MIGRACIÓN Y SALUD EN LAS AMÉRICAS:

Una evaluación de las necesidades y servicios

IFRC

En colaboración con:

Norwegian **Red Cross**

Cualquier parte de esta publicación puede ser citada, copiada, traducida a otros idiomas o adaptada para satisfacer las necesidades locales sin permiso previo de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, siempre que sea indicada claramente la fuente.

Contáctenos
Las solicitudes de reproducción comercial deben dirigirse a la Secretaría de la Oficina Regional de las Américas de la Federación Internacional:

Dirección
Ricardo Murgas Street, edificio 220, Ciudad del Saber, Clayton, Ancon, Ciudad de Panamá, Panamá.
+507 317 3050 | health.americas@ifrc.org | www.ifrc.org

Autoría: Leila Coppens
Diseño: Diana De León

MIGRACIÓN Y SALUD EN LAS AMÉRICAS:

Una evaluación de las necesidades y servicios 2021-2023

IFRC

En colaboración con:

Norwegian **Red Cross**

"Todavía tengo un sentimiento,
es un sentimiento de desarraigo,
un sentimiento que expreso muchas veces con lágrimas".

Persona mayor en situación de movilidad, 66 años, El Salvador
(HelpAge, 2021)

Contenido

Prólogo 8

Agradecimientos 10

Acrónimos y definiciones 11

Introducción 12
- Antecedentes 12
- Objetivos 13
- Marco conceptual 14
- Metodología 15

Capítulo 1: Panorama de la migración en las Américas 16
- 1.1 Poblaciones migratorias 16
- 1.2 Flujos migratorios 19
- 1.3 Perfil demográfico 28
- 1.4 Mortalidad de los migrantes durante el tránsito 31

Capítulo 2: Demanda de servicios sanitarios 32
- 2.1 Perfil epidemiológico de los migrantes 32
  - 2.1.1 Niñas y niños menores de 5 años 32
    - Nacimiento con bajo peso 32
    - Lactancia materna exclusiva 32
    - Estado nutricional 33
    - Afecciones agudas 37
    - Vacunas 38
    - Enfermedades crónicas 38
    - Discapacidad 38
  - 2.1.2 Niñas, niños y adolescentes (6-17 años) 39
    - Estado nutricional 39
    - Afecciones agudas 39
    - Embarazo en la infancia y la adolescencia 40
    - Vacunas 41
    - Enfermedades crónicas 41
    - Discapacidad 41
  - 2.1.3 Adultos de 18-59 años/población general 41
    - Estado nutricional 41
    - Afecciones agudas 41
    - Salud sexual y reproductiva 45
    - Enfermedades infecciosas 45
    - Enfermedades crónicas 47
    - Salud mental 49
    - Discapacidad 51
    - Violencia 53
  - 2.1.4 Personas mayores (más de 60 años) 56
    - Estado nutricional 56
    - Afecciones agudas 56
    - Enfermedades crónicas/salud mental 57
    - Discapacidad 58
  - 2.1.5 Niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes 59
    - Proporción de migrantes embarazadas y en periodo de lactancia 59
    - Estado nutricional 61
    - Mortalidad materna 62
    - Enfermedades infecciosas 62

2.2 Necesidad expresada 63
2.2.1 Necesidades expresadas por tipo de asistencia 63
2.2.2 Autopercepción del estado de salud 67
2.3 Comparación de necesidades entre migrantes y las comunidades de acogida 67
2.4 Búsqueda de atención sanitaria 72
2.5 Prácticas y creencias sociales y culturales 75
2.6 Acceso financiero 76
2.7 Continuidad de uso 76

Capítulo 3: Oferta de servicios sanitarios 77
3.1 Acceso al sistema nacional de salud 77
3.2 Cobertura del servicio 79
3.2.1 Intervenciones nutricionales 79
3.2.2 Crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños 81
3.2.3 Servicios de salud materna, sexual y reproductiva 81
3.2.4 Prevención y gestión de enfermedades crónicas 83
3.2.5 Prevención y tratamiento de las afectaciones mentales 85
3.2.6 Prevención y gestión de las enfermedades infecciosas 85
3.2.7 Asistencia médica no especificada 85
3.3 Disponibilidad de insumos básicos/suministros 87
3.4 Acceso a servicios, instalaciones e información con personal suficiente 88
3.4.1 Infraestructura 88
3.4.2 Densidad del personal sanitario 89
3.4.3 Oportunidad de la asistencia sanitaria y navegación del sistema sanitario 91
3.4.4 Información sobre los servicios sanitarios 94
3.4.5 Atención culturalmente adecuada 95
3.5 Barreras específicas de cada país 96

Capítulo 4: Calidad de los servicios sanitarios 99
4.1 Cumplimiento de los estándares de calidad 99
4.2 Satisfacción de los usuarios 101

Capítulo 5: Entorno favorable 103
5.1 Legislación/Políticas 103
5.2 Presupuesto/gastos 105
5.2.1 Costos previstos y reales por persona de las intervenciones sanitarias, nutricionales y contra la violencia de género 105
5.2.2 Corrupción 107
5.3 Gestión/coordinación 108
5.4 Normas sociales: la discriminación 108

Conclusión 111

Bibliografía 115

Lista de tablas

Tabla 1. Factores determinantes para evaluar los cuellos de botella y las barreras a los resultados equitativos 14
Tabla 2. Número de migrantes internacionales y población migrante internacional como porcentaje de la población total 18
Tabla 3. Población venezolana en países de América y el Caribe 21
Tabla 4. Proporción de hombres y mujeres en la población inmigrante adulta 28
Tabla 5. Proporción de menores, mujeres y hombres en la población inmigrante 29
Tabla 6. Número de menores migrantes que cruzan por el Darién y la frontera con EE.UU. 31
Tabla 7. Lactancia materna exclusiva entre los menores migrantes venezolanos de 0 a 5 meses 33
Tabla 8. Estado nutricional de las niñas y los niños migrantes menores de 5 años 34
Tabla 9. Anemia entre las niñas y los niños migrantes venezolanos menores de 5 años 37
Tabla 10. Cobertura de vacunación entre los migrantes venezolanos menores de 5 años de edad 38
Tabla 11. Estado nutricional de los migrantes venezolanos de 5 a 17 años 39
Tabla 12. Embarazo infantil y adolescente entre migrantes venezolanas 40
Tabla 13. Afecciones agudas entre los adultos migrantes 42
Tabla 14. Enfermedades infecciosas entre los adultos migrantes 46
Tabla 15. Enfermedades crónicas entre los adultos migrantes 47
Tabla 16. Salud mental de los migrantes adultos 49
Tabla 17. Discapacidad entre los adultos migrantes 51
Tabla 18. Violencia entre los migrantes adultos 53
Tabla 19. Enfermedades crónicas entre los migrantes mayores 57
Tabla 20. Discapacidad entre los migrantes mayores 58
Tabla 21. Proporción de niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes entre los migrantes 60
Tabla 22. Estado nutricional de las niñas/adolescentes/mujeres migrantes embarazadas 61
Tabla 23. Comparación de la razón de mortalidad materna (RMM) 62
Tabla 24. Necesidades expresadas por tipo de asistencia sanitaria 64
Tabla 25. Autopercepción del estado de salud 67
Tabla 26. Porcentaje de personas necesitadas de salud, respuesta a la violencia de género, nutrición por grupo poblacional 68
Tabla 27. Porcentaje de personas que necesitan asistencia sanitaria sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia 69
Tabla 28. Porcentaje de personas que necesitan asistencia nutricional sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia 70
Tabla 29. Porcentaje de personas que necesitan asistencia para responder a la violencia de género sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia 71
Tabla 30. Búsqueda de atención sanitaria 72
Tabla 31. Cobertura del seguro de enfermedad entre los migrantes 77
Tabla 32. Cobertura de las intervenciones de nutrición 80

Tabla 33. Cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva 81
Tabla 34. Cobertura del tratamiento para migrantes con enfermedades crónicas 83
Tabla 35. Acceso de los migrantes a la atención médica no especificada 86
Tabla 36. Densidad del personal sanitario por países 90
Tabla 37. Barreras por país 96
Tabla 38. Acceso a la atención sanitaria de los migrantes en situación irregular 103
Tabla 39. Presupuesto y análisis de costos de las intervenciones de R4V en tres sectores (R4V, 2022a) 106
Tabla 40. Discriminación general y específica del sector sanitario 109

Lista de figuras

Figura 1. Evolución del número de migrantes internacionales en América del Norte y del Sur de 2010 a 2020 16
Figura 2. Evolución del número de migrantes internacionales en Centroamérica y el Caribe de 2010 a 2020 17
Figura 3. Flujos migratorios en las Américas 19
Figura 4. Número de migrantes irregulares registrados por las autoridades de 2021 a 2023 en Honduras 22
Figura 5. Flujos y cifras de migración en Centroamérica 23
Figura 6. Cifras y tendencias de los migrantes irregulares en América Central 24
Figura 7. Cifras y tendencias de los retornados en Centroamérica 25
Figura 8. Países de origen de los migrantes irregulares que se desplazaron de Colombia a Panamá en 2022 (enero-diciembre) y 2023 (enero-febrero) 26
Figura 9. Países de origen de los migrantes irregulares que se desplazaron de Nicaragua a Honduras en 2021 y 2022 27
Figura 10. Países de origen de los migrantes irregulares llegados a México en 2022 (enero-noviembre) 27
Figura 11. Países de origen de los migrantes irregulares identificados en la frontera suroeste de EE.UU. en 2022 28

Prólogo

La migración en las Américas no es nueva, pero la creciente intensidad de este fenómeno nos plantea un desafío que requiere una acción colectiva urgente para salvar vidas y compartir el esfuerzo que supone gestionarlo.

El número récord de personas migrantes en tránsito y retornadas en nuestra región muestra que a pesar de la búsqueda de soluciones para promover una migración ordenada y segura, en línea con los principios del Pacto Mundial sobre Migración, las políticas restrictivas no han reducido los flujos migratorios ni los riesgos que enfrentan las personas migrantes, la mayoría de los cuales buscan la reunificación familiar o huyen del cambio climático, la pobreza, la violencia, la inestabilidad política y los conflictos armados.

Mientras prevalezca este escenario, no se espera que la migración se detenga; la asistencia humanitaria y la protección seguirán siendo urgentes, y la mejora de las condiciones en los países de origen seguirá siendo indispensable pero no suficiente. De ahí que las soluciones para responder a la migración deban ser multidimensionales y estar interconectadas, al igual que lo están sus causas e impactos.

Para hacer frente a un reto humanitario de esta envergadura, debemos actuar desde la ética, guiados por el imperativo humanitario y la colaboración estratégica, pero también desde la toma de decisiones basada en pruebas. Este estudio ofrece exactamente eso: datos sobre las necesidades sanitarias de las poblaciones migrantes, identificados por los gobiernos, los organismos humanitarios y las organizaciones de la sociedad civil, así como basados en lo expresado por las propias personas que migran. Estos datos son fundamentales para diseñar soluciones informadas, eficaces y dignas que satisfagan realmente las necesidades en cuestión.

El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano básico y una piedra angular de la dignidad humana. Sin embargo, para muchas personas migrantes, éste y otros derechos siguen siendo difíciles de conseguir. A lo largo de las rutas migratorias, a menudo peligrosas, el acceso a servicios sanitarios esenciales se ve gravemente restringido, agravado por barreras jurídicas, culturales y logísticas que profundizan las desigualdades y agravan las vulnerabilidades presentes y futuras.

Las personas migrantes, independientemente de su estatus, se enfrentan con frecuencia a necesidades sanitarias insatisfechas, desde la atención médica básica hasta cuestiones más complejas como las enfermedades crónicas, la salud mental y los servicios para personas con discapacidad. El enfoque de la IFRC reconoce esta complejidad y aboga por una asistencia sanitaria y humanitaria integradoras, equitativas y que respondan a las diversas y cambiantes necesidades de las personas en movimiento.

Los hallazgos presentados en este estudio ratifican la pertinencia de nuestra visión y destacan la urgente necesidad de ampliar los servicios integrales de salud para las personas migrantes en las Américas. También revela que, a pesar de los esfuerzos en curso, siguen existiendo importantes lagunas para garantizar que las soluciones sanitarias en los países de destino y a lo largo de las rutas migratorias satisfagan las necesidades de esta población vulnerable, que a menudo teme ser deportada y sufre discriminación, exclusión y obstáculos administrativos y culturales.

Nuestra respuesta a estos retos debe ser multidimensional, coordinada y contar con la financiación adecuada. También, debe ir más allá de los conocimientos médicos y promover una profunda comprensión de los singulares contextos sociales, culturales y políticos en los que se produce la migración.

Es aquí donde la red de la IFRC, con su alcance incomparable y su presencia de confianza en los países de origen, tránsito y destino,

desempeña un papel fundamental. A través de nuestro Programa Mundial de Migración por Ruta, proporcionamos seguridad, dignidad y bienestar a los migrantes en 22 países de América, donde prestamos servicios que salvan vidas, brindamos protección y abogamos por los derechos de los migrantes.

En el centro de estos esfuerzos está nuestro compromiso con la protección, el género y la inclusión, garantizando que los servicios sean accesibles, respondan a la discriminación y la violencia de género y se adapten a las necesidades específicas de la niñez, las mujeres, la población adulta mayor, las personas LGBTIQ+ y las personas con discapacidad.

Trabajar de la mano para garantizar una inversión previsible, flexible y sostenida en asistencia sanitaria para las personas migrantes no es sólo un imperativo moral, sino también pragmático: al garantizar el acceso a la asistencia sanitaria, podemos compartir tareas, reducir el riesgo de enfermedades transmisibles y fomentar comunidades más resistentes e inclusivas. Cientos de miles de vidas dependen de ello.

Subsanar las carencias de datos sanitarios señaladas en este informe es otra acción concreta y poderosa que podemos emprender colectivamente para aumentar el impacto de nuestras intervenciones actuales y futuras. Pero, por encima de todo, los gobiernos, los donantes y los socios clave del ámbito humanitario deben dar un paso adelante para desmantelar todas las barreras que impiden a las personas migrantes acceder a la asistencia sanitaria.

Esperamos que este informe ayude a sus organizaciones y equipos a reforzar la prestación de asistencia sanitaria integral a las personas migrantes, y les animamos a unirse a los esfuerzos de la IFRC en este ámbito. Nuestro trabajo se basa en la certeza de que los derechos de las personas deben ser respetados en todas las circunstancias y que todo ser humano, independientemente de su sexo, edad o procedencia, merece ser tratado con dignidad, tener acceso a servicios esenciales, participar de manera significativa en las decisiones que le afectan y estar a salvo de cualquier daño.

> *"Uno ve por las noticias lo que pasan las personas que pasan por el Darién, que vienen con sus complicaciones, que hay gente que incluso ha muerto en el camino...*
>
> *Y ver la alegría de las personas adultas al atender a sus niñas y niños, al tener sus medicamentos y la posibilidad de sanar las heridas, es lo que más vale. Las personas siempre se van agradecidas, dándole bendiciones a uno".*
>
> Dr. Leonardo Baca, médico, Cruz Roja Hondureña (Danlí, Honduras, 2023)

> *"NNo importa de donde vengan, la mayoría huyen de una vida difícil y se enfrentan a un camino incierto, peligroso y sin acceso a servicios esenciales. Por eso, aunque parezca poco, salimos en el racer a buscarlos; por eso, aunque parezca poco, les dejamos agua en los altares que construyen en el desierto".*
>
> Lupita González, socorrista médico, Cruz Roja Mexicana (Nogales, México, 2023)

Agradecimientos

Esta investigación fue encargada por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y realizada por Leila Coppens, con el apoyo de Pedro Porrino (FICR) y Ana Álvarez (Cruz Roja Noruega) durante el período comprendido entre septiembre de 2023 y marzo de 2024.

El informe ha sido redactado por Leila Coppens y diseñado por Diana De León.

Esta investigación y el posterior informe no habrían sido posibles sin el apoyo financiero de la Cruz Roja Noruega.

Un agradecimiento especial a los equipos técnicos de toda la red de la FICR que contribuyeron con sus aportes a esta investigación.

Acrónimos y definiciones

Acrónimos

CRMLR	Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
E.E.U.U.	Estados Unidos de América
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IFRC	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)
r4v	Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela
SIS	Seguro Integral de Salud (Perú)
RMM	Razón de mortalidad materna

Definiciones

Comunidad de acogida	Población local afectada por la llegada y presencia de refugiados y migrantes (R4V, 2023c).
En destino	Personas que han abandonado su lugar de residencia habitual con la intención de permanecer en un país de acogida (R4V, 2023c).
En tránsito	Personas que transitan por un país antes de entrar en el país de destino previsto (R4V, 2023c).
Pendular	Movimientos poblacionales temporales y generalmente repetidos, que pueden representar un patrón de desplazamiento entre Venezuela y un país vecino (R4V, 2023c).

Introducción

Antecedentes

Los flujos migratorios en las Américas se están intensificando y la variedad de orígenes de los migrantes se está ampliando. Históricamente, se ha producido un desplazamiento masivo de poblaciones de Centroamérica y México hacia los Estados Unidos de América (EE.UU.) y Canadá. Ciudadanos de naciones sudamericanas y del Caribe también han emigrado hacia el norte o los países vecinos en busca de mejores oportunidades. En los últimos años, la crisis en Venezuela ha generado el segundo mayor desplazamiento de personas después del de Siria. Además, Sudamérica y Centroamérica son lugares de tránsito para ciudadanos remotos del mundo procedentes de África, Asia, Europa del Este con destino a Norteamérica.

Los migrantes, independientemente de su situación legal, tienen derecho a la salud. Sin embargo, la asistencia sanitaria a los migrantes a lo largo de las rutas migratorias y a su llegada a los países receptores suele ser limitada.

La prestación de servicios médicos a los migrantes presenta un conjunto único de retos que los sistemas y organizaciones sanitarios deben abordar, entre otros:

- Barreras lingüísticas y culturales: Los migrantes suelen proceder de entornos lingüísticos y culturales diversos. Comunicarse eficazmente con pacientes que no hablan el idioma local puede dificultar la prestación de una asistencia sanitaria de calidad. Las barreras lingüísticas pueden dar lugar a malentendidos, diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados. Además, las diferencias culturales pueden afectar a los comportamientos de búsqueda de atención sanitaria y a la comprensión de las prácticas médicas por parte de los pacientes, lo que dificulta la prestación de una atención adecuada.
- Acceso limitado a la atención sanitaria: Los inmigrantes, especialmente los indocumentados o irregulares, pueden encontrarse con obstáculos para acceder a los servicios sanitarios. Pueden carecer de seguro médico o de estatus legal, lo que les dificulta buscar atención médica. Este acceso limitado puede dar lugar a un tratamiento tardío o insuficiente, al empeoramiento de las condiciones de salud y a posibles riesgos para la salud pública.
- Aspectos jurídicos y políticos: La elegibilidad de los migrantes para los servicios de salud a menudo depende de las leyes y políticas locales. En algunos casos, los migrantes pueden no tener acceso al mismo nivel de asistencia sanitaria que los ciudadanos o residentes legales. Las restricciones legales y la incertidumbre sobre los derechos pueden crear confusión y disuadir a los migrantes de buscar atención médica, incluso cuando son elegibles.
- Continuidad de la asistencia: Los migrantes suelen trasladarse de una región a otra o de un país a otro, lo que interrumpe la continuidad de su atención médica. La falta de historiales médicos, la dificultad

para transferir información entre proveedores de atención sanitaria y los diferentes sistemas de atención sanitaria pueden obstaculizar la prestación de una atención continua y coordinada a los pacientes migrantes.

- Estigmatización y discriminación: Los migrantes pueden enfrentarse a la estigmatización social, la discriminación y la xenofobia, incluso dentro de los entornos sanitarios. Esto puede crear barreras a la hora de buscar atención, lo que se traduce en un trato deficiente cuando acceden a los servicios sanitarios. Superar estos prejuicios y promover un entorno sanitario culturalmente sensible e integrador es crucial para garantizar una atención equitativa a los migrantes.

Este estudio es una evaluación de las necesidades y los servicios. Su objetivo es identificar las necesidades sanitarias de los migrantes y establecer si éstas están cubiertas por la oferta de los gobiernos, la sociedad civil y la cooperación internacional, cumpliendo con los estándares de calidad.

Objetivos

El objetivo principal del estudio consiste en una evaluación de necesidades y servicios para migrantes y refugiados en las Américas y el Caribe, de enero de 2021 a diciembre de 2023.

Como objetivos secundarios, el estudio pretende identificar los factores que facilitan y dificultan la atención sanitaria a la población inmigrante.

Los servicios sanitarios objeto del informe son:

- Atención de urgencia (incluida la atención prehospitalaria y la respuesta a la violencia general y sexual).
- Atención primaria en salud (nutrición, enfermedades infecciosas y crónicas, salud mental).
- Atención sanitaria sexual y reproductiva.
- Atención materna.
- Atención infantil (incluidos los servicios de nutrición y vacunación).

Marco conceptual

Se utilizó un marco conceptual para elaborar un estudio riguroso y centrado. Se adoptó un paradigma de análisis de determinantes clave (UNICEF, 2012). Estos determinantes clave se clasifican en cuatro grupos principales: entorno favorable, oferta, demanda y calidad (Tabla 1).

Tabla 1. Factores determinantes para evaluar los cuellos de botella y las barreras a los resultados equitativos (UNICEF, 2012)

	Determinantes de los cuellos de botella y las barreras	Descripción
Entorno favorable	Normas sociales	Normas sociales de comportamiento ampliamente seguidas
	Legislación/políticas	Adecuación de leyes y políticas
	Presupuesto/gastos	Asignación y desembolso de los recursos necesarios
	Gestión/coordinación	Funciones y responsabilidad/Coordinación/Asociación
Oferta	Disponibilidad de insumos y suministros esenciales	Insumos básicos/suministros esenciales necesarios para suministrar un servicio o adoptar una práctica
	Acceso a servicios, instalaciones e información con personal adecuado	Acceso físico (servicios, instalaciones/información)
Demanda	Acceso financiero	Costos directos e indirectos de los servicios/prácticas
	Prácticas y creencias sociales y culturales	Creencias, conciencia y comportamientos de las personas y la comunidad, prácticas, actitudes
	Continuidad de uso	Finalización/continuidad en el servicio, práctica
Calidad	Calidad	Calidad en el cumplimiento de las normas de calidad (estándares nacionales o internacionales)

Metodología

El estudio se basa en una revisión documental (marcos regulatorios, informes publicados recientemente y no publicados, literatura científica y gris) que está disponible en línea. Incluye una revisión de la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud sobre marcos y literatura científica a octubre de 2023 (OPS, sin fecha). En la medida de lo posible, se revisaron las fuentes originales. Esta práctica resultó muy relevante ya que se observaron varios errores de transcripción e interpretación de la información.

Geográficamente, el estudio abarca todo el continente americano, incluido el Caribe. En Canadá y EE.UU., la búsqueda se centró en los migrantes de origen americano/caribeño.

El marco de tiempo es de 2021 a 2023, para evitar reflejar la interrupción aguda de las necesidades y servicios sanitarios durante la pandemia. Sin embargo, el impacto en la prestación de servicios sanitarios continúa mucho después de la fase aguda de la pandemia COVID-19.

El estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se basa en numerosas encuestas. Las encuestas suelen basarse en un muestreo de conveniencia que utiliza las bases de datos de las organizaciones humanitarias. Esto significa que los encuestados suelen ser beneficiarios de los servicios ofrecidos por estas organizaciones. De ahí que se sepa poco sobre los migrantes en destino y en tránsito que no tienen acceso a estos servicios. En segundo lugar, el tamaño de las muestras suele ser limitado, especialmente en los ejercicios de monitoreo de los flujos migratorios. Para contrarrestar esta limitación, en la medida de lo posible, el ámbito geográfico y el tamaño de las muestras se indican junto con las fuentes en este estudio. En tercer lugar, las mujeres están más dispuestas a responder a las encuestas sanitarias que los hombres. En cuarto lugar, los criterios de elegibilidad para participar en las encuestas suelen incluir la edad legal. De ahí que no queden bien reflejadas las voces de los menores, incluidas las madres adolescentes. En quinto lugar, las entrevistas realizadas por teléfono excluyen a los migrantes que no tienen teléfono y no son propicias para la recopilación de datos sobre temas delicados como la violencia, la salud mental y otros. Todas estas limitaciones implican que los datos presentados son indicativos y no representativos de la población migrante en toda su diversidad.

CAPÍTULO 1:
Panorama de la migración en las Américas

1.1 Poblaciones migratorias

En general, desde 2010, el número de migrantes internacionales en las Américas ha aumentado constantemente, como se ilustra en los dos gráficos siguientes (Figuras 1 y 2):

Figura 1. Evolución del número de migrantes internacionales en América del Norte y del Sur de 2010 a 2020 (Our World in data, 2020)

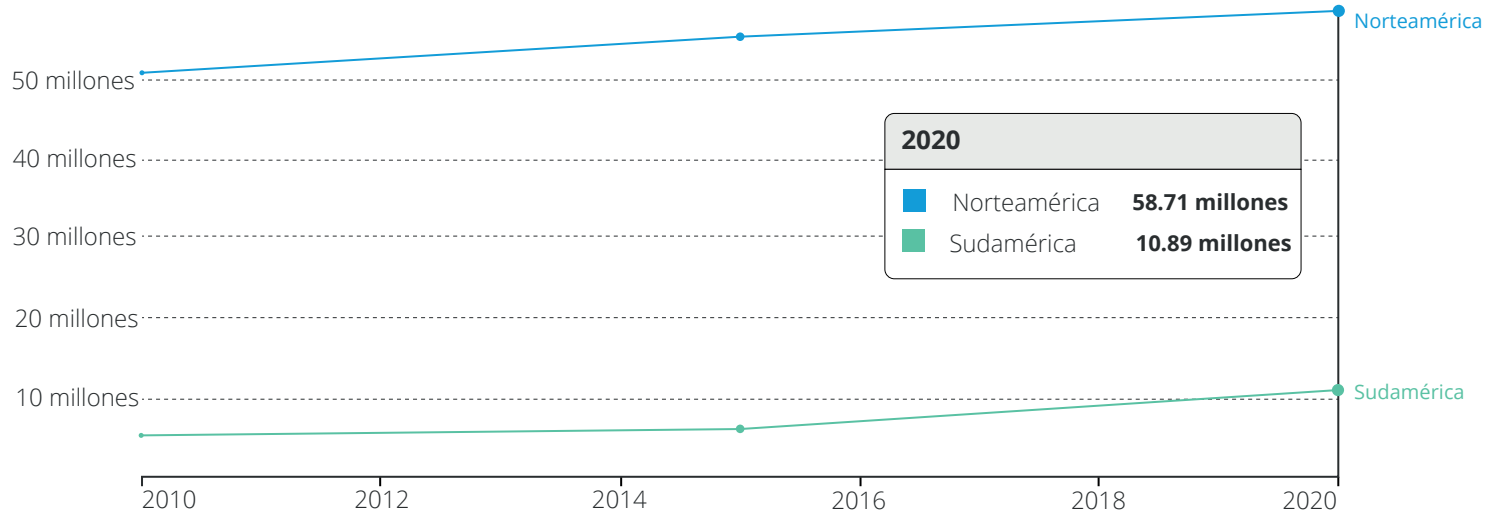
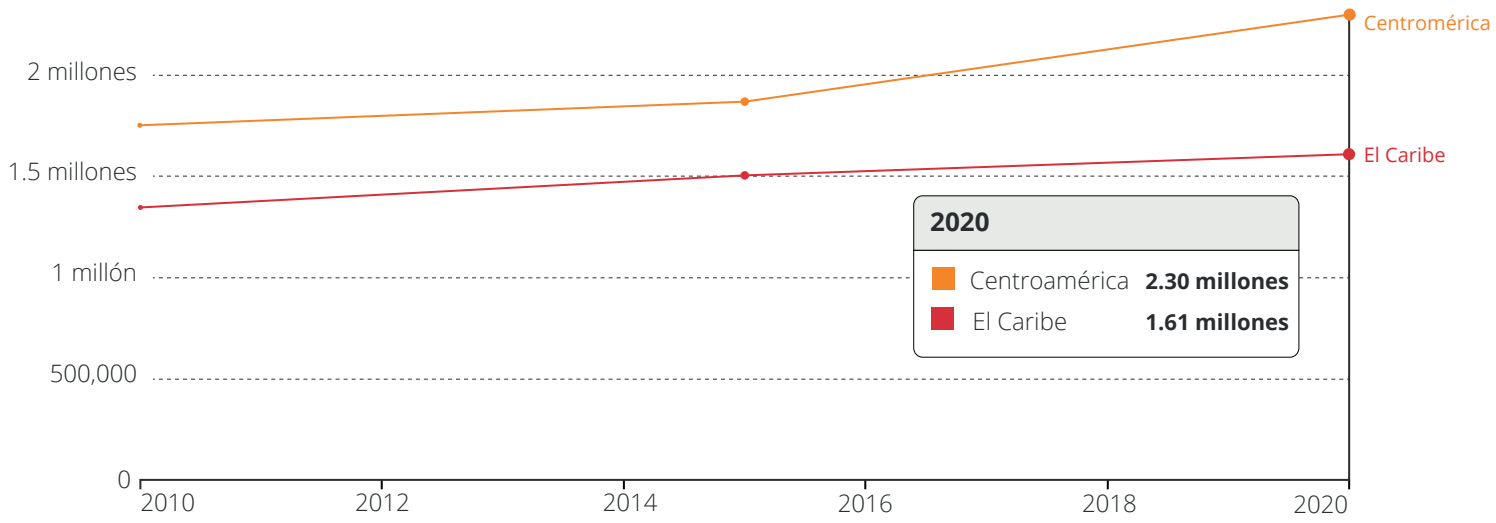


Figura 2. Evolución del número de migrantes internacionales en Centroamérica y el Caribe de 2010 a 2020 (Our World in data, 2020)



Si se hace un acercamiento a nivel de país, existe una gran diversidad en cuanto al número absoluto de migrantes internacionales y la proporción de migrantes respecto a la población total del país. Los cinco países con más migrantes internacionales son EE.UU., Canadá, Argentina, Colombia y Chile. Los cinco países con una mayor proporción de migrantes internacionales son Antigua y Barbuda, Canadá, Bahamas, Belice y, en quinta posición, tanto San Cristóbal y Nieves y los EE.UU. (Tabla 2).

Tabla 2. Número de migrantes internacionales y población migrante internacional como porcentaje de la población total (Portal de Datos sobre Migración, 2020)

	Países	Número de migrantes internacionales	Población migrante internacional en porcentaje de la población total
América del Sur	Argentina	2,300,000	5%
	Bolivia	164,100	1%
	Brasil	1,100,000	1%
	Chile	1,600,000	9%
	Colombia	1,900,000	4%
	Ecuador	784,800	4%
	Guyana	31,200	4%
	Paraguay	196,600	2%
	Perú	1,200,000	4%
	Surinam	47,800	8%
	Uruguay	108,300	3%
	Venezuela	1,300,000	5%
América Central	Belice	62,000	16%
	Costa Rica	520,700	10%
	El Salvador	42,800	1%
	Guatemala	84,300	1%
	Honduras	39,200	0%
	Nicaragua	42,200	1%
	Panamá	313,200	7%
Caribe	Antigua y Barbuda	29,400	30%
	Barbados	34,900	12%
	Cuba	3,000	0%
	Dominica	8,300	12%
	República Dominicana	603,800	6%
	Granada	7,200	6%
	Haití	18,900	0%
	Jamaica	23,600	1%
	San Cristóbal y Nieves	7,700	15%
	Santa Lucía	8,300	5%
	San Vicente y las Granadinas	4,700	4%
	Las Bahamas	63,600	16%
	Trinidad y Tobago	78,800	6%
América del Norte	Canadá	8,000,000	21%
	México	1,200,000	1%
	Estados Unidos	50,600,000	15%

Menos de 100,000 o el 1%.

100,000 - 999,999 o 1% - 999%.

Más de 1,000,000 o el 10%.

Los migrantes internacionales de la tabla anterior se entienden en sentido amplio como personas que viven fuera de su país de nacimiento (ONU, sin fecha). Incluye, pero no equipara, a los refugiados y migrantes que huyen de la muerte, la violencia, los desastres naturales y los provocados por el hombre, así como de la pobreza. Estas situaciones afectan con frecuencia a las Américas, produciendo flujos migratorios internos y externos. En 2020, 4.5 millones de personas fueron desplazadas (FICR, 2022b).

1.2 Flujos migratorios

El siguiente mapa resume las principales rutas migratorias a través del continente.

Figura 3. Flujos migratorios en las Américas (OIM, 2023a)

Pocos países de la región alimentan los flujos migratorios en el continente.

Durante décadas, los habitantes de Centroamérica han huido de la pobreza, la violencia y las catástrofes naturales. Aproximadamente el 10% de la población de El Salvador, Guatemala y Honduras vive en el extranjero (Gobierno de la República de Honduras, 2020). El 90% de los que han salido de estos países y de México, viven en Norteamérica (SE-COMISCA y SICA, 2023). Muchos ciudadanos de Nicaragua y Panamá se han trasladado a Costa Rica. Las personas de Honduras, Guatemala y El Salvador se han ido a Belice. A pesar de representar menos del 3% de la población mundial, Centroamérica y México contribuyen el 7% de los migrantes del mundo (SE-COMISCA y SICA, 2023).

Recientemente, ciudadanos de El Salvador, Honduras y Guatemala han sido retornados a sus países de origen (no mostrados en el mapa anterior). De enero a noviembre de 2021 a 2022, el flujo de retornados aumentó un 93%, 51% y 75% respectivamente (OIM, 2023a). Estos retornados son migrantes irregulares que han sido detenidos en Norteamérica. Una parte de ellos no puede regresar a sus comunidades de origen ya que huyeron de la violencia y las amenazas.

