



LÍNEA DE BASE DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES PROCEDENTES DE VENEZUELA EN LIMA METROPOLITANA

MARZO 2022



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima Metropolitana

ISBN: 978-92-75-32609-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22609-4 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima Metropolitana. Lima: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326091>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMIENTOS | V |
| RESUMEN | VI |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. OBJETIVOS | 2 |
| 2.1. Objetivo general | 3 |
| 2.2. Objetivos específicos | 3 |
| III. MÉTODOS | 4 |
| 3.1. Diseño del estudio y ámbito de aplicación | 4 |
| 3.2. Componente cuantitativo | 4 |
| 3.2.1. Población objetivo | 5 |
| 3.2.2. Tamaño de muestra y muestreo | 6 |
| 3.2.3. Variables e instrumentos | 6 |
| 3.2.4. Recolección de datos | 6 |
| 3.2.5. Análisis de datos | 6 |
| 3.3. Componente cualitativo | 6 |
| 3.3.1. Grupos focales | 6 |
| 3.3.2. Entrevistas individuales | 7 |
| 3.4. Aspectos éticos | 8 |
| IV. RESULTADOS | 9 |
| 4.1. Resultados del componente cuantitativo | 10 |
| 4.1.1. Características generales | 10 |
| 4.1.2. Principales determinantes sociales de la salud | 11 |
| 4.1.3. Situación de salud en menores de 0 a 5 años de edad | 18 |
| 4.1.4. Situación de salud en menores de 6 a 17 años de edad | 21 |
| 4.1.5. Situación de salud en adultos de 18 a 59 años de edad | 24 |
| 4.1.6. Situación de salud de mujeres gestantes | 30 |
| 4.1.7. Situación de salud de adultos mayores (de 60 a más años de edad) | 30 |
| 4.2. Resultados del componente cualitativo | 33 |
| 4.2.1. Percepciones sobre los principales problemas y necesidades de salud según grupo etario | 33 |
| 4.2.1.1. Infantes (menores de 0 a 5 años de edad) | 33 |

| | |
|--|----|
| 4.2.1.2. Escolares (menores de 6 a 17 años de edad) | 34 |
| 4.2.1.3. Adultos (de 18 a 59 años de edad) | 35 |
| 4.2.1.4. Adultos mayores (de 60 a más años de edad) | 39 |
| 4.2.2. Percepciones sobre los principales determinantes sociales de la salud | 40 |
| 4.2.2.1. Proceso migratorio | 40 |
| 4.2.2.2. Acceso a vivienda y servicios básicos | 42 |
| 4.2.2.3. Acceso a empleo digno | 42 |
| 4.2.2.4. Inseguridad ciudadana | 44 |
| 4.2.2.5. Carga del cuidado | 44 |
| 4.2.2.6. Emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 | 45 |
| 4.2.3. Percepciones sobre las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud | 46 |
| 4.2.3.1. Barreras para el acceso a los servicios de salud | 46 |
| 4.2.3.2. Facilitadores para el acceso a los servicios de salud | 50 |
| 4.2.4. Percepciones sobre el nivel de acceso a los servicios de salud | 51 |

| | |
|---|-----------|
| V. DISCUSIÓN | 53 |
| 5.1. Características sociodemográficas | 54 |
| 5.2. Determinantes sociales | 54 |
| 5.3. Situación de los menores de 0 a 5 años de edad | 56 |
| 5.4. Situación de los menores de 6 a 17 años de edad | 57 |
| 5.5. Situación de los adultos de 18 a 59 años de edad | 58 |
| 5.6. Situación de las mujeres gestantes | 59 |
| 5.7. Situación de los adultos mayores | 59 |

| | |
|---|-----------|
| VI. CONCLUSIONES | 61 |
| 6.1. Sobre los problemas y necesidades de salud prevalentes | 62 |
| 6.2. Sobre las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud | 62 |
| 6.3. Sobre el nivel de acceso a los servicios de salud y de protección | 62 |
| 6.4. Sobre los determinantes sociales de la salud | 62 |

| | |
|--|-----------|
| VII. RECOMENDACIONES | 64 |
| 7.1. Sobre los problemas y necesidades de salud prevalentes | 64 |
| 7.2. Sobre las barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud | 64 |
| 7.3. Sobre el nivel de acceso a los servicios de salud y de protección | 65 |
| 7.4. Sobre los determinantes sociales de la salud | 65 |

| | |
|---|-----------|
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
|---|-----------|

Agradecimientos

Esta publicación forma parte de los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y sus Estados Miembros para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El reporte contó con el aval del Comité de Publicaciones de la OPS/OMS en Perú, bajo el liderazgo del Dr. Carlos Roberto Garzón, representante de la OPS/OMS en el Perú y el área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS).

La conceptualización del estudio, la coordinación, supervisión de su ejecución, revisión de contenidos y su publicación estuvieron bajo la responsabilidad del Dr. Hernán Rodríguez, asesor en Sistemas y Servicios de Salud con la colaboración técnica del Dr. Miguel Dávila, consultor nacional de HSS de la OPS/OMS en Perú. Asimismo, agradecemos la revisión y aportes de Natalia Houghton, especialista en análisis, monitoreo y evaluación de sistemas de salud de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso (HSS/H) en la sede regional de la OPS.

La Organización Acción contra el Hambre (ACH) merece un reconocimiento especial por su participación en la implementación del estudio, principalmente al MSc. Alejandro Vargas Vásquez y su equipo técnico por su dedicación y compromiso. También nuestros agradecimientos al Dr. David Huamani Félix, director adjunto de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud del Ministerio de Salud por sus comentarios favorables con los resultados del estudio y la respectiva anuencia a la publicación del mismo.

Resumen

Introducción y objetivos: La población refugiada y migrante de Venezuela en el Perú constituye una población vulnerable cuyas necesidades de salud han sido progresivamente atendidas a nivel nacional, regional y local. Sin embargo, es posible que la pandemia de COVID-19 haya no solo limitado estas acciones sino empeorado la situación general de esta población. Ante ello, la OPS/OMS ha desarrollado el presente estudio mixto cuanti-cualitativo para describir su situación socioeconómica, e identificar sus principales necesidades y riesgos en la salud en tres distritos de Lima Metropolitana.

Métodos: Se incluyó a migrantes refugiados de Venezuela residentes en Perú en tres distritos de Lima Metropolitana durante el año 2022. Para el componente cuantitativo se realizó un muestreo probabilístico con afijación proporcional considerando participantes de diferentes grupos etarios, incluyendo a menores de edad de 0 a 5 años, menores de 6 a 17 años, adultos de 18 a 59 años, mujeres gestantes y adultos mayores. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, presencia de enfermedades (agudas, crónicas y COVID-19), uso de servicios de salud y necesidades de salud. Para el componente cualitativo se seleccionó a participantes de cada grupo etario con el fin de explorar, mediante entrevistas y grupos focales, sus percepciones sobre los principales determinantes sociales de la salud, barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud y niveles de acceso a estos servicios.

Resultados: Se incluyó a 426 hogares de migrantes refugiados de Venezuela, de cuyos integrantes se seleccionó a 191 menores de 0 a 5 años, 191 menores de 6 a 17 años, 419 adultos de 18 a 59 años y 50 adultos mayores (≥ 60 años). Respecto a los determinantes sociales, 126 participantes (31,2%) se encontraban viviendo en condiciones de hacinamiento, y 79 (18,5%) no contaban con agua las 24 horas. Los principales problemas de salud fueron la anemia y enfermedades diarreicas agudas en menores de 0 a 5 años; accidentes e infecciones respiratorias agudas en menores de 6 a 17 años; diabetes e hipertensión en adultos de 18 a 59 años; violencia obstétrica sufrida por gestantes; y enfermedades reumatológicas y discapacidades en adultos mayores. Asimismo, en los adultos de 18 a 59 años, en un 54% manifestaron haber tenido algún síntoma relacionado con la COVID-19 en el último mes, mientras que el 41,5% de quienes se realizaron una prueba de descartar tuvieron un resultado positivo. En cuanto a los hallazgos cualitativos, se identificó como barreras de acceso a los servicios de salud a la burocracia estatal, el gasto de bolsillo, la calidad de atención, y la discriminación y xenofobia. Entre los facilitadores se identificó la cercanía geográfica de los servicios, la inscripción automática al Seguro Integral de Salud (SIS) de gestantes y menores de 0 a 5 años, y el equipamiento y atención de los hospitales especializados.

Conclusiones: La población migrante y refugiada de Venezuela en el Perú representa una población expuesta a diversos problemas de salud relacionados con el propio proceso migratorio, las condiciones socioeconómicas en las que viven y el actual contexto de la pandemia de COVID-19. Adicionalmente, sus posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad y de forma oportuna se ven limitadas por barreras administrativas asociadas con carencias en la documentación regular, discriminación en los establecimientos de salud, falta de tiempo y dinero, y maltratos por parte del personal de salud.



Introducción



Foto: Acción contra el Hambre



Venezuela sufre actualmente una de las peores crisis sociales y económicas de Latinoamérica. Según el Fondo Monetario Internacional, el Producto Bruto Interno (PBI) de ese país se redujo en un 50% entre 2013 y 2018, en tanto que la hiperinflación llegó al 2000% a fines de 2017. Esto afectó la provisión de servicios básicos, lo que a su vez generó un impacto en la productividad y los estándares de vida de la población venezolana (1). Adicionalmente, se desarrolló una fuerte crisis social caracterizada por altos niveles de crimen y violencia, el incremento de la tasa de pobreza (91% en 2017), una alta mortalidad infantil (26 muertes por cada 1000 nacidos vivos), escasez de alimentos y medicamentos, y el resurgimiento de enfermedades ya erradicadas como la rubeola y el sarampión (2). Todo esto ha motivado, durante la última década, el desarrollo de un movimiento migratorio sin precedentes por parte de importantes segmentos de la población venezolana.

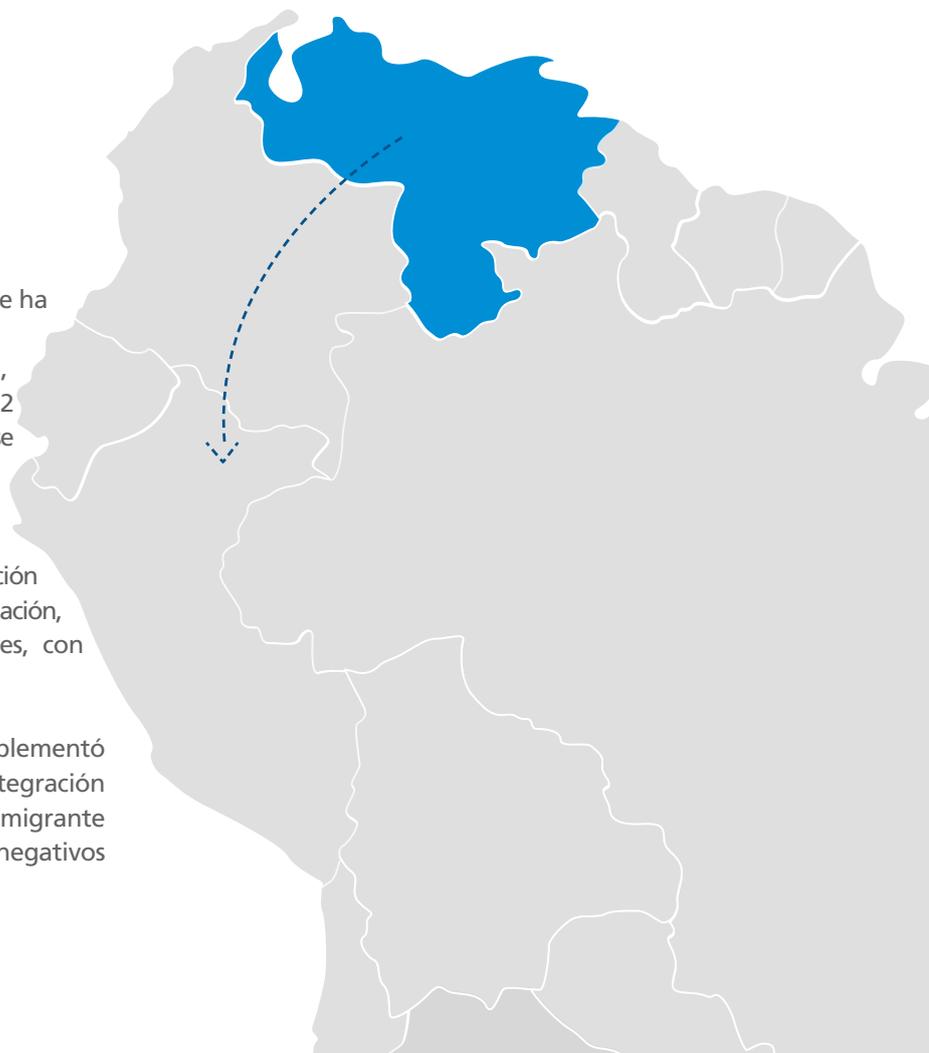
de la migración. Sin embargo, en la práctica, el efecto de estas medidas no se ha evidenciado adecuadamente, al menos desde las percepciones de quienes forman parte de esta población (6). Adicionalmente, la pandemia de COVID-19 en el Perú y su repercusión socioeconómica han propiciado, entre otras cosas, la reagudización de las discriminaciones, inequidades y limitaciones en el acceso a la salud, en perjuicio de la población refugiada y migrante venezolana en el Perú (7).

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha impulsado la realización del presente estudio cuantitativo y cualitativo para actualizar la información correspondiente a los problemas, necesidades y brechas de salud, y para identificar los riesgos sanitarios que involucran a las personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Con ello, se busca contribuir a orientar el diseño y desarrollo de intervenciones de salud dirigidas a esta población.

“Se ha estimado que durante el año 2020 alrededor de 5,4 millones de venezolanos abandonaron su país.”

Alrededor del 80% de la migración venezolana se ha concentrado en países de América Latina, donde el Perú destaca como el segundo país de acogida, reportándose para agosto de 2021 a 1 077 062 ciudadanos venezolanos residentes, según la base de datos del Sistema Integrado de Migraciones. Este veloz incremento del flujo de refugiados y migrantes venezolanos ha cambiado drásticamente el panorama social de esta población en el Perú, evidenciándose situaciones de discriminación, inequidad y reducido acceso a servicios sociales, con repercusiones en sus condiciones de salud (3–5).

Debido a esta situación, el gobierno peruano implementó algunas políticas públicas con el fin de facilitar la integración y el acceso a servicios de la población refugiada y migrante de Venezuela, buscando reducir los impactos negativos





Objetivos

2.1 Objetivo general

Identificar los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela que residen en tres distritos seleccionados de Lima Metropolitana.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar a la población refugiada y migrante que vive en los tres distritos de Lima Metropolitana seleccionados.

Determinar los problemas y necesidades de salud de mayor prevalencia en las personas refugiadas y migrantes.

Identificar barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud en la población vulnerable de refugiados y migrantes.

Describir el nivel de acceso a servicios de salud y de protección en la población vulnerable de los refugiados y migrantes.

Describir los principales determinantes de la situación de salud de los refugiados y migrantes, en áreas como saneamiento, vivienda, nivel de ingresos, tipo de empleabilidad, educación, entre otros.





Métodos

La línea de base tiene como ámbitos geográficos tres distritos de Lima Metropolitana priorizados: **San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres y Cercado de Lima**, donde residen migrantes venezolanos.

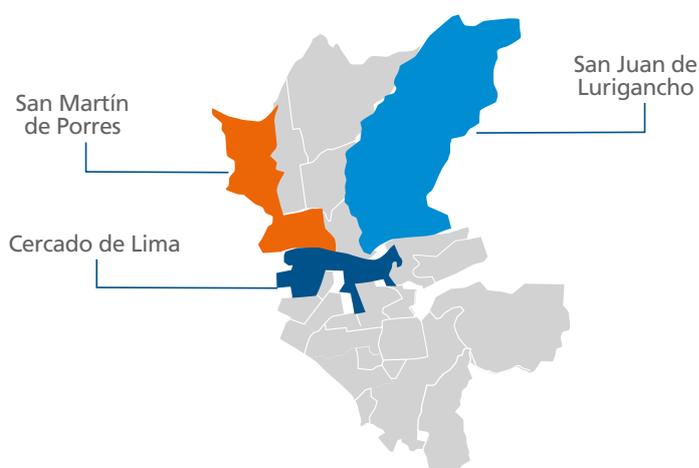
3.1. Diseño del estudio y ámbito de aplicación

Se implementó un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo, descriptivo y transversal. Se analizaron los datos de personas refugiadas y migrantes de Venezuela, hombres y mujeres, que participaron voluntariamente en una encuesta, entrevistas en profundidad y grupos focales, y que se encontraban residiendo en los distritos seleccionados (priorizados como ámbitos geográficos para la línea de base por la presencia de esta población).

3.2 Diseño del componente cuantitativo

3.2.1 Población objetivo

La población refugiada y migrante venezolana en el Perú, según el Sistema Integrado de Migraciones (al 1 de agosto de 2021) es de 1 077 062 personas. De acuerdo con la *Encuesta dirigida a la población venezolana que reside en el país – ENPOVE 2018*, en Lima Metropolitana se concentra el 78.2% de esta población, con lo que se estima para ella una cifra de 842 262 personas. La ENPOVE 2018 ofrece también la distribución porcentual de este grupo para los distritos de Lima Metropolitana. Según estos datos, en San



Martín de Porres, San Juan de Lurigancho y el Cercado de Lima se encontrarían residiendo el 10.3%, 5.8% y 3.4% de dicha población, respectivamente, que en términos porcentuales suman una cifra aproximada de 19.5% de los venezolanos domiciliados en Lima Metropolitana (cuadro 1).

Por lo tanto, con base en los datos de la ENPOVE 2018, se tiene que la población objetivo del estudio comprende a 164 241 personas residentes en los tres distritos señalados. La ONG Acción Contra el Hambre (ACH), por su parte, cuenta con una base de datos de 2 218 hogares y 4 358 personas venezolanas refugiadas y migrantes (de los diferentes grupos etarios), identificadas y registradas como residentes en esos mismos distritos.

