la ley 715 de (Minsalud, 2001).

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 168 de la ley 100 de 1993, y en concordancia con el artículo 67 de la ley 715 (Minsalud, 2001), toda persona nacional o extranjera tiene derecho a recibir la atención de urgencias en pro del derecho a la salud y a la vida de las poblaciones habitantes del territorio nacional. Asimismo, el artículo 14 de la ley 1751 (Minsalud, 2015) dispone que «Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia, aspecto incorporado al artículo 8° de la Resolución 5592 de 2015».

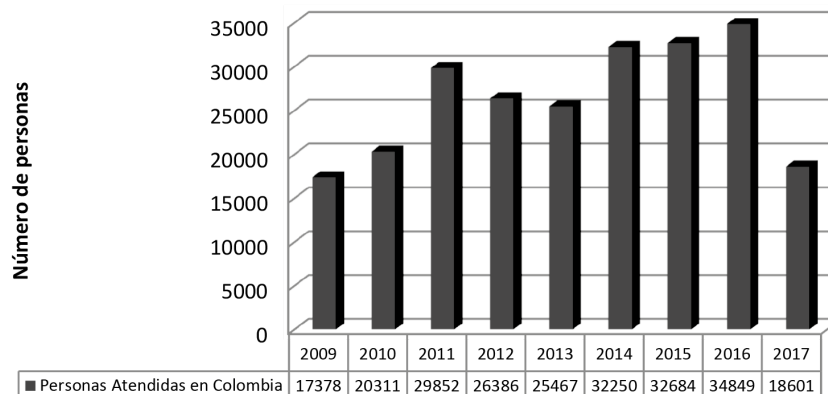
2.2.2. Algunos datos de salud de la población extranjera en Colombia

De acuerdo con el MinSalud, hasta febrero de 2017 los RIPS no identificaban nacionalidad de extranjeros atendidos en Colombia, es recién con la circular externa 012 que se solicita la clasificación de la nacionalidad en instituciones de salud en el país (MinSalud, 2017a).

El caso de Venezuela, dado lo evidenciado en los flujos migratorios procedentes de este país, se convierte en uno de suma importancia para comprender qué ha pasado con esta población en el país en lo que a materia de salud refiere. De acuerdo con los datos registrados de personas atendidas en los servicios de salud con cédula de extranjería, carné diplomático o pasaporte como población extranjera en Colombia 2009, se observa un aumento en la tendencia de la atención entre 2014 y 2016 (MinSalud, 2017a).

Como muestra la figura 7, la atención en salud de población extranjera en Colombia ha ascendido entre los años 2009 y 2015, pasando de 17 378 a 32 684 personas atendidas, respectivamente, estando el pico más alto registrado en el año 2015. Es importante anotar que, a partir del año 2011, el número de atenciones ha llegado a duplicar el total de personas atendidas en 2009; igualmente, hay que resaltar que en el periodo comprendido entre 2009 y 2015 se han atendido 26 333 personas en promedio. Esto señala un nuevo desafío para el sistema de salud respecto a la atención de la población extranjera pues el gasto en salud se ha mantenido estable, lo que genera el reto de atender a más población con el mismo monto de recursos asignados —tal como dictaron las proyecciones de población dadas por el DANE—, siendo los puntos de frontera los que se ven más afectados por esta realidad.

Figura 7. Población extranjera atendida, 2009-2017 (con cédula de extranjería, carné diplomático o pasaporte)



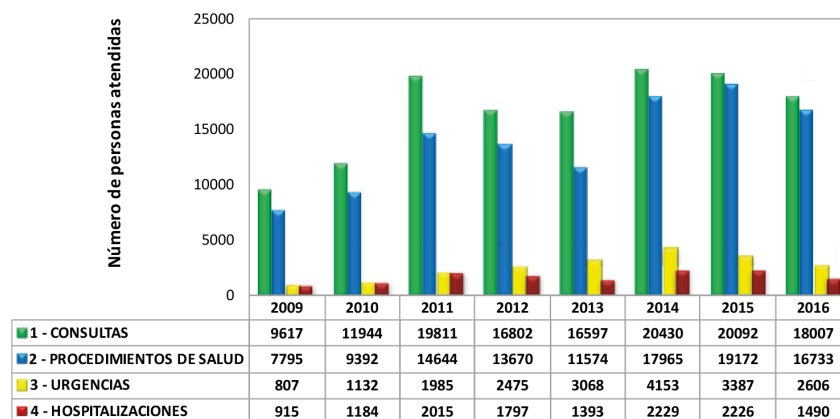
Fuente: MinSalud, 2017b.

Según el tipo de atención correspondiente a los servicios de salud ofrecidos en las IPS, entre el año 2009 y 2016 los servicios que más demanda han tenido fueron las consultas y los procedimientos de salud, los cuales no se especifican por tipo de procedimiento.

Los servicios con menor demanda, de acuerdo con los RIPS, son los de urgencias y las hospitalizaciones. Entre las zonas geográficas del país en donde se ha atendido mayoritariamente a estas poblaciones se encuentran los departamentos de Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Cundinamarca y Bolívar. Para el año 2016, el mayor número de personas atendidas con identificación de cédula de extranjería se presentó en el departamento de Norte de Santander con un total de 430 atenciones para ese año, seguido por los departamentos de Vichada con 132, La Guajira con 48 y, finalmente, Guainía con 5 atenciones.

Los diagnósticos atendidos con mayor frecuencia por los centros e instituciones de salud fueron: hipertensión esencial (primaria) con 25 casos, caries de la dentina con 23 y parasitosis intestinal sin otra identificación con 19. Es importante anotar que 68 personas en Cúcuta, capital del departamento de Norte de Santander, y 33 en Cumaribo, municipio del departamento del Vichada, no recibieron ningún tipo de identificación diagnóstica, lo cual indica que se pueden presentar subregistros en la información presentada (MinSalud, 2017b).

Figura 8. Número de personas extranjeras atendidas en los servicios de salud según tipo de atención en Colombia, 2009-2016



Fuente: MinSalud, 2017b.

El número de mujeres atendidas para los años 2015 y 2016 fue de 7985 en total, con 4161 y 3824 atenciones, respectivamente, lo que indica un descenso de 9% para el año 2016. Antioquia es el departamento que mayor cantidad de población atiende con un 29% del total de atenciones reportadas a nivel nacional para el periodo de estudio, seguido por los de Valle del Cauca, Atlántico y Santander.

Dado el aumento de los flujos migratorios hacia el país y la necesidad de evitar brotes epidemiológicos en algunas zonas con mayor presencia de estos flujos, el MinSalud mantiene la directriz —soportada en el PAI— de vacunar a la población migrante en los municipios de frontera, aspecto que responde a los posibles brotes prevenibles mediante la vacunación y posterior evaluación del perfil epidemiológico de la población procedente de la República Bolivariana de Venezuela, especialmente en lo correspondiente al estado de Zulia y al comportamiento de los eventos en los municipios de Cúcuta, Puerto Santander y Villa del Rosario en tanto son fronterizos con el vecino país.

El MinSalud no solo mantiene la directriz de vacunar a la población migrante, sino también a los funcionarios de las diferentes instituciones que se encuentren generando estrategias de atención a la población. Debido a la crisis presente en 2016, con la deportación de colombianos procedentes de Venezuela, el país estableció esquemas de respuesta alineados con el PAI para la población en los tres departamentos fronterizos, tal y como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 6. Distribución de insumos y biológicos a territorios fronterizos con la República Bolivariana de Venezuela

Insumo		Norte de Santander	Arauca	La Guajira	Vichada
Vacunas y sueros	BCG	10 000	-	10 000	1 000
	Polio oral (VOP)	10 000	-	20 000	1 000
	Polio inyectable (VIP)	1 000	-	4 000	300
	Hepatitis B pediátrica	2 000	-	-	200
	Pentavalente	5 000	-	8 000	500
	Difteria, tosferina y tétanos	3 000	-	5 000	1 000
	Td adulto	10 000	-	-	1 000
	Triple viral (SRP)	3 000	-	6 000	500
	Antiamarílica	5 000	-	10 000	600
	Neumococo 10	6 000	-	10 000	800
	Rotavirus	5 000	-	4 000	500
	DTaP adultos	1 000	-	3 000	200
	Hepatitis A pediátrica	11 000	1 000	4 000	500
	Suero antirrábico	-	-	100	20
	Vacuna antirrábica	-	-	200	30
	Varicela	13 000	2 000	10 000	600
Geringas	22G 1 1/4	20 000	-	-	2 000
	23G 1	40 000	10 000	30 000	2 000
	25G 5/8	20 000	-	30 000	2 000
	26G 3/8	2 800	-	80 000	1 000

Fuente: Tomado de Cubillos y col. 2019. Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud 2016.

Es importante anotar que, de acuerdo con los reportes del MinSalud, la mayor concentración de respuesta ha estado en el departamento de Norte de Santander. Esto se debe a los amplios flujos migratorios que se han presentado en esta parte del territorio nacional, tanto por parte de venezolanos como de colombianos, debido a las políticas de expulsión de la población colombiana adoptadas por el Gobierno del vecino país.

Dentro de las estrategias establecidas por el Gobierno específicamente para evitar brotes epidemiológicos, y según lo registrado por el MinSalud, se han diseñado respuestas puntuales como el plan bianual de eliminación de la rabia humana y silvestre, la elaboración e implementación de la guía de práctica clínica para hepatitis virales y el fortalecimiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, el cual incluye acciones de intervención para poblaciones a riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, independientemente de su nacionalidad y ocupación. Sin embargo, a pesar de los amplios controles del MinSalud y las entidades departamentales y locales encargadas, se han presentado algunos casos que han llegado a requerir hospitalización.

Es posible que las atenciones en ciudades como Cúcuta y Bogotá hayan aumentado en función de la situación de Venezuela. Por eso, es fundamental señalar que para comprender la dimensión del impacto de la migración de los venezolanos en una ciudad como Cúcuta, donde la mayoría de la población extranjera es venezolana, resulta

necesario ampliar el campo de la atención a esta población a otros servicios sociales. En otras palabras, esta dimensión de análisis solamente muestra un aspecto importante en lo referente a la atención de la población extranjera, cuya información deberá ser cotejada con otras bases de datos y registros para comprender la respuesta integral del Estado colombiano a esta situación migratoria, aspecto que no es el tema central de este capítulo, pero que no por ello carece de la importancia necesaria para exigir un ejercicio académico como el propuesto.

Además, es importante comentar que, para el caso, solamente se está mostrando un espacio territorial fronterizo con Venezuela, la ciudad de Cúcuta, en cuyo territorio no ha permanecido en su totalidad el número de venezolanos que ingresan al país. Varias razones motivan esta aseveración, la primera y la más evidente es el tipo de entrada de la población venezolana al país, que puede ingresar por aire, mar o tierra. Por ello, este sitio de frontera puede mostrar la entrada, que en su gran mayoría es por vía terrestre, como tradicionalmente se ha enmarcado la migración en este punto, desde y hacia Colombia, por el paso del puente fronterizo Simón Bolívar; mientras que las otras entradas pueden mostrar otras dimensiones de la migración internacional de los venezolanos al país. La segunda, y no por ello menos importante, es la entrada de población que no permanece en el territorio, dada la movilidad de las poblaciones.

Los estudios hechos por la Universidad Francisco de Paula Santander de Cúcuta en respuesta a la dimensión de esta realidad muestran que del total de venezolanos que llegan a esa ciudad, muchos deciden continuar su camino hacia el Caribe colombiano y otros prefieren continuar hacia la capital Bogotá (además de otros centros poblados como Cali, Medellín y Bucaramanga, solo por dar unos ejemplos).

Los estudios demuestran que la mayoría de la población procedente de Venezuela cuyo estatus económico es un poco mejor y tiene niveles educativos profesionales prefiere continuar su viaje a otras ciudades. Esta realidad entonces ha llevado a Cúcuta a una condición de mayor complejidad, pues quienes se quedan viviendo en esta ciudad en su mayoría no son ni los más jóvenes, ni los más sanos, ni quienes tienen mejores capacidades dentro del conjunto de la población procedente de Venezuela. Sin duda, este es un aspecto que deberá ser estudiado con mayor profundidad y considerado por los Gobiernos a la hora de pensar en dar atención efectiva para mitigar el impacto que la propia migración ha generado en un país como Colombia, cuya tradición migratoria ha sido más de salida que de entrada.

Por lo anterior, es importante tener en cuenta los datos hoy disponibles para comprender esta realidad migratoria y su impacto sobre la salud de la población. De acuerdo con el MinSalud, el fenómeno migratorio en cuanto al sector salud ha generado alertas de orden epidemiológico, de salubridad y de incremento de demanda de servicios.

De acuerdo con el comportamiento de los eventos de notificación a la semana epidemiológica (SE) N° 38 de 2017 en los departamentos donde se registra un mayor número de personas inmigrantes atendidas, se puede observar un incremento de casos notificados, posiblemente influenciado por esta dinámica demográfica.

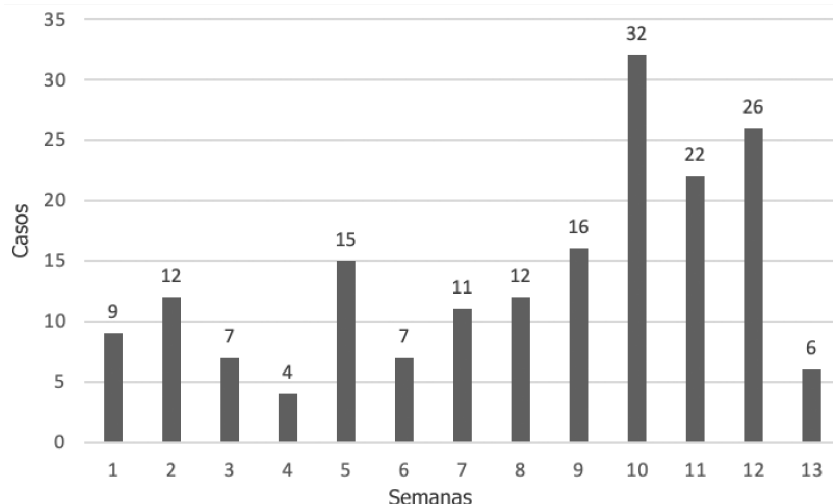
Tabla 7. Eventos de notificación, semana epidemiológica N° 38 de 2017

Departamento	Enfermedades de interés en salud pública - poblaciones migrantes									
	VIH/sida		Leptospirosis		Leishmaniasis cutánea		Sífilis congénita		Sífilis gestacional	
	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017
Antioquia	1359	1622	282	411	1648	934	75	81	385	393
Atlántico	245	245	36	82	0	0	9	9	111	124
Bogotá	1898	1913	26	42	0	0	108	125	512	512
Bolívar	146	139	66	102	309	205	16	21	52	104
Cundinamarca	244	335	23	57	168	168	19	34	127	144
Norte de Santander	279	297	8	14	262	376	13	13	91	91
Valle	1021	1214	422	235	71	42	57	57	342	391

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de Salud Pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud (INS).

Lo mismo aplica a las alertas en salud pública, ejemplo de ello son los casos notificados de malaria procedentes de Venezuela, cuyos indicadores se han disparado entre la primera y la treceava semana del año 2017.

Figura 9. Casos notificados de malaria procedentes de Venezuela hacia Colombia, semanas epidemiológicas 1-13, 2017



Fuente: Sivigila del INS, 2017.

De acuerdo a la figura anterior, el número de casos ha ido en aumento, llegando a un tope máximo de 32 casos para el primer trimestre de 2017. Además de esta ocurrencia, importante en materia de salud pública, se han presentado casos de VIH/sida y varicela, así como brotes de hepatitis A, leptospirosis, leishmaniasis cutánea, sífilis congénita y sífilis gestacional, entre otras enfermedades epidemiológicas presentes en poblaciones extranjeras en el país.

En cuanto a enfermedades transmitidas por vectores para el año 2015, el dengue y la chikungunya reportaron la mayor cantidad de casos. El dengue ha sido una enfermedad recurrente en la población extranjera, presentando doce casos en el año 2007 hasta llegar a su pico máximo en el año 2013 con un total de 51 casos. De igual modo, para 2015 se notificaron 37 casos presentes en población extranjera (INS, 2016).

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la población extranjera es el reporte de casos de neonatos con bajo peso al nacer. El Sivigila muestra en el año 2007 un total de siete reportes, número que pasó a dieciocho casos en 2015.

En cuanto a los nacimientos de niños cuya madre reporta residencia habitual en Venezuela, de acuerdo con el reporte dado por el MinSalud por medio del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro) y el Registro Unico de Afiliados (RUAF), ha habido un ascenso marcado entre 2015 y 2016, pasando de 64 nacimientos a 195, respectivamente. La ciudad que más número de nacimientos reporta para ambos años es Cúcuta con un total de 35 y 88 nacimientos, respectivamente.

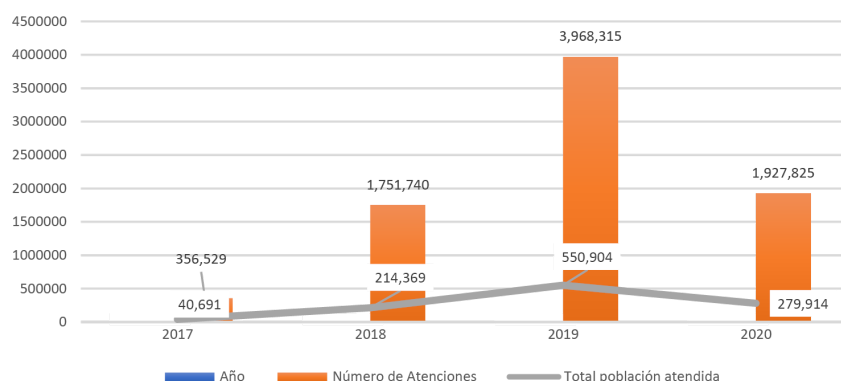
Para el mismo periodo de años, en lo referente a defunciones en el territorio nacional con residencia habitual Venezuela por municipio y por causa directa, el mayor número de casos registrados fue en el año 2015 con un total de 77 defunciones, para el 2016 pasó a alcanzar una cifra total de 137 defunciones; llama la atención que para el año 2016 la mayoría de muertes (13) corresponda a aborto incompleto.

Según datos de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de julio de 2020 se reportó un total de 8 004 409 atenciones en salud a población migrante procedente de Venezuela, distribuidas anualmente de la siguiente forma: 356 529 en 2017, 1 751 740 en 2018, 3 968 315 en 2019 y 1 927 825 entre enero y julio de 2020. Esto supone un aumento en el número de atenciones de 540,7% durante el periodo de análisis (2017-2020) (MinSalud, 2020b).

En cuanto al número de migrantes que ha sido atendido en el sistema de salud colombiano, entre el año 2017 y 2019 hubo un aumento significativo, llegando a alcanzar en 2019 un número de personas atendidas trece veces superior al de 2017. Esto demuestra que, a pesar de que la población migrante enfrenta barreras para el acceso a los servicios de salud, condicionado por el PEP, ha habido una respuesta del sistema de salud que se ha ampliado año a año.

En lo que respecta al año 2020, si bien el número de migrantes atendidos en el sistema de salud colombiano ha descendido —al igual que el número de atenciones—, parece mantenerse la tendencia de aumento de las atenciones con respecto a los años anteriores. En ese sentido, el dato reportado al 31 de julio de 2020, que consigna 1 927 825 atenciones a pesar de la situación de pandemia, muestra un número importante de atenciones en población migrante venezolana hasta ese punto del año.

Figura 10. Reporte de atenciones en salud a población migrante venezolana entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de julio de 2020



Fuente: elaborado a partir MinSalud, 2020a.

Adicionalmente, es importante resaltar que, según el MinSalud (2020a), en este periodo se atendió a 711 619 personas, de las cuales el 66,9% corresponde a niñas y mujeres, y el 33,1% restante a niños y hombres. En este panorama se evidencia que la atención en salud se da principalmente a mujeres, posiblemente debido a las necesidades de género relacionadas con el proceso de embarazo, la gestación y el parto, así como por la vulnerabilidad que el género supone en esta población.

La vulnerabilidad de las mujeres está asociada con la violencia de género, la cual se encuentra dentro de los principales eventos de interés en la salud pública, junto con la violencia intrafamiliar, con 99 casos atendidos en 2018, 126 en 2019 y 115 en tan solo tres meses de 2020 (MinSalud, 2020b).

La tabla 8 muestra que, si bien ha aumentado la migración procedente de Venezuela, se puede observar que la demanda de atención de los servicios de salud no es proporcional al número de migrantes; contrariamente a ello, se observa que la atención en el sistema de salud colombiano es inferior inclusive a la proporción de migrantes regularizados en Colombia, teniendo en cuenta que el 44,2% de los migrantes son regulares y el 55,8% está en condición irregular (Migración Colombia, 2020b).

Tabla 8. Relación del número de migrantes venezolanos atendidos versus el número de migrantes venezolanos radicados en Colombia en el periodo 2017-2020

Año	Número de migrantes atendidos	Total de migrantes radicados en Colombia	Porcentaje de migrantes atendidos sobre el total de personas radicadas en Colombia
2017	40 691	403 702	10,1%
2018	214 369	1 072 432	20%
2019	550 904	1 771 237	31,1%
2020 ^a	279 914	1 731 017	16,2%

^a Los datos corresponden al 31 de julio de 2020. Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2020a; Migración Colombia, 2020a.

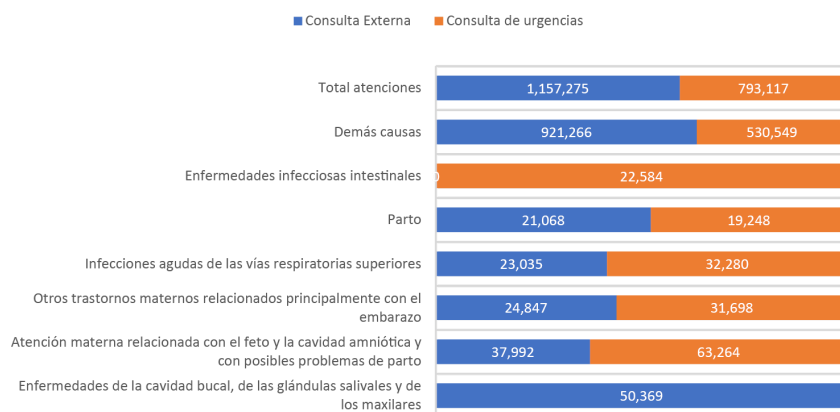
En cuanto a las características sociodemográficas de la población migrante atendida, según datos del MinSalud (2020a) las atenciones a migrantes provenientes de Venezuela se dieron a personas con cinco tipos diferentes de identificación, los cuales principalmente se encontraban en situación irregular debido a la falta de identificación:

- Adulto sin identificación (37,5%).
- Menor sin identificación (25,9%).
- Migrantes con cédula de extranjería (16,7%).
- Migrantes con PEP (14,8%).

- Migrantes con pasaporte (5,1%).

Como se observa en la figura 11, en Colombia viene aumentado anualmente el porcentaje de personas procedentes de Venezuela atendidas en el sistema de salud tanto en consulta externa como en servicios de urgencias, lo que demuestra un logro importante en términos de la protección de la población migrante en el país. Sin embargo, esto también supone un reto, pues el porcentaje de cobertura debe seguir aumentando para garantizar el acceso a servicios de salud a la mayor cantidad de personas migrantes posible.

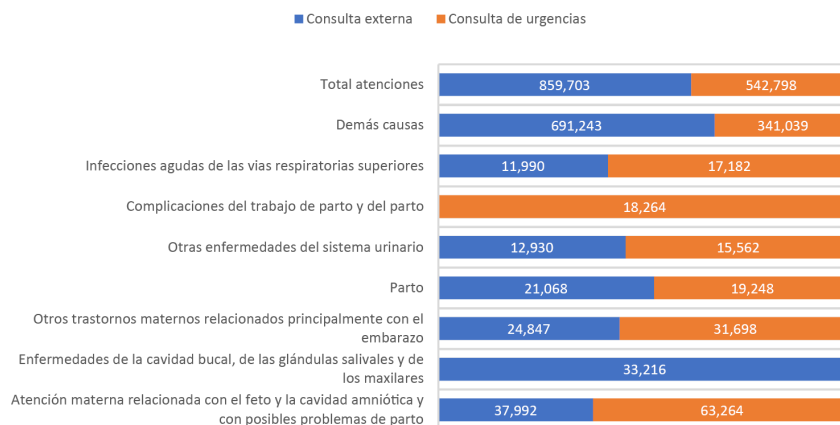
Figura 11. Principales diagnósticos (subgrupo CIE10) en consulta externa y en consulta de urgencias a población migrante venezolana, 2017-2020



Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2017c.

En la figura 12 se observa que la mayoría de las atenciones realizadas a población migrante femenina, proveniente de Venezuela, se han hecho en consulta externa (59,3%); no obstante, el porcentaje de atenciones en consulta de urgencias no fue menor (40,6%). Es importante señalar la relevancia de la atención a mujeres, especialmente a quienes se encuentran en proceso de gestación, puesto que suponen el 7,3% de las atenciones en consulta externa y un 14,4% de las atenciones en urgencias. Adicionalmente, se debe señalar que tres de los principales diagnósticos en población migrante venezolana están relacionados con la atención a mujeres embarazadas.

Figura 12. Principales diagnósticos (subgrupo CIE10) en consulta externa y en consulta de urgencias a población migrante femenina procedente de Venezuela, 2017-2020

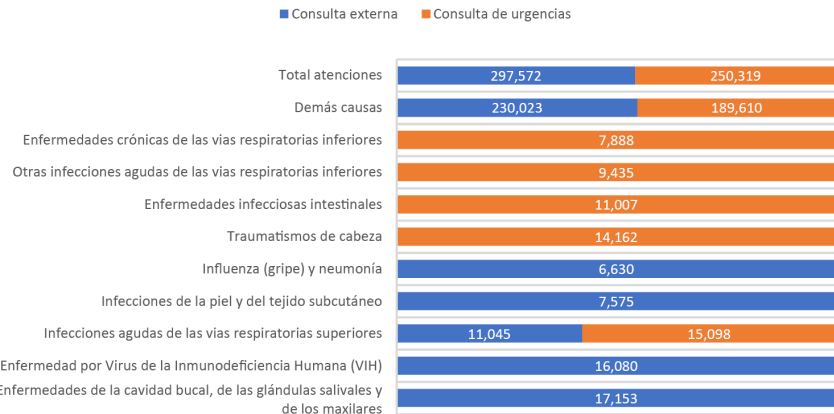


Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2017c.

En la figura 12 se observa que del total de atenciones a la población migrante venezolana en consulta externa y en urgencias en el país (1 950 392), el 71,9% corresponde a atenciones a mujeres, lo que, sumado a la información de la figura 13 referente a atenciones a población masculina, evidencia la importancia de la atención a la

población migrante femenina. De otro lado, los datos muestran la necesidad de atención a mujeres embarazadas y de atender los diagnósticos relacionados con el parto y la gestación debido a que cuatro de los siete principales diagnósticos en mujeres migrantes están relacionados con complicaciones durante el proceso de embarazo.

Figura 13. Principales diagnósticos (subgrupo CIE10) en consulta externa y en consulta de urgencias a población migrante masculina procedente de Venezuela, 2017-2020

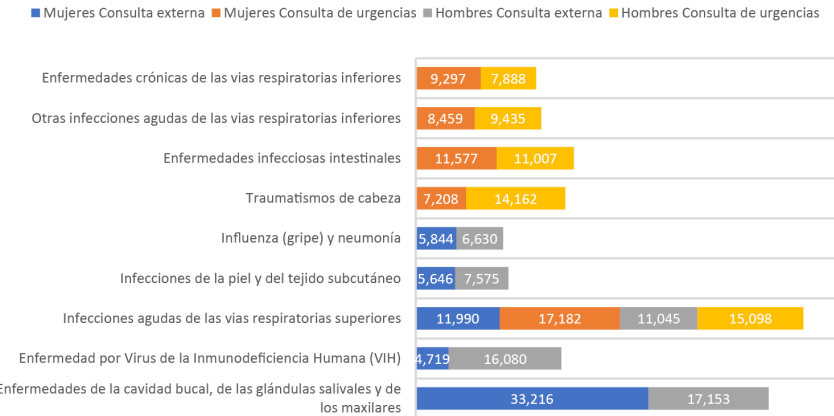


Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2017c.

Además, en la figura 13 se observa que del total de atenciones a la población migrante venezolana en consulta externa y en urgencias en el país (1 950 392), el 28,1% corresponde a atenciones a población migrante masculina. Se observa que las necesidades de la población masculina en relación con la población femenina son diferentes en grado importante, puesto que presentan algunos diagnósticos principales sustancialmente distintos: enfermedades como la que provoca el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) —atendida en su totalidad en consulta externa—, traumatismos de cabeza, influenza, etc.

En la figura 14 se agrupan los datos de las figuras anteriormente descritas, lo que permite hacer una comparación entre mujeres y hombres, así como establecer los principales diagnósticos para cada una de las categorías y comparar el estado global de la salud de los migrantes venezolanos.

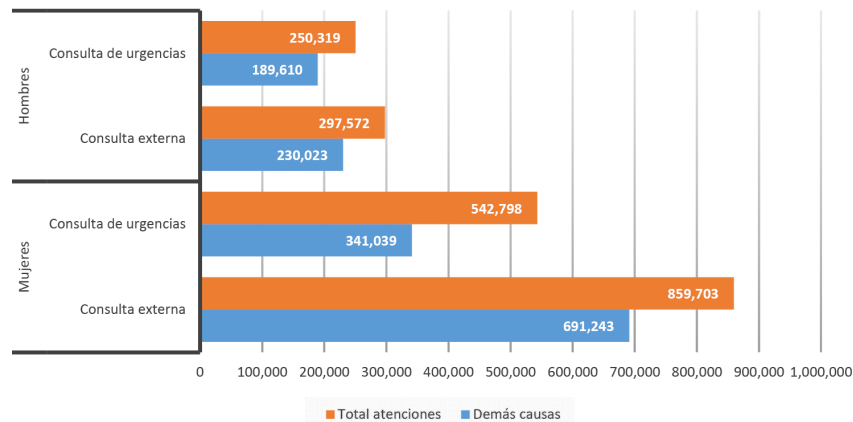
Figura 14. Principales diagnósticos (subgrupo CIE10) en consulta externa y en consulta de urgencias a población de mujeres y hombres migrantes procedente de Venezuela, 2017-2020



Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2017c.

En la figura 15 se observa que las mujeres son las personas migrantes que más se han atendido, fundamentalmente en consulta externa, aunque los niveles en urgencia no son menores. De otro lado, los hombres han sido atendidos sobre todo en consulta externa, aunque presentan sin embargo niveles casi iguales de consulta de urgencias.

Figura 15. Demás causas de atención y número total de atenciones en consulta externa y en consulta de urgencias a población migrante masculina y femenina procedente de Venezuela, 2017-2020



Fuente: elaborado a partir de MinSalud, 2017c.

Por último, es importante aclarar que estos datos no deben tomarse como absolutos, puesto que se pretende mostrar con ellos un panorama general de la atención a la población migrante venezolana. Es importante anotar que no se encontraron datos relacionados con la atención en salud en función del estatus migratorio (regular, irregular, colombianos retornados, en condición pendular, con PEP o pertenecientes a pueblos indígenas).

2.2.3. Eventos de interés en salud pública

Según datos del MinSalud (2020b), los eventos de interés en salud pública aumentaron de 2018 a 2019 en un 524%. Con respecto a esto, el número de eventos de personas extranjeras notificados para 2020 fue de 3576, de los cuales el 92,4% (3306) corresponde a personas provenientes de Venezuela (MinSalud, 2020a). A su vez, de estos, los cinco principales en la SE N° 28 del año 2020, que representan en conjunto el 56% del total, fueron:

- Sífilis gestacional (14,9% del total).
- Morbilidad materna extrema (13,2% del total).
- Violencia de género e intrafamiliar (10,9% del total).
- Malaria (9,3% del total).
- VIH/sida/mortalidad por sida (7,8% del total).

Del total de los casos de personas procedentes de Venezuela notificados de los eventos de interés en salud pública, la gran mayoría se dio en personas no afiliadas al SGSSS (89,3% de los casos). De otro lado, un pequeño porcentaje se encontraba asegurado en el Régimen Subsidiado (7,9%) y uno incluso menor en el Régimen Contributivo (2,1%).

2.2.4. Salud mental

En 2016 la OMS desarrolló el informe *Promoción de la Salud Mental* (OMS, 2016), en el cual reconoce la salud mental como el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y de la comunidad. La naturaleza del concepto y los enfoques de salud mental son determinantes en el marco contextual, político y normativo internacional y nacional, convirtiéndose en referentes de los derechos y las condiciones de vida a nivel educativo, de vivienda, laboral, social, económico y medioambiental, incluyendo a las poblaciones migrantes.

En el caso de Colombia, estos han sido los marcos fundamentales que han afectado la evolución de la salud mental, tanto a nivel legislativo como político, en relación con los diferentes grupos poblacionales, ciclos de vida, etnias, géneros y condiciones; y también respecto a situaciones como la pobreza, la discapacidad (rehabilitación), el desplazamiento y el conflicto armado, que han estado presentes en Colombia (Ardón & Cubillos, 2012). A ello hay que agregar las recientes olas de poblaciones migrantes provenientes de Venezuela, que han demandado servicios de salud mental en zonas de frontera y en las principales ciudades de recepción.

Es importante señalar que en Colombia la salud mental ha evolucionado de la atención orientada a trastornos mentales a la atención en salud mental. Desde 1993, el modelo de salud mental en Colombia ha migrado de una atención centrada en los trastornos mentales, que corresponde al periodo comprendido entre 1960 y 1993, a un modelo que enfatiza la atención primaria en salud con base en el enfoque de derechos. Este cambio responde a la transformación del sistema nacional de salud a causa de la reforma llevada a cabo en el año de 1993, la cual tuvo un carácter global y estableció profundas modificaciones en materia sanitaria a nivel nacional.

Entre los años 2003 y 2004 el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES, desarrolló el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, que además de dar aportes a los lineamientos de un panorama epidemiológico, permitió establecer relaciones entre la salud mental, las condiciones socioeconómicas, el estado de salud general, el medio ambiente social y el grado de vulnerabilidad. Luego de este diagnóstico, se buscó reformular la Política Nacional de Salud Mental diseñada en el año 1998, construyendo los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia.

En el año 2004, en respuesta a la indicación de llevar a cabo diagnósticos y planes territoriales en salud mental, se expide la circular externa 018 de 2004. Además, el Ministerio de la Protección Social publicó la *Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud* (Ardón & Cubillos, 2012), factor que también ha sido importante a la hora de establecer estrategias y rutas de atención en poblaciones migrantes.

Posteriormente, en el año 2005, el enfoque promocional de calidad de vida permitió establecer la perspectiva de derechos con una orientación transectorial encaminada a la satisfacción de las necesidades sociales a partir de la universalidad, la integralidad y la equidad en la acción sanitaria. En este sentido, se reorganizó el Plan de Atención Básica en Salud (PAB) para el Distrito Capital como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual había sido estructurado previamente por programas, y luego se articuló por ciclo vital y en líneas de intervención que respondían a los principales problemas de salud pública. De esta forma, se logró una interrelación de acciones con el fin de favorecer el desarrollo de valores como la autonomía, la equidad, la democracia, la sostenibilidad ambiental, y el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural para la construcción de nuevas representaciones sociales en torno a la salud mental (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., 2016).

En 2006, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por medio de un contrato con el Ministerio de la Protección Social, estructuró una propuesta de política nacional para el campo de la salud mental. La propuesta planteada consideraba desde su marco conceptual a la salud mental como una fuerza transformadora que impulsa y coadyuva al desarrollo, al ejercicio y a la garantía de los derechos; contribuye a la solución de los problemas del país (el conflicto armado y sus secuelas, los desastres, la pobreza extrema, etc.); mitiga el sufrimiento derivado de los avatares de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales, etc.); y posibilita la atención de los trastornos.

De acuerdo con las recomendaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en lo referente a la salud mental en Colombia, incluidas en el informe realizado en 2016, se sugiere al país incorporar en las políticas su garantía, promoción y protección para incidir positivamente en la protección de la salud de los pueblos. Dichos lineamientos proponen como objetivo general sugerir contenidos para esa reformulación y, a la par, brindan recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el SGSSS y el diseño de la metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios en salud mental. La población blanco identificada por este documento estaba constituida por las personas con trastornos mentales, los individuos con problemas psicosociales y la población en general. Es por ello que se considera necesario el desarrollo de una política de salud mental que busque la inclusión de la población; estimule las redes de apoyo en pro de la unidad social y evite, por tanto, la discriminación; e involucre una adecuada prestación de servicios sociales con el fin de incidir en la carga de enfermedad.

Por otra parte, en el 7 de noviembre de 2018, el MinSalud adoptó la Política Nacional de Salud Mental a través de la resolución 4886. Esta política es un avance para el país en materia de salud mental y proporciona las orientaciones esenciales para dirigir programas de promoción, prevención y rehabilitación con base en la comunidad y la inclusión social. Cabe añadir que estos aspectos son fundamentales para lograr incidir positivamente en las condiciones de equilibrio y bienestar humano en «[...] términos de desarrollo integral desde la perspectiva de capacidades y derechos humanos [...]» (MinSalud, 2018c).

También es importante resaltar que, a pesar del avance en la normatividad en el sector salud —que protege los aspectos físicos de la salud y, en ese sentido, debería proteger los relacionados con la salud mental—, dicha normatividad solo ha tenido la relevancia suficiente para contar con una Política Nacional de Salud Mental hasta el año 2018. Por otra parte, es recomendable que esta política haga una apropiada vigilancia y ejerza control sobre su aplicación para proteger y mejorar la calidad de los servicios orientados a la salud mental.

Además, desde la perspectiva de los propios profesionales prestadores de servicios de salud mental, aunque se han logrado avances progresivos en el cuidado de la salud mental de las poblaciones, es importante fortalecer la ética, calidad y prestación ideal de los servicios de salud mental.

De acuerdo con Cubillos, Vargas y Wharton (2020), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobados por las Naciones Unidas, no es posible alcanzar el desarrollo sostenible sin hacer una inversión prioritaria en la salud mental de las personas. El 4,4% de la población mundial sufre de depresión, dolencia que se constituye en una de las mayores condiciones de incapacidad en la población global y la primera causa de las más de 800 000 muertes relacionadas con suicidios.

En la agenda de las Naciones Unidas para los ODS es importante establecer estrategias de intervención que garanticen el bienestar físico y mental de la población, para lo cual es necesario proveer acceso a servicios de salud universal, cumpliendo el tercer objetivo de la misma. La prevención y atención continua en salud mental debe ser una prioridad en todos los países, incluyendo a los migrantes para evitar peores condiciones de salud mental (Cubillos y otros, 2020).

De acuerdo con la OMS, la salud mental ha sido un tema ausente en muchos planes y programas dirigidos a poblaciones migrantes. Según esta organización, la salud mental de los migrantes muchas veces está económicamente desprotegida, dejándolos expuestos a riesgos de abuso, violencia, explotación, discriminación, obstáculos para acceder a servicios sanitarios y sociales, y falta de continuidad en la atención (Cubillos y otros, 2020).

En esa línea, el reasentamiento de las poblaciones en otros contextos ha demostrado en muchos casos ser un riesgo para la salud mental. Las relaciones entre raza, estatus socioeconómico, país de origen, etnia y género parecen afectar las condiciones de salud mental de las personas. Algunos estudios demuestran que factores relacionados con el contexto tales como el vecindario a donde llegan los migrantes, las conformaciones familiares, las competencias lingüísticas, la discriminación, el aislamiento social, las dificultades para emplearse y los procesos de aculturación en muchos casos generan estrés y parecen sugerir una relación directa entre migración y salud mental (Cubillos y otros, 2020).

A partir de la década de 1930 se pueden encontrar dos aproximaciones explicativas a la relación entre migración y salud mental: a) la de causalidad, en la que se entiende la migración como un factor de riesgo de la aparición de problemas y trastornos de salud mental; y b) la de selección, según la cual se establece que las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidad de migrar.

El modelo explicativo de la respuesta de estrés se encuentra en la base de las explicaciones en las que se entiende la migración como un factor que puede precipitar problemas de salud mental. De acuerdo con este modelo, la migración se constituye en un evento vital altamente desafiante o amenazante, convirtiéndose en una situación estresante o un estresor que pone a prueba los recursos y la capacidad de adaptación de las personas (Cubillos y otros, 2020).

El término «aculturación» se refiere al proceso de adaptación de un migrante a la cultura y las circunstancias de vida del país de acogida. Durante este proceso se puede producir una tensión psicológica o emocional que conlleva a una respuesta de estrés, la cual, bajo ciertas características de intensidad y duración, se puede asociar a ansiedad, depresión, trastornos del ánimo y dependencia de drogas o alcohol (Cubillos y otros, 2020).

En un estudio cualitativo realizado con veinte migrantes en tránsito por México y con destino a Estados Unidos se encontró que, aunque los migrantes no manifestaron haber experimentado problemas de salud mental durante su proceso migratorio (antes, durante o después de la migración) concebidos como enfermedades mentales, es posible identificar en su discurso emociones, pensamientos, síntomas somáticos y cambios de comportamiento que denotan problemas de adaptación o problemas de salud mental, generalmente caracterizados por estados de ánimo temporales como angustia, miedo, desesperación, tristeza, preocupación por los familiares, impotencia, soledad, aislamiento, enojo, frustración e indecisión. Las manifestaciones somáticas expresadas más comúnmente entre los migrantes fueron pérdida de sueño, estrés, llanto, dolores de cabeza, cambios en el apetito, cansancio y fatiga (Wharton & Church, 2009).

El impacto de la aculturación en los migrantes está mediado por las condiciones o características del país huésped (por ejemplo, la similitud de la cultura de acogida con la del país de origen, la receptividad de la cultura huésped, las diferencias de lenguaje, las posibilidades socioeconómicas que ofrece el país de acogida, etc.), las condiciones de la migración (por ejemplo, si es forzada, por razones económicas, por ruptura de vínculos familiares y sociales en el país de origen) y las características personales del migrante (por ejemplo, la edad, las características de personalidad, el nivel educativo, la voluntad de migrar, la posición socioeconómica y el conocimiento previo del idioma del país receptor) (Cubillos y otros, 2020).

Respecto a las características del entorno de acogida, se ha identificado mayor probabilidad de presentar trastornos y problemas de salud mental entre los migrantes que perciben más brechas culturales entre su país de origen y el país huésped, los que perciben mayor discriminación por su estatus de migrantes, los que encuentran mayores dificultades para encontrar trabajo y cuando el idioma del país de acogida es diferente al del país de origen (Cubillos y otros, 2020).

En relación con las características personales, se ha encontrado que los niños y preadolescentes logran una mejor adaptación cultural, por lo que habitualmente el estrés aculturativo tiende a ser menor en este grupo de migrantes; y lo mismo sucede con las personas que dominan el idioma del país huésped. Las mujeres, por el contrario, tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud mental en comparación a los hombres, mientras que un menor nivel educativo se asocia a una mayor prevalencia de trastornos mentales (Cubillos y otros, 2020).

En relación con los datos de la atención en salud mental a la población proveniente de Venezuela, se podría señalar que la carencia de datos se refleja en el panorama de los medicamentos entregados pues, del total de medicamentos dispensados (50 426 694), únicamente el 0,17% (88 488) corresponde a medicamentos psiquiátricos y, en concreto, antipsicóticos (MinSalud, 2020b).

Adicionalmente, cabe precisar que únicamente dos de los eventos de salud pública registrados en el periodo comprendido entre la SE N° 8 de 2018 y la de 2020 se encuentran relacionados a problemas de salud mental en población migrante venezolana: la violencia de género e intrafamiliar y los intentos de suicidio (MinSalud, 2020b).

2.2.5. Procedimientos

De acuerdo con la tabla 8, para el año 2020 en relación con los procedimientos quirúrgicos reportados en personas migrantes venezolanas, se registró un total de 82 875 de ellos, lo que corresponde al 6,4% del total. Esto, a su vez, demuestra que la gran mayoría de procedimientos e intervenciones realizadas a población migrante fueron de tipo no quirúrgico (93,6% del total).

En la tabla 9 se observan los principales procedimientos quirúrgicos realizados en población migrante venezolana, indicando que el 30% de estos se vinculan con intervenciones relacionadas con la gestación (partos, cesáreas y legrados). Esto demuestra la necesidad de continuar aumentando la atención y cobertura para mujeres, especialmente madres gestantes.