Al igual que en Centroamérica, los **haitianos, cubanos y colombianos también tienen un historial de huida de su país debido a la situación político-social-económica**.

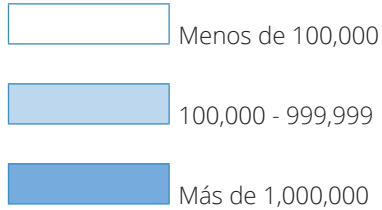
El mayor desplazamiento de personas en el continente está causado actualmente por la crisis venezolana. Se calcula que 7.7 millones de personas han abandonado Venezuela. El 84% de ellas, unos 6.5 millones, viven en América Latina y el Caribe (R4V, 2023b). Los principales países de acogida son Colombia, Perú, Brasil, Ecuador y Chile (Tabla 3). Estados Unidos también es un destino importante, con 545,200 venezolanos en 2021 (R4V, 2023b).

> *"Tuve que abandonar mi casa con mis dos pequeños en donde viví por más de diez años. A mi marido lo mataron las pandillas por negarse a seguir pagando la extorsión. Seguí la ruta migratoria y me devolvieron desde México: primero fui desplazada y luego migrante, y ahora estoy de vuelta en Honduras sin poder regresar a mi comunidad de origen."*
>
> Hondureña, mujer migrante desplazada, Honduras (CICR, 2020)

En términos de tendencias, **de 2021 a 2023, el número de migrantes y refugiados venezolanos aumenta en todos los países excepto en Panamá**. Los migrantes que vivían en Panamá han abandonado el país en 2023 (R4V, 2023a). En 2023, parece haber un fuerte aumento de migrantes en México, Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil y Bolivia. Entre las islas del Caribe, República Dominicana acoge a cerca de 200,000 migrantes y refugiados venezolanos (Tabla 3). En 2020, las cifras estimadas de venezolanos en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras eran muy bajas: 303, 245, 165, 103 respectivamente (R4V, 2023b).

Tabla 3. Población venezolana en países de América y el Caribe (R4V, 2023b)

		2021	2022	2023 Proyección*	Tendencia 2021-2023
América del Sur	Argentina	173,248	171,050	330,893	
	Bolivia	12,123	13,776	23,781	
	Brasil	261,441	412,902	716,240	
	Chile	448,138	444,423	666,635	
	Colombia	1,842,390	2,477,588	4,341,890	
	Ecuador	508,935	502,214	712,418	
	Guyana	24,540	19,643	32,514	
	Paraguay	5,645	5,769	8,012	
	Peru	1,286,464	1,505,416	2,313,006	
	Uruguay	16,622	26,306	49,409	
América Central	Costa Rica	29,906	30,107	44,108	
	Panama	121,598	147,550	87,237	
Caribe	Aruba	17,000	17,000	25,628	
	Curacao	14,159	14,000	21,000	
	República Dominicana	115,283	115,283	186,212	
	Trinidad y Tobago	28,478	35,314	54,327	
América del Norte	México	82,976	87,152	169,662	



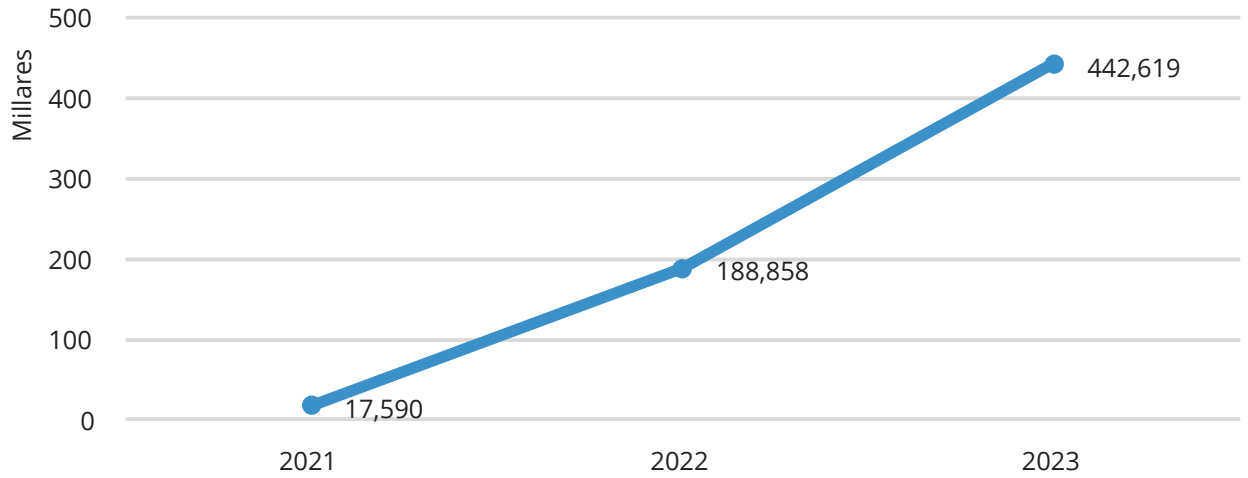
* 2023 Proyección basada en datos de enero a agosto de 2023.

El flujo de migrantes irregulares por la ruta norte sigue una tendencia creciente de 2021 a 2023, como se observa con los datos de la frontera Colombia-Panamá, y de la frontera Honduras y México-Estados Unidos.

De 2021 a 2022, el número de migrantes que cruzan irregularmente la frontera de Colombia a Panamá aumentó en un 86%, alcanzando un total de 248,284 (OIM, 2023a). La misma tendencia se intensifica al año siguiente. Entre enero-agosto de 2023 y el mismo periodo de 2022, se triplica (total 333,700 migrantes en 2023) (ACNUR, 2023b) (R4V, 2023a).

Asimismo, en Honduras, el número de migrantes registrados por las autoridades de migración ha experimentado un aumento espectacular en los últimos dos años (Figura 4).

Figura 4. Número de migrantes irregulares registrados por las autoridades de 2021 a 2023 en Honduras (Instituto Nacional de Migración, 2023)



Nota: Los datos para 2023 son hasta el 31/10/2023

La misma tendencia creciente se observa en la frontera suroeste de Estados Unidos. En comparación con 2021, en 2022, Estados Unidos registró un aumento del 27% en el número de encuentros (un total de 2,577,669) (OIM, 2023a). Por primera vez, los sudamericanos encabezan la lista de nacionalidades de inmigración en Estados Unidos (OIM, 2023a).

Estas tendencias también pueden confirmarse consultando el tablero de migraciones de la FICR, que hace un seguimiento de los movimientos de población en Centroamérica :

Figura 5. Flujos y cifras de migración en Centroamérica (FICR, 2024)

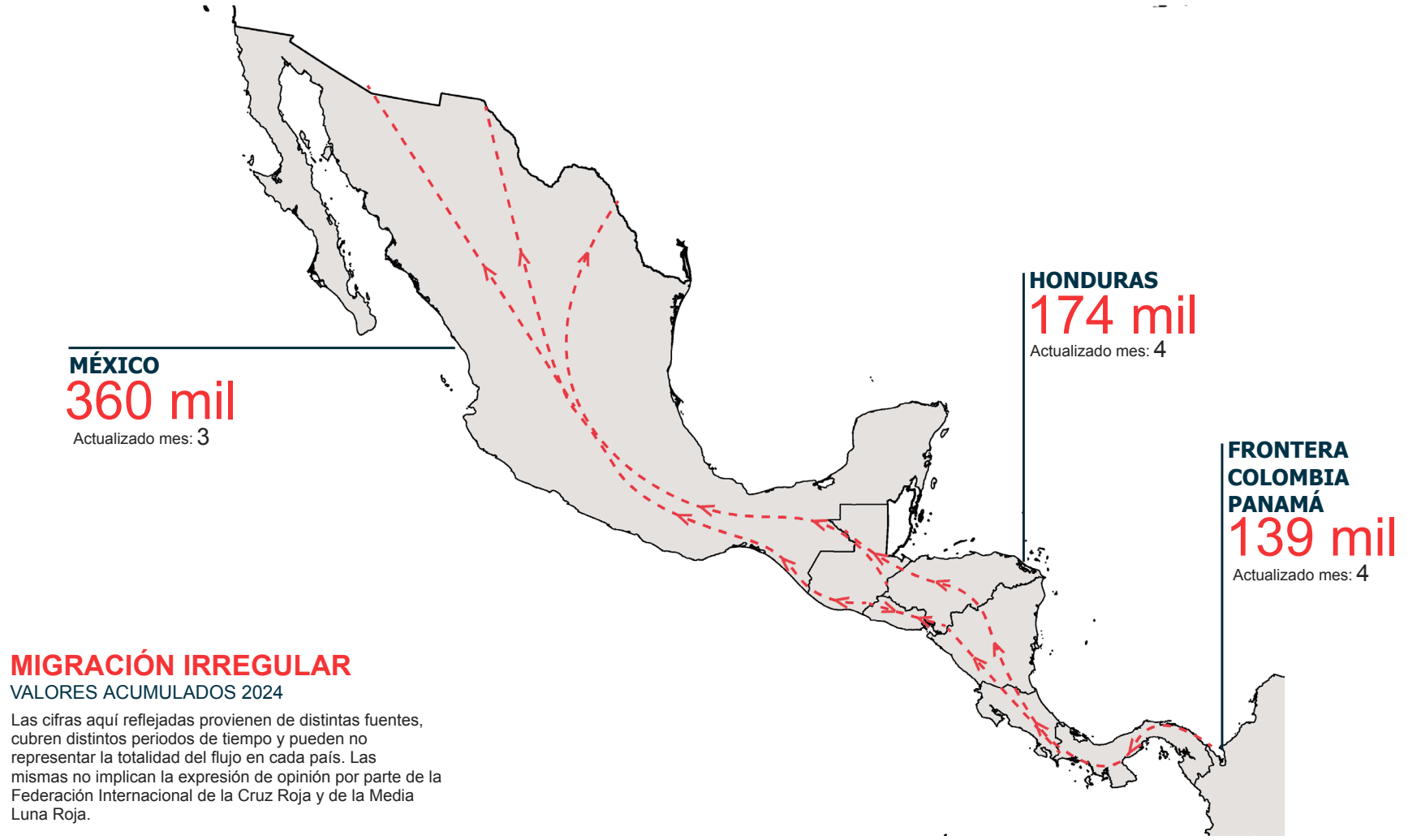
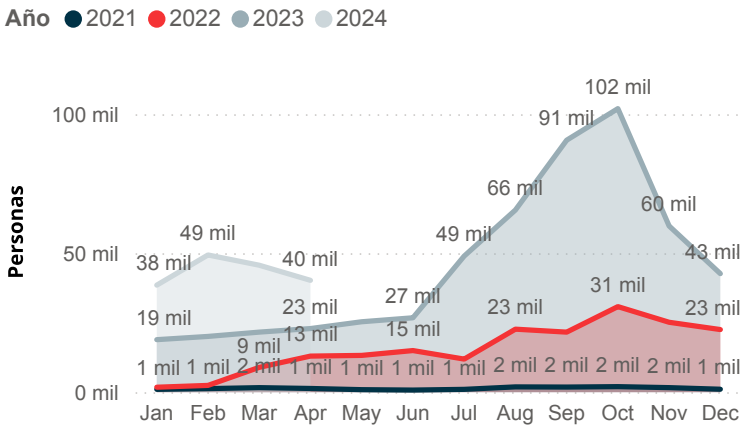


Figura 6. Cifras y tendencias de los migrantes irregulares en América Central (FICR, 2024)

HONDURAS

Migración irregular



2021: 16,284

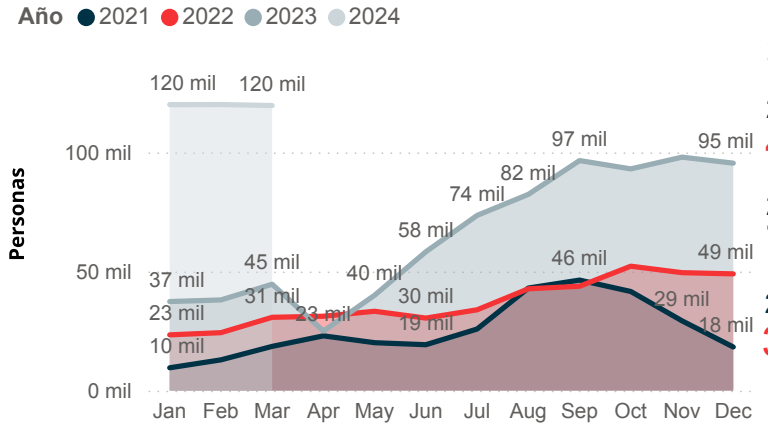
2022: 188,868

2023: 545,043

2024: 173,748

MÉXICO

Migración irregular



2021: 307,679

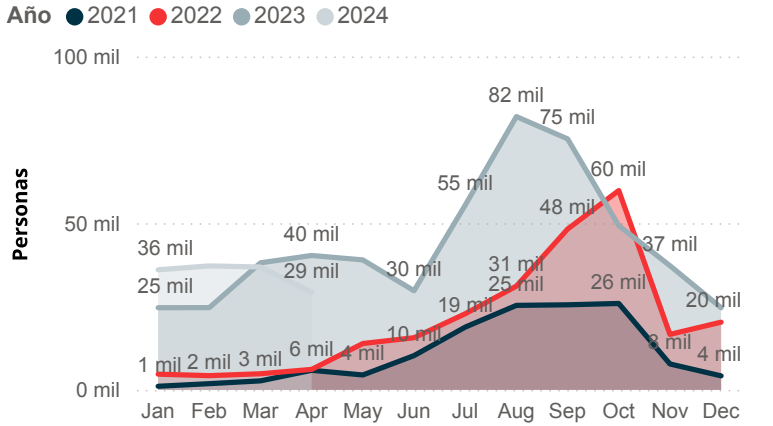
2022: 444,439

2023: 782,185

2024: 359,697

FRONTERA COLOMBIA/PANAMÁ

Migración irregular



2021: 133,726

2022: 248,284

2023: 520,085

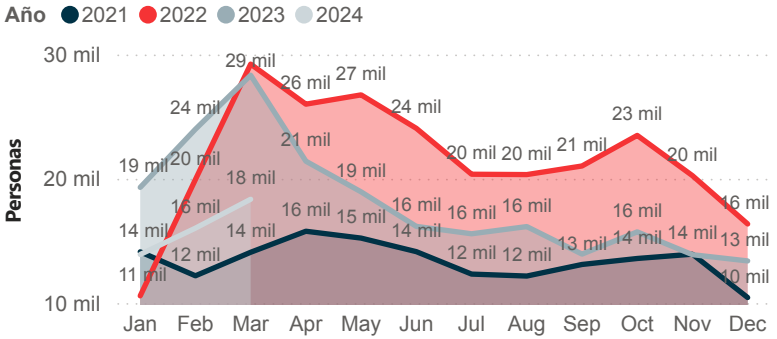
2024: 139,267

País	2021	2022	2023	2024	Total
México	307,679	444,439	782,185	359,697	**1.894.000**
Panamá	133,726	248,284	520,085	139,267	**1.041.362**
Honduras	16,284	188,868	545,043	173,748	**923.943**
Total	**457,689**	**881,591**	**1,847,313**	**672,712**	**3.859.305**

Las cifras aquí reflejadas provienen de distintas fuentes, cubren distintos periodos de tiempo y pueden no representar la totalidad del flujo en cada país. Las mismas no implican la expresión de opinión por parte de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

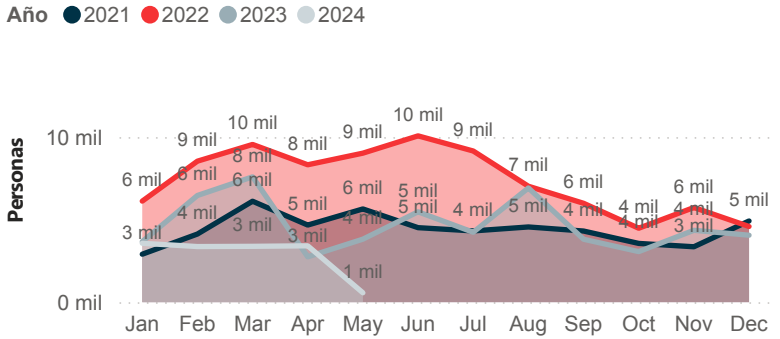
Figura 7. Cifras y tendencias de los retornados en Centroamérica (FICR, 2024)

MÉXICO
Personas retornadas



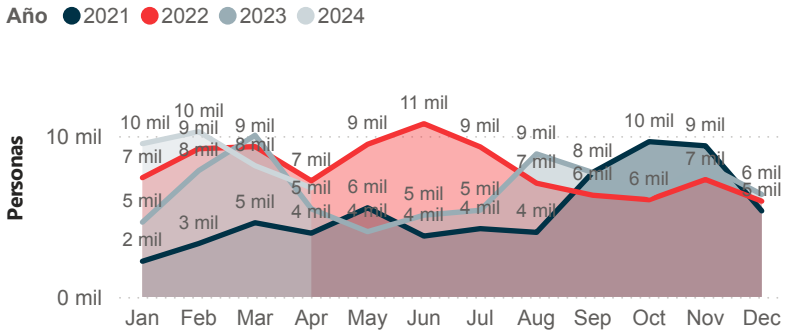
2021: 161,069 2022: 258,370 2023: 216,802
2024: 48,281

HONDURAS
Personas retornadas



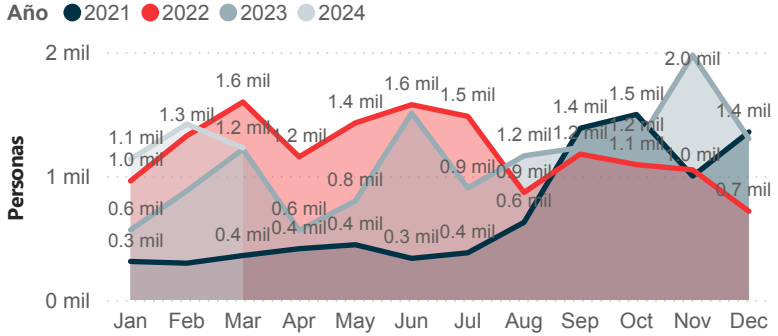
2021: 52,968 2022: 88,575 2023: 56,172
2024: 14,291

GUATEMALA
Personas retornadas



2021: 63,810 2022: 95,416 2023: 80,065
2024: 34,729

EL SALVADOR
Personas retornadas

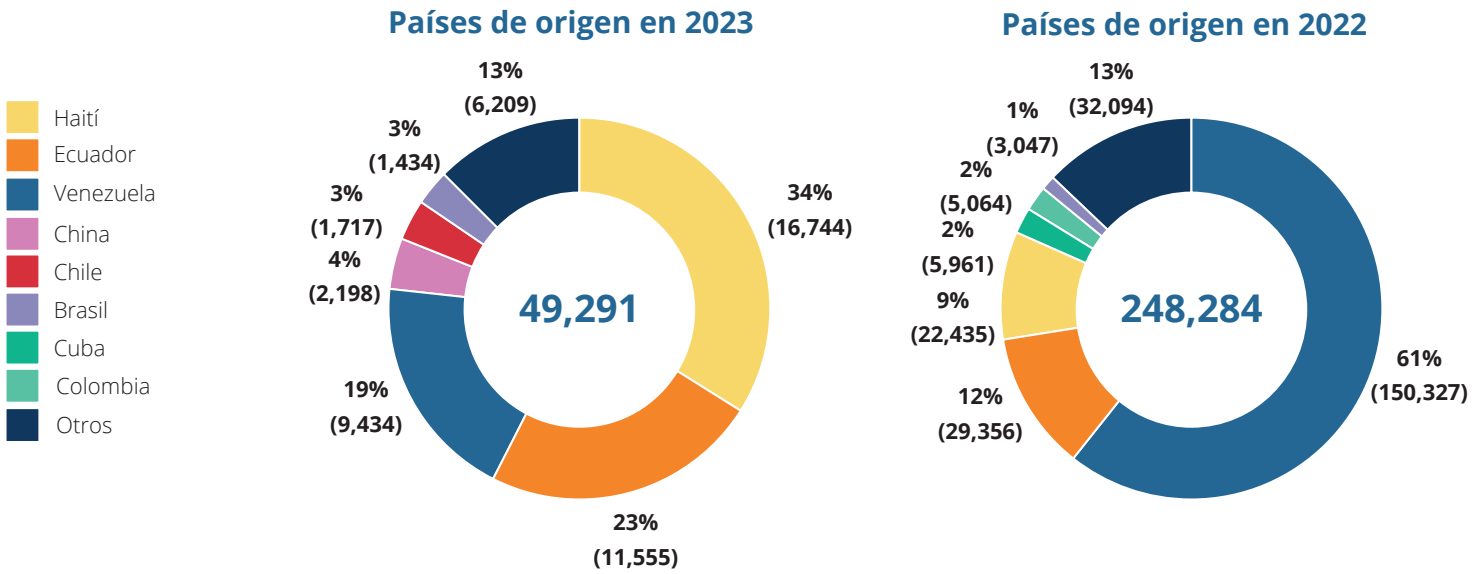


2021: 8,413 2022: 14,437 2023: 13.357
2024: 3,786

En la ruta migratoria hacia el Norte, la distribución de los migrantes irregulares de diversos orígenes varía, como se ilustra en las siguientes figuras.

En la frontera entre Colombia y Panamá, la mayoría de los migrantes proceden de Venezuela, Ecuador y Haití (Figura 8).

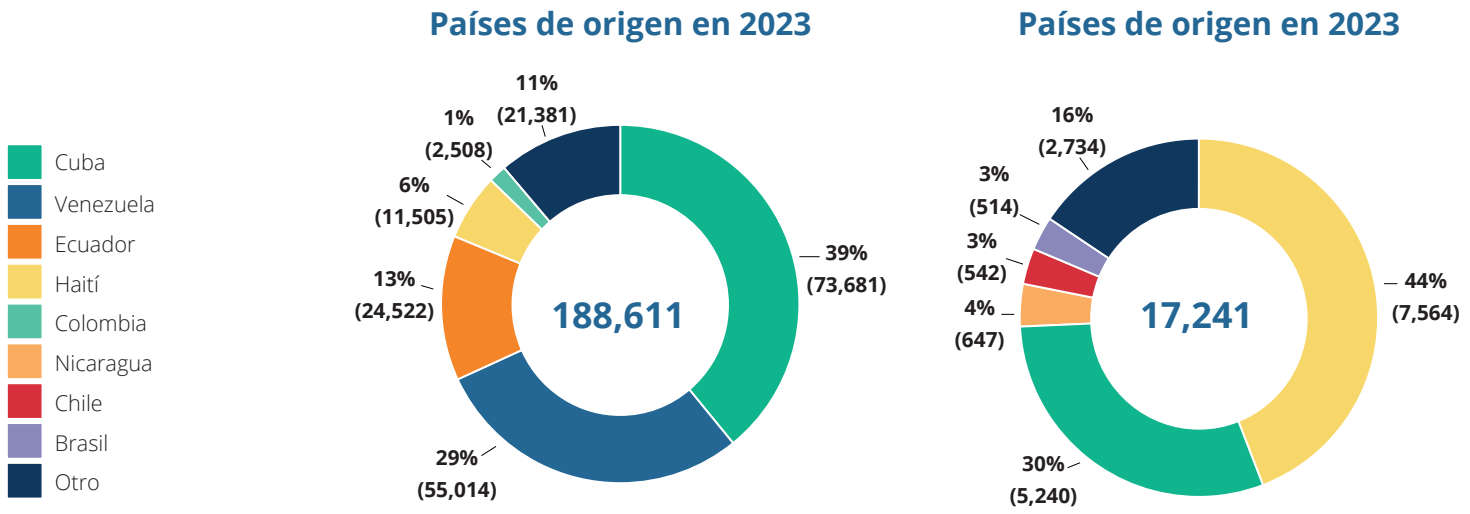
Figura 8. Países de origen de los migrantes irregulares que se desplazaron de Colombia a Panamá en 2022 (enero-diciembre) y 2023 (enero-febrero) (OIM, 2023a)



En la frontera entre Colombia y Panamá, el 76% de los migrantes irregulares se dirigían a Estados Unidos, mientras que el 9% y el 7% pretendían llegar a México y Panamá, respectivamente (GIFMM, 2023b; Darién; 6,391 participantes). Otra encuesta mostró que el 95% quería llegar a Estados Unidos, el 2% a Canadá y el 1% a México y Panamá. En caso de que no pudieran llegar a su destino preferido, 8 de cada 10 planeaban esperar en otro país hasta que se les permitiera continuar (ACNUR, 2023a; Darién y Chiriquí; 107 participantes).

En la frontera entre Nicaragua y Honduras prevalecen los mismos orígenes, acompañados de cubanos (Figura 9).

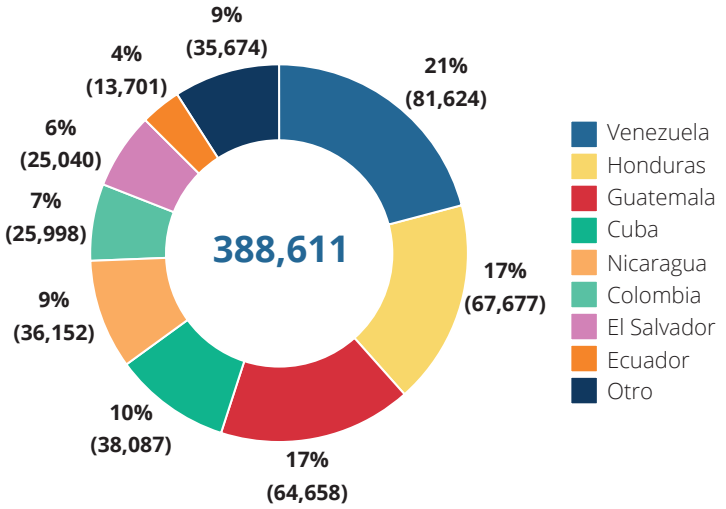
Figura 9. Países de origen de los migrantes irregulares que se desplazaron de Nicaragua a Honduras en 2021 y 2022 (OIM, 2023a)



En Guatemala, México, Costa Rica y Panamá, el 82% de los migrantes pretendía llegar a Estados Unidos y el 9% a México (ACNUR y PMA, 2023; 3,456 participantes). En México, una encuesta realizada a 251 migrantes indicó que el 71% pretendía llegar a Estados Unidos y el 39% a México (OIM, 2023c; Tapachula y Tenosique; 251 participantes en albergues y espacios públicos).

En la frontera sur de México sigue habiendo una elevada proporción de venezolanos y cubanos. Los migrantes procedentes de Centroamérica (Honduras, Guatemala y Nicaragua) están bien representados (Figura 10).

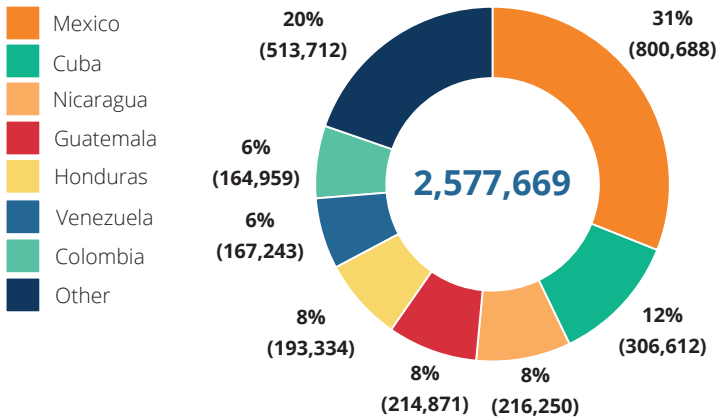
Figura 10. Países de origen de los migrantes irregulares llegados a México en 2022 (enero-noviembre) (OIM, 2023a)



En la frontera con Estados Unidos, casi 1 de cada 3 migrantes irregulares procede de México. Los orígenes más comunes son Cuba y los países de América Central (Nicaragua, Guatemala y Honduras) (Figura 11)**.**

Los ciudadanos americanos y caribeños no son los únicos que transitan por el continente. En 2022, más de 5,000 migrantes procedían de países de fuera de las Américas, principalmente India, Afganistán y Angola. **En 2023 (hasta el 31 de octubre, 2023), más de 32,000 migrantes habían llegado a Honduras desde China, Senegal, Guinea, Mauritania y Uzbekistán (Instituto Nacional de Migración, 2023).**

Figura 11. Países de origen de los migrantes irregulares identificados en la frontera suroeste de EE.UU. en 2022 (OIM, 2023a)



1.3 Perfil demográfico

En la población adulta en tránsito, las encuestas muestran una mayor proporción de hombres que de mujeres. La proporción es de aproximadamente un 60% de hombres y un 40% de mujeres (Tabla 4).

Tabla 4. Proporción de hombres y mujeres en la población inmigrante adulta

Países	Migrantes en tránsito
Costa Rica	43% mujeres 57% hombres R4V, 2022c; 268 participantes
Panamá	35% mujeres 65% hombres ACNUR, 2023a; Darién y Chiriquí; 107 participantes.
Guatemala México Costa Rica Panamá	35% mujeres 65% hombres ACNUR y PMA, 2023; 3,456 participantes

Países	Migrantes en tránsito
Panamá Honduras Costa Rica México República Dominicana	40% mujeres 60% hombres OIM, 2023a; 26,800 encuestas en población adulta del 1/1/2022-31/10/2023

Teniendo en cuenta a los menores, la distribución es de aproximadamente 16-33% de menores, 24-29% de mujeres, 41-55% de hombres. Hay dos excepciones. Una proporción mucho más elevada de hombres es retornada a Centro América. Entre los migrantes venezolanos en movimientos pendulares entre Venezuela y Colombia y los venezolanos asentados en Colombia, las mujeres (31-46%) y los menores (39-45%) están más representados que los hombres (14-26%) (Tabla 5).

Tabla 5. Proporción de menores, mujeres y hombres en la población inmigrante

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Chile		29% menores 29% mujeres 41% hombres OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
Colombia	Migrantes venezolanos en destino: 43% menores 31% mujeres 26% hombres GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares Migrantes venezolanos en destino 45% menores 31% mujeres 24% hombres GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	Migrantes venezolanos en tránsito: 33% menores 24% mujeres 42% hombres Migrantes venezolanos en movimientos pendulares: 39% menores 46% mujeres 14% hombres GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares
		16% menores 29% mujeres 55% hombres Migración Colombia, 2023; 446,805 migrantes
Costa Rica		16% menores en el Sur 14% de menores en el Norte OIM, 2022; fronteras sur y norte; 5,727 y 19,425 migrantes respectivamente

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Honduras		21% menores 24% mujeres 55% hombres Consorcio | Life Honduras, 2023; 20,552 migrantes
		20% menores 26% mujeres 54% hombres Instituto Nacional de Migración, 2023; del 01/01/2023 al 31/10/2023
El Salvador, Honduras, Guatemala		Retornados 2021: 20% menores 16% mujeres 64% hombres Retornados 2022 (hasta 11/2022): 19% menores 21% mujeres 61% hombres OIM, 2023a
México		26% menores 27% mujeres 46% hombres OIM, 2023c; Tapachula y Tenosique; 251 participantes en albergues y espacios públicos.

Según UNICEF (2023), los **grupos de migrantes incluyen una proporción creciente de menores.** Esto se observa en la selva del Darién y menos claramente en la frontera con Estados Unidos (Tabla 6). Más de la mitad de los menores que cruzaron el Darién en 2023 eran menores de 5 años de edad (UNICEF, 2023).

En comparación con la media mundial, América tiene una mayor proporción de menores entre los migrantes y refugiados (25% frente a 13%). En 2019, la proporción de menores migrantes en las Américas era del 19% (UNICEF, 2023).

Tabla 6. Número de menores migrantes que cruzan por Darién y la frontera con EE.UU. (UNICEF 2023)

	2021	2022	2023 Proyección*	Tendencia 2021-2023
Selva del Darién	29,000	40,000	90,000	
Frontera de los Estados Unidos	149,000	155,000	142,286	

*basado en los datos de los 8 primeros meses del Darién y en los 7 primeros meses de los EE.UU.

1.4 Mortalidad de los migrantes durante el tránsito

En 2023 , al menos 1,148 migrantes perdieron la vida en las rutas migratorias de América y el Caribe. Las principales causas de muerte fueron ahogamiento (398); accidentes de vehículos (290); ambiente hostil combinado con falta de refugio adecuado, alimentos, agua (150); actos de violencia (81); muertes accidentales (76); enfermedades combinadas con falta de acceso a atención sanitaria (36); y mixtas o desconocidas (117).

La mayoría de las muertes se produjeron en la frontera entre México y Estados Unidos (533), del Caribe a Estados Unidos (75), El Darién (42) y de República Dominicana a Puerto Rico (41).

El año anterior, en 2022, desaparecieron al menos 1,462 migrantes (Proyecto Migrantes Desaparecidos, 2023)**.**

CAPÍTULO 2:
Demanda de servicios sanitarios

2.1 Perfil epidemiológico de los migrantes

Esta sección ofrece una descripción de la carga de morbilidad de los migrantes en destino y en tránsito por grupos de edad: niñas y niños menores de 5 años, niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, adultos de 18 a 59 años, personas mayores de 60 años. Si la edad no se encuentra especificada, la información se incluyó en el grupo de adultos/población general.