Cuadro 1. Estimación de la población venezolana migrante en los tres distritos seleccionados para el estudio según la ENPOVE 2018

| Distritos | Población distrital | % de Lima Metropolitana | Población aproximada en Lima Metropolitana |
|------------------------|---------------------|-------------------------|--|
| San Martín de Porres | 86 753 | 10.3 | 842 |
| San Juan de Lurigancho | 48 851 | 5.8 | |
| Cercado de Lima | 28 637 | 3.4 | |
| Total | 164 241 | 19.5% | |



Criterios de inclusión:

- Personas refugiadas o migrantes de nacionalidad venezolana de 18 o más años de edad, de preferencia jefes(as) de hogar para la encuesta.
- Personas residentes en los distritos de San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres o el Cercado de Lima, registradas en la base de datos de ACH.
- Personas adultas, padres o madres, encargadas del cuidado de niños, niñas, adolescentes o en general menores en edad escolar.
- Personas en situación de vulnerabilidad: mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia, personas con problemas crónicos de salud o discapacidades, y adultos mayores (hombres y mujeres).

Criterios de exclusión:

- Personas que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

3.2.2 Tamaño de muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se estimó mediante la fórmula de proporciones para estudios transversales, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%:

$$n = \frac{N Z^2 a/2 pq}{N d^2 + Z^2 a/2 pq}$$

Se calculó un único tamaño muestral, contemplándose que los resultados debían tener una representatividad estadística global para el ámbito de los tres distritos, a partir de la población estimada por el Sistema Integrado de Migraciones para 2021. Obtenido el tamaño de muestra, se previó un incremento de 10% por potenciales pérdidas. En el cuadro 2 se observa el tamaño muestral total ajustado por pérdidas, que asciende a 423 personas para la aplicación de la encuesta. Partiendo de dicho tamaño muestral, se hizo una distribución proporcional de las cifras por cada distrito según los porcentajes de población refugiada y migrante residentes en cada uno.

Cuadro 2. Tamaño de muestra calculado según distrito de residencia de la población migrante seleccionada

| Distrito | Población | % | Muestra | Incremento de 10% por pérdidas | Tamaño de muestra con ajuste por pérdidas |
|------------------------|----------------|---------------|------------|--------------------------------|---|
| Cercado de Lima | 28 637 | 17.4% | 67 | 7 | 74 |
| San Juan de Lurigancho | 48 851 | 29.7% | 114 | 12 | 126 |
| San Martín de Porres | 86 753 | 52.8% | 202 | 21 | 223 |
| Total | 164 241 | 100.0% | 383 | 40 | 423 |



El diseño del tamaño muestral incluyó los diferentes grupos etarios de la población. La asignación porcentual por grupo etario estuvo basada en los porcentajes hallados por el Sistema Integrado de Migraciones para 2021, como se describe en el cuadro 3.

Cabe precisar que, para el levantamiento de información, las personas adultas fueron aleatorizadas para ser encuestadas por algún grupo etario específico (por ejemplo: de 0 a 5 años). Sin embargo, durante la aplicación de la encuesta se identificó si en las familias había personas de otros grupos etarios. En casos como estos, se solicitó también información sobre los individuos que pertenecían a los otros grupos etarios de las familias. De este modo, se incrementó el número de encuestas por grupo etario, tal como se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4. Cantidad de encuestas proyectadas y aplicadas en el estudio según grupo etario

| Grupo etario | Encuestas proyectadas | Encuestas realizadas |
|---------------|-----------------------|----------------------|
| 60 años a más | 30 | 50 |
| 18 a 59 años | 324 | 419 |
| 6 a 17 años | 50 | 191 |
| 0 a 5 años | 19 | 191 |
| Total | 423 | 851 |

Cuadro 3. Cantidad de personas seleccionadas según grupo etario y distrito de residencia

| Grupo etario | Cercado de Lima | San Juan de Lurigancho | San Martín de Porres | Total |
|-----------------|-----------------|------------------------|----------------------|------------|
| 60 años a más | 5 | 9 | 16 | 30 |
| 18 a 59 años | 57 | 96 | 171 | 324 |
| 6 a 17 años | 9 | 15 | 26 | 50 |
| 0 a 5 años | 3 | 6 | 10 | 19 |
| Subtotal | 74 | 126 | 223 | 423 |

Selección de la muestra

Se seleccionó a las personas a ser encuestadas de manera probabilística, a partir de los datos proporcionados por ACH para cada uno de los tres distritos.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los participantes del estudio cuantitativo que aceptaron responder a la encuesta.

Niveles de inferencia de los resultados

La capacidad de inferencia del estudio está restringida a las personas refugiadas y migrantes de Venezuela que residían en los tres distritos previamente señalados, se encontraban registradas en la base de datos de ACH y respondieron a la encuesta. Los datos provienen únicamente de esta población y ámbito jurisdiccional, y no pueden ser usados para realizar inferencias referidas a poblaciones similares residentes en otras localidades del Perú. No obstante, los resultados pueden contribuir a diversas aproximaciones sobre la situación de salud de estos migrantes en contextos similares y bajo las condiciones de la pandemia de COVID-19.



3.2.3 Variables e instrumentos

Para la recolección de datos sobre variables priorizadas se elaboró un cuestionario electrónico basado en el aplicativo *KoBoCollect*[®], que incluyó preguntas tomadas de instrumentos ya validados por otros estudios (como los del INEI) y otras *ad hoc* formuladas para este estudio. El cuestionario se aplicó mediante entrevistas telefónicas a los participantes, que fueron seleccionados de manera aleatoria y cuyas respuestas se registraron en el formulario electrónico. El instrumento de recolección de datos quedó configurado en su versión final con la siguiente estructura:

- Caracterización general de la población del estudio según grupos de edad y distritos.
- Problemas y necesidades de salud de mayor prevalencia según grupos de edad y distritos (incluyendo mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia, personas con problemas crónicos de salud y personas con discapacidad).
- Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud y la atención según grupos de edad y distritos (incluyendo mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia, personas con problemas crónicos de salud y personas con discapacidad).
- Niveles de acceso a servicios de salud y satisfacción con la atención recibida según grupos de edad y distritos (incluyendo mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia, personas con problemas crónicos de salud y personas con discapacidad).
- Situación de los principales determinantes sociales de la salud, como: saneamiento, vivienda, nivel de ingresos, tipo de empleabilidad, educación, entre otros, según grupos de edad y distritos.

3.2.4 Recolección de datos

El registro de datos fue realizado por 25 personas entrenadas para administrar el cuestionario mediante entrevistas telefónicas e ingresar los datos al formulario electrónico

desarrollado en el aplicativo *KoBoCollect*[®]. Antes del registro de las respuestas, se brindó a los participantes información del estudio y se les solicitó su consentimiento informado.

3.2.5 Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo para resumir los datos. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

3.3 Diseño del componente cualitativo

El componente cualitativo integró el empleo de dos técnicas de recolección de información: grupos focales y entrevistas individuales.

3.3.1 Grupos focales

La realización de grupos focales tuvo como objetivo conocer las perspectivas de los participantes en relación con sus principales problemas y necesidades de salud, las causas que les atribuyen y las acciones que toman al respecto. Los participantes invitados a estos grupos focales fueron seleccionados de entre quienes respondieron a las encuestas telefónicas del estudio cuantitativo. Mediante esta técnica de investigación se abordaron las dimensiones de interés del estudio a partir de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los principales problemas o necesidades de salud en...? [indagar por el grupo de edad específico con el que se está trabajando, registrando los problemas tal y como son enunciados y preguntando en qué consisten].
2. ¿A qué se deben? [identificar y profundizar en cada factor; preguntar por casos o ejemplos].
3. ¿Cómo hacen para solucionar o atender el problema o necesidad? [preguntar por casos y ejemplos].
4. ¿Utilizan los servicios de salud pública (puestos o centros de salud y hospitales)? ¿Qué dificulta su uso? ¿Qué aspectos facilitan su uso?



5. ¿Qué se debería o podría hacer para mejorar el acceso y uso de los servicios públicos? [respetar el lenguaje y los términos utilizados por los participantes, e indagar por ellos].

3.3.2 Entrevistas individuales

Las entrevistas individuales tuvieron como objetivo conocer en detalle y a profundidad cómo algunos refugiados y migrantes venezolanos participantes en el estudio afrontan eventos de enfermedad, y qué decisiones y acciones toman para intentar atenderlas. Los temas abordados con esta técnica fueron:

- ¿Cómo se afronta la enfermedad en una situación de migración?
- ¿A qué factores se atribuyen los problemas de salud? ¿Se asocian estos con la migración y las condiciones de vida en el lugar de residencia o destino?
- La reconstrucción de los itinerarios terapéuticos desarrollados por las personas y familias, identificando las redes y recursos que movilizaron.
- El papel de los servicios públicos de salud y las dificultades para el acceso y uso.
- Recomendaciones planteadas por las personas que pasaron por la experiencia de enfermedad en migración.

Se trabajó con una entrevista abierta y en profundidad que permitió la reconstrucción del proceso de salud/enfermedad y su atención, con un enfoque en los siguientes temas:

- Situación de salud antes de la migración.
- Condiciones de vida.
- Descripción del problema de salud.
- Acciones tomadas para intentar resolver el problema de salud.

- Redes y recursos utilizados.
- Factores detrás de las decisiones tomadas.
- Uso, acceso y percepción de los servicios públicos de salud en el proceso.
- Experiencia de atención en servicios de salud públicos y privados.
- Recomendaciones para mejorar la atención.

La información proporcionada por los participantes en estas entrevistas abarcó situaciones relacionadas con enfermedades agudas y crónicas, así como experiencias de gestantes. Los datos obtenidos fueron analizados con ayuda de una matriz estructurada en función de los temas señalados.

3.4 Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Asociación Benéfica PRISMA y del Comité de Revisión Ética de la OPS (PAHOERC, siglas en inglés de *PAHO Ethics Review Committee*). Previo a su enrolamiento en el estudio, se solicitó el consentimiento informado de cada participante seleccionado para la realización de encuestas, entrevistas y grupos focales.

IV >>>>

Resultados



Foto: Acción contra el Hambre



A continuación, se muestran los resultados de los componentes cuantitativo y cualitativo del estudio. La parte cuantitativa abarca siete secciones que incluyen las características generales de la población encuestada, los determinantes sociales de la salud, y las características y necesidades de salud y enfermedad en menores de 0 a 5 años de edad, menores de 6 a 17 años, adultos de 18 a 59 años, mujeres gestantes y adultos mayores (de 60 años a más). De otro lado, los resultados del componente cualitativo contienen el análisis de las percepciones de los participantes sobre: los principales problemas y necesidades de salud de los distintos grupos etarios, una serie de determinantes sociales de la salud, las barreras y facilitadores del acceso y uso de los servicios de salud, y el nivel de acceso a estos servicios.

4.1 Resultados del componente cuantitativo

4.1.1 Características generales

La aplicación de la encuesta abarcó a un total de 426 hogares conformados por refugiados y migrantes de Venezuela, de los cuales 222 (52.1%) provenían del distrito de San Martín de Porres, 134 (31.5%) del distrito de San Juan de Lurigancho y 70 (16.4%) del Cercado de Lima. De entre quienes respondieron como jefes de hogar, 320 (75.1%) eran de sexo femenino, con una edad promedio de 35.2 años (desviación estándar, DE: 9.1) y una estancia promedio en el Perú de 2.8 años (DE: 1.1). Respecto a su estado civil, 163 (38.3%) reportaron ser convivientes, 126 (29.6%) solteros(as), y 102 (23.9%) casados(as). En cuanto al nivel educativo, 373 (87.5%) indicaron tener al menos secundaria completa como mayor nivel alcanzado. El detalle de estas informaciones se puede apreciar en la tabla 1.

Seguidamente, la tabla 2 presenta los datos referidos al documento de identidad de los encuestados. Allí se observa que 246 de ellos (57.7%) manifestaron que contaban con carné de extranjería, 62 (14.6%) con carné de solicitante de refugio, 40 (9.4%) con certificado de Permiso Temporal de Permanencia (PTP), y 17 (4%) con carné de PTP.

Tabla 1. Características de personas encuestadas con el rol de “jefe de hogar”, 2022

| | N | % |
|-----------------------------------|--------------|-----------|
| Total | 426 | 100% |
| Grupo de edad | | |
| 18 a 59 años | 419 | 98% |
| 60 a más años | 7 | 2% |
| Sexo | | |
| Masculino | 106 | 24.9% |
| Femenino | 320 | 75.1% |
| Estado civil | | |
| Conviviente | 163 | 38.3% |
| Soltero/a | 126 | 29.6% |
| Casado/a | 102 | 23.9% |
| Separado/a o ex conviviente | 18 | 4.2% |
| Divorciado/a | 11 | 2.6% |
| Viudo/a | 6 | 1.4% |
| Nivel educativo (*) | | |
| Secundaria completa | 145 | 34% |
| Superior universitaria completa | 110 | 25.9% |
| Superior técnica completa | 58 | 13.6% |
| Superior universitaria incompleta | 34 | 8% |
| Primaria completa | 22 | 5.2% |
| Secundaria incompleta | 22 | 5.2% |
| Superior técnica incompleta | 16 | 3.8% |
| Maestría/Doctorado | 10 | 2.4% |
| Primaria incompleta | 9 | 2.1% |
| Distrito de origen | | |
| San Martín de Porres | 222 | 52.1% |
| San Juan de Lurigancho | 134 | 31.5% |
| Cercado de Lima | 70 | 16.4% |
| | Media | DE |
| Edad en años% | 35.2 | 9.1 |

(*) Último nivel educativo alcanzado

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022.

Elaboración propia.

Tabla 2. Documento de identidad de personas encuestadas con el rol de “jefe de hogar”, 2022

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Total | 426 | 100% |
| Tipo documento de identidad | | |
| Carné de extranjería | 246 | 57.7% |
| Solicitante de refugio | 62 | 14.6% |
| CPP (Certificado de PTP) | 40 | 9.4% |
| Carné de Permiso Temporal de Permanencia | 17 | 4.0% |
| Carné de refugiado | 12 | 2.8% |
| Carné de Solicitante de Refugio | 9 | 2.1% |
| Carné de Visa Humanitaria | 9 | 2.1% |
| No sabe/no recuerda | 8 | 1.9% |
| Solicitante de carné de extranjería | 8 | 1.9% |
| Sin documentos | 6 | 1.4% |
| Solicitante de refugio | 6 | 1.4% |
| Cédula de identidad | 5 | 1.2% |
| Solicitante de CPP | 5 | 1.2% |
| Carta Andina | 3 | 0.7% |
| Otros | 2 | 0.5% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

4.1.2 Principales determinantes sociales de la salud

Acceso a servicios básicos

Respecto al acceso a servicios básicos en los hogares, 347 personas encuestadas (81.5%) manifestaron tener agua las 24 horas, 418 (98.6%) reportaron que contaban con el servicio de agua proveniente de la red pública, y 423 (99.3%) indicaron que tenían una conexión de desagüe hacia la red pública. En todos los hogares se reportó la disponibilidad del servicio de energía eléctrica, mientras que la principal modalidad de tenencia de la vivienda fue la de propiedad en alquiler (415=97.6%).

Otro aspecto evaluado fue la disponibilidad de habitaciones en cada vivienda. Mediante las respuestas de 404 personas que brindaron esta información, se encontró que en cada vivienda residían aproximadamente cuatro personas (DE: 1.4) en 1.7 habitaciones en promedio (DE: 1.1). Sobre estos datos, se calculó que 126 de estas viviendas (31.2%) presentaban condiciones de hacinamiento (más de tres personas por habitación en promedio).

Tabla 3. Servicios básicos disponibles en hogares encuestados de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela, 2022

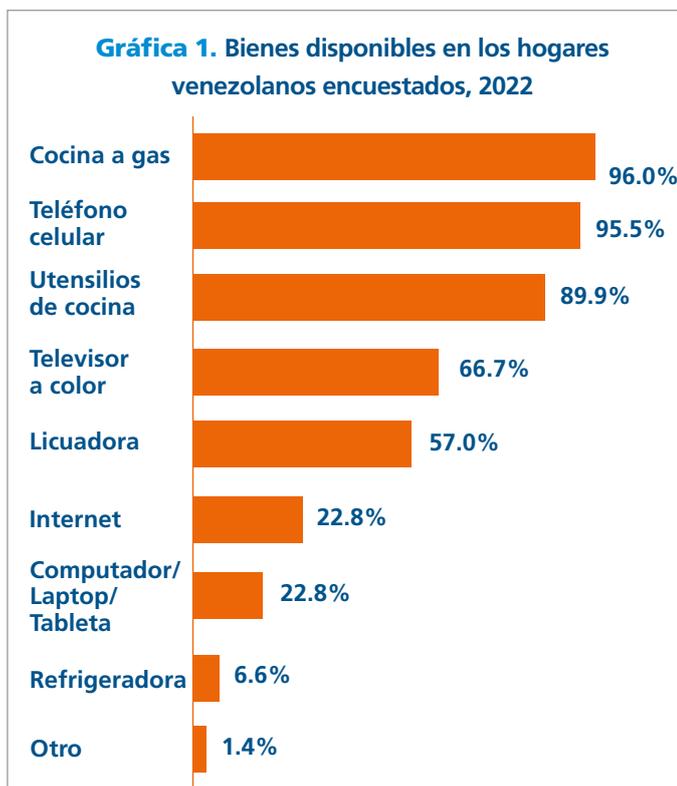
| | N | % |
|---|-----|-------|
| Total | 426 | 100% |
| Cuenta con disponibilidad del agua las 24 horas | | |
| Sí | 347 | 81.5% |
| No | 79 | 18.5% |
| Procedencia del agua en el hogar | | |
| Red pública, dentro de la vivienda | 378 | 88.7% |
| Red pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio | 40 | 9.4% |
| Pozo de agua subterránea | 3 | 0.7% |
| Red pública, dentro de la vivienda vecina | 2 | 0.5% |
| Camión cisterna u otro similar | 1 | 0.2% |
| No sabe/no recuerda | 2 | 0.5% |
| Conexión del servicio higiénico | | |
| Red pública de desagüe dentro de la vivienda | 374 | 87.8% |
| Red pública de desagüe fuera de la vivienda, pero dentro del edificio | 49 | 11.5% |
| Letrina con tratamiento | 1 | 0.2% |
| Pozo séptico, tanque séptico o biodigestor | 1 | 0.2% |
| No tiene | 1 | 0.2% |
| Tipo de alumbrado | | |
| Electricidad | 426 | 100% |
| Tenencia de la vivienda | | |
| Alquilada | 415 | 97.6% |
| Hogar temporal | 7 | 1.6% |
| Albergue | 2 | 0.5% |
| Cedida por otro hogar | 1 | 0.2% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Bienes disponibles

Se consultó a los participantes sobre determinados bienes y recursos disponibles en sus hogares. De las 424 personas que contestaron a esta pregunta, estas reportaron en su mayoría tener cocina a gas (409 casos=96.5%) y teléfono celular (407=96%), mientras que las proporciones fueron menores para la posesión de otros elementos, como: utensilios de cocina (383=90.3%), televisor (284=67%), licuadora (243=57.3%), internet domiciliario (97=22.9%), tablet, computadora o laptop (25=10.6%) y refrigeradora (28=6.6%).