Tabla 9. Número y distribución de procedimientos quirúrgicos realizados en población migrante venezolana en el año 2020*

Procedimiento	Número de procedimientos
Procedimientos en piel y tejido celular subcutáneo	20 681
Otros procedimientos de atención e inducción del parto vaginal	15 210
Procedimientos en dientes	9971
Procedimientos e intervenciones en parto abdominal	8697
Procedimientos en la mama	188
Procedimientos en trompas de falopio	5129
Otros procedimientos e intervenciones obstétricos	3783
Reducción de fractura y luxación	2369
Otros procedimientos en pared abdominal	1483
Otros procedimientos en vasos sanguíneos	1777
Resto de procedimientos	13 587
Total	82 875

Tabla 9. Número y distribución de procedimientos quirúrgicos realizados en población migrante venezolana en el año 2020*

* Corte a julio de 2020.

Fuente: MinSalud, 2020a.

2.3. Respuesta del sector salud a la población migrante y extranjera en el marco de la COVID-19

Debido a la pandemia mundial declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, el MSPS encabeza la respuesta del Gobierno colombiano ante esta nueva realidad, en donde la población migrante es considerada como una de las más vulnerables a tener en cuenta dentro de los marcos de acción definidos. La circular N° 018 (MinSalud y otros, 2020) establece los marcos para dar respuesta a esta nueva contingencia para el país y las poblaciones que habitan el territorio nacional, incluidos los migrantes procedentes de Venezuela y toda la población extranjera.

La circular N° 018 (MinSalud y otros, 2020) establece cuatro acciones prioritarias para enfrentar la pandemia: acciones para minimizar los efectos en la salud;; las medidas excepcionales y temporales de carácter preventivo para enfrentar la pandemia ocasionada por la COVID-19; las acciones a cargo de los servidores, trabajadores y contratistas del sector salud en Colombia; y, finalmente, las acciones dirigidas a las administradoras de riesgos laborales. En este sentido, instituye todo lo necesario para la articulación con las entidades encargadas de la migración en el país con el objeto de dar una respuesta efectiva que incluya a la población migrante en el país.

En el mismo año, el MinSalud (2020b) emitió los Lineamientos TEDS-05 para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia, cuyo objetivo es «Orientar a las Entidades Territoriales e Instituciones que apoyan la prevención, detección, y manejo de casos sospechosos de infección causada por el Coronavirus (COVID-19) en población migrante, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión del virus y realizar derivaciones oportunas a los servicios de salud».

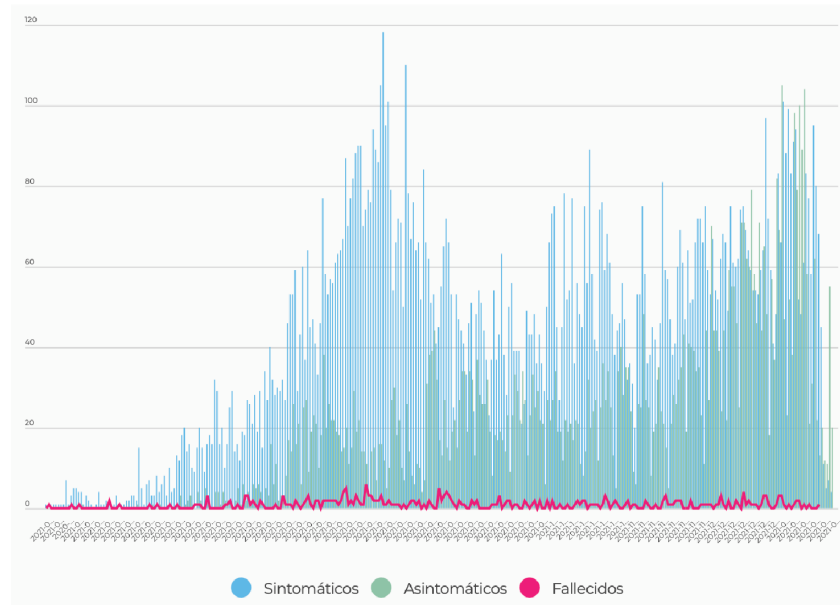
Como contexto y para entender la dimensión del impacto de COVID-19 en la población venezolana, se abordará como primera medida el reporte general en el país referente a la morbilidad y mortalidad en el marco de la pandemia. De acuerdo con el boletín del INS en Colombia, desde el reporte del primer caso el 6 de marzo de 2020 hasta el 24 de enero de 2021, con el análisis de información regional con corte al 23 de enero de 2021²⁴, se registró un total de dos millones de casos y más de 50 000 muertes en el país.

De acuerdo con el número 29 del boletín del Instituto Nacional de Salud, del 22 de enero de 2021, el total de población extranjera que había sido infectada para entonces representaba al 1,02% del total, con 20 218 casos a nivel nacional. De estos, 18 532 casos correspondían a población venezolana y la mayoría se ubicaban en ciudades como Bogotá, Medellín y Cúcuta, las principales ciudades donde se ha asentado la población migrante procedente de Venezuela.

En lo correspondiente a los grupos de edad, la mayor afectación se presenta entre los 20 y 49 años, y afecta tanto a hombres como mujeres; sin embargo, destaca que en el grupo de 30 a 39 años haya habido más afectación en hombres que en mujeres con un total de 3282 y 2537 casos, respectivamente.

En cuanto a los estados de severidad de la enfermedad causada por la COVID-19, el 96,55% de los casos positivos han sido leves, el 1,6% moderados y un 0,19 fueron graves; asimismo, el 1,41% del total falleció producto de la enfermedad. Un dato importante corresponde a la portabilidad internacional del virus; en este sentido, del total de casos detectados en población extranjera, se ha reportado que 142 casos proceden del exterior, siendo Venezuela el país con más casos reportados.

Figura 16. Histórico de casos de COVID-19 en población extranjera en Colombia, marzo de 2020 a enero de 2021



Fuente: INS, 2021.

De acuerdo con la historia natural de la infección ocasionada por el SARS-CoV2, la mayoría de casos positivos han sido asintomáticos. Al observar la tendencia por meses, se aprecia que la mayoría de los casos asintomáticos en población extranjera se presentó en el mes de julio de 2020, con un promedio de 90 casos diarios; mientras que, en lo referente a casos sintomáticos, los picos se presentaron en el mes de diciembre de 2020 con un promedio de 60 casos diarios. En cuanto a la población extranjera fallecida por COVID-19, esta alcanzó su pico más alto en los meses de agosto y octubre, con 72 y 66 muertes, respectivamente (INS, 2021).

2.3.1. Acciones tomadas por el Gobierno nacional para garantizar el acceso a la salud para prevención de la COVID-19 en población migrante

La OMS declaró el brote del nuevo COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional el 7 de enero de 2020 y como una pandemia el 11 de marzo de 2020 dada la velocidad de su propagación, por lo que instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y tratamiento de los casos confirmados, así como para la divulgación de las medidas preventivas para la mitigación del contagio.

Así, el MinSalud (2020e), mediante la resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 e indicó que la misma podría finalizar antes de la fecha señalada o, si persistiesen las causas que le dieron origen, prorrogada. Esto último ocurrió y dicha emergencia sanitaria se prorrogó mediante la resolución 844 (MinSalud, 2020f) hasta el 31 de agosto de 2020; y, luego, a través de la resolución 1462 (MinSalud, 2020g) del mismo año, tal declaratoria se extendió hasta el 30 de noviembre de 2020. Actualmente, está vigente la resolución 2230 (MinSalud, 2020h), por la cual se prorroga nuevamente la emergencia sanitaria hasta el 28 de febrero de 2021.

La pandemia de COVID-19 condujo a que el Gobierno colombiano, las autoridades regionales y locales, y las organizaciones de cooperación en el país, ajustaran sus acciones para que fuesen congruentes con los lineamientos dispuestos para responder ante el riesgo epidemiológico y sus efectos sociales, atendiendo además a las particularidades de cada región. En ese contexto, y a pesar de los esfuerzos de inclusión de la población migrante, los recursos han sido insuficientes para atender el fenómeno migratorio, por lo que una de las prioridades del Gobierno ha sido aumentar las fuentes de financiación con donantes internacionales y organizaciones de cooperación.

El 13 de abril de 2020, a través de la página web oficial del Gobierno sobre el coronavirus (INS, 2020), se publicaron las medidas tomadas por este, plasmadas en un plan de seis puntos para la atención a la población

migrante enfocado en los grupos más vulnerables que sigue los principios que el ACNUR, la OIM, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Acnudh) recomiendan para garantizar los mejores estándares en la respuesta a esta contingencia con el fin último de asegurar el bienestar de todos los residentes en Colombia, independientemente de su nacionalidad. Estos puntos son: a) manejo responsable y humanitario de la frontera, b) garantía de acceso a la salud, c) adaptación de los programas de la cooperación para la atención a migrantes, d) atención a la población vulnerable migrante, v) focalización de programas en puntos de alto impacto, y e) mayor coordinación e información.

De acuerdo con el objetivo del presente escrito, que es dar a conocer las estrategias de respuesta para la atención en salud en Colombia a poblaciones migrantes procedentes de Venezuela en el marco de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2; y en relación con segundo punto, garantía de acceso a la salud, el MinSalud (2020b) publicó los Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia que deben seguir las entidades competentes. En estos lineamientos se indica que la ruta de atención a los migrantes venezolanos con posible contagio o contagiados de COVID-19 es exactamente la misma que la de cualquier ciudadano colombiano. Si el «migrante está asegurado», se debe dirigir a su EPS para la prestación del servicio de atención, según los lineamientos del MinSalud y de la Organización Panamericana de Salud (OPS); «si el migrante no está asegurado» y tiene PEP, será afiliado inmediatamente a una EPS y atendido a través de la misma; y si, por el contrario, el migrante no tiene PEP, será atendido a través de la ruta de urgencias habilitada para todo extranjero no asegurado que se encuentre en el territorio nacional. Para esto, el migrante debe asistir a la red pública de prestación de servicios del municipio donde se encuentre, coordinada bajo la secretaría de salud departamental; y, si se trata de un caso de urgencia, se le prestará el servicio de atención de salud al migrante indocumentado gratuitamente. A febrero de 2021, el total de población migrante atendida en el sistema de salud llegó a 199 316 migrantes venezolanos, 59% de ellos mediante el Régimen Contributivo y 41% en el Subsidiado (INS, 2021).

Pese a los lineamientos establecidos por el MinSalud (2020b), continúan existiendo dificultades para los migrantes que requieren aislamiento en casa (asintomáticos o con síntomas leves que no requieren hospitalización), pero no cuentan con las condiciones para autoaislarse. La falta de ingresos de la población migrante conduce a situaciones de hacinamiento, a habitar espacios no aptos, a la habitación de calle o a la residencia en asentamientos informales sin acceso a servicios públicos, lo que conlleva el incumplimiento de medidas de autoaislamiento obligatorio y, en consecuencia, incrementa el riesgo de transmisión comunitaria. En ese sentido, se trabaja con actores de cooperación y organizaciones humanitarias para crear nuevas zonas de aislamiento u hospitalarias en conjunto con autoridades locales.

Por otra parte, bajo la coordinación del Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), que actúa como la plataforma local y nacional de la plataforma regional constituida por solicitud del secretario general de las Naciones Unidas al ACNUR y la OIM; y con el propósito de responder a la llegada de refugiados y migrantes, este grupo trabaja de modo cercano, dando apoyo al Gobierno de Colombia bajo el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2020. Como era de esperarse, la llegada de la pandemia de COVID-19 condujo a que el GIFMM y sus miembros reorientaran sus acciones de respuesta, en coordinación con autoridades locales y nacionales, para apoyar así la réplica y mantener las acciones humanitarias críticas para esta población vulnerable.

En respuesta a la pandemia de COVID-19, el GIFMM coordina sus acciones de campo con base en el plan de acción de seis puntos mencionado anteriormente, elaborado por el Gobierno nacional. Asimismo, integra las restricciones inherentes a sus actividades, dado el contexto particular de autocuidado y la disminución de la movilidad para reducir la velocidad de transmisión, entre otras condiciones, lo que ha aminorado su capacidad de respuesta para la provisión de servicios y el cierre de comedores, albergues y espacios de apoyo integral en todo el país. De esta manera, las organizaciones del GIFMM locales han reajustado sus modalidades de respuesta para alcanzar un mayor número de beneficiarios con intervenciones críticas, construyendo lineamientos para orientar a las organizaciones que constituyen dicho grupo sobre las acciones a considerar para mantener o modificar sus operaciones de asistencia en el contexto de la pandemia, según los lineamientos establecidos por el MinSalud y la OPS. Esta respuesta debe privilegiar acciones que permitan a) prevenir los riesgos de transmisión, y b) responder a los casos identificados a través del apoyo al MinSalud y las secretarías de salud. También se ha priorizado la atención de población caminante, en condición de discapacidad y en situación de calle, en especial aquellos grupos más susceptibles a la COVID-19, como las personas mayores de sesenta años, las mujeres gestantes y las personas con enfermedades crónicas, cardiovasculares o inmunosupresión.

Por otro lado, el GIFMM realiza seguimiento permanente al contexto situacional para orientar la acción de sus miembros de acuerdo a la evolución de la pandemia con el fin de continuar ofreciendo el mayor nivel de acceso posible a servicios básicos, además de protección para la población migrante. Así, el sector salud ha priorizado la contención de la transmisión de COVID-19 y el aumento en la capacidad de respuesta, concentrándose en incrementarla a nivel nacional y territorial por medio de la cooperación técnica, la coordinación, el aprovisionamiento, el financiamiento y difundiendo masivamente mensajes clave de prevención y atención.

Como ya se ha señalado, a finales de marzo de 2020 se establecieron los Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia, cuyo objetivo es «Orientar a las Entidades Territoriales e Instituciones que apoyan la prevención, detección, y manejo de casos sospechosos de infección causada por el Coronavirus (COVID-19) en población migrante, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión del virus y realizar derivaciones oportunas a los servicios de salud» (MinSalud, 2020b, p. 7).

Asimismo, como ya se mencionó previamente, Bogotá es el principal lugar de recepción de refugiados y migrantes venezolanos. Dada esta situación, durante junio y julio de 2020 el GIFMM desarrolló 391 intervenciones con veintiséis organizaciones y priorizando quince sectores, entre los cuales está el de salud. Fue así como durante este periodo se prestaron servicios de atención en salud para identificar las necesidades y vulnerabilidades de la población refugiada, migrante y retornada; además de servicios psicológicos y atención integral, acompañamiento telefónico para atención psicosocial, servicios de educación sexual, atención a mujeres gestantes, y jornadas integrales en temas de salud sexual y reproductiva. También se brindó atención en nutrición, atención en odontología y se entregaron implementos médicos (caretas y trajes de protección, tapabocas); y se facilitó información específica sobre atención, educación y comunicación sobre salud para la toma de pruebas de COVID-19 y la realización de tamizajes en sintomáticos respiratorios.

3. APOYO DE INSTITUCIONES MULTILATERALES Y ORGANISMOS DE COOPERACIÓN PARA LOS MIGRANTES VENEZOLANOS EN COLOMBIA

En el año 2016, el 55° Consejo Directivo de la OPS aprobó el documento de política CD55/11 (2016a) y adoptó la resolución CD55.R13 (2016b), relativa a la salud de los migrantes, en la cual se hace un llamado a los Gobiernos miembros de la OPS para diseñar políticas y programas de salud que tengan en cuenta las desigualdades sanitarias que afectan a los migrantes, así como llevar a cabo intervenciones especiales que ayuden a reducir los riesgos de salud de los migrantes; mejorar los marcos normativos y legales para abordar las necesidades específicas de salud de los migrantes; garantizar el acceso a los servicios de salud a las poblaciones migrantes en igual condición que a las nacionales y sin importar su estatus migratorio; y, finalmente, generar propuestas para la coordinación de programas y políticas en todos los niveles sobre temas de salud (OPS, 2019).

La experiencia internacional ha mostrado los principios básicos a tener en cuenta al dar respuesta a los procesos migratorios:

- Responder holística, coordinada e integralmente.
- Enfocar la respuesta espacialmente.
- Mitigar los impactos negativos en la población local.
- Facilitar la integración social y económica de los migrantes.
- Dar un tratamiento homogéneo.
- Monitorear el proceso migratorio (Banco Mundial, 2018).

Para la OMS y otros organismos multilaterales, los múltiples factores que intervienen en el fenómeno de la migración ayudan a entender que es un tema muy amplio. A este respecto, el PNUD concibe el tema de la migración como un fenómeno transversal, pues involucra dos áreas prioritarias para esta agencia: el desarrollo económico y productivo; y la triada de seguridad ciudadana, cohesión social y justicia. Esto permite visibilizar las necesidades de los migrantes para dar una respuesta que incluya una relación de dimensiones como la sexualidad, el género, la violencia, la multiculturalidad, el nivel de ingresos, las oportunidades de educación y empleo, la edad, el estatus migratorio, y la situación política y económica, entre otras (Santillán Moreno, Cruz Ortiz & Pérez Rodríguez, 2019).

Uno de los temas relevantes para los organismos internacionales en materia de migración está en el componente de salud. Al respecto, un análisis sistémico de los factores que son modificados en el tránsito migratorio es

fundamental para la salud pública, ya que permite identificar los niveles de acción que se requieren para la atención en salud de la población migrante, y todo ello desde una perspectiva social que implica la comprensión profunda de los determinantes sociales que son el origen y efecto de la migración. Entre estos se pueden mencionar varios niveles, como señala la siguiente tabla.

Tabla 10. Niveles de acción y determinantes sociales de la salud asociados a la migración

Nivel	Determinantes sociales asociados a la migración
Individual	• Nivel bajo de escolaridad • Situación de irregularidad • Nivel socioeconómico bajo • Diferentes normas sociales • Cultura e idiomas diferentes • Aislamiento
Relacional	• Separación de la familia y los compañeros
Comunitario	• Exclusión social • Xenofobia, discriminación y estigmatización • Escaso acceso a vivienda y servicios básicos • Acceso limitado a trabajos y condiciones deficientes de trabajos
Social	• Políticas discriminatorias • Servicios de salud limitados • Servicios públicos de protección social limitados

Fuente: elaborado a partir de Santillán Moreno y otros, 2019.

El cuidado de la salud de la población migrante incluye la atención a necesidades físicas, emocionales, espirituales, psicológicas, culturales y educativas, tanto en el nivel individual como en el colectivo. En ese sentido, este se enfrenta a algunos factores que impiden una respuesta segura como las barreras idiomáticas y del uso de medios de comunicación, las barreras culturales y religiosas, y las dificultades para acceder a los servicios y profesionales de la salud. Por ello, es importante tener sensibilidad cultural, además de comprensión y atención a las circunstancias sociales de los migrantes, como un elemento prioritario de todo programa de atención en salud, motivo por el cual se deben incorporar estrategias como el uso de la tecnología, la colaboración de equipos multidisciplinarios y la participación comunitaria activa (Santillán Moreno y otros, 2019).

De acuerdo con Gómez-Suárez (2020), los organismos internacionales pueden apoyar las acciones de los países receptores a través de la movilización de recursos, priorizando las intervenciones que aborden las causas fundamentales de la migración, fortaleciendo los beneficios, gestionando los riesgos de la migración y generando conocimiento para la formulación de políticas para la atención en salud de migrantes que comprendan las dinámicas migratorias.

Por otra parte, según el Banco Mundial (2018), una de las grandes lecciones aprendidas en este tema por parte de Colombia es la creación de la Gerencia de Fronteras, la cual tiene como objetivo mejorar la coordinación y articulación de las entidades de nivel central con los Gobiernos departamentales y municipales. Igualmente, este organismo busca centralizar los esfuerzos destinados a la recolección de fondos de cooperación internacional para atender la migración, trabajar con las comunidades receptoras y desarrollar mecanismos de recolección de información sobre los flujos migratorios para la toma de decisiones de política pública.

Además, el Banco Mundial (2018) señala que, en el marco de la respuesta a la migración, Colombia necesita con urgencia revisar su marco de política institucional para dar una respuesta más efectiva a la migración actual y delimitar los mecanismos de réplica en caso de una ampliación de los flujos migratorios. A tal efecto, se considera prioritario tomar decisiones en cinco áreas críticas: el marco legal que regula el estatus migratorio; la localización de los migrantes; el marco institucional de respuesta, tanto para las necesidades que emergen de la migración actual como para las presiones que podría generar una futura ampliación de los flujos migratorios; la generación de información para una respuesta efectiva; y la gestión de la cooperación internacional.

Frente a las alianzas necesarias para fortalecer la atención en salud para la población migrante, el Banco Mundial (2018) señala que se requiere analizar la viabilidad de implementar estrategias de alianzas público-privadas para centros de salud y telemedicina en sitios de frontera, establecer rutas de acción y protocolos de atención a migrantes en coordinación con las entidades territoriales, realizar trabajo coordinado para el monitoreo de inscripciones al Sisben y al régimen subsidiado, activar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para salud mental y materna, aplicar la Encuesta de Condiciones de Salud en Zonas de Frontera y realizar un estudio actuarial para la valoración de los costos de la atención en salud a la población migrante.

Los países receptores de migrantes, particularmente de aquellos en condiciones de vulnerabilidad, proveen un bien público, ya que de otra forma dichos migrantes terminarían generando costos directos o indirectos a otros países y a la comunidad internacional. Por esta razón, los países generalmente reciben el apoyo de agencias humanitarias, así como de cooperantes bilaterales y multilaterales que traen recursos financieros, experticia técnica y experiencia operativa acumulada en otros contextos. Para hacer el mejor y más eficiente uso de estos recursos, el Gobierno colombiano debe crear mecanismos para asegurar que se encuentren alineados con su visión de respuesta, se focalicen en las áreas y poblaciones priorizadas, y sean implementados en el momento necesario (Banco Mundial, 2018).

3.1. Panorama de la migración internacional y las respuestas en salud en los acuerdos internacionales para la población migrante

La migración internacional no es uniforme en todo el mundo, sino que responde a factores económicos, geográficos, demográficos, políticos y sociales, entre otros, que conforman patrones de migración como los denominados «corredores migratorios». Según la OIM, estos corredores están conformados por las economías en desarrollo y se dirigen hacia las economías más poderosas, como las de Estados Unidos, Francia, la Federación Rusa, los Emiratos Árabes Unidos y Arabia Saudita. Desde el año 2017 han ocurrido una serie de eventos que han impactado directamente la migración de las personas, como cambios históricos a nivel global o el aumento masivo de la migración. Dentro de las causas que han generado el aumento de las migraciones se encuentran los conflictos armados en Siria, Yemen, República Centro Africana, República Democrática del Congo y Sudán del Sur; la generación de violencia extrema en el caso de Bangladesh; y la inestabilidad política y económica en el caso de Venezuela (IOM, 2020).

De acuerdo con el *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020* (IOM, 2020), para el año 2019, de una población total de 7700 millones de personas, 272 millones eran migrantes internacionales y una de cada treinta personas —casi dos tercios de ellos— era un migrante laboral. Es importante señalar que esta cifra corresponde a un porcentaje muy pequeño de la población que se ha movido a nivel global, siendo solamente un 3,5% del total. Asimismo, es de interés precisar que el 52% de estos migrantes eran hombres y el 48%, mujeres; y que un 74% eran personas en edad de trabajar (entre 20 a 64 años).

Al hablar de países de destino y de origen, Estados Unidos ha estado a la cabeza como país de destino desde la década de los años setenta, al punto de que el número de personas que migraron a ese país ha llegado a cuadruplicarse, según datos reportados a finales de 2019, pasando de menos de doce millones en 1970 a un total de 50,7 millones de inmigrantes internacionales en dicho año. Alemania, por su parte, ocupa el segundo lugar entre los países de destino de los migrantes, experimentando un aumento a lo largo de los años que ha pasado de 8,9 millones en el año 2000 a 13,1 millones en 2019.

En cuanto a los países de origen, la India tuvo el número más alto de población nacional residente en el extranjero con un total de 17,5 millones de personas, seguido de México con 11,8 millones y China con 10,7 millones de personas viviendo fuera de su país de origen (IOM, 2020).

Con respecto a la proporción de migrantes internacionales por regiones, alrededor de 82 a 84 millones de migrantes internacionales se encontraban viviendo en Europa y Asia para 2019, respectivamente, representando el 61% de la población mundial total de migrantes internacionales. A ese grupo principal le siguen los de migrantes a América del Norte con casi 59 millones (22%), África con el 10% del total, América Latina y el Caribe con 4%, y Oceanía con 3% (IOM, 2020).

Tabla 11. Principales datos y cifras de los informes sobre las migraciones en el mundo, 2000 y 2020

	Informe 2000	Informe 2020
Número estimado de migrantes internacionales	150 millones	272 millones
Proporción estimada de migrantes en la población mundial	2,8%	3,5%
Proporción estimada de mujeres entre los migrantes internacionales	47,5%	47,9%
Proporción estimada de niños entre los migrantes internacionales	16%	13,9%
Región con la proporción más alta de migrantes internacionales	Oceanía	Oceanía
País con la proporción más alta de migrantes internacionales	Emiratos Árabes Unidos	Emiratos Árabes Unidos
Número de trabajadores migrantes	-	164 millones
Valor mundial total de las remesas internacionales (USD)	126 000 millones	689 000 millones

Tabla 11. Principales datos y cifras de los informes sobre las migraciones en el mundo, 2000 y 2020

Número de refugiados	14 millones	25,9 millones
Número de desplazados internos	21 millones	41,3 millones
Número de apátridas	-	3,9 millones

Fuente: OIM, 2020.

Las cifras de la tabla anterior muestran que algunos de los aspectos presentados se han mantenido constantes y otros han cambiado; por ejemplo, la proporción de mujeres entre los migrantes internacionales y la proporción total de migrantes en la población mundial no han sufrido mayores variaciones; en cambio, las remesas internacionales pasaron de 126 000 millones de dólares en el año 2000 a 689 000 millones en 2020, lo que indicaría la importancia de la migración internacional como motor del desarrollo.

Otro elemento importante lo constituye el número total de migrantes internacionales del mundo, cuyo aumento llega al orden del 85%; así como el número total de desplazados internos, que aumentó alrededor del 97%. Por otra parte, llama la atención la disminución en la proporción estimada de niños entre los migrantes internacionales, la cual disminuyó a un 13,9% en el año 2020 en comparación con el 16% que representaba en el año 2000.

Con respecto a la población de refugiados y desplazados internos, la tabla muestra cómo los valores se duplicaron entre los dos periodos comparados por los informes, pasando de 14 millones de refugiados en el año 2000 a 25,9 millones en 2020, y de 21 millones de desplazados internos en el año 2000 a 41,3 millones en 2020.

En el año 2016, la Asamblea General de la ONU aprobó la Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes mediante la resolución A/RES/71/1, la cual manifiesta la voluntad política por parte de los líderes mundiales de salvar vidas, proteger los derechos y compartir las responsabilidades a escala mundial (Naciones Unidas, 2016).

Ahora bien, desde finales del año 2017, los Estados miembros de las Naciones Unidas se han esforzado en concertar dos pactos mundiales sobre las manifestaciones internacionales de la migración y el desplazamiento: el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular; y el Pacto Mundial sobre los Refugiados. Estos pactos se basan en muchos años de trabajo conjunto en las cuestiones fundamentales que constituyen su razón de ser, dentro de las cuales la salud es uno de los aspectos principales.

A pesar de ello, la realidad es que en los últimos años hubo episodios de migración y desplazamiento que causaron dificultades, traumas y pérdida de vidas, entre ellos los desplazamientos de millones de personas a raíz de conflictos (República Árabe Siria, Yemen, República Centro Africana, República Democrática del Congo y Sudán del Sur), como consecuencia de situaciones de violencia extrema (como la desatada contra los rohinyá, quienes tuvieron que ponerse a salvo en Bangladesh), o a causa de una grave inestabilidad económica y política como la que afectó a millones de venezolanos (IOM, 2020).

De otro lado, la población mundial de refugiados para el año 2018 llegó a 25,9 millones, de los cuales 20,4 millones estaban bajo el mandato del ACNUR y 5,5 millones bajo el del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS). Es importante señalar que el 52% de la población mundial de refugiados tenía menos de 18 años (IOM, 2020).

En relación con número de desplazados internos a raíz de la violencia y los conflictos, este alcanzó los 41,3 millones de personas el año 2019, la más alta cifra registrada desde que comenzó a funcionar el Centro de Seguimiento de los Desplazamientos Internos en el año 1998. A este respecto, la República Árabe Siria tuvo el número más alto de personas desplazadas, llegando a 6,1 millones; seguida de Colombia con 5,8 millones y la República Democrática del Congo con 3,1 millones (IOM, 2020).

En el año 2018 aumentaron los procesos de migración en masa, especialmente en el territorio americano. En ese contexto, los asuntos relacionados con la migración obtuvieron una mayor visibilidad en las agendas nacionales, subregionales y regionales, al punto de que ocho países latinoamericanos emitieron la Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región en setiembre de 2018. El plan de acción de esta declaración reconoce al sector salud como un pilar clave de la respuesta, con énfasis en el control de enfermedades, la aplicación de vacunas y el acceso a los sistemas de salud, especialmente para los migrantes. Entre abril de 2017 y noviembre de 2018 fueron adoptadas la Declaración de Mesoamérica sobre Salud y Migración (OPS, 2019).

Como ya se ha comentado, ocho países de América Latina y el Caribe emitieron ese mismo 2018 la Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región, enfocada en el acceso a los sistemas

de salud para los migrantes. Esta declaración llama a adoptar políticas, programas y marcos legales para promover y proteger la salud de los migrantes; y aboga por la inclusión de su salud en las políticas y programas nacionales y locales para asegurar la promoción, el respeto y el cumplimiento efectivo de los derechos humanos de la población migrante, respetando su derecho a la salud y los principios de no discriminación.

Como parte del Proceso de Quito, las agencias de las Naciones Unidas, entre ellas el ACNUR y la OIM, lanzaron el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2020 como una herramienta de coordinación y recaudación de fondos para 137 organizaciones que trabajan en la región con el objetivo de llegar a los refugiados y migrantes venezolanos, y también a las comunidades de acogida (Insanally, 2020).

En diciembre de 2018, la Comisión Lancet sobre Migración y Salud, después de realizar una investigación global sobre el acceso a los sistemas y servicios de salud para migrantes, señaló que sí existe voluntad política para concretar su inclusión en el sistema de salud. Adicionalmente, en la actualidad la comunidad internacional, los Estados y los proveedores locales tienen el conocimiento y los recursos para garantizar que los migrantes no sean marginados con respecto a la atención en los sistemas y servicios de salud. Por otro lado, la Comisión señala que los profesionales de la salud deben participar en los diálogos sobre las políticas que afectan la migración, incluidos los aspectos macroeconómicos que afectan la movilidad de esta población; además de tener voz respecto a las estrategias que conciernen a la salud y seguridad de la población migrante (Insanally, 2020).

La Comisión Lancet también resaltó la necesidad de preparar a las comunidades receptoras como un aspecto fundamental para prevenir tensiones sociales y efectos negativos en la integración de la población migrante. Para ello, consideró importante explorar los valores comunes entre los migrantes y las comunidades de acogida con miras a generar un entorno propicio en el que los migrantes puedan empoderarse y desarrollar todo su potencial, convirtiéndose en miembros activos de esas comunidades receptoras. Finalmente, indicó que para lograr la total integración de los migrantes se requiere una gran variedad de recursos, planificación, y socios públicos y privados; además de seguros de salud, bonos y préstamos en condiciones favorables para los países receptores (Insanally, 2020).

Posteriormente, en el año 2019, la OPS aprobó distintas resoluciones para promover la incorporación de los enfoques de derechos humanos y de seguridad humana en las políticas, planes, programas y leyes relacionadas a la salud, de forma que contribuyan al fortalecimiento de la resiliencia de las poblaciones migrantes que se encuentren en las condiciones más críticas de vulnerabilidad. Estas iniciativas incluyen las siguientes políticas, planes y resoluciones: Política OPS/OMS de Igualdad de Género (2005); La Salud y los Derechos Humanos (2010); Salud, Seguridad Humana y Bienestar (2010); Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas (2014); Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (2014); Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (2014); Los Sistemas de Salud Resilientes (2016); La Salud de los Migrantes (2016); y el Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres (2016) (OPS, 2019).

Mediante múltiples resoluciones emitidas desde el año 1976, los Estados miembros de la OPS han solicitado a la dirección de este organismo atender a países en periodos de emergencia y movilizar recursos para abordar los distintos desafíos ante estas emergencias; así como promover las alianzas entre países con foros de integración regional, agencias internacionales, instituciones técnicas, organizaciones no gubernamentales (ONG), la sociedad civil organizada y el sector privado, entre otros actores, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta de dichos Estados ante las emergencias sanitarias (OPS, 2019).

La OIM (2018), a través de su estrategia global, trabaja en garantizar el acceso universal a servicios de salud para la población migrante y refugiada en diferentes áreas del mundo, promoviendo políticas inclusivas enfocadas en las vulnerabilidades relativas a la migración. Esta estrategia se centra en cuatro puntos esenciales: a) maximizar el impacto en contra del VIH, la malaria y la tuberculosis; b) construir sistemas de salud resilientes y sostenibles; c) proteger y promover los derechos humanos y la igualdad de género; y d) movilizar el aumento de recursos de la OIM.

Al aplicar el análisis a las necesidades humanitarias de la población migrante venezolana en Colombia y a los consecuentes mecanismos de respuesta generados, se evidencia que las acciones humanitarias emprendidas han contribuido a mejorar las condiciones precarias en las que han llegado muchos de los venezolanos y ciudadanos retornados. Por un lado, la cooperación internacional ha logrado financiar proyectos de nutrición, protección y salud en los departamentos del país más afectados por los flujos migratorios; por otro, los actores humanitarios han logrado beneficiar a la población migrante y, en algunos casos, también a colombianos retornados y comunidades de acogida. Sus acciones se han focalizado principalmente en la atención a migrantes irregulares,

teniendo en cuenta las restricciones que tienen para ingresar al sistema de salud, emplearse, estudiar y mantener una alimentación adecuada.

Es fundamental que la ayuda humanitaria se dirija a todas las poblaciones afectadas por el proceso (migrantes, retornados y población local) a fin de mitigar la discriminación y posible xenofobia en las comunidades de acogida. De igual forma, es necesaria una adecuada articulación de la oferta humanitaria con la del Gobierno (nacional, departamental y local) para lograr eficiencia en su asignación. Asimismo, se requiere información actualizada de las acciones en las distintas regiones del país, seguimiento que permitirá identificar las necesidades actuales y realizar proyectos acordes con los cambios que se vayan presentando en las necesidades de las poblaciones afectadas.

3.2. Cooperación interpaíses y acuerdos internacionales para la atención de la población migrante en Colombia

La cooperación interpaíses, en el caso de las migraciones de venezolanos en el contexto andino, ha estado marcada principalmente por el apoyo de organismos internacionales. En el caso de Colombia hay apoyo de un GIFMM, el cual coordina la respuesta humanitaria liderada por el ACNUR. De este grupo forman parte ONG internacionales y nacionales, así como el movimiento de la Cruz Roja, cuyo propósito es fortalecer la capacidad de respuesta del Gobierno colombiano a las necesidades de salud, educación y política social provenientes de la población venezolana que se encuentra ubicada en el país.

Del GIFMM participan 24 socios principales y 39 socios implementadores, los cuales se encuentran ubicados en 26 departamentos y 108 municipios de Colombia; asimismo, se estima que hay un total de 393 000 beneficiarios. Además, este grupo ha aportado más de 315 millones de dólares y financiado 96 millones de dólares en respuestas a emergencias, protección económica, sociocultural y para el fortalecimiento de la capacidad de reacción del Gobierno colombiano frente a la población migrante venezolana (R4V & GIFMM, 2019).

Es importante señalar que los Gobiernos de la región sudamericana han realizado avances consistentes para facilitar la migración regular y la integración de los inmigrantes mediante una serie de acuerdos destinados a favorecer el acceso a la residencia y los derechos sociales, así como a la portabilidad de la seguridad social. Ha sido un largo proceso con avances y contramarchas, pero estos acuerdos sin duda han favorecido la movilidad regular y la protección de los migrantes intrarregionales.

Ahora, esta evolución se caracteriza por dos rasgos principales. El primero es que las instancias regionales de diálogo en torno a cuestiones migratorias, así como las políticas nacionales, pasaron de discutir de manera casi exclusiva la regulación de la migración a incluir aspectos vinculados a los derechos de los migrantes y su integración en los países de destino. El segundo es que, en general, estos acuerdos regionales han tenido impactos en las normativas, reglamentos, procedimientos y políticas a nivel nacional. Así, varios de los países de la región han cambiado su legislación migratoria para seguir las normas internacionales que protegen los derechos de los migrantes y, en algunos casos, estos cambios involucraron incorporar también los derechos de los nacionales que viven en el extranjero y de los retornados.

Como parte de este proceso, la mayoría de los países han mejorado sus capacidades institucionales para la gestión migratoria, creando a nivel nacional (y local) instancias interinstitucionales para el tratamiento de la migración. En consecuencia, la mayoría de los países han mejorado los servicios migratorios, facilitando el acceso a permisos de residencia y favoreciendo la transferencia de credenciales educativas y la portabilidad de los derechos a la seguridad social.

Las mejoras han demostrado ser convenientes en algunos países para hacer frente al gran número de inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo provenientes de la República Bolivariana de Venezuela. De hecho, en 2018 los Gobiernos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Costa Rica, México y Panamá firmaron la Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región, acuerdo sobre cómo manejar de manera coordinada la crisis migratoria de los ciudadanos venezolanos.

En parte, estos acuerdos se vieron facilitados por una dinámica previa de diálogos regionales, en los que la migración y los derechos de los migrantes fueron el núcleo. El Mercado Común del Sur (Mercosur), la Comunidad Andina (CAN), la Conferencia Sudamericana sobre Migración (CSM) y la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) son los ejemplos más destacados.

Los acuerdos migratorios regionales han mostrado ser instrumentos adecuados para mejorar la movilidad y la migración, y también para proteger los derechos de los migrantes; sin embargo, persiste un margen considerable de mejoras, tanto a nivel regional como en cada país. La integración de los migrantes en los países de destino es

un asunto que compete a varias áreas ejecutivas y que, por lo tanto, debiera ser tratado integralmente en cada país de recepción. Los organismos interinstitucionales que reúnen funcionarios de diversas carteras de gobierno (educación, salud, migración, trabajo, etc.) junto con la participación de organizaciones de la sociedad civil constituyen instancias eficaces para diseñar, ejecutar y monitorear las políticas públicas hacia los inmigrantes.

Otro aspecto a destacar es que los Estados son responsables por los compromisos asumidos hacia los inmigrantes y, por lo tanto, deben desarrollar mecanismos de seguimiento de su situación tanto a nivel nacional como regional, lo cual supone la producción y el análisis de información oportuna, coordinada y precisa. Si bien se han efectuado avances en la producción de estadísticas fronterizas y de registros administrativos, aún se deben mejorar las fuentes de información desagregada por condición migratoria que generan de manera regular los sistemas nacionales de estadística. Estos sistemas armonizados de recopilación de información deben ser sensibles al sexo, la edad, y a las diferencias étnicas y raciales.

Un desafío principal es, por lo tanto, lograr fortalecer el diálogo a través de mecanismos institucionalizados como el Mercosur, la CAN y la CSM, entre otros. Ciertamente, será mediante el accionar de estas organizaciones que podrán acordarse acciones para responder de manera articulada a las necesidades cruciales de los inmigrantes, incluidas aquellas para prevenir la xenofobia y favorecer la integración social.

Se considera importante reseñar la información aportada mediante entrevistas realizadas a funcionarios de organismos multilaterales como el ACNUR, el Banco Mundial, la OIM y diversas ONG para la atención a migrantes venezolanos en el país, así como del Gobierno de Colombia y, más precisamente, de la Presidencia de la República y del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos aportes son relevantes para comprender cómo ha sido el apoyo de estos organismos, la respuesta institucional y la coordinación llevada a cabo entre algunos de los países de la región andina.

En relación con el tema de las coordinaciones interpaíses andinos y entre los Ministerios de Salud de dichos países para la atención de salud de los migrantes venezolanos, es importante señalar que

Desde la OIM, han apoyado al Ministerio de Salud en una iniciativa que fue la implementación de la Tarjeta Unificada de Vacunación [TUV]. Esta fue una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, y el año pasado en agosto, cuando se realizó la Tercera Reunión Regional de Ministros de Salud, en Cúcuta, los representantes de once países acordaron implementar la Tarjeta [Unificada] de Vacunación, pero es algo muy específico a esta estrategia (funcionaria de la OIM, 30 de setiembre de 2020).

En la Tercera Reunión Regional de Ministros de Salud se priorizaron otros temas como VIH, malaria y temas de salud sexual y reproductiva, específicamente anticoncepción; pero también se señaló que en lo que se ha avanzado hasta ahora es en lo relativo a la TUV como una estrategia para mejorar el registro de los esquemas de vacunación de la población migrante, facilitando la consulta de los diferentes países y permitiendo dar continuidad a los esquemas de vacunación.

Como resultado de ese acuerdo, otros países se sumaron a la iniciativa. En total, diecisiete países de las Américas estuvieron de acuerdo con la implementación, entre ellos se puede incluir Ecuador y Perú de la región andina, Chile también, Bolivia. Luego de esa reunión, el Gobierno pidió a la OIM, específicamente, apoyo para la impresión y distribución de las tarjetas, lo cual se hizo con un trabajo entre los ministerios para establecer esos esquemas unificados de vacunación en una sola tarjeta para adultos y una para niños. Los ministerios la entregaron a la OIM para que ayudara para imprimir y enviar 245 000 tarjetas a estos diecisiete países que habían hecho el acuerdo (funcionaria de la OIM, 30 de setiembre de 2020).

De los países a los que se les enviaron las tarjetas, el único que no las recibió fue Brasil, aunque se asume que faltó un poco más de comunicación entre ministerios y claridad respecto a cuáles eran los objetivos y las capacidades que tenía cada país para implementarlas. Se resalta esto pues, justamente, las razones expresadas por Brasil para devolver las tarjetas consistieron en que no tenían personal para hacer la implementación de las mismas. Además, la funcionaria resaltó que

[...] otro de los temas que no se discutieron era cómo se iba a unificar el sistema de información, porque una cosa es tener la tarjeta en físico y que a la gente se le pueda perder en el camino; en ese caso, ¿dónde se consulta cuál fue el esquema que se le aplicó? También mencionó que hay un acuerdo de algunos de los ministerios para trabajar en un sistema de información unificado, un pago unificado. En ese sentido, se están buscando los recursos para poder hacerlo, partiendo de que hay que hacer primero un diagnóstico de las capacidades operativas que tienen los países para empezar la implementación (funcionaria de la OIM, 30 de setiembre de 2020).

Luego de que se enviaron las tarjetas de vacunación, la OIM aprovechó para aplicar la Matriz de Seguimiento al Desplazamiento (DTM) para la población en tránsito. La DTM es la encuesta para población en tránsito que se

aplica a nivel global; es más, en Colombia ya ha tenido varias rondas. Esta en concreto tenía un objetivo específico, que era apreciar las necesidades en diferentes sectores de la población en tránsito; y, además, se aprovechó para incluir unas preguntas relacionadas con la TUV y verificar si realmente los países la estaban distribuyendo.

La encuesta DTM se aplicó a 1089 personas, compuestas por migrantes venezolanos y los miembros de familia con los que se desplazaban. De ellos, solo el 1,4% reportó tener la tarjeta en físico, porcentaje que corresponde más o menos a quince de las 1089 personas; y de esas quince personas, trece eran de nacionalidad venezolana.

En Colombia se distribuyeron muchas tarjetas en zonas de frontera y de tránsito. En Arauca, Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Pasto se pensaba que la probabilidad de encontrar personas que tuvieran la TUV iba ser mucho más alta, pero cuando se revisaron los resultados de los familiares de esas personas que se entrevistaron inicialmente, se encontró que las 1089 personas entrevistadas estaban acompañadas por 1000 familiares y que, de esos 1000 familiares, el 28% registró haber recibido la TUV. A su vez, de este 28%, el 86% eran niños entre los 0 y 5 años, de los cuales la mayoría había recibido la TUV en Colombia, un 31% en Venezuela, un 3% en Perú y 1,5% en Ecuador.