2.1.1 Niñas y niños menores de 5 años

Nacimiento con bajo peso

En Brasil, durante las actividades de salud realizadas en albergues y asentamientos espontáneos en Boa Vista y Pacaraima, 24% de los nacimientos de migrantes venezolanos fueron clasificados como nacimientos con bajo peso (UNICEF, 2022; 145 nacimientos en total). En Colombia el 11% de los nacimientos de migrantes venezolanos fueron de bajo peso (MinSalud, 2023). En 2020, la prevalencia nacional de bajo peso al nacer es del 5-10% en Brasil y del 10-15% en Colombia (OMS, 2023b). **Así, la proporción de bajo peso al nacer de migrantes venezolanos en Colombia está dentro del rango nacional, mientras que en Brasil es más del doble del promedio nacional.**

Lactancia materna exclusiva

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre los menores de 0 a 5 meses osciló entre un 18% en Brasil y un 74% también en Brasil (Tabla 7). La meta mundial para la lactancia materna exclusiva es una tasa del 50% para 2025 y del 70% para 2030.

Tabla 7. Lactancia materna exclusiva entre los menores migrantes venezolanos de 0 a 5 meses

	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito	Comunidades de acogida
Bolivia	**25%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva R4V, 2023a		
Brasil	**18%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva **35%** de los 0 a 5 meses no recibe lactancia materna UNICEF, 2022; 812 menores de 5 años en refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.		**57%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva en la región norte de Brasil. **53%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva en Brasil. UNICEF, 2022
	74% de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva. R4V, 2023d; 11 estados; 800 hogares		
Colombia	**57%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares; 84 0-5 meses evaluados	**38%** de los 0 a 5 meses en tránsito con lactancia materna exclusiva. **67%** de los 0-5 meses en movimiento pendular con lactancia materna exclusiva GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares	
	43% de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva. PMA, 2023; 7,097 participantes		
Ecuador	**59%** de los 0-5 meses con lactancia materna exclusiva. **9%** de los 0 a 5 años sin lactancia materna. GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares		

Estado nutricional

Según la clasificación internacional de los niveles de desnutrición aguda en contextos humanitarios (ACNUR, 2019), la prevalencia de desnutrición aguda entre las niñas y los niños migrantes menores de 5 años es baja en Colombia (2.5-5%), moderada en Bolivia y Honduras (5-10%) y muy alta en Brasil (más del 15%) (Tabla 8).

Según una clasificación de los niveles de desnutrición crónica (de Onis *et al.*, 2019), la prevalencia de

desnutrición crónica entre los migrantes menores de 5 años es moderada en Bolivia (10-20%), entre moderada y alta en Brasil (20-36%). Dependiendo del tipo de migrante, es moderada o alta en Colombia (Tabla 8).

En la escala **del índice de masa corporal**, mientras que en Brasil el 17% de los menores de 5 años tenían un peso insuficiente o muy insuficiente, en Colombia el sobrepeso y la obesidad afectaban entre el 6 y el 12% y entre el 4 y el 7% de los menores venezolanos de 0 a 23 meses y de 24 a 59 meses, respectivamente. Existe una doble carga nutricional (Tabla 8).

La comparación del estado nutricional entre las niñas y los niños migrantes y los de la comunidad de acogida muestra disparidades considerables en Brasil, pero ninguna en Colombia (Tabla 8).

Tabla 8. Estado nutricional de las niñas y los niños migrantes menores de cinco años

Países	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito	Comunidades de acogida
Bolivia	**2%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda grave. **5%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda moderada. **31%** de los 2 a 23 meses con desnutrición crónica. **12%** de los 2 a 59 meses con desnutrición crónica. R4V, 2023a; Desaguadero, El Alto y La Paz		
Brasil	**17%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda, de los cuales **4%** con desnutrición aguda grave. **11%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda en Boa Vista, Roraima. **20%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda en Pacaraima, Roraima. **4%** de los menores de 5 años con talla/edad muy baja (desnutrición crónica). **16%** de los menores de 5 años con baja talla/edad (desnutrición crónica). **4%** de los menores de 5 años con muy bajo peso. **13%** de los menores de 5 años con bajo peso. **0%** de los menores de 5 años obesos. UNICEF, 2022; 812 menores de 5 años en refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.		**4%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda en el estado de Roraima, Brasil. **6%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda en Brasil. R4V, 2022a

Países	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	**Malnutrición aguda** **0%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda grave. **2%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda moderada. **Malnutrición crónica** **18%** de los menores de 5 años con desnutrición crónica. **Sobrepeso/obesidad** **8%** de los 0-23 meses con sobrepeso. **2%** de los 0-23 meses obesos. **3%** de los 24-59 meses con sobrepeso. **1%** de los 24-59 meses obesos. PMA, 2023; 13 regiones; 831 menores de 5 años en destino evaluados	**Malnutrición aguda** **3%** de los menores de 5 años en tránsito con desnutrición aguda grave. **2%** de los menores de 5 años en tránsito con desnutrición aguda moderada. **2%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con desnutrición aguda grave. **2%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con desnutrición aguda moderada. **Malnutrición crónica** **16%** de los menores de 5 años en tránsito con desnutrición crónica. **26%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con desnutrición crónica. **Sobrepeso/obesidad** **3%** de los 0-23 meses en tránsito con sobrepeso. **3%** de los 0-23 meses en tránsito obesos. **6%** de los 0-23 meses en movimientos pendulares sobrepeso. **6%** de los 0-23 meses en movimientos pendulares obesos. **6%** de los 24-59 meses en tránsito con sobrepeso. **1%** de los 24-59 meses en tránsito obesos. **3%** de los 24-59 meses en movimientos pendulares con sobrepeso. **2%** de los 24-59 meses en movimientos pendulares obesos. PMA, 2023; 135 menores de 5 años en tránsito evaluados y 216 menores de 5 años en movimientos pendulares evaluados.	**Malnutrición aguda** **1%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda grave. **2%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda moderada. **Malnutrición crónica** **16%** de los menores de 5 años con desnutrición crónica. **Sobrepeso/obesidad** **10%** de los 0-23 meses con sobrepeso. **3%** de los 24-59 meses con sobrepeso. **1%** de los 24-59 meses obesos. PMA, 2023, 395 menores de 5 años evaluados

Países	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito	Comunidades de acogida
		3% de los menores de 5 años en movimientos pendulares con desnutrición aguda grave. **20%** de los menores de 5 años en tránsito con baja talla/edad (desnutrición crónica). **23%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con baja talla/edad (desnutrición crónica). GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares; 58 menores de 5 años en tránsito evaluados y 217 menores de 5 años en movimientos pendulares evaluados.	
Honduras*		**5%** de los menores de 5 años con desnutrición aguda moderada. **2%** de los menores con desnutrición aguda grave. Consorcio | Life Honduras, 2023; 445 migrantes menores de 5 años evaluados en enero de 2023.	

*Los datos de Honduras corresponden a migrantes de origen mixto.

Con respecto a la anemia, en Bolivia y Colombia, entre 31 y 65% de los migrantes menores de 5 años presentaron algún grado de anemia. La prevalencia de anemia entre los menores colombianos se incluyó dentro de este rango (49%) (Tabla 9).

Dejando de lado la anemia leve, la prevalencia más baja de anemia moderada o grave se encontró entre las niñas y los niños migrantes menores de 5 años asentados en Colombia y las niñas y los niños colombianos menores de 5 años (18%). Las prevalencias más altas afectaron a las niñas y los niños venezolanos menores de 5 años en movimientos pendulares (36%) y en Bolivia (más del 30%). En **otras palabras, la anemia moderada o grave afecta hasta uno de cada tres o uno de cada cinco niñas y niños** (Tabla 9).

Tabla 9. Anemia entre las niñas y los niños migrantes venezolanos menores de cinco años

Países	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito	Comunidades de acogida
Bolivia	**65%** de los menores de 5 años con algún grado de anemia. **Más del 30%** de los menores de 5 años con anemia moderada o grave. R4V, 2023a; Desaguadero, El Alto y La Paz		
Colombia	**26%** de los menores de 5 años con anemia leve. **17%** de los menores de 5 años con anemia moderada. **1%** de los menores de 5 años con anemia grave. PMA, 2023; 13 regiones; 831 menores de 5 años en destino evaluados	**13%** de los menores de 5 años en tránsito con anemia leve. **30%** de los menores de 5 años en tránsito con anemia moderada. **1%** de los menores de 5 años en tránsito con anemia grave. **19%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con anemia leve. **34%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con anemia moderada. **2%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con anemia grave. PMA, 2023; 135 menores de 5 años en tránsito evaluados y 216 menores de 5 años en movimiento pendular evaluados.	**31%** de los menores de 5 años con anemia leve. **16%** de los menores de 5 años con anemia moderada. **2%** de los menores de 5 años con anemia grave. PMA, 2023; 13 regiones; 395 menores de 5 años evaluados
		31% de los menores de 5 años en tránsito con anemia. **37%** de los menores de 5 años en movimientos pendulares con anemia. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares; 58 menores de 5 años en tránsito evaluados y 217 menores de 5 años en movimientos pendulares evaluados.	

Para evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, la OMS y UNICEF recomiendan un indicador denominado Dieta Mínima Aceptable que consiste en la proporción de niñas y niños entre 6 y 23 meses que reciben una frecuencia y variedad mínima de alimentos. **En Colombia, el 24% de las niñas y los niños venezolanos en destino (GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2387 hogares; 337 menores de 2 años), el 18% de los que se encontraban en movimientos pendulares y el 3% de los que estaban en tránsito tenían una Dieta Mínima Aceptable** (R4V, 2023a). En comparación con el año anterior, el valor del indicador ha empeorado para los menores en destino y en tránsito. En 2022, las proporciones para los tres grupos se estimaron como sigue: 35%, 14% y 11% (R4V, 2023a).

Afecciones agudas

La información sobre afecciones agudas entre los menores de 5 años se limita a un estudio entre migrantes venezolanos asentados en Lima, Perú. **En el mes anterior a la encuesta, el 35% de los menores de 5 años tenía una afección médica**: afección respiratoria/alergia (84%); diarrea (12%); desnutrición (3%); problemas musculoesqueléticos (2%); parasitosis (2%); problema de salud mental (2%); recaída de enfermedad crónica (2%); otros (6%) (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

En los grupos focales, que formaban parte del mismo estudio, los participantes señalaron la diarrea y la anemia/malnutrición como los principales problemas en esta categoría de edad. La diarrea afectaba a todos los grupos de edad, pero especialmente a los lactantes, las niñas, los niños y los adolescentes. Los participantes identificaron la falta de acceso a agua potable como la principal razón de la diarrea (OPS, 2022).

Vacunas

La cobertura vacunal entre los migrantes venezolanos menores de 5 años en destino parece bastante uniforme en Brasil, Ecuador y Perú. Alrededor del **70%** de los menores de 5 años estaban completamente vacunados (Tabla 10). La cobertura de vacunación recomendada para difteria, tos ferina, tétanos, Neisseria meningitidis y Estreptococos pneumoniae es del **90%** (Agenda de Inmunización 2030, 2021).

Tabla 10. Cobertura de vacunación entre los migrantes venezolanos menores de cinco años de edad

	Migrantes venezolanos en destino
Brasil*	El **69%** de los menores de 5 años recibió el número de vacunas recomendado por las autoridades brasileñas. UNICEF, 2022; 812 menores de 5 años en refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.
Ecuador	El **75%** de los menores de 5 años completó el calendario de vacunación habitual. El **15%** de los menores de 5 años no había recibido ninguna vacuna incluida en el calendario de vacunación ordinario. El **8%** recibió algunas vacunas. GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares
Perú	El **73%** de los menores de 0 a 3 años completaron el calendario de vacunación habitual. OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 121 menores de 0 a 3 años.

*Los datos de Brasil son una combinación de migrantes venezolanos en destino y en tránsito.

Enfermedades crónicas

Dos estudios proporcionaron información sobre estimaciones de enfermedades crónicas entre migrantes venezolanos de 0 a 5 años asentados en el Perú. **Un estudio a nivel nacional arrojó una proporción de 4%** (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares). **Otro estudio en Lima con una definición amplia de enfermedades crónicas estimó una proporción de 10%** con la siguiente distribución de afecciones: 15% anemia; 15% problemas neurológicos; 10% asma; 10% problemas cardíacos; 10% intolerancia a la lactosa; 5% alergias; 5% enfermedad pulmonar; 5% problema de salud mental; 5% problema de desarrollo; 5% problema osteomuscular; 10% otras enfermedades; 10% no recuerda (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Discapacidad

Un estudio entre migrantes asentados en Lima provee información sobre el nivel de discapacidad en el grupo etario de 0 a 5 años: 2% tenía discapacidad del habla; 2% discapacidad cognitiva; 2% discapacidad motora; 2% discapacidad para las relaciones sociales (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

2.1.2 Niñas, niños y adolescentes (6-17 años)

Estado nutricional

Entre el **15%** y el **45%** de las niñas, los niños y adolescentes en edad escolar (6-17 años) padecían anemia (Tabla 11).

La doble carga nutricional se observa también en esta categoría de edad. Mientras que el 13% de las niñas y los niños en tránsito de 5 a 9 años tenían sobrepeso en Colombia, el **10-24%** se encontraban por debajo del peso normal en Brasil y Bolivia y el **20%** de las niñas y los niños de 5 a 9 años en movimientos pendulares en Colombia tenían una talla baja para su edad (desnutrición crónica) (Tabla 11).

Tabla 11. Estado nutricional de los migrantes venezolanos de 5 a 17 años

Países	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito
Bolivia	**6%** de los menores de 5 a 17 años con bajo peso. **18%** de los menores de 5 a 17 años con muy bajo peso. **45%** de los menores de 5 a 17 años con anemia. R4V, 2023a; Desaguadero, El Alto y La Paz	
Brasil	**0%** de los menores de 5 a 17 años con con bajo peso. **10%** de los menores de 5 a 17 años con muy bajo peso. UNICEF, 2022; refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.	
Colombia		**13%** de los menores de 5 a 9 años en tránsito con sobrepeso. **15%** de los menores de 5 a 9 años en tránsito con anemia. **3%** de los menores de 5 a 9 años en movimientos pendulares con bajo peso. **20%** de los menores de 5 a 9 años en movimientos pendulares con baja estatura/edad (desnutrición crónica). **37%** de los menores de 5 a 9 años en movimientos pendulares con anemia. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares; 41 menores en tránsito de 5 a 9 años evaluados y 119 menores en movimientos pendulares de 5 a 9 años evaluados.

Afecciones agudas

En Lima, Perú, durante el mes anterior, el 34% de los migrantes venezolanos de entre 6 y 17 años tuvieron alguna afección médica. De ellos, 77% tenía una afección respiratoria/alergia; 6% problemas de piel; 6% problemas neurológicos; 5% enfermedad diarreica; 3% anemia o desnutrición; 3% problemas musculoesqueléticos; 2% parasitosis, 2% recaída de enfermedad crónica; 6% otros (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Los participantes de los grupos focales en Lima**, Perú, mencionaron que las niñas, los niños y adolescentes sufrían sobre todo numerosos accidentes debidos a la actividad física, enfermedades respiratorias, diarrea, problemas de salud mental y anomalías menstruales** (OPS, 2022).

Embarazo en la infancia y la adolescencia

Uno de cada 10 embarazos en la población migrante venezolana fue de una niña. Entre 2021 y 2022 ha habido un aumento del 68% de embarazos de niñas venezolanas menores de 12 años en Colombia (de 37 a 58) (MinSalud, 2023). Siendo la edad mínima para el consentimiento sexual en Colombia 14 años, implica que en 2021 y 2022 se presentaron 619 y 754 violaciones entre niñas venezolanas respectivamente (Tabla 12).

Tabla 12. Embarazo infantil y adolescente entre migrantes venezolanas

	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito
Brasil	**11%** de las embarazadas venezolanas eran menores de 18 años. UNICEF, 2022; refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.	
Colombia	11% de las niñas/mujeres venezolanas que dieron a luz tenían menos de 18 años en 2022. R4V, 2023a 2021 **9%** de las embarazadas venezolanas eran menores de 18 años. **37** embarazos en niñas menores de 12 años. **717** embarazos en adolescentes de 12 a 14 años. **9009** embarazos en adolescentes de 15 a 17 años 2022 **10%** de las embarazadas venezolanas eran menores de 18 años. **58** embarazos en niñas menores de 12 años. **561** embarazos en adolescentes de 12 a 14 años. **5837** embarazos en adolescentes de 15 a 17 años. MinSalud (2023)	
	11% de las embarazadas venezolanas eran menores de 18 años. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	
Ecuador	**1%** de hogares con una niña/adolescente embarazada. **1%** de hogares con una niña/adolescente lactante. GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	

Vacunas

Un estudio realizado en Brasil reveló que el 70% de los menores de 5 a 17 años habían completado el calendario de vacunación habitual (UNICEF, 2022). Esta cobertura es aproximadamente la misma que la de los menores de 5 años.

Enfermedades crónicas

Dos estudios entre migrantes venezolanos de 6 a 17 años asentados en Perú proporcionaron estimaciones de enfermedades crónicas. Un estudio a nivel nacional arrojó una proporción de 8% viviendo con enfermedades crónicas (ENPOVE, 2022; 8 ciudades; 3680 hogares). **Otro estudio en Lima con una definición amplia de enfermedades crónicas estima una proporción de 20%** con la siguiente distribución de afecciones: 54% asma; 13% alergias; 13% problemas neurológicos; 5% diabetes; 3% enfermedad tiroidea; 3% problemas de salud mental; 3% problemas osteomusculares; 3% otras enfermedades (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Son las mismas fuentes utilizadas para los menores de 5 años. Para ambos grupos, una de las fuentes es el doble de la estimación de la otra fuente.

Discapacidad

Según un estudio realizado entre migrantes en tránsito en Colchane (Chile), **el 9% de las niñas, los niños y adolescentes (de 0 a 17 años) tenían dificultades para realizar algunas tareas cotidianas**: el 4% no se comunicaba con facilidad; el 3% tenía problemas para ver (OIM, 2023; Colchane; 420 encuestas).

2.1.3 Adultos de 18-59 años/población general

En esta sección hay información específica de la población de 18 a 59 años, así como información de la población general. Cuando se conoce el intervalo de edad, se especifica.

Estado nutricional

Sólo se encontró una fuente de información sobre el estado nutricional de los adultos migrantes. Entre los adultos venezolanos asentados en Colombia, **aproximadamente la mitad tenía sobrepeso u obesidad, menos del 10% tenía bajo peso** (Red Somos, 2023; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6221 participantes).

Afecciones agudas

Tanto para los migrantes asentados como en tránsito, las afecciones agudas más comunes fueron las infecciones respiratorias, las afecciones gastrointestinales, la diarrea, los problemas cutáneos, la salud mental y las afecciones relacionadas con la salud materna (Tabla 13).

Los migrantes en tránsito presentaban afecciones propias de su desplazamiento, como heridas, deshidratación, lesiones articulares e insolación.

Entre los hombres adultos migrantes, los datos en Colombia muestran traumatismos frecuentes en la cabeza, la muñeca y la mano (MinSalud 2023). Esto puede deberse a accidentes laborales. Los hombres migrantes irregulares a menudo tienen que trabajar en ocupaciones precarias y físicas (OPS, 2022; Lima). Los hombres también pueden ser víctimas de la violencia, especialmente cuando participan en actividades

ilegales, como el crimen organizado y el narcotráfico en las zonas fronterizas (GIFMM, 2022; R4V, 2023a).

Entre 2021 y 2022, se ha documentado un aumento de las enfermedades infecciosas en Colombia: se han notificado más de 100 casos notificados adicionales para cada una de las siguientes enfermedades: dengue, VIH/SIDA, malaria, varicela, tuberculosis. Se ha registrado un fuerte aumento de los intentos de suicidio, la violencia de género doméstica. En las primeras 24 semanas de 2022 se registraron casi 3,000 casos de violencia de género y doméstica. Cabe destacar que estos casos pueden estar relacionados con migrantes asentados, en situación de desplazamiento o que van y vienen entre Venezuela y Colombia (Tabla 13).

Tabla 13. Afecciones agudas entre los adultos migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
América del Sur		
Brasil	Las principales afecciones de los migrantes venezolanos fueron los síntomas respiratorios y gastrointestinales. R4V, 2022a	
Chile	En los últimos seis meses, el **51%** de los haitianos padecieron enfermedades agudas: El 46% tuvo un resfriado común, el 2% gastritis y el 2% gripe. Luengo Martinez *et al.,* 2021; Chillan; 41 haitianos	
Colombia	**Diagnóstico principal entre los migrantes venezolanos** (los irregulares sólo pueden acceder a urgencias): **Atención ambulatoria** Mujeres: 3% hipertensión; 3% cuidados relacionados con el feto, la cavidad amniótica y posibles problemas en el parto; 2% trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos. Hombres: 5% VIH SIDA; 5% hipertensión; 3% infección respiratoria aguda. **Consulta de urgencia** Mujeres: 18% de diagnósticos relacionados con el embarazo y el parto. Hombres: 7% traumatismo craneoencefálico; 6% traumatismo de muñeca y mano; 6% infección respiratoria aguda. **Emergencia** Mujeres: 15% de diagnósticos relacionados con el embarazo y el parto; 4% de afecciones del tracto urinario. Hombres: 7% traumatismo craneoencefálico; 5% traumatismo de muñeca y mano; 4% litiasis urinaria.	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
	Ingresos hospitalarios Mujeres: 38% de diagnósticos relacionados con el embarazo y el parto. Hombres: 5% infecciones de la piel y el tejido subcutáneo; 5% traumatismos de muñeca y mano; 5% traumatismos craneoencefálicos. MinSalud, 2022	
	Afecciones de declaración obligatoria más frecuentes en las primeras 24 semanas de 2022 entre la población venezolana: violencia de género e intrafamiliar (2,907); morbilidad materna extrema (1,740); agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (1,595); paludismo (1,569); sífilis gestacional (1,485); VIH/SIDA (1,345); bajo peso al nacer (1,013); dengue (682); tuberculosis (519); mortalidad perinatal y neonatal tardía (502); envenenamiento (458); intentos de suicidio (404); desnutrición aguda en menores de 5 años (387); varicela (264); sífilis congénita (158); infección respiratoria aguda grave inusual (130); accidente ofídico (116); infecciones del sitio quirúrgico debidas a procedimientos quirúrgicos (108). INS, 2022	
	La comparación entre las primeras 24 semanas de 2021 y 2022, mostró 2,944 ocurrencias más de afecciones de notificación obligatoria entre los venezolanos. Se registraron más de 100 casos adicionales por cada una de las siguientes afecciones de notificación obligatoria: violencia de género y doméstica (+557); ataques de animales potencialmente transmisores de rabia (+542); dengue (+396); VIH/SIDA (+308); malaria (+307); varicela (+155); tuberculosis (+154); intento de suicidio (+129). INS, 2022	
		35% de los grupos de viajeros declararon haber sufrido enfermedades durante su tránsito. R4V, 2023a
Perú	En el último mes, **52%** de los hogares venezolanos se enfrentó a un problema de salud: el 25% tuvo una afección respiratoria/alergia; el 18%, un problema de salud mental; el 12%, diarrea; el 10%, una enfermedad gastrointestinal; el 4%, una afección cutánea; el 3%, desnutrición; el 2%, recaída de una enfermedad crónica; el 2%, parasitosis. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes.	
	En el último mes, **42%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 59 años tuvo algún problema de salud. De ellos, el 67% tenía afecciones respiratorias/alergias; el 7%, recaídas de enfermedades crónicas; el 6%, problemas ginecológicos, y el 6%, enfermedades gastrointestinales. OPS, 2022; Lima; 426 hogares	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
América Central		
Puntos fronterizos en Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México		Los problemas de salud más comunes de los migrantes eran heridas (25%); otros (16%); picaduras de insectos (16%); deshidratación (14%); alergias (12%); lesiones articulares (9%); quemaduras solares/aislamiento (8%). Otras afecciones son diarrea, vómitos, dolores de cabeza, retención de líquidos, preeclampsia en embarazadas, infecciones vaginales, resfriados comunes, problemas respiratorios, fiebres, abscesos, malnutrición. FICR, 2022a; Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México; 586 participantes.
Honduras		Aumento de las enfermedades infecciosas, gastrointestinales y dermatológicas. Aumento de la demanda de pruebas de embarazo. Trastornos postraumáticos. ACH, 2022b
Norteamérica		
Canadá	Enfermedades infecciosas, trastornos mentales, anemia, diabetes, caries dental, mal estado nutricional. Salami *et al.*, 2022	

> *"Tengo fuertes dolores en la cadera, en las piernas y no puedo caminar bien. Me enteré de que mi hermano tuvo un accidente en Nicaragua y hace dos días que no sé nada de él. Realmente no sé qué hacer y esto me hace sentir muy impotente, muy estresado porque no puedo hacer nada por él."*
>
> Hombre migrante paquistaní, Honduras (MSF, 2023b)

> *"Se puso enferma en la selva [su hija de un año lleva más de cinco días con diarrea aguda y fiebre alta], y nos quedamos sin dinero porque nos lo quitaron todo en otros países. Llevamos más de tres días en Honduras. Mi mujer sufre fuertes dolores de cabeza, y por la noche se despierta porque sueña que sigue en la selva, en el río".*
>
> Hombre migrante venezolano, Honduras (MSF, 2023a)

> *"En la consulta tratamos enfermedades digestivas, fiebres, trastornos cutáneos. Hemos tenido que derivar decenas de casos a hospitales. También hemos visto a menores con deshidratación y diarrea sanguinolenta. A veces hemos tenido que estabilizarlos in situ. También son frecuentes las enfermedades respiratorias, debido a los cambios bruscos de ambiente a los que están expuestas estas personas."*
>
> Enfermera, Honduras (MSF, 2023b)

Salud sexual y reproductiva

Una encuesta realizada en Brasil revela que cerca de 2 de cada 3 mujeres migrantes embarazadas no querían estarlo. El porcentaje exacto es del 71% para las embarazadas venezolanas en destino (Moverse, 2022; todas las regiones menos Roraima; 2,000 participantes) y del 64% para las embarazadas venezolanas en tránsito (Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de los refugios).

Múltiples limitaciones afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes durante el tránsito: violencia sexual; relaciones sexuales transaccionales; acceso limitado a servicios sanitarios y jurídicos preventivos y posteriores a la exposición; acceso limitado a agua, saneamiento y toallas sanitarias para la higiene menstrual (Letona *et al.*, 2023).

> *"Para ser sincera, lo viví [intercambiar sexo por transporte y comida]. En el momento en que mi hermana enfermó gravemente, lo viví con el hombre que nos llevó de Lima a Tacna. Nunca dejó de cuidar a mi hermana, siempre nos daba comida... La necesidad obliga..."*.
>
> Mujer migrante venezolana, 19 años, Chile
>
> *"He oído eso demasiado a menudo, abuso sexual. Por ejemplo, los camioneros son depredadores... "Te llevaré, siempre y cuando..."*. *Eso, por supuesto, tanto para hombres como para mujeres. O, por ejemplo, también le pasó a mi mujer, que iba en la parte delantera y se quedaba dormida, cansada de la carretera, y le tocaban los pechos, las partes íntimas. Cosas así. Ahí es donde empieza. Y en los hombres también, ofrecen dinero, cosas así"*.
>
> Hombre migrante venezolano, 24 años, Chile
> (Obach, *et al.*, 2022)

Enfermedades infecciosas

Se identificaron cuatro análisis de datos o estudios relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS) en cuatro países (VIH/SIDA, sífilis, herpes (VHS-2)). En todos ellos, **la prevalencia entre los migrantes era aproximadamente el doble de la prevalencia nacional, lo que apunta a una mayor vulnerabilidad a las ITS** (Tabla 14).

Los valores reportados para la prevalencia de sífilis en Colombia y las Américas datan de 2016 y 2019. Desde entonces, la prevalencia de sífilis ha aumentado en el país y en el continente. La alta prevalencia de sífilis en migrantes concuerda con los hallazgos de la sección sobre afecciones agudas. En las primeras 24 semanas de 2022 se notificaron al sistema nacional de vigilancia en Colombia 1,485 casos de sífilis gestacional y 158 casos de sífilis congénita en migrantes venezolanos (INS, 2022).

Aparte de las ITS, los datos reportados en la sección de afecciones agudas sugirieron la **transmisión continua de otras enfermedades infecciosas entre los migrantes venezolanos en Colombia**. La comparación entre las primeras 24 semanas de 2021 y 2022 reveló casos adicionales de dengue (+396); malaria (+307); varicela (+155) y tuberculosis (+154) (INS, 2022).

Tabla 14. Enfermedades infecciosas entre adultos migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Brasil	**Comparación de la tasa de detección de VIH/SIDA en Roraima (región limítrofe con Venezuela) vs nacional en 2022.** Tasa de detección del VIH/SIDA en Roraima: **29.3 por 100,000.** Tasa de detección del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas en Roraima: **5.6 casos/1,000 nacidos vivos.** El **28%** de los nuevos casos de VIH/SIDA fueron de venezolanos, lo que supone un aumento del 32% con respecto a 2021. R4V, 2023a		Tasa nacional de detección del VIH/SIDA: **16.5 por 100,000.** Tasa nacional de detección del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas: **3 casos/1,000 nacidos vivos.** R4V, 2023a
Colombia	**VIH/SIDA** El **1%** de los adultos migrantes venezolanos tenían VIH confirmado mediante pruebas de laboratorio. Prevalencia estimada en la población migrante venezolana: **1%.** Prevalencia estimada en las poblaciones clave venezolanas: **6%**. Número estimado de venezolanos que viven con el VIH/SIDA: **22,300**. **Sífilis** El **5%** de los migrantes venezolanos tenían una infección por sífilis confirmada mediante pruebas de laboratorio**.** Prevalencia estimada en la población migrante venezolana: **5%.** Prevalencia estimada en poblaciones clave venezolanas: **13%.** **Sífilis y VIH** El **24%** de los migrantes venezolanos que vivían con el VIH tenían una coinfección por sífilis. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes		**0.5%** de prevalencia nacional estimada del VIH en Colombia y Venezuela. Prevalencia de sífilis estimada del **1%** en adultos colombianos en 2016. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes.
Perú	Número estimado de venezolanos que viven con el VIH/SIDA: **8,000**. Tasa estimada de VIH: 1%. R4V, 2023a		**0.3-0.4%** es la tasa estimada de VIH. R4V, 2023a
México		El **5%** de los migrantes tienen sífilis. El **30%** de los migrantes tiene herpes (VHS-2) Sánchez-Alemán *et al.*2023: Chiapas; 462 migrantes en albergues.	Prevalencia estimada de sífilis en las Américas en 2016: **0.9%.** **13%** estimado a nivel mundial. Prevalencia de la SHV-2 en 2016 Sánchez-Alemán *et al.*, 2023

Enfermedades crónicas

La proporción de migrantes con enfermedades crónicas era del 13-15% entre los migrantes en tránsito y del 7-29% entre los migrantes en destino. Entre los migrantes en destino, las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión, la diabetes, el asma y las enfermedades cardiovasculares. Otras afecciones menos prevalentes son la artritis, la salud mental y el cáncer (Tabla 15).

Anteriormente, la única fuente sobre el estado nutricional de los migrantes adultos indicaba que más de la mitad de ellos tenían sobrepeso/obesidad (ver sección 2.1.3/ estado nutricional), lo que puede explicar la prevalencia de la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 15. Enfermedades crónicas entre los adultos migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Chile	El **15%** de los venezolanos que entraron en Chile padecían una enfermedad crónica que requería tratamiento. OIM, 2021; 8 regiones; 300 participantes	El **15%** de los migrantes padecía una enfermedad crónica. OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
	El **20%** de los haitianos padecía una enfermedad crónica: 10% hipertensión, 8% diabetes; 2% dislipidemia. Luengo Martinez *et al.*, 2021; Chillan; 41 haitianos	
Colombia	El **20%** de los migrantes venezolanos padecían una o más patologías crónicas. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	
	El **19%** de los migrantes venezolanos tenían diagnosticada una enfermedad crónica: 6% hipertensión; 2% diabetes; 1% enfermedad renal crónica. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	
	El **9%** de los hogares tenía un miembro con una enfermedad crónica. De ellos, el 63% padecía hipertensión, el 23% diabetes, el 16% problemas cardíacos y el 16% problemas respiratorios. GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares	
Ecuador	El **30%** de los hogares venezolanos encuestados tenía un miembro con una enfermedad crónica. Las enfermedades más frecuentes eran la hipertensión (32%), el asma (20%), las enfermedades cardiovasculares (9%), la diabetes (8%), la artrosis (8%), el cáncer (4%), la anemia (3%), la epilepsia (3%), la tiroides (2%) y el VIH (2%). GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	
Guyana	El **7%** de los migrantes venezolanos padecía una enfermedad crónica. De ellos, el 21% padecía diabetes, el 21% asma, el 18% hipertensión y el 8% cardiopatías. OIM, 2021; 6 regiones; 1,363 participantes	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Perú	El **29%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 59 años padecía alguna enfermedad o dolencia crónica: hipertensión (15%); diabetes (4%). OPS, 2022; Lima; 426 hogares	
	El **11%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 29 años padecían enfermedades crónicas; el 13% de los de entre 30 y 44 años; y el 31% de los de entre 45 y 59 años. El **14%** de los migrantes venezolanos padece alguna enfermedad o dolencia crónica. De ellos, el 32% El asma; el 26%, hipertensión; el 10%, diabetes; el 5%, artritis; el 5%, problemas cardíacos; el 2%, cáncer; el 2%, colesterol; el 1%, trastornos mentales; y el 1%, reumatismo. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares	
	El **28%** de los migrantes venezolanos padecía alguna enfermedad o dolencia crónica. De ellos, el 32% padecía hipertensión; el 22%, asma; el 10%, diabetes; el 4%, cáncer; el 4%, artritis; el 3%, problemas cardíacos; el 3%, VIH/SIDA; el 2%, colesterol; el 2%, trastornos mentales; el 1%, obesidad; el 1%, reumatismo; el 33%, otras. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes	
	El **29%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 59 años padecían una enfermedad crónica, de los cuales el 15% eran hipertensos y el 4% diabéticos. OPS, 2022; Lima; 426 hogares	
	El **26%** de los migrantes venezolanos padecía una enfermedad crónica. RDC y SJM, 2021; Lima; 996 participantes	
Panamá		El **5%** de los que transitaron por el Darién declararon haber viajado con alguien que padecía una enfermedad crónica o crítica. ACNUR, 2023a; Darién y Chiriquí; 107 participantes.
Puntos fronterizos en Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México		El **13%** de los migrantes padecían hipertensión y/o diabetes. El **84%** no sabía si padecía una enfermedad crónica. El **3%** no tenía ninguna enfermedad crónica. FICR, 2022a; Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México; 586 participantes.