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Situación laboral e ingresos

De las personas encuestadas, 312 (73.2%) manifestaron haber trabajado o realizado alguna actividad laboral en la semana previa a la encuesta, y 249 (58.6%) mencionaron que algún otro miembro del hogar se encontraba

trabajando. Como resultado, se calculó un total de 399 hogares (93.7%) donde al menos uno de sus miembros trabajaba. La tabla 4 presenta la distribución de los datos obtenidos sobre este punto.

Tabla 4. Situación laboral de personas encuestadas de hogares venezolanos, 2022

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Total | 426 | 100% |
| Trabajó en la semana previa | | |
| Sí | 312 | 73.2% |
| No | 114 | 26.8% |
| Otro miembro del hogar trabaja | | |
| Sí | 249 | 58.6% |
| No | 176 | 41.4% |
| Hogares con miembros que trabajan | | |
| Al menos uno trabaja | 399 | 93.7% |
| Ninguno trabaja | 27 | 6.3% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

En lo relativo a los ingresos económicos del hogar, el análisis de las respuestas de 347 personas (81.5%) que ofrecieron información sobre este rubro arrojó un ingreso promedio mensual de 1257.8 soles (DE: 812.6), incluyendo los ingresos económicos de todos los miembros. Tomando al conjunto de personas residentes en cada vivienda, se calculó un promedio de ingresos económicos de 325 soles por persona. Adicionalmente, entre quienes manifestaron que tenían trabajo se determinó un promedio de 39.8 horas trabajadas por semana.

Tabla 5. Ingresos económicos en hogares de venezolanos encuestados, 2022

| | Media | DE | Mediana | RIC | Mín. | Max. |
|--|--------|---------|---------|-----|------|--------|
| Total de ingresos económicos del hogar (S.) | 1257.8 | (812.6) | 1000 | 700 | 70 | 6500 |
| Ingreso por persona (S.) | 325.2 | (214.1) | 266.6 | 200 | 10 | 2133.3 |

(*) DE: Desviación estándar, RIC: rango intercuartílico. Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Sobre los tipos de ocupaciones, las personas que declararon que realizaban alguna actividad laboral dieron cuenta de su participación en labores como: comercio ambulante (74=23.7%), ventas al por mayor y menor (57=18.3%), limpieza y asistencia en tareas domésticas (26=8.3%), roles de empleados y asistentes de servicios y control (18=5.8%), y trabajos profesionales y técnicos de diversos rubros (incluyendo administración, economía, ingeniería, informática, enfermería, entre otros), según se detalla en la tabla 6.



Tabla 6. Trabajo u ocupación del jefe de hogar en hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|--|----|-------|
| Trabajo u ocupación | | |
| Vendedor ambulante | 74 | 23.7% |
| Vendedores mayoristas y minoristas | 57 | 18.3% |
| Limpiadores y asistentes domésticos | 26 | 8.3% |
| Empleados y asistentes de servicios y control | 18 | 5.8% |
| Técnicos (administración, ingeniería, informática, enfermería, etc.) | 13 | 4.2% |
| Conductores de vehículos | 10 | 3.2% |
| Artesanos tapiceros, sastres, tejedores y bordadores | 8 | 2.6% |
| Cuidadores | 8 | 2.6% |
| Operadores, instaladores y reparadores de máquinas | 7 | 2.2% |
| Porteros, guardianes y afines | 7 | 2.2% |
| Peluqueros y especialistas en tratamientos de belleza | 5 | 1.6% |
| Mensajeros, mandaderos, repartidores | 5 | 1.6% |
| Peones (construcción, carga, explotaciones agrícolas y ganaderas) | 5 | 1.6% |
| Lavaderos y planchadores manuales | 4 | 1.3% |
| Meseros/as, camareros/as | 4 | 1.3% |
| Albañiles y constructores de casas y grandes obras civiles | 4 | 1.3% |
| Cocineros y ayudantes de cocina | 4 | 1.3% |
| Profesores de enseñanza inicial, primaria, secundaria o superior | 3 | 1% |
| Cajeros, auxiliares de administración, contabilidad, derecho | 3 | 1% |
| Panaderos, pasteleros y confiteros | 2 | 0.6% |
| Entrenadores e instructores de actividades deportivas | 1 | 0.3% |
| Representantes comerciales | 1 | 0.3% |
| Ebanistas y afines | 1 | 0.3% |
| Soldadores y oxicortadores, herreros, hojalateros | 1 | 0.3% |
| Otras ocupaciones | 6 | 1.9% |
| Ocupación no especificada | 35 | 11.2% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Asistencia y ayuda recibida

Al ser consultados sobre la asistencia o ayuda que habían recibido en Perú, 294 encuestados (69%) reportaron haber recibido algún tipo de apoyo o ayuda institucional. De este grupo, 160 (54.4%) señalaron que habían recibido transferencias monetarias, 136 alimentos (46.3%) y 76 kits de higiene y limpieza (25.9%). Las instituciones que identificaron como proveedoras de ayuda fueron principalmente ONG o asociaciones de la sociedad civil (192=65.3%), organizaciones internacionales (61=20.7%) e iglesias (43=14.6%).

Prácticas y hábitos de salud

Respecto a las prácticas sobre el tratamiento de agua para consumo, los encuestados en 319 casos (75.1%) indicaron que hervían el agua antes de consumirla, y en 13 casos (3.1%) reportaron el uso de filtros. Adicionalmente, 90 personas (21.2%) refirieron que consumían agua embotellada y 45 (10.6%) que la tomaban directamente del grifo. De otra parte, en cuanto a las prácticas de lavado de manos, 334 encuestados (78.4%) informaron que se las lavaban antes de comer, 319 (74.9%) después de utilizar los servicios higiénicos, 308 (72.3%) antes de preparar los alimentos, 289 (67.8%) en cualquier momento, 288 (67.6%) antes de servir los alimentos, y 287 (67.4%) al llegar a sus hogares luego de estar en la calle.

Se preguntó también a quienes encabezaban los hogares sobre sus hábitos de salud en la semana previa a la encuesta. En este tópico, 303 personas (71.1%) dijeron haber consumido alguna fruta en dicho periodo, y 329 (77.2%) que habían comido algún tipo de verdura.

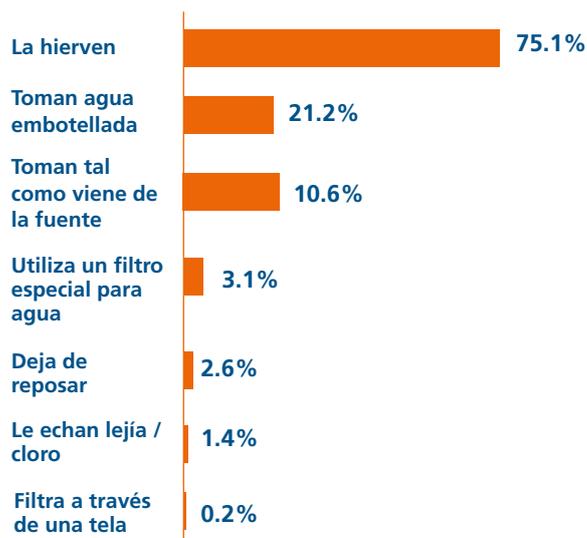
Por otro lado, se les consultó asimismo por la práctica de hábitos nocivos en el último mes, hallándose que 36 personas (8.5%) reportaban haber fumado cigarrillos, 20 de ellos con una frecuencia diaria (55.6%). Además, 64 de los encuestados (15%) declararon que habían consumido bebidas alcohólicas, y entre ellos 44 (84.6%) manifestaron haberlo hecho de una a dos veces en el último mes. Finalmente, en cuatro de los hogares encuestados (0.9%) se mencionó el consumo de drogas por parte de alguno de sus miembros.

Gráfica 3. Tipos de ayuda de recibida en hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Gráfica 4. Tratamiento y consumo de agua en hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Se preguntó también a quienes encabezaban los hogares sobre sus hábitos de salud en la semana previa a la encuesta. En este tópico, 303 personas (71.1%) dijeron haber consumido alguna fruta en dicho periodo, y 329 (77.2%) que habían comido algún tipo de verdura.

Por otro lado, se les consultó asimismo por la práctica de hábitos nocivos en el último mes, hallándose que 36 personas (8.5%) reportaban haber fumado cigarrillos, 20 de ellos con una frecuencia diaria (55.6%). Además, 64 de los encuestados (15%) declararon que habían consumido bebidas alcohólicas, y entre ellos 44 (84.6%) manifestaron

haberlo hecho de una a dos veces en el último mes. Finalmente, en cuatro de los hogares encuestados (0.9%) se mencionó el consumo de drogas por parte de alguno de sus miembros.

Participación en grupos y redes de relaciones sociales

Ante una pregunta del cuestionario sobre participación en asociaciones o grupos sociales, 50 personas (11.7%) refirieron que participaban en algún tipo de asociación; de entre ellas, 35 (70%) aludieron a grupos relacionados con alguna iglesia, cinco (10%) mencionaron las asociaciones

Tabla 7. Hábitos saludables y nocivos en jefes de hogar de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|----------|----------|
| Total | 426 | 100% |
| Comió frutas en la semana anterior | | |
| Sí | 303 | 71.1% |
| No | 112 | 26.3% |
| No sabe/ no recuerda | 11 | 2.6% |
| Comió verduras en la semana anterior | | |
| Sí | 329 | 77.2% |
| No | 89 | 20.9% |
| No sabe/ no recuerda | 8 | 1.9% |
| Ha fumado cigarrillos (últimos 30 días) | | |
| Sí | 36 | 8.5% |
| No | 390 | 91.5% |
| Si fuma, lo hace diariamente | | |
| Sí | 26 | 55.6% |
| No | 16 | 44.4% |
| Consumió bebidas alcohólicas (últimos 30 días) | | |
| Sí | 64 | 15% |
| No | 361 | 87.4% |
| No sabe/ no recuerda vez | 1 | 0.2% |
| Cuántas veces bebió (últimos 30 días) | | |
| 1 vez | 30 | 57.7% |
| 2 veces | 14 | 26.9% |
| 3 veces | 5 | |
| 4 veces | 1 | 0.3% |
| 6 veces | 1 | 0.3% |
| 10 veces | 1 | 0.3% |
| Algún miembro del hogar consume drogas | | |
| Sí | 4 | 0.9% |
| No | 418 | 98.1% |
| No sabe/ no recuerda | 4 | 0.9% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



de padres de familia, y tres (6%) una asociación de venezolanos. La participación era más nutrida en las redes sociales virtuales, con 201 personas (47.2%) que señalaron este tipo de vinculación. En este grupo, 134 personas (66.7%) indicaron que participaban en algún grupo de Facebook, 102 (50.7%) en grupos de WhatsApp y 17 (8.5%) en Instagram.

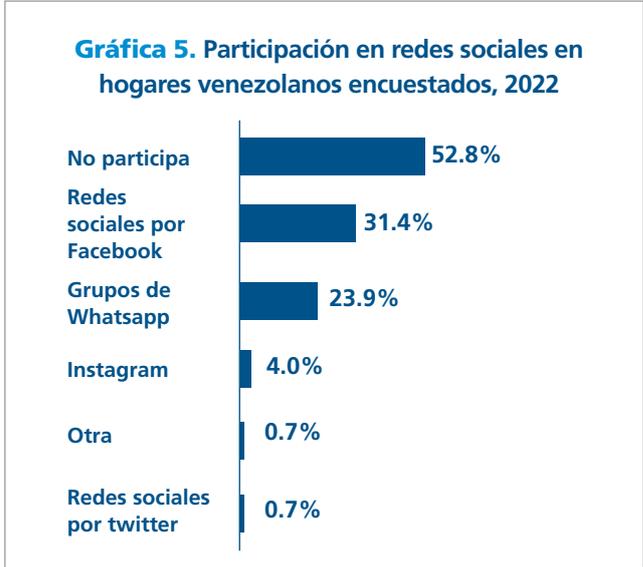
Discriminación

En este rubro, 258 personas encuestadas (60.7%) manifestaron haberse sentido discriminadas desde su llegada al Perú. Quienes reportaron que habían sentido discriminaciones en la calle o en general en espacios públicos fueron 187 (72.5%), mientras que en una cifra algo menor, de 117 personas (45.3%), indicaron que habían sufrido rechazo en sus centros de trabajo. Luego, 95 (36.8%) mencionaron el transporte público, 57 (22.1%) los establecimientos de salud, y 39 (15.1%) la comunidad o barrio como lugares donde también percibían discriminaciones.

Violencia contra la mujer

De las 175 mujeres adultas que respondieron a las preguntas sobre este tema, 32 reportaron haber sufrido algún tipo de violencia (18.3%). En la indagación sobre los tipos de violencia, estas 32 mujeres manifestaron todas haber sido víctimas de violencia psicológica y verbal (conducta hostil y/o conducta de violencia verbal); siete (4%) declararon haber padecido violencia física, y dos (1.1%) señalaron haber experimentado violencia sexual. La tabla 8, mostrada a continuación, ofrece datos adicionales desagregados sobre conductas específicas según formas de violencia.

Al ser consultadas sobre los cursos de acción que tomaban frente a situaciones de violencia, 23 mujeres (82.1%) reportaron que no habían buscado ningún tipo de ayuda institucional. De estas, 19 (82.6%) refirieron que no juzgaban necesario solicitar ese tipo de apoyo. En los casos de las cinco mujeres que sí dijeron haber acudido a alguna institución (17.9%), dos de ellas informaron que habían buscado servicios de atención psicológica en línea, una que había ido a la comisaría, otra a un establecimiento de salud, y otra más a una dependencia de la Fiscalía.



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Tabla 8. Violencia contra la mujer en la población venezolana encuestada, 2022

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Total | 183 | 100% |
| Deseó responder sobre este tema | | |
| Sí, deseó responder | 175 | 95.6% |
| No deseó responder | 6 | 3.3% |
| No pudo responder en ese momento | 2 | 1.1% |
| Recibió algún tipo de violencia (*) | | |
| Violencia total | 32 | 18.3% |
| Sin violencia | 143 | 81.7% |
| Violencia psicológica/ verbal (por la pareja) | | |
| Conductas hostiles | | |
| Ninguna | 150 | 85.7% |
| Insistía en saber dónde iba | 24 | 13.7% |
| Celos de que hable con otro hombre | 17 | 9.7% |
| La acusaba de infidelidad | 7 | 4% |
| Impedir visitas de amistades | 7 | 4% |
| Limitar contacto con familia | 4 | 2.3% |
| Conductas de violencia verbal | | |
| Ninguna | 160 | 91.4% |
| Amenaza con irse de casa | 9 | 5.1% |
| Le ha dicho o hecho cosas humillantes | 9 | 5.1% |
| La amenaza con hacerle daño | 3 | 1.7% |
| No deseó o no pudo responder | 1 | 0.6% |
| Conductas de violencia física | | |
| Ninguna | 167 | 95.4% |
| La empujó, sacudió o le tiró algo | 7 | 4% |
| No deseó o no pudo responder | 1 | 0.6% |
| Conductas de violencia sexual | | |
| Ninguna | 167 | 95.4% |
| La forzó a tener relaciones sexuales | 2 | 1.1% |
| La obligó a actos sexuales | 2 | 1.1% |
| No deseó o no pudo responder | 4 | 2.3% |

(*) Violencia psicológica, verbal, física o sexual.

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Tabla 9. Búsqueda de ayuda ante violencia en mujeres de la población venezolana encuestada, 2022

| | N | % |
|--|----|-------|
| Total | 28 | 100% |
| Ante la violencia acudió a alguna institución | | |
| Sí | 5 | 17.9% |
| No | 23 | 82.1% |
| Por qué no buscó ayuda institucional | | |
| No era necesario | 19 | 82.6% |
| Miedo al divorcio/separación | 1 | 4.3% |
| Miedo de causarle un problema a quien le pegó | 1 | 4.3% |
| No sabía dónde ir / no conoce servicios | 1 | 4.3% |
| Otro motivo | 1 | 4.3% |
| Institución donde buscó ayuda | | |
| Atención psicológica en línea | 2 | 40% |
| Comisaría | 1 | 20% |
| Establecimiento de salud | 1 | 20% |
| Fiscalía | 1 | 20% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Necesidades del hogar

Se registró una cifra de 312 jefes de hogar (73.2%) que señalaron haber tenido necesidades en el abastecimiento de alimentos; luego, en 252 casos (59.2%) se mencionó la disponibilidad de ayuda médica, 231 (54.2%) aludieron a la generación de ingresos u obtención de empleo, 119 (27.9%) a la disponibilidad de alojamiento, y 91 (21.4%) expresaron su necesidad de ordenar o formalizar su situación migratoria.

4.1.3 Situación de salud en menores de 0 a 5 años de edad

Características generales

Entre la población encuestada se evaluó a 191 personas menores de 0 a 5 años de edad, para describir sus características y situación de salud. De ellas, 94 (49.2%) eran de sexo masculino, con una edad media de 2.6 años (DE: 1.6). En lo que respecta a sus distritos de residencia, 36 vivían en el Cercado de Lima (18.8%), 62 en San Juan de Lurigancho (32.5%) y 93 en San Marín de Porres (48.7%). Del total de encuestados, 145 (75.9%) informaron que disponían de algún tipo de seguro de salud y, de este grupo, 138 (95.2%) reportaron que contaban con el Seguro Integral de Salud (SIS) y cuatro (2.8%) el seguro social de EsSalud.

Enfermedades crónicas y discapacidad

Entre los menores de edad de 0 a 5 años, en 20 casos (10.5%) se informó que padecían de alguna enfermedad crónica, y en 10 de ellos (50%) se indicó que recibían algún tipo de tratamiento para dicha condición de salud. Las enfermedades más comúnmente mencionadas fueron, en tres casos (15%), la anemia, problemas neurológicos en otros tres (15%), asma en dos casos (10%), enfermedades del corazón en otros dos, y un par adicional de intolerancia a la lactosa.