Aunque este no fue un ejercicio muy juicioso de evaluación y la muestra tampoco era tan grande, sí permitió ver que había cierto uso de la TUV y que este definitivamente, como señaló el análisis de otras variables de la encuesta, dependía mucho del conocimiento que las personas tenían del sistema de salud en cada país, de que debían conservar el carné y de que estuvieran enteradas del tenían acceso gratuito a la vacunación. En esa línea, la indagación resaltó que,

[...] si bien a nivel interagencial hay diferentes espacios de coordinación, está el clúster de salud que lideran el Ministerio de Salud y la OPS, donde participamos todas las agencias de las Naciones Unidas; está el subclúster donde tenemos el de salud sexual y reproductiva, el de enfermedades transmisibles y el de enfermedades no transmisibles. Digamos que, dentro de estos espacios, lo que el Ministerio y la OPS han buscado es que, justamente, las acciones que se implementan en respuesta a los flujos migratorios mixtos sean coordinadas y complementarias, que no haya varias agencias haciendo lo mismo y que haya un nivel de coordinación, tanto en lo nacional como en lo local (funcionaria de la OIM, 30 de setiembre de 2020).

Todas las acciones y todos los acuerdos que se logran, o que se hacen en el clúster a nivel nacional o en los subclústeres, bajan al nivel local, a los equipos locales de coordinación; mientras que los equipos locales de coordinación, por su parte, se articulan con las mesas locales de migración y salud que funcionan a nivel territorial. El acuerdo, como se aprecia, dio espacio para coordinar acciones y ejecutarlas de manera complementaria.

En cuanto al GIFMM, del que la OIM y el ACNUR son líderes, en él se trabaja a través de un plan anual en el que los acuerdos entre las agencias y organizaciones que hacen parte del grupo se reflejan en el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela. En este plan, que se genera anualmente a partir de un diagnóstico de necesidades realizado por los mismos socios, se establece cuáles serán las actividades a ejecutar cada año, en qué sectores, cuál será la población beneficiaria y cuántos recursos se requieren.

Aunque ya se ha comentado que el grupo que dirige el plan está liderado por la OIM y el ACNUR, de él hacen parte alrededor de 106 organizaciones en diecisiete países, incluidos los de la región andina. En el plan de 2020 se calculó que se requerían, más o menos, 1350 millones de dólares para poder beneficiar a 2,4 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela, las cuales requerían atención en diferentes áreas. Estas personas, contando a las que están en condición pendular, al igual que a las retornadas, considerando las necesidades de las comunidades de acogida, sin excluir el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela; entonces, de esos 1350 millones de dólares, más o menos 220 millones se solicitaron para el sector salud a nivel regional y para todos los socios.

En el caso de Colombia, el GIFMM está conformado por 59 socios, incluyendo agencias de las Naciones Unidas, ONG nacionales e internacionales, y otras organizaciones que apoyan la respuesta y el manejo de los recursos asignados. Para Colombia se solicitaron 739 millones de dólares. Esta plataforma de coordinación ha sido muy útil para tener claro qué hace cada agencia, en dónde, a quiénes beneficia, cuántos recursos está invirtiendo y en qué sectores. Además, incluye a todos los sectores y ha sido el principal medio de coordinación para la respuesta a los migrantes de Venezuela.

El coordinar con tantas agencias ha representado un gran esfuerzo, pues no es fácil concertar en medio de las misionidades de cada agencia, pues eso también es parte de los acuerdos: que cada uno opera acorde a su mandato y misionalidad, no realizar acciones repetidas, y lograr la mayor cobertura entre todos a través acciones

coordinadas y complementarias. Esto es, finalmente, lo que ha permitido gestionar varios recursos y alcanzar un buen número de beneficiarios. Así, para el primer semestre de 2020 ya se había alcanzado a más 370 000 beneficiarios, que recibieron asistencia en los diferentes sectores a través de los socios presentes en aproximadamente 150 municipios de veintinueve departamentos del país. Como se puede colegir, se trata de un esfuerzo grande de coordinación que ha permitido una comunicación y organización necesaria para la intervención de los actores en los territorios.

Estos GIFMM también tienen su presencia a nivel local con GIFMM locales presentes en las ciudades principales, que son un espejo del equipo nacional y tienen el mismo objetivo de coordinar acciones con cada socio en el territorio. En general, las necesidades que se identifican y continúan siendo prioridad para el sector salud, en términos de la atención a la población migrante, son la afiliación al sistema de salud, el acceso a la detección temprana y los servicios integrales de salud, especialmente en lo referente a la atención materna infantil y a los niños menores de cinco años, incluyendo la vacunación y los servicios de salud sexual y reproductiva. Son muy pocos los socios que están trabajando en usar métodos anticonceptivos, tema que sigue representando una barrera muy grande para la población migrante; o en aumentar los esfuerzos de la vigilancia de salud pública, incluyendo la vigilancia comunitaria, y más en este contexto de COVID-19.

Las acciones que se están planteando para 2021 están enfocadas a cubrir esas necesidades y para eso se están coordinando. Como la evidencia indica, es complejo organizar el plan entre tantos actores, pero eventualmente la concertación se concreta.

La primera experiencia y gran ejercicio de coordinación fue la tarjeta de vacunación, me parece que fue una excelente iniciativa de trabajo conjunto. Unir a los países andinos en iniciativas comunes no es fácil por diferentes factores, intereses y demás; sin embargo, hemos observado que no se le dio mucha continuidad por diferentes factores y, sin duda alguna, la pandemia trae sus consecuencias, como el cierre de fronteras por parte de los países andinos a la población venezolana; o no al cierre, pero poner medidas restrictivas. Bueno, básicamente eran cierres, pues hace que no haya mucha coordinación entre las que estos flujos migratorios se puedan trabajar en común. Es un gran reto, pues no todos los actores tienen el mismo deseo de trabajar conjuntamente o de aportar a la salud de los migrantes venezolanos, lo que complica cualquier iniciativa. Para el próximo año, ya sin pandemia, va a ser un gran desafío poder trabajar líneas comunes bajo el pretexto de la persistencia de la COVID-19, la excusa perfecta para mantener restricciones mayores a la movilidad de las personas a través de los países andinos (funcionario del ACNUR, 21 de setiembre de 2020).

Otra experiencia son los programas compartidos. Efectivamente, hay programas compartidos en zona de frontera y desde hace muchos años existen programas bilaterales de trabajo fronterizo en temas de salud; no obstante, su aprovechamiento depende en buena medida de que el Gobierno vuelva a darles visibilidad y de que los Gobiernos locales, a través de los gobernadores o las secretarías de salud y departamentales, les den continuidad en los territorios fronterizos, reforzándolos.

Existen mecanismos, llamémoslos formales o informales de comunicación entre departamentos fronterizos; por ejemplo, las reuniones entre Ecuador y Colombia, los diálogos no oficiales informales entre Venezuela y Colombia, especialmente entre Táchira y Norte de Santander, donde los Gobiernos locales mantienen comunicación entre los dos departamentos, que no son de gran visibilidad y no pretenden darle visibilidad por los asuntos políticos, pero hay un trabajo que se mantiene en estas áreas fronterizas (funcionario ACNUR, 21 de setiembre de 2020).

El acuerdo ha sido comunicarse y ese ya es un gran avance. Por ejemplo, en el caso de la quema de basura en la frontera con Venezuela, en el Táchira —una quema grande en un depósito de basura del lado venezolano que desencadenó un incendio forestal y originó una gran nube de humo que cubrió Cúcuta por tres o cuatro días—, esto ameritó una comunicación entre las autoridades de salud de los dos departamentos. En este caso, Norte de Santander supo de la quema de basura porque sus colegas de Táchira informaron al respecto y, tratando de trabajar conjuntamente, iban siendo notificados de si el fuego aumentaba o no para tomar las medidas respectivas. «En suma, ese tipo de comunicaciones no oficiales e informales ayuda de una u otra forma a preparar a ambos lados. Ahora, el acuerdo, más que un trato, consiste en comunicarse cuando se crea que alguna situación deba ser comunicada al otro, lo que representa un punto de partida» (funcionario del ACNUR, 21 de setiembre de 2020).

En relación conl tema de la salud, cabe considerar que más que un acuerdo, hay sectores de respuesta, y el sector de repuesta de salud mantiene una comunicación constante de lo que puede estar pasando. Para ello, hay dos grandes niveles en estas coordinaciones: uno es el nivel regional, con GIFMM locales como plataformas de respuesta también locales por regiones, donde se llevan mucho más concretamente los asuntos de las zonas de

intervención; y el otro son las plataformas nacionales, en donde los temas a tratar son más generales, más globales, y hay comunicación constante entre los diferentes miembros.

A nivel internacional están organismos como las agencias de las Naciones Unidas, los cuales trabajan o coordinan con los puntos locales de otros países para algunas situaciones muy particulares de salud. Un ejemplo de ello es estar al tanto de lo que está pasando en Venezuela, pues tener una información del país origen resulta fundamental para las respuestas; e, igualmente en sentido contrario, es clave comunicar a los demás colegas qué se está haciendo en Colombia para que sepan qué está pasando. Ahora, cabe precisar que este intercambio se da entre agencias. El ACNUR, por ejemplo, se comunica con su agencia o con su punto focal de Táchira, donde también hay una oficina; y lo mismo sucede en Ecuador con Laboagro y otro tipo de fronteras, donde la comunicación con los puntos focales se mantiene (funcionario del ACNUR, 21 de setiembre de 2020).

Existen algunas estrategias; es más, inclusive se trató de avanzar desde el Ministerio [de Salud], en febrero del año pasado, con una reunión que permitiera establecer estrategias de trabajo conjunto para migrantes en la que, adicionalmente, participaron no solo los países andinos, sino también los de Mesoamérica. Como resultado de esa reunión surgió la idea de la TUV, la cual tuvo muy buena acogida, pero no recursos, y quedó en stand by. Hay que precisar que la TUV se crea, básicamente, porque se había detectado que las personas se estaban vacunando muchas veces en el transcurso de sus viajes; entonces, por ejemplo, se vacunaban en Colombia, luego en Perú, luego en Ecuador, etc., de manera que se triplicaba el gasto en vacunación de los Gobiernos de los diferentes países. En ese sentido, se consideraba que la TUV podía ser más eficiente y servir para tener un historial de todas las intervenciones de vacunación aplicadas a los migrantes. Por ello, lo que se había pensado era en una tarjeta con chip o electrónica que se pudiera grabar —como un USB— y cargar como una pulsera, permitiendo a los prestadores de servicios la posibilidad de acceder a la información de los otros prestadores para ver qué tipo de vacunación y de servicios de salud había recibido el usuario. Desafortunadamente, no se pudo avanzar mucho con la iniciativa y quedó inconclusa. [...] Se puede decir que la diplomacia de la migración en salud fue muy fuerte durante el tiempo que estuvieron en el Ministerio [de Salud] tanto el ministro Uribe como el viceministro González. Ellos estaban muy empoderados respecto al tema y trataron de posicionar en todos los espacios multilaterales una priorización a hablar, discutir y ver alternativas sobre este tema. También es importante resaltar que, desde el Banco Mundial, se han realizado acuerdos tácitos. Bajo esa lógica, el mayor compromiso que ha buscado y tiene el Banco Mundial es prestar las herramientas necesarias para coadyuvar las labores que tienen los otros organismos. Uno de los grandes logros ha sido apoyar la coordinación de clústeres de salud en el marco del trabajo que existe bajo la dirección del Ministerio [de Salud], decisión que este organismo toma específicamente de manera conjunta con el Banco, que solo sugiere algunas cosas de forma muy respetuosa. El principal cambio que hubo desde que el Banco está apoyando esta coordinación fue tener planes de trabajo muy claros con los tres subclústeres que están funcionando y contar con una persona dedicada que apoye esa labor, de manera que se conozcan las necesidades y se pueda brindar apoyo, principalmente dando al Ministerio [de Salud] la facilidad de contar con alguien que está totalmente dedicado al tema. Esto, además, resulta más eficiente para el manejo mismo que el ministerio tiene del clúster, porque no es fácil coordinar y, sobre todo, avanzar con todas las agencias en los diferentes temas (funcionaria del Banco Mundial, 16 de setiembre de 2020).

Posteriormente, se dio una reunión con el ACNUR y la OIM donde se vio la necesidad de que los organismos internacionales, y sobre todo las personas que estaban en campo, conocieran las rutas de aseguramiento. Para ello, se hizo una sesión del clúster de salud en particular para revisar el tema relativo al aseguramiento y se brindó la información que se requería para seguir trabajando y apoyar todas las iniciativas, buscando que la mayor cantidad de agencias y cooperantes posible pueda estar vinculada con la meta de avanzar y, principalmente, que el trabajo no se duplique en el proceso. Por otra parte, la idea detrás de este clúster y de todos estos grupos de coordinación, así como de la forma en que la misma Gerencia de Fronteras ha trabajado con los organismos de cooperación, es mostrar de manera muy atenta a los cooperantes hacia dónde deben enfocar sus esfuerzos; es decir, constituye una línea de trabajo y, en ese sentido, los clústeres son una forma diplomática de colaborar porque permiten que, a través de diferentes conversaciones sobre las iniciativas políticas y las estrategias del Ministerio [de Salud], las entidades se vean alentadas a vincularse y a trabajar articuladamente. Finalmente, es importante señalar que así como los clústeres presentan beneficios para el Ministerio [de Salud], también los producen para las agencias internacionales, especialmente de cara a la urgencia de coordinar de una manera eficaz dado que, desde las entidades territoriales, había muchas quejas porque los organismos internacionales actuaban de manera independiente o avanzaban en temas que no manejaban del todo, principalmente en aquellos relacionados a los servicios de salud o a diferentes acciones que quedaban desarticuladas frente a la labor misma de las secretarías

de salud. En esa línea, todas las instituciones mantienen el chip del trabajo articulado para ver cómo se atienden las necesidades ya detalladas por los organismos y/o por las secretarías, pero de manera conjunta, lo que hace el trabajo mucho más fluido. Asimismo, se busca que no se vea al cooperante como un intruso, sino como aquel que apoya y ayuda, y no necesariamente con recursos económicos —que es la parte más compleja—, sino a través de diferentes acciones (funcionaria del Banco Mundial, 16 de setiembre de 2020).

Por su parte, desde la Presidencia de la República, respecto a lo que atañe a la respuesta a la migración desde Venezuela y procurando abordar el tema relacionado con la coordinación interpaíses andinos o interministerios de Salud de los países del área andina, se señaló que

Efectivamente, ha habido coordinación interpaíses andinos o entre los Ministerios de Salud de los países del área andina, sobre todo un esfuerzo muy importante en el contexto del Proceso de Quito para sacar un carné de vacunación regional, que era uno de los temas bandera que de hecho estaba liderando el Ministerio de Salud de Colombia, [...] poder sacar un carné de vacunación que fuera reconocido en otros países, de forma que si un migrante era vacunado en la frontera de Cúcuta, cuando fuera a Ecuador, a Perú, a Chile o a Argentina no lo fueran a vacunar otra vez. Primero, porque esto es un desperdicio de recursos; y, segundo, porque si lo vacunan tres o cuatro veces puede haber efectos adversos en la persona. Eso lo evaluó el Ministerio de Salud en una reunión de ministros de Salud de las Américas en Cúcuta el año pasado, y ese ha sido como el proyecto bandera para este tema (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

Con el tema de la pandemia se ha tratado que la OPS medie en los intercambios, sobre todo de información epidemiológica, entre Venezuela y Colombia para poder tener un *tracking* más fidedigno de qué está pasando con los contagios. Eso ha sido muy difícil y no ha tenido los efectos esperados por las condiciones actuales de Venezuela; entonces, por ese lado, la conversación ha sido muy complicada. Finalmente, es importante mencionar que han existido obstáculos que deben ser superados: primero, el acceso a la tecnología necesaria para socializar y compartir la información; segundo, el tema de la privacidad de los datos confidenciales de salud de los migrantes, pues es un obstáculo importante que hay que saber cómo manejar para proteger la información de estas personas; y, tercero, contar con los canales técnicos adecuados para generar una conversación con los otros países. Además, caber precisar que, aunque para el Proceso de Quito se ha hablado mucho sobre procesos y esfuerzos conjuntos, la verdad es que los alcances y logros del mismo han sido limitados (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

3.3. Respuestas articuladas desde el Gobierno colombiano con organismos internacionales

Desde la Presidencia de la República de Colombia se ha dado especial importancia a la respuesta sanitaria de cara a la población migrante venezolana que ha llegado al país desde el año 2015 y se ha visto enfrentada a la pandemia de COVID-19 en esta nueva realidad sanitaria.

Cuando empezó la pandemia, el Ministerio de Salud emitió unos lineamientos específicos respecto a cuáles eran las directrices de atención a migrantes en relación con la COVID-19. Estos señalaban que los migrantes deben tener la misma atención que cualquier otro residente o ciudadano, y que la COVID se trata como una emergencia; es decir, que frente a esta dolencia cualquier persona, afiliada o no, con seguro o no, está cubierta y se le da atención gratis de parte del Estado. Eso fue muy importante en ese momento, pues permitió tener claro que la atención a los migrantes era igual de importante que la atención a cualquier otro colombiano y a cualquier residente (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

Viendo más atrás, constatamos que en enero de 2020 se promulgó el decreto 074, que hacía más fácil la afiliación de los migrantes al sistema de salud, específicamente a través del Sisben. Eso ha sido súper importante porque una de las estrategias claves del Gobierno ha sido la afiliación de los migrantes al sistema de seguridad social en salud. Ese es un tema que preocupa y que ha sido una apuesta estratégica, pues más o menos el 36% de los migrantes que tienen PEP —y que, por lo tanto, pueden afiliarse al sistema— ya están afiliados, lo que indica que todavía hay una brecha muy grande de migrantes por afiliar. Dicho esto, una apuesta estratégica es la de ampliar esa cobertura, primero, porque la atención que se le da a los migrantes es mucho más amplia y estos están cubiertos por la afiliación bajo el sistema; y, segundo, porque para el Estado es mucho menos costoso que los migrantes estén afiliados a tener que pagar las intervenciones de urgencias, lo que representa un beneficio mutuo. Antes de esto, el Ministerio [de Salud] planteó una estrategia específica en junio de 2019, aproximadamente, para la atención en salud a migrantes, la cual cubría varios temas y establecía la línea estratégica para tratar el tema

relacionado con la atención en salud sexual y reproductiva, que tiene mucha importancia, pensando sobre todo en la salud de las madres gestantes, que es uno de los temas que más presión genera tanto respecto a los recursos que se destinan a los hospitales para atención a migrantes como sobre las atenciones no solo en frontera, sino de los hospitales en general. En este aspecto, los números han caído durante la pandemia, pero se debe considerar que antes de la pandemia siete de cada diez partos en el hospital Erasmo Meoz de Cúcuta eran de madres venezolanas. Este tema de madres gestantes genera una presión muy grande sobre el sistema de salud y se debía atender pues incluye no solo el parto como tal, sino también la atención prenatal, dado que muchas de estas madres llegaban a Colombia sin alguna clase de chequeo, cargando en algunos casos con síntomas de desnutrición, alguna enfermedad o alerta temprana, problemas de crecimiento del feto, etc., que no estaban detectados. Además, los problemas de desnutrición de estas migrantes inciden en el postparto, dado que tanto la madre como el bebé resultan más proclives a desarrollar enfermedades o problemas asociados que generan complicaciones. Adicionalmente, también se tenía que fortalecer el acceso a la planeación familiar y los anticonceptivos; a la atención a enfermedades de transmisión sexual como el VIH y otras; y a la educación sexual, sobre todo para jóvenes, pensando en la prevención del embarazo adolescente; así como solucionar las barreras de acceso a la interrupción del embarazo, entre otros temas. En ese sentido, se trabajó fuertemente no solo con el Ministerio [de Salud], sino también con todo el subclúster de salud sexual y reproductiva, en el que participó la cooperación internacional ayudando a fortalecer este tema. Precisamente, uno de los obstáculos que se tiene es la disponibilidad de recursos, pues algunos de los principales donantes para la atención no cubren los temas de salud sexual y reproductiva, lo que hace que se deba redoblar esfuerzos para conseguir apoyo en estos temas (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

Por ello, lo que se ha hecho es conseguir apoyo, ya sea en recursos o en infraestructura y dotación de hospitales, y mucha de esa ayuda se ha dirigido a temas de atención a madres gestantes a través de la dotación para hospitales como el Erasmo Meoz, el de Maicao, el José Calle de Cartagena y el de Santa Marta. En la zona fronteriza y en la zona Caribe se han conseguido buenos apoyos de la cooperación internacional para fortalecer la capacidad de los hospitales, específicamente en el tema de atención mujeres gestantes y madres, lo que ha sido muy importante, pues la demanda es muy grande y los hospitales no siempre tienen la capacidad necesaria.

Además, esta competencia por recursos entre la población local y los migrantes que están pidiendo atención, que en ese sentido ha sido muy importante. Además, toda la estrategia de acción, que ha ido muy de la mano con esta cooperación; y en esto, el ACNUR y su campaña de Somos Valientes han sido súper importantes para comunicarle a estas madres gestantes cuáles son las rutas de atención, cómo pueden conseguir apoyo, a qué hospitales tiene que ir, qué tienen garantizado, qué derechos las pueden cubrir, sean regulares e irregulares, estén afiliadas o no, y qué otros aportes pueden conseguir por parte de otras organizaciones que no sean específicamente hospitales. Entonces, sobre todo, ya más centrado en el terreno con los hospitales locales y con las entidades locales, tener esas rutas de atención claras y comunicarlas hacia la población migrante ha sido súper importante para que ellos puedan acceder a atención en salud (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

De esa manera, desde la cooperación internacional, se ha hecho un aporte de recursos para apoyar la salud, entre otros rubros, que es una de sus preocupaciones principales; no obstante, hay que señalar que la mayoría de los recursos de la cooperación internacional llegan a agencias de las Naciones Unidas y a otras ONG, y no al Estado; y que esas agencias cubren sobre todo atención primaria en salud, pero no urgencias ni enfermedades crónicas para las que los migrantes necesitan una atención especializada. Es importante señalar que estos aspectos son los que más recursos drenan a los hospitales y al Estado, constituyéndose en una brecha que permanece y se debe manejar.

En ese mismo sentido, el Banco Mundial y ahora el BID también se están ocupando en dar recursos no reembolsables, atados a otras deudas y a otros préstamos que le están haciendo al Estado y que están dirigidos a migrantes. El proyecto del Banco Mundial está, sobre todo, pensado en la afiliación de migrantes al sistema de seguridad social en salud. Por su parte, Usaid [United States Agency for International Development] también tiene unos recursos importantes, apostándole al tema de salud. Así, se ha logrado movilizar algunos recursos y algunas alianzas estratégicas para poder financiar más fuertemente, pues la brecha todavía es inmensa y lo seguirá siendo. El tema de la coordinación de la cooperación internacional ha sido una curva de aprendizaje. En ese sentido, es importante crear instancias coordinadoras entre el Ministerio [de Salud] y otras entidades de Gobierno y las organizaciones de cooperación internacional, las ONG y las Naciones Unidas para tener una respuesta conjunta y articulada, y evitar duplicaciones. Tener unas líneas estratégicas conjuntas de qué es lo que se necesita

y cómo actuar. En ese sentido, hay un clúster de salud específicamente para el tema de migración; y hay un subclúster, específicamente para migración y salud sexual y reproductiva; y están las mesas migratorias locales donde, entre otros temas, se tratan temas de salud. Esas instancias de coordinación han sido nuevas a raíz de estas nuevas olas migratorias de los últimos cinco años y son una experiencia de aprendizaje valiosa y, además, unas buenas prácticas que se pueden replicar en otros países de la región y en otras partes del mundo (asesora de la Presidencia de la República para la respuesta a la migración desde Venezuela, 23 de setiembre de 2020).

Además, hay distintos mecanismos de coordinación y distintos acuerdos regionales, así como un organismo que trabaja el tema específicamente en la región andina —el Organismo Regional Andino de Salud (ORAS)— y un Comité de Salud para Migrantes en el marco del ORAS, desde los cuales se propician investigaciones y estudios para identificar los avances que tiene cada país.

Hay un último acuerdo que hace parte del anterior, el cual se estableció en la Conferencia Regional de Ministros de Salud celebrada en Cúcuta, de donde salen distintas estrategias y compromisos para la población migrante. Es en el marco de esta conferencia que se da la articulación regional a través de distintas estrategias, como el plan regional para la respuesta a infecciones de transmisión sexual y VIH. Además, hay una resolución en curso —que queda como acuerdo— para el componente de capacitación en atención en salud mental dirigido a la población migrante. Esos acuerdos se dieron el 26 de agosto de 2019, quedando como líder República Dominicana.

Los compromisos que quedaron establecidos en el caso de República Dominicana, el país líder, refieren a las acciones para combatir la malaria. Asimismo, dentro de sus estrategias figura el compromiso de elaborar un plan estratégico regional de frontera que mejore la situación de mortalidad, evite la mortalidad en la población migrante, reduzca la morbilidad y las complicaciones por malaria, y desarrolle iniciativas estratégicas de promoción de la salud en términos de comunicación y alianza colaborativa. A pesar de ello, aún queda pendiente la inclusión del componente de enfermedades no transmisibles, respecto al que existe el compromiso de crear un fondo para apoyar el financiamiento de las acciones de salud temprana en los eventos priorizados por el PAI, específicamente en prevención y atención para hipertensión, diabetes y cáncer.

Colombia, que ha liderado el componente de VIH, se comprometió a fortalecer la prevención combinada con financiamiento del tratamiento y estandarizando esquemas de manejo para que incluyan acciones de educación, suministro de condones a población migrante, tamizaje y diagnóstico, tratamiento estandarizado, y servicios de acceso a la salud sexual y reproductiva. A su vez, el país también queda liderando el componente de la TUV, que implica socializar, adaptar, apropiar y definir los procesos operativos en cada país; aprobar un formato definitivo y la impresión de la tarjeta; tener por lo menos un millón de tarjetas operativas; y distribuir y coordinar la entrega de la TUV para poder llegar a completar los esquemas de vacunación.

Estados Unidos, por su parte, lidera el componente de salud mental con el compromiso de elaborar lineamientos regionales para fortalecer la integración comunitaria en población migrante; afianzar competencias en talento humano y comunidades por medio del curso en la plataforma digital Zach S.A. —que involucra desarrollar las capacidades y habilidades en todo el personal de salud para la atención de población migrante en el componente de salud mental—; mejorar la atención a largo plazo; y priorizar la atención en violencia, abuso de drogas y estrés postraumático. Estos son los acuerdos alcanzados en esta conferencia regional y en el marco de la reunión de ministros.

De otro lado, el ORAS, al cual pertenecen Colombia, Perú, Ecuador, Chile y Venezuela, organiza los planes regionales de acuerdo de voluntades y tiene recursos que pueden ayudar a financiar acciones; sin embargo, está más centrado en compromisos y acuerdos de voluntades sin percibir recursos.

Acá en Colombia, y de acuerdo con esos compromisos que lidera cada país de los mencionados que se está trabajando en esos acuerdos, ya se ha avanzado en la Tarjeta Unificada de Vacunación; y esto por la seguridad de la región, que incluye todos estos países, pues hay que garantizar los esquemas completos de vacunación. Lo que se ha visto es que, desde el proceso de registro de la atención de la población migrante, las causas de morbilidad de la población que ha llegado inicialmente estuvieron centradas en enfermedades inmunoprevenibles, en enfermedades transmisibles, de manera importante malaria, ETS, embarazo en adolescentes; entonces, luego lo que ha ido entrando es en el registro de enfermedades no transmisibles. Esto es lo que queda de la discusión, lo que se evidencia en cada país y de las estrategias que se están adelantando. Finalmente, es importante mencionar el tema de los clústeres, son como los interagenciales, como un mapeo de toda esta cooperación internacional que se centra en los territorios. Hay unos acuerdos de entendimiento y, en el marco esos acuerdos de entendimiento —que no son solamente acuerdos humanitarios, los cuales se centran y se ubican en el territorio—, hay un mapeo de esos actores y de cuáles son las acciones que ellos realizan en cada territorio, centradas de manera importante en

la población de infancia, en la población materno prenatal a gestantes, que es donde están más centrados estos procesos. También es muy fuerte la salud sexual y reproductiva, pero pues hay distintos, es un mapeo de acuerdo a la cooperación y a la naturaleza de los cooperantes (funcionaria del MinSalud, 22 de setiembre 2020).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El informe acá presentado muestra un análisis importante de las respuestas que se han dado en salud en lo relacionado a la población proveniente de Venezuela, que desde el año 2014 inició un proceso migratorio importante en la región andina y en diferentes contextos internacionales. Colombia ha sido el mayor receptor de esta población y hoy en día, de los casi cinco millones de migrantes venezolanos que se encuentran ubicados en diferentes latitudes, 1,8 millones se encuentran en Colombia, de acuerdo con los reportes de Migración Colombia al 31 de octubre de 2020, lo que mostraría que es el país que más población venezolana ha recibido a nivel mundial.

Como factores de expulsión de la población venezolana se encontraron aspectos relacionados con la crisis económica que presenta el país, que acaso sea el principal determinante de la migración de venezolanos al exterior. En lo que respecta a las condiciones de vida de esta población, desde el año 2018 ha habido un claro deterioro en la salud de estas personas, relacionado principalmente con la falta de acceso a alimentos, servicios de salud y opciones de trabajo en su país. En la actualidad estos factores se han convertido en la principal razón por la cual los venezolanos salen de su país, de acuerdo con la Encovi de la Universidad Andrés Bello de Venezuela, lo cual demuestra que la búsqueda de alimentos y el acceso a servicios de salud son los principales factores para cruzar la frontera hacia Colombia.

En cuanto al proceso migratorio de los venezolanos, podríamos afirmar que la mayoría de la población ha participado de un proceso denominado migración forzosa, en tanto no es voluntaria. Las vías de entrada a Colombia desde Venezuela se encuentran principalmente en siete puntos fronterizos terrestres, siendo Cúcuta la principal ciudad de recepción de esta población. En cuanto a su recorrido migratorio, muchos migrantes lo hacen a pie, pero un gran porcentaje de esta población aplica la vía terrestre mediante buses y otros transportes, continuando su recorrido hacia el interior del país. En este caso, Bogotá es la ciudad que más población migrante venezolana ha recibido, con más de 300 000 migrantes ubicados de manera permanente en esta ciudad; seguida de ciudades como Medellín, Cali y Barranquilla. Sin duda, algunos de los migrantes continúan su recorrido hacia otras latitudes del continente, saliendo por el sur del país hacia la frontera con el Ecuador, específicamente por el puente internacional de Rumichaca.

Es importante resaltar la información aportada por los funcionarios de organismos internacionales y del Gobierno colombiano; y, por encima de esto, la información aportada por los migrantes que fueron entrevistados, ya que esta dio un soporte práctico que sirvió para el análisis presentado. De acuerdo con las entrevistas realizadas, la población migrante que ha llegado a Colombia ha encontrado barreras en el acceso a los servicios de salud, especialmente aquellas relacionadas con el denominado PEP. Además, según esta población, las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia están relacionadas con la falta de aseguramiento en el sistema de salud y al pago de servicios considerados como no prioritarios.

Hay que recordar que en Colombia el acceso al servicio de salud de urgencias y la atención primaria en salud (APS) son para todos los habitantes del territorio nacional, pero no es así en el caso de tratamientos de alto costo o que requieran de continuidad en la atención, para lo cual el PEP es fundamental. Sin embargo, solamente el 50% de la población que ha ingresado a Colombia cuenta con dicho documento, que permite garantizar el acceso a los servicios de salud. Ahora bien, los datos muestran que de quienes cuentan con PEP, solamente el 50% en promedio ha podido acceder a estos servicios.

Es importante señalar que la atención en salud mental para la población migrante ha sido uno de los temas a abordar más importantes, sobre todo en el marco de la pandemia de COVID-19, ya que se han visto enfrentados a situaciones de vulnerabilidad y precariedad importantes debido, principalmente, a las estrategias sanitarias que se implementaron a nivel mundial, entre estas el confinamiento. Durante estas etapas aumentó la violencia intrafamiliar, de género y la precariedad en las viviendas, todo ello debido al confinamiento y la falta de recursos económicos, lo que afectó la salud de muchas de estas personas.

Colombia ha sido tradicionalmente un país expulsor de su población desde los años sesenta debido, sobre todo, al conflicto armado que se gestó en este país desde finales de los años cuarenta; y solo a mediados de la primera década del siglo XXI fue que empezaron a volver los colombianos que se habían ido del país. Como parte de este éxodo masivo de población, más de 4,5 millones de colombianos salieron en un periodo de más de cuarenta años

con rumbo a diferentes latitudes y Venezuela fue en un principio (años sesenta y setenta) el principal destino de esta población, dado el auge económico que el petróleo generó. Es por lo anterior que el país no ha tenido políticas orientadas a la atención de población migrante, pues no era considerado como un país destino de poblaciones migrantes y es posible señalar que, en el contexto de Sudamérica, fue el país de mayor expulsión en todo el subcontinente; mientras que en lo que a Latinoamérica se refiere solamente es superado por México.

En cuanto a la respuesta institucional, podría decirse que en Colombia se han marcado dos etapas. La primera etapa, entre los años 2015 y 2017, se centró específicamente en la atención en salud a la población migrante colombiana retornada de Venezuela, dada la expulsión que esta sufrió por parte del presidente Nicolás Maduro. La segunda etapa de la respuesta se da a mediados de 2017, cuando el país, por medio del *Conpes 3603* y el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, empieza a dar una respuesta importante a la población migrante venezolana que llegó al país.

Parte de las estrategias fueron principalmente orientadas a la regularidad de la permanencia de esta población en el país y para ello se diseñó la TUV, el PEP y el RAMV. Con estas herramientas se buscó lograr una migración controlada y ordenada de venezolanos al territorio colombiano; sin embargo, la dimensión y el corto tiempo de la evolución migratoria superó la capacidad de respuesta del país y, a pesar de haber diseñado un paquete de respuestas desde el sector salud —además de otros sectores—, Colombia se vio enfrentada a un gran reto.

En ese escenario, la coordinación internacional ha sido importante y constituye un tema de suma urgencia, sobre todo en lo que se refiere a una respuesta articulada interpaíses. Parte de los apoyos internacionales se traducen en el GIFMM liderado por el ACNUR, que tiene como principal tarea la respuesta a las necesidades de salud de la población migrante venezolana en el país.

Además, desde las mesas de trabajo, los apoyos de organismos multilaterales y las respuestas sectoriales desde lo local y lo nacional, son varias las estrategias que se han utilizado. Podría decirse que entre las estrategias que se han abordado, más allá de los temas específicos de aseguramiento, el acceso a servicios de salud, la salud pública y la sostenibilidad del sistema han sido claves. Al puntualizar este tema es necesario señalar que las respuestas en zonas de frontera han sido sumamente importantes y que son diferentes a las aplicadas en otros territorios del país, lo que posiblemente se debe a la prontitud que requiere una respuesta ante un hecho migratorio de semejante magnitud.

Durante la pandemia, el cierre de la frontera ha sido una de las estrategias para controlar el flujo migratorio, pero se requiere de respuestas articuladas y recursos financieros que garanticen el éxito de lo ya formulado que, como se muestra en el desarrollo de este documento, es un conjunto de leyes, acuerdos, decretos, resoluciones y demás mecanismos orientados específicamente a la atención adecuada de las necesidades en salud de la población migrante venezolana. Podríamos señalar que la experiencia aprendida es importante y que Colombia lo ha hecho bien en la medida de lo posible, pero se requiere de continuidad, apoyo político y abogacía internacional para garantizar el éxito de estas iniciativas.

Finalmente, es importante señalar que las lecciones aprendidas en Colombia aportan una experiencia que podría servir como modelo a otros países que se encuentran en una situación similar y resultan útiles para dar respuesta a las necesidades en salud de las poblaciones migrantes de gran magnitud, especialmente las movilizadas en un tiempo relativamente corto. Esperamos que los resultados mostrados puedan servir para este fin.

REFERENCIAS

- Alarcón-Hein, A. (coord.) (2019). Estudio internacional: Sistematización de respuesta sectorial de países seleccionados de sudamérica a proceso migratorio de ciudadanos venezolanos en la región. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Alianza Latinoamericana de Salud Global.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2020) Situación de Venezuela <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>.
- Ardón, N. & A. Cubillos (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana: 1960-2012 . *Revevista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmd>
- Ávila, K. (2018). ¿Un éxodo venezolano? Nueva Sociedad. <https://nuso.org/articulo/un-exodo-venezolano/>
- Banco Mundial. (2018). Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategias de respuesta en el corto y mediano plazo. <https://www.bancomundial.org/es/events/2018/10/25/migracion-desde-venezuela-a-colombia>
- BBC (2018). Crisis de Venezuela: “El éxodo de los venezolanos es el mayor de Latinoamérica en los últimos 50 años”. BBC News. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45291398>
- BBC (2019). Crisis en Venezuela: 7 gráficos que explican la situación económica y política en el país sudamericano. BBC News. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47017193>
- Cabrera, B. (2020). Uno de cada tres extranjeros en Chile es de nacionalidad venezolana. La Tercera. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/uno-de-cada-tres-extranjeros-en-chile-es-de-nacionalidad-venezolana/DBEHSV7FRZEZF3CKZFTMG5LPU/>
- Cancillería de Colombia (2015). Ley estatutaria 1751, 1.

- Cancillería de Colombia (2020). Documento CONPES 3603. <https://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/conpes>
- Corte Constitucional de Colombia (2016). Constitución Política de Colombia de 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016, 1. ¿QUÉ CONSIGNA EL 1? <https://www.cjcc.org/es/NuestrasConstituciones/COLOMBIA-Constitucion.pdf>
- Cubillos, A. & N. Ardón (2018). Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: el caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. En J. Koechlin y J. Eguren (eds.), El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración (pp. 97-114). España: Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Instituto de Ética y Desarrollo, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo, Konrad-Adenauer Stiftung, Naciones Unidas, Organización Internacional para las Migraciones
- Cubillos, A., N. Ardón & A. Rodríguez (2019). Realidades migratorias actuales: una mirada frente a la recepción de la población de venezolanos en el contexto colombiano y sus efectos en la salud. En F. Pardo (ed.), América Latina en las dinámicas de la migración internacional. Perspectivas críticas (pp. 273-300). Universidad Externado de Colombia.
- Cubillos, A., A. Vargas & T. Wharton (2020). Migración de venezolanos a Florida Central, Estados Unidos. Aspectos relacionados con la percepción de condiciones y necesidades de salud mental en 2019. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 19, 1-18. doi: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/31373>
- Datos Macro (2020). Venezuela Emigrantes Totales. Expansión/Datos Macro. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/venezuela>
- Declaración de Quito Sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región. 4 de setiembre de 2018. Quito, Ecuador. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2018/sep_42c_doc_1.pdf
- Decreto 1495 (2016). Presidencia de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=76921>
- Decreto 2228 (2017) Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2228-de-2017.pdf>
- Decreto 3673 (2018) Departamento Nacional de Planeación Colombia. https://www.sisben.gov.co/SiteCollectionDocuments/resolucion_3663_de_2018.pdf
- Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (2015). Decreto 1770. Diario Oficial, (49.628), 7 de setiembre. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1770_2015.html
- Departamento Nacional de Planeación. (2009) Conpes 3603. Política Integral Migratoria. Bogotá, Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3603.pdf>
- El País (2019). FMI: Venezuela cae 18 puestos y ya es el cuarto país más pobre de Latinoamérica. https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/04/09/economia/1554825625_887125.html
- Europa Press (2020). Las cifras del éxodo venezolano. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-cifras-exodo-venezolano-20200525121137.html>
- Farné, Stefano & Cristian Sanín (2020). Panorama laboral de los migrantes venezolanos en Colombia 2014-2019 [cuaderno de trabajo N° 18]. Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo, Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social Universidad, Externado de Colombia. <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2020/03/Panorama-laboral-de-los-migrantes.pdf>
- Gómez-Suárez, R. (2020). Migración en Colombia. Retos y oportunidades en salud. World Bank Group, International Finance Corporation. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/6migracion-colombia.pdf>
- Guataquí, Juan Carlos, Andrés García-Suaza, Cindy Vanessa Ospina, Diana Isabel Londoño, Paul Rodríguez & Juan Pablo Baquero (2017). Informe 3: Características de los migrantes de Venezuela a Colombia. Observatorio Nacional de la Universidad del Rosario. https://domide.colmex.mx/Archivos/Doc_8343.pdf
- Insanally, S. (2020). LHSS Colombia Literature Review.
- Instituto Nacional de Salud (2016). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Semana epidemiológica, 28, del 10 julio al 16 julio.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2021). Covid-19 en Colombia.
- International Organization for Migration (IOM) (2020). World Migration Report 2020. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Kitidi, Aikaterini (2018). ACNUR presenta nuevas directrices de protección, ante la huida de venezolanos por América Latina. ACNUR. <https://www.ACNUR.org/noticias/briefing/2018/3/5af2e9345/mientras-los-venezolanos-huyen-por-america-latina-ACNUR-emite-nueva-guia-de-proteccion.html>
- Ley 1122 (2007). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Ley 1997 (2019). Por medio de la cual se establece un régimen especial y excepcional para adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento, para hijos e hijas de venezolanos en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, nacidos en territorio colombiano, con el fin de prevenir la apatridia. Presidencia de la República de Colombia. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjF3urB47v0AhWkTTABHQTsCGAOFnoECAIQAO&url=https%3A%2F%2Fdapre.presidencia.gov.co%2Fnormativa%2Fnormativa%2FLEY%25201997%2520DEL%252016%2520DE%2520SETIEMBRE%2520DE%25202019.pdf&usg=AOvVaw3_eWpJ2vh1ZvUHC2tM-t3b
- Lopez-Maya, M (2019) Venezuela, la crisis política del poschavismo. En: Elecciones y legitimidad democrática en América Latina. pp. 165-204. Clasco, Santiago de Chile.
- Mercado, Luisa (2019). Cinco posibles causas que llevaron a Venezuela a la crisis. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/causas-que-llevaron-a-venezuela-a-la-crisis-84652>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020) Lineamientos para la prevención y el manejo de casos de Covid-19 para población migrante en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS05.pdf>
- Migración Colombia (2016). Boletín Anual de Estadísticas Enero-Diciembre de 2016. Ministerio de Relaciones Exteriores, Dirección Nacional de Estadística. <https://www.migracioncolombia.gov.co/documentos/estadisticas/publicaciones/Boletin%20Estadistico%202016.pdf>
- Migración Colombia (2017). Resolución 1272. <https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202017/Resolucion%201272%20de%202017.pdf>

Migración Colombia (2018). Infografía PEP 1er semestre 2018. <https://www.migracioncolombia.gov.co/2018/venezuela/pep/preguntas-frecuentes-pep/tag/infografias?start=30>

Migración Colombia (2019a). Reportes Migrantes Venezolanos. Corte a 30 de junio de 2019. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-30-junio-de-2019>

Migración Colombia (2019b). Venezolanos en Colombia. Corte 31 de diciembre de 2019. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-diciembre-de-2019>

Migración Colombia (2019c). Venezolanos en Colombia. Corte a 30 de junio de 2019. 2-36.

Migración Colombia (2020a). Evolución de la crisis migratoria con Venezuela. 5 años de historia. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/evolucion-crisis-migratoria-con-venezuela-5-anos-de-historia-2>

Migración Colombia (2020b). Radiografía venezolanos en Colombia. 31 de octubre de 2020. https://www.migracioncolombia.gov.co/documentos/comunicaciones/infografias/RADIOGRAFÍA%20VENEZOLANOS%20EN%20COLOMBIA_OCT.pdf

Migración Colombia (2020c). Venezolanos en Colombia corte a 30 de abril de 2020. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-30-de-abril-de-2020>

Migración Colombia (2021). Distribución de venezolanos en Colombia 2020.

Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Colombia (2015). Decreto 1772. 1-4. ¿QUÉ DENOTA “1-4”, LOS ARTÍCULOS CONSULTADOS? <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201772%20DEL%2007%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202015.pdf>

Ministerio de Salud ¿O SE TRATA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL? (2008). Sentencia T-760. Sala Segunda de Revisión 400. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2015a). Decreto 1768, 1. ¿QUÉ DENOTA EL “1”? <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201768%20DEL%2004%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2015b). Decreto 2353, 61.