Salud mental

Los migrantes se enfrentan a problemas de salud mental. Sin embargo, es difícil captar el alcance del problema, ya que la mayoría de las encuestas son pequeños estudios y no utilizan instrumentos estándar. Algunos cuestionarios se basan en la autopercepción de la salud mental, otros en la existencia de síntomas de salud mental, otros en una combinación de síntomas de salud mental y frecuencia, otros en un diagnóstico (ansiedad o depresión), otros en diversos instrumentos estandarizados.

Una lista restringida de estudios que utilizan herramientas estandarizadas muestra que **entre el 21% y el 90% de los migrantes tenían ansiedad y/o depresión moderadas o altas** (el 90% procede de un estudio a pequeña escala y es un valor atípico en comparación con los estudios que utilizan herramientas estandarizadas). Alrededor del 15% de los migrantes venezolanos en Perú tenían pensamientos suicidas. El 21% de la población migrante venezolana en Colombia tenía trastornos peligrosos o activos por consumo de alcohol (Tabla 16). En la sección de afecciones agudas, se observó que los intentos de suicidio entre los migrantes venezolanos en Colombia eran comunes y estaban en aumento. No se puede excluir que la alta prevalencia de violencia de género y doméstica observada entre los migrantes en Colombia esté relacionada con problemas de salud mental.

Cabe destacar que el 30% de la atención de salud mental prestada a los migrantes en el sistema público colombiano se refería a niñas y niños (R4V, 2023a). Un estudio de la FICR subraya **la necesidad de apoyo psicosocial para las niñas y los niños migrantes** en Centroamérica, ya que parecen tristes, no tienen apetito, sienten miedo y manifiestan pensamientos suicidas (FICRa, 2022).

Tabla 16. Salud mental de los migrantes adultos

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Chile	El **10%** de los migrantes venezolanos considera que su salud mental es mala. R4V, 2023[a]	El **67%** de los migrantes calificaron su salud mental de buena o muy buena. OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
Colombia	El **82%** de los hogares venezolanos declararon síntomas de salud mental: 63% miedo; 50% ansiedad; 43% depresión. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	El **81%** de los migrantes venezolanos en tránsito y el **59%** de los migrantes venezolanos en movimientos pendulares presentaban algún síntoma de salud mental, como miedo, ansiedad, incertidumbre, trastornos del sueño o ira. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares
	Se calcula que el **21%** de la población inmigrante venezolana padecía ansiedad o depresión de moderada a grave según el Cuestionario de Salud del Paciente para la Depresión y la Ansiedad (PHQ-4). Se estima que el **21%** de la población inmigrante venezolana presentaba trastornos por consumo de alcohol peligrosos o activos según el AUDIT-C. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
	Entre marzo de 2017 y mayo de 2023, 32,747 migrantes recibieron atención sanitaria mental a través del sistema público (el 30% eran niñas y niños). Los diagnósticos más frecuentes fueron abuso de sustancias psicoactivas y esquizofrenia. R4V, 2023[a]	
Ecuador	El **62%** de los migrantes procedentes de Venezuela, Colombia y Bolivia en una ciudad de tamaño medio tenían una autoestima baja y el 26% una autoestima media según la escala de autoestima de Rosenberg. El **71%** y el **19% (90%)** presentaban niveles altos y medios de ansiedad, respectivamente, según la herramienta *State-Trait Anxiety Inventory*. Medina García y Gavilanes Gómez, 2022; Ambato; 100 participantes	
Perú	El **47%** de los migrantes venezolanos presentaban ansiedad y/o depresión según el cuestionario de autoinforme de la OMS**.** El **33%** de los migrantes venezolanos se clasifican como bajos en el índice de bienestar de la OMS-5. El **15%** de los migrantes venezolanos declararon tener pensamientos suicidas. CAPS, 2022; Lima y Tumbes; 300 participantes	
	Cerca de la mitad de los migrantes venezolanos se sentían preocupados o tristes todo el tiempo o la mayor parte del tiempo. Consejo Danés para Refugiados y SJM, 2023	

> *"Queremos un espacio en los hospitales para la salud mental porque tenemos muchos venezolanos que han sido violados, tienen problemas psiquiátricos y ejercen la prostitución".*
>
> *"La soledad ha sido lo más duro que he experimentado"*
>
> *"Mi mayor miedo es morir aquí, porque estoy solo, no tengo a nadie, no tengo familia, si muero, muero solo".*
>
> *"La calle es dura, con la calle viene el frío, luego viene el hambre, luego viene la desesperación y luego la depresión, y finalmente los vicios, y no tenemos herramientas para salir de esa situación".*
>
> Migrantes, Perú (IRC, 2021)

Una encuesta entre migrantes venezolanos en Colombia ilustra la relación entre los problemas de salud mental y las dificultades de subsistencia. Entre los hogares que declararon al menos un síntoma de salud mental, el 81% carecía de recursos para comprar alimentos, el 14% tenía necesidades sanitarias y el 9% tenía necesidades educativas (GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares). Asimismo, un estudio sobre la ansiedad entre los migrantes centroamericanos en México, planteó que para la mayoría de los migrantes, sus síntomas de ansiedad pueden resolverse mediante ayuda humanitaria que atienda sus necesidades cotidianas, mientras que otra proporción significativa de migrantes requiere apoyo psicosocial (Berenzon Gorn *et al.*, 2023).

Cabe destacar algunos de los posibles acontecimientos traumáticos a lo largo del viaje en la selva del Darién. 1 de cada 3 experimentó maltrato o abuso; el 15% fue víctima de amenazas, intimidaciones y ataques; el 67% se vio afectado por la seguridad física (ataques, ahogamientos, caídas); el 50% vio entre 1 y 15 cadáveres durante los 7 días anteriores a la recogida de datos (ACNUR, 2023a; Darién y Chiriquí; 107 participantes).

Discapacidad

Se encontraron pocas fuentes de información sobre discapacidades. El 10-23% de los migrantes desplazados y el 2-26% de los migrantes asentados tenían alguna discapacidad (Tabla 17). En este último grupo, las discapacidades más comunes eran físicas/motoras y sensoriales. Por lo general, los estudios hacen referencia a la escala del Grupo de Washington, una clasificación estándar de la discapacidad que permite la comparación entre países (Tabla 17). Algunas de las proporciones son mucho más bajas, otras mucho más altas que el promedio global del 15% (Consejo Danés para los Refugiados, 2022a).

Algunas de los promedios son mucho más bajos, otros mucho más altos que el promedio global del 15% (Consejo Danés para los Refugiados, 2022a).

Tabla 17. Discapacidad entre los adultos migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
América del Sur		
Argentina	El **17%** de los migrantes tenía alguna discapacidad. Las discapacidades más frecuentes eran físicas (64%) y sensoriales (23%). Consejo Danés para Refugiados, 2022a	
Brasil	El **14%** de los hogares venezolanos declararon que al menos uno de sus miembros tenía una discapacidad. De ellos, el 54% indicaron discapacidad física, el 32% discapacidad intelectual y el 26% discapacidad sensorial. R4V, 2023d; 11 estados; 800 hogares	
Chile		El **10%** de los migrantes tenían alguna discapacidad. OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
Colombia	El **11%** de los migrantes venezolanos tenía alguna discapacidad. Consejo Danés para Refugiados, 2022a	
Ecuador	El **8%** de los migrantes tenía una discapacidad. Consejo Danés para Refugiados, 2022a	
	El **20%** de los hogares venezolanos encuestados tenía un miembro con discapacidad**.** GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Guyana	El **3%** de los migrantes venezolanos viven con una discapacidad. De ellos, el 46% tiene una discapacidad motriz; el 22%, sensorial; el 20%, múltiple. OIM, 2021; 6 regiones; 1,363 participantes	
	Los migrantes venezolanos indígenas tenían las siguientes discapacidades 8% vista; 5% comunicación; 4% oído; 4% marcha; 4% cognitiva; 3% autosuficiencia. OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes	
Perú	El **2%** de los migrantes venezolanos vivía con una discapacidad permanente. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares	
	El **26%** de los migrantes venezolanos tenía alguna discapacidad. RDC y SJM, 2021; Lima; 996 participantes	
América Central		
Puntos fronterizos en Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México		El **23%** de los migrantes tenía alguna discapacidad: el 10%, visual; el 7%, para andar y subir escaleras; el 5%, cognitiva; el 3%, auditiva; el 3%, de comunicación; el 2%, de autosuficiencia. FICR, 2022a; Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México; 586 participantes.
Honduras		En el **7%** de los grupos había un miembro con discapacidad. Consorcio | Life Honduras, 2023; 20,552 migrantes
Caribe		
Trinidad y Tobago	El **10%** de los migrantes declararon tener mucha o ninguna dificultad para ver, aunque llevaran gafas. El **10%** tenía dificultad total para andar o subir escalones. ACNUR, 2023c; 12 regiones; 1,286 hogares.	
Norteamérica		
México	Entre los migrantes con discapacidad, el tipo de discapacidad más frecuente era visual (33%) y sensorial (43%). Consejo Danés para Refugiados, 2022a	El **11%** de los migrantes tuvo dificultades para ver; oír (1%); hablar (2%); andar o subir escaleras (2%); recordar o concentrarse (1%) OIM, 2023c; Tapachula y Tenosique; 251 participantes en albergues y espacios públicos.

Violencia

La migración se ha convertido en una fuente de ingresos para los grupos delictivos de todo el continente. Los **migrantes suelen ser víctimas de todo tipo de violencia: física, psicológica, sexual.** Un estudio realizado en Colombia muestra que en el 60% de los casos el agresor era un desconocido (Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes). En 2022, de los 47 femicidios de mujeres migrantes venezolanas en Colombia, 12 fueron perpetrados por grupos criminales y 11 por las parejas de las mujeres (Red feminista antimilitarista, 2023).

Entre los hombres y mujeres migrantes en tránsito, alrededor del 13-18% habían sufrido violencia. Entre el 5 y el 33% de los grupos en tránsito conocían a una víctima de violencia de género (Tabla 18).

Entre los migrantes asentados, entre el 5 y el 13% de hombres y mujeres habían sufrido algún tipo de violencia. El intervalo es mayor es mayor para mujeres únicamente: 10-31% (Tabla 18).

Tabla 18. Violencia entre los migrantes adultos

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
América del Sur			
Argentina	El **31%** de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia de género. El **3%** de los hombres sufrieron algún tipo de violencia de género. R4V, 2022b		
Bolivia	**Más del** 20% de los refugiados y migrantes venezolanos mujeres sobrevivieron a un incidente de violencia de género en La Paz o Santa Cruz de la Sierra. R4V, 2023a		
Brasil	El **5%** de las mujeres y los hombres venezolanos sufrieron violencia. De ellos, el 54% sufrió violencia física, el 44% violencia psicológica y el 12% violencia sexual. Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	El **13%** de las mujeres y hombres venezolanos sufrieron violencia. De ellos, el 43% sufrió violencia física, el 44% violencia psicológica y el 5% violencia sexual. Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	**15%** de los hogares venezolanos tienen uno o más miembros que han declarado haber sufrido violencia psicológica o física. El 68% de las víctimas son mujeres y el 30% menores. R4V, 2023a	El **16%** de los grupos de viaje en tránsito y el **5%** de la población pendular declararon conocer a una sobreviviente de la violencia de género. Entre 2021 y 2022, el número de casos denunciados ante las autoridades por mujeres venezolanas aumentó 11% en agresiones sexuales y 32% en pareja. R4V, 2023a	
	El **3%** de los venezolanos conoció a una víctima de violencia de género. GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares	El **33%** de los venezolanos en tránsito conocía a una víctima de violencia de género. El **7%** de los venezolanos en movimientos pendulares conocía a una víctima de violencia de género. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares	
	El **6%** de los migrantes venezolanos sufrieron violencia psicológica, física y/o sexual en los últimos 12 meses. El **12%** experimentó violencia mientras vivía en Colombia. Los tipos de violencia más comunes son el maltrato psicológico (8%); la violencia física (7%); la explotación sexual (2%); la violencia sexual (1%). En todos los tipos de violencia, el agresor era un desconocido en la mayoría de los casos (60%). El **10%** de las mujeres migrantes venezolanas declararon haber sufrido violencia mientras vivían en Colombia. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes		En 2018, en Colombia **20%** y **12%** de las mujeres alguna vez unidas reportaron violencia de pareja alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses. En Venezuela, para el mismo año, las estimaciones fueron de 19 y 8% respectivamente. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Perú	El **1%** de los migrantes venezolanos sufrieron violencia de género CAPS, 2022; Lima y Tumbes; 300 participantes		
	El **27%** de las mujeres migrantes venezolanas sufrieron violencia por parte de su pareja. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes		
	El **18%** de las mujeres venezolanas sufrieron algún tipo de violencia**.** OPS, 2022; Lima; 426 hogares		
América Central			
Panamá		El **10%** de las personas entrevistadas declaró haber viajado con una sobreviviente de violencia en su grupo (sexual, física o psicológica). ACNUR, 2023a; Darién y Chiriquí; 107 participantes.	
Guatemala México Costa Rica Panamá		El **18%** de los migrantes denunciaron violencia o abusos físicos, psicológicos o sexuales. ACNUR y PMA, 2023; Guatemala, México, Costa Rica, Panamá; 3,456 participantes	

Los siguientes testimonios muestran cómo la violencia sexual forma parte del proceso migratorio.

"Cuando pasamos, el coyote nos vino a buscar, un hombre obligó a una de las niñas a hacerle cosas orales (sexo oral), si no, la iba a matar y a una niña (no acompañada), tuvo que hacerlo, era su vida, la de la niña y la nuestra. Salió con su autoestima por el suelo, su dignidad... si no fuera por ella yo no estaría aquí".

Migrante, Colombia

"Cualquier camino es un punto donde, especialmente la violencia sexual, es sistemática. Muchas mujeres denuncian que sus cuerpos fueron utilizados como parte de pago para cruzar los caminos (...) la frontera es muy grande, hay rutas de narcotráfico, tanto hombres como mujeres son reclutados forzosamente, las redes de traficantes operan asociadas a actores armados que pueden ser disidentes o grupos paramilitares, pero no necesariamente, también hay civiles involucrados".

EIC, campaña nacional por el aborto legal, Colombia

Cuando vine de Maracaibo a Maicao (Colombia), llegué y no conocía a nadie, dormía en la plaza. Durante el día vendía cualquier cosa y por la noche dormía sobre un cartón. ¿Saben qué? Abusaron de mí. Es algo que todavía no he podido superar, tres hombres abusaron de mí en un parque (...)".

Mujer migrante venezolana, Colombia

"De camino a Costa Rica, estando aún en Nicaragua, me violaron, ni siquiera sé cuántos hombres eran, conté siete y luego dejé de contar. Hasta el día de hoy me siento sucia, no lo puedo superar, me siento culpable".

Mujer nicaragüense refugiada, Costa Rica

(ACNUR y HIAS, 2022)

2.1.4 Personas mayores (más de 60 años)

En Ecuador, el 4% de los grupos de venezolanos que se han establecido incluían a una persona mayor de 60 años (GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares). Para el 76% de las personas mayores establecidas en Ecuador, el acceso a los servicios de salud fue una de las principales motivaciones de la migración (HelpAge 2021; principales ciudades y pueblos; 187 participantes).

Estado nutricional

Una fuente indica que el índice de masa corporal de los migrantes mayores residentes en Colombia o en tránsito por Colombia se distribuía de la siguiente manera: **3% bajo peso; 13% normal; 11% sobrepeso; 73% obesidad** (PMA, 2023). Esta información concuerda con el hecho de que aproximadamente la mitad de los adultos migrantes tenían sobrepeso en Colombia (Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes).

Afecciones agudas

En el mes anterior, 56% de los migrantes venezolanos mayores de 60 años que se establecieron en Lima, Perú, tuvieron una enfermedad o malestar. De ellos, 57% tuvo una enfermedad respiratoria o alergia; 11% tuvo recaídas de enfermedades crónicas; 7% tuvo problemas de salud mental (como depresión, insomnio y otros). En las discusiones de los grupos focales, las dolencias más comunes en este grupo de edad eran las enfermedades reumatológicas y las discapacidades. Los dolores articulares y óseos empeoraban por el imperativo de las actividades cotidianas generadoras de ingresos (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Enfermedades crónicas/salud mental

La prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad. **Entre el 62% y el 78% de los migrantes venezolanos mayores de 60 años padecían una enfermedad crónica.** Las afecciones más comunes eran la hipertensión (39-53%); la salud mental (18-56%); las afecciones gastrointestinales (11-36%); la diabetes (12-23%); las afecciones respiratorias (9-25%) y los problemas cardíacos (9-20%) (Tabla 19).

Tabla 19. Enfermedades crónicas entre los migrantes mayores

	Migrantes en destino
Colombia	El **42%** de los desplazados internos, migrantes, retornados y refugiados padecían hipertensión; el 19%, problemas cardíacos; el 18%, problemas gastrointestinales; el 18%, diabetes; el 18%, problemas de salud mental; el 16%, problemas respiratorios; el 3%, cáncer; el 45%, otros. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 170 participantes
Ecuador	El **53%** de los migrantes y refugiados padecían hipertensión; el 39%, problemas de salud mental; el 23%, problemas gastrointestinales; el 19%, problemas cardiacos; el 17%, problemas respiratorios; el 15%, diabetes; el 4%, cáncer; el 50%, otros. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 187 participantes
Perú	El **41%** de los migrantes y refugiados padecía hipertensión; el 28%, problemas de salud mental; el 13%, problemas cardiacos; el 13%, problemas gastrointestinales; el 12%, diabetes; el 10%, problemas respiratorios; el 5%, cáncer; y el 50%, otros. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 150 participantes
	El **62%** de los migrantes venezolanos padecía una enfermedad crónica. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares
	El **78%** de los migrantes venezolanos padecía alguna enfermedad crónica, el 50% hipertensión y el 16% diabetes. OPS, 2022; Lima; 426 hogares
El Salvador	El **56%** de los desplazados internos, deportados e migrantes tenían problemas de salud mental; el 48%, hipertensión; el 36%, problemas gastrointestinales; el 25%, problemas respiratorios; el 23%, diabetes; el 20%, problemas cardíacos; el 3%, cáncer; el 20%, otros. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 146 participantes
Honduras	El **39%** de los desplazados internos, deportados, refugiados y migrantes padecían hipertensión; el 22%, problemas de salud mental; el 12%, diabetes; el 11%, problemas gastrointestinales; el 9%, problemas respiratorios; el 9%, problemas cardíacos; el 1%, cáncer; el 40%, otros. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 82 participantes

> *"Hemos visto más el tema de la tristeza con ellos [los ancianos]. Cuando realizamos la evaluación, muchos están tristes, hay ansiedad por la incertidumbre de lo que va a pasar mañana, porque viven sólo el presente y no tienen nada seguro para mañana. Eso es lo que hemos identificado. Muchas veces intentamos intervenir para que estos sentimientos no desemboquen en depresión".*
>
> Hombre, organización religiosa, Honduras (HelpAge, 2021)

Discapacidad

Un estudio se centró en los migrantes mayores, los desplazados internos y los deportados. La **discapacidad afectaba entre el 16% y el 66% de ellos, según el país.** Los tipos de discapacidad más comunes eran la física (6%-47%) y la visual (4%-41%). Las deficiencias auditivas, cognitivas y comunicativas eran más inusuales: 4%-15%; 2%-12%; 1%-5% respectivamente (Tabla 20).

Tabla 20. Discapacidad entre los migrantes mayores

	Migrantes en destino
Colombia	El **45%** de los desplazados internos, migrantes, retornados y refugiados tenían algún tipo de discapacidad: discapacidad visual (24%); discapacidad física que les dificulta caminar o subir escaleras (21%); dificultad para recordar o concentrarse (12%); discapacidad auditiva (8%); discapacidad comunicativa (2%). HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 170 participantes
Ecuador	El **41%** de los migrantes y refugiados tenían algún tipo de discapacidad: discapacidad visual (24%); discapacidad física que les dificulta caminar o subir escaleras (6%); dificultad para recordar o concentrarse (6%); discapacidad auditiva (4%); discapacidad comunicativa (2%). HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 187 participantes
Perú	El **38%** de los migrantes y refugiados tenían algún tipo de discapacidad: discapacidad física que les dificulta caminar o subir escaleras (21%); discapacidad visual (19%); dificultad para recordar o concentrarse (5%); discapacidad auditiva (5%); discapacidad comunicativa (1%). HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 150 participantes
	El **56%** de los migrantes venezolanos mayores vivía con alguna discapacidad, incluidas la discapacidad física (34%) y la discapacidad visual (34%). OPS, 2022; Lima; 426 hogares
El Salvador	El **66%** de los desplazados internos, deportados y migrantes tenían algún tipo de discapacidad: discapacidad física que les dificulta caminar o subir escaleras (47%); discapacidad visual (41%); discapacidad auditiva (15%); dificultad para recordar o concentrarse (10%); discapacidad comunicativa (5%). HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 146 participantes
Honduras	El **16%** de los desplazados internos, deportados, refugiados y migrantes tenían algún tipo de discapacidad: discapacidad física que les dificulta caminar o subir escaleras (11%); discapacidad auditiva (5%); discapacidad visual (4%); discapacidad comunicativa (4%); dificultad para recordar o concentrarse (2%). HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 82 participantes

2.1.5 Niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes

Las niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes tienen necesidades específicas en materia de atención sanitaria y nutrición. Por este motivo, algunos países del continente les garantizan, a ellas y a los menores de 5 años, el acceso a la atención sanitaria independientemente de su estatus migratorio (ver la sección 5.1 sobre Legislación/Políticas).

Las investigaciones cualitativas realizadas en Brasil (Moverse, 2022) y Chile (Obach *et al.*, 2022) indican que **el embarazo es una motivación para migrar**. Las mujeres buscan mejores servicios de embarazo y parto que en sus países de origen.

La experiencia del parto lejos del hogar y de la propia red y cultura puede ser dura. Un estudio cualitativo entre mujeres haitianas en Chile expone la dificultad de gestionar un embarazo no deseado y de desenvolverse en el sistema sanitario; las contradicciones entre las propias concepciones de la maternidad y la crianza y las del país de acogida; la soledad debida a la ausencia de apoyo o de pareja/familiares que no tienen más remedio que realizar largas jornadas de trabajo diarias. La depresión posparto es frecuente. (Carreño *et al.*, 2022)

Proporción de migrantes embarazadas y en periodo de lactancia

Aproximadamente el 10-14% de las mujeres en tránsito estaban embarazadas y el 10-17% en periodo de lactancia (Tabla 21). En el **caso de las migrantes en destino, entre el 2 y el 10% estaban embarazadas y entre el 11 y el 19% en periodo de lactancia** (Tabla 21)**.**

> *"En Haití cuando una persona está embarazada tiene a toda la familia a su servicio (...). La mujer puede estar tres meses sin hacer nada, lavando, planchando, nada, acostada con su hijo, nada más (...). Aquí una persona tiene a su hijo y tiene una vida normal, no tienen esa ayuda".*
>
> Mujer migrante haitiana, Chile

> *"En mi país mi mamá me daba harina que se prepara con plátano y yuca, un tipo de comida preparada para el bebé, aquí no se encuentra".*
>
> Mujer migrante haitiana, Chile

> *"Incluso me tuvo que mandar al psicólogo porque salí muy mal [de la consulta], estaba muy triste porque mi hijo tenía problemas con el pasaporte".*
>
> Mujer migrante haitiana, Chile
>
> (Carreño *et al.*, 2022)

Tabla 21. Proporción de niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes entre los migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
América del Sur		
Brasil	El **14%** de los migrantes venezolanos eran mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. R4V, 2023a	
	En el **21%** de los hogares venezolanos había al menos una mujer embarazada o en periodo de lactancia. R4V, 2023d, 11 estados, 800 hogares	
Chile	En el **13%** de los hogares venezolanos había una mujer embarazada o en periodo de lactancia. R4V, 2023a	El **10%** de las mujeres migrantes estaban en periodo de lactancia. OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
Colombia	El **2%** de las mujeres y niñas venezolanas mayores de 12 años estaban embarazadas; el **11%**, en periodo de lactancia. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares	
Ecuador	En el **22%** de los hogares venezolanos había mujeres en periodo de lactancia; en el 5%, mujeres embarazadas. GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	
Guyana	El **10%** de las mujeres indígenas venezolanas estaban embarazadas; el **19%**, en periodo de lactancia. OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes	
Perú	El **2%** de las mujeres estaban embarazadas. OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 299 mujeres de 15 a 49 años.	
América Central		
Guatemala México Costa Rica Panamá		El **14%** de las mujeres migrantes estaban embarazadas; el **17%**, en periodo de lactancia. ACNUR y PMA, 2023; Guatemala, México, Costa Rica, Panamá; 3,456 participantes
Costa Rica		El **12%** de las mujeres migrantes estaban embarazadas. OIM, 2022; 4,737 participantes en albergues y a lo largo de la ruta del 15/12/2022-05/10/2023
		El **10%** de las mujeres migrantes estaban embarazadas. OIM, 2022; frontera norte; 19,425 participantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Norteamérica		
México		El **8%** de las mujeres migrantes estaban embarazadas o en periodo de lactancia. OIM, 2023c; Tapachula y Tenosique; 251 participantes en albergues y espacios públicos.
		El **10%** de las mujeres migrantes estaban embarazadas. OIM, 2023b; Tenosique; 165 participantes

Estado nutricional

Hasta el 60% de las mujeres embarazadas migrantes sufrían anemia en Bolivia. En Colombia, la anemia grave afectaba al 14-19% de las embarazadas venezolanas (Tabla 22).

Tabla 22. Estado nutricional de las niñas/adolescentes/mujeres migrantes embarazadas

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Bolivia	**60%** con anemia R4V, 2023a	
Colombia		De embarazadas venezolanas en movimientos pendulares: el 24% con bajo peso el 29% con sobrepeso el 24% con anemia GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares; 87 mujeres embarazadas.
	14% de las embarazadas venezolanas con anemia grave; 18% con anemia leve. PMA, 2023, 7097 participantes, 78 mujeres embarazadas	**19%** de las embarazadas venezolanas con anemia grave; 18% con anemia leve. PMA, 2023, 1399 en movimientos pendulares participantes, 62 mujeres embarazadas

Mortalidad materna

En Colombia, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de las madres venezolanas es el doble de la RMM nacional. Además, en las primeras 24 semanas de 2022, con 1,740 ocurrencias, la morbilidad materna extrema fue el segundo tipo de afecciones de notificación obligatoria después de la violencia de género y doméstica (ver sección 2.1.3/afecciones agudas).

En Brasil, las madres venezolanas representan una proporción significativa de las madres del estado fronterizo de Roraima. La RMM del estado es aproximadamente el doble de la RMM nacional (Tabla 23).

Tabla 23. Comparación de la razón de mortalidad materna (RMM)

	Migrantes en destino	Comunidades de acogida
Brasil	2021 Roraima RMM: 309/100,000 nacidos vivos. Roraima es un estado fronterizo con Venezuela. Una proporción significativa de los nacimientos fueron de madres venezolanas. R4V, 2023a	RMM nacional: 117/100,000 nacidos vivos R4V, 2023a
Colombia	2021 RMM para las madres venezolanas: 91.77/100,000 nacidos vivos. 2022 RMM para las madres venezolanas: 125.3/100,000 nacidos vivos. R4V, 2023a	RMM nacional: 43.8/100,000 nacidos vivos R4V, 2023a

Enfermedades infecciosas

Un par de informes proporcionan información sobre la sífilis entre las embarazadas venezolanas en Colombia. Un estudio reciente mostró que el 9% de las participantes embarazadas en el estudio tenían sífilis. Sin embargo, en el mismo estudio la prevalencia de sífilis entre mujeres que habían estado alguna vez embarazadas durante su estadía en Colombia fue similar a la prevalencia general de sífilis entre mujeres encontrada en el estudio (4%) (Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes; 1,156 mujeres alguna vez embarazadas en Colombia; 150 mujeres embarazadas al momento del estudio). Además, en las primeras 24 semanas de 2022, se notificaron al sistema nacional de vigilancia de Colombia 1,485 casos de sífilis gestacional y 158 casos de sífilis congénita entre migrantes venezolanos (ver sección 2.1.3/afecciones agudas).

2.2 Necesidad expresada

2.2.1 Necesidades expresadas por tipo de asistencia

La clasificación de la necesidad de distintos tipos de asistencia sanitaria es compleja. Los estudios no son sistemáticos en la clasificación de los tipos de asistencia. Algunos agrupan, otros disocian los tipos de asistencia sanitaria. Los plazos de los indicadores varían. Los denominadores no suelen estar claros. Sería deseable utilizar paquetes estandarizados de atención, como atención sanitaria de emergencia, atención sanitaria primaria, atención sanitaria especializada, paquete de servicios iniciales mínimos en salud sexual y reproductiva en emergencia, entre otros.

Entre los migrantes en tránsito, la necesidad de asistencia sanitaria era elevada (59-69%). La mayoría necesitaba un médico generalista. En cuanto a la salud sexual y reproductiva en general, entre el 6 y el 41% necesitaban asistencia. Las principales necesidades eran la anticoncepción, la prevención y el tratamiento de las infecciones de trasmisión sexual y la atención materna.

El **12% de los migrantes en tránsito necesitaron atención de urgencia a su llegada a Chile. También se identificó la necesidad de primeros auxilios psicológicos** (Tabla 34).

Entre los migrantes en destino, las necesidades de asistencia sanitaria eran considerables (23-74%) (Tabla 24). **El porcentaje varía en función del país y del periodo considerado. El tipo de atención más necesitado era un médico general. Otros tipos de atención requeridos eran la atención materna y pediátrica, exámenes y pruebas, medicamentos, gestión de enfermedades crónicas y atención especializada. Una encuesta incluyó los servicios de salud mental como necesidad** y fue formulada por cerca del 6% de los encuestados. Otro estudio mencionó que la salud mental surgió en las discusiones de los grupos focales a pesar de no ser un tema (IRC, 2021; Lima y Norte de Perú). **En cuanto a la salud sexual y reproductiva, entre el 22% y el 36% de los migrantes en destino requirieron estos servicios (Tabla 34). Un estudio realizado en Perú señala que el 30% de los migrantes requirió atención de emergencia** (RDC, 2023).