En el tema de las discapacidades, en cuatro casos se informó sobre discapacidad para entender (2.1%), en otros cuatro casos discapacidad para hablar, en tres (1.6%) se mencionó la presencia de discapacidades motrices, y tres más fueron referidos como casos de discapacidad para las relaciones sociales.

Gráfica 7. Necesidades del hogar en hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Tabla 10. Tipos de enfermedades crónicas en menores de 0 a 5 años de edad en la población venezolana encuestada, 2022

| | N | % |
|--|----|------|
| Total | 20 | 100% |
| Enfermedades crónicas: 0 a 5 años | | |
| Anemia | 3 | 15% |
| Problemas neurológicos | 3 | 15% |
| Asma | 2 | 10% |
| Enfermedad del corazón | 2 | 10% |
| Intolerancia a la lactosa | 2 | 10% |
| Alergias | 1 | 5% |
| Enfermedad pulmonar | 1 | 5% |
| Problemas de salud mental | 1 | 5% |
| Problemas del desarrollo | 1 | 5% |
| Problemas osteomusculares | 1 | 5% |
| Otras enfermedades | 2 | 10% |
| No sabe/ no recuerda | 2 | 10% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Enfermedades durante el último mes y atención de salud

En relación con los menores 0 a 5 años de edad de la población encuestada, se refirió que 67 de ellos (35.1%) habían presentado una enfermedad o malestar en el último mes: 56 casos (83.6%) correspondían a la categoría de enfermedades respiratorias u alergias, y ocho (11.9%) a la presencia de enfermedad diarreica. Ante estos malestares, en 44 casos (65.8%) se mencionó como curso de acción la búsqueda de atención en un centro salud, principalmente establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) (33=49.3%). De las 23 personas que dijeron no haberse acercado a algún establecimiento de salud, seis (26.1%) alegaron para ello la falta de dinero, cinco (21.7%) manifestaron que no habían considerado el problema como muy grave, y tres (13%) expresaron su temor a contagiarse en el establecimiento de salud (bajo el contexto de la pandemia de COVID-19).

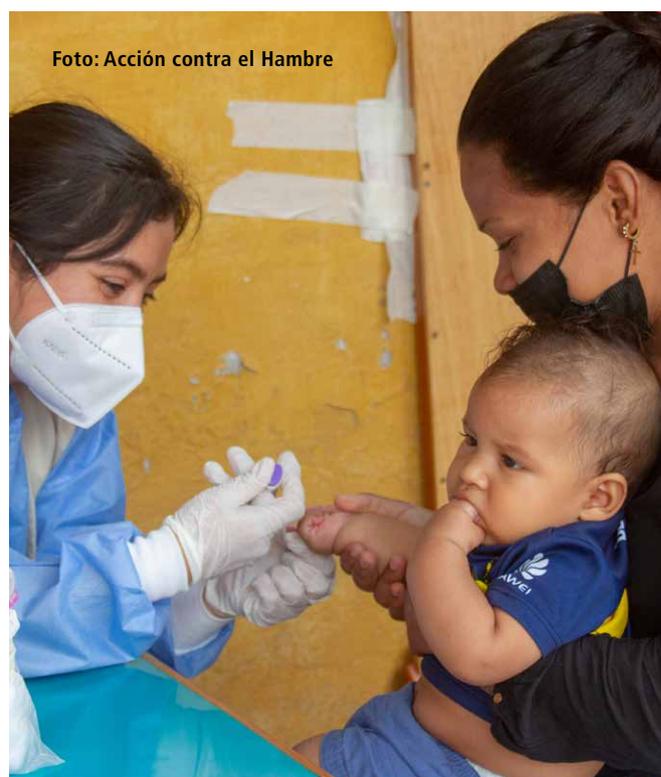


Tabla 11. Problemas de salud y búsqueda de atención en menores de 0 a 5 años de edad en hogares venezolanos encuestados, 2022.

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Total | 191 | 100% |
| Presencia de algún malestar en el último mes | | |
| Sí | 67 | 35.1% |
| No | 123 | 64.4% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 0.5% |
| Tipo de malestar presentado | | |
| Enfermedad respiratoria/alergias | 56 | 83.6% |
| Enfermedad diarreica | 8 | 11.9% |
| Malnutrición | 2 | 3% |
| Problemas osteomusculares | 1 | 1.5% |
| Parasitosis | 1 | 1.5% |
| Problemas de salud mental | 1 | 1.5% |
| Recaída de enfermedad crónica | 1 | 1.5% |
| Otra enfermedad | 4 | 6% |
| Dónde acudió por el malestar | | |
| Posta o establecimiento de salud MINSA | 33 | 49.3% |
| Consultorio particular | 5 | 7.5% |
| Centro de atención EsSalud | 4 | 6% |
| Clínica particular | 2 | 3% |
| No buscó atención | 14 | 20.9% |
| Se automedicó | 5 | 7.5% |
| Farmacia o botica | 3 | 4.5% |
| Otro | 1 | 1.5% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Castigos y cambios de comportamiento

Los encuestados ofrecieron información sobre 23 casos (12%) de menores de 0 a 5 años de edad que habrían sido objeto de castigos en el último mes por algún mal comportamiento. En 18 de estos casos (78.3%), tales castigos adoptaban la forma de prohibiciones de algo que les gusta a dichos menores, mientras que nueve de ellos (39.1%) habrían recibido reprimendas verbales.

Adicionalmente, los informantes hicieron referencia a 41 casos (21.5%) de menores del grupo etario señalado en quienes habían percibido cambios de comportamiento en el último mes, que se presentaban como estallidos agresivos o de enojo (15=7.9%), llantos que se apreciaban como excesivos (15=7.9%) y alteraciones en el apetito (14=7.3%).

COVID-19 y Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

En relación con la pandemia de COVID-19, se recogió información sobre nueve menores (4.7%) a quienes se les habrían realizado pruebas para la detección de este tipo de coronavirus, y de al menos uno de ellos (11%) que habría sido diagnosticado y hospitalizado por presentar la enfermedad.

Respecto a la asistencia a servicios de CRED y vacunación entre los 121 menores de 0 a 3 años de edad identificados en la encuesta, de 70 de ellos (57.9%) se informó que habían sido llevados a consultas de CRED en los últimos tres meses, en tanto que para 86 (71.1%) se reportó que se les condujo a ser vacunados. Además, se refirió que 88 (72.7%) de estos menores habían recibido el esquema completo de vacunas de acuerdo con su edad.

Necesidades de salud

Sobre las necesidades de salud percibidas por quienes tenían bajo su cuidado a menores de 0 a 5 años de edad, en 90 casos (47.1%) se reportó la existencia de necesidades insatisfechas en materia de atención médica, en 83 casos (43.5%) se aludió a necesidades relacionadas con la disponibilidad de exámenes y pruebas, en 80 (41.9%) se mencionó la disponibilidad de suplementos nutricionales, en 43 (22.5%) se señaló la vacunación, y en 41 (21.5%) la necesidad de acceso a medicamentos.

Tabla 12. Formas de castigo y cambios de comportamiento en menores de 0 a 5 años de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|----------------------------------|-----|-------|
| Total | 191 | 100% |
| Castigos en el último mes | | |
| Sí | 23 | 12% |
| No | 168 | 88% |
| Formas de castigo | | |
| Prohibiéndole algo que le gusta | 18 | 78.3% |
| Reprimenda verbal | 9 | 39.1% |
| Palrnadas | 2 | 8.7% |
| Golpes o castigos físicos | 1 | 4.3% |
| Otras formas | 2 | 8.7% |
| Cambios de comportamiento | | |
| Sin cambios de comportamiento | 150 | 78.5% |
| Con cambios de comportamiento | 41 | 21.5% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Gráfico 8. Necesidades de salud en menores de 0 a 5 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



4.1.4 Situación de salud en menores de 6 a 17 años de edad

Características generales

Se evaluó a 191 menores de 6 a 17 años de edad para describir sus características y situación de salud. De ellos, 86 (45.5%) pertenecían al sexo masculino, con una edad media de 10.3 años (DE: 3.2). Estos menores residían, en 28 casos (14.7%), en el Cercado de Lima, 59 (30.9%) en San Juan de Lurigancho y 104 (54.5%) en San Marín de Porres. Del total de encuestados, en 34 casos (18%) se reportó la tenencia de algún seguro de salud, 29 de los cuales (15.3%) estarían afiliados al SIS, dos (1.1%) al seguro social de EsSalud, otros dos (1.1%) al SIS temporal por COVID-19, y uno (0.5%) a un seguro privado de salud.

Enfermedades crónicas

Sobre la presencia de enfermedades crónicas en este grupo etario, se obtuvo información de 39 menores (20.4%) para quienes se reportó que padecían de alguna enfermedad crónica, y en algo más de la mitad de los integrantes de

este segmento (22=56.4%) se registró que estarían recibiendo algún tratamiento para tal enfermedad. Entre las condiciones de salud crónicas más comúnmente mencionadas se encuentran: 21 casos (53.8%) de menores que estarían afectados por anemia, cinco (12.8%) aquejados por problemas neurológicos y otros cinco (12.8%) por alergias.

Enfermedades en el último mes y atención de salud

Se refirió, para los menores 6 a 17 años de la población encuestada, que 65 de ellos (34%) habían presentado algún malestar o enfermedad en el último mes. Los tipos de malestares más frecuentemente mencionados fueron: enfermedades respiratorias o alergias en 50 casos (76.9%), enfermedades de la piel en cuatro (6.2%), y cuatro más con problemas neurológicos.

Ante estos problemas de salud, en 21 casos (32.2%) se informó sobre la búsqueda de atención en un centro salud, principalmente en establecimientos del MINSA (13=20.3%). De las 44 personas que no acudieron a un establecimiento de salud, para 15 de ellas (34.1%) se indicó que no lo habían hecho por no considerarse el malestar

Tabla 13. Tipos de enfermedades crónicas en menores de 6 a 17 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|------------------------------|----|-------|
| Total | 39 | 100% |
| Enfermedades crónicas | | |
| Asma | 21 | 53.8% |
| Alergias | 5 | 12.8% |
| Problemas neurológicos | 5 | 12.8% |
| Diabetes | 2 | 5.1% |
| Enfermedad tiroidea | 1 | 2.6% |
| Problemas de salud mental | 1 | 2.6% |
| Problemas osteomusculares | 1 | 2.6% |
| Otras enfermedades | 6 | 15.4% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Tabla 14. Características de salud y búsqueda de atención en menores de 6 a 17 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|----------|----------|
| Total | 191 | 100% |
| Presentó alguna enfermedad o malestar en el último mes | | |
| Sí | 65 | 34% |
| No | 126 | 66% |
| Malestar en el último mes | | |
| Enfermedad respiratoria o alergia | 50 | 76.9% |
| Enfermedad de la piel | 4 | 6.2% |
| Problemas neurológicos | 4 | 6.2% |
| Enfermedad diarreica | 3 | 4.6% |
| Anemia o desnutrición | 2 | 3.1% |
| Dolores osteomusculares | 2 | 3.1% |
| Parasitosis | 1 | 1.5% |
| Recaída de enfermedad crónica | 1 | 1.5% |
| Otra enfermedad | 4 | 6.2% |
| Donde acudió para buscar atención | | |
| Posta o establecimiento de salud MINSA | 13 | 20% |
| Consultorio particular | 6 | 9.2% |
| Centro de atención EsSalud | 1 | 1.5% |
| Clínica particular | 1 | 1.5% |
| No busco atención | 19 | 29.2% |
| Se automedicó | 12 | 18.5% |
| Farmacia o botica | 11 | 16.9% |
| Otro | 2 | 3.1% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

muy grave, en 11 casos (25%) se alegó la falta de un seguro médico, en 11 más (25%) la falta de dinero, y en siete casos (15.9%) la práctica de la automedicación o el repetir el uso de medicamentos indicados en recetas previas.

Castigos y cambios de comportamiento

En el tema de los castigos, se refirió que 46 (24.1%) de los menores de 6 a 17 años de edad de los hogares encuestados habían recibido castigos en el último mes por algún mal comportamiento. Para la mayoría de estos (37=80.4%) se reportó que se les había castigado prohibiéndoles algo que le gusta, y en 21 casos (45.7%)

se informó sobre reprimendas verbales. Adicionalmente, en 64 menores (33%) se identificó un cambio de comportamiento en el último mes, principalmente: estallidos agresivos o de enojo (22=11.5%), cambios relacionados con el apetito (17=8.9%) y problemas asociados con dolores de cabeza (15=7.9%).

Tabla 15. Formas de castigo y cambios de comportamiento en menores de 6 a 17 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---------------------------------------|-----|-------|
| Total | 191 | 100% |
| Fue castigado en el último mes | | |
| Sí | 46 | 24.1% |
| No | 145 | 75.9% |
| Formas de castigo | | |
| Prohibiéndole algo que le gusta | 37 | 80.4% |
| Reprimenda verbal | 21 | 45.7% |
| Dejándole encerrado | 2 | 4.3% |
| Palmadas | 2 | 4.3% |
| Quitándole las pertenencias | 2 | 4.3% |
| Golpes o castigos físicos | 1 | 2.2% |
| Ignorándolo | 1 | 2.2% |
| Otras formas | 1 | 2.2% |
| Cambios de comportamiento | | |
| Sin cambios de comportamiento | 128 | 67% |
| Con cambios de comportamiento | 64 | 33% |

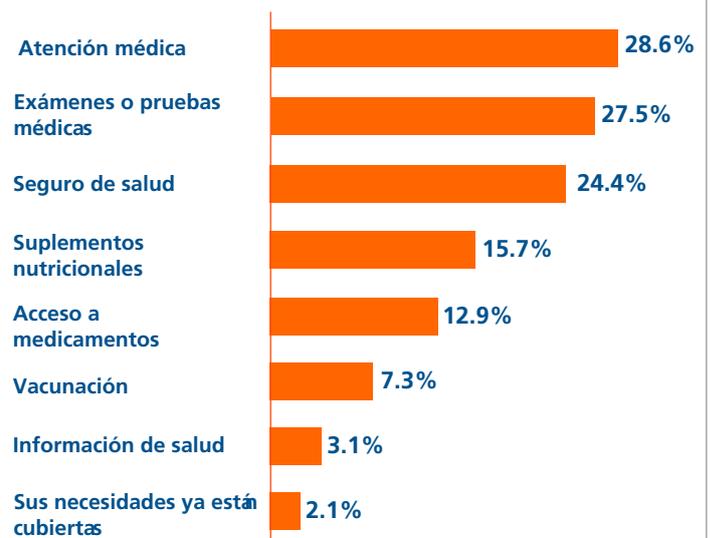
Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

COVID-19

En 24 casos de menores de este grupo etario (12.6%) se informó que se les habían realizado pruebas para la detección de COVID-19, nueve de las cuales (37.5%) habrían resultado en diagnósticos positivos. Para dos de estos casos diagnosticados (22.2%) se señaló que presentaron síntomas de la infección (55.6%) y que acudieron a ser atendidos en un establecimiento de salud, aunque ninguno de ellos terminó hospitalizado. Adicionalmente, para cerca de la mitad de estos menores (90=47.1%) se indicó que habían sido vacunados contra la COVID-19, de los cuales 49 (54.4%) habrían recibido una dosis de la vacuna y 40 (44.4%) dos dosis.

Necesidades de salud

En lo que respecta a las necesidades de salud percibidas en relación con estos menores, 122 padres (63.9%) indicaron que sus hijos presentaban alguna necesidad de atención médica, 117 (61.3%) mencionaron requerimientos asociados con la disponibilidad de exámenes y pruebas, 68 (35.6%) aludieron a la necesidad de un seguro de salud, 68 (35.6%) señalaron la disponibilidad de suplementos nutricionales, 55 (28.8%) el acceso a medicamentos y 31 (16.2%) el acceso a servicios de vacunación.

Gráfico 9. Necesidades de salud en menores de edad de 6 a 17 años de hogares venezolanos, 2022

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



4.1.5 Situación de salud en adultos de 18 a 59 años de edad

Características generales

Se evaluó a 419 personas adultas de 18 a 59 años para describir sus características y situación de salud, de las cuales 317 (75.7%) eran de sexo femenino, con una edad media de 34.7 años (DE: 8.3). En un 16.5% (69 casos) residían en el Cercado de Lima, cerca de una tercera parte en San Juan de Lurigancho (133=31.7%) y algo más de la mitad (217=51.8%) en San Marín de Porres. Del total de encuestados, 150 reportaron tener un seguro de salud (35.7%); de estos últimos, 128 (85.3%) precisaron que contaban con el SIS, 12 (8%) mencionaron el seguro social

de EsSalud y cinco (3.3%) el SIS temporal por COVID-19.

Enfermedades crónicas

En este grupo de adultos, 121 (28.9%) informaron que padecían alguna enfermedad crónica, y 48 de ellos (39.7%) mencionaron que recibían tratamiento. En 62 casos (14.8%) se hizo referencia a la hipertensión arterial (HTA), y 28 personas de este subgrupo (45.2%) señalaron haber recibido tratamiento para la HTA. Luego, 62 (14.8%) reportaron haberse medido la glucosa, y 18 (4.3%) declararon que sufrían de diabetes, de los cuales siete (38.9%) dijeron estar bajo tratamiento y cinco (27.8%) que habían tenido controles en los últimos tres meses. Finalmente, 67 (16%) mencionaron haber pasado por un descarte de cáncer.

Tabla 16. Enfermedades crónicas en adultos de 18 a 59 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Total | 419 | 100% |
| Padece una enfermedad crónica | | |
| Sí | 121 | 28.9% |
| No | 297 | 70.9% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 0.2% |
| Recibe tratamiento para la enfermedad crónica | | |
| No recibe tratamiento | 73 | 60.3% |
| Sí, con la frecuencia necesaria | 26 | 21.5% |
| Sí, pero no con la frecuencia necesaria | 22 | 18.2% |
| Le han diagnosticado HTA(*) | | |
| Sí | 62 | 14.8% |
| No | 353 | 84.2% |
| No sabe/ no recuerda | 4 | 1% |
| Ha recibido tratamiento para la HTA | | |
| Sí | 28 | 45.2% |
| No | 34 | 54.8% |
| Le han medido la glucosa | | |
| Sí | 62 | 14.8% |
| No | 355 | 84.7% |
| No sabe/ no recuerda | 2 | 0.5% |
| Le han diagnosticado diabetes | | |
| Sí | 18 | 4.3% |
| No | 399 | 95.2% |
| No sabe/ no recuerda | 2 | 0.5% |
| Ha tomado medicamentos contra la diabetes | | |
| Sí | 7 | 38.9% |
| No | 11 | 61.1% |
| Ha tenido controles en los últimos tres meses | | |
| Sí | 5 | 27.8% |
| No | 12 | 66.7% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 5.6% |
| Se ha hecho un descarte de cáncer | | |
| Sí | 67 | 16% |
| No | 352 | 84% |

(*) HTA: Hipertensión arterial.
Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022.
Elaboración propia.