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2015c). Decreto 1978. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1978-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2016a). Decreto 1495, 8. ¿QUÉ DENOTA EL “8”? <https://www.dssa.gov.co/images/programas-y-proyectos/atencion-a-personas/poblacion-extranjera/normatividad/Dec14952016extensionafiliacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2016b). Resolución 6408, normatividad 1. Diario Oficial, (50.100), 28 de diciembre. https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_6408_de_2016_ministerio_de_salud_y_proteccion_social.aspx#

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017a). Circular Externa 012 ¿0012?. <https://www.dssa.gov.co/images/rips/docs/circular-0012-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017b). Circular 025. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=70293>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017c). Circular Externa 0029. http://www.saludcapital.gov.co/Fen_migratorio/Normatividad/Circular_ext_029_2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017d). Decreto 866. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=81836

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017e). Decreto 2228, 1. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b106dbf4.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017f). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70237.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017g). Resolución 3015. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minsaludps_3015_2017.htm

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2017h). Resolución 5305. <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2018-04/RESPUESTA%20MIN%20SALUD%20RESOLUCIONES.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2018a). Gobierno prepara un plan básico de beneficios en salud para extranjeros. <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/gobierno-prepara-plan-basico-beneficios-salud-extranjeros>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2018b). Plan de respuesta sectorial al fenómeno migratorio. Avances y retos. <http://proyectomesoamerica.org:8088/smsp/phocadownload/Institucional/IIITallerCoordNacSMSP/ppt/9-%20Presentacion%20Reunion%20Nacional%20PAI%20Plan%20Migrantes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2018c). Resolución 4886 de 2018. http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_4886_2018.htm

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020a). Balance General. Colombia incluye a los migrantes en su respuesta frente al COVID-19, pero necesita más apoyo internacional. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-solicita-apoyo-internacional-para-respuesta-al-covid-19-para-los-migrantes.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020b). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS05.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020c). Seguimiento de la situación en salud de la población migrante procedente de Venezuela para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 31 de julio 2019. <http://healthandmigration.paho.org:8080/handle/123456789/495>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020d). Sistema de salud colombiano y migrantes: respuesta, estado actual y retos. Salud, migración venezolana y región andina. Respuestas y desafíos institucionales.

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020e). Resolución 385. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-385-de-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020f). Resolución 844. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=125920

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020g). Resolución 1462. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201462%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) (2020h). Resolución 2230. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202230%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), Ministerio del Trabajo (MinTrabajo) & Ministerio de Política Territorial y Función Pública (MPTFP) (2020). Circular Externa 018. 1-3. <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/616038/Circular-externa-0018-2020-acciones-contencion-coronavirus.pdf/92ccd0b4-c825-8eeb-a29c-89956d17c80b?t=1583870658660>

Naciones Unidas (2016). Resolución A/RES/71/1. Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes. <https://undocs.org/A/RES/71/1>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018). IOM Working with the Global Fund. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd486/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infoshet_global_fund_10.09.2018.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2020). América del Sur. <https://www.iom.int/es/america-del-sur>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Promoción de la salud de los migrantes (vol. 1).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Covid-19 Cronología de la actuación de la OMS. Declaración. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2016a). Política CD55/11 (2016). La salud de los migrantes. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2016b). Resolución CD55.R13. Salud de los migrantes. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-e.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). Documento de Orientación Sobre Migración y Salud.

Pereira, Juan S., Rico, Dayanna Quant, Natalia A. Pardo Zapata y Sara Arias García (s.f.). Guía de Derechos y Deberes para Venezolanos en Colombia. Universidad del Rosario, Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación. <https://www.urosario.edu.co/consultorio-juridico/Documentos/Cartilla-Derechos-y-Deberes-Venezolanos-en-Colom.pdf>

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020). Situación Respuesta a los Venezolanos. Refugee and Migrants Response Plan. <https://www.r4v.info/es/documents/details/72254>

Presidencia de la República de Colombia (2020). Cerca de 100 mil ciudadanos venezolanos han regresado a su país durante la pandemia, informó Migración Colombia. <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Cerca-de-100-mil-ciudadanos-venezolanos-han-regresado-a-su-pais-durante-la-pandemia-informo-Migracion-Colombia-200811.aspx>

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) & Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos (2019). Reporte Situacional - Julio 2019. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d794bf74.pdf>

Robayo León, M. C. (2013). Venezolanos en Colombia, un eslabón más de una historia compartida. Universidad del Rosario.

Santillán Moreno, A., M. Cruz Ortiz & M. del C. Pérez Rodríguez (2019). Migración y salud: un reto global. Universitarios Potosinos, 231, 28-31.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. (2016). Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. http://www.saludcapital.gov.co/documents/plan_territorial_salud_2016_2020.pdf

Semana (2020). Así está el desempleo de los venezolanos en Colombia, a setiembre. <https://www.semana.com/economia/articulo/asi-esta-el-desempleo-de-los-venezolanos-en-colombia-a-setiembre/202053/>

Sentencia T-760 (2008) Corte Constitucional. <https://consultorsalud.com/como-la-sentencia-t-760-2008-cambio-el-sistema-de-salud/>

Stefoni, Carolina (2018). Panorama de la migración internacional en América del Sur: Documento elaborado en el marco de la Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de Expertas y Expertos en Migración Internacional preparatoria del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Serie Población y Desarrollo N° 123. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/43584/S1800356_es.pdf

Circular Externa N° 20 (2015). Diario Oficial, (49715) 10.

Valladares-Ruiz, P. (2012). Narrativas del descalabro: El sujeto migrante en dos novelas de Juan Carlos Méndez Guédez. MLN - Modern Language Notes, 127(2), 385-403. doi: <https://doi.org/10.1353/mln.2012.0077>

Vera, L. (2018). ¿Cómo explicar la catástrofe económica venezolana? Nueva Sociedad, 274. <https://nuso.org/articulo/como-explicar-la-catastrofe-economica-venezolana/>

Wharton, T. C. & W. T. Church (2009). Consideration of one area of persistent poverty in the United States. Social Development Issues, 31(1), 27-28.

¹² Andrés Felipe Cubillos Novella. Posdoctorado en Salud Mental y Migración, University of Central Florida, Orlando – Florida, EEUU; Doctor en Estudios Internacionales e Interculturales de la Universidad de Deusto, Bilbao-España. Magíster en Política Social, especialista en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia. Profesor e investigador del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cubillos.a@javeriana.edu.co

¹³ Nelson Ardón Centeno. Candidato a doctor en Aprendizaje a lo Largo de la Vida de la Universidad de Deusto, Bilbao-España. Magíster en Administración de Salud y especialista en Política Social de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia. Profesor e investigador y director de los posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: nardon@javeriana.edu.co

¹⁴ Oscar Franco Suárez. Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia. Asistente de investigación del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: franco.o@javeriana.edu.co

¹⁵ Se entiende como la suma total de entradas y salidas de colombianos y extranjeros al territorio nacional.

¹⁶ Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela).

¹⁷ Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela).

¹⁸ Arauca (Colombia) y Apure (Venezuela).

¹⁹ Guajira (Colombia) y Zulia (Venezuela).

²⁰ Es un permiso gratuito solamente para migrantes con nacionalidad venezolana que fue lanzado el 28 de julio de 2017, mediante la resolución 1272. Se trata de un documento emitido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia para el control, la autorización y el registro de las personas venezolanas que han ingresado al territorio nacional de manera regular y no presentan antecedentes judiciales ni medida de expulsión o deportación vigente.

²¹ Portadores de visa o cédula de extranjería dentro del tiempo establecido por la ley, o portadores del PEP.

²² El valor del peso al 10 de febrero de 2021 era de 3562 pesos por 1 dólar.

²³ Este decreto lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en los artículos 154 y 157 de la ley 100 de 1993; 42.3 de la ley 715 de 2001; 14, literal a, de la ley 1122 de 2007; y 32 de la ley 1438 de 2011.

²⁴ Se puede encontrar más información en el siguiente enlace: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-extranjeras.aspx>

LA RESPUESTA SANITARIA DE ECUADOR ANTE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA

Irene Torres²⁵

Investigadora principal

Daniel López-Cevallos²⁶

Bernardo Cañizares²⁷

Ying Hui Wong²⁸

1. LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN ECUADOR

1.1. Antecedentes

En la última década, el fenómeno migratorio venezolano hacia el Ecuador se caracterizó, en principio, por tener al país como un lugar de tránsito hacia el Perú y otros países del Cono Sur. Sin embargo, la más reciente ola migratoria, producto de la persistente crisis política, social, económica y humanitaria venezolana, ha hecho que casi dos millones de migrantes venezolanos hayan transitado por el territorio ecuatoriano, y cerca de 400 000 se hayan establecido en el país (Banco Mundial, 2020). El Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes en Ecuador (GTRM Ecuador, 2020) reportó que, según el gobierno ecuatoriano, al 30 de junio de 2020 había 362 857 refugiados y migrantes venezolanos en el país.

Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana (CNIMH, 2019), la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (<https://www.r4v.info/es/ecuador>) había calculado que alrededor de 274 000 nuevos ciudadanos venezolanos habrían ingresado al Ecuador en 2020, de los cuales aproximadamente 109 000 permanecerían en el país. Ecuador es el cuarto país con mayor población venezolana después de Colombia, Perú

y Chile; y al igual que en estos países, la llegada de familias venezolanas se incrementó significativamente a partir de 2017.

Se calcula que un 20% de venezolanos en el país son menores de 18 años. Si bien en un inicio la zona central norte (por ejemplo, Ibarra) y la capital (Quito) concentraban a la población venezolana, ahora se encuentran porcentajes importantes de migrantes venezolanos en otras ciudades a donde se trasladaron en busca de oportunidades laborales y «[...] ambientes potencialmente menos hostiles [...]» (Ceja y otros, 2020).

En la tabla 1 se muestra una breve línea de tiempo de sucesos y leyes relacionadas a la migración venezolana en el Ecuador.

Tabla 1. Cronología de la migración venezolana en el Ecuador y leyes relacionadas

Fecha	Evento/ley/norma
2008	Constitución ecuatoriana defiende la ciudadanía universal
2015	Incremento de migración venezolana en el Ecuador
2017	Llegada de miles de venezolanos diariamente a Ecuador
6 de febrero de 2017	Se aprueba la Ley Orgánica de Movilidad Humana
Mayo de 2018	Elecciones en Venezuela y Colombia aceleran la ola migratoria aún más
4 de junio de 2018	Plan Nacionalidad de Movilidad Humana de Ecuador
9 de agosto de 2018	Resolución 152 - Estado de emergencia por crisis humanitaria en las provincias fronterizas de Carchi y El Oro, y en la provincia de Pichincha, donde está la ciudad capital y se concentra la mayoría de migrantes
4 de setiembre de 2018	Se aprueba la Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región, compromiso entre naciones para el apoyo a los migrantes venezolanos
Setiembre de 2018	Se establece la Plataforma R4V en la región
23 de noviembre de 2018	Se aprueba el Plan de Acción del Proceso de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región, que incluye lineamientos para dar respuesta a la crisis migratoria
19-20 de enero de 2019	Feminicidio en Ibarra, lo que conllevó ataques xenofóbicos en la ciudad
22 de enero de 2019	Gobierno de Ecuador exige nuevo requisito de pasado judicial apostillado a venezolanos para ingresar al país

Tabla 1. Cronología de la migración venezolana en el Ecuador y leyes relacionadas

25 de julio de 2019	Decreto ejecutivo 826 (Presidencia de la República del Ecuador, 2019) establece un plazo de sesenta días para la implementación de un proceso de amnistía migratoria y regularización, que causa que los migrantes se agolpen en las fronteras
15 octubre de 2019	Inicio de fase de registro presencial y toma de datos biométricos de ciudadanos venezolanos con plazo hasta el 31 de marzo de 2020
16 de marzo-14 de junio 2020	Estado de Excepción por la pandemia de COVID-19 mediante decreto ejecutivo 1017(Presidencia de la República del Ecuador, 2020a) para sesenta días, prorrogado treinta días mediante decreto ejecutivo 1052 (Presidencia de la República del Ecuador, 2020b)
17 de marzo-16 de mayo de 2020	Confinamiento nacional por la pandemia de COVID-19
21-24 de enero de 2020	XII Cumbre del Foro Global sobre Migración y Desarrollo realizada en Quito, Ecuador
23 de marzo de 2020	Prórroga del plazo de amnistía migratoria y proceso de regularización por sesenta días, una vez finalizada la vigencia del decreto ejecutivo 1017
15 de junio de 2020	Reinicio del registro migratorio venezolano
13 de agosto de 2020	Finalización del registro migratorio venezolano
14 de setiembre de 2020	Fin de la emergencia sanitaria por COVID-19

Fuente: Beyers y Nicholls, 2020; Ministerio de Gobierno, 2020; y Presidencia de la República del Ecuador, Decretos 1017 y 826.

El fenómeno migratorio venezolano en Ecuador se enmarca en un contexto legal anclado en la Constitución ecuatoriana, en general, y la Ley Orgánica de Movilidad Humana, en particular. La más reciente Constitución del Ecuador, que data de 2008, « [...] propugna el principio de ciudadanía universal, la libre movilidad de todos los habitantes del planeta y el progresivo fin de la condición de extranjero como elemento transformador de las relaciones desiguales entre los países, especialmente Norte-Sur» (art. 416). Asimismo, la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) especifica derechos y obligaciones de los migrantes en territorio ecuatoriano. La tabla 2 menciona los artículos más relevantes.

Tabla 2. Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017), temas relevantes

Artículo	Texto

Tabla 2. Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017), temas relevantes

Artículo 52	Derecho a la salud. Las personas extranjeras que residan en el Ecuador tienen derecho a acceder a los sistemas de salud, de conformidad con la ley y los instrumentos «[...] internacionales ratificados por el Estado ecuatoriano. Las instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud no podrán, en ningún caso, negarse a prestar atención de emergencia en razón de la nacionalidad o la condición migratoria de una persona. El Estado ecuatoriano promoverá políticas que protejan a las personas extranjeras en el Ecuador en caso de enfermedad, accidentes o muerte, siendo necesario para la persona residente contar con un seguro público o privado que consolide este beneficio»
Artículo 53	<i>Obligaciones de las personas extranjeras.</i> Son obligaciones de las personas extranjeras en el Ecuador: 1. Permanecer en el Ecuador con una condición migratoria regular; 2. Respetar las leyes, las culturas y la naturaleza; 3. Portar sus documentos de identidad o de viaje durante su permanencia en el Ecuador; 4. Cumplir con las obligaciones laborales, tributarias y de seguridad social de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente; 5. Las personas residentes registrarán su domicilio o residencia habitual en la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación; 6. Contar con un seguro de salud público o privado por el tiempo de su estadía en el Ecuador, excepto para el caso de las personas en necesidad de protección internacional
Artículo 56	Toda persona que ingrese al país en calidad de turista deberá contar con un seguro de salud público o privado por el tiempo de su estadía en el Ecuador, excepto las personas que se movilicen en las zonas de integración fronteriza, según lo previsto en los instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador
Artículo 61	Una vez concedida la residencia temporal, la persona extranjera deberá afiliarse al sistema de seguridad social o a un seguro de salud privado
Artículo 123	La autoridad de control migratorio, previa solicitud fundamentada de la autoridad nacional en materia de salud, podrá requerir un certificado internacional de vacunación, al ciudadano residente en otro país, cuando la situación lo amerite
Artículo 139	<i>Casos de alerta internacional de salud.</i> Cuando la autoridad de control migratorio identifique una persona procedente de un país con alerta internacional de salud, de acuerdo a los protocolos internacionales establecidos sobre la materia, presentará a dicha persona ante la autoridad sanitaria nacional para que se apliquen los procedimientos correspondientes.

Fuente: Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2017.

1.2. Oleadas migratorias

Según varios entrevistados, en Ecuador se observan tres fases de la migración venezolana. Los entrevistados distinguen una primera fase entre

los primeros años, desde 2015 a 2017, cuando llegaron profesionales que tenían trabajo en universidades, en el campo petrolero y en otras empresas. Luego, hubo una segunda fase hacia mediados de 2018, en la que los migrantes aún no venían por problemas económicos, llegaban con un nivel medio de preparación y algunos tenían dinero para invertir; no obstante, esta población involucró más de 5000 ingresos por día entre el 1 y el 10 de agosto de ese año, y un total de 550 000 ingresos entre enero y agosto de 2018, aproximadamente (OIM, 2018). La llamada tercera oleada, que va desde fines de 2018 hasta la actualidad, se puede caracterizar como el «éxodo». Esta se debe, sobre todo, a problemas económicos; y se caracteriza por la informalidad económica y laboral desde Venezuela (ENT19). Según señala un funcionario diplomático, el grado de profesionalización fue disminuyendo hasta la última oleada de migrantes: «En la primera fase, las personas venían con su familia, alquilaban una vivienda. En la segunda se mantenía estabilidad, también venían en bloque familiar. En la más reciente, sin embargo, se han dado casos [en los] que no venían en bloques familiares, o venían las mujeres solas, o venían los hombres solos» (ENT7).

Si bien en un primer momento la mayoría de los Gobiernos de la región mostró cierta apertura a recibir a la población venezolana, facilitando por ejemplo la extensión de permisos temporales, en los años subsecuentes se han ido imponiendo progresivamente diversos «candados» a la circulación de la población venezolana, como la exigencia de un visado a ser obtenido en Venezuela. Chile empezó esta tendencia, imponiendo el visado en junio de 2019; y le siguió Perú en julio y Ecuador en agosto del mismo año (Ceja y otros, 2020). Esta exigencia de visa en Ecuador, según un funcionario del Gobierno [ENT3], ha sido responsable de causar el ingreso masivo de venezolanos al país en 2019, que en julio de ese año llegó a registrar 7000 ingresos por día.

El estatus migratorio de los venezolanos que entran a Ecuador varía según el medio de entrada. En 2018, los venezolanos que entraban al país por el aeropuerto como turistas tenían permiso de estadía por un máximo de noventa días y podían aplicar a la visa de la Unión de Naciones Sudamericanas (Unasur) con una duración dos años —u otro tipo de visa—, la cual tenía un costo de 250 dólares para adultos y 125 dólares para personas de la tercera edad (Ripoll & Navas-Alemán, 2018).

Según la Organización Internacional sobre Migraciones (OIM, 2018), los venezolanos que habían ingresado hasta 2018 por las fronteras terrestres comúnmente lo hacían con una visa de tránsito. Asimismo, el 44% de los recién llegados a Quito estaba de manera irregular en el país y solo el 38% tenía visa de residencia temporal o permanente (Ripoll & Navas-Alemán, 2018). De aquellos que estaban en Quito por más de seis meses, un porcentaje menor (27%) se encontraba de manera irregular (OIM, 2018, citado por Ripoll & Navas-Alemán, 2018).

En la primera y segunda fase, los venezolanos vinieron por avión con contactos previos y podían homologar su título de educación superior de manera automática en Ecuador. Según el funcionario de organización no gubernamental (ONG) entrevistado para este estudio, la ley anterior al 2017 «[...] favorecía el ingreso de profesionales [...]» porque se reconocía el título de cinco universidades venezolanas automáticamente y se daba «[...] acogida con residencia permanente de una vez» (ENT7). En la tercera fase, por el contrario, los migrantes viajaron por tierra, llegaban sin pasaporte y tenían ingentes necesidades económicas.

Esto motivó un pico previo a la exigencia de visa por parte del Estado ecuatoriano y, con la pandemia de COVID-19, aquellas personas que pensaban estar en Ecuador solo de paso se vieron obligadas a quedarse por el cierre de fronteras. También hubo quienes se arriesgaron a cruzar por pasos fronterizos no oficiales, incluso de regreso a Venezuela, debido a la necesidad económica, puesto que la paralización de actividades que supusieron las medidas del Gobierno les impedía garantizar un ingreso para la subsistencia personal o familiar. Al respecto, señala el funcionario de ONG entrevistado: «En el 2019 hubo una oleada repentina, previa al 27 de julio, debido al decreto 826, que exigía visa para entrada a los venezolanos. Venían también niños, que mandaron a buscar, o venían las esposas. Ahí se dio un grado de reunificación. En esta etapa se entregaron las cartas andinas [un derecho administrativo que se les otorgó], aunque ahora no se les reconocen» (ENT7).

Durante lo que se ha caracterizado como el «éxodo» venezolano, las personas llegaban en estado de «desesperación», caminando buena parte del trayecto. Eso supuso que la mayoría fueran personas más jóvenes, aparte de aquellas de otras edades que migraban para buscar servicios por condiciones de salud o enfermedades que no tenían atención en Venezuela.

La desesperación por trasladarse a otro país básicamente derivaba de que en Venezuela «[...] no están los servicios básicos, no hay electricidad, no hay agua. El tema de salud pública es sumamente grave, además [de] que muchos de los médicos salieron de Venezuela, [se] colocaron básicamente en Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Argentina y España; y otros médicos se fueron a Estados Unidos» (ENT7).

Entre fines de 2017 y agosto de 2019 se destacaron flujos migratorios más altos de ciudadanos venezolanos, con un crecimiento considerable comparado con años anteriores. En 2016 se habían atendido 5510 peticiones de refugio, la mayoría de ciudadanos o ciudadanas colombianas, mientras que en agosto de 2019 se llegó al número más alto de peticiones recibidas, con 2919 personas. Por entonces, se calculaba que para fines de 2019 habría más de 20 000 peticiones de protección internacional, de las cuales el 74% serían de ciudadanos venezolanos (CNIMH, 2019). Asimismo, se estimó que hasta diciembre de 2019 alrededor de 385 000 migrantes venezolanos residían en Ecuador (Standley, Chu, Kathawala, Ventura & Sorrel, 2020).

El 13 de marzo de 2019, Ecuador anunció que, al igual que otros países, suspendería su participación en la Unasur debido a sus problemas de funcionamiento. Se pensaba que eso no afectaría a los venezolanos en su ingreso al país y la regularización de su estatus migratorio. El presidente Moreno anunció que las enmiendas a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, producidas a raíz del retiro de Unasur, podrían incluir una nueva visa humanitaria para venezolanos (El Nacional, 2019). Adicionalmente, se esperaba que esta visa otorgara los mismos derechos que la visa Unasur y que, en línea con la política original de la Unión, los trámites no fueran complejos o dilatados en función de los desafíos a los que se enfrentan los venezolanos migrantes (Esthimer, 2016).

Con el advenimiento de la pandemia de COVID-19 se observó una inversión de los flujos migratorios, pues los migrantes venezolanos empezaron a regresar hacia el norte con rumbo a Colombia o su país de origen.

Hay un efecto reverso, la gente se está devolviendo otra vez [...] lo que nosotros hemos sondeado es que el 80% de la población migrante, que son jóvenes, ellos están trabajando en el comercio informal. Cuando se dieron las medidas de que la gente estuviera encerrada completamente, al no tener los ingresos para poder comprar la comida, entonces la gente se devolvió a Venezuela, porque la gente en Venezuela por lo menos tiene [un] familiar, o busca. Ese fue su pensar, fue su idea (ENT7).

Como evidencia de la ausencia de un verdadero control fronterizo, uno de los migrantes entrevistados para este estudio refiere haber entrado a Ecuador por «la trocha» (ENT18), mientras que un funcionario del Gobierno (ENT3) dice que la gente ha entrado antes y durante la pandemia de COVID-19 por la «frontera porosa» de Ecuador. Como dice otro entrevistado, «[...] aquí no es ningún secreto que está la frontera Rumichaca y al lado está otra salida por la trocha [...]». Según Selee y Bolter (2020), los requisitos de ingreso, que eran menores o más flexibles, han ido cambiando conforme se ha incrementado el flujo de ciudadanos venezolanos en Ecuador y otros países de la región. Es así que Ecuador empezó a pedir pasaporte y ahora solicita visa, lo que ha tenido un efecto en el uso de rutas ilegales, que están en manos de contrabandistas y traficantes.

La meta ecuatoriana era regularizar entre 300 000 y 350 000 personas, pero con el plan de regularización migratoria solo se logró regularizar a 65 000 personas con las visas de excepción por razones humanitarias (Verhu); es decir, el 15% de lo que se esperaba. Esto ha sido descrito como un fracaso, pues el Estado impuso «trabas» desde el Ministerio de Gobierno con el censo y el sistema migratorio no siempre funcionaba o lo hacía solo parcialmente; es más, se piensa que cuando este no funcionaba era intencional. Como el censo era un prerrequisito para obtener la Verhu, la Cancillería trasladaba la responsabilidad al hecho de que la persona no se había registrado en el censo del Ministerio de Gobierno. «En ese juego de yo no soy, que tú sí eres, los números reales dichos por la misma Cancillería fueron 65 000 visas Verhu» (ENT7), señala un funcionario de ONG.

En la raíz del problema de la falta de regularización también estaba el hecho de que el Estado venezolano no cumplía con el derecho de sus ciudadanos a tener identificación, pues imposibilitaba que obtengan un pasaporte. Dado que el Estado ecuatoriano impuso la necesidad de un pasaporte, y que obtenerlo no era posible, el plan de regularización no pudo llevarse a cabo. Sin embargo, aparentemente, el Gobierno de Ecuador había establecido dicho plan conociendo la realidad.

Otro elemento que coadyuva a la falta de regularización e incrementa la informalidad es el hecho de que la movilización de venezolanos no puede ser descrita como

[...] una migración como tal, porque la gente no está tomando la decisión, sino que está siendo obligada a salir del país por estado de necesidad. En Ecuador no le dan el estatus de refugiado

generalizado porque eso le generaría un costo al país, porque según los tratados internacionales tienen que darles protección, tienen que haber los albergues, tienen que haber muchas cosas que para Ecuador, siendo pequeño, es difícil en términos monetarios (ENT7).

Antes y durante la pandemia de COVID-19 nacieron en Ecuador niños de parejas venezolanas o parejas formadas con un venezolano o una venezolana. Estos menores de edad, por ley, son ciudadanos ecuatorianos al haber nacido en el país. El Estado promulgó entonces el acuerdo interministerial 00006, que permite que toda persona que entró de manera irregular obtenga la visa con el objetivo de trabajar en beneficio de un hijo nacido en Ecuador; no obstante, se continúa exigiendo el requisito del pasaporte, que no se puede obtener en Venezuela. Finalmente, hay que señalar que registrar a las personas podría ser útil para el Estado ecuatoriano, pues le permitiría planificar y hacer seguimiento a las personas que se encuentran en el territorio nacional; mientras que lo contrario le impide formular estrategias, inclusive de atención en salud.

Un hecho ampliamente documentado en medios y por organismos multilaterales, instituciones del Estado y ONG, además de los mismos migrantes venezolanos, es que los cambios abruptos en la política migratoria de Ecuador ocasionaban picos de migración que eran difíciles de manejar. Por lo general, el Gobierno anunciaba que en una fecha determinada se exigiría una condición específica y las personas apresuraban su ingreso o paso por Ecuador para evitar incumplirla antes de que entrara en efecto el cambio. Este efecto se corroboraba cuando empezaban a disminuir los ingresos y, por tanto, las atenciones en salud en frontera; y, al mismo tiempo, empezaba a incrementar la demanda de servicios regulares de salud.

Según la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid, 2019), a mediados de setiembre de 2019 los medios de comunicación informaron que el Gobierno de Ecuador anunció que habría una medida para permitir que venezolanos y otros extranjeros viajen por el país hasta por veinte días en tránsito, siempre que tuvieran una visa válida para el país de destino. Este permiso no iba a tener costo y estaría disponible en los cruces de frontera, lo que provocó la mayor oleada de migrantes venezolanos registrada en Ecuador.

1.3. Proceso migratorio

En las diferentes entrevistas realizadas para este estudio, el proceso migratorio venezolano ha sido reiteradamente caracterizado como una huida antes que como la actividad migratoria de un conjunto de personas. El migrante venezolano «[...] está refugiándose, y el refugiado busca sobrevivir de cualquier manera. Un migrante normal se va delante, más o menos consigue una situación de estabilidad y, una vez que tiene estabilidad, se trae a la familia. Aquí los venezolanos que vienen se trajeron a todo el mundo, a la mamá, al papá, sin saber en qué condiciones [...] porque están huyendo» (ENT12).

Según un funcionario del Gobierno ecuatoriano, la pandemia de COVID-19 tuvo un gran impacto porque «[...] habrá habido venezolanos que estaban en Perú y querían regresar, pero no podían porque está cerrada la frontera» (ENT3). Ahora, se estima que mucha gente va a intentar regresar hacia Venezuela luego de lo vivido, pues muchos se quedaron sin poder pagar un arriendo, sin lugar donde vivir y pasaron hambre (ENT12) debido a las medidas de confinamiento, que restringieron la actividad económica. Incluso, hay muchos que se encuentran endeudados (ENT18).

1.4. Ecuador como país receptor

Ecuador ha sido tradicionalmente un país de emigrantes, pero también ha recibido una alta cantidad de población colombiana a lo largo de los años, aunque esto último no es recordado en la mayoría de entrevistas con especialistas y funcionarios del Gobierno.

Ecuador tiene una historia como país de emigrantes y no como país de inmigrantes, entonces más bien todos los estudios que había en Ecuador eran relacionados a nuestros emigrantes, donde se encontraban los tres primeros países, Estados Unidos, España e Italia. Luego se produce la crisis política, social en Venezuela, donde existe un éxodo venezolano hacia América Latina y también emigraron hacia Centroamérica y Norteamérica. Ese éxodo lo catapultó a Ecuador, por eso digo el *boom* porque hubo mayor ingreso de personas venezolanas y eso causó una crisis social en virtud de que Ecuador no tenía una experiencia muy clara sobre inmigración (ENT9).

Tal vez debido a que la migración colombiana ha sido constante a lo largo de los años, no se ha manifestado en flujos masivos repentinos y ha permanecido de manera más estable en el país; en ese sentido, no se siente que posiblemente sea de igual tamaño o que haya podido tener el mismo impacto que el actual ingreso de venezolanos.

La población inmigrante que se encuentra en Colombia, [...] venía de Colombia por el proceso bélico que vivía ese país; también se encontraban personas extranjeras de Estados Unidos y Europa que venía a residir en Ecuador, pero un aumento del índice de inmigración [de manera abrupta] no teníamos. Ecuador empieza una nueva historia como país receptor. Entonces todo lo que nosotros hablábamos sobre los emigrantes, nos tocó vivir con los inmigrantes venezolanos (ENT9).

Ecuador funcionó como un «centro de operaciones» de la población venezolana que quería seguir hacia Perú, Chile y Argentina, aunque también se convirtió en lugar de residencia de un importante número de migrantes. El problema es que para un país como Ecuador, con limitaciones presupuestarias y de recursos en general, y específicamente en el área de salud, no ha sido fácil recibir a un alto número de recién llegados. Un migrante entrevistado señala: «Yo entiendo y comprendo a los ecuatorianos porque [Ecuador,] un país pequeñito como [de] diecisiete millones de habitantes, que ya tiene problemas para atender a sus diecisiete millones de habitantes porque es un país pobre, de pronto en un año le entran medio millón de habitantes. Además, ese medio millón de habitantes necesitan salud, necesitan trabajo, necesitan educación» (ENT12).

Debido a que el país tiene limitaciones considerables para acomodar una población migrante y refugiada, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) felicitó a Ecuador porque mantuvo las fronteras abiertas y una posición acogedora con los venezolanos en comparación con otros países, particularmente del Caribe (Beyers & Nicholls, 2020).

1.4.1. Regularización

Ecuador no tiene un programa específico de regularización para migrantes venezolanos y la situación diplomática vuelve más difícil el proceso. Por una parte, el gobierno de Nicolás Maduro mantiene solo el Consulado para trámites consulares y no tiene relaciones diplomáticas con Ecuador (ENT3); por otra, la representación diplomática de Juan Guaidó no mantiene un canal directo de comunicación con el Gobierno ecuatoriano (ENT19).

Debido a que la regularización es posible solo para quienes ingresaron de acuerdo con los requisitos exigidos, no es una opción para un número importante de personas. Además, la visa Unasur tiene un valor de 250 dólares y para ella se necesita un pasaporte válido. Eso significa que, hasta mayo de 2019, solo 66 000 venezolanos habían recibido la visa Unasur

(Vélez & Romero, 2019). En esa línea, el problema con la regularización en Ecuador consiste en que «[...] el Estado ecuatoriano te recibe como un migrante, pero quien está huyendo no trae pasaporte, no trae cédula, y si no trae documentación, el Estado ecuatoriano no te va a facilitar ningún tipo de regularización» (ENT12).

Por otro lado, entre las reflexiones de las personas entrevistadas para este estudio destaca el consenso de que los migrantes venezolanos venían al Ecuador por necesidades económicas y sociales básicas, y en eso se parecen a la población ecuatoriana que dejó su propio país en el pasado.

El migrante no es alguien que tiene dinero, justamente es la crisis económica la que le está obligando a migrar, entonces todo lo que nosotros vivíamos con estos emigrantes [ecuatorianos] nos tocó pasarlo hacia los inmigrantes. El migrante es alguien que necesita sustento económico, es alguien que necesita trabajar y que muchas veces no encuentra su trabajo como lo hacía antes en Venezuela (ENT9).

El índice de inmigrantes venezolanos en Ecuador llegó a 2,6% de la población; es decir, superó el índice que la OIM considera manejable. Hasta mediados de 2019, excluyendo las visas de protección internacional, el Estado ecuatoriano había otorgado 103 728 visas a venezolanos (tabla 3). Desde julio de 2019, el Gobierno del Ecuador inició el proceso de registro y regularización migratoria de ciudadanos venezolanos con el requisito de presentación de una visa de excepción por razones humanitarias para ciudadanos de Venezuela que desearan ingresar al país, lo cual tuvo como resultado una reducción en las entradas regulares al territorio ecuatoriano desde agosto de ese año. Una de las intenciones del registro era conocer el número aproximado de migrantes venezolanos en el país y sus condiciones socioeconómicas, laborales y educativas.

Tabla 3. Tipos de visa otorgados por Ecuador a venezolanos hasta mediados de 2019*

Tipos de visa	Número
Residente temporal Unasur	65 926
Inmigrante - Visa 9V (profesional)	6900
No inmigrante - Visa 12 XI Estatuto Migratorio Ecuador Venezuela	6696
Residente permanente Unasur	4209
Inmigrante - Visa 9 VI (Amparo Afinidad-Consanguinidad)	3713
Residente permanente - parentesco	1806

Tabla 3. Tipos de visa otorgados por Ecuador a venezolanos hasta mediados de 2019*

No inmigrante - Visa de Amparo 12 XI Estatuto Migratorio Ecuador Venezuela	760
Inmigrante - Visa 9 VII Estatuto Migratorio Ecuador Venezuela	453
Residente permanente - matrimonio	203
Residente permanente - matrimonio o unión de hecho con ecuatorianos	150
No inmigrante - Visa 12 XI Mercosur	121
Residente permanente - familiares de menor de edad	118
Residente permanente - Mercosur	43
Residente permanente - unión de hecho	19
Otros	12 611
Total	103 728

* No incluye visas de protección internacional.

Fuente: Vélez y Romero, 2019.

Hasta mediados de marzo de 2020 un total aproximado de 229 000 personas habían completado su registro migratorio en línea y 142 000 personas se registraron biométricamente en los Servicios de Apoyo Migratorio (SAM) del Ministerio de Gobierno (GTRM, 2020). De igual manera, hasta mediados de julio de ese año un total de 35 677 visas humanitarias o Verhu fueron emitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) dentro del proceso de regularización (GTRM, 2020). La Verhu se entregaba mediante un formulario que costaba 50 dólares, siempre y cuando la persona hubiera arribado al país hasta el 26 de julio de 2019 por los canales regulares (MREMH, 2019).

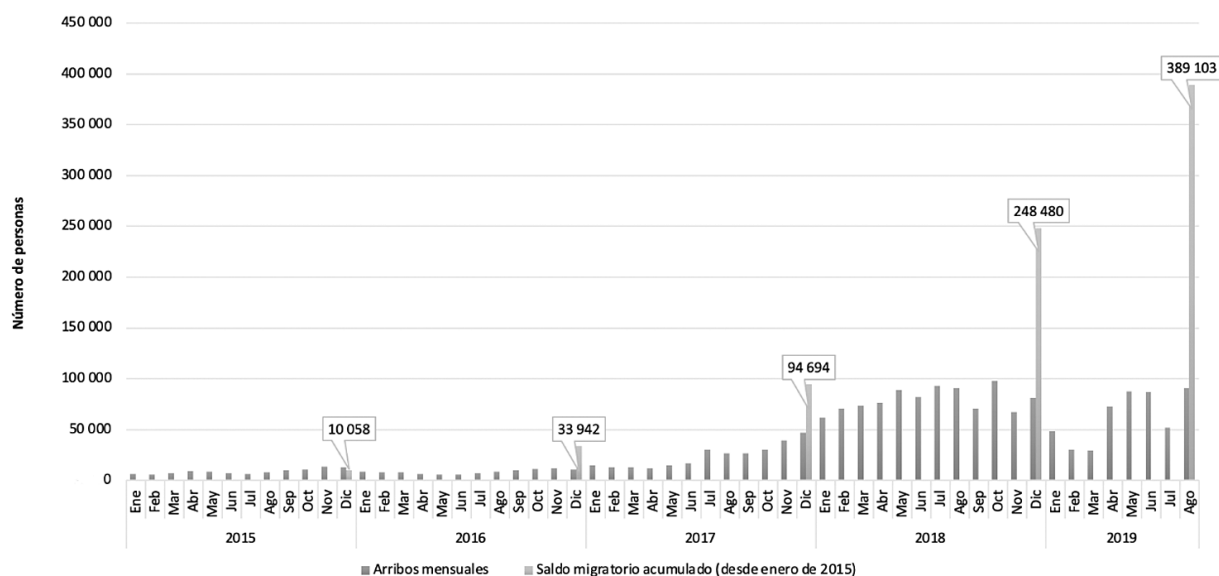
En cuanto a las decisiones sobre la regularización, documentación e identificación, un migrante que tiene experiencia en el campo dice que tanto el Ministerio de Gobierno como la Cancillería (es decir, el MREMH) siempre han informado a las ONG de migración venezolana «[...] lo que van a hacer y en las condiciones en las que lo van a hacer, y [están abiertos a] escuchar lo que uno les plantea. Una cosa es que escuchen y otra cosa es que la apliquen, pero no puedo decir que no nos han escuchado, sí nos han escuchado» (ENT11).

1.5. Perfil del migrante venezolano en Ecuador

Conforme las olas migratorias se sucedían en diferentes fases, el perfil de la población migrante venezolana fue cambiando, especialmente en términos de recursos económicos (una mayor parte de migrantes venezolanos empezaron arribar por vía terrestre en lugar de por vía aérea). Mientras en 2014 un 72% de migrantes venezolanos registró su ingreso en un aeropuerto ecuatoriano, en 2018 el 86% ingresó por tierra (Rumichaca). Por eso a los migrantes venezolanos se les conoció en su momento como «los caminantes».

La figura 1 muestra el crecimiento de la población migrante entre 2015 y 2019, con un marcado cambio hacia el alza en la tendencia en los últimos años.

Figura 1. Crecimiento de la población migrante venezolana en el Ecuador (número por mes)

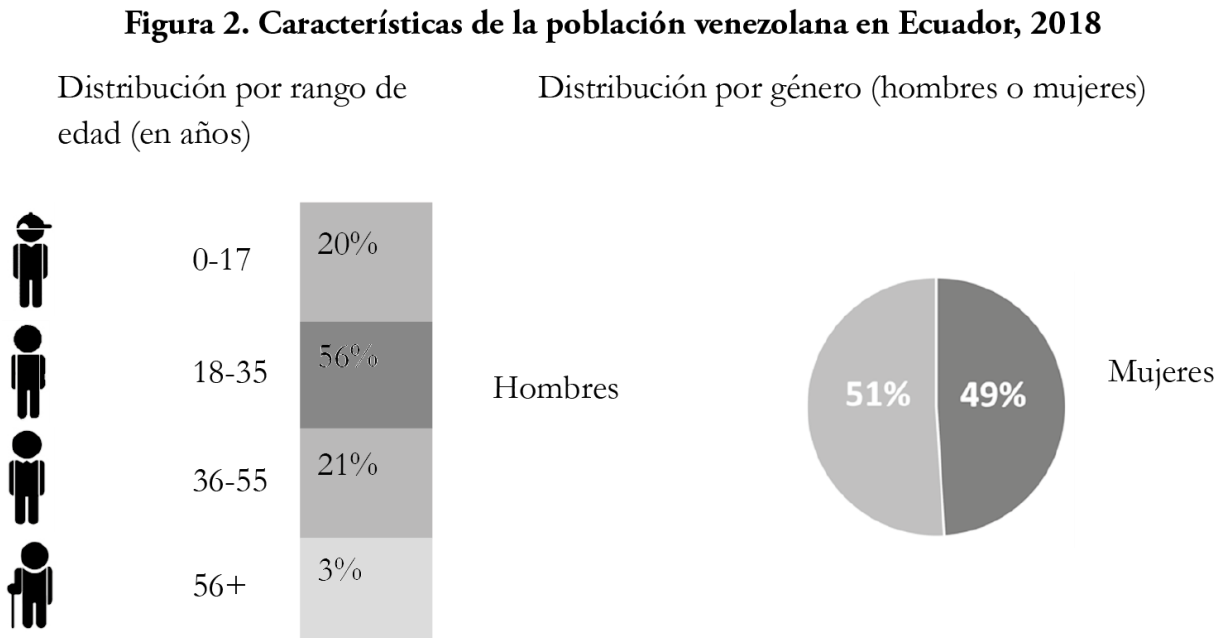


Fuente: Banco Mundial, 2020.

En general, la población migrante venezolana es relativamente joven (figura 2). En 2018, más de la mitad de los migrantes venezolanos tenía entre 18 y 35 años, y el promedio de edad era de 26 años (3 menos que la edad promedio de los ecuatorianos) (MREMH, 2018). En 2019, el 42,4% de todos los migrantes venezolanos tenía entre 18 y 34 años en comparación con el 28,6% de los ecuatorianos (Banco Mundial, 2020).

Según la Dirección de Servicios Migratorios, en 2018 la mayoría de los migrantes venezolanos tenía educación secundaria completa y una mayor

proporción de personas con educación de tercer nivel en comparación con la población ecuatoriana de acogida, particularmente en el caso de las mujeres (Banco Mundial, 2020).



Fuente: MREMH, 2018.

Los perfiles sociodemográficos corresponden de manera general a las diferentes fases de migración en las que vinieron diversos tipos de personas, señalan los entrevistados. El perfil de los migrantes pasó de un nivel socioeconómico más elevado en los primeros años a un estatus más bajo de migrantes, que llegaron por las fronteras terrestres en 2018 y 2019, y se podrían considerar en estado de vulnerabilidad económica (ENT2). De acuerdo con un funcionario de organismo multilateral,

Los procesos de refugio y migración son procesos que mayoritariamente conllevan a personas jóvenes en edad de poder generar ingresos, población económicamente activa, mayoritariamente están focalizadas en este tipo de población. Eso [se] muestra en los perfiles demográficos, donde los adultos mayores o los niños, niñas y adolescentes, sobre todo niños pequeños, pueden estar en porciones algo menores que una pirámide poblacional del país de origen o de acá en el Ecuador se manifiesta de otra manera (ENT6).

Aunque no hay datos actualizados, sí es posible percibir un cambio en el perfil de los migrantes venezolanos. Mientras la población colombiana refugiada estaba compuesta por personas que en su mayoría habían concluido la educación primaria, pero tenían una educación secundaria incompleta, eso es solo cierto en el caso venezolano para la población

migrante más reciente. Conforme evolucionó el proceso de desplazamiento, fue cambiando el perfil del migrante. Desde su comienzo hasta inicios del año 2018, el perfil de los migrantes era el de personas profesionales; es decir, con educación universitaria e incluso de postgrado. Pero «[...] con el incremento de flujos, llegaron personas de más bajos recursos y con menos formación; es decir, en situaciones más extremas» (ENT6).

En la más reciente encuesta de la OIM, realizada con población venezolana en 8 ciudades de Ecuador, esta tenía entre en su mayoría 18 y 45 años (91%) y su estado civil era soltero (61,2%). Un 57,2% tenía estudios medios completos, otro 21,2% había completado el tercer nivel (educación técnica superior y universitaria) y 1,4% finalizó estudios de postgrado. Por otra parte, los adultos mayores comprendían el 0,4% de la población encuestada, «[...] un] 0,7% encuestados declaró vivir con al menos un adulto mayor [...]»; y «[...] 22,3% de encuestados reportó vivir con una o más personas menores de edad» (2019a, p. 13).