Tabla 24. Necesidades expresadas por tipo de asistencia sanitaria

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Brasil	Tipos de servicios sanitarios requeridos por los hogares: 53% médico general; 25% pediatra; 15% ginecólogo; 8% cardiólogo; 5% neurólogo; 5% traumatólogo; 4% dentista. R4V, 2023d, 11 estados, 800 hogares	
	El **25%** de los migrantes venezolanos necesitaron métodos anticonceptivos. El **16%** necesitó ayuda para servicios de ITS y SIDA Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	El **34%** de los migrantes venezolanos necesitaron métodos anticonceptivos. El **25%** requirió asistencia para servicios de ITS y SIDA. Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios
Colombia	El **52%** de los hogares venezolanos requirieron un servicio de salud en los últimos 3 meses. De ellos, el 62% requirió control médico; el 32%, consulta por una afección aguda; el 13%, consulta por una enfermedad crónica; el 6%, medicamentos para una enfermedad crónica. El **22%** de los hogares venezolanos necesitaron atención sanitaria sexual y reproductiva. De ellos: El 46% requirió un ginecólogo; el 44%, anticoncepción; el 22%, asistencia para el embarazo; el 17%, prevención de ITS. GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares	Migrantes venezolanos en tránsito El **59%** necesitó asistencia sanitaria. De ellos, **el 29%** necesitó un médico de cabecera. El **33%** requirió salud sexual y reproductiva. De ellos, el 37% se interesó por la anticoncepción, el 24% por las ITS y el 18% por la ginecología. Migrantes venezolanos en movimientos pendulares. El **62%** necesitó asistencia sanitaria. De ellos, **el 25%** necesitó un médico de cabecera. El **41%** necesitó salud sexual y reproductiva. De ellos, el 38% se interesaba por la anticoncepción, el 20% por la atención a embarazadas y el 10% por la ginecología. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares
	El **23%** de los migrantes venezolanos necesitaron un servicio sanitario en los últimos 3 meses (17% de 15 a 24 años; 23% de 25 a 54; 41% mayores de 55). DANE, 2023; 23 ciudades, 3,605 hogares de migrantes con más de 5 años de estancia	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Chile		El **12%** de los refugiados y migrantes que entraron en el país necesitaron asistencia médica inmediata a su llegada por problemas como deshidratación, desnutrición, hipotermia o mal de altura. R4V, 2023a
		El **6%** de los migrantes necesitaron servicios de salud sexual y reproductiva. El 73% son mujeres. OIM, 2023d; Colchane; 520 participantes
	El acceso a los servicios de salud mental se identificó como una laguna y una importante necesidad insatisfecha. R4V, 2023a	
Ecuador	El **81%** de los hogares venezolanos necesitaron atención médica en los últimos 6 meses. De ellos, las necesidades sanitarias se referían a atención sanitaria general (86%); atención sanitaria especializada (26%); tratamiento de enfermedades crónicas (8%); atención prenatal (8%), atención al parto y posparto (7%), servicios de salud mental (7%); acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva (6%); medicamentos para el VIH (1%). GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	
Guyana	El **36%** de los migrantes indígenas venezolanos necesitaron servicios de salud reproductiva y sexual. OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes	
Perú	Necesidades sanitarias de los migrantes venezolanos menores de 5 años: atención médica (47%), exámenes o pruebas médicas (44%); suplementos nutricionales (42%); necesidades cubiertas (24%); vacunación (23%); medicamentos (22%); seguro médico (19%); información sanitaria (9%). Necesidades sanitarias de los migrantes venezolanos de 18 a 59 años: exámenes o pruebas médicas (67%); atención médica (66%); medicamentos (56%); seguro médico (54%); información sanitaria (7%); necesidades cubiertas (6%); anticoncepción (4%); servicios dentales (2%); otros (1%). Necesidades sanitarias de los migrantes venezolanos mayores de 60 años: exámenes o pruebas médicas (76%); atención médica (74%); medicamentos (48%); seguro médico (46%); necesidades cubiertas (12%); información sanitaria (7%). OPS, 2022; Lima; 426 hogares	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
	El 24% de los migrantes venezolanos necesitaron asistencia sanitaria en las últimas 4 semanas. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares; 191 menores de 5 años en Lima.	
	El 36% de las familias venezolanas declararon que un miembro de su familia había intentado acceder a la atención sanitaria, a pesar de llevar una media de más de 2 años en Perú. IRC, 2021; Lima y Norte de Perú; 870 hogares	
	El 74% de los migrantes necesitaron asistencia sanitaria. De ellos, el 47% necesita atención primaria; el 40%, urgencias; el 11%, servicios especializados. RDC (2023), 1,402 participantes	
Panamá	El 64% de los migrantes necesitaron asistencia sanitaria en los últimos 3 meses. De ellos, el 49% necesitó atención prenatal o pediátrica; el 35%, tratamientos para enfermedades crónicas; el 33%, pruebas y/o tratamiento para el COVID-19; el 25%, atención psicosocial/psiquiátrica; el 42%, otros tipos de atención médica. ACNUR, 2022; 400 hogares	El 69% necesitó atención médica al llegar a los centros de acogida de migrantes de Darién. R4V, 2023a
	El 35% de los refugiados y solicitantes de asilo necesitaron asistencia sanitaria. ACNUR, 2022; 400 hogares	
Puntos fronterizos en Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México		Servicios sanitarios más comunes requeridos: medicina general; primeros auxilios; primeros auxilios psicológicos, acceso a medicamentos y vacunas. FICR, 2022a; Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México; 586 participantes.
Trinidad y Tobago	Los migrantes venezolanos expresaron las siguientes necesidades sanitarias: 54% enfermedad; 30% revisión general; 26% otros (sobre todo problemas dentales); 13% lesiones; 11% atención prenatal y postnatal; 3% dar a luz. ACNUR, 2023c; 12 regiones; 1,286 hogares.	
Costa Rica		El **10%** de los migrantes expresaron su necesidad de atención sanitaria materna. OIM, 2022; frontera norte; 19,425 participantes
México		El **12%** de las mujeres migrantes necesitaron atención sanitaria sexual y reproductiva (anticoncepción, prevención y diagnóstico de ITS). OIM, 2023b, Tenosique 165 participantes

2.2.2 Autopercepción del estado de salud

En dos estudios realizados en Colombia se preguntó a los participantes sobre la autopercepción de su estado de salud. En la población adulta, aproximadamente 3 de cada 4 calificaron su estado de salud como bueno o muy bueno. La proporción disminuye a medida que aumenta la edad. Entre los participantes mayores de 55 años, aproximadamente la mitad se consideraba con muy buena o buena salud.

Tabla 25. Autopercepción del estado de salud

	Migrantes en destino
Colombia	El **76%** de los migrantes venezolanos describieron su salud en general como buena, muy buena, excelente. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes
	Los migrantes venezolanos de 15-24 y 25-54 años calificaron su salud de muy buena (9-13%); buena (66-68%); no tan buena (17-23%); mala (1-2%). Los migrantes venezolanos mayores de 55 años calificaron su salud de muy buena (3%); buena (43%); no tan buena (47%); mala (7%); muy mala (2%). DANE, 2023; 23 ciudades, 3,605 hogares de migrantes con más de 5 años de estancia

2.3 Comparación de necesidades entre migrantes y las comunidades de acogida

La R4V, que no cubre todos los países de la región, identifica 12 sectores de intervención entre los que se encuentran la salud, la nutrición y la violencia de género. Para cada uno de ellos, proporciona un porcentaje de personas que necesitan estas intervenciones para las siguientes categorías: Comunidades de acogida, Migrantes en destino, Migrantes venezolanos en tránsito, Otros migrantes en tránsito.

Se espera un porcentaje menor en las comunidades de acogida, frente a los migrantes, ya que se supone que los ciudadanos del país tienen mejor acceso a los sistemas sanitarios y de protección. Las disparidades entre estas comunidades denotan la existencia de barreras específicas para algunos grupos. La ausencia de disparidades puede revelar un acceso similar, la ausencia de intervenciones o la falta de datos desglosados por tipo de comunidad. Lo más probable es que esta última explicación se aplique a los países del Caribe, Brasil y Guyana, ya que las cifras son exactamente las mismas entre comunidades de acogida y migrantes en los tres sectores (Tablas 26 , 27, 28).

De los tres sectores considerados, para la región cubierta por R4V, las disparidades más notorias entre los migrantes y las comunidades de acogida están relacionadas con la violencia de género, mientras que la ausencia de disparidades es evidente en la nutrición. Más de 1 de cada 3 personas de la región necesita intervenciones sanitarias (tabla 26).

Tabla 26. Porcentaje de personas necesitadas de salud, respuesta a la violencia de género, nutrición por grupo poblacional (R4V, 2023a)

	Comunidades de acogida	Migrantes en destino	Venezolanos en tránsito	Otros en tránsito
Porcentaje de personas que necesitan intervenciones sanitarias	36%	54%	42%	47%
Porcentaje de personas que necesitan intervenciones contra la violencia de género	19%	35%	35%	44%
Porcentaje de personas que necesitan intervenciones en nutrición	14%	12%	11%	14%

El análisis por país para el sector sanitario sugiere que en la mayoría de los países (Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Costa Rica, Panamá), los migrantes se enfrentan a barreras adicionales para acceder a la atención sanitaria en comparación con las comunidades de acogida. En el caso de Colombia y México, el porcentaje es similar para las comunidades de acogida y los migrantes (Tabla 27).

La mayor proporción de personas que necesitan asistencia sanitaria se encuentra en Colombia (en torno al 70% en todas las categorías) y Trinidad y Tobago (alrededor del 80%). Bolivia, Ecuador, Perú, Costa Rica, Panamá, Aruba y Curazao muestran altos niveles de necesidades sanitarias de los migrantes (por encima del 40%) (Tabla 27).

Tabla 27. Porcentaje de personas que necesitan asistencia sanitaria sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia (R4V, 2023a)

		Porcentaje de personas que necesitan asistencia sanitaria				
		Comunidades de acogida	Migrantes en destino	Venezolanos en tránsito	Otros en tránsito	Gráfico
Sur América	Argentina	36%	12%	N/A	N/A	
	Bolivia	6%	43%	43%	43%	
	Brasil	14%	14%	0%	N/A	
	Chile	10%	22%	N/A	N/A	
	Colombia	69%	74%	77%	74%	
	Ecuador	22%	54%	39%	39%	
	Guyana	33%	33%	N/A	N/A	
	Paraguay	7%	33%	N/A	N/A	
	Perú	27%	51%	N/A	N/A	
	Uruguay	1%	17%	N/A	N/A	
Centro América	Costa Rica	8%	72%	45%	45%	
	Panamá	19%	19%	48%	23%	
Caribe	Aruba	42%	42%	N/A	N/A	
	Curacao	42%	42%	N/A	N/A	
	República Dominicana	36%	36%	N/A	N/A	
	Trinidad y Tobago	79%	79%	N/A	N/A	
Norte América	México	14%	12%	15%	N/A	

En cuanto a la nutrición, las diferencias de necesidades entre las comunidades de acogida y los migrantes no son muy notables, excepto quizá en el caso de Colombia, donde el porcentaje de personas con necesidades nutricionales en la comunidad de acogida es casi el doble que el de los migrantes (33% frente a 17%). Los **países con mayores necesidades nutricionales son Panamá, Colombia y Guyana (por encima del 20%)** (Tabla 28).

Tabla 28. Porcentaje de personas que necesitan asistencia nutricional sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia (R4V, 2023a)

		Porcentaje de personas que necesitan ayuda nutricional				
		Comunidades de acogida	Migrantes en destino	Venezolanos en tránsito	Otros en tránsito	Gráfico
Sur América	Argentina	N/A	3%	N/A	N/A	
	Bolivia	N/A	5%	5%	5%	
	Brasil	10%	10%	10%	N/A	
	Chile	13%	17%	N/A	N/A	
	Colombia	33%	17%	17%	14%	
	Ecuador	7%	9%	8%	8%	
	Guyana	20%	20%	N/A	N/A	
	Paraguay	N/A	3%	N/A	N/A	
	Peru	5%	5%	5%	5%	
	Uruguay	N/A	9%	N/A	N/A	
Centro América	Costa Rica	7%	6%	12%	12%	
	Panama	32%	32%	20%	20%	
Caribe	Aruba	9%	9%	N/A	N/A	
	Curacao	5%	5%	N/A	N/A	
	Republica Dominicana	6%	6%	N/A	N/A	
	Trinidad y Tobago	14%	14%	N/A	N/A	
Norte América	México	3%	3%	6%	N/A	

En cuanto a la violencia de género, en Colombia, Guyana, Panamá, Aruba, Curazao y Trinidad y Tobago, uno de cada tres o uno de cada dos necesita asistencia. Mientras que algunos países muestran mayores necesidades para los migrantes (Perú, Costa Rica, y México), otros no (Bolivia y Ecuador) (Tabla 29).

Tabla 29. Porcentaje de personas que necesitan asistencia para responder a la violencia de género sobre el total de personas que necesitan distintos tipos de asistencia (R4V, 2023a)

		Porcentaje de personas que necesitan asistencia por violencia de género				
		Comunidades de acogida	Migrantes en destino	Venezolanos en tránsito	Otros en tránsito	Gráfico
Sur América	Argentina	5%	5%	N/A	N/A	
	Bolivia	21%	22%	22%	22%	
	Brasil	17%	17%	17%	N/A	
	Chile	10%	11%	N/A	N/A	
	Colombia	42%	49%	54%	47%	
	Ecuador	25%	24%	19%	19%	
	Guyana	40%	40%	N/A	N/A	
	Paraguay	20%	19%	N/A	N/A	
	Peru	8%	31%	29%	29%	
	Uruguay	11%	11%	N/A	N/A	
Centro América	Costa Rica	12%	12%	46%	46%	
	Panama	35%	35%	46%	46%	
Caribe	Aruba	32%	32%	N/A	N/A	
	Curacao	32%	32%	N/A	N/A	
	República Dominicana	18%	18%	N/A	N/A	
	Trinidad y Tobago	33%	33%	N/A	N/A	
Norte América	México	7%	15%	13%	N/A	

2.4 Búsqueda de atención sanitaria

Para migrantes en tránsito, se encontró información sobre la búsqueda de atención sanitaria en Costa Rica y México. En México, cuando necesitan asistencia sanitaria, el 20-32% no realiza ninguna acción. Los demás **tienden a acudir a establecimientos sanitarios públicos**, ya sea un centro de salud (30-41%) o un hospital (11-50%). Unos pocos buscaron asistencia en ONG (11-26%). Casi ninguno acudió a un centro privado. En Costa Rica, el patrón es similar. La única diferencia notable es que el 8% recurrió a la medicina tradicional y otro 8% a una farmacia (Tabla 30).

Se encontró más información para los migrantes en destino. Entre el 5% y el 39% de los migrantes se abstuvieron de tomar medidas a pesar de la necesidad. **Los establecimientos sanitarios públicos aparecieron como la primera opción para quienes buscaban asistencia.** Entre el 46% y el 93% acudió a un centro sanitario público. Entre el 22% y el 36% acudió a un centro sanitario. Entre el 24 y el 61% acudió a un hospital. El recurso a la consulta privada es menor. Oscila entre el 6-26%. Una proporción similar optó por ir directamente a una farmacia (5-23%) o automedicarse (5-19%). La proporción de migrantes que buscaron servicios sanitarios en una ONG fue baja, del 2% al 3%. Cabe señalar que puede haber cierta confusión entre los servicios públicos y privados y las ONG, ya que algunas ONG pueden prestar asistencia a través de terceros (Tabla 30).

Tabla 30. Búsqueda de atención sanitaria

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Brasil	El **93%** de los migrantes venezolanos acudieron a centros sanitarios públicos cuando tuvieron un problema de salud. UNICEF, 2022; refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima.	
Chile	En caso de necesitar asistencia sanitaria, la mayoría de los migrantes venezolanos acudieron a un centro sanitario público (43% a un centro de salud primaria y 24% a un hospital), seguidos de la consulta privada (15%); clínica privada (11%); no buscaron asistencia (7%). OIM, 2021; 8 regiones; 300 participantes	
Guyana	Entre los venezolanos que accedieron a la atención sanitaria, el 46% indicó la sanidad pública; el 32%, los servicios de urgencias (tanto públicos como privados disponibles); el 10%, la asistencia de familiares y amigos; y el 5%, la farmacia privada. OIM, 2021; 6 regiones; 1,363 participantes	
	En caso de una situación sanitaria, el 73% de los migrantes indígenas venezolanos buscaron asistencia en centros públicos; el 12% utilizaron medicina alternativa; el 6% otros; el 5% no buscaron asistencia; el 3% acudieron a una ONG; el 1% a una farmacia privada; el 1% a un trabajador sanitario de la comunidad. OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Perú	Entre los migrantes venezolanos menores de 5 años que tuvieron una afección médica en el mes anterior, 21% no buscaron atención; 49% fueron llevados a un centro de salud pública (MINSA); 8% a un consultorio privado; 6% a un centro de salud del seguro social (EsSalud); 3% a una clínica privada; 8% se automedicaron; 5% fueron llevados a una farmacia; 2% otros. Entre los migrantes venezolanos de 5 a 17 años que tuvieron una afección médica en el mes anterior, el 29% no buscó atención; el 20% acudió a un centro de salud público (MINSA); el 9% a un consultorio privado; el 2% a un centro de salud de la seguridad social (EsSalud); el 2% a una clínica privada; el 19% se automedicó; el 17% acudió a una farmacia; el 3% a otros. Entre los migrantes venezolanos de 18 a 59 años que tuvieron una afección médica en el mes anterior, el 23% no buscó atención; el 24% acudió a un centro de salud público (MINSA); el 3% a un consultorio privado; el 3% a una clínica privada; el 3% a un centro de salud de la seguridad social (EsSalud); el 22% se automedicó; el 17% acudió a una farmacia. Entre los migrantes venezolanos mayores de 60 años que tuvieron una dolencia en el mes anterior, el 36% no buscó atención médica; el 36% acudió a un centro de salud público (MINSA); el 7% a un consultorio privado; el 4% a una clínica privada; el 11% a una farmacia; el 7% se automedicó. OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 191 menores de 5 años y 191 de 5 a 17 años, 419 de 18 a 59 años en Lima, 50 mayores de 60 años.	
	Entre los migrantes venezolanos que necesitaron atención sanitaria en las últimas 4 semanas, el 73% buscó atención: el 23% acudió a una farmacia; el 22% a un centro de salud público (MINSA); el 16% se automedicó, el 9% acudió a una consulta privada; el 4% a una clínica privada; el 2% a un centro de salud de la seguridad social (Essalud). INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares	
	Entre los migrantes venezolanos que necesitaban atención sanitaria, el 39% no buscó atención; el 24% acudió a un centro de salud público (MINSA); el 12% se automedicó; el 7% acudió a una farmacia; el 6% a un consultorio privado; el 3% a la atención sanitaria de la institución de seguridad social (Essalud), el 2% a una clínica privada; el 2% a una ONG. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Costa Rica		Los migrantes buscaron asistencia sanitaria en hospitales (44%); ONG (15%); centro de salud más cercano (12%); farmacia (8%); medicina alternativa (8%); ninguno (5%); no sabía (4%); centro de salud privado (1%). OIM, 2022; 4,737 participantes en albergues y a lo largo de la ruta del 15/12/2022-05/10/2023
Trinidad y Tobago	Los migrantes venezolanos buscaron atención sanitaria en: hospitales públicos (61%); farmacias (21%); clínicas privadas (6%); otros se automedicaron en su mayoría y consultaron a amigos y familiares sobre los medicamentos que debían tomar (5%). ACNUR, 2023c; 12 regiones; 1,286 hogares	
México		Cuando necesitaban asistencia sanitaria, el 41% de los migrantes acudía a una clínica o centro de salud público cercano, el 32% afirmaba no ir a ningún sitio; el 16% acudía a una ONG que ofrecía servicios sanitarios básicos; el 11% iba al hospital. OIM, 2023c; Tapachula y Tenosique; 251 participantes en albergues y espacios públicos.
		Cuando necesitaron asistencia sanitaria, el 50% de los migrantes acudió al hospital; el 39% no buscó asistencia sanitaria; el 11% acudió a una ONG; OIM, 2023b; Tenosique; 165 participantes
		Cuando necesitaron asistencia sanitaria, el 30% de los migrantes acudieron a una clínica o centro de salud público cercano; el 26%, a una ONG; el 23%, al hospital; el 20% no buscó asistencia sanitaria. R4V, 2023a

2.5 Prácticas y creencias sociales y culturales

Según datos cualitativos recabados en Perú, **hay dos factores críticos que los migrantes tienen en cuenta para decidir si buscan asistencia sanitaria: la gravedad de los síntomas y la edad de la persona que los necesita.** Los adultos y las personas de la tercera edad se inclinan más por la automedicación, mientras que para los menores se acude a la asistencia profesional (OPS, 2022).

El miedo a la deportación y al maltrato en los centros de salud también condiciona el uso de los servicios sanitarios (Chile - Obach *et al.*, 2022; R4V, 2023a).

Asimismo, **los migrantes se enfrentan a muchas necesidades acuciantes. La asistencia sanitaria es una de ellas.** A veces no se le da prioridad, especialmente cuando no hay urgencia. Esto puede llevar a la percepción de que los migrantes son de alguna manera descuidados con su propia salud (México - Llanez-Diaz et al., 2023). Esta percepción debe contrastarse con las múltiples incertidumbres a las que se enfrentan los migrantes relacionadas con su desplazamiento, con los procesos de documentación y con la oferta errática de servicios, incluida la atención sanitaria. Las complejidades de la navegación por el sistema sanitario, junto con la sensación de los migrantes de ser referidos de un servicio a otro, se describen más adelante (véase 4.4.3 sobre la oportunidad de la asistencia sanitaria y la navegación del sistema sanitario). Existe una **brecha de confianza cuando los proveedores de servicios no confían en los migrantes como agentes de su estado de salud y, a la inversa, los migrantes no confían en que recibirán asistencia de los proveedores de servicios**.

> *"Ir al hospital me produce inseguridad, por todo lo que he oído... si me pusiera muy enfermo y mi única solución fuera ir al hospital y me negaran la atención, podría morir. No confío en el sistema sanitario".*
>
> Mujer migrante colombiana, 24 años, Chile (Obach *et al.*, 2022)

> *"Sí (conozco mis derechos), pero prefiero caminar sola, he aprendido a cuidarme, a defenderme. Sé que tenemos nuestros derechos por nuestra condición de género, pero la calle es muy dura."*
>
> Mujer trans venezolana, Colombia (ACNUR y HIAS, 2022)

La salud social es otro factor determinante del uso de los servicios (Salami *et al.*, 2022). Un estudio realizado en Perú afirma que una red familiar más estrecha permitía más solidaridad y, por tanto, más recursos para afrontar los retos sanitarios. Los pacientes más críticos solían carecer de apoyo familiar. Más allá de la familia, las comunidades virtuales y presenciales de migrantes y de acogida proporcionan apoyo económico y emocional y constituyen una valiosa fuente de información sobre el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. Las comunidades religiosas también se identificaron como facilitadoras de la asistencia sanitaria. Proporcionan apoyo emocional e información. Algunos migrantes pudieron conectar directamente con profesionales sanitarios a través de la iglesia (OPS, 2022).

2.6 Acceso financiero

El acceso financiero se refiere a los costos directos e indirectos a los que se enfrentan los pacientes para recibir atención sanitaria. Los costos directos son los pagos o copagos relacionados con la gestión médica de la enfermedad (servicios médicos, medicamentos, entre otros). Los costos indirectos se refieren a las pérdidas sufridas como consecuencia de la enfermedad (pérdida de ingresos, costos relacionados con el cuidado de los menores que no se habrían producido de otro modo, alimentación y transporte de los cuidadores, etc.).

El acceso financiero está estrechamente relacionado con el seguro de enfermedad, cuyo objetivo es proteger a las personas de los elevados costos imprevistos derivados de una afectación médica. En algunos países, como Colombia, Perú, Costa Rica y Panamá, es necesario estar afiliado a un seguro de enfermedad para recibir atención médica. Por lo **general, los migrantes necesitan un estatus legal para acceder al seguro médico, lo que constituye una barrera importante**. Los migrantes no afiliados asumen el costo total de los servicios, a menos que existan disposiciones para poblaciones específicas o para procedimientos de emergencia (ver la sección 5.1 sobre legislación/políticas). En otros países, por ejemplo Ecuador, el acceso es universal. Cualquiera que se presente en un centro de salud debería tener derecho a los servicios sin costo alguno o a un costo reducido. En la práctica, en ambos sistemas, los pacientes, incluidos los migrantes, pueden incurrir en costos catastróficos debido a la falta de disponibilidad de citas, falta de personal, equipos fuera de servicio, desabastecimiento de medicamentos, etc. (ver las secciones 3.3 sobre disponibilidad de insumos esenciales/suministros y 3.4 sobre acceso a servicios, instalaciones e información con personal adecuado). Los migrantes reportaron adquisición personal de suministros y servicios sanitarios en Perú (OPS, 2022), Ecuador y Honduras (HelpAge, 2021).

2.7 Continuidad de uso

La continuidad de uso es fundamental para determinadas afecciones, como las enfermedades crónicas e infecciosas, la atención materna y los tratamientos nutricionales, entre otros. Las múltiples rutas migratorias y la fragmentación de la oferta sanitaria entre países y dentro de ellos hacen que la continuidad de la atención sea extremadamente difícil para los migrantes en tránsito. Cabe preguntarse hasta qué punto son (in)viables las intervenciones continuas para esta población. Algunos informes mencionan el inicio de intervenciones continuas. Por ejemplo, las niñas y los niños con desnutrición aguda que han recibido una unidad de alimento terapéutico listo para consumir sobre la marcha o asesoramiento, suplementos y derivación médica se cuentan como beneficiarios. El impacto, así como el daño de la intervención, es mínimo o inexistente. ¿Tiene sentido esta intervención y pueden estas niñas y niños considerarse realmente beneficiarios de un programa/proyecto? Quizá una alternativa sea invertir más en cada beneficiario confiándole más suministros -siempre que éstos no puedan ser perjudiciales- y complementar la asistencia sanitaria con otro tipo de ayudas, como dinero en efectivo, para garantizar un uso adecuado de los suministros sanitarios. El análisis del costo real de la intervención media por persona (ver la sección 5.2.1 sobre costos proyectados y reales por persona) muestra que los costos individuales pueden alcanzar importes significativos.

CAPÍTULO 3:
Oferta de servicios sanitarios

3.1 Acceso al sistema nacional de salud

El acceso a la asistencia sanitaria depende en gran medida del diseño del sistema nacional de salud y de sus disposiciones en materia de seguro de enfermedad (ver la sección 5.1 sobre legislación/políticas).

Brasil integra ágilmente a los migrantes en su sistema sanitario: el 95% de ellos posee la tarjeta sanitaria. Perú tiene una política para facilitar la afiliación de mujeres embarazadas y menores de 5 años a su seguro nacional de salud. Los datos que figuran a continuación muestran que estos subgrupos de migrantes tienen mejor cobertura del seguro sanitario (40-86% y 66-76% respectivamente), en comparación con otros subgrupos de migrantes (18-34%). Aun así, las coberturas siguen estando por debajo de las comunidades de acogida (85%). En Colombia y Panamá, donde no permiten a los migrantes irregulares acogerse al seguro médico, la cobertura es baja: (22-37%) y 10% respectivamente.

Tabla 31. Cobertura del seguro de enfermedad entre los migrantes

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Brasil	El **95%** de los migrantes venezolanos estaban en posesión de la Tarjeta del Sistema Único de Salud. Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	El **95%** de los migrantes venezolanos estaban en posesión de la Tarjeta del Sistema Único de Salud. Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios	
Chile	El **89%** de los migrantes venezolanos tenía seguro médico. OPS, 2023b		

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	El **37%** de los migrantes venezolanos estaban afiliados al sistema nacional de salud. R4V, 2022a		
	El **64%** de los migrantes venezolanos estaban afiliados al sistema nacional de salud. DANE, 2023; 23 ciudades, 3,605 hogares de migrantes con más de 5 años de estancia		
	El **22%** de los migrantes venezolanos estaban afiliados al sistema nacional de salud. GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares		
	En 2021 y 2022, del total de eventos de notificación obligatoria entre la población migrante venezolana, respectivamente 14% y 24% correspondieron a personas afiliadas. MinSalud, 2022		
Perú	El **27%** de la población refugiada y migrante venezolana tenía algún tipo de seguro médico (el 20% tenía Seguro Integral de Salud - SIS; el 5% seguro médico de la seguridad social (Essalud) y el 2% seguro privado). INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares		El **85%** de los peruanos estaban afiliados al SIS. INEI, 2022
	El **76%** de los menores migrantes venezolanos menores de 5 años tenía algún tipo de seguro médico. Entre ellos, el 95% tenía el seguro nacional de salud (SIS); el 3%, el seguro de salud de la seguridad social (EsSalud). El **86%** de las embarazadas venezolanas tenían un seguro nacional de salud (SIS). El **18%** de los migrantes venezolanos de entre 6 y 17 años tenía algún tipo de seguro médico. Entre ellos, el 15% tenía el seguro nacional de salud (SIS); el 1%, el seguro de salud de la seguridad social (EsSalud). OPS, 2022; Lima; 426 hogares		

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
	El **34%** de los migrantes venezolanos tenía seguro médico. Cobertura del seguro entre poblaciones especiales: 40% entre las mujeres embarazadas; 20% entre las mujeres en periodo de lactancia; 66% entre los menores de 5 años. Tipo de seguro de los migrantes con seguro de enfermedad: SIS 83%; Es salud 15%; seguro privado 2%. Tipo de seguro de los menores migrantes menores de 5 años con seguro de salud: SIS 92%; Es salud 3%; seguro privado 1%; otros 3%. Acción contra el hambre (2022), 374 participantes en Lima		
	El **33%** de los migrantes venezolanos tenían el seguro nacional de enfermedad (SIS). CAPS, 2022; Lima y Tumbes; 300 participantes		
Panamá	El **10%** de los migrantes tenía seguro médico. ONU-Hábitat, ACNUR y OIM,2021; Ciudad de Panamá		

Un obstáculo importante para el seguro de enfermedad de los migrantes es la falta de documentación. Esto se observa en toda la región. Según R4V, en la región, más de uno de cada tres refugiados y migrantes está en situación irregular. Un estatus regular les permitiría acceder a la asistencia sanitaria y al empleo. Mejoraría sus medios de subsistencia y abordaría muchos de los determinantes sociales de la salud (R4V, 2023a).

3.2 Cobertura del servicio

3.2.1 Intervenciones nutricionales

Las intervenciones nutricionales más comunes entre los migrantes menores de 5 años fueron: evaluación nutricional (42 - 57%), desparasitación (21-36%), micronutrientes (12-30%) y tratamiento de la desnutrición aguda (1-4%) (Tabla 32). Los menores colombianos de 5 años tuvieron una cobertura similar de estas intervenciones. Parece haber una marcada preferencia por las actividades rápidas, puntuales y poco costosas. Las actividades más complejas, longitudinales y costosas, como la gestión de la desnutrición aguda tuvieron una cobertura extremadamente baja.

Entre las mujeres migrantes embarazadas, el 39-58% recibió una evaluación nutricional, el 42-55% micronutrientes y el 1-8% un tratamiento antiparasitario. Las mujeres colombianas se beneficiaron de una mejor cobertura de todas las intervenciones (Tabla 32).

Tabla 32. Cobertura de las intervenciones de nutrición

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	El **57%** de los venezolanos menores de 5 años recibieron evaluación nutricional; 31%, desparasitación; 30%, micronutrientes; 1%, tratamiento de la desnutrición aguda**.** GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares; 1,231 menores de 5 años evaluados.		
	El **32%** de los menores venezolanos de 5 a 9 años recibieron una evaluación nutricional; el 24%, desparasitación; el 17%, micronutrientes. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares; 1,348 5-9 años evaluados		
	Migrantes venezolanos menores de 5 años recibidos: -evaluación nutricional (48%) -desparasitación (36%) -micronutrientes (21%) -tratamiento de la desnutrición aguda (4%) PMA, 2023, 13 regiones, 831 menores de 5 años	Migrantes venezolanos menores de 5 años en tránsito recibidos: -evaluación nutricional (42%) -desparasitación (26%) -micronutrientes (22%) -tratamiento de la desnutrición aguda (2%) Migrantes venezolanos menores de 5 años en movimientos pendulares recibidos: -evaluación nutricional (30%) -desparasitación (21%) -micronutrientes (12%) -tratamiento de la desnutrición aguda (3%) PMA, 2023, 13 regiones, 135 menores de 5 años en tránsito, 216 menores de 5 años en movimientos pendulares	Los colombianos menores de 5 años recibieron: -evaluación nutricional (63%) -desparasitación (39%) -micronutrientes (32%) -tratamiento de la desnutrición aguda (4%) PMA, 2023, 13 regiones, 395 menores de 5 años
	Migrantes venezolanas embarazadas recibidas: -evaluación nutricional (53%) -desparasitación (1%) -micronutrientes (55%) PMA, 2023, 13 regiones, 2130 participantes	Migrantes venezolanas embarazadas en tránsito recibidas: -evaluación nutricional (58%) -desparasitación (8%) -micronutrientes (42%) PMA, 2023, 590 participantes Migrantes venezolanas embarazadas en movimientos pendulares recibidos: -evaluación nutricional (39%) -desparasitación (2%) -micronutrientes (48%) PMA, 2023, 1399 participantes	Migrantes colombianas embarazadas recibidas: -evaluación nutricional (71%) -desparasitación (19%) -micronutrientes (79%) PMA, 2023, 1485 participantes
	El **71%** de las embarazadas tomaba algún suplemento; el 60%, hierro; el 60%, calcio**.** PMA, 2023, 13 regiones, 7097 participantes en destino y comunidad de acogida; 590 en tránsito ; 1399 en movimientos pendulares		

3.2.2 Crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños

La información sobre los servicios para el crecimiento y el desarrollo infantil sólo estaba disponible en Perú. Los indicadores son diferentes para ambas fuentes y no son comparables. Según un informe, 58% de los migrantes venezolanos menores de 3 años residentes en Lima habían asistido a controles de crecimiento y desarrollo en los últimos tres meses (OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 121 menores de 3 años). Según otra fuente, el 64% de la población refugiada y migrante venezolana de 0 a 5 años accedió a servicios de control de crecimiento y desarrollo: 74% a servicios de vacunación, 45% a consejería (presencial, telefónica o similar) y 58% con suplementos de hierro (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares).

3.2.3 Servicios de salud materna, sexual y reproductiva

Un informe en Brasil sugiere una brecha entre la cobertura de la atención prenatal entre las venezolanas asentadas en Brasil (92%) y las que están en tránsito (27%). En Perú, el 100% de las embarazadas venezolanas tuvieron al menos una visita prenatal. Esto se debe en parte a una política para facilitar la inscripción de las embarazadas en el plan nacional de seguros (ver las secciones 3.1 y 5.1 sobre acceso al sistema nacional de salud y legislación/políticas) (Tabla 33).

El 46% de los venezolanos en tránsito y el 42%-52% de los migrantes venezolanos en destino y sus parejas utilizaban algún método anticonceptivo. Entre los usuarios de anticonceptivos, los métodos modernos (permanente, implante, píldoras, barrera, dispositivo intrauterino DIU) eran los más comunes.

En Perú, los servicios ofrecidos por el sistema sanitario público parecen limitados. Aproximadamente 1 de cada 3 venezolanas que utilizaron anticonceptivos accedieron a su método de forma gratuita en un centro de salud o de un hospital; el 17% accedió a asesoramiento en salud sexual y reproductiva. En Colombia, el 11% no pudo acceder a la atención sanitaria sexual y reproductiva que necesitaba. En Guyana, el 9% de los que requirieron servicios sexuales y reproductivos pudieron acceder a ellos (Tabla 33).