Enfermedades en el último mes y atención de salud

Considerando el periodo comprendido por el mes previo a la realización de la encuesta, 176 personas adultas de 18 a 59 años de edad (42%) reportaron haber presentado una enfermedad o malestar en dicho lapso. En este grupo, 118 (67%) personas señalaron que habían sufrido enfermedades respiratorias o alergias, en 12 casos (6.8%) se mencionaron recaídas de enfermedades crónicas, 11 mujeres (6.3%) dijeron haber tenido problemas ginecológicos, y 10 encuestados (5.7%) indicaron que

habían experimentado gastritis o úlceras estomacales. Ante la presencia de malestares, 64 personas de este grupo etario (36.2%) refirieron que habían acudido a un centro salud, principalmente a establecimientos del MINSA (43=24.4%).

De otra parte, de las 112 personas que manifestaron no haber buscado atención en un establecimiento de salud luego de sentir algún malestar (incluyendo a quienes reportaban haberse automedicado, o haber buscado ayuda en una farmacia u otro lugar distinto de un

Tabla 17. Características de salud y atención en adultos de 18 a 59 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Total | 419 | 100% |
| Presentó alguna enfermedad o malestar | | |
| Sí | 176 | 42% |
| No | 241 | 57.5% |
| No sabe/ no recuerda | 2 | 0.5% |
| A dónde acudió para recibir atención | | |
| Posta o establecimiento de salud MINSA | 43 | 24.4% |
| Consultorio particular | 10 | 5.7% |
| Clínica particular | 6 | 3.4% |
| Centro de atención de EsSalud | 5 | 2.8% |
| No buscó atención | 40 | 22.7% |
| Se automedicó | 38 | 21.6% |
| Farmacia o botica | 29 | 16.5% |
| Otro | 5 | 2.8% |
| Motivos de no atención en algún servicio de salud(*) | | |
| No tuvo dinero | 50 | 44.6% |
| No tiene seguro | 29 | 25.9% |
| No era tan grave | 25 | 22.3% |
| Demora mucho en atender | 15 | 13.4% |
| Se automedicó | 15 | 13.4% |
| Falta de documentos | 9 | 8% |
| Falta de tiempo | 8 | 7.1% |
| Se encuentra lejos | 5 | 4.5% |
| Debe cuidar a sus hijos | 4 | 3.6% |
| Maltrato del personal de salud | 4 | 3.6% |
| Miedo a contagiarse en el establecimiento | 4 | 3.6% |
| Otros motivos | 4 | 3.6% |
| Solo atienden COVID-19 | 4 | 3.6% |
| No confía en prácticas de salud | 1 | 0.9% |
| Recibió atención personalizada | 1 | 0.9% |
| Temor por su situación migratoria | 1 | 0.9% |

(*) Se considera servicio de salud a una posta o un establecimiento de salud, consultorio particular, clínica particular o centro de atención de ESSALUD. Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



servicio de salud), 50 de ellas (44.6%) señalaron la falta de dinero como el motivo que les impedía el acceso a la ayuda profesional, 29 (25.9%) aludieron a la carencia de un seguro médico, 25 (22.3%) dijeron que no habían considerado que su malestar fuera grave, 15 (13.4%) alegaron que percibían mucha demora en la atención, y 15 (13.4%) que no acudían a los servicios de salud porque habían optado por la automedicación o por repetir las prescripciones o recetas de alguna experiencia previa con el mismo malestar. La tabla 7 ofrece información adicional desagregada sobre estos temas.

Uso de métodos anticonceptivos

Respecto al uso de métodos anticonceptivos entre los encuestados adultos, tanto hombres como mujeres, 211 informantes (50.4%) mencionaron que empleaban algún tipo de método anticonceptivo. En este grupo, 178 (84.4%) reportaron que utilizaban métodos modernos (hormonal, de barrera, dispositivo intrauterino, o definitivo), mientras que 22 (10.4%) refirieron que empleaban preservativos o condones, ocho (3.8%) señalaron el uso de la anticoncepción de emergencia, y seis (2.8%) un método tradicional. La información sobre este tópico se puede apreciar en la tabla 18.

Tabla 18. Uso de métodos anticonceptivos en adultos de 18 a 59 años de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Total | 419 | 100% |
| Uso de métodos anticonceptivos (MAC) | | |
| Sí | 211 | 50.4% |
| No | 202 | 48.2% |
| No sabe/ no recuerda | 6 | 1.4% |
| Tipos de MAC usados | | |
| Método moderno(*) | 178 | 84.4% |
| Preservativos o condones | 22 | 10.4% |
| Anticoncepción de emergencia | 8 | 3.8% |
| Método tradicional(**) | 6 | 2.8% |
| Otro método | 1 | 0.5% |

(*) Método moderno: hormonal, barrera, dispositivo intrauterino, definitivo.

(**) Método tradicional: ritmo, temperatura corporal, moco cervical, lactancia materna.

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



COVID-19

Del conjunto de adultos encuestados, 159 (37.9%) señalaron que se habían realizado una prueba para la detección de COVID-19, de los cuales 66 (41.5%) indicaron que dicho examen había arrojado un resultado positivo para esa infección. En este segmento de personas diagnosticadas, 31 de ellas (47%) reportaron haber experimentado síntomas de la enfermedad, 42 (63.6%) mencionaron haber buscado atención en un establecimiento de salud, con dos personas (4.8%) que dijeron haber sido hospitalizadas por este problema.

Además, la gran mayoría de los encuestados (400=95.5%) manifestaron que habían recibido alguna vacuna contra la COVID-19: 18 de ellos (4.5%) solo una dosis, 302 (75.5%) una segunda, y 79 (19.8%) tres dosis de la vacuna. De entre las 19 personas que dijeron no haberse vacunado, 10 de ellas (52.6%) alegaron que no lo habían hecho porque no confiaban en las vacunas, y tres (15.8%) por no haber tenido tiempo para acudir a un centro de vacunación. Finalmente, 173 (41.5%) de los adultos encuestados mencionaron que algún otro miembro de su familia estuvo infectado por COVID-19 durante la pandemia.

Tabla 19. COVID-19: diagnóstico, atención y vacunación en adultos de 18 a 59 años de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Total | 419 | 100% |
| Se realizó una prueba para COVID-19 | | |
| No | 260 | 62.1% |
| Sí, en un establecimiento público | 112 | 26.7% |
| Sí, en un establecimiento privado | 47 | 11.2% |
| Le diagnosticaron COVID-19 | | |
| Sí | 66 | 41.5% |
| No | 93 | 58.5% |
| Acudió a un establecimiento de salud | | |
| Sí | 42 | 63.6% |
| No | 24 | 36.4% |
| Fue hospitalizado por COVID-19 | | |
| Sí | 2 | 4.8% |
| No | 40 | 95.2% |
| Presentó síntomas después de la COVID-19 | | |
| Sí | 31 | 48.4% |
| No | 33 | 51.6% |
| Ha sido vacunado contra la COVID-19 | | |
| Sí | 400 | 95.5% |
| No | 19 | 4.5% |
| Cantidad de dosis recibidas | | |
| 1 dosis | 18 | 4.5% |
| 2 dosis | 302 | 75.5% |
| 3 dosis | 79 | 19.8% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 0.3% |
| Algún miembro del hogar infectado por COVID-19 | | |
| Sí | 173 | 41.3% |
| No | 235 | 56.1% |
| No sabe/ no recuerda | 11 | 2.6% |
| Algún miembro del hogar fallecido por COVID-19 | | |
| Sí | 9 | 2.1% |
| No | 164 | 39.1% |



Necesidades de salud

Respecto a las principales necesidades de salud percibidas por los adultos encuestados (hombres y mujeres), en dos terceras partes de los casos (280=66.8%) se informó sobre necesidades referidas a la disponibilidad de exámenes y pruebas, una proporción muy similar a la de quienes señalaron que requerían servicios de atención médica (276=65.9%). Algo más de la mitad de estos adultos (235=56.1%) mencionaron que echaban en falta un mejor acceso a medicamentos, una cantidad ligeramente mayor a la correspondiente a los encuestados que declararon su necesidad de contar con un seguro de salud (225=53.7%).



Gráfica 10. Necesidades de salud en adultos de 18 a 59 años de edad de hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



4.1.6 Situación de salud de mujeres gestantes

Características generales

De las 299 mujeres en edad fértil encuestadas (de 15 a 49 años), siete de ellas (2.3%) reportaron ser gestantes. Estas últimas tenían un promedio de edad de 28.6 años (DE: 3.4) y 6.1 meses de gestación (DE: 1.9), también en promedio. Dos de estas mujeres residían en el distrito de San Juan de Lurigancho y cinco en San Martín de Porres. Además, seis de ellas (85.7%) mencionaron que contaban con el SIS.

Controles de embarazo

Todas las gestantes encuestadas informaron que habían tenido al menos un control de embarazo. El número promedio de controles en este grupo fue de 3.7 (DE: 1.8). En relación con algunas especificidades e indicaciones asociadas con dichos procedimientos, cinco de estas mujeres (71.4%) señalaron haber pasado por descartes de VIH y sífilis, cuatro (57.1%) mencionaron que se les había dado orientaciones sobre alimentación, dos (28.6%) precisaron que recibieron indicaciones de tratamiento con hierro y una refirió que se le había diagnosticado anemia.

Necesidades de salud

Respecto a las principales necesidades de salud percibidas, tres de las gestantes encuestadas (42.9%) dijeron tener necesidad de atención médica y dos (28.6%) especificaron que requerían acceso a exámenes y pruebas médicas. Por otro lado, tres (42.9%) señalaron que tenían cubiertas sus necesidades de salud.

Tabla 20. Necesidades de atención de salud en mujeres gestantes de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|-----------------------------|---|-------|
| Total | 7 | 100% |
| Necesidades de salud | | |
| Atención médica | 3 | 42.9% |
| Necesidades están cubiertas | 3 | 42.9% |
| Exámenes y pruebas médicas | 2 | 28.6% |
| Acceso a medicamentos | 1 | 14.3% |
| Control de embarazo | 1 | 14.3% |
| Información en salud | 1 | 14.3% |
| Suplementos nutricionales | 1 | 14.3% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

4.1.7 Situación de salud de adultos mayores (de 60 a más años de edad)

Características generales

Mediante la encuesta se obtuvo información de 50 personas de 60 años de edad a más, categorizadas como adultos mayores, para describir sus características y situación de salud. En 30 casos (60%) se trataba de mujeres, con una edad media de 68.6 años (DE: 7.9). Su distribución de acuerdo a los distritos de residencia fue: seis personas (12%) que vivían en el Cercado de Lima, 14 (28%) en San Juan de Lurigancho y 30 (60%) en San Martín de Porres. Respecto a la tenencia de un seguro de salud, 16 (32%) adultos mayores refirieron estar afiliados a un seguro de salud, todos ellos al SIS.

Enfermedades crónicas

Con respecto a este tipo de enfermedades, 39 adultos mayores (78%) reportaron que padecían de alguna condición crónica y 26 de ellos (66.7%) precisaron que recibían algún tratamiento. Del total de personas de este grupo etario, la mitad (25=50%) señaló que se les había diagnosticado con hipertensión arterial, quienes en su mayoría (21=84%) declararon también que habían recibido tratamiento para este problema de salud. Adicionalmente, en 17 casos (34%) estos encuestados refirieron haberse realizado mediciones de glucosa, en tanto que ocho (16%) informaron que se les había diagnosticado diabetes; de estos últimos, todos indicaron que se encontraban recibiendo tratamiento para esta enfermedad, con tres de ellos (37.5%) que declararon haber tenido controles médicos en los últimos tres meses. Por último, cuatro adultos mayores (8%) mencionaron haber pasado por un descarte de cáncer.

Discapacidades

En lo tocante a la presencia de discapacidades, 22 adultos mayores encuestados (44%) refirieron que no las presentaban. Por otra parte, en 17 casos (34%) se reportó la presencia de alguna discapacidad motriz, una cifra idéntica a la de quienes señalaron que sufrían de una discapacidad visual.



Tabla 21. Enfermedades crónicas en adultos mayores de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|--|----------|----------|
| Total | 50 | 100% |
| Padece una enfermedad crónica | | |
| Sí | 39 | 78% |
| No | 11 | 22% |
| Recibe tratamiento para esta enfermedad | | |
| No recibe tratamiento | 13 | 33.3% |
| Sí, con la frecuencia necesaria | 15 | 38.5% |
| Sí, pero no con la frecuencia necesaria | 11 | 28.2% |
| Le han diagnosticado HTA(*) | | |
| Sí | 25 | 50% |
| No | 24 | 48% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 2% |
| Ha recibido tratamiento para la HTA | | |
| Sí | 21 | 84% |
| No | 4 | 16% |
| Le han medido la glucosa | | |
| Sí | 17 | 34% |
| No | 32 | 64% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 2% |
| Le han diagnosticado diabetes | | |
| Sí | 8 | 16% |
| No | 40 | 80% |
| No sabe/ no recuerda | 2 | 4% |
| Ha tomado medicamentos contra la diabetes | | |
| Sí | 8 | 100% |
| Ha tenido controles en los últimos tres meses | | |
| Sí | 3 | 37.5% |
| No | 4 | 50% |
| No sabe/ no recuerda | 1 | 12.5% |
| Se ha hecho un descarte de cáncer | | |
| Sí | 4 | 8% |
| No | 43 | 86% |
| No sabe/ no recuerda | 3 | 6% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



Enfermedades en el último mes y atención de salud

Los adultos mayores encuestados en 28 casos (56%) refirieron haber presentado una enfermedad o malestar en el último mes: 16 de ellos (57.1%) especificaron que se trataba de enfermedades respiratorias o alergias, tres (10.7%) mencionaron recaídas de enfermedades crónicas y dos (7.1%) dijeron tener problemas de salud mental (como depresión, insomnio u otros). Ante la presencia de dichos malestares, 13 personas de este subgrupo (46.4%) reportaron que habían acudido a centros de salud,

principalmente a establecimientos del MINSA (10=35.7%). De las 15 personas que declararon no haber buscado atención en un establecimiento de salud, seis (40%) alegaron que no lo habían hecho por las excesivas demoras en los servicios, tres (20%) por carecer de documentos, dos (13.3%) debido a maltratos por parte del personal de salud, dos (13.3%) por el temor a contagiarse de una infección (en el contexto de la pandemia de COVID-19) y dos (13.3%) porque juzgaban que sus dolencias no eran muy graves.

Tabla 22. Enfermedades crónicas en adultos mayores de hogares venezolanos encuestados, 2022

| | N | % |
|---|----|-------|
| Total | 50 | 100% |
| Enfermedad o malestar en el último mes | | |
| Sí | 28 | 56% |
| No | 22 | 44% |
| Donde acudió para encontrar atención | | |
| Posta o establecimiento de salud MINSA | 10 | 35.7% |
| Consultorio particular | 2 | 7.1% |
| Clínica particular | 1 | 3.6% |
| No busco atención | 10 | 35.7% |
| Farmacia o botica | 3 | 10.7% |
| Se automedicó | 2 | 7.1% |
| Motivos de no atención en algún servicio de salud(*) | | |
| Demoran mucho en atender | 6 | 40% |
| Falta de documentos | 3 | 20% |
| Maltrato del personal de salud | 2 | 13.3% |
| Miedo a contagiarse | 2 | 13.3% |
| No era tan grave | 2 | 13.3% |
| No tiene seguro | 1 | 6.7% |
| No tuvo dinero | 1 | 6.7% |
| Se automedicó/ repitió receta | 1 | 6.7% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



COVID-19

Nueve (18%) de los adultos mayores encuestados refirieron que habían acudido a tomarse una prueba para la detección de la COVID-19, de los cuales tres (33.3%) indicaron haber recibido un resultado diagnóstico positivo. Uno de ellos mencionó haberse presentado en un servicio de salud por este motivo, donde llegó a ser hospitalizado, y dos dijeron haber mostrado síntomas de la enfermedad. Adicionalmente, la mayoría de encuestados de este grupo etario reportaron estar vacunados contra la COVID-19 (45=90%): uno (2.2%) con una dosis, 19 (42.2%) con dos dosis, y 25 (55.6%) con tres dosis de la vacuna. De las cinco personas que dijeron no estar vacunadas, cuatro indicaron que no confiaban en las vacunas, y una que las vacunas no estaban disponibles cuando buscó vacunarse.

Tabla 23. COVID-19: diagnóstico, atención y vacunación en adultos mayores de hogares venezolanos encuestados, 2022

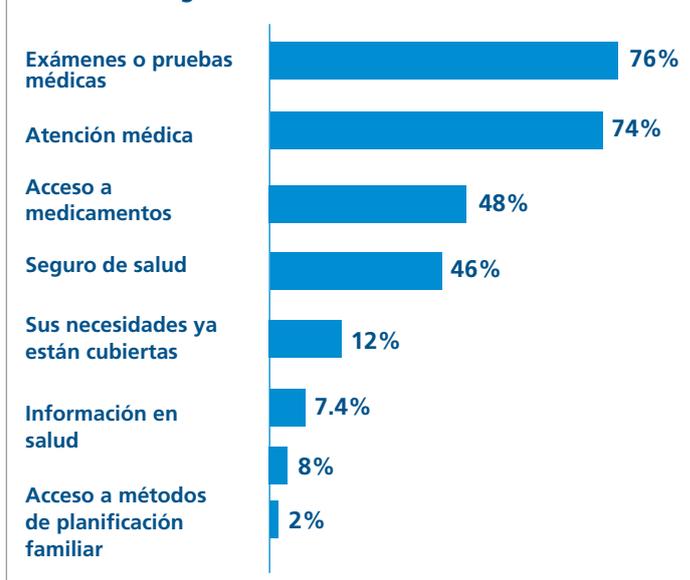
| | N | % |
|--|----|-------|
| Total | 50 | 100% |
| Se tomó una prueba para COVID-19 | | |
| No | 41 | 82% |
| Sí, en un establecimiento público | 8 | 16% |
| Sí, en un establecimiento privado | 1 | 2% |
| Fue diagnosticado para COVID-19 | | |
| Sí | 3 | 33.3% |
| No | 6 | 66.7% |
| Acudió a un establecimiento de salud | | |
| Sí | 1 | 33.3% |
| No | 2 | 66.7% |
| Fue hospitalizado por COVID-19 | | |
| Sí | 1 | 100% |
| Presentó síntomas después de tener COVID-19 | | |
| Sí | 2 | 100% |
| Ha sido vacunado contra la COVID-19 | | |
| Sí | 45 | 90% |
| No | 5 | 10% |
| Cantidad de dosis recibidas | | |
| 1 dosis | 1 | 2.2% |
| 2 dosis | 19 | 42.2% |
| 3 dosis | 25 | 55.6% |

Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.