1.6. Condiciones de vida

Según la más reciente encuesta de OIM, realizada con población venezolana en 8 ciudades de Ecuador, en 2019 el 90,3% de todos los encuestados tenía acceso a vivienda, en su mayoría arrendada (92,4%); mientras que un 9,2% se encontraban en situación de calle. Entre quienes gozaban de acceso a vivienda, el 99,5% tenía electricidad, 97% tenía de agua potable, 94,3% contaba con ducha y servicios higiénicos (53,4% de uso propio y 40,9% de uso compartido), 83,8% tenía alcantarillado, 23,1% disponía de internet fijo y 5,4% de telefonía fija. En comparación con las condiciones sanitarias en Venezuela, «[...] el] 65,7% indicó que estas han mejorado, 27,1% afirmó que son iguales y 7,2% manifestó que han empeorado» (2019a, p. 8).

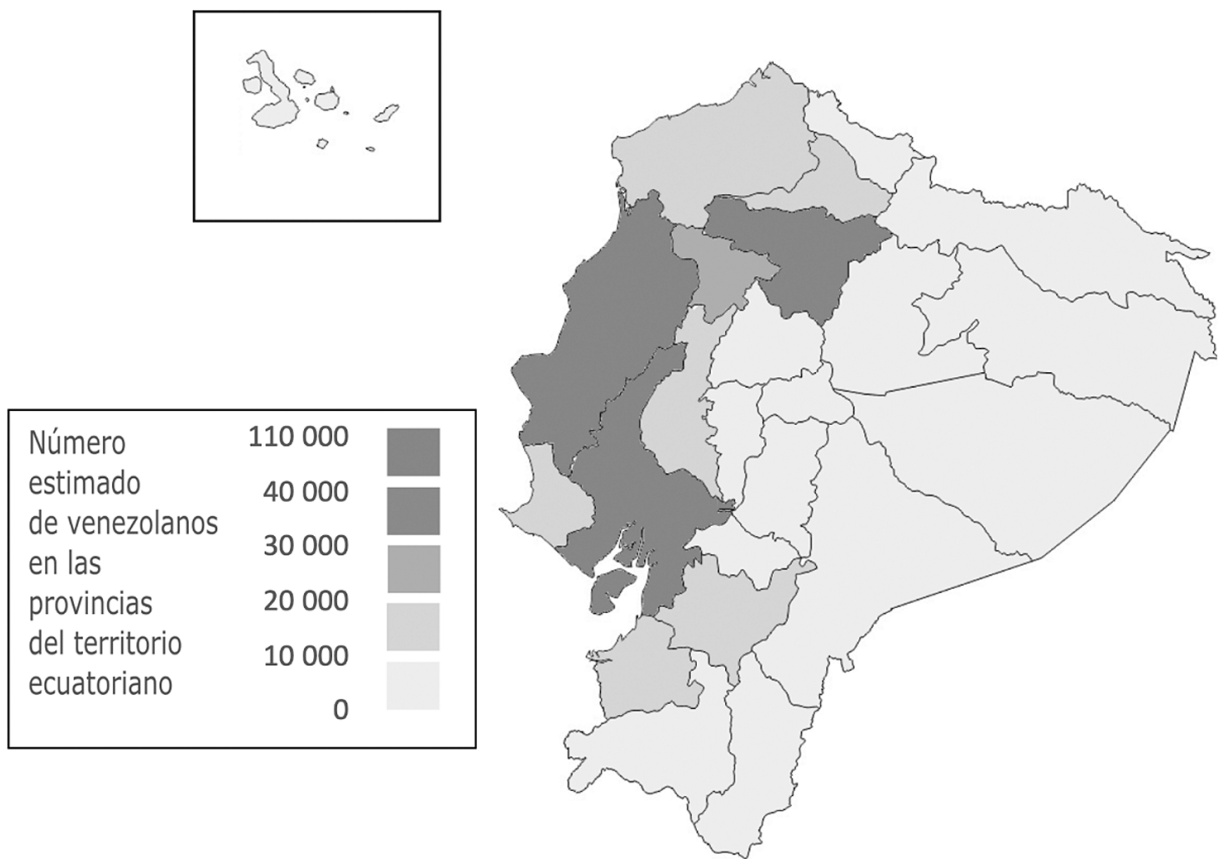
En su estudio sobre la ciudad de Quito, donde reside un importante porcentaje de migrantes, una especialista encontró que la mayoría de quienes participaron en la investigación no gozaban de asistencia directa del Estado y que los bonos alimentarios de cincuenta dólares que recibían dependían de las ONG. En su opinión, «Esto es asistencialista, es decir, te doy cincuenta dólares para que comas este mes, pero no hay una cuestión más estructural: primero veamos qué estás comiendo; segundo, cómo vas a comer el siguiente mes. Es [más] una ayuda de apagar incendios en ese

momento que una cosa estructural que les esté ayudando a salir de alguna forma» (ENT10).

1.6.1. Lugar de residencia

La figura 3 muestra la distribución de los migrantes venezolanos en el territorio ecuatoriano, con base en datos de Telefónica del Ecuador a abril de 2019. Como contraste, el registro migratorio del Gobierno ecuatoriano, aunque incompleto, nos da una idea de la distribución geográfica de la población venezolana en el Ecuador. La tabla 4, por su parte, muestra las provincias de residencia de los migrantes venezolanos registrados.

Figura 3. Estimación de migrantes venezolanos en el territorio ecuatoriano



Fuente: elaborado a partir de Banco Mundial, 2020, y Telefónica del Ecuador, 2019.

Tabla 4. Distribución de migrantes venezolanos por provincia, agosto de 2020

Provincia	Número	Porcentaje
Pichincha	73 449	44,30%

Tabla 4. Distribución de migrantes venezolanos por provincia, agosto de 2020

Guayas	38 125	23%
Manabí	9725	5,90%
Azuay	6899	4,20%
El Oro	5762	3,50%
Imbabura	4613	2,80%
Tungurahua	3981	2,40%
Santo Domingo de los Tsáchilas	3953	2,40%
Esmeraldas	2852	1,70%
Los Ríos	2508	1,50%
Santa Elena	2412	1,50%
Chimborazo	1989	1,20%
Carchi	1937	1,20%
Cotopaxi	1573	0,90%
Sucumbíos	1236	0,70%
Loja	1129	0,70%
Orellana	1041	0,60%
Cañar	613	0,40%
Pastaza	623	0,40%
Morona Santiago	437	0,30%
Napo	406	0,20%
Zamora Chinchipe	262	0,20%
Bolívar	215	0,10%
Galápagos	10	0,01%
Total	165 761	100%

Fuente: Ministerio de Gobierno de Ecuador, 2020.

1.7. Condiciones socioeconómicas

Según el GTRM Ecuador (2020), las principales necesidades de venezolanos en agosto de 2020 eran alimentación (30%), vivienda (27%), medios de vida (21%), salud (6%) y documentación (6%). En comparación, en la población ecuatoriana encuestada (beneficiarios de programas de

socios del GTRM Ecuador) las principales necesidades fueron alimentos (31%), medios de vida (25%), acceso a la salud (14%) y vivienda (10%).

Según los migrantes entrevistados, las condiciones son difíciles para todos, pero hay migrantes que están en condiciones más difíciles que otros. Mientras los migrantes profesionales reportan que es muy difícil encontrar un trabajo para cotizar en la seguridad social o que pueda darles un nivel económico para no vivir mes a mes, los migrantes sin título profesional reportan que viven con lo mínimo, y que no encuentran trabajo en absoluto.

Según un funcionario del Gobierno, la encuesta citada en el informe del Banco Mundial (2020) refleja que «[...] no necesariamente la población venezolana es más vulnerable que la ecuatoriana [...] existen grupos de ciudadanos venezolanos que están mucho más vulnerables, pero tampoco es que toda la población venezolana es extremadamente vulnerable [...] les toca enfrentar los mismos problemas que enfrentamos nosotros» (ENT3). Según el mismo funcionario, dado que el saldo migratorio oficial hacia fines de 2020 llegaba a 350 000 ciudadanos venezolanos, constituye un «estrés económico» desde 2018 para Ecuador con sus diecisiete millones de habitantes.

Según una especialista en el área, al Estado le falta haber dado «soluciones estructurales» en «temas mucho más centrales» como la inserción laboral. «El mercado informal acá es enorme, entonces es como que el mismo mercado informal se encarga de insertarles y nadie sabe qué mismo hacen. Yo creo que ahí debería haber soluciones más planificadas en cuanto a políticas laborales» (ENT10).

Según la más reciente encuesta de la OIM, realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el «[...] 26,3% de la población indicó que, desde que salió de su país de origen, ha realizado una o varias actividades por las cuales no recibió el pago acordado o no recibió pago alguno» (2019a, p. 10).

El tema aquí en el choque cultural es porque el venezolano, allá [por] la ley la gente trabaja ocho horas sea negocio, sea lo que sea la gente trabaja ocho horas; y aquí la gente no trabaja ocho horas y hay problemas estructurales de explotación laboral, pero eso es un problema estructural del país, eso no se puede atribuir, eso se lo hace al que está empleando, venezolano, ecuatoriano, peruano, porque no hay una vigilancia real en tema laboral. Y eso debemos protestar como abogados, yo tengo muchos clientes ecuatorianos que atienden casos laborales y es un problema estructural, los derechos de los trabajadores aquí los vulneran, pero los vulneran a todos; no me da la gana y no te pago tu liquidación (ENT7).

En el centro del problema de precarización laboral se encuentra la condición irregular de los migrantes, de la que se aprovechan los empleadores para pagar menos en un régimen que ha sido descrito como «esclavitud» porque se llega al extremo de no pagarle al trabajador, aprovechando su temor a ser denunciado si se queja o su dificultad para denunciar por permanecer en el país de manera irregular. Según los informantes, esto no es necesariamente debido a la xenofobia, sino a que Ecuador tiene un problema estructural de desempleo y el Estado tampoco controla a los empleadores.

Igualmente, la precarización la laboral puede tener una incidencia directa en el estado de salud. Según la más reciente encuesta de la OIM realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el «[...] 82,6% se encontraba realizando alguna actividad laboral, sin embargo, 44,1 % (42,2% hombres, 47,1% mujeres) consideraba que el tipo de trabajo era más riesgoso para la salud en comparación con el trabajo que realizaba en su país de origen» (2019a, p. 6).

1.7.1. Vivienda

Debido a que los migrantes tienen limitado control en la toma de decisiones sobre su lugar de destino temporal o final después de haber perdido sus medios de vida, estos llegan a Ecuador sin la posibilidad de asegurarse un lugar para vivir que no esté precarizado. Es común que sus condiciones de vida sean aun de menor nivel que las de poblaciones que son vulnerables en Ecuador.

Como ejemplo, se puede mencionar que el precio promedio de una habitación según nuestros informantes clave era de cien dólares norteamericanos, cuando el salario mínimo vital en Ecuador es de cuatrocientos dólares norteamericanos. Durante la pandemia, el nivel de ingresos disminuyó todavía más, al punto de que los migrantes no podían ni siquiera pagar ese valor, e incluso fueron desalojados o perdieron ciertos servicios públicos por falta de pago. Una parte de ellos ha estado en refugios y otros tantos se encuentran hacinados entre ellos.

1.7.2. Educación

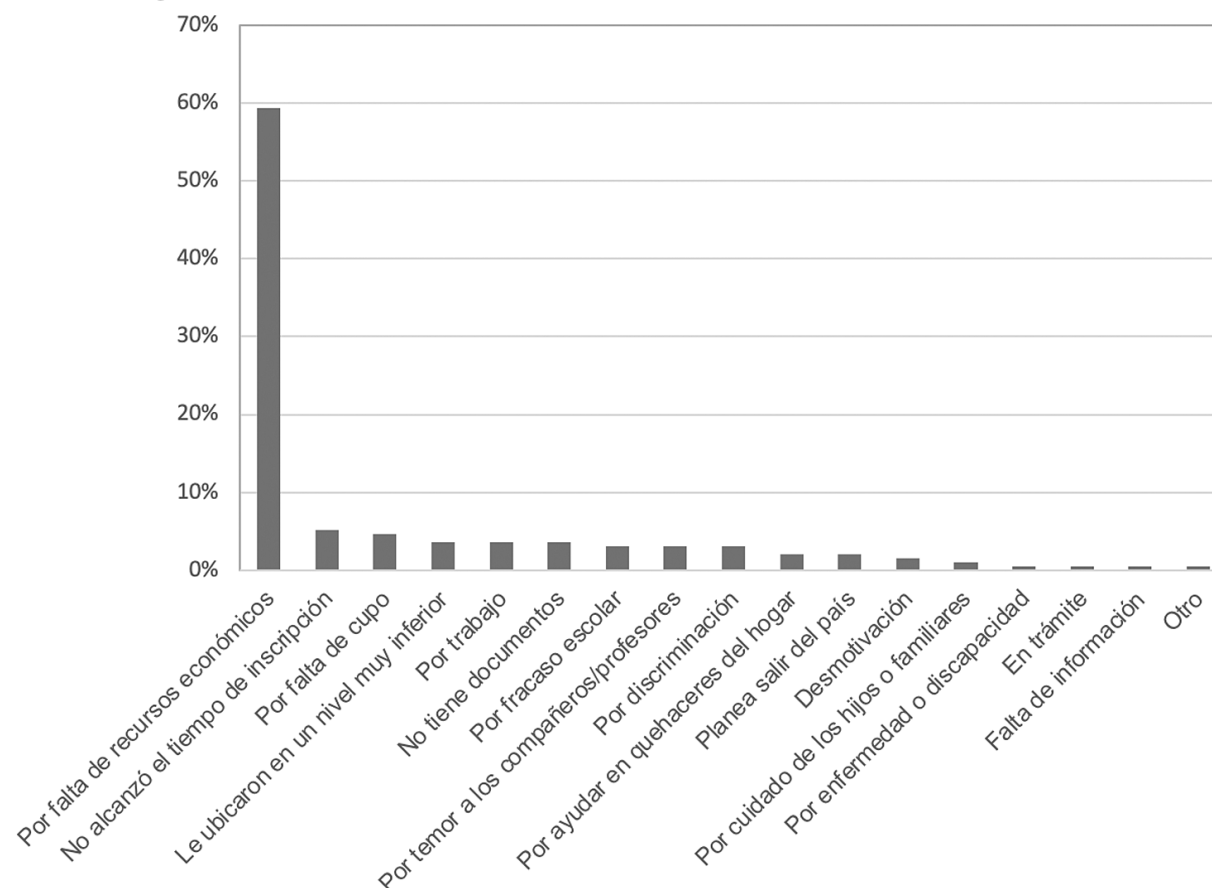
Según los migrantes entrevistados, sus hijos asisten de manera gratuita a instituciones educativas públicas o municipales; y, según uno de ellos

(ENT11), no se niega la matrícula si no se tiene apostilla en los documentos de los estudiantes, pues lo importante es que el documento esté legalizado.

En contraste, las cifras de la OIM (2019a) muestran que hay barreras de acceso, además de falta de disponibilidad de cupos en el sistema educativo (figura 4). Entre los encuestados, el 13,4% tiene a su cargo uno o más niños o adolescentes en edad escolar (entre 6 y 17 años), de los cuales un 42% declaró que estos no acuden a la escuela o al colegio. La principal razón (más del 60%) es la falta de recursos económicos.

Figura 4. Razones para no enviar a un menor de 18 años a una institución educativa con regularidad*

¿Por qué su hijo(a) o niño(a) menor de 18 años a su cargo no asiste con regularidad a un centro de desarrollo infantil, escuela o colegio?



* Los errores en las aproximaciones porcentuales son de origen.

Fuente: OIM, 2019a.

1.7.3. Xenofobia

Según la más encuesta de la OIM, realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el «[...] 59,3% de los encuestados manifestó haberse sentido discriminado [...]», la mayoría de ellos (98,7%) debido a su nacionalidad (2019a, p. 10). En su mayoría, los migrantes entrevistados no perciben que hay una xenofobia persistente, pero sí han experimentado eventos puntuales de rechazo.

Por ejemplo, un entrevistado señaló que su empleador no le renovó su contrato de trabajo por ser venezolano (ENT17), pero que fue la única vez que había sido víctima de xenofobia. A su vez, dos entrevistados sí consideraron que existe xenofobia. Como explicó uno de ellos, «[...] a los venezolanos no nos quieren, yo lo siento así; más bien yo trato de hablar ecuatoriano para que no estén en contra de uno porque pareciera que a uno lo odiaran» (ENT18). Otro indicó que no ha sufrido xenofobia él mismo, pero «[...] sí tengo gente a la cual han tratado muy mal» (ENT11). Y una persona que trabaja con migrantes afirma que, en contraste con la migración cubana, la migración venezolana no ha tenido tantos conflictos porque es una población más afín y ha podido integrarse.

De hecho, han nacido muchos niños ecuatorianos aquí que son de ligas, de que se han emparentado, yo que soy abogado [y] muchos están sacando muchas cartas de soltería para casarse, viendo cómo formalizar sus uniones de hecho. No veo un rechazo de verdad de la población ecuatoriana directa hacia los venezolanos, es mi percepción. Porque, por ejemplo, yo he estado en Europa y hay que ver; de hecho, la semana pasada tres niñitas le escupieron a una pareja ecuatoriana. Y uno está en Europa, está en España, está en Madrid, y si se ve el rechazo *full* hacia el ecuatoriano; pero aquí, en términos generales, uno que otro caso (ENT7).

La percepción es que los choques entre la población de acogida y la población migrante venezolana empezaron con la última oleada de arribos, pero por culpa del mismo Estado ecuatoriano, pues los migrantes se dedican al

[...] sector básico de servicios e informal; entonces, si a eso le sumas que no puedes laborar porque no tienes visa, y te caigo a multas, y no hay una sincronización entre el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Relaciones Exteriores, ahí se genera el problema.

El tema xenofóbico quien lo ha generado es el mismo Estado, el alto Gobierno, y ha sido básicamente para tapar inclusive falencias del mismo Estado. El caso este [en] el que unos venezolanos iban a derribar el avión del vicepresidente, dime tú, ¿quince venezolanos van a derribar un avión? Los agarraron, los metieron en una jaula, los llevaron para allá frente al Ejido. «No, es que traían ametralladoras». ¿Dónde están las ametralladoras? Era mentira. ¿Y quién hizo la falsa acusación? La misma ministra Romo. ¿Y qué pasó? Que era todo mentira (ENT7).

Según Ripoll y Navas-Alemán (citando a OIM, 2018), se estima que casi dos de cada tres venezolanos han experimentado discriminación en Quito (59%). En esa línea, hay informes de venezolanos cambiando su acento para pasar desapercibidos y estadísticas que señalan que el 34% de ellos ha experimentado violencia, mayormente verbal. Sin embargo, a pesar de esto, una mayoría de los venezolanos migrantes encuestados (95%) se sienten seguros en el Ecuador. Una de las especialistas asocia los sentimientos xenófobos con «[...] la muerte de una mujer embarazada en manos de un ciudadano migrante en la ciudad de Ibarra [...]» (ENT9), pues la gente se indignó; aunque en el año 2020 ya no se repitieron eventos parecidos.

1.8. Proceso de adaptación

Según uno de los migrantes entrevistados, que trabaja a su vez con migrantes, el proceso tiene tres etapas: acogida, integración y asimilación. Pero la mayoría de venezolanos, sin importar cuánto tiempo hayan estado en Ecuador, continúa en la primera etapa de recepción o acogida porque está convencida de que va a regresar a Venezuela. Eso inhibe a estos migrantes de asimilarse, aceptar e integrarse, y eso incluye cumplir normas locales.

Es un problema de conocimiento; es decir, los ecuatorianos no nos conocen a nosotros ni nosotros conocemos a los ecuatorianos. Y la gran mayoría de los que están aquí no quieren integrarse, no está en su interés integrarse; su interés es sobrevivir, reunir dinero, hacer lo que puedan y regresarse a Venezuela, y así no se integra nadie (ENT12).

1.8.1. Aprendizajes

Entre los mayores aprendizajes del país al ser destino de la migración venezolana masiva, en general y también en materia de salud, se encuentra la comprobación de que el país no se abría fácilmente al cambio y, por tanto, tenía dificultad en adaptarse y crear mecanismos de integración en su propio territorio. Según varios entrevistados, los ecuatorianos estaban acostumbrados a migrar o vivir de las remesas de los migrantes y, por primera vez, se encontraron como receptores de una migración masiva. Una especialista señaló:

Yo creo que toda la vida es aprender. El Ecuador de este flujo migratorio ha aprendido. Ecuador es un país solidario, es un país amigable. Lo que nosotros como país aprendimos es que sí estamos en la capacidad de poder adaptarnos a nuevas realidades (ENT9).

Es así que Ecuador empezó a trabajar de otra manera con organismos multilaterales y también a fomentar la colaboración interinstitucional. Asimismo, empezó a entender la interculturalidad desde otra perspectiva; es decir, ya no solo limitada al acercamiento a las poblaciones indígenas del país. Pero como dueños de casa, los ecuatorianos no fueron «tan buenos», posiblemente por la situación económica (ENT9).

2. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA EN ECUADOR

2.1. Perfil epidemiológico de la población venezolana en Ecuador

De acuerdo con la Encuesta a Personas en Movilidad Humana y en Comunidades de Acogida en Ecuador (EPEC, 2019, citada por Banco Mundial, 2020), la población migrante venezolana, al ser en promedio más joven, presenta un estado de salud más favorable que el resto de la población ecuatoriana. La EPEC muestra altas tasas de desnutrición crónica que afectan al 18% de niños y niñas migrantes (menores de 5 años), en comparación con el 25% de niños y niñas en las comunidades de acogida. Sin embargo, además de la reciente encuesta EPEC, existen pocas fuentes de información confiable sobre el estado de salud de los migrantes venezolanos en el Ecuador.

Según la encuesta de la OIM, realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el «[...] 7% de la población encuestada tiene alguna condición médica crónica, 3,5% sufre algún tipo de discapacidad y 17,4% durante el último año sufrió de alguna enfermedad infectocontagiosa por la cual requirió tratamiento. Adicionalmente, 10% de encuestados reporta requerir medicación diaria» (2019a, p. 9). En cuanto a las discapacidades o enfermedades crónicas, el GTRM Ecuador (2020) reportó que el 26% de los hogares encuestados dijo tener al menos un miembro del hogar con una discapacidad o enfermedad crónica.

De acuerdo con una informante clave, no tenemos estudios recientes consistentes como para poder marcar diferencias de perfiles epidemiológicos, pero es claro que, al momento de la llegada, la falta de alimentos y el hambre suelen ser «críticos» en las primeras semanas y meses. Con el confinamiento por la pandemia de COVID-19 hubo noticias de venezolanos que querían regresar no solo de Ecuador, sino de varios países de la región debido a la falta de alimentos. Esto significa que es

posible que haya desnutrición, malnutrición o patologías asociadas a la malnutrición, pero no se conoce con certeza. Según la misma especialista, las patologías que necesitan tratamiento permanente para enfermedades crónicas o atención médica «[...] más allá de la universalidad y gratuidad con la que funcionan los servicios de salud en Ecuador [...]» (ENT9) podrían enfrentar barreras, y no habría suficiente control de enfermedades crónicas.

Según el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), citado por el Plan de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP, por sus siglas en inglés) 2020, las condiciones para atención prioritaria incluyen infecciones respiratorias agudas, caries, enfermedades inflamatorias de la pelvis e infecciones urinarias. Con el colapso del sistema de salud de Venezuela, se ha visto mayor incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación entre los venezolanos migrantes; por ejemplo, Brasil, Colombia y Ecuador notificaron casos de sarampión vinculados a ciudadanos venezolanos y hay registro de casos de malaria (Standley y otros, 2020). Dicha estadística concuerda con el testimonio de una de nuestras informantes, quien indica que

De acuerdo con un estudio que se hizo de los partes diarios que da la población en Huaquillas, el control con el sur, vimos que existían dolores musculares, resfriados comunes, cansancio. También existían enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, que eran las más captadas; pero también existió un caso de sarampión, que eso llamó muchísimo la atención, era un niño que estaba ingresando por la frontera norte (ENT9).

Según un médico (ENT8) que trabaja con población migrante, la población ecuatoriana y la población venezolana comparten ciertas características epidemiológicas al ser países casi vecinos, pero no tienen el mismo perfil epidemiológico y las enfermedades varían entre ambos países. En Ecuador, se estima que hay sobre todo hipotiroidismo y problemas estomacales, inclusive cáncer de estómago; pero en Venezuela no se observa la misma incidencia de cáncer de vías digestivas.

De igual manera, parece que los venezolanos tienen más cuadros hipertensivos en Ecuador que la población de acogida, algo que es explicado tanto por la altura de la zona interandina como por la presión bajo la cual están viviendo los migrantes venezolanos:

«En Quito [...] uno de los factores que puede influir es seguramente la altitud. Eso afecta a los pacientes con hipertensión arterial. Lo otro es el tema de la inestabilidad. El no tener muchas

veces un trabajo fijo, ingreso, incluso no tener qué comer, son factores que se vienen agregando y hacen crisis hipertensivas por eso» (ENT8).

En Ecuador, la esperanza de vida al nacer es de 79,3 años en mujeres y 73,9 en hombres, mientras que la supervivencia hasta los 65 años en mujeres es del 85,9% y en hombres del 77,4%. La tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 14,5 por cada 1000 niños nacidos vivos, y el 38% de la población masculina y el 35% de la femenina tienen sobrepeso (OCDE & Banco Mundial, 2020).

2.2. Necesidades de salud

De lo que sabemos del estado de salud de la población migrante, de sus condiciones socioeconómicas e inestabilidad laboral y de vivienda, se puede deducir que existen necesidades ingentes de atención en salud que pasan tanto por la parte física como mental. Las dificultades para regularizarse y la difícil situación económica de Ecuador influyen en una precarización del trabajo, que a la vez incide en la falta de aseguramiento privado o público y, por tanto, en el acceso a atención en salud. Asimismo, hay una falta de políticas específicas de atención a migrantes y de mecanismos de protección social para garantizar su seguridad alimentaria y condiciones de vida que permitan gozar de una mejor salud.

La cobertura en salud, aun si no hay una necesidad apremiante, parece ser una de las prioridades de los migrantes venezolanos. Como explica una informante clave de este estudio,

Para mí, poder vivir bien es tener acceso, primero, al servicio médico. Si bien aquí hay un servicio gratuito, estoy hablando de la oportunidad de poder optar al servicio privado por seguros, bien sean seguros médicos, seguro social, eso, por un lado. Por el otro, el poder tener acceso a ciertas comodidades, poder seguir estudiando, por ejemplo (ENT15).

En el año 2019, según los datos reportados por el Banco Mundial (2020) de la EPEC, «[...] más del 40 por ciento de la población venezolana y de comunidades de acogida reportó requerir atención de salud en los últimos 12 meses». De ellos, el 61% se atendió en un establecimiento de salud público, otro 10% en un establecimiento de salud privado y un 22% se automedicó; mientras que el 54% de ecuatorianos se atendió en un establecimiento de salud público, otro 20% en uno establecimiento de salud privado y el 15% se automedicó. Cabe añadir que «menos del 2 por ciento

de los venezolanos destacaron la falta de documentos como una restricción de no consulta» (Banco Mundial, 2020).

Por su parte, el GTRM Ecuador (2020) reporta que en el año 2020, el 59% de hogares encuestados de población venezolana y mixta reportó haber tenido un problema de salud no relacionado a la COVID-19. De ellos, un 75% tuvo acceso a servicios de salud (71% a salud pública y 4% a salud privada); mientras que el 25% restante no tuvo ningún acceso. De quienes no tuvieron acceso, un 27% no acudió a los servicios de salud por miedo a contraer la COVID-19; el 24% no fue atendido, principalmente por la saturación de los servicios; y un 18% no recibió atención por otras razones, entre ellas la falta de documentación.

En las mesas técnicas había un consenso sobre la necesidad de una mayor «atención infantil», con gran demanda por pediatras y médicos familiares para dolores de estómago y ardores estomacales; además, muchos de los migrantes venezolanos vivían en extrema pobreza, lo cual también afectaba su salud mental. En el caso de un servicio de atención en salud de asistencia social en el sur del Ecuador, se atendió a personas de escasos recursos que habían llegado de Venezuela. Entre ellos, se detectaron problemas de disfunción familiar y desestructuración familiar, con el consiguiente impacto sobre la salud mental; e inclusive casos de depresión, así como una falta de acceso a atención odontológica (ENT9).

La salud mental es una preocupación compartida por las diferentes organizaciones involucradas en la respuesta a la migración venezolana, que también coinciden en que el Estado ecuatoriano no ha tenido la capacidad para responder efectivamente a las nuevas necesidades. Al respecto, una de las personas entrevistadas indica:

Los procesos de migración, más los procesos de refugio, con desplazamiento forzado, viéndose obligados a huir por su seguridad y por salvar sus vidas, conllevan un conjunto de situaciones que alteran, que distorsionan la salud mental; y es necesario el abordaje más especializado desde este soporte psicosocial (ENT6).

Por otro lado, según Ripoll y Navas-Alemán (2018), el Acnur estima que, entre niñas, jóvenes y mujeres, un 40% de la población migrante está en riesgo de violencia sexual. Elena Ruiz, de Plan Internacional (citada por Ripoll & Navas-Alemán, 2018), reporta que «[...] en el imaginario muchos hombres creen que “la venezolana es fácil” y que por estar en una situación

de precariedad va a acceder a cualquier propuesta a cambio de dinero o comida».

En la encuesta de setiembre de 2019 desarrollada por la OIM, realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el «[...] 14,3% de encuestados afirmó que durante su ruta migratoria tuvo conocimiento de algún tipo de violencia basada en género. Del total de encuestados, 74,9% tuvo conocimiento de violencia física, 27,3% de violencia sexual y 19,3% de otro tipo de violencia» (OIM, 2019b, p. 10).

Siguiendo con Ripoll y Navas-Alemán (2018) —quienes citan a la OIM (2018)—, un 10% de las personas entrevistadas presentaba problemas de salud (pulmonares, de la columna y visuales) y el 56% de ellas requería medicamentos diarios. La gran mayoría de los venezolanos que llegan no tiene seguro de salud (el 87% de los recién llegados no lo tienen y el 74% de aquellos que llevan más de seis meses en el país, tampoco). En contraste, para diciembre de 2019, la OIM reportó que el 95,5% de los participantes de la encuesta de monitoreo de migrantes venezolanos en Ecuador no tenía seguro de salud.

Entre los millones de venezolanos desplazados, algunos enfrentan mayores riesgos o tienen necesidades más agudas que exigen mayores medidas de protección y respuestas específicas. Estos grupos incluyen mujeres y niñas; menores no acompañados; personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer* (LGBTIQ); los enfermos crónicos y los discapacitados; los ancianos; y miembros de comunidades indígenas venezolanas. A esto hay que añadir la explotación y el tráfico sexuales, problemas de larga data en las regiones fronterizas de Ecuador, que han aumentado con la afluencia de mujeres y niñas venezolanas. En algunos casos, los traficantes atraen a las mujeres con la promesa de un trabajo o un pasaje seguro; en otros, las mujeres venezolanas dependen de contactos que ya están en Ecuador para ingresar y no tienen más remedio que recurrir al trabajo sexual o al sexo de supervivencia para pagar sus viajes y obtener ingresos.

La violencia doméstica también es frecuente y los factores estresantes creados por el desplazamiento a menudo la exacerban. La perpetuación de estos riesgos parte de un sistema roto para denunciar abusos; estereotipos sobre las mujeres venezolanas; acceso insuficiente a albergues, atención médica y apoyo psicológico; obstáculos a la regularización; y la propia falta

de comprensión de los venezolanos sobre sus derechos y servicios disponibles (Miller & Panayotatos, 2019).

Entre las necesidades más apremiantes en frontera, especialmente en los picos de alto flujo migratorio, se detectaron, en primer lugar, casos de deshidratación y cansancio extremo por el esfuerzo del trayecto a pie en condiciones extremas; y, en segundo lugar, mujeres gestantes que requerían atención a su llegada. En el periodo anterior a la pandemia de COVID-19 hubo apoyo del Estado y de organizaciones para el transporte de mujeres, niñas y niños, a quienes se consideraba población de atención prioritaria.

Según la encuesta de la OIM reportada en setiembre de 2019 (2019b), realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el 77,7% de migrantes venezolanos tuvo necesidades de salud. La mayoría (42,1%) acudió a un establecimiento público, pero también un porcentaje (13,8%) pidió ayuda en una farmacia, otro se atendió de manera privada (1,5%), y alrededor de la quinta parte (18,9%) no buscó atención médica.

En su mayoría, las personas no buscaron atención médica porque no sabían a dónde acudir (65,6%), mientras que 10,9% dijo que no lo hizo por no tener seguro, 7,9% por su condición migratoria, 7,95% por el “trato del personal de salud”. Otro sector de la población tuvo limitaciones económicas: 3,7% no se hizo atender por el costo de la atención o la movilización.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, entre quienes necesitaron atención médica (91,6%), los adultos a cargo buscaron atención en un mayor porcentaje (76,5%) en un establecimiento público y en menor grado en farmacia (5,4%) o no buscó atención (6,7%).

El porcentaje de atención en salud sexual y reproductiva ha sido relativamente bajo: solo 20,5% de los hombres y solo 28,2% de las mujeres tuvieron acceso en este ámbito (79,1% en relación con métodos anticonceptivos, 31,2% para realizarse pruebas de enfermedades de transmisión sexual y 18,4% en actividades de educación y consejería) (OIM, 2019b, p. 7).

2.2.1. Necesidades de salud mental

La tendencia más importante en el ámbito de la salud mental es a la depresión, que según explican los especialistas, e incluso los mismos migrantes, se debe a los cambios que han tenido que vivir, entre ellos los experimentados a nivel profesional y socioeconómico:

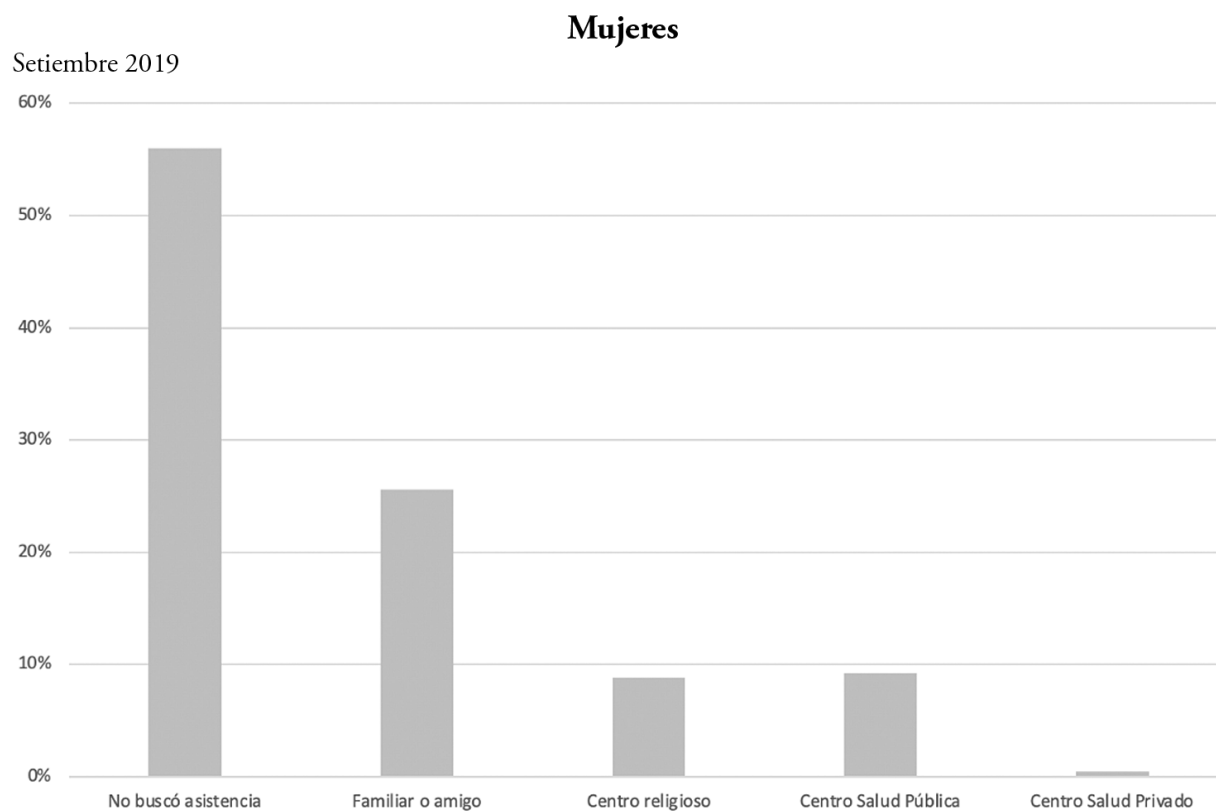
[...] eras un profesional muy conocido en tu campo y vienes acá y tienes que ser taxista, tienes que hacer limpieza, entonces cambios en los estatus te provocan cambios emocionales, la discriminación. Entonces sí hemos encontrado tendencias a cuadros depresivos, en donde los estados de ánimo están por los suelos (ENT10).

Encontrar trabajo siendo migrante, y más si no se tiene documentación o la visa necesaria, es difícil; y esa frustración, aunada a los largos periodos de espera de una respuesta, llevan a estados de ánimo difíciles de manejar. Por añadidura, las necesidades de salud mental no se mencionan frecuentemente en las discusiones sobre migración y salud en Ecuador, lo cual se interpreta como una falta de priorización por parte del Estado.

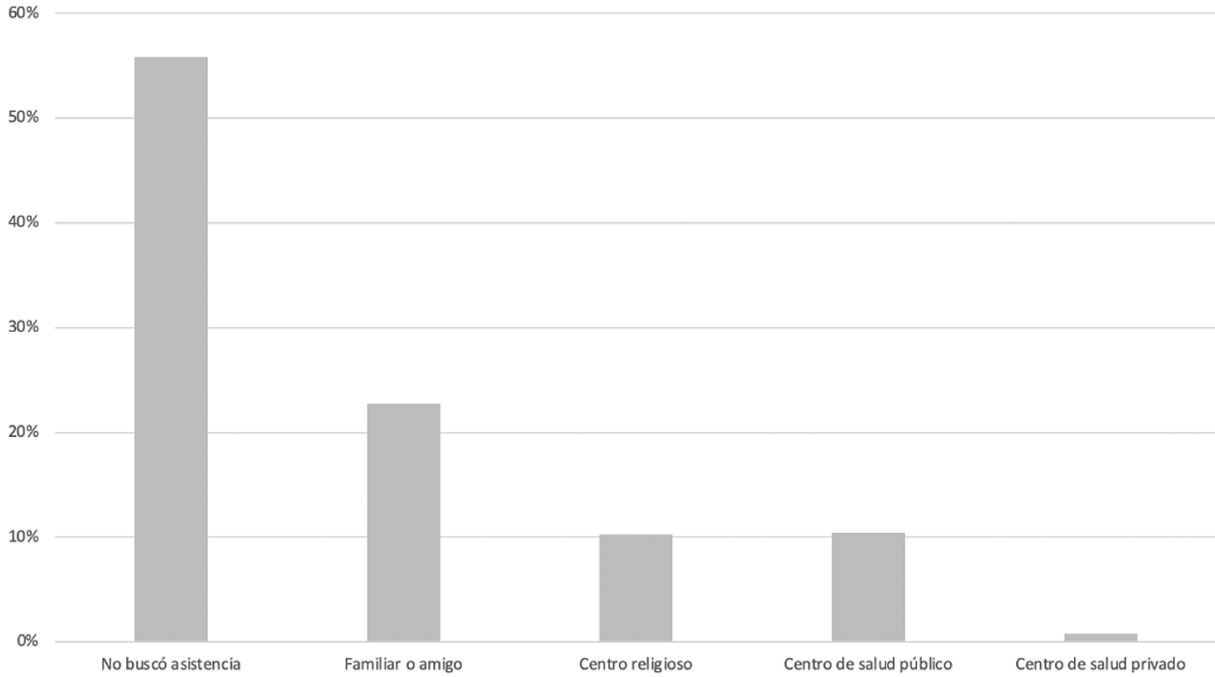
Esto contrasta con los informes de la OIM sobre las encuestas que realizan a personas venezolanas en movilidad humana, que sí presentan resultados al respecto. De hecho, solo entre setiembre de 2019 y diciembre de 2019 se observa un incremento en lo que se describe como «malestar emocional» entre los encuestados.

Según la encuesta reportada en noviembre-diciembre de 2019 (figura 5), el «[...] 73,6% del total de encuestados expresó que, durante el último año, ha sufrido estrés o malestar emocional. De estos, 23,1% acudió a familiares o amigos para atender su malestar emocional, 8,8% solicitó ayuda en centros religiosos, 8,7% en centros de salud públicos y 0,6% en centros privados; en tanto que, 58,9% declaró no haber buscado ayuda» (OIM, 2019a).

Figura 5. Comparación del porcentaje de migrantes venezolanos que sufren de malestar emocional y buscaron asistencia entre setiembre y diciembre de 2019*

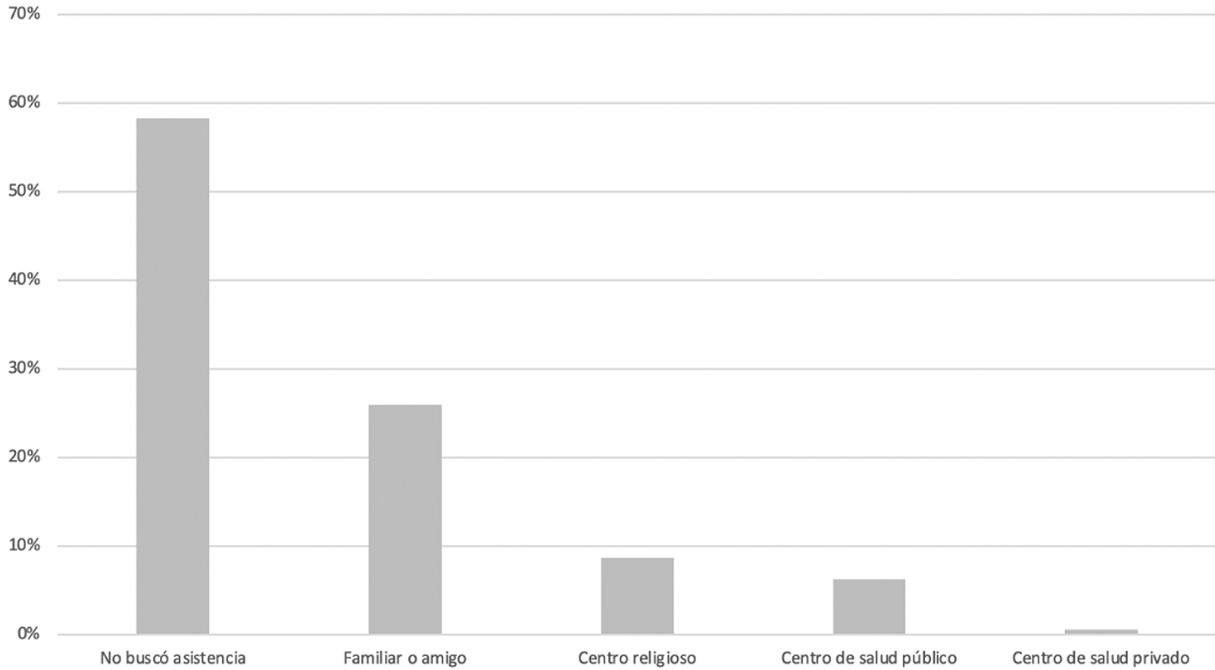


Diciembre 2019

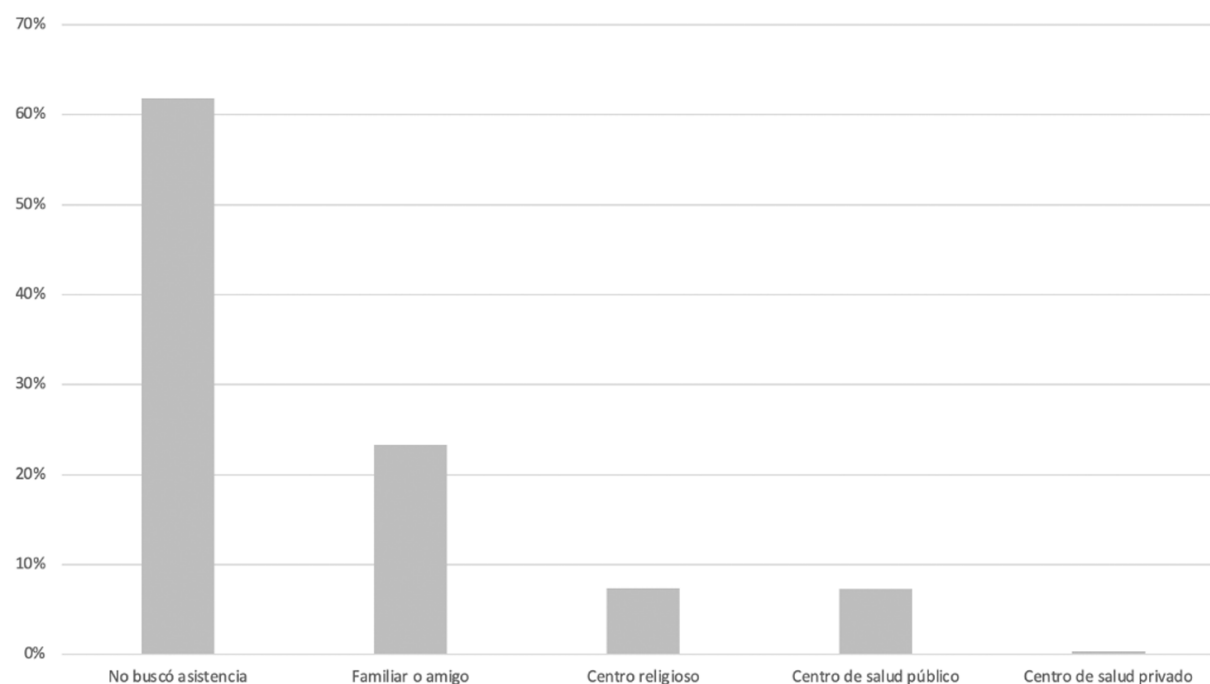


Hombres

Setiembre 2019



Diciembre 2019



* Los errores en las aproximaciones porcentuales son de origen.