Tabla 33. Cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Brasil	El **92%** de las embarazadas venezolanas accedieron a atención prenatal El **46%** de los hombres y mujeres venezolanos utilizaban un método anticonceptivo que incluía el preservativo. Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	El **27%** de las embarazadas venezolanas accedieron a atención prenatal El **46%** % de los hombres y mujeres venezolanos utilizaban un método anticonceptivo que incluía el preservativo. Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios	El **80%** de las mujeres brasileñas declararon utilizar algún tipo de anticonceptivo. R4V, 2023a
Chile	El acceso rápido a anticonceptivos y preservativos en los centros de atención primaria es muy valorado por los jóvenes de 18 a 25 años Obach. et al., 2022; Tarapacá		

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	El **52%** de los migrantes venezolanos declararon utilizar métodos anticonceptivos. El método más común era la anticoncepción permanente (38%), seguido de los métodos hormonales (implantes y píldoras). Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes		
	El **11%** de los hogares venezolanos tenía una necesidad no satisfecha relacionada con la salud sexual y reproductiva. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares		
Guyana	El **9% de los** migrantes indígenas venezolanos que necesitaron servicios de salud reproductiva y sexual (36%) accedieron a ellos. OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes		
Perú	El **42%** de los migrantes venezolanos mayores de 15 años indicaron que ellos o su pareja tenían acceso a métodos anticonceptivos (preservativo 27.3%, píldora 25.6%, inyección 20.8%, implantes 17.2%, esterilización femenina 11.8%). El **17%** de la población refugiada y migrante venezolana accedió a servicios de educación y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares		
	El **50%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 59 años utilizaron métodos anticonceptivos. De ellos, el 84% utilizó un método moderno; el 10%, preservativos; el 4%, anticoncepción de emergencia; y el 3%, métodos tradicionales. El **100%** de las embarazadas venezolanas tuvo al menos una visita prenatal. La media de visitas prenatales fue de 3.7. OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 7 mujeres embarazadas		
	El **42%** de los migrantes venezolanos declararon utilizar métodos anticonceptivos. De ellos, el 62% utilizaba un método anticonceptivo moderno (hormonal, de barrera, DIU o permanente); el 18%, preservativo; el 8%, método tradicional (ritmo, temperatura, moco cervical, lactancia materna exclusiva); el 2%, anticoncepción de emergencia; el 17%, otro. Entre los migrantes venezolanos que utilizaron anticonceptivos, el 39% los compró en una farmacia u otro establecimiento; el 35% los recibió gratuitamente en el puesto de salud u hospital; el 11% los recibió de Venezuela; el 7% los compró en el puesto de salud u hospital; el 4% restante, el 6%, no supo/respondió. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes		

La información sobre atención sanitaria materna es limitada. Las pocas fuentes identificadas tienden a explorar la cobertura de la atención prenatal y pasan por alto la cobertura de la asistencia cualificada en el parto y la atención posnatal. Sin embargo, la mayoría de las muertes maternas se producen en el periodo intra y posparto.

3.2.4 Prevención y gestión de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas afectan sobre todo a las personas mayores. Un estudio realizado en Honduras, El Salvador, Colombia, Ecuador y Perú muestra que entre el 45% y el 65% de los desplazados internos, migrantes, retornados y refugiados mayores de 60 años recibían tratamiento (Tabla 34). Como ciudadanos de su país, los desplazados internos y los retornados tuvieron un acceso más fácil al sistema sanitario de su país, por lo que la cobertura del tratamiento puede ser mayor para ellos que para los migrantes y los refugiados. Por ejemplo, en El Salvador, el 92% de los deportados, el 81% de los desplazados internos y el 50% de los migrantes mayores habían utilizado los servicios de atención sanitaria (HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 146 participantes).

Unos pocos estudios en Perú exploran la adecuación de la frecuencia del tratamiento entre los migrantes venezolanos. La **cobertura del tratamiento con la frecuencia adecuada fue más moderada. Sólo 22%-39% de la población adulta venezolana con enfermedades crónicas recibió tratamiento con la frecuencia requerida** (Tabla 34).

Tabla 34. Cobertura del tratamiento para migrantes con enfermedades crónicas

	Migrantes en destino
Colombia	El **64%** de los desplazados internos, migrantes, retornados y refugiados mayores de 60 años con enfermedades crónicas recibían tratamiento. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 170 participantes
	El **79%** de los migrantes venezolanos con patologías crónicas accedieron a tratamiento. Del 21% que no accedió a tratamiento, el 61% estaba afiliado al sistema nacional de salud. GIFMM, 2023a; 14 regiones; 2,387 hogares
Ecuador	El **63%** de los migrantes y refugiados mayores de 60 años con enfermedades crónicas recibían tratamiento. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 187 participantes
Perú	El **45%** de los migrantes y refugiados mayores de 60 años con enfermedades crónicas recibían tratamiento. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 150 participantes
	El **22%** de los migrantes venezolanos que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento con la frecuencia requerida. Otro 10% recibió tratamiento pero no con la frecuencia requerida. El 68% no recibió tratamiento. INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares

	Migrantes en destino
	El **30%** de los migrantes venezolanos que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento con la frecuencia requerida. Otro 18% recibió tratamiento pero no con la frecuencia requerida. El 51% no recibió tratamiento. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes
	El **50%** de los migrantes venezolanos menores de 5 años que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento. El **56%** de los migrantes venezolanos de 6 a 17 años que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento. El **22%** de los migrantes venezolanos de entre 18 y 59 años que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento con la frecuencia requerida. Otro 18% recibió tratamiento pero no con la frecuencia requerida. El 60% no recibió tratamiento. El **39%** de los migrantes venezolanos mayores de 60 años que padecían enfermedades crónicas recibieron tratamiento con la frecuencia requerida. Otro 28% recibió tratamiento pero no con la frecuencia requerida. El 33% no recibió tratamiento. OPS, 2022; Lima; 426 hogares
	El **49%** de los migrantes venezolanos con una enfermedad crónica recibieron tratamiento. ACH, 2022a; Lima; 374 participantes
El Salvador	El **65%** de los desplazados internos, deportados y migrantes mayores de 60 años con enfermedades crónicas recibían tratamiento. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 146 participantes
Honduras	El **46%** de los desplazados internos, deportados y refugiados mayores de 60 años con enfermedades crónicas recibían tratamiento. HelpAge, 2021; principales ciudades y pueblos; 82 participantes

No se consiguió información sobre la prevención de enfermedades crónicas.

> *"Las clínicas y los hospitales forman parte de un sistema sanitario público colapsado. En el mejor de los casos, algunas personas mayores pueden acudir a las consultas médicas, pero tienen que comprar los medicamentos, y pagar su propio tratamiento porque el Estado no tiene cómo pagarlos".*
>
> Mujer, organización no gubernamental internacional, Honduras

> *"Mira, hay días que compro medicinas y no compro comida, y hay días que no compro nada porque llevo tres días sin medicinas y no hay dinero".*
>
> Hombre en situación de mobilidad, 72 años, Honduras
>
> (HelpAge, 2021)

3.2.5 Prevención y tratamiento de las afectaciones mentales

La información sobre los servicios de salud mental o apoyo psicosocial es escasa. Existen múltiples tipos de intervenciones con diversos plazos. Por lo general, no se especifica el tipo de intervención ni tampoco el resultado.

En Perú, el 34% de los migrantes venezolanos que necesitaban atención psicológica la recibieron (CAPS, 2022; Lima y Tumbes; 300 participantes). En Guyana, el 10% de los migrantes indígenas venezolanos desconocía la existencia de algún servicio disponible para tratar a quien no se sintiera bien psicológicamente, mientras que el 90% dijo que tal servicio no existía (OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes).

Frente a la creciente demanda, muchos países están mal preparados para prestar atención psicológica. En Paraguay, sólo unas pocas unidades de salud familiar cuentan con el servicio (R4V, 2023a). Perú se enfrenta a una escasez de profesionales y a una inversión mínima en esta área de trabajo (Consejo Danés para los Refugiados y SJM, 2023). En Guyana, a menudo no hay psicólogos en los hospitales (R4V, 2023a).

No se encontró información sobre la prevención de afectaciones mentales.

3.2.6 Prevención y gestión de las enfermedades infecciosas

La información sobre prevención y manejo de enfermedades infecciosas es escasa. En Perú, 22% de los migrantes venezolanos mayores de 15 años accedieron a una prueba de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares) y 71% de las gestantes venezolanas se realizaron una prueba de VIH y sífilis (OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 7 gestantes).

En Perú, la mitad de las personas que vivían con el VIH estaban en tratamiento (R4V, 2023a). En Colombia, entre los migrantes venezolanos que vivían con el VIH, el 48% habían sido diagnosticados previamente, el 38% estaban en tratamiento y el 35% tenían supresión viral (Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes). En contraste, los compromisos mundiales para el VIH/SIDA establecen que para el 2025, el 95% de las personas con VIH conocían su estado, el 90% estaban en tratamiento, el 86% tenían supresión viral. Otros países, como Brasil y Chile, son conocidos por su acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA (Brasil - Kill Alvim, *et al.*, 2023 y Mocelin *et al.*, 2023; Chile - Obach *et al.*, 2022).

3.2.7 Asistencia médica no especificada

Los indicadores en este campo varían considerablemente. Es difícil comparar la cobertura de los servicios para los migrantes en destino. Un estudio realizado en Colombia tiene como criterio de elegibilidad "más de 5 años de estancia en el país". Por lo tanto, los migrantes de este estudio tuvieron tiempo de regularizar su situación migratoria y acceder al sistema sanitario nacional. Otra variación consiste en el marco temporal del indicador. Es muy diferente poder acceder a la asistencia sanitaria en el último mes, en los últimos 3, 6 o 12 meses. Lo más probable es que cuanto más largo sea el plazo, mayor sea la probabilidad de tener éxito en los múltiples intentos de acceder a la asistencia sanitaria. El costo de los servicios también debe considerarse. Es posible que los migrantes consigan acceder a la atención médica necesaria, pero a un costo elevado. Un informe realizado en Perú indica el costo del servicio recibido. De los que accedieron a la asistencia sanitaria necesaria, el 40% no tuvo que pagar (Tabla 35).

Para los migrantes venezolanos en tránsito en Colombia, el 62% de los que necesitaron asistencia sanitaria pudieron acceder a ella. Esta cifra fue superior para los migrantes

venezolanos en movimientos pendulares (87%). Tal vez, los migrantes que van y vienen se benefician de un mejor acceso a la información, ya que no son itinerantes. Además, muchas organizaciones humanitarias prestan servicios médicos en las zonas fronterizas. En cuanto a la violencia de género, en el contexto específico del viaje a través de Darién, el 37% de los 172 casos de violencia sexual en 2022 se gestionaron a tiempo (en un plazo de 72 horas) (Tabla 35).

Dos estudios realizados en Colombia comentan el alcance de la ayuda humanitaria. En el caso de los migrantes venezolanos asentados en la costa atlántica y cerca de la capital, el 17% accedió a los servicios humanitarios. Los migrantes regulares tuvieron mejor acceso que los irregulares (22% vs 15%) (Tabla 35). Para los migrantes en tránsito a punto de cruzar la selva del Darién, un 39% recibió algún tipo de asistencia en los últimos 30 días. Entre estos beneficiarios, la asistencia sanitaria fue el tipo de asistencia más común recibida por el 40% (GIFMM, 2023b; 1,874 grupos de viajeros, que representaban un total de 6,391 personas). Por lo tanto, de los migrantes en tránsito a punto de cruzar la selva del Darién, el 16% había recibido asistencia sanitaria proporcionada por organizaciones humanitarias.

Tabla 35. Acceso de los migrantes a la atención médica no especificada

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Brasil	El **26%** de la atención primaria de Boa Vista se prestó a migrantes venezolanos. Llegó al 45% en algunos centros sanitarios. UNICEF, 2022, refugios y asentamientos espontáneos de Boa Vista y Paracaima	
Chile	El **80%** de los hogares venezolanos que requirieron un servicio sanitario en el último mes accedieron a ellos. R4V, 2023a	
Colombia	El **70%** de los migrantes venezolanos que necesitaron un servicio sanitario en los últimos tres meses pudieron acceder a él (66% de 15 a 24 años; 67% de 25 a 54; 86% de 55 o más). DANE, 2023; 23 ciudades, 3605 hogares de migrantes con más de 5 años de estancia	El **62%** de los migrantes venezolanos en tránsito que necesitaron asistencia sanitaria tuvieron acceso a ella. El **87%** de los migrantes venezolanos en movimiento pendular. GIFMM, 2022; 13 regiones; 717 participantes en tránsito y 648 participantes en movimientos pendulares
	El **17%** de los migrantes y refugiados venezolanos habían accedido a servicios humanitarios. Entre los que utilizaron los servicios, los relacionados con la atención sanitaria incluían apoyo para acceder a los servicios sanitarios nacionales (33%); atención sanitaria (28%); apoyo psicosocial (10%) y apoyo para la violencia de género (4%). Las personas en situación migratoria irregular tenían menos probabilidades de acceder a los servicios humanitarios que los migrantes en situación regular (22% frente a 15%). Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Ecuador	El **86%** de los hogares venezolanos que necesitaron atención médica en los últimos 6 meses pudieron acceder a ella. GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	
	Entre las familias venezolanas que intentaron acceder a la asistencia sanitaria desde su llegada (estancia media de 2 años), el 73% recibió servicios. De los servicios recibidos, el 40% fueron totalmente gratuitos, el 20% parcialmente gratuitos y el 39% gratuitos. La mayoría de los que no pudieron recibir servicios querían ver a un especialista (39%) o a un médico de cabecera (36%). IRC, 2021; Lima y Norte de Perú; 870 hogares	
Panamá	El **54%** de los migrantes que necesitaron asistencia sanitaria en los últimos tres meses pudieron acceder a ella. ACNUR, 2022; 400 hogares	El **37%** de los 172 casos de violencia sexual en 2022 tras el viaje a Darién se gestionaron a tiempo (en 72 horas). R4V, 2023a
Trinidad y Tobago	El **81%** de los migrantes venezolanos accedieron a los servicios sanitarios necesarios en el último año. ACNUR, 2023c; 12 regiones; 1,286 hogares	

3.3 Disponibilidad de insumos básicos/suministros

Los migrantes tienen difícil acceso a la asistencia sanitaria. En varios países, el acceso también es extenuante para los ciudadanos del país con sistemas nacionales de salud bajo una presión insoportable. La literatura sobre migración en el continente informa de la falta de medicamentos en México y Centro América (FICR, 2022a), Honduras (HelpAge, 2021), Ecuador (HelpAge, 2021), Guyana (R4V, 2023a), así como de la escasez de suministros médicos en las zonas fronterizas de Bolivia, Argentina, Uruguay y Paraguay (R4V, 2023a).

En Perú, un estudio hace referencia a las limitaciones tecnológicas y logísticas que afectan a la prestación de servicios a la población general, especialmente a la población vulnerable (Consejo Danés para los Refugiados y SJM, 2023).

Muchas veces las farmacias de los establecimientos de salud y hospitales manejan un almacenamiento reducido de medicamentos, o los mismos establecimientos carecen de insumos básicos para la atención de salud. Como resultado, los pacientes tienen que conseguir los suministros externamente, generando gastos de bolsillo (OPS, 2022).

> *"Tengo carnet de extranjería y SIS (Seguro Integral de Salud). Pero el tema es el siguiente: es un SIS, pero solo en el sistema porque lo único que no he pagado son las consultas, pero he tenido que comprar desde gasas, adhesivos, todo"*
>
> Migrante venezolano, Perú (OPS, 2022)

En Perú, parece que los hospitales especializados se benefician de una mejor inversión. Los migrantes de Lima mostraron su aprecio por los hospitales que ofrecen atención especializada (enfermedades neoplásicas, rehabilitación, atención materno-perinatal y pediátrica), destacando su equipamiento y sus modernas infraestructuras. Los migrantes rara vez acceden a estos hospitales, ya que requieren derivaciones desde hospitales generales. Además, suelen implicar largas distancias y, por tanto, gastos de transporte (OPS, 2022).

3.4 Acceso a servicios, instalaciones e información con personal suficiente

3.4.1 Infraestructura

En algunos casos, el estado de las infraestructuras pone en peligro la seguridad y la calidad de los servicios. En Bolivia, en las zonas fronterizas, las instalaciones sanitarias carecen de agua corriente, lo que dificulta la prestación de servicios seguros tanto para la población en tránsito como para las comunidades de acogida (R4V, 2023a). En Colombia, se ha desinvertido en servicios maternos y perinatales debido a su baja rentabilidad. La inadecuada infraestructura se traduce en largos tiempos de espera para que las mujeres sean admitidas, falta de intimidad para las mujeres en trabajo de parto, durante el examen vaginal, alta prematura de las mujeres y sus bebés, negación de acompañantes a pesar de ser recomendado por la OMS (Mercado Romero, 2021).

En Honduras (HelpAge, 2021) y Perú (ACH, 2022a; Lima; 374 participantes), **el número de centros de salud es insuficiente** para atender una demanda alta y creciente de servicios.

En muchos países, las **zonas rurales no están bien atendidas en términos de instalaciones sanitarias/ servicios de salud**. En las zonas fronterizas de Colombia, Ecuador, Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay, Guyana y Panamá, la infraestructura es deficiente y los servicios limitados (R4V, 2023a; Panamá - ONU-Hábitat, ACNUR y OIM, 2021). Asimismo, la **prestación de servicios a los sobrevivientes de la violencia de género suele ser escasa fuera de las zonas urbanas** (R4V, 2023a). Por el contrario, en Brasil, un informe menciona que los centros de salud están demasiado abarrotados en las ciudades y que las citas son más factibles en los centros de salud rurales. Así, los hogares venezolanos que residen en las capitales tienen más dificultades para obtener asistencia médica (40%) que los que residen en el campo (28%) (R4V, 2023d).

Un estudio cualitativo realizado en Perú indica que los **migrantes de Lima encontraban muy convenientes los centros de salud locales debido a su proximidad**. El tiempo pasado en el centro de salud es costo de oportunidad. No se emplea en actividades generadoras de ingresos ni en tareas domésticas. La proximidad también supone un ahorro en gastos de transporte. Las mujeres con tareas de cuidado apreciaban especialmente la proximidad, ya que les permitía acudir al centro de salud con sus hijos (OPS, 2022).

Demasiada proximidad tiene, sin embargo, algunos inconvenientes. Puede exponer a los usuarios de los servicios a las normas sociales y disuadirles de utilizarlos. En Tijuana, México, se observó que algunos migrantes, especialmente mujeres, se abstenían de utilizar los servicios sexuales y reproductivos prestados en los albergues para evitar las sanciones sociales de los familiares

(Llanes-Díaz *et al.*, 2023). La integración de servicios sanitarios o multisectoriales puede contrarrestar fácilmente esta limitación de la proximidad.

No hubo hallazgos específicos relacionados con la prestación de servicios en instalaciones comunitarias (escuelas, organizaciones de base, edificios religiosos, entre otros) o infraestructuras temporales (tiendas de campaña o unidades móviles).

3.4.2 Densidad del personal sanitario

Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se estableció una densidad mínima indicativa que representa la necesidad de 4.45 trabajadores sanitarios (enfermería, partería y medicina) por cada 1,000 habitantes (OMS, 2016). Se conoce como umbral del índice de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La densidad de trabajadores sanitarios para los países de las Américas proporciona una visión general de la capacidad de los sistemas nacionales de salud para responder a una mayor demanda. Sigue siendo un indicador entre otros. No proporciona información sobre la distribución geográfica del personal dentro de los países ni sobre la contribución de otros profesionales sanitarios, como los trabajadores sanitarios comunitarios.

En **Sudamérica, Bolivia, Venezuela, Colombia y Perú no alcanzan el umbral del índice ODS. En** cambio, Paraguay y Uruguay tienen más del doble de la densidad de personal sanitario recomendada.

En **Centroamérica, Honduras, Nicaragua, Belice y Guatemala tienen un personal sanitario limitado para su población.**

En el **Caribe, la mayoría de los países están por encima del umbral, salvo Haití, Jamaica, República Dominicana y Santa Lucía.**

En **América del Norte, México tiene la densidad de mano de obra más baja, pero sigue estando por encima del umbral** (Tabla 36).

Tabla 36. Densidad del personal sanitario por país (OMS, 2023a)

	País	Profesionales de enfermería y partería por 1,000	año	Profesionales de medicina por 1,000	año	Profesionales sanitarios (enfermería, partería y medicina) por 1,000
América del Sur	Argentina	5.4	2020	3.9	2020	9.34
	Bolivia	1.5	2017	1.0	2017	2.53
	Brasil	5.5	2021	2.1	2021	7.66
	Chile	4.6	2021	3.0	2021	7.57
	Colombia	1.4	2021	2.4	2021	3.81
	Ecuador	2.5	2018	2.2	2017	4.75
	Guyana	3.5	2020	1.4	2020	4.89
	Paraguay	9.0	2021	3.2	2021	12.27
	Perú	2.6	2021	1.6	2021	4.26
	Suriname	3.8	2019	0.8	2018	4.60
	Uruguay	11.6	2021	6.2	2021	17.75
	Venezuela	2.0	2018	1.7	2017	3.67
América Central	Belice	2.3	2018	1.1	2018	3.43
	Costa Rica	3.1	2021	2.8	2021	5.83
	El Salvador	2.6	2021	2.9	2021	5.55
	Guatemala	2.3	2020	1.3	2020	3.59
	Honduras	0.7	2018	0.5	2020	1.20
	Nicaragua	1.5	2017	0.7	2018	2.19
	Panamá	3.5	2020	1.6	2020	5.17
Caribe	Antigua y Barbuda	9.6	2019	2.9	2017	12.48
	Barbados	3.1	2018	2.6	2017	5.69
	Cuba	7.6	2018	8.4	2018	15.99
	Dominica	6.5	2018	1.1	2018	7.63
	República Dominicana	1.4	2019	1.4	2019	2.87
	Grenada	5.7	2018	1.3	2018	7.06
	Haití	0.4	2018	0.2	2018	0.64
	Jamaica	1.0	2018	0.6	2018	1.53
	San Cristóbal y Nieves	4.5	2015	3.0	2018	7.55
	Santa Lucía	3.2	2017	0.7	2017	3.88
	San Vincente y las Granadinas	7.3	2018	0.9	2012	8.29
	Las Bahamas	4.4	2018	1.9	2017	6.24
	Trinidad y Tobago	3.7	2019	3.4	2021	7.15
América del Norte	Canadá	10.3	2021	2.5	2021	12.73
	México	3.0	2020	2.4	2020	5.40
	Estados Unidos	12.5	2020	3.6	2020	16.03

Inferior 4.45

4.45-8.90

Superior 8.90

3.4.3 Oportunidad de la asistencia sanitaria y navegación del sistema sanitario

La falta de disponibilidad de asistencia sanitaria o los retrasos considerables en el acceso a la misma fueron obstáculos importantes en múltiples países. La falta de disponibilidad de asistencia puede referirse a la ausencia de centros sanitarios, la ausencia de personal médico, la falta de voluntad del personal para recibir a los pacientes, la falta de disponibilidad de citas, instalaciones llenas, y otros. Las demoras pueden referirse a retrasos en la obtención de citas, tiempos de espera en el centro sanitario, etc.

Tanto la falta de disponibilidad de asistencia como los retrasos constituyen barreras más agudas en los países con una política de acceso universal a la asistencia sanitaria, como Brasil, Chile y Ecuador. En los países sin acceso universal, las barreras más importantes están relacionadas con la afiliación al sistema sanitario y los consiguientes costos de la atención (Colombia, Panamá y Costa Rica, entre otros) (ver sección 3.1 sobre el acceso al sistema nacional de salud).

En Brasil, según un estudio realizado entre venezolanos en destino, el principal motivo para no acceder a la atención fueron los retrasos en los servicios (70%). Otro motivo era la falta de personal o de especialistas (21%) (R4V, 2023d). Otro estudio menciona la ausencia de personal (19%), la dificultad para conseguir cita (17%) (Moverse, 2022; todas las regiones menos Roraima; 2,000 participantes).

En Ecuador, el 43% de los migrantes venezolanos no pudieron recibir atención sanitaria en los centros de salud que visitaron, el 24% dijo que las citas médicas no estaban disponibles, el 6% mencionó la ausencia de especialistas, medicamentos y/o equipos (GTRM, 2023). Otro estudio reveló que al 58% de las familias venezolanas los médicos les negaron la atención al menos una vez (IRC, 2022). Otro estudio añade que los hospitales estaban siempre llenos (HelpAge 2021).

Canadá también sufre la falta de citas, largos tiempos de espera y retrasos en el acceso en cada punto de contacto con el sistema sanitario (Pandey *et al.*, 2022a).

> *"Aquí es fácil pedir cita. Pero hay que esperar mucho. Primero hay que esperar en el médico, luego en la farmacia, y el tiempo es un factor. Tuve que esperar 2 meses para hacerme una ecografía del estómago y me encontraba muy mal".*
>
> Migrante, Canadá

> *"El año pasado tuve cálculos biliares. Fui a urgencias tres veces, me dieron medicamentos y me mandaron a casa. Esperé 5 meses para operarme. El tiempo de espera es demasiado largo y en urgencias me dolía mucho. Sentía que me iba a morir e intenté demostrarlo con mi lenguaje corporal. Tuve que esperar demasiado para la ecografía, estaba disgustada y triste".*
>
> Migrante, Canadá
>
> (Pandey *et al.*, 2022a)

Además de la falta de disponibilidad y los retrasos de los servicios, **un problema recurrente en muchos países es la navegación del sistema de salud, que se refiere a los múltiples procedimientos administrativos que los pacientes deben seguir para recibir atención sanitaria**

-o no- y al tiempo que se consume en estos procesos. Algunos autores lo denominan burocracia (Perú - OPS, 2022), otros "*laberinto institucional*" (México - Llanez-Diaz et al., 2023). Los migrantes han expresado sentirse "*peloteados*" durante horas y días (Perú - OPS, 2022) o abrumados por el sistema de salud (Canadá - Pandey et al., 2022a). **Denuncian que se enfrentan a un sistema sanitario inhumano en el que los procesos, los requisitos, el papeleo y el dinero importan más que la asistencia a los seres humanos** (Colombia - Mercado Romero, 2021; Perú - OPS, 2022). Para empeorar las cosas, el personal levanta barreras administrativas arbitrarias (Colombia - Consejo Danés para los Refugiados, 2022b; Chile - Obach et al., 2022) y/o cobra tarifas irregulares (Chile - Obach *et al.*, 2022; Perú - OPS, 2022). **Estos obstáculos para navegar por el sistema sanitario socavan la confianza en el sistema,** lo que lleva a preferir la automedicación (Perú - OPS 2022; Canadá - Pandey et al., 2022a) o la atención privada (Perú - OPS 2022) o a retrasar el acceso a la atención sanitaria hasta que sea urgente (Canadá - Pandey et al., 2022a). En Canadá, los migrantes temen que los servicios no estén disponibles cuando los necesiten (Canadá - Pandey et al., 2022a). En México, las poblaciones de acogida vulnerables compartieron experiencias y sentimientos similares (México - Llanez-Diaz et al., 2023).

La sensación de "*peloteo*" se aplica a las organizaciones humanitarias. En Perú, de las 25 organizaciones humanitarias, sólo seis tenían médico a veces o siempre. Otras organizaciones proporcionaban referencias médicas. **Las múltiples derivaciones oficiales y no oficiales contribuyen a la sensación de "*peloteo*" y hacen mella en los conceptos de servicios centrados en el paciente e integración de servicios.**

> *"La salud es demasiado protocolo."*
>
> Migrante venezolano, Perú (OPS, 2022)

> *"Me ha pasado en ocasiones que uno tiene que resignarse, yo fui allá y no me lo aceptaron, me dieron el documento, otro documento, luego aquí, otro documento, entonces yo sé esto, uno lo toma como un juego de jalar la pierna, de aquí para allá de allá para acá, y, eso es un pasaje de bus, a cualquier lugar es un pasaje de bus que sale de su bolsillo, uno se resigna a que nunca lo van a atender."*
>
> Migrante, Colombia (Ariza-Abril *et al.* 2020)

> *"Mi esposo y su madre me echaron de la casa. Cuando le dije que lo iba a denunciar, me amenazó con no dejarme ver a mis hijos. Una amiga me dijo que pusiera una denuncia en la fiscalía, cuando fui no me ayudaron porque no tenía documentos, en el ayuntamiento me pusieron una multa, pero no pudieron hacer nada por mis hijos. Una mujer me recomendó que fuera al consejo de Montecristi, donde se atendían casos de mujeres y niños venezolanos. Pasé una semana yendo y viniendo, como no tenía dinero para los pasajes, caminaba tres horas todos los días".*
>
> Mujer migrante indígena venezolana, Ecuador (ACNUR y HIAS, 2022)

La burocracia del sistema sanitario tiene lugar durante las emergencias sanitarias (Perú - OPS, 2022). No hubo asistencia ante la falta de pago (Colombia, Perú). En Chile, las mujeres en estado avanzado de gestación tuvieron que caminar largas horas para llegar a establecimientos donde se les niega la atención por falta de documentación.

"Llegué al hospital con una orden que decía que el parto era urgente y que tenían que sacar al bebé rápidamente. Al entrar me pidieron documentos: SISBEN (régimen subsidiado de salud) y seguro médico y un depósito de 200 mil pesos para poder atenderme, si no, no lo hacían, di como 150 mil y con eso me atendieron y mi mamá simplemente hizo el depósito y mientras ella llenaba la información, me ingresaron a la sala de espera, aunque el documento decía que era urgente, no me atendieron hasta que no se hiciera el depósito".

Mujer migrante venezolana, Colombia (Mercado Romero, 2021)

"Una vez a mi nieto lo mordió un perro y lo llevaron al Hospital. Le preguntaron si tenía SIS. En ese tiempo recién se había inscrito en el SIS, le revisaron el SIS y le dijeron que solo servía para el servicio en el centro de salud. Y como el centro de salud sólo funciona de lunes a sábado, y creo que era domingo, le cobraron allí los puntos y todo. Ni siquiera urgencias, y era un niño de seis o siete años".

Migrante mayor venezolano, Perú (OPS, 2022)

"He tenido casos de familias que van a emergencia, y una consulta de emergencia cuesta 12 soles, que son entre 3 y 4 dólares. Si no tienes el dinero, no te atienden de emergencia, sólo te dan una consulta. Entonces, si necesitas una medicina, tienes que comprarla, y si estás hospitalizado, bueno, he tenido casos en que no dan de alta a la persona hasta que pague".

Mujer, organización de base, Perú (HelpAge, 2021)

"Tengo 35 semanas de embarazo, estoy en un campamento y no sé qué va a pasar, porque como soy de Ecuador no me quieren ayudar, entonces no me han ayudado ni me han dado ninguna solución. Hace aproximadamente dos meses pude hacerme un chequeo con el médico, pero también fue difícil porque dos veces tuve complicaciones para llegar a tiempo y luego no me aceptaron. Tuve que caminar toda la playa de Iquique hasta un Centro de Salud que queda muy lejos, la última vez caminamos cinco horas para llegar, y no me atendieron porque no tenía cédula provisoria y me dijeron que necesito cédula provisoria para recibir una buena atención, y así son las cosas."

Mujer migrante ecuatoriana, 20 años, Chile (Obach *et al*, 2022)

3.4.4 Información sobre los servicios sanitarios

La burocracia es difícil de navegar debido a las lagunas de información por parte de trabajadores y pacientes. Los trabajadores no conocen bien la normativa que regula el acceso de los migrantes a los servicios sanitarios. Un estudio sobre el acceso al tratamiento del VIH/SIDA para migrantes en Colombia demostró que los trabajadores públicos desconocían la normativa sobre el derecho de acceso a la asistencia sanitaria para migrantes y añadieron requisitos ilegales (Consejo Danés para los Refugiados, 2022b).

> *"Me da la impresión que hay una falta de información precisa en quienes tienen que ejecutar las políticas de salud, que son los funcionarios de salud del CESFAM. Creo que hay poca preparación del personal de salud para dar esta primera información; dan la primera respuesta que se les ocurre y si no quieren atender a los migrantes, no lo hacen".*
>
> Miembro de una organización de migrantes, Chile (Obach *et al.*, 2022)

Por parte de los migrantes, la falta de información y las percepciones erróneas son motivos habituales para no acudir a los servicios. A menudo, los migrantes no entienden el sistema sanitario. En los países donde el acceso es gratuito, desconocen la ausencia de costos para los pacientes, por lo que se abstienen de buscar asistencia sanitaria (Chile - Obach *et al.*, 2022; Chile - R4V, 2023a; República Dominicana - R4V, 2023a). En ocasiones, los migrantes creen que su situación irregular en el centro de salud puede dar lugar a su detención (Chile - R4V, 2023a).

Además de la falta de conocimientos sobre el acceso general a los servicios sanitarios, los migrantes suelen desconocer la existencia de servicios sanitarios específicos. En Canadá, los migrantes desconocían el papel de los médicos de familia en el tratamiento de las enfermedades mentales (Pandey, M., et al., 2022b). En Chile, el 64% de las mujeres desconocían los servicios disponibles en su ciudad para las sobrevivientes de la violencia de género (R4V, 2023a). En Colombia, la falta de información sobre su derecho al aborto fue la principal razón por la que las mujeres venezolanas no accedieron a este servicio (Quintero et al., 2023). En Perú, el 69% de las personas que vivían con el VIH no sabían dónde obtener asistencia en caso de emergencia (Consejo Danés para los Refugiados y SMJ, 2023) a pesar de que las ONG y las organizaciones de base ofrecían orientación, apoyo psicosocial y medicación gratuita.