Necesidades de salud

Por último, en lo concerniente a las principales necesidades de salud percibidas por las personas adultas mayores encuestadas, 37 de ellas (74%) señalaron haber tenido necesidades referidas a la disponibilidad de atención médica, 24 (48%) mencionaron el acceso a medicamentos, y 23 (46%) la necesidad de acceder a un seguro de salud.

Gráfica 11. Necesidades de salud en adultos mayores de hogares venezolanos encuestados, 2022



Fuente: Estudio de problemas y necesidades de salud de personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Perú, 2022. Elaboración propia.



4.2 Resultados del componente cualitativo

4.2.1 Percepciones sobre los principales problemas y necesidades de salud según grupo etario

4.2.1.1 Infantes (menores de 0 a 5 años de edad)

Existen ciertos patrones respecto a los problemas y necesidades de salud de este grupo etario. En primer lugar, es preciso señalar que todas las 16 madres participantes en los dos grupos focales (GF) de este segmento mencionaron que al menos uno de sus hijos nació en el Perú. Además, la mitad de ellas dijeron que tenían hijos menores de dos años, es decir, nacidos bajo el contexto de confinamiento por la pandemia de COVID-19. A partir de sus respuestas, se identificó que presentaban necesidades de salud relacionadas con el CRED, las EDAS, las IRAS, anemia, desnutrición y condiciones congénitas.

- **Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).** Estos controles periódicos que reciben los niños tienen como finalidad monitorear su crecimiento y correcto desarrollo, además de prevenir enfermedades. En las consultas de CRED se mide su peso y talla, así como el hierro en la sangre, se les brindan vacunas y se les realizan ciertas pruebas para evaluar su desarrollo motriz. Este servicio fue destacado por todas las madres como uno de los más utilizados en el primer nivel de atención. Una de ellas graficó del siguiente modo su experiencia en estas visitas:

“En la posta atienden muy bien, porque las veces que yo llevé a mis hijos pequeños le hicieron control. Ellos mismos te preguntan si ya pasaron por control y te indican qué vacunas les faltan. Hacen descarte de anemia y desparasitación.”

(GF2, infantes)

En general, no se mencionó ningún tipo de reclamo o queja en relación con este servicio (como sí sucedió con otras áreas, lo que se describirá más adelante), por lo que se puede decir que es el que genera mayor satisfacción entre las usuarias.

- **Enfermedades diarreicas agudas (EDAS).** Este problema de salud, al que aludieron cerca de la tercera parte de las madres, fue identificado bajo categorías como “infección al estómago”, “diarreas” y “estómago revuelto”. Como parte de los síntomas se señaló, además de las diarreas, la fiebre, los vómitos e incluso convulsiones por fiebres altas. Desde la perspectiva de las madres, serían tres las principales razones que motivan la presencia de esta condición en los infantes: falta de higiene o cuidado, consumo de leche adulterada, y estrés emocional de la madre transmitido al bebé. En el primer caso, se señaló que las EDAS se debían probablemente a que los pequeños se llevaban a la boca algo sucio. En el segundo caso, para más de una madre la causa del problema sería el consumo de una marca de leche en polvo para infantes empleada como parte de su alimentación complementaria, la cual se consumía comúnmente en Venezuela y que se expendía en algunos establecimientos de Lima, aunque supuestamente de forma adulterada. Una de ellas lo explicaba de la siguiente manera:

“¿Qué tenía la niña?: una infección en el estómago a través de una leche que alteraron aquí en este país... Esta es la mejor leche completa en Venezuela... y resulta que la estaban ‘puyando’ la leche; y la niña, cada vez que le daba de lactar, me la vomitaba. Y voy al particular y me dicen que la niña lo que tenía era una infección en el estómago a raíz de esa leche que la habían adulterado (GF1, infantes)”

Otra de las mamás mencionó que, según había escuchado, esa leche la mezclaban con harina.

- **Infecciones respiratorias agudas (IRAS).** Esta fue otra de las afecciones más frecuentes, reportada por seis de las 16 participantes, a la que se referían con los términos de “bronquitis”, “neumonía” y “resfriado fuerte”. Entre sus síntomas, se hizo referencia al dolor de garganta, la fiebre, la tos alérgica, la secreción y la dificultad para respirar. La presencia de esta condición se atribuía



principalmente al cambio brusco que los menores experimentaban en sus procesos de adaptación al clima y humedad de Lima, distintos a lo habitual en sus lugares de origen en Venezuela, o en ciudades norteñas del Perú. Otros motivos señalados fueron las condiciones de sus viviendas, por un lado, y por otro la presencia de estos infantes en ambientes externos donde sus padres realizaban sus actividades.

- **Anemia y desnutrición.** Tres de las madres hicieron referencia a este problema de salud en sus pequeños. Se trató de mujeres jóvenes de las familias que atravesaban las situaciones de mayor precariedad, con menos de un año viviendo en el Perú. Una de ellas mencionó que había migrado desde Venezuela a pie, en un viaje que para ella y su hijo había significado una importante pérdida de peso. Y destacó, además, que su hijo de un año llegó a tener tan solo la mitad del peso que le correspondía para su edad.

De otro lado, una segunda mujer, quien narró que había llegado a Lima en estado de gestación, acompañada de su esposo y su hija, relató también que había enfrentado un conjunto de condiciones adversas, tanto materiales (carencias en vivienda y alimentación), como físicas y psicológicas (efectos del embarazo y violencia conyugal). Desde su perspectiva, la falta de una alimentación adecuada durante su gestación, sumada al estrés, habrían tenido como consecuencia la anemia en ella y en su pequeña hija.

- **Condiciones congénitas.** En las entrevistas se mencionaron dos casos de infantes que requerían atenciones especializadas para condiciones congénitas: uno de ellos tenía el Síndrome de Larsen, relacionado con una dificultad en el desarrollo de sus extremidades; y el otro presentaba Síndrome de Down, asociado con un déficit mental y problemas cardíacos. En ambos casos, la atención de estos bebés no se llevaba a cabo en las postas de salud. Sus madres tuvieron que gestionar análisis y terapias de rehabilitación en hospitales especializados, que valoraron positivamente en ambos casos.

4.2.1.2 Escolares (menores de 6 a 17 años de edad)

En relación con este grupo, los problemas identificados fueron, en orden de prioridad: accidentes por actividades

deportivas y lúdicas, IRAS, EDAS, problemas de salud mental, anomalías en la menstruación y un caso oncológico.

- **Accidentes por actividades deportivas y lúdicas.** Estas situaciones estuvieron entre las más frecuentes. Algunas de las madres refirieron casos de fracturas y roturas de piezas dentales que las condujeron a buscar atención odontológica. En otros casos, se habló de lesiones por caídas que sufrían los niños mientras jugaban con sus amigos, contusiones en las articulaciones por actividades deportivas y heridas en las extremidades. En un relato referido a uno de los menores, este aparecía siendo atendido por sus propios padres, ambos enfermeros, quienes se ocuparon de cerrar la herida de su hijo. En otra historia, a un menor se le negaba la atención en una posta médica, a pesar de haber sufrido lesiones de gravedad, por lo que fue necesario contactar telefónicamente a un traumatólogo venezolano, quien ofreció orientaciones a distancia para el manejo de dichas lesiones. En otros casos, los menores sí fueron atendidos en hospitales.
- **IRAS.** Cinco padres de familia dieron cuenta de crisis asmáticas e infecciones respiratorias sufridas por sus hijos. De algunos de estos menores se comentó que presentaron problemas coyunturales que partían de resfriados o gripes. De otros, en cambio, se mencionó que sufrían de problemas crónicos, como asma y tos alérgica, que se agudizaron en Lima. Al hablar de estos temas, todos enfatizaron el tema del clima frío y húmedo de Lima, particularmente en invierno. Por lo general, estos padecimientos fueron tratados mediante automedicación en farmacias o incluso con remedios caseros naturales, y solo los casos más complejos necesitaron atención en hospitales o, en un caso, en la Cruz Roja.
- **EDAS.** Este problema de salud se presentó también en el grupo de escolares, aunque en menor medida que en los infantes. Los síntomas aludidos fueron fiebre, diarreas y vómitos, aunque las causas eran percibidas de modos distintos. Se identificó, como la principal razón, el consumo directo de agua del grifo, asociado con carencias de recursos por los gastos que supone hervirla (como el consumo de gas) y el costo del agua embotellada. Un padre de familia lo explicaba de esta forma: *“Nosotros estamos viviendo en San Juan de Lurigancho. Entonces, él [su hijo] empezó a presentar problemas estomacales, diarrea, vómitos, dolorcitos que le daban por aquí, por allá. De*



verdad no sabíamos qué era (...). Justo estábamos en plena pandemia, a mí me habían sacado del trabajo y a mi esposa también, no teníamos dinero y justo le dio eso. Nosotros deducimos que pudo haber sido por el agua, ya que en ese momento, como estábamos cortos de dinero, estuvimos un tiempo tomando agua del grifo” (GF1, escolares).

- **Salud mental.** La salud mental de los niños en edad escolar también se vio afectada por la pandemia. Dos padres comentaron que sus hijos habían tenido dificultades para relacionarse con sus entornos y episodios de ansiedad. En el primer caso, de un niño con autismo moderado, el primer curso de acción referido fue la búsqueda de ayuda en una posta de salud, un intento que resultó infructuoso por la desatención hallada en ese servicio, lo que luego condujo a explorar posibilidades de apoyo en un hospital. En este caso, el problema inicial habría motivado en adelante una necesidad mucho más amplia de atenciones psicológicas y neurológicas. Convenientemente, el padre de este niño contaba con seguro de EsSalud, y además su madre coordinó con organizaciones no gubernamentales para que su hijo pudiera llevar un tratamiento especializado de costo accesible. El segundo caso, en cambio, hasta el momento de la entrevista no conseguía aún encontrar atención clínica.
- **Anomalías en la menstruación.** La menstruación y el desarrollo hormonal aparecieron como temas de discusión en relación con las mujeres adolescentes. Por ejemplo, se obtuvo información sobre el caso especial de una niña de diez años que comenzó a menstruar de manera irregular y a presentar dolores agudos, con sangrados que sus padres consideraban excesivos y que veían como “hemorragias” que duraban varios días. Por este motivo, la llevaron con un pediatra de una posta médica, quien solo les indicó que aquello era “normal” y que mejoraría con el tiempo. Pese a ello, la madre decidió tratar a su hija administrándole jugos de beterraga.
- **Enfermedad oncológica: leucemia.** El caso más grave descrito entre los participantes fue el de un niño de 13 años de edad diagnosticado con leucemia en octubre del 2020. Según su madre, esta circunstancia la llevó a movilizarse de distintas maneras para gestionarle el acceso al SIS, por la urgencia de su tratamiento. Por

esta enfermedad, sus padres tuvieron que recorrer diversos centros de salud públicos, incluyendo hospitales especializados para pacientes pediátricos y pacientes con enfermedades neoplásicas. Luego, ya con el SIS, el niño pudo ser tratado durante un año con quimioterapias, pasando después a una fase de control.

4.2.1.3 Adultos (de 18 a 59 años de edad)

Los principales problemas de salud en este grupo etario se asociaban con la dinámica y condiciones de vida de los migrantes venezolanos a su llegada a Lima, en aspectos como el trabajo precario, la inseguridad ciudadana y la pandemia. Algunas personas, no obstante, hicieron referencia a dolencias crónicas como el VIH, problemas circulatorios o discapacidad física. En este grupo, particularmente en lo que respecta a las mujeres, en varios grupos focales y entrevistas apareció como un tema importante el de las atenciones ginecológicas y obstétricas.

- **COVID-19.** Este fue un tema recurrente en las experiencias narradas por los adultos. En los grupos focales destacaron cuatro intervenciones referidas al problema, aunque por las conversaciones suscitadas en torno al asunto se pudo inferir que la mayoría de los participantes habría tenido COVID-19, con distintos niveles de afectación. En algunos casos, las historias apuntaban a posibles contagios colectivos en edificios multifamiliares o albergues donde residían, situaciones que no eran recordadas como eventos muy críticos o complicados. Más allá del malestar corporal o la imposibilidad de trabajar, los recuerdos se enfocaban por lo general en el tratamiento mediante la automedicación. En otros casos, se aludía a posibles exposiciones por contactos interpersonales en el marco de las actividades laborales. Así lo comprendían tres varones que decían haberse contagiado en este tipo de situaciones. Uno de ellos, vendedor ambulatorio de repuestos de celulares, reconoció que no solía usar elementos de protección contra el coronavirus, como mascarillas o alcohol. Otro se desempeñaba como guardia de seguridad en un mercado, mientras que el tercero trabajaba como encargado de un albergue de niños. Estos dos últimos señalaron haber tenido episodios graves de COVID-19, que motivaron el internamiento hospitalario de ambos.



- **Accidentes laborales.** Este problema afectaba sobre todo a los varones, por la realización de oficios que demandan un esfuerzo físico considerable bajo condiciones de informalidad y precariedad. Fueron varios los casos de personas que narraban historias en las que describían malas condiciones de trabajo. Un informante, por ejemplo, decía: “Llegando aquí a Lima, a los tres o cuatro días empecé a trabajar en una chatarrería en la Av. Grau. Estuve trabajando ahí durante dos o tres semanas. El trabajo era duro, hay montañas de chatarra. Entonces, una persona de arriba pasa las cosas a otra que está abajo, y la de abajo las pone en el camión. Yo estaba abajo. En eso, lanzan un motor y me cae en la sien. El motor debía pesar 17 kilos, pero cuando viene de arriba pa’ abajo pesa como 40 kilos por la velocidad. En sí, nunca perdí el conocimiento, pero cuando reaccioné bien ya estaba en el hospital. Para entrar eran diez soles para la consulta; luego, cobraron otras cosas. Gracias a Dios el jefe cubrió los gastos” (GF2, adultos). Si bien este trabajador mencionó que su empleador se hizo responsable de los gastos, agregó que el incidente le dejó secuelas que le impidieron mantener su ritmo laboral habitual.

En otro caso, un joven narró también sus experiencias en un accidente que tuvo cuando comenzaba a trabajar como ayudante en un taller mecánico. Según su recuento, en una oportunidad, mientras arreglaba un auto, una herramienta de elevación se movió y el vehículo le cayó encima. El impacto le afectó la columna y le fracturó el coxis, dejándolo sin sensibilidad en las piernas por más de un mes, tiempo en el cual recibió el apoyo del jefe del taller, quien asumió los costos de las atenciones médicas y otras necesidades. No obstante, aun habiendo pasado ya más de un año del accidente, este joven continuaba afectado por las secuelas de aquel episodio y sin poder trabajar en diversos rubros.

- **Enfermedades crónicas y discapacidad.** Tres mujeres y un varón narraron vivencias relacionadas con estos tipos de problemas. Dos de esas mujeres manifestaron que padecían de problemas cardiacos/circulatorios: una por hipertensión desde hacía treinta años, y la otra por arritmias cardiacas que se atendía en un servicio privado, luego de haber tenido una experiencia negativa en un hospital del MINSA. La tercera mujer dijo tener una discapacidad auditiva desde niña, a lo que atribuía no

haber podido conseguir empleo en el Perú, luego de haberse dedicado a trabajos de pastelería en su natal Venezuela.

De otro lado, en una entrevista individual un varón comentó que vivía con VIH por alrededor de veinte años. Él señaló que, a pesar de tener la infección controlada, su condición le habría impedido acceder a ciertos trabajos, sobre todo por el estigma asociado al Sida. Este participante indicó que se atendía en la posta de salud de su distrito, calificando muy positivamente el servicio que allí recibía: “Es excelente, desde el primer día tuvieron buena receptividad conmigo, con mi pareja también. Por cuestión de descarte a ella la tienen en evaluación; ella no es seropositiva, pero igual la chequean. La atención del licenciado, de las técnicas, la doctora, todo excelente” (Entrevista individual, adulto 1).

- **Atenciones ginecológicas y obstétricas.** Del total de mujeres participantes en los grupos focales, 13 de ellas tenían experiencias recientes de parto en el Perú, durante la pandemia, por lo que identificaron a los controles de pre y posparto como una importante necesidad de salud. Al compartir sus experiencias, todas enfatizaron las dificultades que atravesaron al llevar y atender sus embarazos alejadas de sus redes de cuidado y soporte cotidiano, y enfrentadas a un sistema de salud que solía anteponer la burocracia al derecho a la salud, más aún tratándose de inmigrantes indocumentadas. En su mayoría, señalaron que tuvieron sus controles de embarazo en postas de sus distritos de residencia. En contraste, al menos una madre (que se encontraba en estado de gestación durante el estudio) refirió haber vivido sucesivas experiencias de discriminación en uno de esos servicios, por lo que aún no lograba acceder a sus controles prenatales. Algunas de estas mujeres dijeron haber complementado sus controles con ecografías tomadas en laboratorios particulares. A pesar de las dificultades que tenían para costearlos, valoraban que dichos exámenes les permitieran tener información adicional sobre el desarrollo de sus bebés. En general, los controles les servían para la toma de ecografías y recibir suplementos como sulfato ferroso o ácido fólico. En casos más complejos, como los de preeclampsia, hiperémesis gravídica, infecciones o malformaciones del feto, estos fueron derivados a hospitales.