Fuentes: OIM, 2019a, 2019b.

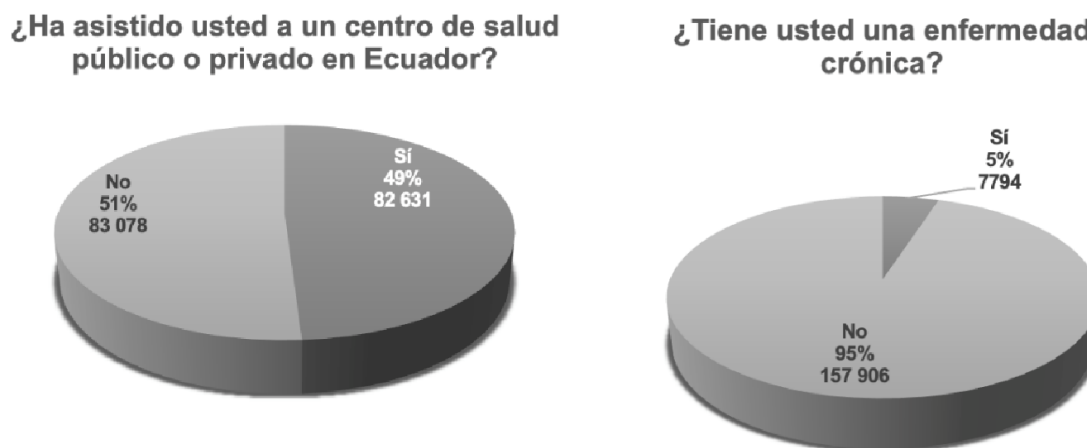
A los problemas emocionales propios de un cambio de países, frecuentemente en condiciones extremas, se suma el hecho de que la falta de documentación sí afecta el acceso a los servicios de salud, aun en casos de emergencia y cuando el Estado ecuatoriano garantiza la atención. Por ejemplo, hay migrantes que están huyendo de la violencia y su vida incluso ha estado en riesgo, y adicionalmente han sido estafados por redes criminales para llegar hasta Ecuador. En ese caso, los migrantes portaban el documento que tenían a la mano porque no habían pensado en lo que podía suceder una vez llegados a Ecuador o no habían tenido tiempo de obtener el documento más adecuado. Además, llegaban sin un contacto local y con la angustia añadida de la huída, lo que implica que tal vez no tenían su pasaporte y, por tanto, visa para permanecer en Ecuador o, como mínimo, el registro en el censo del Ministerio de Gobierno. Y aunque no es común que les nieguen el servicio, «[...] existe ese temor, yo he conocido lamentablemente de muchas personas que tienen el temor de ser deportados, de ser denunciados, temen acceder a un servicio de salud, temen que por no tener el recurso para pagar una consulta médica no acceden a algún tipo de apoyo» (ENT8).

2.3. Acceso y utilización de servicios de salud

Los migrantes entrevistados para este estudio concuerdan en su mayoría en que tuvieron acceso a servicios de salud, algo que contrasta con los resultados del registro migratorio (figura 6) y los datos del Banco Mundial (2020). Una migrante declaró que no tuvo acceso a dichos servicios, pero usó atención médica privada, lo que ha sido una alternativa para ciertos migrantes, como consta en las diferentes encuestas citadas en esta sistematización.

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), la mayor cantidad de prestaciones de servicios de salud se dieron en el primer nivel de atención en 2019. Las causas más frecuentes de consulta eran emergencias respiratorias, dentales, digestivas, dérmicas y ginecobstétricas. En menor proporción se registraron enfermedades infecciosas, transmisibles en general y enfermedades crónicas (ENT2). Las actividades de prevención y promoción de la salud no tuvieron mucho énfasis.

Figura 6. Atenciones en salud y enfermedades crónicas declaradas en el registro migratorio de 2020*



* Solo incluye información de las personas que figuran en el registro migratorio, con corte al 13 de agosto de 2020.
Fuente: Ministerio de Gobierno de Ecuador, 2020.

En una de las encuestas de monitoreo de la OIM (2019a) , el 77,7% de las personas encuestadas tuvo «algún problema de salud». Del total de encuestados, solo el 36% de hombres, acudió a un centro de salud pública, frente al 50,1% de mujeres; mientras que el 21,1% de hombres y un 16% de mujeres no busco atención en ese sector. De estos últimos, el 14,2% de

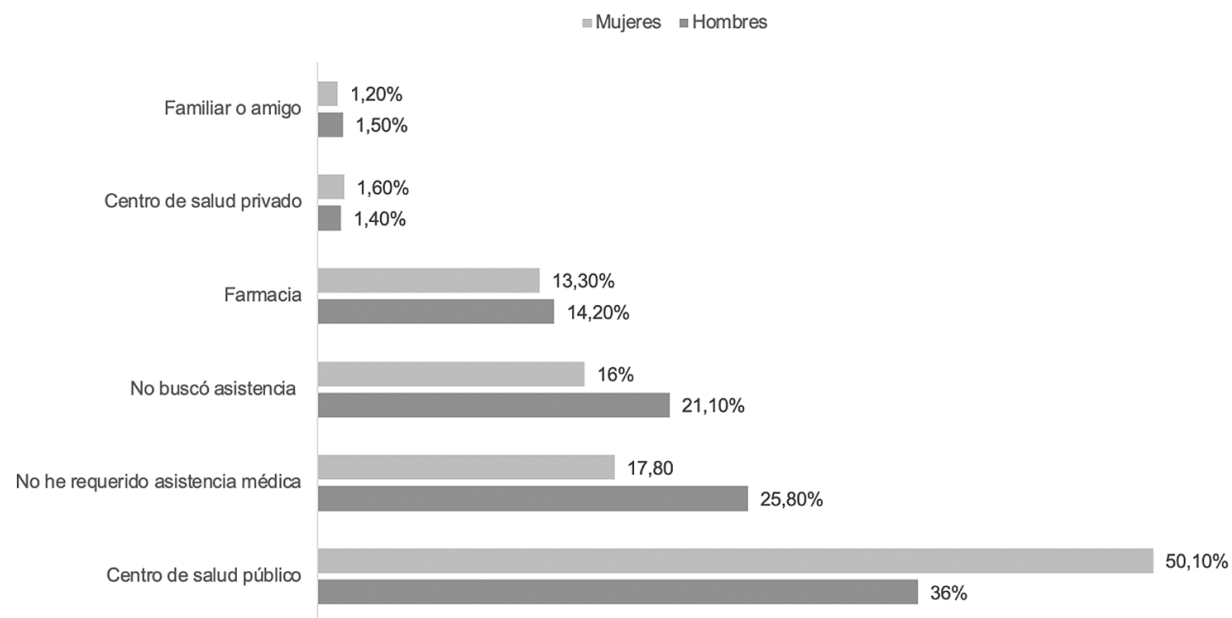
hombres y el 13,3% de mujeres optó por acudir a la farmacia; mientras que una minoría acudió a un centro de salud privado (1,4% de hombres y 1,6% de mujeres), o a un familiar o amigo (1,5% de hombres y 1,2% de mujeres) (figura 7). Finalmente, el 25,8% de hombres y el 17,8% de mujeres reportó no haber requerido asistencia médica.

Entre quienes tuvieron la necesidad de atención médica y no la buscaron, el 66,2% de hombres y el 64,7% de mujeres no supo a dónde acudir. Asimismo, el 9,9% de hombres y un 12,3% de mujeres no buscó atención en salud porque no tenía seguro médico; un 8,4% de hombres y 7,2%, respectivamente, por temor a la situación migratoria; el 6,4% de hombres y 8,5% de mujeres por el trato del personal de salud; un 4,2% y 3%, respectivamente, por el costo de la atención o traslado; y el 2,5% de hombres y 0,4% de mujeres por la distancia al centro de salud (figura 7) (OIM, 2019a).

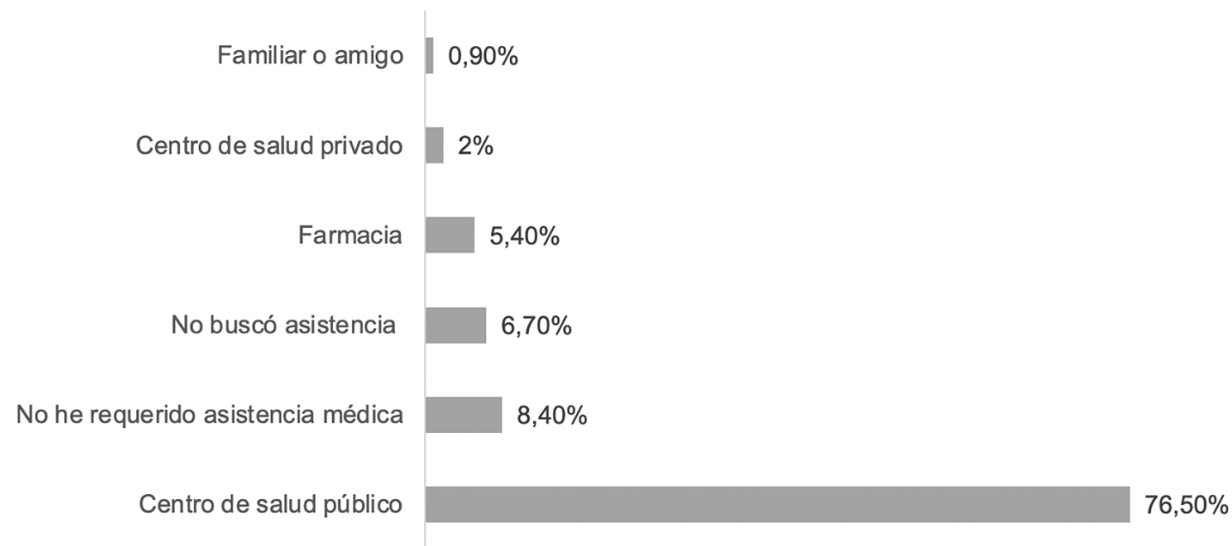
Finalmente, entre los encuestados que tienen hijos o hijas menores de edad, el 76,5% declaró haber acudido a un centro de salud pública, un 8,4% no haber requerido asistencia médica, el 6,7% no haber buscado asistencia en salud, el 5,4% que acudió a la farmacia, un 2% que visitó un centro de salud privado y, finalmente, otro 0,9% que acudió donde un familiar o amigo para resolver su problema de salud (OIM, 2019a).

Figura 7. Lugar de atención en salud y motivos de no consulta de venezolanos y ecuatorianos

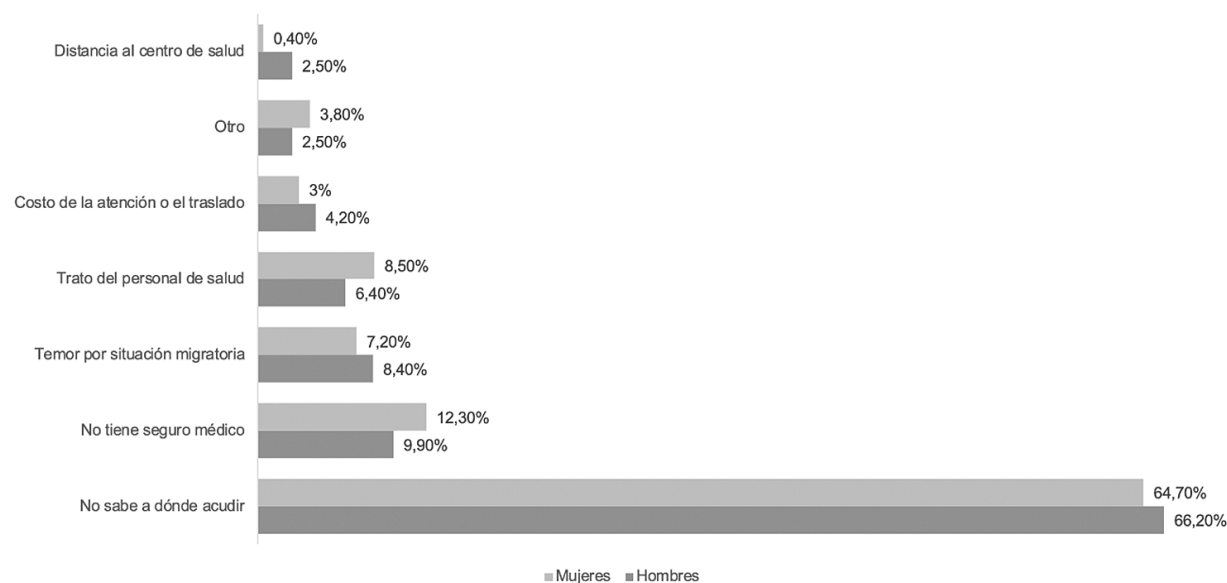
A dónde acude cuando requiere atención, según sexo



A dónde acude cuando requiere atención en caso de tener hijos menores



Por qué no buscó atención médica, según sexo



Fuente: OIM, 2019a.

En otro reporte reciente se constata que el 44% de los migrantes venezolanos encuestados dijo que recurriría a los servicios de salud públicos para encontrar atención médica en el Ecuador. Se observa que, en comparación con otros países receptores de la región, en el Ecuador el porcentaje de encuestados que declaró no haber buscado atención médica fue considerablemente mayor (41%). Más de un tercio de los encuestados dijo que pudo encontrar información sobre salud en centros de atención sanitaria; sin embargo, un poco más de la mitad señaló que no buscó ayuda (Chaves-González & Echeverría-Estrada, 2020).

Entre los migrantes entrevistados para este estudio hubo un número que utilizó los servicios públicos sin problema, otros que no han tenido necesidades de salud, y una persona que reportó no haber podido utilizar el servicio público y pagó por atención privada. Los migrantes que reportaron haber utilizado el sistema público refieren experiencias que se pueden calificar como positivas:

En el 2017 estuve hospitalizado porque se pensaba que yo tenía tuberculosis, pero no fue así, gracias a Dios. Tuve un derrame pleural, estuve hospitalizado por un mes y medio en el Pablo Arturo Suárez [centro de salud público], en el hospital que queda por Cotacollao; y de allí tengo mis citas cada tres, cuatro, cinco meses. La última vez fue febrero, y por este tema de la pandemia me la he anulado, pero gracias a Dios el próximo lunes 26 tengo la cita (ENT14).

Otro migrante refiere su experiencia personal y la de otra persona que vive con él: «Tuve una hernia y acá me operaron y todo, en el hospital de Yaruquí del Ministerio de Salud Pública. Excelente, todo bien. Tuve mi control preoperatorio, postoperatorio, todo excelente». Según él, le dieron «todo», incluso los medicamentos: «En ese momento, todo surgió bien: fui, me derivaron de mi centro de salud, al hospital, todos los canales regulares y todo perfecto. También era una operación rutinaria. Lo que sí se tardó fue la malla que era un poquito grande, quince por quince, pero se consiguió y no tuve ningún problema» (ENT17).

De igual manera, explica: «[...] conmigo vive acá la mamá de mi cuñada, que tiene cáncer, y le han atendido súper bien en el hospital Eugenio Espejo». Incluso durante la pandemia, «[...] recibe atención. También estuvo en el Hospital del Adulto Mayor porque tiene Parkinson, le hacen control en el Hospital del Adulto Mayor y, de hecho, le llamaban para que retirara sus medicamentos de control mensual» (ENT17). Una migrante entrevistada (ENT13) dio a luz en un hospital público, donde le dieron alimentación luego de un embarazo en el que le hicieron un control odontológico durante los controles. Otro migrante entrevistado reportó que su esposa dio a luz en un hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) donde «[...] la atendieron muy bien» (ENT18).

Quienes no han utilizado el sistema público no lo han necesitado o, al parecer, han podido solventar los costos de la atención privada, aunque es claro que hay limitaciones en el acceso. En Ecuador, un 39% del gasto total en salud es gasto de bolsillo, el 10,3% de la población gasta más del 10% de su presupuesto como gasto de bolsillo en salud, y un 2,4% de la población cae debajo de la línea de la pobreza por el gasto de bolsillo en salud (OCDE & Banco Mundial, 2020).

Una informante clave describe las dificultades que tuvo para atenderse en el sistema público de la siguiente manera:

No me vine con una enfermedad preexistente, tampoco he presentado ninguna aquí. Sí he tenido la necesidad de atenderme en algunas entidades médicas del sector público, ha sido un poquito engorroso conseguir que me atiendan, las referencias. El acceso fue muy complicado porque el sistema estaba saturado y tratar de conseguir cita para cualquier especialidad sí costaba un poco, y al momento de ser atendida también era un poquito complicado porque había que atender a muchas personas, entonces dedicar el tiempo necesario para mi persona, que era el paciente, era una atención muy básica (ENT16).

Esta paciente en particular se había hecho atender en el sistema público para pacientes sin seguro médico por un accidente que le causó una lesión en una rodilla derecha. Aunque debía atenderse en traumatología, que era la especialidad que correspondía a su necesidad en salud, no obtuvo una cita y la atendieron exclusivamente en medicina general. Finalmente, acudió al sector privado.

Otra informante clave refiere lo poco que ha utilizado atención en salud en Ecuador y las implicaciones que tendría el necesitar servicios médicos, pues no tiene un seguro público o privado:

Gracias a Dios nosotros no venimos con enfermedades preexistentes, necesidades especiales, ninguna, gracias a Dios. Lo que le digo es eso, no hemos podido mantenernos cotizando en el seguro social. Nosotros estamos por irnos a España y en estos últimos años es la primera vez que me estoy pagando para hacer un chequeo dental, un chequeo ginecológico; y fíjese que fui a Solca [Sociedad de Lucha contra el Cáncer] a hacerme la mamografía y me salió un óvulo en el seno, pequeñito y benigno. Y allí yo me doy cuenta [de] que si hubiese sido maligno, yo no tengo cómo pagar. Es muy a la buena de Dios (ENT15).

La experiencia de acceso y atención, como en el caso de los mismos ecuatorianos, también depende del tipo de perfil y el nivel de ingresos de las personas. Los migrantes profesionales tienen unas condiciones diferentes en las que resalta la comparación que realizan con Venezuela. Un migrante profesional, aunque imposibilitado de ejercer en uno de sus campos de trabajo porque no tiene el título homologado en Ecuador, refiere su experiencia familiar:

Mi esposa es hipertensa y toma tratamiento, y yo que soy albino y necesito usar protector solar en grandes cantidades. El acceso a las medicinas allá era muy difícil, cuando nos vinimos era muy difícil. Aquí sí hay. Nosotros vinimos en época de mucha escasez. Sobre todo, de protector solar, de ese tipo de medicina de uso continuo y crónico. En Venezuela, o no la hay o son inaccesibles a lo que uno puede ganar trabajando (ENT12).

Otro migrante profesional refiere lo siguiente:

Desde que estoy aquí en Ecuador, tengo mi seguro médico privado. No he tenido, de verdad, gracias a Dios, problemas de salud. Tengo mi seguro privado y con llamar a ellos puedo acudir a cualquiera de las clínicas afiliadas al seguro. Si no tuviera un seguro privado, sino que tuviera que acudir a la salud pública, te voy a ser sincero, por conocimiento de gente venezolana la salud pública aquí, aunque digan que uno es extranjero y está garantizada, creo que es bien complicado. En el caso mío, nunca he tenido, pero yo estoy regularizado, tengo mi documentación. De repente sí sería atendido, no creo que tendría ningún problema. Pero sí tengo conocimiento de personas [que], como no están regularizadas, les cuesta que les atiendan como deba ser. No la voy a comparar con Venezuela porque, de verdad, la salud

pública en Venezuela es caótica, pero creo que en Ecuador falta todavía mucho de que la salud pública tenga una mejor categoría (ENT18).

En este contexto, parece claro que existen problemas sistémicos en la atención de salud que afectan el acceso a los servicios de salud para la población migrante. El siguiente testimonio es de un funcionario de ONG:

En tema de salud, lo que yo percibo es que la pandemia abrió así como la cloaca. Hay problemas estructurales que están colapsando el sistema de salud y, desde luego, no hay la capacidad para atender los enfermos ni los internos, y menos los que están viniendo, que están viniendo muchos en grado de desnutrición, algunos con enfermedades, sobre todo estos vienen. Ahora que estaba en el Solca, que estaba esperando allí que mi esposa se iba a hacer unos exámenes de rutina, ahí yo vi venezolanos atendiéndose, personas mayores que se ve que tienen cáncer; entonces, qué pasa, qué hace una presión a colapso de algo que ya está colapsado internamente (ENT7).

Países como Argentina, Ecuador, Guyana y Trinidad y Tobago mantienen sistemas de atención médica que tienen como objetivo (al menos en el papel) garantizar la atención a cualquier persona que la necesite, pero el acceso universal no siempre es una realidad. A pesar de la legislación y las normativas que dicen que estos sistemas deben ser universales, a menudo carecen de recursos y están abrumados, lo que limita su capacidad de ofrecer atención (Selee & Bolter, 2020).

Además, en algunos contextos, existe también una desconexión entre la política nacional y local, y los proveedores de atención en salud no necesariamente implementan la universalidad del sistema. Aunque por ley los proveedores de atención médica en Ecuador no pueden rechazar a alguien debido a su situación migratoria, las organizaciones que trabajan con migrantes en el país dicen que hay muchos casos en los que eso ocurre, incluso en situaciones de emergencia (Selee & Bolter, 2020).

Cabe recalcar, además, que según el estudio de Ceja y otros (2020), la relación de los jóvenes con los centros de salud es casi nula. Aun así, los jóvenes que participaron en ese estudio, cuando se han hecho atender, sienten que han recibido un buen servicio, afirman no haber sido discriminados y haber recibido atención y medicinas. Algunas mujeres han tenido a sus hijos en Ecuador, e indican que el cuidado médico fue adecuado y gratuito. En general, los jóvenes tienen una percepción positiva sobre la salud y la educación.

2.4. Aseguramiento en salud

Uno de los problemas que enfrentan los migrantes ante la falta de estabilidad laboral es que no se encuentran asegurados en el sistema de seguridad social, o que no pueden pagar un seguro privado de salud o la atención en establecimientos privados. Al respecto, señala un informante: «Mi esposa se puso a cuidar niños y a ella la aseguraron, y cuando ella dio a luz la atendieron muy bien en el IESS, pero después del embarazo le pidieron que renunciara y todos esos beneficios ya no tiene» (ENT18).

Igualmente, el Estado no permite estar afiliado al IESS sin estar regularizado, sino que exige un seguro privado de salud:

En vez de pagarle a la salud pública y fortalecer el sistema público y que se inserte, alguien que metió la mano ahí, que quitó el registro público, que es la ley, la ley te dice: «Usted para terminar su regularización y sacar su empadronamiento para su cédula puede presentar un seguro público o privado». Al momento que ya no dejaban que se inscribieran los extranjeros, y se les generaba el número, ¿qué implica eso? ¿Para dónde va a ir la gente? Al privado. Y, entonces, ¿qué pasa ahí que estás pagando una cuota ahí en privado, pero cuando vas a hacerte las consultas o algo, ahí empieza el problema, a hacerse los locos? (ENT7).

Entre los retos persistentes en Ecuador se cuenta el hecho de que el sistema de seguridad pública del IESS no se adaptó a las nuevas necesidades:

Es preferible que la gente pague el IESS a que esté pagando en privado. Hay bastante gente porque, fíjense, nosotros ayudamos a la gente con el tema de migración, hemos tenido que hacer convenios hasta con empresas de seguro. Danos un seguro que la gente pueda pagar el seguro, que esté entre los mínimos y pueda cumplir el requisito migratorio. Toda la gente, si vamos a suponer, los 165 000 que regularizaron, todas esas personas tuvieron que haber comprado un seguro, porque si no pueden acceder a la regularización. Ahí tienes el número, porque lo pidieron como requisito (ENT7).

En consecuencia, el número de asegurados en el sistema público es limitado. Según un estudio realizado en Quito, la capital de Ecuador y su ciudad más poblada, solo el 12% de los encuestados está afiliado al IESS. De acuerdo con el mismo estudio, del total de afiliados, «[...] el 42,6% aporta entre 26 y 50 dólares americanos mensuales, seguido por el 28,6% cuyo aporte llega solamente hasta los 25 dólares. Un segmento del 28,8% aporta desde 50 dólares en adelante» (Célleri, 2019, p. 22).

2.5. Usuarios frente al sistema de salud

Respecto a la salud, en general los relatos de migrantes dejan ver que la relación con los centros de salud es casi nula. Sin embargo, cuando son atendidos, sienten que han recibido un buen servicio, afirman no haber sido

discriminados, y confirman haber recibido atención y medicinas. Algunas mujeres han tenido a sus hijos en Ecuador e indican que el cuidado médico fue adecuado y gratuito. En general, aunque entre los jóvenes hay sentimientos encontrados y relatos mixtos frente a la inclusión, tienen una percepción positiva sobre la salud y la educación (Ceja y otros, 2020).

Por ejemplo, existen ciertas diferencias de género que son importantes para entender la forma en que se sienten acogidos o rechazados los migrantes venezolanos en los espacios públicos. Algunas jóvenes consideran que hay más violencia machista en Ecuador que en Venezuela. Así lo relata Alina, quien dice estar a gusto en Quito y no haber sentido ataques xenófobos en su contra, pero es enfática al señalar que como mujer se siente en desventaja frente a los hombres ecuatorianos, quienes despliegan formas de acoso constantes (Ceja y otros, 2020).

Es necesaria mayor y más adecuada comunicación con los usuarios del sistema de salud. En particular, los pacientes no se rigen por el sistema de niveles de atención:

Hay una falta de cultura que hemos tratado de explicársela a la comunidad porque aquí hay un sistema de salud, entonces hay niveles de atención. ¿Qué pasa? Que al venezolano le duele una uña y sale corriendo para el hospital. Mijo, no es en el hospital. Si tú vives en Centro Norte tienes que buscar el centro de salud primario; y si el doctor ahí no puede, te va a remitir para otro lado; y si ese no puede, te remite para el hospital. Al venezolano esto no le entra eso en la cabeza, él se va directo para el hospital (ENT7).

Esto tiene un efecto en el sistema hospitalario, pues ahí se acumulan las personas demandando atención y el personal debe invertir tiempo en explicar a dónde deben acudir primero.

La atención de enfermedades crónicas como el cáncer en un sistema fragmentado como el ecuatoriano es, sin duda, un tema complejo y con pocos apoyos de cara a la población migrante. Cuando se trata de atenciones en el sistema primario o de operaciones de emergencia en el siguiente nivel, el servicio médico puede obtenerse dentro de ese marco de necesidad; pero cuando son condiciones de salud más graves como el cáncer, o que requieren operación, los hospitales exigen que el paciente esté registrado para que pueda ingresar por la vía regular y eso puede resultar en un impedimento para recibir atención oportuna si no se tiene la documentación necesaria.

2.6. La pandemia de COVID-19

Antes de la pandemia de COVID-19, el sistema no estaba «[...] funcionando al 100% y ha habido tantos problemas: que si la medicina se la llevaban, los médicos no atendían, que si no estaban capacitados, que si no estaban equipados» (ENT19). Según la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSP de Ecuador (2020), hasta el 2 de diciembre de 2020, de 194 876 casos confirmados de COVID-19 en Ecuador, solo 799 tenían nacionalidad venezolana, aunque era la nacionalidad extranjera con más casos, seguida por la colombiana, con 327 casos.

Cabe mencionar, sin embargo, que dichos datos deben ser puestos en el contexto de las limitaciones del país al realizar pruebas a la población no sintomática para tener una idea real de la magnitud de la epidemia, a lo que hay añadir las dificultades (y el estigma añadido) a la posibilidad de ser diagnosticado con COVID-19.

2.7. Seguridad alimentaria

Según una encuesta de la OIM (2018), el 36% de las personas que respondieron a la misma declararon que se habían quedado sin alimentos en los últimos siete días (Ripoll & Navas, 2018), lo cual da cuenta de la alta inseguridad alimentaria que hubo en los inicios del incremento del flujo de migrantes venezolanos hacia Ecuador. Eso significa que las personas que llegaban masivamente por vía terrestre a través de la frontera norte tenían una alimentación deficiente y, por tanto, «[...] mayor riesgo de desarrollar enfermedades nutricionales» (R4V, 2020a).

Según la encuesta realizada entonces, un porcentaje importante de los migrantes venezolanos (31%) tenía limitaciones en la cantidad de alimentos que consumía diariamente, el 56% no tenía todos los recursos para adquirir comida, y un 63% declaró que próximamente no tendría los recursos necesarios para procurarse alimentación. Entre las estrategias de adaptación se encontraban disminuir el número de comidas diarias, comer porciones más pequeñas u optar por comida más asequible; es decir, de menor calidad (R4V, 2020a). Según estos datos, el 72% no tenía acceso a todos los productos de la canasta básica familiar y un 55% de todos los hogares gastaban más del 40% de su dinero en comida.

A la falta de recursos se añade el hecho de que, por las condiciones de viaje hacia Ecuador y dentro del país, los alimentos no son siempre seguros o puede haber periodos en los que los migrantes sufren deshidratación. De

igual manera, los cambios de residencia pueden agravar en ciertos momentos estas condiciones, de por sí precarias, de la población venezolana en el país.

Los especialistas que han trabajado en puntos fronterizos coinciden en que se observa desnutrición y astenia en la población migrante venezolana como características principales. Concurrentemente, recalcan que el estado nutricional cambia conforme se van estableciendo en el país y adoptan características similares a la población local en contextos de precarización.

3. RESPUESTA SANITARIA DESDE EL ESTADO

Según los entrevistados, las normas migratorias han tenido impacto en el acceso a salud, el uso de los servicios de salud y la cobertura de los seguros de salud.

3.1. Búsqueda transfronteriza de salud

No son pocos los casos de personas que vinieron hasta Ecuador con la esperanza de hacerse atender por una condición que en Venezuela no podían tratar por falta de recursos propios o porque el servicio público se encontraba desbastecido. Los venezolanos que llegaban conocían que en el país no se negaba la atención médica por la condición migratoria, la única dificultad era que esa atención solo podía darse en la medida en que estaban disponibles los recursos humanos y los insumos médicos —inclusive los medicamentos—, lo que en un contexto de crisis fiscal suponía limitaciones tanto para la población de acogida como para los recién llegados. Aun así, hubo personas que no conocían que no había restricciones u otras que llegaron a tener temor de acudir a un establecimiento de salud, pensando que podían ser denunciadas e incluso deportadas (ENT2).

3.2. Estrategias de atención

Según un funcionario del Gobierno (ENT2), las estrategias de respuesta a la población venezolana se desarrollaban en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en el país. Se fortaleció la actividad extramural para captar casos, promocionar la salud y realizar inmunizaciones, considerando que la población venezolana podía evitar buscar atención o acercarse a los servicios como tal.

Según el mismo funcionario, hubo una alerta de brote de sarampión, una enfermedad que había sido erradicada en el país, para lo cual se modificó la vigilancia epidemiológica comunitaria, «[...] pero dentro del mismo marco del modelo de atención integral en salud» (ENT2). Por otro lado, según una especialista,

Todo el sistema debe ser fundamentado en la atención primaria en salud. Si nosotros logramos hacer una muy buena prevención y promoción de salud, al mismo tiempo que hacer la detección temprana y oportuna de las enfermedades, el sistema sanitario puede mejorar optimizando totalmente los recursos. De ese modo, trabajar con más médicos familiares, con médicos generalistas como son los pediatras, los ginecólogos, pero sobre todo quienes realizan promoción y prevención de salud, nos ayudaría muchísimo (ENT9).

3.3. Asignación de recursos

En Ecuador, uno de los grandes déficits que existe es el de personal en salud. Según las estadísticas, habría dos médicos por cada mil habitantes y 2,5 enfermeros por cada mil habitantes (OCDE & Banco Mundial, 2020).

Por ejemplo, en el tema de salud, estos esfuerzos para, por ejemplo, en la atención médica, acuerdos y convenios para que incluso médicos de Colombia en un momento, incluso de otros países, hayan llegado al país para dar atención y apoyo. Eso se realizó y eso es algo rescatable porque, si bien es cierto [que] tenemos una población de médicos...sí hay un déficit, siempre existe un déficit en el tema rural, en lo urbano marginal, sigue siendo un déficit y bastante limitada la atención, pero ha sido algo positivo que se ha logrado articular la atención médica (ENT8).

Según un funcionario del Gobierno, «el MSP no modificó su presupuesto en función de una atención para migrantes, sino que la cooperación internacional contribuyó con recursos [...] en dinero, bienes o servicios» que se asignaron según distritos y unidades de salud prioritarias, dependiendo del flujo de personas de nacionalidad venezolana. El rubro en el que sí invirtió directamente fue en inmunizaciones (tabla 5) debido al brote de sarampión (ENT2), aunque esto contrasta con la realidad de las inmunizaciones en Ecuador, donde la cobertura de las tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) en menores de 1 año, por ejemplo, es solo del 85% (OCDE & Banco Mundial, 2020).

El MREMH (2018) estimó que, entre enero y julio de 2018, el costo de la respuesta en emergencia con población venezolana fue de 5 693 449 dólares en consultas ambulatorias, atención en emergencias, egresos hospitalarios, partos normales, cesáreas, y tratamiento de cáncer y de VIH; y de 1 336 610,34 dólares para el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES),

entre enero y setiembre de 2018, destinados a acciones de atención a adultos mayores, desarrollo infantil, atención a personas con discapacidad y protección social.

Tabla 5. Estimación de costos de atención en salud para el Estado ecuatoriano

	Concepto	2017	2018	2019	Unidad
Estimación del costo fiscal total					
A	Presupuesto MSP	2727	2883	3060	USD millones
B	Estimación uso	0,10%	0,51%	1,28%	
C	Gasto total venezolanos	2,73	14,76	39,09	USD millones
Estimación del gasto por persona					
D	Población total, proyección INEC	16 776 977	17 023 408	17 267 986	Personas
E	Población sin seguro	59%	59%	59%	
F	Población objetivo MSP	9 898 416	10 043 811	10 188 112	Personas
G	Población migrante venezolana	84 636	238 422	293 565	Personas
H	% población migrante	0,50%	1,40%	1,70%	
I	Gasto por persona población total	162	168	175	USD
J	Gasto por persona población objetivo MSP	275	286	297	USD

Fuente: Banco Mundial, 2020.

3.4. Ausencia de norma o guía específica

El Gobierno se ha manejado a través de mesas de trabajo enfocadas en el influjo de la población migrante, señala una especialista entrevistada (ENT9), pero no hay un programa específico —como en el caso de la atención primaria o de la salud sexual y reproductiva— para la atención a dicha población. La explicación para esta especialista es que Ecuador es todavía un país «joven» en atención a inmigrantes en contraste con España, por ejemplo, donde hay literatura al respecto.

Según un funcionario de organismo multilateral, la situación no amerita un programa así puesto que existe «[...] la garantía de que las personas de movilidad humana puedan acceder a [...]» los servicios de salud; pues, aun con sus limitaciones, «[...] eso es positivo porque garantiza una respuesta en igualdad de condiciones a la población local» (ENT6).

Como matiza un migrante (ENT12), el Estado ecuatoriano no les ha dado una respuesta desde una perspectiva de salud; es decir, no ha interpretado el problema de salud desde la perspectiva migrante. Según un funcionario del Gobierno, solo «[...] existen especificidades en las estrategias de cooperación [con otros organismos] y captación de casos» (ENT2). Esto se hace evidente también en la atención en salud en casos de violencia.

Ingresan en estos escenarios los mismos protocolos que están para estos casos en general. Para el caso de violencia intrafamiliar o violencia de género, hay un protocolo específico. Claro, cuando el profesional de la salud detecta que la persona o signos de que la persona puede estar siendo [violentada], o lo que presenta puede ser consecuencia de un tema de violencia, puede llamar al 911 y, por ejemplo, solicitar la presencia de un policía y desencadenar ahí todo el procedimiento respectivo, donde las otras instituciones hacen su intervención, llámese fiscalía, policía, etc.; claro, siempre que el profesional llega a detectar una situación así. Sin embargo, en el marco de lo general, lo que compete a salud es la atención de lo que apremiare la salud o la vida de la persona; es decir, si el hecho de violencia le está generando una grave hemorragia, la prioridad en ese momento es detener la hemorragia (ENT2).

Según emana de la experiencia de los propios médicos del sistema de salud ecuatoriano, el MSP no tiene una política específica de atención al migrante como la tiene, por ejemplo, para la atención a otras poblaciones vulnerables como los adultos mayores. Es decir, las políticas regulares se han mantenido con la única ventaja de que el sistema es gratuito y no discrimina por la nacionalidad o situación legal de residencia. Aunque hay conocimiento de casos de rechazo a venezolanos, se considera que son aislados y que el acceso tiene diferentes entradas por emergencia, consulta u hospitalización.

Al mismo tiempo, los establecimientos tienen limitaciones, por ejemplo, en la entrega de medicamentos; y a pesar de la llegada de un número de personas adicionales, que no constaban en la planificación, no hubo un incremento en la dotación de recursos. Entonces, dada la presión en el sistema, y al no haber aumentado la atención o los servicios por la falta de una política específica que pudiera suponer la entrega de recursos adicionales, se reprodujeron en la población migrante las mismas brechas que enfrenta la población de acogida.

Aquí, realmente, yo considero que en el tema de políticas de salud no ha habido ningún cambio. Yo conocí el periodo de gobierno de Lenin Moreno, yo no considero que ha habido ningún cambio importante. Al crecer demográficamente tu población, debes incrementar el personal de salud que atiende en tus centros; e incluso si tus centros son insuficientes para

brindar la atención adecuada a tu comunidad, debes aumentar el número de tus centros. Eso no ha sucedido (ENT2).

Algo que se venía acarreado desde 2019 y que impactó especialmente en el año 2020 es que los ajustes con el Fondo Monetario Internacional (FMI), que exigían austeridad fiscal, desembocaron en el despido de personal sanitario, lo que también es referido por un médico que trata a población migrante y trabaja en el sistema de salud público.

Incluso antes de la pandemia hubo un despido significativo de personal sanitario, desde personal administrativo hasta personal operativo, bien sea médico, enfermeras, camilleros; hubo muchísimos despidos, y eso indudablemente influye en la calidad de atención que brindas a tus usuarios. Pudiese mejorar mucho la atención si contaran con el personal suficiente, porque tienen instalaciones acordes para brindar la mejor atención, pero con recurso humano por debajo del que debería estar laborando (ENT8).

3.5. Organización de los servicios de salud

La atención en salud se da en distintos momentos. Por una parte, existe la atención en frontera, vinculada a la atención en emergencia; por ejemplo, en los corredores humanitarios. Luego, se encuentran la atención en salud regular dentro del sistema de primer nivel y las referencias al segundo y tercer nivel, incluidas las emergencias; y, después, está la atención excepcional en casos de violencia.

Según el MSP, en 2018 se identificaron los siguientes «nudos críticos» que podían suponer brechas de atención:

- Escaso personal de salud en los puestos fronterizos para la atención masiva de personas en situación de movilidad, provocando desgaste físico y mental del personal.
- Falta de mantenimiento del equipamiento mayor y menor en establecimientos de salud.
- Falta de equipamiento en establecimientos de salud.
- Incremento en la demanda de servicios de salud.
- Incremento en listas de espera en establecimientos de salud.
- Brecha de talento humano en los establecimientos de salud y unidades móviles.
- Déficit de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en establecimientos de salud fijos y móviles.

- Alta demanda de cobertura de inmunizaciones (2019, p. 9).

Los datos de atención en salud de establecimientos del MSP, que no incluyen atenciones en establecimientos privados o en el IESS, muestran un crecimiento del número y la proporción de atenciones a venezolanos frente al número de atenciones totales en salud. En contraste con la atención en frontera, que es de primer nivel, en el Distrito Metropolitano de Quito hubo un aumento de demanda en el segundo y tercer nivel de atención (ENT2).

Aun así, los datos hasta 2019 solo son cálculos estadísticos, pues el MSP no recopilaba datos sobre nacionalidad. De igual manera, el sistema recopila todo tipo de atenciones (excepto las de enfermería), incluso las que no son necesariamente consultas médicas específicas, sino generales; por ejemplo, las consultas para actualizar un pedido de medicamento que originalmente no fue entregado en su totalidad por falta de insumos.

3.5.1. Atención en frontera

Al momento de la llegada a la zona fronteriza, no se necesitaba un documento específico de identidad para tener acceso a la atención de emergencia, pues ahí actuaban brigadas del MSP que atendían a la población que llegaba en «condiciones muy precarias». Había diferentes intervenciones, un tipo era por abuso sexual: «[...] por la trayectoria, la gran mayoría venía por tierra, redes de tráfico de migrantes, entonces sí había campañas de intervenciones por el tema de abuso sexual». También se realizaban procesos de vacunación, pero los recursos eran limitados; así, había «[...] pocos recursos para la alta demanda que en ese momento se estaba teniendo [...]» (ENT8), aunque se debe anotar que el país contó con el apoyo de otras organizaciones presentes en la zona y de organismos multilaterales.

Las atenciones en frontera eran, sobre todo, de primer nivel. En este sentido, destaca el corredor humanitario que se organizó en coordinación con Colombia y Perú, y para el cual el Gobierno ecuatoriano dispuso buses, también unidades móviles y ambulancias disponibles en diferentes puntos del trayecto de las personas en movilidad. Además del plan de contingencia específico, se fortalecieron las atenciones extramurales en el primer nivel de atención, donde también se dieron capacitaciones al personal de salud en derechos y respecto a cómo abordar a las personas migrantes. A raíz de ello,

quedaron buenas prácticas: «Seguro las personas de personal operativo que estuvo en contacto con estas personas quedó tocado de alguna manera y va a mirar desde otra perspectiva la salud pública, la salud familiar, la salud colectiva, es que son muchísimas cosas que en el nivel operativo se hicieron y que de alguna manera dejan lecciones» (ENT2). También se capacitó personal en vigilancia epidemiológica sobre qué signos buscar en las personas, no tanto con énfasis en una nacionalidad específica, sino en enfermedades como el sarampión, con cuyos síntomas los médicos jóvenes pueden no estar familiarizados.

En cuanto a la atención en frontera, los comités de emergencia que congregan los diferentes municipios hicieron grandes esfuerzos, primero, para coordinar las acciones y no duplicar esfuerzos; y, segundo, para tener el mayor alcance posible. En cuanto se declaró el estado de emergencia en Tulcán, al norte de Ecuador, el Comité de Operaciones de Emergencias (COE) se reunió con diferentes actores, procurando que hubiera diversidad. El flujo de migrantes recién llegados tuvo tintes muy dramáticos en los momentos de mayor ingreso de personas al país.

En la frontera norte, nosotros teníamos un efecto de cuello de botella desde el lado de Colombia, [pues] recibíamos en un punto crítico oleadas de miles de personas a diario de una sola vez. Entonces, ahí se incrementó la demanda de atención en salud versus en la frontera sur, donde nuestros establecimientos de salud no estaban con una demanda sobresaturada puesto que en la frontera sur, más bien, era la salida de estas personas hacia el Perú. Muchos de los que venían, venían caminando kilómetros y kilómetros desde Venezuela y venían con heridas propias de caminar, en los pies, en las plantas de los pies, lo cual ameritaba reposo, a veces tratamiento (ENT6).