> *"La información es necesaria. Nos hemos dado cuenta de que los extranjeros piensan que deben tener su DNI para acceder a la sanidad, y no es así. En atención primaria basta con el pasaporte. A veces los jóvenes enferman y pasa más de un año y no buscan atención porque no saben que tienen derecho".*
>
> Matrona, Chile (Obach *et al.*, 2022)

Se han creado varias plataformas -web y redes sociales- para informar a los migrantes sobre los servicios disponibles. Algunas de ellas ofrecen una comunicación bidireccional con respuesta garantizada en 24 horas. Teniendo en cuenta el número de migrantes en todo el continente, el número de seguidores en Facebook sigue siendo moderado: 13,000 para Info Palante en Colombia; 2,800 para InfoPa'lante en Ecuador; 10,000 para Cuéntanos Honduras; 13,000 para Cuéntanos Guatemala; 3,700 seguidores para InfoDigna México; 362 seguidores para ImportaMi USA. Las versiones web muestran información sanitaria bastante genérica, no específica del contexto local ni del acceso local a los servicios. Algunas plataformas van más allá de los países, pero se limitan a los puntos de servicio prestados por una organización o un consorcio de organizaciones, por ejemplo HIAS[1] o R4v safe spaces[2], respectivamente.

Suele ser complicado saber si la información que aparece en un sitio web está actualizada. Además, los sitios web no siempre están bien referenciados por Google. Una búsqueda en Google sobre los servicios sanitarios disponibles para los migrantes en un país concreto sitúa en primer lugar a las instituciones gubernamentales de migración o las páginas programáticas de los sitios web de las organizaciones humanitarias.

3.4.5 Atención culturalmente adecuada

La barrera cultural más recurrente es el idioma. Esto es más agudo para algunos orígenes de migrantes (haitianos o migrantes indígenas) o en algunos países de acogida (Brasil, Guyana, EE.UU. y Canadá).

> *"Allí es muy diferente (...) hay sitios especializados donde vas y puedes conseguir preservativo sin pagar, sin pasaporte, sin NIF, sin nada. Pero aquí es diferente... para conseguir preservativo hay que pedir cita con una partera, y entonces si la persona no habla español no va y se queda embarazada."*
>
> Mujer migrante haitiana, Chile (Carreño *et al.,* 2022)

En Brasil, 69% de los venezolanos en destino entienden bien o perfectamente el portugués (Moverse, 2022; todas las regiones menos Roraima; 2,000 participantes). Esta proporción es del 24% para los venezolanos en tránsito (Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios). En tres estudios sobre el acceso a los servicios de VIH/SIDA y sífilis para migrantes venezolanos/caribeños latinoamericanos, el idioma se identificó como una barrera (Brasil - Mocelin et al., 2023 y Kill Alvim *et al. 2023;* EE.UU. - Ramírez-Ortiz *et al.*,2021).

En Guyana, gracias a un programa de becas entre Guyana y Cuba, algunos médicos guyaneses hablan español y pudieron entender a los migrantes venezolanos hispanohablantes. Sin embargo, la comunicación con los nacionales indígenas venezolanos es mucho más difícil, ya que sólo el 8% de ellos habla español (OIM, 2023b; 4 regiones; 162 participantes).

En Canadá, los migrantes con limitaciones lingüísticas tenían más probabilidades de sufrir errores de medicación,

[1] https://app.mapahiaslac.org/
[2] https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-mapa-de-puntos-de-atencion-en-la-para-refugiados-y-migrantes-en-bogota-y https://espacios.r4v.info/es/map?utf8=%E2%9C%93&country_id=

retrasos en el diagnóstico y una atención subóptima (Pandey *et al.*, 2022a).

Aparte de las barreras lingüísticas, las **diferencias culturales pueden generar desconfianza y un sentimiento de incompetencia del sistema sanitario.** Es deseable mejorar la competencia cultural (Salami *et al.*, 2022). Por ejemplo, **algunos grupos de migrantes pueden tener expectativas en cuanto al sexo de los profesionales sanitarios**. Cuando no se cumplen, pueden tomar distancia con el sistema sanitario (Canadá - Pandey et al., 2022a).

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, un estudio realizado en Tijuana (México) entre migrantes en tránsito señala la heterogeneidad de los servicios ofrecidos a los migrantes. Se informó de un desajuste entre la gama de métodos anticonceptivos demandados y ofrecidos. Además, se identificó la orientación laica de los proveedores de servicios como un facilitador del acceso a la anticoncepción. (México - Llanez-Diaz et al., 2023*).* La preferencia por proveedores laicos en salud sexual y reproductiva se aplica en Colombia. En este país el acceso al aborto es un derecho. Al menos una organización religiosa humanitaria retuvo información y no remitió a las mujeres que expresaron su deseo de abortar a organizaciones cercanas que prestarían estos servicios a las mujeres migrantes sin costo alguno.

3.5 Barreras específicas de cada país

La tabla 37 presenta los resultados de las encuestas por país.

Tabla 37. Barreras por país

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Brasil	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: retraso en los servicios (70%); costo de los servicios (23%); falta de especialistas (21%); distancia (17%); falta de transporte (11%); barreras lingüísticas (9%); falta de información (8%). R4V, 2023d	
	Motivos por los que los venezolanos no acceden a la atención: otros (documentación, discriminación, mal servicio) (44%); ausencia del personal (19%); dificultad para conseguir cita (17%); horario de apertura (7%); restricción del COVID (5%); discriminación (3%); falta de suministro de medicamentos (2%); costo (2%); falta de acceso a la información (1%). Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención: otras (documentación, discriminación, mal servicio) (40%); ausencia del personal (16%); dificultad para conseguir cita (31%); horario de apertura (3%); restricción del COVID (2%); discriminación (1%); falta de suministro de medicamentos (4%); costo (1%); idioma (1%). Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Chile	Razones por las que los haitianos no acceden a la atención sanitaria: El 51% no pudo acudir en horario de apertura; el 46% experimentó barreras lingüísticas; el 39% estaba lejos de un centro de salud. Luengo Martínez *et al.,* 2021; Chillan; 41 haitianos	
Colombia	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: 56% no tenían documentación; 15% carecían de información; 15% estaban en trámite, 10% no tenían empleo formal; 3% estaban desempleados; 2% se sentían sanos; 2% consideraban que la atención era demasiado cara. DANE, 2023; 23 ciudades; 3,605 hogares de migrantes con más de 5 años de estancia	
	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: falta de dinero para pagar la consulta (9%); falta de dinero para pagar el tratamiento/medicina (4%); falta de dinero para pagar el transporte al centro de salud (4%); largos tiempos de espera (6%); ningún centro de salud cercano (4%). GIFMM, 2022; 13 regiones; 3,295 hogares	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: dificultad para obtener un seguro (40%), barreras económicas (24%), acceso al transporte (11%) y disponibilidad del servicio (11%). R4V, 2023a
Ecuador	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención: imposibilidad de recibir tratamiento o no ser atendido en los centros de salud que visitaron (43%); no disponibilidad de citas médicas (24%); falta de dinero para cubrir los gastos médicos especializados y de transporte relacionados (10%); falta de especialistas; medicamentos y/o equipos (6%); falta de conocimiento sobre el acceso a los servicios médicos (4%); presunción de no obtener atención (3%); y preferencia por la automedicación (2%); centro de salud cerrado (1%). GTRM, 2023; 23 provincias; 2,541 hogares	
	El 38% de las familias venezolanas consideraba que se enfrentaba a obstáculos para acceder a los servicios: El 58% mencionó que los médicos se habían negado a atenderles al menos una vez y el 24% no podía pagar la atención médica. IRC, 2022	

	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito
Perú	El 74% de los participantes venezolanos señalaron que existían obstáculos: costo (68%); situación migratoria (40%); negativa a prestar asistencia (10%); falta de medicamentos (4%); falta de personal (4%); falta de equipos (3%). Seis de los proveedores de servicios entrevistados señalaron que siempre, o a veces, tenían un médico disponible in situ para las consultas con los venezolanos. 23 informaron de que proporcionaban derivaciones médicas. IRC, 2021; Lima y Norte de Perú; 870 hogares; 31 proveedores de servicios de 35 organizaciones entrevistados.	
	Principales razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: falta de información (35%); documentación (34%); falta de dinero (15%); discriminación (8%); distancia (7%) Consejo Danés para Refugiados y SJM, 2023	
	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: se considera que el problema no es lo bastante grave (37%); falta de dinero (32%); carecer de seguro médico (19%); falta de tiempo (11%); automedicación (9%); largos tiempos de espera (4%). INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares	
Panamá	Razones por las que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: falta de dinero (27%); no tener seguro médico (18%); falta de información (16%); no disponer del servicio requerido (7%). ACNUR, 2022; 400 hogares	
Trinidad y Tobago	Motivos por los que los venezolanos no acceden a la atención sanitaria: falta de dinero (65%); rechazo por ser refugiado (24%); otros (21%), barreras lingüísticas (15%); rechazo porque el centro estaba lleno (4%); centro demasiado lejos (3%). ACNUR, 2023c; 12 regiones; 1,286 hogares.	

CAPÍTULO 4:
Calidad de los servicios sanitarios

4.1 Cumplimiento de los estándares de calidad

Todos los centros públicos y los proveedores de asistencia sanitaria deberían disponer de normas y procesos de calidad que cumplir. Para la mayoría de ellos, los migrantes representan una pequeña proporción de sus usuarios. Sólo algunas organizaciones humanitarias atienden exclusivamente a migrantes.

Esta revisión bibliográfica se centró en los migrantes. Rara vez se refería a la calidad de la asistencia sanitaria. Se centra más en la cobertura de los servicios. **Es muy raro encontrar indicadores cuantitativos de calidad. Los trabajos académicos tienden a analizar la calidad más en profundidad que la literatura gris.** La mayor parte del contenido sobre la calidad de la atención entre los migrantes gira en torno a la atención materna y la salud sexual y reproductiva. La mayoría de las conclusiones proceden de la investigación cualitativa.

En Colombia, Perú y Chile se han notificado brechas en la atención materna que han desembocado en violencia obstétrica entre las migrantes.

En Colombia, las mujeres migrantes embarazadas, independientemente de su estatus, tienen derecho a una atención integral relacionada con su embarazo y parto, incluidos los cuidados pre, intra y postnatales. Existen estándares clínicos, pero en la práctica no siempre se respetan los estándares legales ni las directrices clínicas. Varias mujeres que participaron en el estudio pasaron la mayor parte del parto en salas de espera en lugar de en salas de parto. Las mujeres y sus bebés reciben el alta demasiado pronto. Hay relatos de exámenes vaginales múltiples y no consentidos (Mercado Romero, 2021).

> *"Lo que no me gustó después fue que por la mañana temprano llegaron los alumnos y uno está adolorido y preguntaban y preguntaban. Se les dan explicaciones con uno mismo. No pueden hacerlo así! y hacen las mismas preguntas una y otra vez, eso estuvo muy mal, y encima los residentes, a quienes les faltaban como dos años, volvieron a repetir el tacto vaginal".*
>
> Mujer migrante venezolana (Mercado Romero, 2021)

En Perú, la investigación cualitativa con 13 mujeres que habían dado a luz recientemente en Perú señaló deficiencias en la calidad de la atención materna. Varias recordaron la insensibilidad y despreocupación del personal médico y de enfermería. Todas las madres se refirieron con disgusto a los exámenes vaginales sin consentimiento que a veces se realizaban delante de grupos o de estudiantes de medicina. Tres de ellas describieron que fueron sometidas a procedimientos de corte, drenaje y sutura sin anestesia. Existía el temor de que los bebés fueran robados e intercambiados en el hospital. Estas percepciones se ven alimentadas por la separación de la madre y el recién nacido en el hospital y la escasa información por parte del personal de salud.

> *"Lo único que molesta es el examen. Me hicieron ocho exámenes vaginales en menos de una hora. ¿Sabes lo que es realmente malo aquí? Cuando están los internos, todos y cada uno de ellos se ponían a mirar y es como si nunca hubieran visto una vagina venezolana, no sé. Y me decían: 'no, señora, hay que hacerlo otra vez', y me abrían otra vez, me tocaban otra vez y todos miraban ahí. "No debería ser, no debería ser"*
>
> Mujer migrante venezolana, Perú

> *Una madre dio a luz al amanecer. Hasta la noche nadie le dijo dónde estaba su bebé. Sólo se lo dieron después de que se quejara insistentemente a un médico de guardia "Reconocí a mi hijo porque lo saqué yo sola, lo alcé, me lo puse al pecho y lo amamanté. Y creo que, para una madre, esa cara no se olvida nunca. Cuando me trajeron a los dos bebés, y la enfermera tiene el descaro de preguntarme cuál de los dos es mi hijo, porque ninguno tenía la pulsera de identificación (...) Mi hijo nació con un lunar rojo, parecía una verruguita en la espalda. Levanté las camisetas de los dos bebés y conseguí identificarlo, automáticamente cuando vi el lunar dije 'este es mi bebé".*
>
> Mujer migrante venezolana, Perú

> *"Creo que el sistema de salud de Perú está muy fragmentado y no funciona como debería. Hablo desde mi experiencia: la atención fue pésima, de uno a diez, no le daría ni uno; es más, pedí un libro de quejas y no me lo quisieron dar en el hospital, me dijeron que no estaba el gerente, que no estaba el director, me pusieron muchas trabas. Casi me cambian a mi hijo. No atendieron bien el parto, me cosieron, negándome la anestesia. No me dolían las contracciones, no sentía ningún dolor, nada. Lloré y grité cuando sentí los ocho puntos. No puedo imaginar el tamaño del corte, pero eran ocho puntos y tres capas de piel".*
>
> Mujer migrante venezolana, Perú
>
> (OPS, 2022)

En Chile, testimonios de mujeres que dieron a luz dan cuenta de incumplimientos en los protocolos de control de infecciones y prevención, malos tratos y abusos. Prevalece una percepción generalizada entre los jóvenes migrantes de que la mujer puede sufrir violencia obstétrica por parte del personal de salud (Chile - Obach *et al.*, 2022).

"En la sala de urgencias del hospital, la tela que me dieron para cubrirme estaba manchada de sangre fresca de una mujer que había dado a luz, estaba llena de sangre, incluso era viscosa, como con mucosidad. Se lo dije a la doctora y me dijo que me lo volviera a poner, y rápido. Luego me examinó y me dijo que esperara sentada en el pasillo. Estuve sentada tres horas. Esto fue como un castigo, ocurrió cuando no tenía mi DNI. Ahora que tengo un documento provisional, me tratan un poco mejor".

Mujer migrante venezolana, 20 años, Chile

"Cuando fui a dar a luz a mi hija, me trataron mal, tenía 17 años entonces. La partera era muy dura, me dijo que si me había gustado hacer un bebé, tenía que aguantarme, y si hacía ruidos o gritaba, me hacían callar. . . Creo que fue sobre todo por mi edad y porque eran racistas".

Mujer migrante ecuatoriana, 24 años, Chile

"Ahora con el embarazo me han dicho que tengo que ser muy fuerte porque aquí en Chile le dicen cosas muy feas a las mujeres".

Mujer migrante colombiana, 21 años, Chile

(Obach *et al.*, 2022)

En el campo de la nutrición, en Honduras, los menores que sufrían desnutrición aguda recibían un tratamiento deficiente por parte de las organizaciones humanitarias. Normalmente, un tratamiento dura entre 8 y 10 semanas y requiere varias unidades de alimentos terapéuticos listos para usar al día. Los menores sólo recibieron una unidad y fueron contabilizados como beneficiarios. El tránsito plantea serios problemas para la continuidad del tratamiento. No obstante, hay que encontrar un equilibrio entre la calidad y la cobertura de la intervención.

4.2 Satisfacción de los usuarios

En contraste con testimonios anteriores sobre atención materna, algunas mujeres migrantes que dieron a luz en países de acogida tuvieron experiencias muy satisfactorias (Colombia - Mercado Romero, 2021; Chile - Obach *et al.*, 2022). Informaron de una atención humanizada y gratuita.

Las radicales variaciones con respecto a las experiencias de las relaciones proveedor-paciente en la atención materna

"Bueno, a mí me fue bien e incluso me siento muy agradecida por no haber tenido que pagar nada durante toda mi estancia en el hospital".

Mujer migrante venezolana, Colombia (Mercado Romero, 2021)

"Me trataron de maravilla. Incluso me pusieron anestesia. Recuerdo mucho a esa doctora; me trató muy bien, todo fue bien. Así que quizá no todos sean malos".

Mujer migrante venezolana, Chile (Obach *et al.*, 2022)

"Estaban muy atentos por la taquicardia, y yo no sentía la mitad de mi cuerpo, así que me preguntaban todo el tiempo cómo me sentía, estaban muy pendientes de mí y de otras dos mujeres que también estaban ahí, si tenía que ir al baño siempre me acompañaban, siempre estaban ahí a la hora que me tenía que bañar y comer."

Mujer migrante venezolana, Colombia (Mercado Romero, 2021)

"Se aprecia la calidad de la atención. En Haití, las revisiones sólo se hacen con un ginecólogo... si no hay complicación, no hay consulta con otras especialidades (...) aquí, ven a comadronas, a un dentista y también a un nutricionista, a un trabajador social... en Haití no".

Mujer migrante haitiana, Chile (Carreño *et al.*, 2022)

ponen de manifiesto que la calidad de la experiencia depende en gran medida del personal sanitario encargado o quizás de la institución sanitaria. En este sentido, los procesos nacionales de calidad adolecen de graves deficiencias: no se aplican los estándares de calidad. Un estudio realizado en Colombia sugiere que la escasez de personal y la insuficiente remuneración del personal sanitario son algunas de las razones que explican la violencia obstétrica (Mercado Romero, 2021).

En Lima, Perú, los migrantes apreciaron la calidad de la atención en los hospitales especializados destacando el buen trato y el personal calificado. Asimismo, hubo un alto nivel de satisfacción con respecto al programa de crecimiento y desarrollo infantil (OPS, 2022).

"En el centro de salud atienden muy bien, cuando llevé a mis hijos pequeños los revisaron. Ellos mismos te preguntan si ya los revisaron y te dicen qué vacunas les faltan. Descartan anemia y desparasitan".

Mujer migrante venezolana, Perú (OPS, 2022)

CAPÍTULO 5:
Entorno favorable

5.1 Legislación/Políticas

El derecho a la asistencia sanitaria es universal y está plasmado como tal en muchas constituciones de la región. En la práctica, los sistemas sanitarios de las Américas y el Caribe no son tan generosos con los migrantes irregulares. **Según la bibliografía revisada, Argentina, Brasil, Ecuador, Uruguay, Nicaragua, República Dominicana y Trinidad y Tobago conceden acceso gratuito tanto a la atención sanitaria común como a la de urgencia. Algunos de los países sólo conceden acceso a la atención de urgencia (Chile, Colombia, Paraguay, México y EE.UU.) y otros sólo atienden a las poblaciones vulnerables: mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años (Bolivia, Perú, Costa Rica, Guatemala y Panamá)** (Tabla 38).

Tabla 38. Acceso a la atención sanitaria de los migrantes en situación irregular

		Acceso a asistencia sanitaria de urgencia y común	Acceso sólo a la asistencia sanitaria de urgencia	Acceso a la atención sanitaria para mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años.	Texto legal
América del Sur	Argentina	Sí			Ley 25,871
	Bolivia	No	No	Sí (Las mujeres también pueden acceder a la salud sexual y reproductiva)	
	Brasil	Sí			*Nueva Ley de Migración en* Brasil 2017
	Chile	No	Sí		Circular A 15 nº 4; Carta circular 6232
	Colombia	No	Sí	Sí	Decreto 1288 (2018); Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-760/08; T -210/18; T-348/18 sustituida por T-025/19; T179/19; T-452/19; T246/20; T-496/20; T-517/20.

		Acceso a asistencia sanitaria de urgencia y común	Acceso sólo a la asistencia sanitaria de urgencia	Acceso a la atención sanitaria para mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años.	Texto legal
	Ecuador	Sí			Art. 3, 9, 43 y 362 de la Constitución; art 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana
	Guyana	Sí			
	Paraguay	No	Sí		
	Perú	No		Sí	Decreto legislativo 1350
	Uruguay	Sí			Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud 2007; Ley de Migración 2007; Decreto 394/009
Centro América	Costa Rica	No		Sí	Directriz No 057.2017; Decreto de la Caja Costarricense de la Caja de Seguro Social para el aseguramiento temporal de refugiados, solicitantes de refugio y migrantes en condición de extrema vulnerabilidad como niñas, niños y embarazadas
	Guatemala			Sí (Las mujeres también pueden acceder a la salud sexual y reproductiva)	Decreto 44/2016
	Honduras				Vacío legal
	Nicaragua	Sí			
	Panamá	No		Sí	Art 109 y 110 Constitución Art 5 Código Sanitario
Caribe	Aruba	No	No		
	Curasao	No	No		
	República Dominicana	Sí			Caso de Nadege Dorzema y otros. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251
	Trinidad y Tobago	Sí			

		Acceso a asistencia sanitaria de urgencia y común	Acceso sólo a la asistencia sanitaria de urgencia	Acceso a la atención sanitaria para mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años.	Texto legal
Norteamérica	Canadá	No	Sí, sólo en Ontario y Quebec		Programa Federal de Salud Provisional
	México	Sí		Sí (Las mujeres también pueden acceder a la salud sexual y reproductiva)	Ley de migración, artículo 8. Reforma a la Ley General de Salud 2019 Plan Integral de Atención Sanitaria a la Población Inmigrante (PIASM)
	EE.UU.	No	Sí	No	Ley de Responsabilidad Personal y Reconciliación de Oportunidades Laborales de 1996 Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo Activo (EMTALA)

5.2 Presupuesto/gastos

5.2.1 Costos previstos y reales por persona de las intervenciones sanitarias, nutricionales y contra la violencia de género

Para el año 2022, la plataforma R4V informó sobre el costo previsto y el costo real de las intervenciones en diferentes sectores, incluidos la sanidad, la nutrición y la violencia de género (Tabla 39).

En el caso de salud, el costo global presupuestado por persona (85 USD) es casi el doble del costo real por persona (48 USD). Todos los países/subregiones excepto el Cono Sur tienen un costo real inferior al presupuestado. El rango de costos previstos y costos reales por persona es amplio: 63 -478 USD y 9 – 328 USD respectivamente.

En el caso de la nutrición, a diferencia de la salud, la cantidad presupuestada por persona es casi la mitad del costo real (46 USD frente a 81 USD). En Perú y el Caribe, las intervenciones resultaron entre 4 y 5 veces más caras de lo presupuestado. Al igual que en el caso de la salud, los rangos son amplios: 28 – 268 USD/persona presupuestados frente a 22 - 1,408 USD/persona.

La violencia de género sigue el patrón observado en nutrición, con un costo medio presupuestado de 86 USD y un costo real de 148 USD. La mayoría de los países superaron su presupuesto por persona. De nuevo, se observan rangos muy amplios: 51 - 677 USD/persona en costos presupuestados comparado a 5 - 24,581 USD/persona en costos reales.

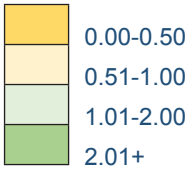
Hay dos cifras muy llamativas: 1,408 USD por persona alcanzada en el Caribe para nutrición y 24,581 USD por

persona alcanzada en Centroamérica y México para violencia de género. Pueden producirse errores en los informes, especialmente cuando los datos se consolidan a partir de múltiples actores.

Este análisis es útil desde la perspectiva de los donantes. Sin embargo, es una tarea incómoda interpretar estos datos en ausencia de información adicional sobre la naturaleza y el éxito de las intervenciones. Por ejemplo, ¿un costo real individual muy bajo debe interpretarse como una intervención de muy alta eficacia, de mala calidad o resultado de un buen acceso a servicios públicos gratuitos? Es importante recordar que R4V informa sobre los logros de la plataforma y deja de lado las importantes contribuciones de los gobiernos nacionales a la asistencia sanitaria a los migrantes. Además, no todos los socios informan a la plataforma R4V de todas las actividades relacionadas con la migración, ya que algunas de sus actividades están financiadas por otros donantes.

Tabla 39. Presupuesto y análisis de costos de las intervenciones de R4V en tres sectores (R4V, 2022a)

	Salud			Nutrición			GBV		
	Costo proyectado por persona	Costo real por persona	Costo real / costo proyectado	Costo proyectado por persona	Costo real por persona	Costo real / costo proyectado	Costo proyectado por persona	Costo real por persona	Costo real / costo proyectado
Total	**85**	**48**	**0.57**	**46**	**81**	**1.77**	**86**	**148**	**1.71**
Brasil	191	9	0.05	144	70	0.49	96	5	0.06
Chile	478	9	0.02						
Colombia	76	51	0.67	35	22	0.65	52	213	4.13
Ecuador	78	30	0.38	70			51	134	2.64
Peru	63	23	0.37	28	140	4.93	205	37	0.18
Caribe*	177	178	1.00	268	1408	5.25	334	321	0.96
Centro América y México	210	45	0.21				597	24,581	41.19
Cono Sur***	178	328	1.84	35			677	6	0.01



*El Caribe incluye Aruba, Curaçao, República Dominicana, Guyana, Trinidad y Tobago
**Centroamérica incluye Costa Rica y Panamá
*** El Cono Sur incluye Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.

5.2.2 Corrupción

En la bibliografía revisada, había algunos informes sobre corrupción. La **corrupción se producía a distintos niveles.**

En Honduras, varios actores se refirieron a un sistema de salud colapsado, incapaz de responder a una demanda alta y creciente, con un número limitado de centros de salud, escasez de personal, equipos, medicamentos y otros suministros. Un informante clave planteó que la **falta de recursos del sistema de seguridad social se debe en parte a la corrupción** (HelpAge, 2021).

La corrupción también se da a nivel del centro de salud para conseguir que el personal sanitario realice las tareas que son sus obligaciones. En Perú, los menores de 5 años, independientemente de su condición, tienen derecho a la atención sanitaria. Sin embargo, en el siguiente relato, la madre tuvo que pagar al personal sanitario para que registraran al niño. Otros relatos de Perú dan testimonio de **profesionales del sector sanitario público que derivan pacientes a su propia consulta privada** (OPS, 2022). En Chile, se cobran **honorarios irregulares a los migrantes (Obach *et al.*, 2022).**

> *"Viviendo en San Juan de Lurigancho, tuve que venir a vacunarlo aquí en La Victoria, porque le pagué a la chica de admisión cincuenta soles para que abra una ficha médica y le ponga las vacunas a mi hijo."*
>
> Mujer migrante venezolana, Perú (OPS, 2022)

> *"El médico que me atendía en el hospital me dijo 'puedes hacerte unos exámenes, puedes ir a cierto laboratorio, es más seguro', como si me estuviera vendiendo un paquete. Y cuando tuve el problema de que no encontraba quien me cambiara el catéter, me dijo 'mira, llama a mi secretaria', cuando llamé a la secretaria lo primero que tuve que depositar fueron ochenta soles".*
>
> Migrante mayor venezolano, Perú (OPS, 2022)

> *"Entré con mi pasaporte, tuve que pagar. En aquel momento no sabía que la atención debía ser gratuita, y tenía miedo de que me devolvieran a mi país [me deportaran]. En el centro de salud no te dicen que es gratuito. Te atienden y ya está, no te dan esa opción ni ese conocimiento básico. Ahora tengo más conocimientos".*
>
> Mujeres migrantes ecuatorianas, 19 años, Chile (Obach *et al.*, 2022)

5.3 Gestión/coordinación

Existen varios mecanismos de coordinación en respuesta a la migración en todo el continente.

Establecido en 2017, **el MIRPS (Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones/*Comprehensive Regional Framework for Protection and Solutions*)** es una respuesta liderada por el gobierno para una coordinación y respuesta regional y nacional al desplazamiento forzado en América Central y México. Belice, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, México y Panamá son miembros del marco.

Desde 2018, **el Proceso de Quito** es una iniciativa gubernamental que reúne a 13 países para intercambiar experiencias y desarrollar una respuesta regional a la crisis de refugiados y migrantes venezolanos. Los países miembros son: México, Costa Rica, Panamá, Guyana, República Dominicana, Colombia, Ecuador, Perú, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina. El Proceso de Quito aborda dos áreas de trabajo relacionadas con la salud: COVID-19 y VIH/SIDA.

La R4V es una plataforma multisectorial de coordinación creada para coordinar la respuesta a la crisis venezolana, liderada por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y la Organización Internacional para las Migraciones. Establecida en 2018, reúne a 200 organizaciones de diverso tipo -agencias de la ONU, sociedad civil, organización religiosa, ONG y otras- en 17 países de América Latina y el Caribe (México, Costa Rica, Panamá, Aruba, Curazao, Trinidad y Tobago, República Dominicana, Guyana, Colombia, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay). A escala nacional, los socios trabajan para producir información estratégica, planificar, ejecutar e informar para evitar duplicaciones y solapamientos. A pesar de estos esfuerzos, una visita a la plataforma no permite a los responsables de los programas y/o a los migrantes comprender fácilmente quién hace qué, dónde, cuándo y para quién. Los socios de R4V están limitados por los intereses y prioridades de los donantes, la financiación a corto plazo, la elegibilidad de los beneficiarios y otras limitaciones. La asistencia multisectorial ofrecida a los migrantes por los socios de R4V está fragmentada y es difícil mantenerla actualizada.

Aunque la participación de funcionarios gubernamentales en las reuniones de coordinación es frecuente, **las importantes contribuciones de los gobiernos nacionales no se incluyen en la plataforma R4V.** La brecha entre algunos mecanismos de coordinación y el sector público es notable en múltiples plataformas que pretenden informar a los migrantes o a los responsables de programas sobre la disponibilidad de servicios[3]. En ellas no aparecen los servicios gubernamentales: asistencia sanitaria, líneas de ayuda para la salud mental, servicios para la violencia de género, entre otros.

5.4 Normas sociales: la discriminación

Una norma social relevante para este estudio es la discriminación. **La xenofobia general y la discriminación hacia los migrantes prevalentes en la sociedad se expresan en el sector sanitario a través de los proveedores de servicios, el personal administrativo, los guardias, etc., que abusan de su poder.** La literatura

[3] *Cuéntanos Honduras Guatemala El Salvador; InfoDigna México; Info palante Ecuador y Colombia*; GIFMM Colombia 4W; ImportaMi USA incluye servicios gubernamentales en su cartografía.

revisada menciona la discriminación en los países de América del Sur y del Norte y en la mayoría de los países de América Central. La literatura sobre el Caribe es más escasa.

Las encuestas que figuran a continuación cuantificaron la experiencia venezolana de discriminación general o específica del sector sanitario (Tabla 40).

Tabla 40. Discriminación general y específica del sector sanitario

	Migrantes venezolanos en destino	Migrantes venezolanos en tránsito
Brasil	El **26%** declaró haber sido víctima de discriminación. Moverse, 2022; todas las regiones excepto Roraima; 2,000 participantes	El **20%** declaró haber sido víctima de discriminación. Moverse, 2022; Roraima; 682 participantes de refugios
Colombia	El **47%** experimentó estigma/discriminación varias veces al año o más. El 90% creía que la estigmatización y la discriminación se debían a su situación migratoria. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes	
Ecuador	El **58%** mencionó que los médicos se habían negado a asistirles al menos una vez. IRC, 2022	
Perú	El **18% de** los venezolanos identificaron actos de discriminación y xenofobia como obstáculos para acceder al seguro médico o recibir atención sanitaria. GTRM, 2022; Lima, Tacna, Trujillo, Tumbes: 255 participantes	
	El **61%** se sintió discriminado. El **22%** declaró haber sido discriminado en centros sanitarios. OPS, 2022; Lima; 426 hogares	
	El **28%** sufrió discriminación y xenofobia**.** CAPS, 2022; Lima y Tumbes; 300 participantes	

Los actos de discriminación contra los migrantes en los centros de salud siguen un gradiente. La forma más directa de discriminación es el maltrato por parte del personal sanitario con referencias al origen de los pacientes. Estudios realizados en Perú y Chile revelaron que las mujeres jóvenes eran con especial frecuencia víctimas de esta discriminación directa y experimentaban fuertes juicios sobre su comportamiento sexual (Chile - Obach *et al.*; 2022 Perú - OPS, 2022). La violencia obstétrica también puede ser una expresión de discriminación (ver la sección 4.1 sobre el cumplimiento de los estándares de calidad).

> *"Fui al hospital con dolor, me dijeron que sólo tenía el saco sin bebé, que me lo tenían que sacar. Y recuerdo, nunca lo olvidaré, que una enfermera dijo 'ay, tan joven... esta venezolana de mierda abortando'. Lo que no sabían es que llevaba dos años intentando quedarme embarazada y no podía, y no era un bebé, sólo el saco. Y me tuvieron dos días y perdía mucha sangre, y que tenía que esperar, que había prioridades".*
>
> Mujer migrante venezolana, Perú (OPS, 2022)

> *"El trato fue horrible, porque él vino y me preguntó si yo era de Venezuela, obviamente le dije que sí y entonces empezó a hablar mal de todos los venezolanos que le estábamos quitando el trabajo a los colombianos, que habíamos venido a desplazarlos y todas esas cosas, que si yo estaba embarazada por qué no me quedaba en mi país, se supone que él es un profesional y fue bastante grosero."*
>
> Mujer migrante venezolana, Colombia (Mercado Romero, 2021)

En el otro extremo del gradiente, las formas sutiles de discriminación consisten en la denegación de atención alegando diversas excusas o inventando requisitos o la negativa a facilitar información. Pueden ser difíciles de detectar. Según un estudio realizado en Ecuador, el 38% de las familias venezolanas consideraban que se enfrentaban a barreras para acceder a los servicios. El 58% de ellas mencionó que los médicos se habían negado a atenderlas al menos una vez (IRC, 2022).

> *"Se les ha negado atención de emergencia inmediata. Muchos venezolanos han muerto buscando ayuda. El acceso a un hospital no lo deciden necesariamente los médicos, las enfermeras o el director. El acceso lo decide el personal de las empresas de seguridad privada que discrimina a los venezolanos y no les permite entrar. Por eso es un problema recibir atención médica en un hospital".*
>
> Hombre, entidad pública nacional, Ecuador (HelpAge, 2021)

Entre los malos tratos y las formas sutiles de discriminación, hay una serie de prácticas discriminatorias, como mantener a los migrantes más tiempo en la fila y reprogramar sucesivamente las citas.