En los grupos focales, uno de los primeros temas de interés común fue el momento de la atención de los partos. Los ocurridos durante el período de confinamiento, bajo la pandemia, implicaban por lo regular la aparición de dificultades y el seguimiento de protocolos que se sumaban a la relativa precariedad con la que estas mujeres recuerdan sus atenciones prenatales. En estos eventos críticos, una primera diferencia giraba en torno a los hospitales: las que acudieron a algunos hospitales nacionales se mostraban insatisfechas por el trato descuidado y hostil que decían haber recibido por parte del personal de salud; en cambio, quienes daban a luz en otros hospitales públicos e institutos maternos especializados tuvieron comentarios más positivos sobre la atención.

Otra importante diferencia se presentaba entre las madres primerizas y las que tenían experiencias previas de maternidad, pues las primeras enfatizaron el nerviosismo y temor que sentían durante los procedimientos obstétricos. Luego, se pudo identificar una diferencia adicional con respecto al apoyo que recibían de sus parejas. Dado que en varios momentos requirieron del soporte de acompañantes (por ejemplo, al conversar con los médicos o durante el posparto), las madres resaltaron el punto de que los hospitales permitieran o no el acompañamiento de sus esposos o parejas.

Con excepción de un par de casos, generalmente los partos fueron naturales. El primer momento que solían recordar es la ruptura de fuente, que las ponía en aprietos para movilizarse hasta el hospital, sobre todo en las historias de quienes habían pasado por esto en el contexto de restricciones de movilidad impuestas en los primeros meses de la pandemia. Ya en el hospital, los momentos más incómodos y dolorosos eran el trabajo de parto y la dilatación progresiva, que podía tomar varias horas, e incluso días en un par de casos. Todas las madres recordaban con gran desagrado el descuido y las faltas éticas que notaban durante los tactos vaginales, realizados a veces en presencia de grupos o por internos de medicina sin pedirles el consentimiento.

De otro lado, entre algunas madres afloró el recuerdo de enfermeras que minimizaban sus dolores asociados con las contracciones, y que las hacían caminar para

aumentar la dilatación, buscando que los partos demoren menos en camilla. Dos de ellas señalaron enfáticamente que los diagnósticos que les ofrecieron médicos y enfermeras no habían sido precisos, y que solo fueron atendidas luego de que efectuaran insistentes reclamos, al encontrarse sus bebés ya con la cabeza afuera del canal vaginal. Otras mujeres, quienes referían que sus trabajos de parto habían tardado más tiempo del esperado, mencionaron que se les administró oxitocina para acelerar la dilatación.

También fueron señalados como episodios críticos los procedimientos de la cesárea, y de la episiotomía en partos naturales. Tres de las madres ofrecieron sus recuentos de lo dolorosos que habían resultado para ellas dichos procedimientos, precisando que habían percibido insensibilidad y descuido por parte del personal de salud que los realizaba. Las tres subrayaron que les habían efectuado prácticas como cortar, drenar y hacer puntos de sutura sin anestesia. Una de ellas, por ejemplo, detalló que durante la cesárea que se le practicó se había generado una acumulación de líquido (seroma), que debía ser drenado mediante una apertura parcial de la herida, lo cual se le realizó sin aplicársele anestesia. De acuerdo con su relato, el médico a cargo del procedimiento minimizó su dolor aludiendo a la presencia de algunos tatuajes que ella tenía en el cuerpo.

En otro caso, una joven de 18 años de edad recién cumplidos, que había tenido un embarazo anembrionario, declaró haber sido víctima de comentarios bastante agresivos y discriminadores por parte de una enfermera, quien -según su recuento- asumía que ella se había realizado un aborto. Seguidamente, fue subida a una camilla ginecológica (denominada "burro" en el lenguaje del lugar) donde le realizaron la extracción sin el uso de anestesia, ni en ese momento, ni después cuando, a pesar de que la cabeza del bebé ya había salido, se le practicó un corte adicional para ensanchar más la abertura vaginal, a lo que se suma que tampoco le administraron anestesia al hacersele la sutura final. En todas estas narraciones, las mujeres evocaban esos episodios en servicios peruanos de salud como los más dolorosos que habían experimentado en sus vidas, no solo por el sufrimiento físico sino también, significativamente, por la indignación que les generaba haber sido víctimas de maltratos tan severos.



De otra parte, el recibir a los bebés luego del parto venía rodeado de temores adicionales. “En el hospital [X] roban/cambian niños...”, fue un comentario que se repitió al menos un par de veces, y que también otras mujeres reconfirmaban en sus intervenciones. Se trataba de un temor que se alimentaba con diversas experiencias hospitalarias, marcadas por la incertidumbre que se generaba entre las mujeres por la poca claridad de la información que se les proporcionaba sobre los procedimientos y políticas, sumándose a todo esto la vulnerabilidad y discriminación que sentían debido a la irregularidad de sus documentos migratorios y su condición socioeconómica. De ahí que resaltarán el estrés y angustia que les causaba la demora en la entrega de sus bebés.

Una de estas mujeres, quien dijo haber dado a luz a primera hora de la mañana, comentó que hasta la noche de aquel día no había quién le diera razón sobre su bebé, y que se lo entregaron solo luego de realizar ella insistentes reclamos ante una doctora de turno. Y lo que más le alarmó en aquella situación fue que le mostraran dos bebés sin brazalete, pidiéndole que ella misma seleccionara cuál de ellos era el suyo: “Yo reconocí a mi hijo porque yo lo saqué por mi cuenta, lo cargué, lo

puse a mi pecho y le di a lactar. Y yo creo que, para una madre, esa cara nunca se le va a olvidar. Cuando a mí me traen a los dos bebés, y la enfermera tiene el descaro de preguntarme cuál de los dos es mi hijo, porque ninguno tenía el brazalete de identificación (...) Mi hijo nació con un lunar rojo, parecía como una verruguita en la espalda. Yo le levanté la camisa a los dos bebés y logré identificarlo, automáticamente al verle el lunar yo dije ‘este es mi bebé!’...” (GF1, infantes). Otras madres ofrecieron recuentos de casos menos graves, pero en los que aparecía como una constante su aguda preocupación frente a la demora e incomunicación del personal de salud respecto de la situación de sus bebés.

Además de los controles de embarazo y procedimientos clínicos para la atención de sus partos, otras madres dijeron haber experimentado algunos problemas más específicos. Es el caso de una mujer de unos 30 años de edad, quien presentó nódulos mamarios. Mediante una persona que conoció en su iglesia evangélica, ella pudo tomar contacto con un oncólogo y un ginecólogo, quienes le dieron citas adicionales gratuitas para descartar alguna complicación.



4.2.1.4 Adultos mayores (de 60 a más años de edad)

Las principales necesidades de salud de los adultos mayores entrevistados estuvieron relacionadas con el deterioro corporal que comúnmente se presenta en esta etapa de la vida, así como algunas enfermedades crónicas. En varios casos, sin embargo, se refirió que estos padecimientos se agravaban por las rutinas laborales y exigencias físicas que estas personas debían seguir realizando para conseguir sus medios de vida. A continuación, se muestra un análisis de los hallazgos cualitativos para este grupo etario en las siguientes categorías:

Problemas articulares y de los huesos. Más de la mitad de los entrevistados mencionaron haber tenido dolencias relacionadas con el deterioro de las rodillas y la columna (en especial en la zona lumbar). Quienes en este grupo se dedicaban al comercio ambulatorio asociaban estos tipos de malestares con sus actividades laborales, como el hecho de caminar largas distancias, levantar pesos o acarrear sus mercancías, que veían como desencadenantes de dolores en general, desgastes de articulaciones, dolores agudos del nervio ciático y escoliosis lumbar. Entre los cursos de acción frente a estos problemas, se hizo referencia a la automedicación eventual con colágeno y analgésicos, la búsqueda de atención en hospitales municipales o clínicas privadas, y solicitudes de asistencia o consejos por vía telefónica. Tres mujeres de este grupo manifestaron que sufrían de deterioro óseo. Una de ellas padecía de hinchazón en las rodillas, para lo cual se automedicaba con Glucosamina. La segunda protestaba por la imposibilidad de hacerse controles de densitometría ósea para prevenir la amenaza de osteoporosis. Y la tercera, por su parte, comentó que padecía de fuertes dolores de espalda, lo que atribuía a sus labores de cuidado de la salud de su esposo, de quien dijo que había tenido accidentes cerebrovasculares unos meses antes de fallecer por la COVID-19.

Enfermedades crónicas. En este rubro, los principales problemas fueron la hipertensión, la diabetes y algunos problemas digestivos, generalmente diagnosticados años atrás, en Venezuela, y que los participantes se venían tratando mediante la automedicación y recurriendo por sí mismos a farmacias, lo que exigía que destinen parte de sus presupuestos diarios a la compra de medicinas. Por lo regular, los relatos referidos a enfermedades crónicas

provenían más de mujeres que de varones: de los ocho casos de personas afectadas por condiciones crónicas, solo uno correspondió a un varón, quien sufría de hipertensión y colesterol alto. Este adulto mayor indicó, además, que en paralelo a la atención que había buscado en una clínica trataba sus problemas circulatorios por su propia cuenta con remedios naturales, como leche con ajo e infusiones de flor de Jamaica. No obstante, precisó que tenía dificultades para mantener ciertas dietas y restricciones en su alimentación, por estrecheces económicas asociadas con su adaptación al Perú.

COVID-19. Este problema de salud fue bastante común entre los participantes en el estudio. A pesar de no figurar como la enfermedad más grave, en la mayoría de los casos se mencionó como un marcador de tiempo de los últimos dos años. Dos personas señalaron que la COVID-19 les había dejado secuelas importantes, como dificultades respiratorias o dolores musculares, mientras que una mujer la asociaba con fuertes afectaciones de su salud mental debido al fallecimiento de su esposo. Para otros, la coyuntura de la pandemia había significado un deterioro de la calidad de atención que recibían por otros problemas de salud, tanto en centros públicos como privados.

Prostatitis. Tres varones manifestaron que sufrían de prostatitis. Además de vincularla con la edad, uno de los participantes entendía que su inflamación de la próstata se habría intensificado por el trabajo físico que realizaba, como ayudante de construcción, a sus sesenta años de edad. Otro varón indicó que años atrás, por realizar el mismo trabajo, se le había presentado una hernia inguinal para la cual requería de una operación.

Salud ocular. Dos personas, ambas dedicadas al comercio ambulatorio, informaron que tenían cataratas. El caso más grave fue el de un hombre de 68 años de edad, quien dijo que atravesaba una muy rápida degeneración de su vista, que lo obliga a solicitar el apoyo y acompañamiento de sus menores hijas para realizar sus ventas en las calles. Él atribuía la causa de su limitación a sus años de trabajo como transportista nocturno. A pesar de su necesidad urgente de una intervención quirúrgica ocular, su documentación le resultaba una barrera importante para acceder al SIS.



4.2 Percepciones sobre los principales determinantes sociales de la salud

El panorama expuesto sobre los principales problemas y necesidades de salud de esta población pone de manifiesto la presencia de determinantes estructurales a tomar en cuenta. Estos son: i) proceso migratorio; ii) vivienda y servicios básicos; iii) empleo digno; iv) inseguridad ciudadana; v) carga del cuidado; y vi) emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19.

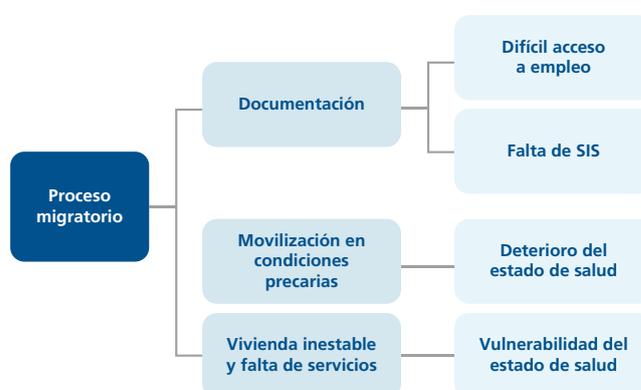
4.2.2.1 Proceso migratorio

El proceso de migración de Venezuela al Perú es el primer factor determinante de un impacto en la salud de esta población. En la mayor parte de los casos, la migración ocurría bajo condiciones muy precarias, con recorridos de largas distancias a pie, sueño a la intemperie y alimentación deficiente. Como consecuencia de las penurias experimentadas durante estos tránsitos, los migrantes sufrían deterioros de su salud, lo que en casos extremos significó, incluso, que algunas personas perdieran la vida antes de alcanzar sus destinos. Así lo narraba un informante adulto mayor: *“Tengo 61 años. He recorrido Colombia, Ecuador, y ahora llegué a Perú caminando. Contando desde noviembre, tengo aproximadamente tres meses caminando y agarrando vehículos. He visto la necesidad en Venezuela. He visto a jóvenes desmayarse por el sol y el calor o, incluso, morir en las montañas de Berlín, Colombia, por el frío. Vengo del estado de Falcón y dejé a mi familia allá. Salí por la necesidad, no porque yo quiera estar acá. Ningún venezolano quiere estar acá. Es por necesidad”* (GF2, adultos mayores).

Al llegar al Perú, la falta de acceso inmediato a una vivienda digna y servicios básicos tuvo un impacto adicional (como se describirá en el siguiente punto). Aspectos como el clima de Lima o el haber llegado durante el invierno repercutían también en la salud, sobre todo de los menores y adultos mayores, aunque esto podía afectar en general al conjunto de esta población escasamente habituada a las nuevas condiciones climáticas: *“Yo llegué aquí en invierno. Allá en mi ciudad el clima es diferente. El invierno peruano tiene humedad. Yo, después de que llegué acá, se me trancó el pecho. Fui a una farmacia a comprarme un jarabe. Pregunté, y costaba sesenta soles. Le dije que*

no quería la caja, sino una unidad, y la señorita me contestó que así costaba uno” (GF2, adultos mayores). Bajo estas circunstancias, el no contar con documentos era también un factor que agudizaba la situación de vulnerabilidad, al impedir el acceso al SIS y a ciertos trabajos (temas que igualmente se abordan más adelante).

Gráfica 12. Implicancias del proceso migratorio en la salud de los migrantes venezolanos



Un elemento adicional relacionado con este tema son las redes de soporte que se fortalecen o debilitan con el proceso migratorio, y que constituyen un recurso muchas veces determinante en la solución de problemas de salud, tanto durante la trayectoria de movilización como en el país receptor. En este aspecto, el rol de las redes familiares varía en función de las distintas experiencias. En algunos casos, primero migró el varón adulto, quien se reúne posteriormente con la esposa y los hijos en el Perú, luego de lograr una relativa estabilización laboral. En otros, frecuentemente entre parejas jóvenes, ambos migraron juntos llevando a sus pequeños hijos. Y hay también quienes migraron no solo como familia nuclear, sino incorporando también a hermanos y más adelante a sus padres adultos mayores. Asimismo, las distintas configuraciones familiares definían algunos patrones diferenciales en las formas de atravesar procesos de enfermedad y acceso a la salud: mientras mayores y más nutridas eran las redes familiares, mayores eran también las posibilidades de apoyo mutuo y asistencia económica para afrontar los problemas de salud. Y, por oposición, los casos más difíciles o complicados en materia de salud se asociaban comúnmente, entre otras



cosas, con la carencia o estrechez de redes familiares.

Otros vínculos importantes han sido también las redes amicales de conciudadanos y algunas conexiones con peruanos. En su mayoría, estas redes se formaban con compañeros de trabajo, vecinos, madres de niños de la misma edad, o incluso empleadores o personas que rentan espacios de vivienda. Además del soporte emocional y algunas veces económico, a través de estas relaciones se intercambian opiniones y experiencias sobre la calidad de algunos centros de salud o las aptitudes de ciertos médicos especialistas, así como informaciones útiles o recomendaciones sobre procedimientos para acceder a la atención en centros de salud.

Adicionalmente, se identificó a las redes establecidas a partir de comunidades religiosas como recursos sociales muy relevantes para el acceso a salud. Varios de los participantes señalaron que profesaban la fe cristiana y asistían a actividades diversas ligadas a sus cultos. Algunos, incluso, ocupaban cargos al interior de sus comunidades religiosas desde antes de migrar al Perú. En otros casos,

las redes de “hermanos” cristianos que los participantes llegaban a conocer en este país, sobre todo venezolanos, fueron un importante soporte espiritual y fuente de consejos para la solución de problemas de salud. Por ejemplo, dos informantes mencionaron que habían logrado acceder a contactos directos con trabajadores de salud que compartían la misma fe.

De este y otros modos, la pertenencia a comunidades religiosas se erigió como un importante factor diferenciador de las trayectorias de atención, pues en el marco de estas redes se compartía no solo información sino también una ética cooperativa y solidaria entre sus miembros. A esto se añade el carácter relativamente transversal de las conexiones, que podían trascender las condiciones socioeconómicas y facilitar el acercamiento a personas de diversos estatus y grupos sociales, incluyendo a profesionales de la salud.



Foto: Acción contra el Hambre



4.2.2.2 Acceso a vivienda y servicios básicos

A partir de las experiencias narradas, se identificó una probable relación entre la prevalencia de ciertas enfermedades, las condiciones de vivienda y el acceso a servicios básicos. En todos los grupos etarios, aunque más acentuadamente en los infantes y escolares, las EDAS aparecieron como una constante. Entre las causas que los informantes reconocían, una de las más destacadas era la dificultad para mantener la higiene en la alimentación por la falta de acceso a agua potable. Otra fue la escasez de dinero para la compra del combustible que serviría para hervir el agua, por lo que muchas veces las familias la consumían directamente del grifo. No extraña, por tanto, la notable presencia de EDAS en infantes, escolares e incluso en adultos. De acuerdo con un participante: *“También me dio diarrea porque tomaba agua del grifo. Por eso empecé a comprar agua, porque a toditos de la familia nos dio. Acá no se hierva el agua porque el gas es solo para cocinar”* (GF2, adultos). Situaciones parecidas podían ocurrir en los albergues donde residían algunos, por el mismo motivo del racionamiento de los recursos y los costos tanto del combustible como del agua embotellada.