Luego de ser mayoritariamente un lugar de paso, entre fines de 2018 e inicios de 2019 los datos fueron mostrando que la población se iba asentando, con preferencia en ciertas ciudades como Quito y Guayaquil, tal vez por un periodo extendido antes de volver a salir del país o con la ambición de quedarse definitivamente. Esto también cambió la estrategia en salud y exigió al personal desplazarse una vez más, esta vez lejos de la frontera, para ir de regreso a las ciudades. Este cambio en las preferencias de la población migrante significó que, tras aplicar un marco de respuesta en emergencia o humanitaria con un alto número de atenciones, el MSP pasó a necesitar una respuesta a mediano y largo plazo.

Me parece que, en términos de emergencia, ha habido una estructura de ir respondiendo a la dinámica. Entonces teníamos, por ejemplo, flujo de 1000, 2000, 3000 personas que entraban

diariamente por Rumichaca en su momento en el año 2018, incluso 2019, parte del 2019 también; hasta que se empezaron a desarrollar unas medidas más restrictivas de documentación, de exigibilidad, pues al inicio pasaban todos y luego se empezaron a desarrollar este tipo de medidas de documentación (ENT6).

Con ese cambio, el MSP pasó a una estrategia de brigadas de salud especialmente concentradas en prevenir brotes epidémicos y mantener actividades de vigilancia epidemiológica. Esto significó desarrollar esfuerzos para inmunizar especialmente a niños, niñas y jóvenes. El personal destinado a puntos de vigilancia en lugares de frontera o con altos picos de influjo de personas en movilidad humana está detallado por punto de atención en la tabla 6.

Tabla 6. Personal de salud destinado a puntos de vigilancia en respuesta a la migración venezolana, 2018

[illegible]

Tabla 6. Personal de salud destinado a puntos de vigilancia en respuesta a la migración venezolana, 2018

Zona 8	17	Terminal terrestre Guayaquil	0	0	0	2	2	2	2	2	8 horas
Zona 9	18	Terminal terrestre Carcelén	0	0	40	40	2	2	-	-	8 horas
		Total	93	125	156	201	137	139	131	130	-

Fuente: MSP, 2018.

Cabe resaltar que en los momentos de afluencia masiva, las brigadas de salud del Estado ecuatoriano han sido descritas como «muy importantes».

La presencia del Estado y de brigadas médicas fueron muy decisivas a la hora de atender a la población que estaba llegando en circunstancias muy complejas. Pasó la ola [de] la afluencia masiva, ya existe una disminución; de hecho, las brigadas se redistribuyeron en el resto del territorio, bajó esa presencia en la zona. Por ejemplo, en la zona de Lago Agrio hay un psicólogo para toda una población con varias necesidades (ENT8).

3.5.2. Atención en consulta externa

El número de atenciones en consulta externa para personas de origen venezolano en Ecuador tuvo un aumento considerable desde 2017 hasta 2019, año en que las consultas externas casi se triplicaron (tabla 7). En 2020, aunque solo se tienen datos hasta octubre, se puede notar la influencia que tuvieron las restricciones por la pandemia de COVID-19 en la disminución de atenciones, tanto para la población venezolana como en la de otras nacionalidades, inclusive la ecuatoriana.

Tabla 7. Atenciones en consulta externa según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

Desagregación	2017	2018	2019 (**p)	2020 (**p) (enero-octubre)
Ecuatoriano(a)	29 573 673	28 754 181	25 363 446	12 732 369
Colombiano(a)	127 330	149 287	188 593	106 668
Peruano(a)	21 058	20 951	21 765	12 102
Cubano(a)	4692	5254	7009	4885
Venezolano(a)	42 195	185 250	527 028	239 183
Otros	45 666	102 644	90 478	22 811
Total	29 814 614	29 217 567	26 198 319	13 118 018

Tabla 7. Atenciones en consulta externa según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

(**p): información provisional sujeta a variaciones.

Notas:

1. La información de 2017-2019 corresponde a atenciones registradas en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) e inferencia matemática para la nacionalidad venezolana en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) (1.6).
2. La información de 2020 corresponde a atenciones registradas en RDACAA (2.0) y PRAS.
3. La información obtenida del RDACAA 1.6 corresponde a atenciones profesionales: médico, odontólogo, psicólogo, obstetra, médico rural, obstetra rural y odontólogo rural.
4. La información obtenida del RDACAA 2.0 y PRAS excluye la información de atenciones brindadas por las especialidades de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería.
5. La información corresponde a los establecimientos de salud del MSP, fiscomisionales y al Servicio Nacional de Atención a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores.
6. La información de 2020 corresponde a las prestaciones brindadas en los meses de enero a octubre.
7. La información de atenciones por nacionalidad venezolana de los años 2017-2019 corresponde a una inferencia matemática debido a que el sistema RDACAA no dispone de la desagregación por nacionalidad venezolana, ya que esta se encuentra dentro de la nacionalidad «otros». La inferencia se realiza con la proporción de atenciones registradas en el sistema PRAS a partir de su implementación en el año 2017, llegando hasta el nivel de provincia.

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud (DNEAIS)(2020).

3.6. Egresos hospitalarios

Aunque los datos de egresos hospitalarios también son incompletos para el año 2020 (hasta octubre), se puede observar un aumento del número de pacientes venezolanos hospitalizados entre 2017 y 2019 (tabla 8). Este aumento corresponde al incremento del número de venezolanos que continuaban llegando y se iban asentando en Ecuador, o que permanecían en el país antes de continuar su trayecto hacia el sur del continente o regresarse al norte (a Colombia o a su país de origen).

Aun cuando Ecuador tiene una considerable población colombiana, que incluso se hace atender en frontera en el marco de los acuerdos binacionales, se puede observar que el número de egresos hospitalarios es estable en los últimos años. No obstante, con el cierre de fronteras terrestres por la pandemia de COVID-19 en 2020, se nota un decrecimiento de egresos hospitalarios en esta población.

Tabla 8. Egresos hospitalarios según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador, 2017-2020

Desagregación	2017	2018	2019	2020 (**p) (enero-octubre)

Tabla 8. Egresos hospitalarios según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador, 2017-2020

Ecuatoriano(a)	1 130 098	1 146 009	1 165 994	337 275
Venezolano(a)	1753	5716	14 905	10 810
Colombiano(a)	5262	6145	6815	2903
Peruano(a)	1410	1449	1580	496
Cubano(a)	262	292	369	107
Chileno(a)	160	222	203	17
Argentino(a)	199	208	180	20
Boliviano(a)	64	79	180	14
Hondureño(a)	17	28	23	7
Paraguayo(a)	22	19	13	6
Uruguayo(a)	22	29	52	-
Otros	4758	4492	5386	325
Total	1 144 027	1 164 688	1 195 700	351 980

(**p): la información del año 2020 está sujeta a variaciones.

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud (DNEAIS)(2020).

3.6.1. Atenciones en emergencia

Las atenciones en emergencia (tabla 9) son las que más presión causaron en el sistema de salud ecuatoriano, pues fue donde se registraron aglomeraciones de personas en grandes cantidades, especialmente en los picos de ingreso en frontera. Para responder a las necesidades más apremiantes, el MSP trasladó personal y puntos de servicio a los distintos puntos de frontera y a lo largo del corredor de tránsito de los migrantes venezolanos, tanto en la entrada desde Colombia como en la salida hacia Perú.

Tabla 9. Atenciones en emergencia según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

Nacionalidad	Total de atenciones de emergencia*
Ecuatoriana	3 324 413
Colombiana	22 968
Peruana	2721

Tabla 9. Atenciones en emergencia según nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

Cubana	1341
Venezolana	72 948
Otros	19 657
Total	3 444 048

(**p): la información del año 2020 está sujeta a variaciones.

Notas:

1. la información corresponde al periodo enero-octubre de 2020.
2. la información se obtiene de los establecimientos del MSP.
3. la matriz de emergencia no dispone de la variable «nacionalidad» para el periodo 2017-2019.
4. a partir del año 2020 se implementa la variable «nacionalidad».

Fuente: MSP, 2020. Elaborado por: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS).

3.6.2. Inmunizaciones

El Ecuador parte de que las brechas en inmunizaciones existen, pues aún no se llega a tener al 100% de la población inmunizada. Con la llegada de la población venezolana, hubo un incremento en la demanda; pero, además, la población en movilidad podía tener temor de buscar inmunizarse por su condición. Para enfrentar esto se coordinó una estrategia específica de captación de las personas que podrían estar en un riesgo o edad determinadas para vacunarlas (ENT2). Así, desde 2018 hasta octubre de 2020 (tabla 10), el MSP contabilizó 29 675 atenciones para inmunizaciones a migrantes venezolanos.

Tabla 10. Atenciones según esquema regular de vacunación por nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

Nacionalidades	2017	2018	2019	2020 (**p) (enero-octubre)
Ecuatorianos	2 849 103	2 878 138	2 731 876	2 222 737
Colombianos	1107	1551	2695	1729
Peruanos	682	490	499	376
Cubanos	61	825	291	87
Venezolanos	0	5236	16 273	8166
Otros	1715	6355	3 317	2044
Total	2 852 668	2 892 595	2 754 951	2 235 139

Tabla 10. Atenciones según esquema regular de vacunación por nacionalidad en los establecimientos del MSP de Ecuador (2017-2020)

(**p): la información del año 2020 está sujeta a variaciones.

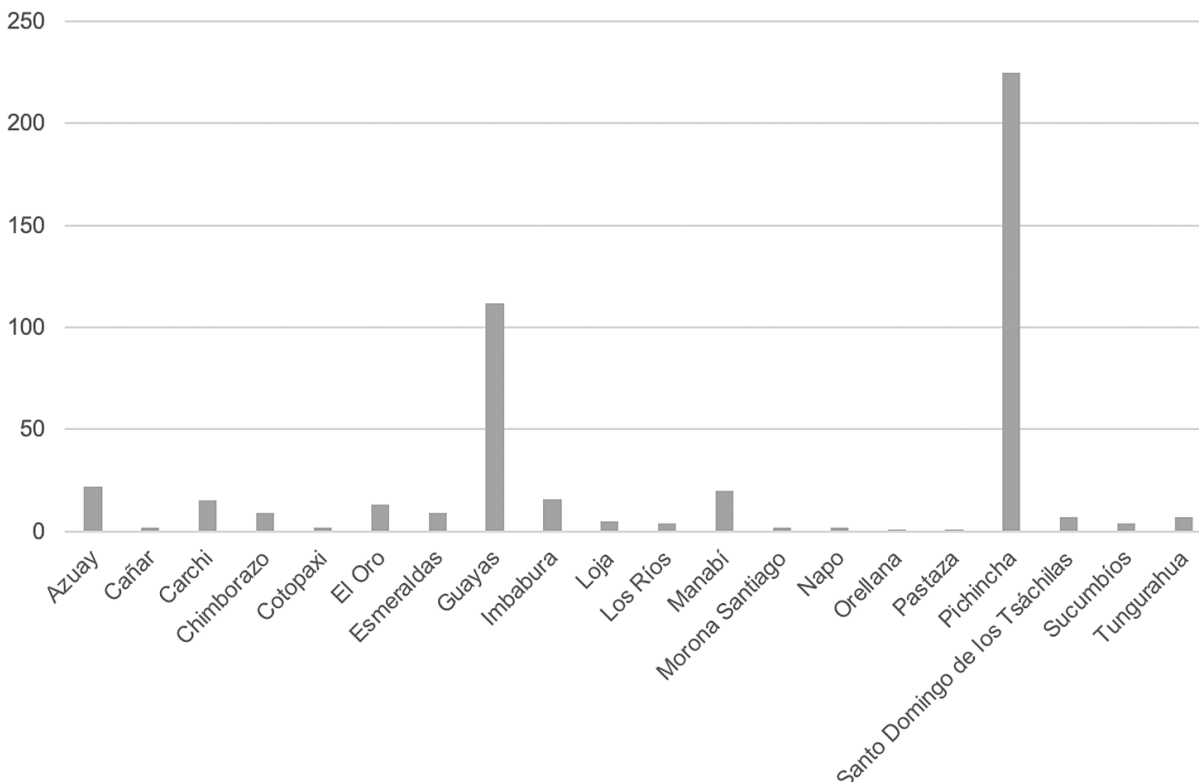
Fuente: matriz del esquema regular de vacunas, msp: 2017-2020.

Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud (DNEAIS).

3.6.3. Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas más importantes relacionadas con la migración venezolana fueron, por un lado, el VIH y, por el otro, el sarampión. En 2018, el MSP estuvo dando atención y medicamentos a 478 personas de origen venezolano con VIH (figura 8). El Estado no considera que el ingreso de población venezolana haya tenido un impacto significativo en la transmisión local del virus; es decir, no se registró un comportamiento ni incremento inusual. Más bien, fue el brote de una enfermedad erradicada como el sarampión lo que causó enorme preocupación en el Gobierno. Aun así, hubo más estigmatización de la población venezolana relacionada con el VIH.

Figura 8. Ciudadanos venezolanos con diagnóstico de VIH



Fuente: MSP, 2018.

3.6.4. Brechas en atención en salud

Un funcionario del Gobierno (ENT2) considera que las brechas en el servicio son más bien «estructurales», debidas a los límites del mismo sistema de salud y no a un trato discriminatorio. Aunque el Estado no tiene datos sobre discriminación o actitudes xenofóbicas de los profesionales de salud contra los migrantes venezolanos, hubo casos en los que sí tuvieron lugar acciones de discriminación o xenofobia contra personas de nacionalidad venezolana (ENT6).

Un estudio realizado con profesionales de salud encontró que hay preocupación de que, con los recursos limitados de Ecuador, se dé atención a los migrantes, pero la autopercepción del personal de salud del sistema público es que no se discrimina, sino en función de las propias limitaciones del sistema (Dressel y otros, 2020).

Para los entrevistados, resulta un ejemplo positivo para otros países que Ecuador tenga consagrado en la normativa de mayor jerarquía —la

Constitución de 2008— el acceso universal a la salud como un derecho por encima de la nacionalidad. El problema es que concretarlo «[...] implica recursos, implica políticas, implica decisión política, implica fortalecimiento del sistema de salud en todos los niveles, del primer nivel hasta el nivel de más alta complejidad, que en nuestro caso es el tercero, son un montón de cosas» (ENT2).

Según un funcionario del Gobierno (ENT2), el reto del modelo de salud pública de Ecuador es tener los recursos y las estrategias adecuadas. Funcionarios y especialistas entrevistados concuerdan en que el sistema de salud tiene brechas para la misma población ecuatoriana y que las restricciones en el acceso se debían principalmente a estas brechas, pero no a que hubiera una restricción institucional para la población extranjera. De la misma manera, estos informantes explican que son las limitaciones económicas del mismo país las que inciden en la posibilidad de que se brinde la atención que se necesita.

Según el RMRP de 2020, los recortes de presupuesto han afectado de manera importante al sector salud, impactando en su atención regular y también excepcional a la población migrante recientemente llegada.

Las medidas de austeridad implementadas por el Gobierno del Ecuador han resultado en una disminución del personal de salud y la reestructuración a nivel local, lo que a su vez ha impactado los recursos disponibles para la atención de la salud. Esta tendencia no solo podría afectar la disponibilidad y la calidad de los servicios prestados a personas refugiadas y migrantes de Venezuela, sino que también a la población de acogida. El decreto 826 no incluye excepciones que permitirían que grupos prioritarios, como personas mayores, personas que padecen enfermedades crónicas, mujeres embarazadas o personas con movilidad reducida, puedan entrar a Ecuador (R4V, 2020a, p. 104).

De acuerdo con la encuesta de la OIM publicada en diciembre de 2019, realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador, el 56,3% de los encuestados fueron hombres, 43,2% fueron mujeres, 0,5% se identificó como otro, un «[...] 5,1% de las encuestadas afirmó estar embarazada y 1,4% de los encuestados indicó vivir con una mujer en estado de gestación» (2019a, p. 13).

Ecuador tiene brechas en todos los niveles, desde la cobertura de inmunizaciones en primer nivel, pasando por la promoción de la salud; y, en segundo y tercer nivel, en la disponibilidad de camas, servicios y medicamentos (ENT2). Esto pudo haber sido exacerbado por la llegada de un alto número de personas que antes no necesitaban atención en salud:

En la frontera norte las atenciones eran más de primer nivel pero en la zona 9 en Quito podían ser en un importante número las atenciones que van a segundo y tercer nivel de atención. Se pudo determinar una demanda adicional al uso de los servicios de salud. Obviamente, [...] la respuesta de los servicios de salud fue en la medida que las brechas estructurales del sistema de salud lo permitieron (ENT2).

El Estado ecuatoriano podría identificar cuáles son las necesidades del sistema de salud para pensar en alternativas o acciones a tomar para abordarlas, el problema es que en Ecuador hay persistentes inequidades territoriales.

Una cosa es que yo esté en la sede de Quito, donde me pueden dar fácilmente una referencia a un hospital de segundo nivel para completar mi tratamiento, que si me identifican en el subcentro en la frontera en San Lorenzo, donde a lo mejor la referencia al hospital se hace muy compleja o, así vaya al hospital de segundo nivel, no tiene toda la capacidad en infraestructura y equipamiento para responder a la situación (ENT6).

Igualmente, hay otras barreras que funcionarios y especialistas no mencionan, como:

Por emergencia, todos los migrantes, donde sea que se encuentren, tienen el derecho a ser atendidos por el servicio de emergencia [...] Ahí vimos que había barreras físicas, culturales y barreras administrativas, pero más bien parece que eran barreras administrativas porque no sabían por qué programa ingresar, cómo hacer los descargos de los implementos que se iban a utilizar, etc. (ENT9).

Para esta especialista, la crisis humanitaria «[...] también evidenció mucho la crisis sanitaria que vive el Ecuador y la necesidad de aumentar los flujos y ser menos burocráticos y menos administrativos» (ENT9). En esto concuerda un médico que trabaja con población migrante:

Por ejemplo, en pacientes con patologías crónicas, supongamos que es diabético, van, le hacen la evaluación y generalmente deben darle medicamento para tres meses. Entonces resulta que tienen medicamentos, pero no para cubrir los tres meses, puede ser que le cubra uno o dos meses. Tiene que volver a la consulta, se le genera una nueva receta y él lo retira en la farmacia (ENT8).

La mayoría de los migrantes entrevistados para esta sistematización concuerda en que tuvieron acceso a atención pública en salud sin costo, aunque hay excepciones. Según una especialista, «También se estaba dando un proceso xenofóbico [...] La población migrante muy pocas veces quiere ser expuesta y eso depende mucho de la condición en la que estén de migración [...] Tiene usted también que ver que hubo un proceso xenofóbico por el asesinato de la mujer embarazada en Ibarra y en ese momento como que se ocultaron» (ENT9).

3.7. Seguimiento de usuarios

El MSP de Ecuador no ha llegado a hacer un seguimiento de cada individuo atendido, un problema estructural que también afecta a la población ecuatoriana; lo que sí pudo lograr es contabilizar la cantidad de atenciones, el tipo de atenciones y el nivel de atención. Esto significa que el Estado ecuatoriano no está en la capacidad de crear un perfil epidemiológico por morbilidad, pero al menos tiene conocimiento de cuáles son las consultas más comunes.

Idealmente, el país debería tener un censo en salud que registre dónde está la población atendida para estimar las posibles condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran y, de esa manera, desarrollar estrategias específicas o focalizar cierto tipo de atenciones. Esta información también serviría para que los organismos multilaterales y otras instituciones puedan tomar decisiones relativas al financiamiento o diseño de acciones para abordar las necesidades en salud, en conjunto o no con otras acciones. El problema es que nunca hubo un sistema integrado de información:

Nunca llegamos a hacer seguimiento de individuos, la persona Santiago que se atendía en Rumichaca quizás no la volvíamos a ver más porque no buscó la atención, sobre todo si no tenían enfermedades catastróficas o una enfermedad que estuviera sujeta a vigilancia. Cuando existían enfermedades catastróficas o una enfermedad que estuviera sujeta a vigilancia, obviamente hacíamos lo posible para poder mantener a esta persona en constante vigilancia y hacerle un seguimiento (ENT2).

Una de las condiciones de salud a las que excepcionalmente se da seguimiento en Ecuador es el VIH, que según la norma ecuatoriana tiene garantizada la cobertura en medicina y antirretrovirales sin importar el lugar de residencia dentro del país. Debido a que la receta médica debe renovarse, las personas con VIH regresan para recibir atención, especialmente porque la mayoría no tiene seguro público o privado y no puede afrontar el costo de los medicamentos por cuenta propia.

El resto de las personas con condiciones o enfermedades que no están sujetas a vigilancia epidemiológica, como por ejemplo el sarampión, no tienen una historia médica a la que el Estado pueda hacer seguimiento necesariamente, pues incluso para los ecuatorianos esto tiene limitaciones, aun dentro del sistema de seguridad pública o privada (ENT2).

3.8. Satisfacción con los servicios de salud

Para conocer la satisfacción con el servicio, los ecuatorianos y venezolanos usan los mismos canales y mecanismos, por lo que no se puede hacer un seguimiento sobre carencias (o cuestiones positivas o exitosas) en el servicio específicamente para población extranjera o migrante, inclusive para el caso de la discriminación. En materia de atención al usuario, no hubo un mecanismo para que el migrante pudiera reportar actitudes xenofóbicas. «Si alguien tenía una queja, podía hacerlo a través del sistema normal de quejas, seguimiento, etc. Pero así algo específico que pueda reportarse discriminación o eventos de esa naturaleza en un sistema en específico, no» (ENT6).

Al mismo tiempo, no se reportan barreras que no sean estrictamente regulares; es decir, que afecten igualmente a la población de acogida. De hecho, se considera que, dentro de los establecimientos del MSP que brindan atención sin costo a todas las personas que están en territorio ecuatoriano, el acceso se puede describir como «positivo» (ENT6). Lo que minó la capacidad de los servicios de salud fue la pandemia de COVID-19, que implicó una sobredemanda en unidades de salud y hospitales, y afectó los programas de atención primaria y de salud sexual y reproductiva para la población en general.

3.9. Falta de servicios de salud mental

En Ecuador solo hay 0,5 psiquiatras por cada 10 000 habitantes. Como explica un médico que trabaja con población migrante, los problemas de salud mental son fundamentales en este grupo:

El tema de salud mental incluso es más importante que el tema [de] salud física, porque hay personas que no tienen una enfermedad somática, sino que tienen problemas emocionales. Cada quien abandonó su país y el mero hecho de salir de tu país ya es un conflicto para ti como individuo; entonces, el tema de salud mental es bastante importante. Si le sumamos a esto la pandemia que estamos atravesando, son factores que suman para desequilibrar a cualquiera (ENT8).

Hay un consenso general de que una de las grandes «debilidades» en Ecuador es la esfera de la salud mental desde el apoyo psicosocial, aun para poblaciones locales, incluyendo la capacidad de responder efectivamente a la demanda de atención específica en salud mental. Las organizaciones internacionales u humanitarias locales no han colocado especial énfasis sobre el tema, en parte por la necesidad de satisfacer otras necesidades apremiantes. El Estado tampoco ha coordinado la atención o diseñado

políticas para responder a las necesidades en salud mental de la población de acogida y la recientemente llegada de Venezuela. En ese sentido, «Creo que el tema de salud mental es una tarea pendiente para toda la estructura de salud, me parece que no está desarrollada o tiene muchas debilidades, y donde la situación de movilidad humana es simplemente un aspecto más que se suma a otros aspectos deficitarios en el área de salud mental. Entonces es necesario priorizar eso» (ENT6).

Al ser el MSP el ente rector, si carece de la capacidad en cuanto a recursos materiales o personal, podría al menos adoptar mayor liderazgo; por ejemplo, coordinando con otros actores interesados. Desde los establecimientos educativos, a través de los departamentos de consejería estudiantil, se podría fortalecer el apoyo o la atención en los grupos de niños y jóvenes, pero siempre y cuando se generen mecanismos comunitarios de soporte, ya que el Ministerio de Educación (Mineduc) también tiene limitaciones. El MIES, que tiene un mandato que le permite brindar una respuesta directa, podría coordinar con estos dos ministerios.

La opción no radica únicamente en dar servicio específico de psicología o psiquiatría, sino en que se pueden crear alternativas para los migrantes, como «[...] sostenerlos con acciones más comunitarias, pero esa orientación y ese enfoque está muy débilmente desarrollado en el Ministerio de Salud, y creo que es algo que implica un desarrollo técnico más allá de las necesidades económicas. Hay una parte técnica que todavía siento que es débil» (ENT6).

Según una especialista, para abordar la salud mental se debería coordinar entre ministerios como el MSP; el MIES, que «[...] protege a personas vulnerables [...]»; la Cancillería, que «[...] lidera el tema de movilidad humana [...]»; y el MinTrabajo, «[...] porque en el ámbito laboral suceden muchísimas cosas que se deberían coordinar también con salud. El problema es que hay que encontrar una forma de coordinar la cooperación internacional y me da la impresión [de] que no está pasando» (ENT10).

Al mismo tiempo, es importante «[...] no confundir con otro tipo de patologías, sino entendiendo que se trata del proceso migratorio por el cual han atravesado y están atravesando las personas» (ENT8). El problema es que el presupuesto de salud mental es aún más limitado que el presupuesto general de salud, y las actividades en respuesta a la migración masiva de venezolanos para atender crisis o problemas de salud mental que se derivan

de la situación que están viviendo dependen de iniciativas focalizadas en ciertos establecimientos o servicios. Pero en Ecuador no existe una ley que respalde específicamente la atención en salud mental, lo cual implica una «deuda pendiente» tanto con el país en su conjunto como específicamente con la población migrante.

En esto, Ecuador contrasta con otros países de la región, en los que hay mayor atención en salud mental para la población en general y también con enfoque en procesos migratorios: «Yo he tenido conocimiento, experiencias en otros países donde existe un mayor énfasis de algo muy especializado en el tema de migrantes y salud mental. Aquí, lamentablemente, el tema en general de salud mental es bastante limitado y aún más con esta población» (ENT8).

Abordar el tema de la salud mental exige un «proceso de adaptación» que puede involucrar desde comprender nuevas formas de usar un idioma que antes era familiar hasta tratar de entender a las personas en el país de acogida y cómo relacionarse con ellas. Adaptarse, desde esta perspectiva,

[...] viene muy de la mano de cómo también interpretamos, entendemos y cómo nos relacionamos con los otros, con la alteridad en general. En esta alteridad están incluidas personas de otros orígenes nacionales. Me parece que también es un poco tratar de comprendernos y entendernos, [pues] si bien es cierto [que] hablamos español, nos entendemos, en muchos casos existen ciertas connotaciones, significados diferentes y que no es parte de nuestro lenguaje, que no es parte de nuestro relacionar (ENT8).

A las dificultades que supone el encuentro entre poblaciones que tienen un idioma y una historia en común, pero que cultivan otras formas de ser y de pensar, se añade la falta de acompañamiento a los migrantes en Ecuador, desde su llegada hasta su decisión de quedarse en el país. Hay organizaciones que les orientan en cuanto a sus derechos, pero no hay una «[...] transferencia desde lo real [...]», pues «[...] mi primera manera de identificarme [...]» ya no es por el nombre, sino porque «[...] soy colombiano, soy ecuatoriano, soy venezolano» (ENT8).

En el trabajo que realizan los diferentes investigadores se puede identificar que los migrantes no tienen la protección del Estado, mientras que las ayudas que pueden entregar las organizaciones multilaterales de manera directa o a través de las ONG son temporales y transitorias. No existe un mecanismo de seguimiento nominal para poder conocer el desarrollo de cada caso de inserción en Ecuador.

En este sentido, lo que se puede notar es que el proceso de migración provoca vacíos en los conocimientos cotidianos que se necesitan para enfrentar los retos del día a día, que esto provoca angustia y, por tanto, que tiene un impacto en la salud mental, especialmente cuando las necesidades más elementales se encuentran insatisfechas.

Hay muchas afectaciones que yo conocí, y hay muchos estudios sobre ello, cómo estos cambios desde lo real de no tener un lugar de referencia, no tener redes de apoyo, no tener lugar para dormir, una serie de afectaciones en muchos sentidos, y justamente uno de ellos es el tema de la salud mental, con las crisis que se generan. Entonces, cómo acompañar desde los procesos de una primera acogida, en un primer momento en los que se pueda dar esta transferencia de estos son los lugares, estos son los derechos, estas son las instancias, como pequeños elementos que nos dan cuenta para orientarnos, pero desde directrices que nos ayudan a ubicarnos mejor y a podernos desarrollar con menos angustia de lo que ya viene del proceso migratorio (ENT8).

3.10. Posible reapertura de fronteras terrestres

Al menos hasta fines de 2021, el Estado ecuatoriano dilató la reapertura de fronteras como medida de prevención de COVID-19. El problema es que «[...] la mayoría vive en la informalidad, están pasando las penurias indescriptibles durante este proceso de la pandemia y lo único que están esperando es que abran las fronteras para regresar» (ENT12). Pero el Estado no ha considerado crear un «corredor humanitario, pues teme que con este apoyo «[...] la gente se movilice en masa en frontera [...]», y eso significa «[...] regar el virus, eso es aumentar la posibilidad de la dispersión del virus» (ENT12).

4. APOYO A LA RESPUESTA ECUATORIANA DESDE ORGANISMOS INTERNACIONALES

En 2019, Miller y Panayotatos reportaron que solo el 28% del financiamiento que necesita el Acnur en Ecuador (38 millones de dólares) había sido alcanzado. El pedido total para las agencias del sistema de las Naciones Unidas y sus ONG socias era de 117,3 millones de dólares, pero solo un 17,4% había sido cubierto. Para las autoras, esto significa que la respuesta de Ecuador se podía calificar como «frágil» y, por tanto, debía darse más apoyo para la asistencia humanitaria, así como ayuda al desarrollo. En especial, esto se debía a que la Constitución ecuatoriana defiende los derechos de migrantes y refugiados, y para cumplir con esta obligación necesita ayuda para superar las limitaciones de su capacidad para hacerlo.

Igualmente, Miller y Panayotatos (2019) explican que las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) construyeron con base en base de una dilatada trayectoria asistiendo a refugiados colombianos los pasados treinta años. El Acnur mantuvo relaciones con autoridades locales y un número de ONG, aunque reducido. En los últimos años, su presencia había disminuido, pero aumentaron sus operaciones debido al desplazamiento de venezolanos. Según su sitio web, la Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS) es una de las organizaciones más grandes en Ecuador trabajando en el área de los refugiados. Funciona desde 2003 y actualmente tiene oficinas en Cuenca, Esmeraldas, Guayaquil, Ibarra, Lago Agrio, Quito, San Lorenzo, Santo Domingo y Tulcán.

La OIM y el Acnur, bajo la solicitud del secretario general de las Naciones Unidas, estableció en setiembre de 2018 la Plataforma R4V en la región, que trabaja en pos de su protección, asistencia e integración. Esta plataforma debía complementar y fortalecer las respuestas gubernamentales nacionales y regionales, y contribuir a la coordinación, «[...] la gestión de la información, la comunicación (mensajes e informes) y la movilización de recursos a través de grupos de trabajo» (R4V, 2020b).

Según el *Plan de Respuesta a Refugiados y Migrantes 2020* (R4V, 2020a) y la publicación *Protegiendo a las personas refugiadas en el Ecuador* (Acnur, s.f.), las siguientes organizaciones forman parte del Equipo Humanitario País (EHP):

- Cruz Roja Ecuatoriana.
- Sistema de las Naciones Unidas: Acnur, Acnudh, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (Unicef), Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (UNV), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (Unesco, por sus siglas en inglés), y OIM.

- Cooperación internacional: Asociación Flamenca de Cooperación al Desarrollo y Asistencia Técnica (VVOB) y Consejo Noruego para Refugiados (NRC).
- Organizaciones nacionales: Fundación de las Américas (Fudela), Desarrollo y Autogestión (DyA), Federación de Mujeres de Sucumbíos, Pastoral Social Tulcán, Pastoral Social Esmeraldas, Iglesia de San Miguel de Sucumbíos (Isamis), Conferencia Episcopal Ecuatoriana y Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP).
- ONG internacionales: Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA), Aldeas Infantiles SOS, Ayuda en Acción, HIAS, Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE), Child Fund, Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos (CISP), RET International, Plan Internacional, Fundación Avina, World Vision, Protos, Cáritas Ecuador, Misión Scalabriniana y Ending Violence Against Migrants (EVAM).

Como explica un funcionario diplomático entrevistado para este estudio (ENT19), las organizaciones multilaterales se mantienen en contacto directo con el Gobierno ecuatoriano y no con la representación de Venezuela en el país. Una de las razones es porque, aunque el gobierno de Juan Guaidó tiene delegado en la ONU, no está reconocido por esa organización (ENT19), y ese es el régimen que tiene representación diplomática en Ecuador.

En las entrevistas, autoridades y funcionarios de organismos multilaterales destacan el trabajo de las organizaciones multilaterales, sobre todo en frontera; y su coordinación con el MSP de Ecuador. Por una parte, la OIM dio transporte humanitario, pero fue especialmente la OPS/OMS la que ayudó con las revisiones en salud del personal sanitario ecuatoriano en Huaquillas y Rumichaca. Esto fue fundamental, máxime cuando el flujo de personas rebasaba las anticipaciones. Aun así, dicha tarea se volvió más complicada en el marco de la pandemia porque las poblaciones refugiadas y migrantes son «[...] proclives a infectarse, proclives a tener sintomatología [...]» (ENT4), por lo que los organismos multilaterales pusieron atención a grupos de atención prioritaria y población en situación de calle para darles

hospedaje, con el MSP realizando seguimiento, brindando atención y dando referencias para que las personas no tengan que ir a un hospital.

Bajo el entendimiento de que la mayoría de los venezolanos que entran al país buscan seguir hacia Perú, Ecuador estableció un corredor humanitario con buses que trasladaban a esos migrantes de la frontera norte a la frontera sur (Ripoll & Navas-Alemán, 2018). Para este corredor hubo ayuda de diferentes agencias de las Naciones Unidas, como el Acnur, la OIM, el Unicef y el PMA, además de la Cruz Roja y la Iglesia católica. Se pusieron carpas porque había personas que, de lo contrario, habrían dormido a la intemperie. Con el apoyo del Unicef, la OPS/OMS y el Acnur, se dio atención en salud; mientras que el Unicef y la OIM entregaron insumos de higiene y también ayudaron con agua potable e infraestructura sanitaria. Las organizaciones también contribuyeron con información sobre dónde pasar la noche y cómo evitar que el engaño o verse envueltos con mafias. Citando a la OIM (2018), Ripoll y Navas-Alemán (2018) reportan que en Quito el 15% de los migrantes recibieron este tipo de asistencia institucional.

Según una especialista, aunque llegan fondos de cooperación internacional, no es el Estado el que realmente coordina ni prioriza en qué se usan.

Parece que no está habiendo una coordinación desde el Estado ecuatoriano para priorizar temas; entonces, ahí creo que se deberían priorizar temas claros y enviar a la cooperación y no al revés, no que llegue la cooperación a poner los temas y que se invierta doble o triple en temas parecidos. Eso me parece que está fallando. Yo creo que ahí el Estado debería sentarse a priorizar y debería coordinar, eso junto con los ministerios. Me parece que es la cooperación internacional la que llega, la que pone temas y además busca la coordinación con ministerios, [pero] debería ser al revés. Y creo que eso se debería coordinar antes de que lleguen los recursos y ya transparentar todos los recursos que están llegando (ENT10).

Ante la limitación de recursos en la frontera, el país tuvo apoyo tanto de organizaciones multilaterales del sistema de las Naciones Unidas como de ONG (ENT8).

4.1. Financiamiento externo

En esta sección se hace una descripción de los hallazgos sobre financiamiento (origen, beneficiarios, sector y montos) con un enfoque específico en el área de salud, pero se debe considerar que el financiamiento destinado a las áreas de protección y alimentación constituyen una

inversión en los determinantes más amplios de la salud y, por tanto, se ha incluido en este estudio.

Del financiamiento total externo en 2019 (tabla 11) de 61 476 704 dólares, solo 1 908 796 (3,1%) fueron destinados específicamente a salud, con el apoyo de los Gobiernos de Estados Unidos (1 897 087 dólares,) y Alemania (11 709 dólares), según la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, 2020).

Tabla 11. Financiamiento total externo 2019

Fuente	Monto USD
Gobierno de Estados Unidos de Norteamérica	49 417 905
Gobierno de Japón	3 197 223
European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department	2 786 468
Gobierno de Canadá	1 861 992
Central Emergency Response Fund	998 297
Gobierno de Países Bajos	682 595
Gobierno de Suecia	606 420
United Nations Children's Fund	447 523
Latter-Day Saint Charities	400 000
International Labour Organization	318 613
United Nations Population Fund	305 250
Gobierno de Colombia	106 323
Gobierno de Noruega	92 374
Start Fund	77 651
Comisión Europea	60 092
Aktion Deutschland Hilft	56 073
No especificado	30 196
Gobierno de Australia	20 000
Gobierno de Alemania	11 709
Total	61 476 704

Fuente: OCHA, 2020.

Del financiamiento externo total de 2020 (tabla 12), que asciende a 112,1 millones de dólares entregados, 11 346 053 dólares (10,1% del total) se

destinaron específicamente al sector salud, incluida la respuesta en salud y agua, saneamiento e higiene (WASH, por sus siglas en inglés) frente a la pandemia de COVID-19. Es decir, el financiamiento para este ítem fue mayor en cantidad y proporción que el financiamiento externo total recibido en Ecuador para la respuesta a la migración venezolana.

Tabla 12. Financiamiento externo total para 2020

Origen	Organización receptora	Sector	Monto
European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department	Danish Refugee Council	Seguridad alimentaria, salud, protección	1 837 238 (fronteras compartidas)
Gobierno de Estados Unidos	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	COVID-19 (salud, WASH)	1 415 000
Gobierno de Suiza	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	Salud	157 205
Gobierno de Estados Unidos	ADRA	Salud, protección, WASH	1 385 000
OPEC Fund for International Development	OMS	Salud	500 000
Gobierno de Alemania	OMS	Salud	849 616
Gobierno de Gran Bretaña	OMS	Salud	674 140
Gobierno de Azerbaiyán	OMS	Salud	176 000
Gobierno de Alemania	OMS	Salud	1 168 198
Gobierno de Canadá	OIM	Salud	152 614
Gobierno de Estados Unidos	Unicef	Salud	197 280
Gobierno de Estados Unidos	OIM	Salud, WASH	540 000
Gobierno de Gran Bretaña	OMS	Salud	34 707
Gobierno de Estados Unidos	OIM	Salud	292 396
Gobierno de Alemania	Plan International	Protección de niños, salud	306 678
Comisión Europea	OIM	Salud	94 076

Tabla 12. Financiamiento externo total para 2020

Gobierno de Estados Unidos	Unicef	Salud	97 200 (fronteras compartidas)
Gobierno de Estados Unidos	World Vision Estados Unidos	Salud, protección, WASH	499 089
Qatar Charity	Qatar Charity	Salud	464 616
Central Emergency Response Fund	Unicef	Salud	107 000
Solidarity Response Fund	Unicef	Salud	378 000
Gobierno de Canadá	OMS	Salud	20 000

Fuente: OCHA, 2020.

4.1.1. Financiamiento de Estados Unidos

El Gobierno de Estados Unidos de Norteamérica ha dado financiamiento para la respuesta a la llegada de migrantes y refugiados venezolanos a Ecuador desde 2018, cuando entregó 10 518 187 dólares (tabla 13). Ese año, a través de la Office of Food for Peace (FFP) de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid, por sus siglas en inglés), financió con siete millones de dólares la asistencia alimentaria (bonos) que el PMA daba a «[...] venezolanos vulnerables, colombianos que huyen de la violencia y la inseguridad en Colombia y las comunidades de acogida en Ecuador» (Usaid, 2018). También le entregó 500 187 dólares al Servicio Jesuita para Refugiados (SJR) para albergue temporal, asistencia legal a venezolanos en Ecuador, y programas para que los recién llegados y la población de acogida tengan un mayor acceso a medios de vida.

Tabla 13. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador en 2018

Organización	Actividad	Zona	Monto
Departamento de Estado/PRM			
OIM	Asistencia multisectorial	Todo el país	718 000
SJR	Albergue y asentamientos, medios de vida, protección	Todo el país	500 187
Acnur	Asistencia multisectorial, protección	Todo el país	1 300 000

Tabla 13. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador en 2018

Unicef	Educación, protección	Todo el país	1 000 000
Usaid/FFP			
PMA	Bonos para alimentos	Todo el país	7 000 000
Total			10 518 187

Fuente: Usaid, 2018.

En 2019 los equipos de asistencia humanitaria habían determinado que las necesidades prioritarias de la población venezolana eran los alimentos, los medios de vida, la información y el apoyo legal para su regularización, los servicios de soporte psicosocial y el albergue (Usaid, 2019). Ese año, el Gobierno de Estados Unidos entregó 44,7 millones de dólares para apoyo multisectorial (tabla 14). En agosto de 2019, el PMA dio asistencia a 99 900 personas, aproximadamente, en diez de las veinticuatro provincias de Ecuador, sumando un total de de 278 000 personas beneficiarias desde enero.

Las actividades del PMA incluyen dar bonos de alimentos a grupos vulnerables como mujeres embarazadas y con niños lactantes, y distribución de comida caliente en albergues y cocinas comunitarias. Según Célleri, el bono entregado por el PMA consistía en 25 dólares y era entregado a «[...] los inmigrantes [...] en sus primeros meses de llegada al país» (2019, p. 21). Entre el 2 y el 6 de setiembre del mismo año, el SJR dio asistencia legal a 150 venezolanos y colombianos, y distribuyó alrededor de 200 paquetes de ayuda para educación, alimentación, salud e higiene a hogares vulnerables en Ecuador. Del apoyo total, 4 425 965 dólares fueron específicamente destinados a salud, según OCHA (2020).

Tabla 14. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador, 2019

Organización	Actividad	Zona	Monto
Departamento de Estado/PRM			
CARE	Protección	Todo el país	1 981 320
HIAS	Protección	Todo el país	2 000 000

Tabla 14. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador, 2019

Cruz Roja	Asistencia multisectorial	Todo el país	100 000
OIM	Asistencia multisectorial	Todo el país	5 200 000
SJR	Salud, protección, albergue, asentamientos	Todo el país	1 897 087
NRC	Prevención de violencia basada en género, protección	Todo el país	1 306 600
Acnur	Asistencia multisectorial	Todo el país	6 000 000
Unicef	Educación, salud, asistencia multisectorial, protección, WASH	Todo el país	2 600 000
ONU Mujeres	Asistencia multisectorial	Todo el país	600 000
Usaid/FFP			
PMA	Bonos de alimentos (compra local, regional internacional)	Todo el país	23 000 000
Total			44 685 007

Fuente: Usaid, 2019.

En 2020, el financiamiento del Gobierno de Estados Unidos sumó 80 885 717 dólares (tablas 15 y 16).

Tabla 15. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador en 2020

Organización	Actividad	Zona	Monto
Departamento de Estado/PRM			
OIM	Asistencia multisectorial	Asistencia multisectorial	15 600 000
Acnur	Asistencia multisectorial	Asistencia multisectorial	10 000 000
Unicef	Asistencia multisectorial	Asistencia multisectorial	2 100 000
Asociación de Voluntarios en Servicio Internacional (AVSI)	Protección, medios de vida, albergue		1 613 000

Tabla 15. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador en 2020

CARE	Protección, salud, medios de vida	Todo el país	2 999 917
HIAS	Protección, salud, medios de vida, integración	Todo el país	4 272 000
SJR	Protección, salud, educación, medios de vida	Todo el país	1 500 000
NRC	Protección, salud, albergue, educación	Todo el país	2 230 800
Usaid/FFP			
PMA	Transferencias en efectivo para alimentos, bonos de alimentos, servicios complementarios	Todo el país	35 000 000
Total			75 315 717

Fuente: Usaid, 2020.

Frente a la pandemia de COVID-19, el Gobierno de Estados Unidos entregó un financiamiento adicional para asistencia humanitaria por un monto de 5 570 000 dólares (tabla 16). Al ser asistencia multisectorial, este incluyó el sector de salud, pero no se conoce específicamente qué monto fue entregado para dicho sector, excepto lo especificado en la tabla 15.