Conclusión

Perfil epidemiológico y cobertura de los servicios

El estado nutricional de los migrantes es deficiente. Mientras que los menores sufren sobre todo de bajo peso, los adultos y los mayores padecen sobrepeso y obesidad. **Según las clasificaciones internacionales, en función de las encuestas y los países, el nivel de desnutrición aguda en las niñas y los niños migrantes menores de 5 años va de bajo a muy alto. En cuanto a la desnutrición crónica, va de moderada a alta.** En cambio, más de la mitad de los adultos y una gran mayoría de los ancianos tenían sobrepeso o eran obesos. En cuanto a la anemia, el 18-36% de los menores de 5 años y el 32-37% de las mujeres embarazadas padecían anemia moderada o grave. **El estado nutricional es un problema en todo el continente, tanto para las comunidades migrantes como para las de acogida.** En Centro América y Sur América, el porcentaje de personas que necesitan intervenciones nutricionales es constante en ambas zonas. En Colombia, no hay disparidad evidente entre el estado nutricional de la comunidad migrante y la de acogida.

La respuesta a la malnutrición se queda corta. Las intervenciones nutricionales más comunes entre los migrantes menores de 5 años fueron: evaluación nutricional (42-57%), desparasitación (21-36%), micronutrientes (12-30%). Parece haber una marcada preferencia por las actividades rápidas, puntuales y de bajo costo. Las actividades más complejas, longitudinales y costosas, como la gestión de la desnutrición aguda tuvieron una cobertura extremadamente baja (1-4%). En el caso de las mujeres embarazadas, sólo el 60% de las venezolanas y colombianas tomaban un suplemento de hierro. **Lograr un estado nutricional óptimo entre las mujeres embarazadas y los menores es una estrategia de prevención clave para reducir la vulnerabilidad a las enfermedades agudas y crónicas, además de otros beneficios.**

La situación de la salud materna y sexual y reproductiva de la población migrante es muy preocupante. Con respecto a la salud materna, un análisis de la razón de mortalidad materna en Colombia y Brasil sugiere que la **mortalidad entre los migrantes es el doble de la razón de mortalidad materna nacional.** En Colombia, en 2022, se registraron cada semana 73 eventos de notificación obligatoria de morbilidad materna extrema. La **violencia obstétrica se ha documentado en varios países.** En cuanto a la salud sexual y reproductiva, **uno de cada diez embarazos en la población migrante venezolana fue de una niña.** Una encuesta realizada en Brasil revela que aproximadamente **2 de cada 3 mujeres migrantes embarazadas no querían estarlo**. Cuatro análisis de datos o estudios relacionados con las infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis, herpes (VHS-2)) mostraron que **la prevalencia entre los migrantes era aproximadamente el doble de la prevalencia nacional. En Colombia y Perú, la cobertura del tratamiento del VIH entre los migrantes era de aproximadamente el 38% y el 50%.**

No se identificó ningún estudio sobre otras enfermedades infecciosas entre los migrantes. Los

datos de vigilancia en Colombia sugieren una propagación continua del dengue, la malaria, la varicela y la tuberculosis.

La carga de enfermedades crónicas es considerable y sólo una parte de los pacientes recibe tratamiento con la frecuencia requerida. Entre el 62% y el 78% de los migrantes venezolanos mayores de 60 años padecían una enfermedad crónica. La proporción hallada fue del 13-15% entre los adultos, del 8% entre los menores en edad escolar y del 4% entre los menores de 5 años. En Perú, sólo entre el 22% y el 39% de la población migrante adulta venezolana con enfermedades crónicas recibía tratamiento con la frecuencia requerida.

La discapacidad afectaba al 16%-66% de los migrantes mayores y al 2-26% de los migrantes adultos. No se encontró información sobre intervenciones para abordar la discapacidad.

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población inmigrante: entre el 21% y el 90% de los adultos sufren ansiedad y/o depresión de moderada a alta, y entre el 18% y el 56% de las personas mayores presentan problemas de salud mental. Las niñas, los niños y los adolescentes también se ven afectados, aunque no se encontraron orden de magnitud en estas categorías de edad. **No se encontró información sobre la cobertura de las enfermedades mentales ni sobre la descripción de los tratamientos. Muchos países están mal preparados para afrontar esta problemática.**

La violencia forma parte de la migración. Los migrantes están expuestos a diversos tipos de violencia: física, psicológica, sexual. Entre los hombres y mujeres migrantes en tránsito, alrededor del 13-18% habían sufrido violencia. Esta proporción era del 5-13% entre los migrantes asentados.

Los migrantes desplazados presentaban afecciones propias de su desplazamiento, como heridas, deshidratación, lesiones articulares, insolación.

Se pasa por alto a la población migrante mayor de edad. Aparte de un par de informes, no se describen sus necesidades específicas.

Necesidades expresadas de asistencia sanitaria

Entre los migrantes en tránsito, la necesidad de asistencia sanitaria era elevada (59-69%). La mayoría necesitaba un médico generalista. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, entre el 6 y el 41% tenían necesidades. Las principales necesidades eran la anticoncepción, la prevención y el tratamiento de las ITS y la atención materna.

Entre los migrantes en destino, las necesidades de asistencia sanitaria eran considerables (23-74%). El porcentaje variaba en función del país y del periodo considerado. El tipo de atención más necesitado era un médico generalista. Otros tipos de atención requeridos fueron la atención materna y pediátrica, exámenes y pruebas, medicamentos, gestión de enfermedades crónicas y atención especializada, salud mental. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, entre el 22% y el 36% de los migrantes en destino necesitaron estos servicios.

Mientras que los migrantes en tránsito necesitan atención sanitaria humanitaria, los migrantes en destino necesitan integrarse en el sistema sanitario para acceder a una gama más amplia de servicios de salud.

Sistemas nacionales de salud

La respuesta a las necesidades sanitarias de los migrantes depende en gran medida de los sistemas sanitarios nacionales. El análisis de la búsqueda de atención sanitaria de los migrantes muestra que éstos tienden a acudir en primer lugar a los centros de salud y hospitales públicos. Se constató que el alcance de la asistencia sanitaria proporcionada por las organizaciones humanitarias era limitado. Por ejemplo, en Colombia, el país con mayor número de migrantes venezolanos, alrededor del 17% de los migrantes en destino accedieron a algún tipo de servicio humanitario (multisectorial). En el caso de los migrantes en tránsito a punto de cruzar la selva del Darién, el 16% había recibido atención sanitaria humanitaria.

Según la bibliografía revisada, Argentina, Brasil, Ecuador, Uruguay, Nicaragua, República Dominicana y Trinidad y Tobago conceden acceso gratuito a la atención regular y de urgencia a los migrantes irregulares (acceso universal). Otros países sólo conceden acceso a la atención de urgencia (Chile, Colombia, Paraguay, México y EE.UU.) y algunos sólo atienden a poblaciones vulnerables: mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años (Bolivia, Perú, Costa Rica, Guatemala y Panamá).

La situación irregular o la falta de documentación de los migrantes es uno de los principales obstáculos para acceder a la atención sanitaria: se les niega el acceso a los seguros nacionales de enfermedad porque no cumplen los criterios de elegibilidad; los profesionales del sector sanitario utilizan la ausencia de documentos/seguros para negar la atención incluso a pacientes en situación de riesgo vital; en los países donde tienen acceso a la atención sanitaria independientemente de su situación, los migrantes suelen tener la percepción errónea de que no tienen derecho a los servicios y temen ser deportados.

En la región, más de uno de cada tres refugiados y migrantes se encuentra en situación irregular.

La falta de capacidad y cobertura de los sistemas sanitarios nacionales es un gran obstáculo para la asistencia sanitaria. Es un obstáculo para los migrantes y también para la población de los países de acogida. Las infraestructuras son insuficientes: los centros de salud y hospitales urbanos están colapsados, las zonas rurales carecen de servicios, las instalaciones carecen de agua corriente. Hay informes de escasez y desabastecimiento de productos e insumos esenciales en muchos países. A los pacientes no les queda más remedio que abastecerse de medicamentos y suministros médicos básicos como gastos de bolsillo propio. En **cuanto al personal sanitario, cerca de la mitad de los países de la región están por debajo de la densidad mínima** para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fijada en 4.45 profesionales de enfermería, partería y medicina por cada 1,000 habitantes. **De Canadá a Chile, la oportunidad de la atención sanitaria es un reto importante, con falta de disponibilidad de asistencia, retrasos considerables y una pesada burocracia calificada por los usuarios como "inhumana"**. Los usuarios se sienten abrumados y "*peloteados*" en medio de múltiples procedimientos y referencias, lo que erosiona la confianza en el sistema sanitario.

Los sistemas sanitarios están sometidos a una fuerte presión para responder a las necesidades de su propia población y de la inmigrante. En Honduras, hay tal exceso de demanda sobre la oferta que las organizaciones humanitarias hicieron múltiples llamamientos en 2023 a la solidaridad internacional. En Guatemala, el estado nutricional de los menores es peor que el de los migrantes. Uno de cada dos menores sufre desnutrición. El país tiene la tercera tasa más alta de desnutrición crónica, a nivel mundial.

Calidad de la asistencia sanitaria

Se han descrito diversos incumplimientos de la calidad: no respeto de las normas clínicas y de los protocolos de prevención y control de infecciones; tratamiento incompleto no alineado con las recomendaciones basadas en la evidencia; procedimientos médicos no consentidos; trato discriminatorio y degradante; violencia obstétrica y retrasos perjudiciales.

Por otra parte, la **búsqueda de mejores servicios sanitarios en los países de acogida es una motivación para la migración**, especialmente para la población con necesidades sanitarias más intensas, como las embarazadas, las adolescentes, las mujeres y las personas mayores. Algunos migrantes ofrecen testimonios elogiosos de su experiencia.

Una observación crucial que se desprende del examen de los informes de las organizaciones y plataformas es la ausencia de indicadores sobre la calidad de la asistencia sanitaria. La mayoría de los indicadores se refieren a la cobertura. Posiblemente, esto se deba en parte a los retos de seguimiento que plantea el dinamismo de las poblaciones. Sin embargo, se podrían utilizar encuestas sencillas de satisfacción para algunas de las actividades. En cuanto a los tratamientos a medio y largo plazo necesarios para enfermedades crónicas, malnutrición, salud mental, etc., es necesario reflexionar sobre si es preferible la primera fase de un tratamiento a medio o largo plazo, medible y con un impacto mínimo, en lugar de intervenciones más audaces y multisectoriales, más eficaces, pero con un alto riesgo de que no se realicen mediciones rutinarias, ya que los migrantes reanudarán su viaje con algo más que una dosis inicial de sus tratamientos. La segunda opción requerirá más recursos financieros. Como el análisis de costos de este informe revela unos costos por persona muy elevados, un costo unitario más alto puede no ser una limitación importante. Puede justificarse por el hecho de que las intervenciones sean de mayor calidad.

También se observaron importantes problemas de calidad en la información estratégica presentada en la literatura gris sobre salud y migrantes. Algunos ejemplos son: las cifras no están bien transcritas de su fuente original; las preguntas de las encuestas y sus respuestas de la fuente original se malinterpretan para magnificar un problema; hay desajustes entre la narrativa y las cifras; las afirmaciones no están respaldadas por los datos presentados. Desde un punto de vista metodológico, una deficiencia en el análisis de la atención materna es la concentración en la atención prenatal y el silencio sobre indicadores críticos como la cobertura de la asistencia cualificada en el parto y la atención posnatal. Es bien sabido que la mayoría de las muertes maternas se producen en los periodos intra y postparto. Para la salud mental, el uso de herramientas de medición estandarizadas produciría datos más significativos y comparables.

Respuesta multisectorial e integrada

Es importante reiterar que parte de la prevención y las soluciones a muchas de las afecciones sanitarias observadas se encuentran fuera del sector sanitario. Las malas prácticas de agua y saneamiento debidas a la escasez de recursos provocaron diarreas. Algunas de las afecciones mentales pueden resolverse mediante asistencia no sanitaria. El estado nutricional depende en gran medida de los medios de subsistencia. Los migrantes tienen necesidades concomitantes. Se logrará un mayor impacto mediante una respuesta más integrada y multisectorial.

"Vemos muchos casos, personas agresivas, sin autocontrol. En la atención de la niñez también podemos manejar mucho estrés, mucha ansiedad, y tratamos de comprender pero también de cuidarnos a nosotras mismas".

Scarlet Chirinos, psicóloga, Cruz Roja Hondureña (Danlí, Honduras, 2023)

"Lo que a nosotras nos ha impactado más es recibir a bebés tan chiquitos de días, de meses; a niñas y niños que no saben ni hablar. Les recibimos en el centro y les damos ese trato amoroso que se merecen hasta que los entregamos al familiar que les espera".

Gabriela Oviedo, Cruz Roja Hondureña (Honduras, 2023)

"Pasé siete días rindiendo una botella que compré antes de iniciar el camino (...)No se puede subir las montañas de Darién sin beber agua".

Adiel, Haitiana (Darién, Panama, 2021)

"Llegar a Panamá fue uno de los momentos más felices de mi vida, es muy duro porque tuve que luchar por ella. La Cruz Roja fue la primera en ayudarnos y para mí fue una bendición. Persiguiendo nuestro sueño de una vida mejor, lo perdimos todo. Así que tres comidas al día, jabón, una toalla, un baño, poder hablar con alguien o que te atiendan, eso lo significa todo".

Francis, Sierraleonés (Darién, Panama, 2023)

"Todos los días del año salimos en el racer a buscar migrantes que requieran auxilio. Aunque hay zonas aún más áridas, aquí en Nogales durante el verano las temperaturas son extremas y son comunes los golpes de calor, las deshidrataciones y las picaduras de animales...pero en invierno el desierto también es una amenaza mortal" .

Lupita González, socorrista médica, Cruz Roja Mexicana (Nogales, México, 2023)

grafía

Literatura académica

Ariza-Abril, J. S. *et al.* (2020) "Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana", *Revista Salud de la Universidad Industrial de Santander*, 52(4). https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020006

Berenzon Gorn, S. *et al.* (2023) 'Anxiety among Central American Migrants in Mexico: A Cumulative Vulnerability', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6). https://doi.org/10.3390/ijerph20064899

Carreño, A. *et al.* (2022) 'Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo'. *Castalia - Revista De Psicología De La Academia*, (38). https://doi.org/10.25074/07198051.38.2276

de Onis, M. *et al.* (2019) 'Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years', *Public Health Nutrition*, 22(1). https://doi.org/10.1017/S1368980018002434

Kill Alvim, F. *et al.* (2023) 'Enfrentamento de HIV/aids e sífilis em mulheres venezuelanas migrantes na perspectiva de gestores de saúde no Norte do Brasil' *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.83

Letona, P. *et al.* (2023) Salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas migrantes del Triángulo Norte de Centroamérica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.59

Llanes-Díaz, N. *et al.* (2023) Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2023.v47/e56/

Luengo Martinez, C. *et al.* (2021) 'Acceso y conocimiento de migrantes haitianos sobre la Atención Primaria de Salud chilena', *Benessere. Revista De Enfermería*, 5(1). https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2719.

Machado, S. *et al.* (2021) 'Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008-2018)', *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w

Medina García, D.A. y Gavilanes Gómez, G.D. (2022) 'La autoestima y su relación con la ansiedad en adultos migrantes'. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2367

Mercado Romero, M. J. (2021) 'Percepción del proceso de atención en Salud de las madres migrantes venezolanas'. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/32345/2/MercadoMaria_2022_AtencionMaternasMigrantes.pdf

Mocelin, H. J. S. *et al.* (2023) 'Barreiras e facilitadores do enfrentamento de HIV/aids e sífilis por venezuelanas residentes no Brasil'. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.3

Obach , A. *et al.* (2022) 'Latin American Youths'Migration Journeys and Settlement in the Tarapacá Region in Chile: Implicancias para la Salud Sexual y Reproductiva'. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 19(20). https://doi.org/10.3390/ijerph192013583

Pandey, M., *et al*.
(2022a) Identificación de las barreras de acceso a la atención sanitaria para los nuevos migrantes: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada'. *Journal of Immigrant and Minority Health,* 24. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01262-z
___ (2022b) 'Perceptions of mental health and utilization of mental health services among new immigrants in Canada: A qualitative study'. Community Mental Health Journal, 58(2). https://doi.org/10.1007/s10597-021-00836-3

Quintero, L.D. *et al.* (2023) 'Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla'. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 47. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.49

Ramírez-Ortiz, D. *et al.* (2021) 'Post-immigration factors affecting retention in HIV care and viral suppression in Latin American and Caribbean immigrant populations in the United States: a systematic review'. *Ethnicity & Health*, 27 (8). https://doi.org/10.1080/13557858.2021.1990217

Salami B. *et al.* (2022) 'Immigrant child health in Canada: a scoping review', *BMJ Global Health*, 7(4). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008189

Sánchez-Alemán, M.A.*et al.* (2023). Alta seroprevalencia de sífilis y herpes genital en migrantes en tránsito en Chiapas, México'. *Revista Panamericana de Salud* Pública. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.71

Literatura gris

Acción contra el hambre (ACH)
___ (2022a) *Estudio Multisectorial en personas refugiadas y migrantes de Venezuela que viven en Lima Metropolitana*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/Accion_contra_el_Hambre_Estudio_Multisectorial_Migrantes_Refugiados_en_Lima_Abril22
___ (2022b) *Informe de situación - SITREP 4 - Situación migratoria, Honduras*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/honduras/honduras-sitrep-no-4-situacion-migratoria

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS) (2022) *Estudio regional - Nuestro derecho a la seguridad - Colocando a las mujeres refugiadas en el centro de la búsqueda de soluciones frente a la violencia de género*. Disponible en: https://segurasenmovilidad.org/wp-content/uploads/2022/12/Nuestro-derecho-a-la-seguridad-estudio-regional-ES.pdf

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021) *Immigrant and Refugee Health*. Disponible en: https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/profiles/central-american/index.html

Centro de Atención Psicosocial (CAPS) (2022) *Diagnóstico sobre la situación de salud mental de los refugiados y migrantes venezolanos en Lima y Tumbes*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/CAPS_Diagnostico_Salud_Mental_Refugiados_Migrantes_Lima_Tumbes_Ago2022

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2020) *Honduras: migración y desplazamiento*. Disponible en: https://www.icrc.org/es/document/honduras-migracion-y-desplazamiento

Consejo Danés para los Refugiados
___ (2022a) *Invisible dentro de lo Invisible: La situación de las personas con discapacidad física y sensorial refugiadas y migrantes en América Latina* Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/invisible-dentro-de-lo-invisible-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-fisica-y-sensorial-refugiadas-y-migrantes-en-america-latina
(2022b) *Colombia: Acceso a servicios de salud de personas refugiadas y migrantes venezolanas que viven con VIH en Bogotá.* Disponible en: https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-acceso-servicios-de-salud-de-personas-refugiadas-y-migrantes-venezolanas

Consejo Danés para Refugiados y Encuentros Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) (2023) *Sin salud: las barreras de acceso y el servicio de salud en el Perú para la población refugiada y migrante*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/peru/sin-salud-las-barreras-de-acceso-y-el-servicio-de-salud-en-el-peru-para-la-poblacion-refugiada-y-migrante

Consorcio | Life Honduras (2023) *Informe de situación SITREP 6*. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1oGVG0TBLYi1qIl6fe5Q91YW9cy4JMk99/view

Consejo Danés para los Refugiados (DRC) y Encuentros Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) (2021) *Protection monitoring report - Peru | January - February 2021*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/peru/protection-monitoring-report-peru-january-february-2021

Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) Colombia
___ (2023a) *Resumen de Resultados Evaluación Conjunta de Necesidades para Población con Vocación de Permanencia - 2023*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-resumen-de-resultados-evaluacion-conjunta-de-necesidades-para-poblacion-con
___ (2023b) *Caracterización de Movimientos Mixtos hacia Centro y Norte América - Darién.* Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-caracterizacion-de-movimientos-mixtos-hacia-centro-y-norte-america-darien
___ (2022) *Resumen de Resultados - Evaluación Conjunta de Necesidades 2022*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/colombia/gifmm-colombia-resumen-de-resultados-evaluacion-conjunta-de-necesidades-2022

Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) Ecuador (2023) *Evaluación Conjunta de Necesidades*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/gtrm-ecuador-evaluacion-conjunta-necesidades-julio-2023

Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) Perú (2022) *Análisis conjunto de necesidades para el Plan Regional de Respuesta a Refug*iados *y Migrantes*. Disponible en: https://www.r4v.info/en/document/JNA-RMRP2022_ENG

HelpAge (2021) *Una reivindicación de la dignidad: Envejecer en movimiento - Evaluación regional sobre la situación y necesidades de las personas mayores en movimiento en las Américas*. Disponible en: https://ageingonthemove.org/

Immunization agenda 2030 (2021) *Implementing the immunization agenda 2030: a framework for action through Coordinated Planning, Monitoring & Evaluation, Ownership & Accountability, and Communications & Advocacy*. Disponible en: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)
___(2024) *Central America Migration Flows Monitoring System 2024*. Disponible en: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiND-MxYmI3YTAtZTY2MC00NWQ4LTgyMDktOWYxZTdkNTk0OTVmIiwidCI6ImEyYjUzYmU1LTczNGUtNGU2Yy1hYjBkLWQxODRmN-jBmZDkxNyIsImMiOjh9&pageName=ReportSection591b1111b0e274bf332e
___ (2022a) *Informe de necesidades de la población migrante en las fronteras de México y Centro América*.
___ (2022b) *Plan Regional de las Américas 2022*. Disponible en: https://www.ifrc.org/document/americas-regional-plan-2022

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
___ (2023a) *Tendencias migratorias en las Américas*. Disponible en: https://rosanjose.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1446/files/documents/2023-03/Migration%20Trends%20in%20the%20Americas%20EN%20Feb%202023%20%281%29.pdf

___ (2023b) Guyana - *Encuestas de Monitoreo de Flujo de Nacionales Venezolanos Indígenas en Guyana, Ronda 5 - Marzo 2023*. Disponible en: https://dtm.iom.int/reports/guyana-flow-monitoring-surveys-indigenous-venezuelan-nationals-guyana-round-5-march-2023?close=true
___ (2021) *DTM Matriz de seguimiento del desplazamiento | Estudio de seguimiento del flujo de Venezuela nacionales en Guyana, ronda 4, septiembre-diciembre de 2021*. Disponible en: https://dtm.iom.int/reports/guyana-flow-monitoring-surveys-venezuelan-nationals-guyana-september-december-2021?close=true

Comité Internacional de Rescate (IRC)
___ (2022) El *acceso a la sanidad sigue siendo un reto para los venezolanos en los países de acogida: advierte el IRC*. Disponible en: https://www.rescue.org/press-release/access-health-care-remains-challenge-venezuelans-host-countries-irc-warns
___ (2021) *Informe de Evaluación de Necesidades: Venezolanos en Perú*. Disponible en: https://www.r4v.info/sites/default/files/2022-01/IRC%20Assessment-%20Venezuelans%20in%20Peru%20October%202021%20-%20IN.pdf

Médicos sin Fronteras (MSF)
(2023a) *Honduras: La respuesta humanitaria es insuficiente para ayudar a un número récord de migrantes.* Disponible en: https://reliefweb.int/report/honduras/honduras-humanitarian-response-inadequate-help-record-numbers-migrants
(2023b) *Honduras: Aumento del número de migrantes que llegan con múltiples necesidades sanitarias.* Disponible en: https://www.doctorswithoutborders.ca/honduras-increasing-number-of-migrants-arriving-with-multiple-health-needs/

Portal de Datos sobre Migración (2020) *International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2020*. Disponible en: https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_perc_&t=2020

Missing migrants Project (2023) *Sin título.* Disponible en: https://missingmigrants.iom.int/region/americas
Moverse (2022) *Oportunidades e desafios à integração local de pessoas de origem venezuelana interiorizadas no Brasil durante a pandemia de Covid-19*. Disponible en: http://www.onumulheres.org.br/pesquisa-moverse/#:~:text=SOBRE%20O%20MOVERSE,apoio%20do%20Governo%20de%20Luxemburgo

ONU-Hábitat, ACNUR y OIM (2021) *Perfil de Movilidad Humana en las ciudades: Área Metropolitana de Ciudad de Panamá, Panamá*. Disponible en: https://ciudadesincluyentes.org/wp-content/uploads/2023/07/perfil-de-movilidad-Panama-v-final.pdf

Organización Internacional de Migración (OIM)
___ (2023a) *Personas migrantes en tránsito por las Américas*. Disponible en: https://rosanjose.iom.int/es/tablero-interactivo-personas-migrantes-en-transito-por-las-americas
___ (2023b) *Seguimiento de flujos de población migrante - Tenosique - 31 de julio*. Disponible en: https://dtm.iom.int/reports/mexico-monitoreo-de-flujos-de-poblacion-migrante-tenosique-julio-2023
___ (2023c) *DTM seguimiento de flujos de población migrante Tapachula 30 junio*. Disponible en: https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1686/files/documents/2023-08/dtm-2023-tapachula-junio_light.pdf

___ (2023d) *Análisis Comparativo de la Matriz de Seguimiento al Desplazamiento (DTM) en Colchane, Chile Junio-Diciembre 2022*. Disponible en: https://chile.iom.int/sites/g/files/tmzbdl906/files/documents/2023-07/informe-dtm_colchane.pdf
___ (2022) *Tablero interactivo de datos sobre personas migrantes en situación de movilidad por las Américas en Costa Rica*. Disponible en: https://costarica.iom.int/es/tablero-interactivo-de-datos-sobre-personas-en-movilidad-por-las-americas-en-costa-rica
___ (2021) *Matriz de seguimiento de desplazamiento (DTM) Chile - Migración Venezolana 4a Ronda, Febrero 2021*. Disponible en: https://dtm.iom.int/reports/chile-%E2%80%94-monitoreo-de-flujo-de-poblaci%C3%B3n-venezolana-4-febrero-2021

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
___ (2023a*) Reportes de situación - Salud de migrantes en las Américas Salud y migración en la región de las Américas*. Disponible en: https://www.paho.org/es/reportes-situacion-salud-migrantes-americas
___ (2023b*) Reporte de situación - Salud de migrantes en las Américas, diciembre 2022.* Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-salud-migrantes-americas-diciembre-2022
___ (2022) *Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima Metropolitana.* Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56311
(sin fecha) *Salud y Migración en las Américas: Plataforma Informativa.* Disponible en: https://www.paho.org/es/migracion-salud-americas/salud-migracion-americas-plataforma-informativa

Nuestro mundo en datos (2020) *Migración*. Disponible en: https://ourworldindata.org/migration

R4V Plataforma Regional de Coordinación Interinstitucional para los Refugiados y Migrantes de Venezuela
___ (2023a) *Análisis de las necesidades de refugiados e migrantes RMNA.* Disponible en: https://rmrp.r4v.info/rmna2023/
___ (2023b) *Refugiados y migrantes de Venezuela*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes
___ (2023c) *Análisis de las necesidades de refugiados e migrantes (RMNA) - Personas necesitadas 2023* Disponible en: https://data.humdata.org/dataset/refugee-and-migrant-needs-analysis-rmna-people-in-need-2023
___ (2023d) *Evaluación Conjunta de Necesidades (ECN) de Refugiados y Migrantes de Venezuela en Brasil 2022*. Disponible en: https://www.r4v.info/en/document/joint-needs-assessment-jna-2022
___ (2022a) *End-year report 2022 | Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP)*. Disponible en: https://www.r4v.info/en/eyr2022
___ (2022b) *Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP).* Disponible en: https://www.r4v.info/en/rmrp2023-2024
___ (2022c) *Centro Mixto de Migración (CMM) - Acceso a información antes y durante el viaje de refugiados y migrantes en Costa Rica*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/mixed-migration-centre-mmc-acceso-informacion-antes-y-durante-el-viaje-de-refugiados-y

Red feminista antimilitarista | Observatorio Feminicidios Colombia (2023) *Mujeres migrantes venezolanas Informe Anual 2022 Vivas nos queremos*. Disponible en: https://observatoriofeminicidioscolombia.org/index.php/seguimiento/noticias/511-vivas-nos-queremos-boletin-de-feminicidios-mujeres-migrantes-venezolanas-enero-diciembre-de-2022

Red Somos, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins (2022) *Encuesta bioconductual de VIH, sífilis y estado de salud en venezolanos residentes en Colombia*. Disponible en: https://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/23-1_Biobehavioural_Survey_Main_Report_English_FINAL_02212354.pdf

Naciones Unidas (ONU) (sin fecha) *Migración Internacional 2020*. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/news/international-migration-2020

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
___ (2023) *El número de niños, niñas y adolescentes en movimiento en América Latina y el Caribe alcanza nuevo récord, en medio de la violencia, inestabilidad y cambio*. Disponible en: https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/el-n%C3%BAmero-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-movimiento-en-am%C3%A9rica-latina-y-el
___ (2022) *Atenção Primária à Saúde apoiada pelo UNICEF para refugiados e migrantes da Venezuela - Roraima - Brasil, Janeiro a Dezembro/2022*. Disponible en:
https://www.r4v.info/pt/document/atencao-primaria-saude-apoiada-pelo-unicef-para-refugiados-e-migrantes-da-venezuela-0
___ (2012) *Guidance on conducting a situation analysis of children's and women's rights*. Disponible en: https://sohs.alnap.org/help-library/guidance-on-conducting-a-situation-analysis-of-children%E2%80%99s-and-women%E2%80%99s-rights

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)
___ (2023a) *Datos Oficiales de Movimientos Mixtos, Provincia de Darién, Frontera Panamá-Colombia, Agosto 2023*. Disponible en:
file:///C:/Users/USER/Downloads/Darien%20Border%20Protection%20Monitoring%20Factsheet_ENG_Aug23.pdf
___ (2023b) *Movimientos Mixtos - Darién y Chiriquí - Agosto 2023*. Disponible en: https://data2.unhcr.org/en/documents/details/103745
___ (2023c) *Trinidad y Tobago: Encuesta de Seguimiento de Resultados (Refugiados y Solicitantes de Asilo)*. Disponible en: https://data.unhcr.org/en/documents/details/103000
___ (2019) *Umbral de malnutrición aguda*. Disponible en: https://emergency.unhcr.org/emergency-assistance/health-and-nutrition/nutrition/acute-malnutrition-threshold
___ (sin fecha) *Guidance on Registration and Identity Management*. Disponible en: https://www.unhcr.org/registration-guidance/chapter3/registration-tools/

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y Programa Mundial de Alimentos (PMA) (2023) *Mixed Movements Monitoring Report January-March 2023*. Disponible en: https://data2.unhcr.org/en/documents/details/102005

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (2022) *Guatemala Panorama de Necesidades Humanitarias 2023*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/guatemala/guatemala-panorama-de-necesidades-humanitarias-2023-diciembre-2022

Programa Mundial de Alimentos (PMA)
___ (2023) *Evaluación de seguridad alimentaria: Migrantes y comunidades de acogida, Colombia - Mayo 2023*. Disponible en: https://reliefweb.int/report/colombia/evaluacion-de-seguridad-alimentaria-migrantes-y-comunidades-de-acogida-colombia-mayo-2023

Organización Mundial de la Salud (OMS)
___ (2023a) *The Global Health Observatory | Base de datos de estadísticas sobre el personal sanitario mundial*. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce
___ (2023b) *Observatorio Mundial de la Salud | Prevalencia del bajo peso al nacer*. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/low-birth-weight-prevalence-(-)
___ (2016) *Requisitos de personal sanitario para la cobertura sanitaria universal y los objetivos de desarrollo sostenible*. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511407

Documentos gubernamentales

Gobierno de la República de Honduras (2020) *Guía de atención en salud para la población migrante*. Disponible en: https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=283

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2022). *Condiciones de vida de la Población Venezolana que reside en el Perú - Resultados de la "Encuesta dirigida a la población venezolana que reside en el pais"* II ENPOVE 2022. Disponible en: https://reliefweb.int/report/peru/condiciones-de-vida-de-la-poblacion-venezolana-que-reside-en-el-peru-resultados-de-la-encuesta-dirigida-la-poblacion-venezolana-que-reside-en-el-pais-ii-enpove-2022

Instituto Nacional de Migración | Gobierno de la República de Honduras (2023) *Migración irregular*. Disponible en: https://inm.gob.hn/migracion-irregular.html

Instituto Nacional de Salud (INS) | MinSalud (2022) *Boletín 61: Notificación de eventos de interés en salud pública durante fenómeno migratorio*. Disponible en: https://shorturl.at/bSUV9

Migración Colombia (2023) *Migrantes irregulares en tránsito*. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/colombia-migrantes-irregulares-en-transito-migracion-colombia-corte-15-septiembre-2023

Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud) (2023) *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022*. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-dic-2022.pdf

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) y Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) (2023) *Política regional de salud del SICA 2023-2030*. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/politica-regional-salud-sica

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional), es la mayor red humanitaria en el mundo, integrada por 191 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y cerca de 17 millones de voluntarios. Nuestros voluntarios están presentes junto a las comunidades antes y después de crisis o desastres, así como durante estos. Trabajamos en los contextos más complejos y de más difícil acceso en el mundo con el fin de salvar vidas y promover la dignidad humana. Apoyamos a las comunidades en la consolidación de su fortaleza y su resiliencia de manera que las personas gocen de entornos propicios para una vida saludable, en condiciones de seguridad y con oportunidades para prosperar.

Este documento ha sido traducido, diseñado e impreso con ayuda financiera de la Unión Europea. Las opiniones aquí expresadas no reflejan necesariamente la opinión oficial de la Unión Europea.