Tabla 16. Fondos entregados por el Gobierno de Estados Unidos para la respuesta de Ecuador en 2020 en relación con la pandemia de COVID-19

Organización	Actividad	Zona	Monto
CARE	Asistencia multisectorial	Todo el país	540 000
Acnur	Asistencia multisectorial	Todo el país	4 300 000
Unicef	Asistencia multisectorial	Todo el país	730 000
Total			5 570 000

Fuente: Usaid, 2020.

4.2. Respuesta desde fundaciones y organizaciones sociales

Según presupuestos asignados, por ejemplo, por el Gobierno de Estados Unidos desde el Departamento de Estado y la Usaid, hay trabajo por documentar de parte de fundaciones y organizaciones sociales, pero la búsqueda documental no arrojó muchos informes y reportes de estas instituciones que puedan dar cuenta de manera consolidada del trabajo

realizado. Una posible explicación para esto es porque los presupuestos asignados específicamente para el sector salud son los más bajos (3,1% del financiamiento externo total en 2019). Otra posible explicación es que las ONG no llegan a la mayoría de migrantes y refugiados.

Como expuso un migrante entrevistado (ENT14) para este estudio, las instituciones del Gobierno no daban acompañamiento institucional a esta población, sino organizaciones como el Acnur y Caritas de Ecuador, pero, como identificó la más encuesta de la OIM a fines de 2019 (2019a) — realizada con población venezolana en ocho ciudades de Ecuador—, la mayoría de encuestados (90,5%) dice «[...] no haber recibido ningún tipo de acompañamiento institucional [como, por ejemplo, alimentación o asistencia legal] durante su viaje» (2019a, p. 11).

No hay estudios externos sobre el impacto del trabajo de fundaciones y organizaciones sociales, por lo que queda por verse cuál ha sido el efecto de las donaciones realizadas. Entre los migrantes que tenían una opinión al respecto, destaca la siguiente descripción:

El Estado ecuatoriano recibió unas millonadas y logró en un plan casi de un año visar yo creo que el 15 al 16% de la población que ha entrado aquí. No es efectivo. La cantidad de dinero que recibió [era] para 400 000 o 500 000 que somos acá, de los cuales se sabe que la mayoría están irregulares; no era para atender apenas 40 000 personas, por decir una cifra que ahorita no recuerdo. La manera en que lo están haciendo no facilita las cosas, hay un doble discurso. Y, mientras tanto, siento que no es solo aquí, sino que el negocio, los desplazamientos se están convirtiendo en un negocio a nivel mundial, de donde ayudar a las personas desplazadas viven los Estados, viven las organizaciones, pero los desplazados no viven (ENT15).

Una iniciativa que al menos dos entrevistados conocían era la plataforma de médicos venezolanos voluntarios que surge a partir de la saturación de los servicios de salud durante la pandemia de COVID-10. Con médicos con títulos homologados o no en Ecuador, se creó una plataforma de consulta prioritariamente para venezolanos, aunque también se dio atención a ecuatorianos.

Ha funcionado muy bien, lo cual hace un nicho de que un sistema de salud, que no se pueda decir que es el más desarrollado por el continente, se ve colapsado con los propios ecuatorianos, entonces ponle medio millón más de venezolanos. Nosotros llevamos un registro de eso [...] tenemos atendidos durante la pandemia aproximadamente 2000 casos desde el mes de marzo, de los cuales el 40% son ecuatorianos, 10% peruano, chileno, otra gente, 50% venezolanos. Fuimos los encargados de reclutar al personal, teníamos una plataforma de 40 a 45 médicos en todo el país, y que dan su teléfono y ellos reciben llamadas telefónicas. Nosotros no les preguntamos de dónde llama sino qué es: si es venezolano, si es ecuatoriano, y las causas por las que llaman (ENT12).

Existen varias iniciativas con apoyo de organismos internacionales y esfuerzos puramente locales. El reciente reporte del Banco Mundial (2020) menciona que los migrantes venezolanos reportan tener más confianza en las ONG (fundaciones, iglesias) que en las instituciones del Estado ecuatoriano. La página web del Acnur Ecuador incluye un listado de organizaciones de:

- Apoyo legal: AVSI, Aldeas Infantiles y Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos.
- Salud: Defensoría del Pueblo, Diálogo Diverso, FEPP, Fundación Alas de Colibrí, CARE y Lunita Lunera.
- Educación: Consejo Noruego para Refugiados, Fudela y HIAS.
- Tarjetas alimentarias: HIAS, Visión Mundial y Plan Internacional.
- Atención psicosocial: Aldeas Infantiles SOS, HIAS, Comité Permanente por la Defensa de los DDHH (CDH), FEPP y Fundación Alas de Colibrí.
- Atención personas LGBTI+: HIAS, Diálogo Diverso, Fundación Ecuatoriana Equidad, Fundación Lunita Lunera, Asociación Asiris Imbabura, Colectivo LGBTI y Somos Divers@s.

Otros servicios (<https://help.unhcr.org/ecuador/bienvenido-a/donde-encontrar-ayuda/contactos-de-organizaciones/>).

Ripoll y Navas-Alemán (2018) documentaron, además, varias campañas de apoyo a la población migrante, entre las que se pueden resaltar:

- Campaña «Inspiras dignidad. Respiramos igualdad»: la campaña se realizó como colaboración entre el Acnur y la Defensoría del Pueblo. Se fundamentó en una «campaña de sensibilización» que incluyó acciones de comunicación, como: página de Facebook, talleres con periodistas, foros sobre la comunicación y la no discriminación, acciones de sensibilización pública, trabajo con la Asamblea Nacional para la sensibilización del funcionariado, etc.
- Campaña «Convivir en Solidaridad»: esta campaña, liderada con el Acnur y lanzada en diciembre de 2010, se implementó a través de una

«[...] plataforma de trabajo conjunto, inter-agencial, de la sociedad civil, las organizaciones internacionales, asociaciones de base y colaboración con las instituciones del Estado Ecuatoriano». Estos actores se habían dinamizado alrededor de la creación de un *Manifiesto contra la discriminación y xenofobia*, lanzado el Día de los Derechos Humanos (10 de diciembre) de 2010. El manifiesto estipulaba las preocupaciones que las organizaciones tenían a raíz de los casos de discriminación en el país. Esta importante plataforma es base de unos grandes éxitos, ya que no solo disponía de grandes recursos, sino que se pudo actuar a diferentes niveles: nacional y local, con instituciones del Estado, la sociedad civil y la ciudadanía, con un gran impacto. El objetivo de la campaña era crear un esfuerzo colectivo para combatir la discriminación y la xenofobia. El mayor acierto consistió en incluir otras dimensiones de discriminación, integrando temas de raza, etnia, edad, género, orientación sexual, capacidades especial esy otras, que también tienen un rol y se deben tratar de manera conjunta. Con la campaña se pretendía promover una cultura de paz, fraternidad, inclusión y sororidad.

- Campaña «Ponte en sus zapatos»: respuesta de la fundación Fundamedios respondió a la crisis migratoria actual. Su objetivo fundamental es promover la empatía con el migrante y recordar al público la hermandad entre los dos pueblos. El enfoque consiste en resaltar la situación terrible que está viviendo el migrante venezolano e indicar cómo la respuesta debe partir de la generosidad. Esta estrategia conlleva el riesgo de generar sentimientos menos positivos, por ejemplo, de impotencia o desesperación en el público.
- Campaña de prevención y sensibilización contra la xenofobia y otras formas de discriminación: en diciembre de 2017, la Cancillería del Ecuador, con el apoyo del Acnur, lanzó la campaña de prevención y sensibilización contra la xenofobia y otras formas de discriminación. El objetivo es «[...] garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas [...]» y «[...] afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades». Esta campaña es una continuación del trabajo que ha venido realizando la cancillería, en colaboración con el Ministerio de Educación, en la

promoción de la inclusión social durante años, tanto con niños y niñas como con adolescentes. La campaña va dirigida a estudiantes «[...] para que se conviertan en voceros y activistas en contra de actitudes xenofóbicas y de discriminación»

- Proyecto «Mi casa fuera de casa»: la organización Diálogo Diverso, financiada por la Embajada de Canadá en Ecuador, trabajará en el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI de Venezuela en Quito a través de la creación de un centro de referencia para sus necesidades. Esta iniciativa resalta la importancia de la interseccionalidad en el trabajo con los migrantes y refugiados, con énfasis en sus circunstancias y derechos particulares.
- Marcha de la Luz: otras iniciativas han incorporado la situación de los refugiados venezolanos, por ejemplo, en el caso de la Marcha de la Luz, realizada en octubre de 2018, en la que se protestaba con un enfoque de derechos (humanos y animales) contra la xenofobia. Se quería resaltar aquí también la experiencia que conectó la identidad ecuatoriana con la solidaridad. En esa línea, el apoyo popular a los damnificados del terremoto de 2016 fue un ejemplo positivo de solidaridad y movilización social que puede ser utilizado como muestra de que los ecuatorianos son solidarios.

Además, las organizaciones Venezolanos en Ecuador y Migrante Universal, localizadas en Quito, proveen información sobre asuntos migratorios, oportunidades de trabajo, modos de adaptarse a la cultura local, ventas de enseres de segunda mano, alquileres, regulaciones educativas para los niños y adolescentes, enlaces a páginas del Gobierno y apoyo en salud, entre otros temas.

Durante la pandemia de COVID-19 hubo varios esfuerzos para apoyar a venezolanos afectados por las restricciones de movilidad que se impusieron para evitar la transmisión de esta enfermedad infecciosa y las pérdidas económicas derivadas de estas medidas. En mayo de 2020, por ejemplo, varias fundaciones y ONG colaboraron en una campaña para proveer alimentos, atención médica y psicológica, y asesoría legal ante desalojos (Barboza Ruiz, 2020).

Finalmente, la Plataforma R4V, que aglutina a 51 organizaciones (once de las Naciones Unidas, diecinueve ONG internacionales, nueve ONG nacionales y otros actores como la Cruz Roja, la sociedad civil, la academia y las iglesias), ha trabajado en temáticas de educación, seguridad alimentaria, salud, transporte humanitario, integración, protección social, vivienda, agua y saneamiento, entre otras (R4V, 2020b). Dicha coordinación ha permitido que las organizaciones involucradas alcancen con sus servicios a más de 250 000 venezolanos (40 000 solamente en temas relacionados al COVID-19), contando para ello con un presupuesto de casi 240 millones de dólares.

4.3. Respuestas articuladas con otros Gobiernos

El fenómeno migratorio venezolano no es solamente un tema venezolano, sino una cuestión humanitaria regional o incluso global. Por lo tanto, las cooperaciones que existen entre otros países para resolver mejor los problemas de los inmigrantes y ayudarles a adaptarse son definitivamente experiencias que vale la pena examinar. En general, muchos ejemplos muestran que la cooperación y comunicación existen entre los países, pero siempre hay diferencias en la forma en que se ejecutan las cosas. En resumen, algunos esfuerzos producen buenos resultados, mientras que otros no progresan mucho.

Como explica una informante clave de este estudio,

Yo creo que sí habría que pensar más en soluciones estructurales en cuanto a salud porque creo que, si bien hay acceso y atención en los centros médicos, hay otros temas que se están dejando de lado como la salud mental, y se debería pensar una forma de prevenir, no solo apagar incendios, sino también prevenir. En temas de prevención más estructurales, de buscar soluciones para los migrantes venezolanos, creo que falta una discusión más articulada entre academia, entre los ministerios y entre todas las inversiones que vienen de la cooperación internacional (ENT10).

Como país signatario del Pacto Mundial de las Migraciones, Ecuador considera que este instrumento de respuesta internacional puede «[...] significar una oportunidad para el desarrollo de los países de origen y destino» (CNIMH, 2019). Por ejemplo, como parte del Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022 del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu), se propuso en 2019 la «Implementación de la tarjeta andina sanitaria [en 2020], previa aprobación en las instancias nacionales y subregionales» (2019, p. 24), para «[...] que

facilite la continuidad en la atención, el intercambio de información y la trazabilidad de acciones en salud de las personas migrantes, priorizado [...] su ejecución» (p. 23), con un plan piloto binacional previo en 2020. Aun así, no se conocen avances al respecto.

Según un funcionario diplomático (ENT19), el Gobierno ecuatoriano no entrega información directamente a la representación del gobierno de Juan Guaidó en Ecuador, lo cual imposibilitaba la coordinación y el apoyo, por más pequeño que fuera, por parte de esa misión a la población venezolana. Debido a que «[...] el sistema de salud no está al 100% con la población local y tampoco con la población migrante [...]», una especialista recomienda «[...] tener muchas más alianzas cooperativas con países que tienen experiencia, sobre todo con personas que nos puedan ayudar con los recursos necesarios» (ENT9).

Según Ripoll y Navas-Alemán (2018), el Estado ecuatoriano ha liderado la colaboración regional a través de la Declaración de Quito (4 de setiembre de 2018), en la que los once países firmantes se comprometieron a «[...] acoger y permitir la movilidad de los venezolanos, facilitando su paso [por ejemplo, con la aceptación de documentos caducados] y asegurando sus derechos humanos». Esta declaración busca proteger a la población más vulnerable como menores de edad, adultos mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedades graves; y, asimismo, busca luchar contra la discriminación y garantizar los derechos de personas en movilidad humana de origen venezolano.

4.4. Coordinación de seguimiento a personas en casos de delincuencia

En un grupo de trabajo llamado Mesa Nacional de Movilidad Humana que se organizó en Ecuador, a la que asistieron países como Chile, se había planteado el proyecto del Registro Único Migratorio (RUMI), para el cual inclusive se creó una credencial. El interés fundamental era en establecer un mecanismo para hacer seguimiento de los migrantes por seguridad. Se había especulado que, en la última oleada, el Gobierno venezolano había liberado presos anticipadamente de manera intencional para que viajaran al resto de países. En Ecuador incluso se ha escuchado que hay bandas en extremo peligrosas que pudieron haberse formado con estos migrantes en particular.

Fuera de esto, también se había pensado que, si «[...] una persona comete un delito en Colombia, la puedas identificar en Ecuador, o la puedas

identificar Perú» (ENT7). Las mismas asociaciones de migrantes habían hecho el planteamiento pues, por una parte, los venezolanos corrían el mismo riesgo de delincuencia que la población de acogida y también parecía una forma de garantizar un trato no discriminatorio contra quienes vienen a asentarse, pero no escapan de su pasado judicial en otros países (ENT7). Según los representantes de ONG, las autoridades debatieron con distintas asociaciones, pero estas se hicieron de «oídos sordos».

4.5. Coordinación entre países

Con respecto a los principales países de destino, un funcionario del Gobierno (ENT2) indicó que se celebraban reuniones bimestrales entre Ecuador, Colombia y Perú para discutir diversos temas. Al mismo tiempo, se dio la Declaración de Quito, que representaba a todos los países y contemplaba muchos aspectos además de salud. En ese sentido, un informante señala:

Hubo mesas binacionales con Colombia, con Perú en el tema de movilidad, donde nos reuníamos bimensualmente, tratábamos temas. Hubo la Declaración de Quito, que no solo miraban salud, sino todas las aristas del fenómeno, pero ahí todos los países estaban representados. Hubo cuatro Declaraciones de Quito, si no estoy mal, ahí se abordaban algunos aspectos (ENT2).

La V Reunión Técnica Internacional del Proceso de Quito tuvo lugar los días 13, 14 y 15 de noviembre de 2019 en Bogotá, Colombia, «[...] con el objetivo de continuar con el trabajo enfocado en dar una respuesta a las necesidades de la población migrante venezolana en áreas como documentación, centros de atención y orientación al migrante, desarrollo humano, salud, educación entre otros» (CNIMH, 2019).

Se dice que el Proceso de Quito se encuentra «[...] entre las más importantes iniciativas del Gobierno de Ecuador a nivel regional, para atender la temática de la movilidad humana de la población venezolana [que] tiene como objetivo intercambiar información y buenas prácticas con miras a articular una coordinación regional con respecto a la crisis migratoria de ciudadanos venezolanos en la región» (CNIMH, 2019).

Específicamente en el caso de Ecuador, este país tiene diferentes acuerdos previos como parte del Pacto Andino, que permitía dar atención en salud a nacionales entre fronteras; es decir, dar consulta a un ecuatoriano en Perú o atender a un peruano en Ecuador. Mediante un «cruce de cuentas», los

Gobiernos también podían hacer seguimiento con acuerdos de pagos con Colombia. Se cree que hay más acuerdos, pero el Gobierno ecuatoriano no mantiene una publicación organizada de documentos y, con el cambio continuo de autoridades, los nuevos funcionarios tampoco mantienen un seguimiento de estos.

4.6. Coordinación de inmunizaciones

Mientras en Venezuela decaía la tasa de inmunizaciones a lo largo de los años, los países de acogida adquirieron la responsabilidad de cumplir con el cuadro de vacunas básicas. El problema es que cada país actuó de manera independiente en cuanto al procedimiento para registrar la vacunación y también para el abordaje en frontera. Con la pandemia de COVID-19 se cerraron las fronteras, creando una suerte de represamiento con aquella población que no había logrado transitar hacia su país de destino final.

En ese contexto, al no haber un documento único regional de seguimiento del cuadro de vacunación, y dado que muchos habían perdido sus documentos en los viajes extenuantes e improvisados a los que se sometían los migrantes, ni la población fluctuante ni los Gobiernos conocían el estado de inmunización de esa población. Como consecuencia, hubo niños que se habían vacunado varias veces contra las mismas enfermedades en los distintos países a los que habían viajado. Por añadidura, los esquemas de vacunación no son exactamente los mismos entre países como Colombia, Ecuador y Perú.

4.7. Coordinación migratoria y de atención en salud

Ecuador logró crear planes binacionales que incluían planes de contingencia y corredores humanitarios, así como convenios marco, declaraciones y acuerdos como parte del Oras-Conhu. Por ejemplo, que «[...] las ambulancias de Colombia puedan pasar a territorio ecuatoriano para llevar a un paciente que tenía que ir al hospital de Ipiales, o que desde Colombia nos dieran una alerta en un determinado momento para prever algún recurso operativo» (ENT2).

Aun así, todavía hay margen de mejora» en términos de comunicación e intercambio de información. Aunque las respuestas de emergencia han sido similares entre los diferentes países, con un énfasis en garantizar al menos servicios básicos de salud como la vacunación, ha faltado una respuesta

integral entre países. Un obstáculo ha sido la falta de un sistema de manejo de datos que permita su confidencialidad, a la vez que el conocimiento a través de fronteras sobre los perfiles epidemiológicos y las necesidades en salud. La tarjeta andina de salud de Oras-Conhu podría haber sido clave, pero no llegó a concretarse (ENT6).

La falta de registro o regularización de la población venezolana también ha afectado la atención organizada en salud. Aun cuando se «[...] estimaba regularizar a 300 000, 350 000 personas [...]» mediante las Verhu, solo se logró hacerlo con 65 000 personas; es decir, un 15% de lo que se esperaba (ENT7).

Entre los retos adicionales para la coordinación entre países se incluye a las personas viviendo con VIH, que precisan atención regular en salud y acceso permanente a medicamentos antirretrovirales. Organizar un esquema de tratamiento a través de los países por los cuales se desplazan los migrantes se vuelve fundamental para preservar la continuidad de los servicios que estos pacientes necesitan (ENT6).

El problema es que, a pesar de la coordinación, cada país tiene sus propios esquemas y modelos de gestión, empezando desde los requisitos de ingreso: «En términos prácticos, hasta incluso temas administrativos como los centros migratorios en el puente de Rumichaca del lado Colombia, teníamos momentos en los cuales teníamos un efecto de cuello de botella y veías muchísimas personas haciendo fila, pernoctando en el lado colombiano y pasando, aunque a cuentagotas, permanentemente hacia el Ecuador» (ENT2).

Para enfrentar este reto, la sugerencia es vincular el modelo de salud ecuatoriano con el de los otros países o crear una repuesta armonizada entre los países de la región. Por ejemplo, en los picos más altos de influjo de migrantes, no se conocía cuántas personas ingresarían a Ecuador en el transcurso de un día o con una anticipación de al menos veinticuatro horas. Al no haber un esquema de inmunización coordinado, esto implicaba por sí solo un retraso en el paso de los venezolanos recientemente llegados. En contraste, en la frontera con Perú, la salida de las personas por la frontera terrestre era rápida, pero se retrasaba la entrada al país vecino por razones similares. Igualmente, se considera que la entrada a Ecuador llegó a ser masiva también por la expectativa de recibir atención en salud sin

discriminación por la condición migratoria, frente a los impedimentos que supuestamente había en Colombia por esta misma razón.

Un funcionario del Gobierno señala también los problemas causados por la falta de coherencia entre los países:

El mismo hecho de no saber con qué batería de inmunizaciones vienen desde el origen, es decir, desde Venezuela, Colombia, nos generaba mucho conflicto. Creo que por ahí va la situación que ahora mismo también se puede visualizar. Con una repuesta coordinada entre los diferentes países quizás sea de mayor provecho para la salud de las personas; independientemente de su nacionalidad, de su condición económica, de su grado de vulnerabilidad, tiene que asegurarse la salud para todos (ENT2).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente informe presenta un análisis detallado del contexto, la historia reciente, el marco legal y la respuesta desde el sector salud de Ecuador en torno al masivo movimiento migratorio venezolano en la región andina. Ecuador ha sido tradicionalmente un país de emigrantes, pero también ha recibido flujos migratorios desde Colombia relativamente pequeños, pero constantes a lo largo de los años. Si bien, en el caso venezolano, Ecuador ha sido principalmente un país de tránsito hacia Perú, Chile y Argentina, la ola migratoria más reciente muestra que cada vez más que los migrantes venezolanos deciden establecerse a mediano plazo en el país.

Se estima que cerca de dos millones de venezolanos han transitado por el territorio ecuatoriano y cerca de 400 000 se han establecido en el país. Las cifras del Estado ecuatoriano son quizá un poco más conservadoras, pues hasta mediados de 2020 estas reportaban 362 857 migrantes (y refugiados) venezolanos en Ecuador. El mismo Estado calculó que un 20% eran menores de 18 años. En cualquier caso, estas cifras hacen que el país sea el tercer receptor de migrantes venezolanos de la región, luego de Colombia y Perú.

Queda claro que la persistente crisis económica que vive Venezuela, cada vez más grave, ha hecho que un número creciente de venezolanos decida salir del país. En los últimos años, el colapso del sistema de salud (previo a la presente pandemia de COVID-19) ha tenido como consecuencia un deterioro del estado de salud, que se agrava por la naturaleza cada vez más precaria del movimiento migratorio (realizado con más frecuencia por tierra que por avión).

Si bien la Constitución ecuatoriana de 2008 defiende la ciudadanía universal, y por tanto el derecho de inmigrar al Ecuador de ciudadanos de cualquier país, el Gobierno ha ido creando barreras de a poco que limitan directa o indirectamente los flujos migratorios, incluyendo los de ciudadanos venezolanos (cuyo país de origen pertenece a la Comunidad Andina de Naciones [CAN]). Por ejemplo, a principios de 2019, luego de un caso de femicidio que conllevó ataques xenofóbicos en Ibarra, el Gobierno ecuatoriano decidió exigir un nuevo requisito, por el cual el migrante debía presentar el pasado judicial apostillado antes de recibir la autorización para ingresar al país. En octubre de ese año se inició un proceso de registro presencial y toma de datos biométricos de ciudadanos venezolanos, el cual fue extendido debido a la pandemia hasta agosto de 2020.

En la última década se observan en Ecuador tres fases de la migración venezolana: a) de 2015 a 2017, en la que llegaron profesionales que tenían trabajo en universidades, en el campo petrolero y en otras empresas; b) hacia mediados de 2018, cuando la migración todavía no estaba motivada por los problemas económicos y llegaban personas con un nivel medio de preparación, algunas de ellas con dinero para —por ejemplo— invertir; y c) desde fines de 2018 hasta la actualidad, periodo que se puede caracterizar como de «éxodo» debido, sobre todo, a los problemas económicos en Venezuela, y que está marcado por la informalidad económica y laboral en Ecuador. Como menciona uno de nuestros entrevistados, el migrante venezolano más reciente «[...] realmente no es un migrante [...] está huyendo, está refugiándose, [buscando] sobrevivir de cualquier manera» (ENT12). En cuanto al proceso de adaptación (integración y asimilación), parece claro que en su mayoría los venezolanos en Ecuador, sin importar el tiempo que hayan estado en el país, se mantienen en una primera etapa de «acogida» porque están convencidos de que eventualmente —quizá más pronto que tarde— van a regresar a su país.

Ecuador, que viene de una década de crisis fiscal con un sinnúmero de casos de corrupción e ineficiencia gubernamental, tiene serias dificultades para cumplir con sus obligaciones en el área social (educación, salud, vivienda, etc.) hacia la población ecuatoriana, lo que erosiona los apoyos que desde el Estado se han podido brindar a la creciente población migrante venezolana. El país no tiene un programa específico de regularización para

migrantes venezolanos y la tensa situación diplomática entre los gobiernos de los presidentes Nicolás Maduro y Lenín Moreno vuelve más difícil el proceso. La regularización es posible casi exclusivamente para aquellos venezolanos que ingresaron al país de manera «legal», y aún en dichos casos la visa Unasur requiere que el migrante tenga un pasaporte válido y que pueda pagar 250 dólares. El Gobierno ecuatoriano estima que solo poco más de un cuarto de la población migrante venezolana está regularizada.

De acuerdo con los datos secundarios revisados y las entrevistas a informantes clave, es claro que la población migrante encuentra varias barreras en el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales. Una encuesta reciente reveló que, si bien la mayoría de entrevistados tenía acceso a vivienda, uno de cada cinco venezolanos se encontraba en situación de calle. En otra encuesta reciente, alimentación, vivienda, medios de vida (trabajo), salud y documentación fueron las principales necesidades mencionadas por los encuestados.

Mientras los migrantes con títulos profesionales reportan que es muy difícil encontrar un trabajo que les permita acceder a la seguridad social y/o que pueda darles un nivel económico que les permita vivir más holgadamente, los migrantes sin título profesional reportan que viven con lo mínimo, y que no encuentran trabajo formal en absoluto. Dicha informalidad laboral hace que el migrante venezolano sea más vulnerable a situaciones de abuso en el trabajo (como, por ejemplo, no recibir el pago acordado o, incluso, no recibir pago alguno). Además, un buen número de venezolanos está expuesto a situaciones de discriminación (casi el 60%, de acuerdo con una de la OIM, 2019a), abuso verbal y a episodios de xenofobia, como en el caso de Ibarra mencionado previamente; y también desde el mismo Gobierno nacional, como cuando se utilizó a migrantes venezolanos de chivos expiatorios de la revuelta de octubre de 2019.

En cuanto a su perfil epidemiológico, las pocas fuentes disponibles señalan que la población migrante venezolana es en promedio más joven y, por tanto, presenta un estado de salud más favorable que la población ecuatoriana; sin embargo, uno de cada cinco niños venezolanos presenta desnutrición crónica. La OIM encontró que un 7% de la población migrante encuestada tiene alguna condición médica crónica, 4% sufre algún tipo de discapacidad, 10% reporta requerir medicación diaria y 17% sufrió de alguna enfermedad infectocontagiosa por la cual requirió tratamiento

durante el último año. Con el confinamiento debido a la pandemia de COVID-19 ha habido noticias de venezolanos que querían regresar a su país, lo que puede tener como consecuencia un deterioro drástico en su salud.

Debido al colapso del sistema de salud en Venezuela, los migrantes traen consigo necesidades represadas, incluyendo dolencias que requieren atención prioritaria como infecciones respiratorias agudas, caries, enfermedades inflamatorias de la pelvis, infecciones urinarias y enfermedades prevenibles por vacunación. Con base en lo que sabemos del estado de salud de la población migrante y sobre sus condiciones socioeconómicas, de vivienda y de inestabilidad laboral se puede deducir que existen necesidades ingentes de salud que pasan tanto por la parte física como por la mental. A esto hay que añadir la explotación y el tráfico sexual, problemas de larga data en las regiones fronterizas de Ecuador, que han aumentado con la afluencia de mujeres y niñas venezolanas.

Además, los factores estresantes creados por el desplazamiento a menudo exacerbaban instancias de violencia intrafamiliar. La perpetuación de estos riesgos parte un sistema roto respecto a la denuncia de abusos; estereotipos sobre las mujeres venezolanas; acceso insuficiente a albergues, atención médica y apoyo psicológico; obstáculos a la regularización; y la falta de comprensión sobre derechos y servicios disponibles para personas en situación de violencia en general, y para migrantes venezolanos en particular.

Las dificultades para regularizarse y la difícil situación económica de Ecuador influyen en la precarización del trabajo, que a su vez incide en la falta de aseguramiento privado o público y, por tanto, en el acceso a la atención en salud. Asimismo, hay una falta de políticas específicas de atención a migrantes, así como de mecanismos de protección social para garantizar su seguridad alimentaria y condiciones de vida que permitan gozar de una mejor salud.

Durante la pandemia de coronavirus, la situación de acceso a servicios de salud se vio agravada. En los hogares migrantes venezolanos encuestados en 2020, dos de cada tres personas reportaron haber tenido un problema de salud no relacionado a la COVID-19; y, de ellos, el 25% no tuvo acceso a servicios de salud. De quienes no tuvieron acceso, el 27% no acudió a atenderse por miedo a contraer la COVID-19, un 24% no fue atendido

principalmente por la saturación de los servicios y 18% por otras razones (incluyendo la falta de documentación).

Cabe recordar que en Ecuador, si bien la red pública de atención de salud está abierta a todos los habitantes del territorio ecuatoriano, los migrantes venezolanos se deben enfrentar a las idiosincrasias propias de dichos servicios (proceso para obtener un turno, navegar el sistema) y con que, aun cuando la consulta sea gratuita, en muchos casos insumos, tests, diagnósticos, medicamentos y tratamientos más especializados sí tienen un costo, llegando a veces a ser muy altos para cualquiera que quiera acceder a dichos servicios, independientemente de su estatus migratorio. Aunque por ley los proveedores de atención médica en Ecuador no pueden rechazar a alguien debido a su situación migratoria, las organizaciones que trabajan con migrantes en el país dicen que hay muchos casos en los que esto ocurre, incluso en situaciones de emergencia.

En cuanto a la pandemia, los datos oficiales muestran que una proporción relativamente pequeña de venezolanos tiene diagnóstico confirmado de COVID-19 (799 de casi 200 000 casos al 2 de diciembre de 2020). Cabe mencionar, sin embargo, que dichos datos deben ser puestos en el contexto de las limitaciones del país para realizar las pruebas respectivas a la población no sintomática, lo que limita la posibilidad de tener una idea real de la magnitud del contagio; y a ello que hay añadir las dificultades (y el estigma añadido) de ser diagnosticado con COVID-19.

Según los entrevistados, las normas migratorias han tenido un impacto en el acceso a la salud, el uso de los servicios sanitarios y la cobertura de seguros de salud. Asimismo, es de relevancia hacer notar que el MSP no ha modificado su presupuesto en función de una atención para migrantes, sino que ha sido la cooperación internacional la que ha contribuido con recursos en dinero, bienes o servicios que se asignan según distritos y unidades de salud prioritarias, dependiendo de la demanda por el flujo de personas de nacionalidad venezolana.

El Gobierno se ha manejado a través de mesas de trabajo enfocadas en el flujo de la población migrante, pero no hay una estrategia o programa específico para la atención a dichas personas, como sí los hay en el caso de la atención primaria o la salud sexual y reproductiva. Aun cuando el mismo MSP ha identificado «nudos críticos» en la atención a migrantes venezolanos, parece claro que se ha avanzado poco o nada en resolverlos.

Por lo tanto, es recomendable que a futuro se tomen pasos firmes para a) incrementar el personal de salud en puestos fronterizos, acorde con los flujos migratorios; b) mejorar la infraestructura y el equipamiento de unidades de salud en zonas de frontera, así como su articulación con establecimientos de salud en el resto del territorio nacional; c) resolver el déficit crónico de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en establecimientos fijos y móviles para evitar que los migrantes venezolanos tengan que pagar por dichos servicios de su propio bolsillo; y d) realizar una campaña masiva de vacunación que llene los vacíos dejados por la falta de cobertura en inmunización existente en Venezuela (lo cual, dicho sea de paso, debería hacerse en coordinación con organismos internacionales como la OPS, el Unicef y la OIM, y con los países de la región).

Aun cuando la Constitución del Estado ecuatoriano defiende los derechos de los migrantes y refugiados, queda claro que el país necesita tanto de la coordinación con otros países de la región como del apoyo logístico y financiero de los organismos multilaterales. Por ejemplo, en 2019, menos de un tercio del requerimiento del Acnur para Ecuador (38 millones de dólares) fue cubierto; mientras que menos de la quinta parte del requerimiento del sistema de las Naciones Unidas y sus ONG asociadas (117,3 millones de dólares) fue finalmente aprobado. En las entrevistas, autoridades y funcionarios de organismos multilaterales destacan el trabajo de dichas organizaciones —sobre todo en la frontera— y su coordinación con el MSP.

Sin embargo, el subfinanciamiento para cubrir las necesidades de atención a la población migrante resulta evidente, lo que debe resolverse más pronto que tarde si el objetivo es mejorar la situación de salud y el bienestar de dicha población. Queda pendiente, al mismo tiempo, desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación de los esfuerzos de cooperación. Hasta donde sabemos, a la fecha no hay estudios externos sobre el impacto del trabajo de fundaciones y organizaciones sociales, por lo que queda por verse cuál ha sido el efecto de las donaciones realizadas por organismos internacionales.

Por último, queda claro que el fenómeno migratorio venezolano no es estrictamente «un tema venezolano», sino una crisis humanitaria regional. Por lo tanto, los mecanismos existentes de cooperación, entre países y con organismos multilaterales deben ser revisados, fortalecidos y expandidos para resolver mejor los problemas de los inmigrantes y ayudarles en su

proceso de adaptación, haciendo frente a la precaria situación de muchos migrantes venezolanos y sus familias. A la fecha, existen acciones en ese sentido que requieren seguimiento.

Ecuador, como país signatario del Pacto Mundial de las Migraciones, considera que este instrumento de respuesta internacional puede «[...] significar una oportunidad para el desarrollo de los países de origen y destino» (CNIMH, 2019). En ese sentido, el Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022 (Oras-Conhu, 2019) propuso la implementación de una tarjeta andina sanitaria regional que facilite la continuidad en la atención, el intercambio de información y la trazabilidad de las acciones en salud aplicadas a las personas migrantes cuya ejecución debió ser priorizada; sin embargo, a la fecha no se conocen avances al respecto. Es necesario, por tanto, que la colaboración intranacional y regional tenga la capacidad y el apoyo suficiente para implementar y evaluar dichos planes, de forma que hagan más probable y tangible el bienestar de los migrantes venezolanos en Ecuador y la región.

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) (s.f.). *Protegiendo a las personas refugiadas en Ecuador. Preguntas y respuestas*. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Ecuador/Preguntas_y_respuestas_sobre_refugio_en_Ecuador.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador (2008). *Constitución Política del Ecuador*. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2017). Ley Orgánica de Movilidad Humana. *Registro Oficial. Órgano del Gobierno del Ecuador*, IV(938), lunes 6 de febrero. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10973.pdf>
- Banco Mundial. (2020). *Retos y oportunidades de la migración venezolana en Ecuador*. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/453941593004490155/pdf/Retos-y-Oportunidades-de-la-Migracion-Venezolana-en-Ecuador.pdf>
- Barboza Ruiz, L. (2020). Fundaciones y ONG asisten a más de 2.400 familias venezolanas en Ecuador. *El Pitazo*. <https://elpitazo.net/migracion/fundaciones-y-ong-asisten-a-mas-de-2-400-familias-venezolanas-en-ecuador/>
- Beyers, C. & E. Nicholls (2020). Government through Inaction: The Venezuelan Migratory Crisis in Ecuador. *Journal of Latin American Studies*, 52(3), 633-657. doi: <https://doi.org/10.1017/S0022216X20000607>
- Ceja, I., M. Villarreal, Á. Fonseca, L. Avetta, T. Correa, L. Fernández, G. Herrera, L. Pérez, C. Bolívar, R. Cavagnoud, A. Céspedes, S. Álvarez & G. Cabezas (2020). *Voces y experiencias de la niñez y adolescencia venezolana migrante en Brasil, Colombia, Ecuador y Perú*. CLACSO.

- Célleri, D. (2019). *Situación laboral y aporte económico de inmigrantes en el norte de Quito-Ecuador: una primera aproximación cuantitativa para dialogar sobre política pública*. Friedrich-Ebert-Stiftung (FES-ILDIS).
- Chaves-González, Diego & Carlos Echeverría-Estrada (2020). *Un perfil regional de los migrantes y refugiados venezolanos en América Latina y el Caribe*. Migration Policy Institute, Organización Internacional para las Migraciones.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana (CNIMH) (2019). *Agenda Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana 2017-2021*.
- Dressel, A., E. Falconí, H. Luft, M. Hawkins, H. Noboa, O. Betancourt, A. Sedar & M. G. Shedlin (2020). Attitudes among working professionals toward immigrants and refugees living in Ecuador: Impacts on health and well-being. *Public Health Nursing*, 37, 517-524. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.12734>
- El Nacional (2019, junio 3). *Corte de Ecuador analiza requisitos de entrada para venezolanos*. https://www.elnacional.com/mundo/corte-ecuador-analiza-requisitos-entrada-para-venezolanos_284275/
- El Universo (2020, enero 21). *Al menos 15 % de población venezolana en Ecuador estaría en condición irregular*. <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/01/21/nota/7701576/menos-15-poblacion-venezolana-ecuador-estaria-condicion-irregular>
- Esthimer, M. (2016, 14 de enero). *Protecting the Forcibly Displaced: Latin America's Evolving Refugee and Asylum Framework*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/protecting-forcibly-displaced-latin-america-evolving-refugee-and-asylum-framework>
- Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) Ecuador. (2020). *Informe de resultados de la segunda ronda de la Evaluación Conjunta de Necesidades de refugiados, migrantes y comunidades de acogida - Julio - Agosto 2020*. <https://r4v.info/es/documents/details/78865>
- Miller, S. & D. Panayotatos (2019). *A Fragile Welcome. Ecuador's Response to the Influx of Venezuelan Refugees and Migrants*. Refugees International.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (2018a). Declaración de Quito sobre movilidad humana de ciudadanos venezolanos en la región. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/09/declaracion_quito_reunion_tecnica_regional.pdf
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (2018b). Plan de Acción del Proceso de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/plan_de_accion_de_quito.pdf
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) (2018a). *Plan integral para la atención y protección de derechos en el contexto del incremento del flujo migratorio venezolano en Ecuador*. Dirección de Servicios Migratorios. <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/ANEXO-1-Plan-Integral-atencio%CC%81n-ciudadanos-venezolanos.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) (2018b). *Plan Nacional de Movilidad Humana*. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/06/plan_nacional_de_movilidad_humana.pdf
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) (2018c). *Resolución 152*. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/09/resolucion_152_estado_de_emergencia.pdf

- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) (2019a). *Manual de proceso para el usuario de consulado virtual. Proceso de aplicación de visas de excepción por razones humanitarias*. VERHU. <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/MANUALDEUSUecu.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH) (2019b). Decreto ejecutivo 826. *Registro Oficial. Órgano de la República del Ecuador*, I(5), 26 de julio. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2019/09/acuerdo_ministerial_103_medidas_migratorias_a_favor_de_ciudadanos_venezolanos0169571001567716139.pdf
- Ministerios de Gobierno y de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (2020). Acuerdo interministerial 00006. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/ediciones-especiales/item/12795-edicion-especial-no-494>.
- Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) (2020). *Financial tracking services*. <https://fts.unocha.org/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) & Banco Mundial (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OECD Publishing. doi: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018). *Displacement Tracking Matrix*. <https://www.globaldtm.info/>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019a). *Monitoreo de flujo de población Venezolana. Ecuador; Noviembre-Diciembre. 2019*. <https://www.oim.org.ec/2016/iomtemplate2/sites/default/files/publicaciones/DTM7baja.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019b). *Monitoreo de flujo de población Venezolana. Ecuador; Agosto-Setiembre. 2019*. https://www.oim.org.ec/2016/iomtemplate2/sites/default/files/publicaciones/REPORTE%20DTM%20R6_ECUADOR_2019%20%28002%29.pdf
- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu) (2019). *Plan andino de salud para personas migrantes 2019-2022*. <https://orasconhu.org/portal/content/plan-andino-de-salud-para-personas-migrantes>.
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) (2020a). *Plan de respuesta para refugiados y migrantes 2020*. <https://www.r4v.info/es/documents/details/72254>.
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Migrantes y Refugiados de Venezuela (R4V) (2020b). *Respuesta intersectorial GTRM*. <https://www.r4v.info/es/ecuador> Presidencia de la República del Ecuador (2020a). Decreto ejecutivo 1017. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/12726-suplemento-al-registro-oficial-no-163>.
- Presidencia de la República del Ecuador (2020a). Decreto ejecutivo 1052. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/12946-tercer-suplemento-al-registro-oficial-no-209>.
- Presidencia de la República del Ecuador (2019). Decreto ejecutivo 826. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/11878-segundo-suplemento-registro-oficial-no-5>.
- Ripoll, S. & L. Navas-Alemán (2018). *Xenofobia y Discriminación Hacia Refugiados y Migrantes Venezolanos en Ecuador y Lecciones Aprendidas para la Promoción de la Inclusión Social*. IDS,

- Unicef. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14130>.
- Selee, A. & J. Bolter (2020). *Bienvenidas asimétricas. Respuestas de América Latina y el Caribe a la migración venezolana y nicaragüense*. Migration Policy Institute.
- Standley, C. J., E. Chu, E. Kathawala, D. Ventura & E. M. Sorrel (2020). Data and cooperation required for Venezuela's refugee crisis during COVID-19. *Global Health*, 16(103). doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00635-7>
- U.S. Agency for International Development (Usaid) (2018, 30 de setiembre). Crisis regional por la situación de Venezuela. *Hoja informativa*, 6. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/venezuela_cr_fs06_spanish_09-30-2018.pdf
- U.S. Agency for International Development (Usaid) (2019, 30 de setiembre). Venezuela Regional Crisis. *Fact Sheet*, 4. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/venezuela_cr_fs04_09-30-2019.pdf
- U.S. Agency for International Development (Usaid) (2020, 25 de setiembre). Crisis regional por la situación de Venezuela - Emergencia compleja. *Hoja informativa*, 3. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/Venezuela_Crisis_Fact_Sheet_3_-_09-25-2020_Espanol.pdf
- Vélez, R. & D. Romero (2019, junio 20). 200 000 migrantes de Venezuela, sin visa para estadía en el Ecuador. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/migrantes-venezuela-visa-humanitaria-peru.html>

²⁵ Irene Torres, PhD. por la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, Fundación Octaedro. E-mail: irene.torres@octaedro.edu.ec

²⁶ Daniel López-Cevallos, MPH, PhD. por la Oregon State University (Estados Unidos). daniel.lopez-cevallos@oregonstate.edu

²⁷ Bernardo Cañizares, M.Phil. por la Fundación Octaedro. c3@octaedro.org

²⁸ Ying Hui Wong, BA por la Oregon State University (Estados Unidos). Asistente de investigación. wongyi@oregonstate.edu

Este libro surge de una experiencia inédita para los países andinos de Latinoamérica: la recepción de más de cuatro millones de migrantes venezolanos en Colombia, Ecuador, Perú y Chile a partir del año 2017.

Los estudios recogidos en este volumen han sido preparados para cada uno de estos países por la Red sobre Salud y Migraciones (SAMI) y partieron de la premisa de que había que complementar la primera generación de investigaciones sobre la migración venezolana —que se había centrado en dimensionar el fenómeno con reportes sociodemográficos y privilegió estudios puntuales— con el fin de producir estados de situación nacionales que permitan a los gobiernos mejorar la respuesta institucional frente al tema de las migraciones.

El balance general es positivo: pese a todas las dificultades previas de estos países para cubrir la brecha entre las necesidades de la población nacional y la oferta de sus entidades proveedoras de servicios, estos han asumido el nuevo desafío humanitario y de salud de la migración venezolana, y desarrollado iniciativas para compartir lo que tenían con los recién llegados.



**FONDO
EDITORIAL
PUCP**



**RED
SAMI**
Red de Salud Andina para Migrantes



**UK Research
and Innovation**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



INSTITUTO DE
Salud Pública



CTAREDO



LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN LOS ANDES

**La respuesta sanitaria
de Perú, Chile, Colombia
y Ecuador**



**Juan Arroyo Laguna
Alejandro Portes
Baltica Cabieses
Andrés Cubillos
Irene Torres**

Investigadores principales