El tipo de vivienda se reconoció también como un determinante de vulnerabilidad. Llegar a Lima significó, para la gran mayoría de los informantes, enfrentarse a un clima frío y húmedo que contrastaba con el de sus lugares de origen y el norte peruano, en tanto que las precarias viviendas a las que tenían acceso no contribuían

a la adaptación y protección frente a este clima. Así, especialmente durante el invierno y el otoño, esto generó diversas complicaciones de salud respiratoria sobre todo entre los más pequeños. En otros casos, se agravaban condiciones preexistentes de asma, se generaban gripes o reaparecían alergias crónicas. Un aspecto adicional asociado con la vivienda fue la falta de estabilidad debido a las dificultades que se les presentaban para los pagos de alquileres, un problema concomitante con el de la mala alimentación y nutrición. Por ejemplo, dos gestantes comentaron que habían atravesado una gran inestabilidad residencial durante los primeros meses de su llegada a Lima, incluyendo largas horas de permanencia en las calles intentando conseguir dinero. Una de ellas vinculaba esta situación con un proceso de desnutrición severa que sufrió su hijo, mientras que la otra participante asociaba una experiencia similar con la anemia que sufrían ella y su hija.

Dadas estas carencias en la vivienda, los albergues fueron considerados soportes muy valiosos para asegurar ciertas condiciones de vida mínimamente aceptables, al menos de modo temporal. En varias de las entrevistas, los participantes resaltaban lo mucho que valoraban el haber sido acogidos en refugios de congregaciones religiosas, por ejemplo, donde tenían acceso a tres comidas diarias y un techo, condiciones básicas que a muchos les resultaba difícil solventar por su cuenta en esa etapa inicial del arribo a Lima.

Gráfica 13. Determinantes sociales: factores vinculados con la vivienda y los servicios básicos





4.2.2.3 Acceso a empleo digno

Así como la vivienda, el acceso a empleo digno es también un determinante fundamental de la salud en varios sentidos. En primer lugar, porque permite el sustento básico para la unidad familiar, que se traduce en vivienda y alimentación. Dos casos recogidos ilustran el impacto negativo que trae la imposibilidad de conseguir empleo remunerado, especialmente entre los adultos varones, no solo en el terreno de las condiciones de vida sino también en el de las relaciones intrafamiliares. Uno corresponde a una mujer gestante, quien señaló que al llegar a Lima sufrió varios episodios de violencia física de parte de su pareja, “debido al estrés y frustración” de él por no encontrar empleo en Perú, circunstancia que la condujo a buscar refugio y soporte en un albergue. En el otro caso, un varón de cerca de cuarenta años de edad narró cómo la pérdida de empleo le generó un muy severo episodio de estrés emocional, a lo que se añadieron las fuertes secuelas que le dejó el haber enfermado por COVID-19 y que igualmente limitaban su empleabilidad. Según su relato, sobre todo los primeros momentos de desempleo, enfermedad y apuros económicos le produjeron insomnio y depresión por sentir que, lejos de ser un soporte económico para su familia, se había convertido en “una carga” para ella.

La dimensión del trabajo involucra los tipos de actividad de los migrantes y sus condiciones laborales, muchas veces marcadas por la precariedad e informalidad. El ejemplo más claro de ello son los accidentes laborales, un tema que en la sección anterior se describió como un condicionante de las necesidades de salud en el grupo de adultos. En dichos eventos, fueron los jefes o “patrones” quienes asumían los costos de la atención de refugiados que se encontraban indocumentados y, por lo mismo, no tenían acceso al SIS. En situaciones distintas, los trabajadores migrantes ensayaban formas de empleo o autoempleo que implicaban constantes interacciones sociales y los exponían notablemente al riesgo de contagio de COVID-19. En dos casos de este tipo, las complicaciones derivadas de esta enfermedad motivaron internamientos hospitalarios e incluso ingresos a servicios de cuidados intensivos.

De otro lado, especialmente en varones de edades avanzadas, la dedicación a labores demandantes en esfuerzo físico agudizaba desgastes y dolencias preexistentes asociadas con el propio envejecimiento. Y así también, como

Gráfica 14. Consecuencias del trabajo precario en los migrantes y refugiados venezolanos



consecuencias adicionales y frecuentes del trabajo precario se presentaban enfermedades como IRAS y EDAS, particularmente en menores que acompañaban a sus padres en actividades como el comercio ambulatorio. Una madre, por ejemplo, señaló en un grupo focal que su trabajo en la calle, junto a toda su familia, complicaba sus posibilidades de mantener prácticas adecuadas de higiene, siendo esta -desde su perspectiva- la causa más probable de una intensa infección estomacal que había sufrido.

No sobra destacar aquí que, para los adultos, destinar tiempo a la atención de sus problemas de salud o los de menores a su cargo implicaría dejar de trabajar durante varias horas o solicitar permisos en sus trabajos. Pero, dadas sus precarias condiciones de empleo y autoempleo, el suspender las actividades económicas por tener que acudir a un hospital se convertía en una opción reservada solo para casos muy graves o de emergencia, mas no para la prevención o la atención oportuna de enfermedades.

En otras historias, algunos trabajadores migrantes recurrían a la automedicación y la búsqueda de asistencia en farmacias, un escenario muy distinto del que se presentaba bajo condiciones laborales más favorables, en las que algunos otros trabajadores lograban, incluso, acceder al aseguramiento de EsSalud. Así ocurría, por ejemplo, en las historias de dos personas: una que daba cuenta de su internamiento en una UCI por causa de la COVID-19, y otra que había conseguido acceder a tratamientos para



su hijo que presentaba un cuadro de autismo moderado. A pesar del tiempo de demora para las atenciones, estos informantes reconocieron una mejor calidad de atención y una cobertura total de los medicamentos.

4.2.2.4 Inseguridad ciudadana

Si bien el Perú y Venezuela tienen en común la presencia de altos niveles de criminalidad urbana, esta problemática afecta sobremedida la salud y bienestar de poblaciones particularmente vulnerables, como es el caso de muchos migrantes y refugiados venezolanos en Lima. Así se observa, por ejemplo, en los casos de tres varones adultos que narraron sus experiencias de inseguridad y victimización por violencia delictiva, vinculadas con las condiciones de desprotección en sus distritos de residencia, y con el ejercicio de actividades laborales que igualmente los exponían al riesgo de sufrir violencia.

En uno de estos casos, un participante en el estudio refirió haber recibido múltiples impactos de proyectiles de arma de fuego en las piernas, durante un asalto en el que se le despojó de su motocicleta. Según su recuento, desde su recuperación de aquel suceso ha venido padeciendo una "semi discapacidad", por las hinchazones que sufre en las piernas al realizar caminatas prolongadas, a lo que se añade la intensificación de sus dolores en los momentos más fríos del año en Lima, todo lo cual le impide desarrollar sus actividades con normalidad.

Otro informante, por su parte, compartió también una de las experiencias que dijo haber tenido en Lima, referida a un asalto del que fue víctima al salir de su trabajo, que le causó no solo una lesión, sino que lo expuso también a una aparente situación de rechazo por su nacionalidad en un servicio de salud. En dicha ocasión, de acuerdo con su relato, luego de oponer resistencia frente a un grupo de asaltantes, estos le propinaron una golpiza que le fracturó la clavícula: *"Yo tenía siete meses de estar aquí, y un día, en Breña, por [la avenida] Tingo María, me salieron tres 'manes' con pistola. Como no quería dejarme robar, me dieron con la cachá. Me tiraron al suelo y me dieron duro. De ahí fui al hospital y llegó la policía. Les comenté el caso. Y ya el médico me mandó a hacer unos exámenes, una resonancia magnética (...). Fui al de San Juan de Lurigancho. Yo mismo fui para allá porque en el*

[Hospital] Loayza no me atendieron por ser extranjero" (GF2, adultos).

En el tercer caso, otro participante dio cuenta también de un asalto, que tuvo lugar en la puerta de su casa. En el relato de su experiencia, su pareja aparecía siendo víctima de una herida por arma blanca en el brazo, mientras que él caía sobre una vereda y sufría una fractura en la rodilla, lesión que luego le trajo como consecuencia la pérdida de su trabajo.

Más allá de lo que concierne al ámbito estrictamente criminal, el propio ambiente conflictivo de la ciudad de Lima puede ser una fuente de riesgos, violencia interpersonal y lesiones. Es lo que nos transmite la narración de otro informante, quien mencionó que por su trabajo como taxista, y a raíz de un choque que tuvo con el vehículo de otro conductor, este último lo atacó cortándole el rostro con un cuchillo. Como se puede apreciar, tanto en este caso como en los anteriores las carencias en seguridad se conectan estrechamente con la salud, las secuelas dejadas por lesiones y hasta la posibilidad de trabajar.

4.2.2.5 Carga del cuidado

Entre los determinantes sociales de la salud de la población migrante venezolana, específicamente de las mujeres de esta población, se puede integrar el trabajo de cuidado que ellas realizan con sus familias. Mientras que gran parte de los varones tenían o buscaban un empleo remunerado, las mujeres del estudio solían efectuar labores que hacen parte del cuidado familiar y doméstico, como ocupaciones principales que absorbían su tiempo. Esto se pudo observar, incluso, durante la propia organización y conducción de los grupos focales. Las que participaron en el grupo de madres de infantes, por ejemplo, en seis casos se presentaron a la reunión con sus niños.

Algunas llegaron acompañadas de sus hijos mayores, familiares, o amigas a quienes encargaban el cuidado de sus hijos pequeños mientras ellas participaban en la reunión. Otras mujeres, en cambio, se las arreglaban para ocuparse solas de sus hijos, a quienes llevaban cargados. No obstante, estas labores no suelen ser valoradas como un tipo de trabajo, o se les asume simplemente como "no hacer nada". En contraste, fueron muy pocas las



participantes que realizaban algún trabajo remunerado fuera del hogar, o que complementaban el trabajo doméstico con alguna actividad laboral a tiempo parcial.

El impacto de este determinante social se evidencia en las limitaciones que las mujeres afrontan en la atención de sus necesidades de salud, ya sea porque su tiempo suele estar comprometido en asuntos cotidianos de la vida doméstica, o por la carencia de recursos propios, tratándose de mujeres que por lo regular dependen económicamente de sus parejas. Y la postergación de su propio bienestar físico y emocional se acrecienta cuando, además de sus múltiples ocupaciones, deben hacerse cargo del cuidado de familiares que presentan problemas de salud, ya sea que se trate de eventos puntuales, o de una dedicación a miembros de la familia aquejados por enfermedades crónicas o degenerativas. Así pues, la carga femenina del cuidado se pone de manifiesto durante el embarazo y la etapa posparto, en la crianza de infantes y escolares, y en no pocas ocasiones en la atención de adultos y adultos mayores, todo lo cual tiende a reducir más aún las posibilidades de estas mujeres de ocuparse de su propia salud, de acceder a oportunidades laborales, etcétera. Aquí cabe puntualizar que la responsabilidad del cuidado implica un rango amplio de actividades de gestión del tiempo, el dinero, y la búsqueda constante de información y redes de soporte.

4.2.2.6 Emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19

Si la condición de refugiados y migrantes había puesto a estas personas y familias en situaciones de vulnerabilidad muchas veces extremas, es innegable que la pandemia de COVID-19 agravó más aún este escenario, en materia de salud y en varios otros aspectos. En primer lugar, el confinamiento incrementó la irregularidad y escasez de empleo para los migrantes adultos y adultos mayores. Como ellos mismos dijeron, sus principales fuentes de empleo e ingresos se cerraron abruptamente, y permanecieron reducidas en adelante por espacio de dos años, en sectores tan importantes como la construcción y el comercio, por ejemplo. Ante ese panorama, muchos de los participantes varones sobre todo manifestaron que comenzaron a dedicarse al autoempleo a través del comercio informal. Frente a la enorme relevancia que los participantes le otorgaron a la dimensión laboral y

económica durante la pandemia de COVID-19, el impacto en la salud parecía ser menos evidente. Salvo en los casos en que la enfermedad se complicó o dejó secuelas en el organismo, el impacto en la salud individual o familiar se percibía como algo menor. No obstante, algunas madres de familia sí resaltaron que el aislamiento social había afectado la salud mental y el desarrollo psicoemocional de los niños y adolescentes. El cierre de centros educativos y las restricciones de circulación para los menores en ciertos espacios fueron vistos como perjudiciales. Como se mostró en una sección anterior, se presentaron algunos casos de ansiedad y problemas para socializar.

Otra importante consecuencia de la pandemia fue la saturación de centros hospitalarios, y con ello el debilitamiento de la atención de otras condiciones de salud distintas de la COVID-19. Si bien los controles de gestantes e infantes no tuvieron complicaciones generalizadas, las atenciones de enfermedades eventuales o accidentes sí se vio obstaculizada por la coyuntura. Por un lado, algunos informantes mencionaron que en ciertas postas de salud las citas debían solicitarse mediante mensajería de WhatsApp, lo que dificultaba el acceso a un sector de la población que no manejaba este tipo de medios. Sumado a esto, se postergaba la atención de dolencias de personas de otros grupos etarios, como los adultos mayores. Varios señalaron que tuvieron que incurrir en gastos mayores al acudir a consultorios privados por la demora en las citas de ciertas especialidades en el sistema público (como análisis, traumatología, urología y cardiología).



4.2.3 Percepciones sobre las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud

4.2.3.1 Barreras para el acceso a los servicios de salud

A partir del análisis de la información obtenida, fue posible identificar dos principales tipos de barreras para el acceso a los servicios de salud: i) barreras vinculadas directamente con los migrantes venezolanos usuarios de los servicios, y ii) barreras del propio sistema de salud. En el primer caso, está la falta de documentos para la tramitación del acceso al SIS. En el segundo, afloraron una diversidad de elementos y factores: la burocracia estatal, el gasto de bolsillo, la calidad de la atención, y la discriminación y xenofobia contra los migrantes venezolanos. El siguiente gráfico sintetiza estos puntos:

Barreras vinculadas a los migrantes y refugiados venezolanos

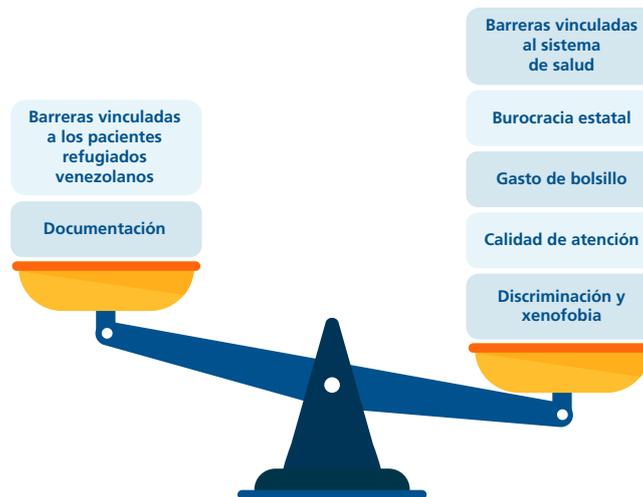
Documentación

Esta fue la barrera más importante para el acceso a la atención de salud en esta población. Los entrevistados solo en una pequeña minoría contaban con Carné de Extranjería, siendo estos por lo general las personas mejor establecidas en el Perú o que tenían una mejor condición económica. En su mayoría, los participantes indicaron que disponían solo de permisos temporales de residencia: el Carné de Permiso de Permanencia (CPP) si es que habían ingresado al país hasta el 2020, o el Permiso Temporal de

Permanencia (PTP) si el ingreso había ocurrido de 2021 en adelante. Pero había también casos de migrantes que no contaban con ningún documento migratorio. Esto sucedía, generalmente, entre personas que desconocían la información sobre los trámites o que tenían dificultades de tiempo o dinero para realizar dichas gestiones.

De otro lado, los cambios en los flujos de atención de las oficinas estatales debido a la pandemia generaron también importantes demoras o dificultades, sobre todo en 2020. Una de las madres entrevistadas comentó, por ejemplo, que su bebé solo contaba en esa época con el Certificado de Nacido Vivo, puesto que la atención en el RENIEC (registro de identidad) se vio afectada por la pandemia y no pudo gestionar el DNI del menor. Esta madre señaló que, a consecuencia de ese problema, se le negaron las atenciones en la posta de salud y que fue recién al quinto mes que su bebé pudo acceder a vacunas. Según refirió, su niño había sido inscrito en otra posta, y tuvo que realizar un pago directo al personal de salud para que su bebé sea inscrito en el SIS y se le puedan administrar las vacunas atrasadas: *“Una de las principales molestias mías, aquí en el Perú, fue que como mi hijo nació en plena pandemia -no sé si les habrá pasado-, RENIEC estaba cerrada. No me querían afiliar a mi hijo al SIS con el certificado de nacido vivo, no lo querían vacunar. Mi hijo, la primera vacuna se la colocaron a los ocho meses. Viviendo yo en San Juan de Lurigancho, tuve que venirlo a vacunar a la posta del Cerro El Pino, acá en La Victoria, porque le pagué a la*

Gráfica 15. Barreras para el acceso de migrantes venezolanos a servicios de salud





muchacha de admisión cincuenta soles para que me le abriera una historia médica y le colocaran las vacunas a mi hijo” (GF1, infantes). Sobre la base del análisis de historias recurrentes de problemas con la documentación en el momento de la búsqueda de atención y la inscripción en el SIS, se puede afirmar que este es un problema mayor para el acceso a los servicios de salud, donde regularmente podían ser admitidos solo quienes poseían el Carné de Extranjería, mientras que se les presentaban diversos tipos de obstáculos a quienes únicamente contaban con permisos temporales. No obstante, cabe precisar que había también ciertas excepciones entre los poseedores de estos permisos, como las gestantes, quienes solían ser inscritas al SIS de forma automática, y los niños de cero a cinco años. Quienes no forman parte de estos grupos, en ocasiones podían acceder a algunas atenciones luego de realizar pagos por consultas, medicamentos y análisis. En esto, los participantes reconocían un marcado contraste con los esquemas que les eran habituales en Venezuela, donde -según señalaron- desde antes de la pandemia el acceso a la salud era universal y gratuito, incluso para extranjeros.

Barreras vinculadas al sistema de salud

Burocracia estatal

La burocracia fue reconocida como una barrera significativa en los recuentos de sucesos relacionados con dificultades para la activación del SIS, así como con los tiempos y gestiones para acceder a consultas y atenciones de emergencias. El tiempo y esfuerzo invertidos en transitar por la burocracia llevaban a que los migrantes perciban al sistema de salud como un aparato insensible que no prioriza la salud de los pacientes, y que en cambio condicionan la atención por una suma de requisitos, como la documentación regularizada; pagos previos a las consultas o análisis, incluso en situaciones de emergencia; y la realización de engorrosos procedimientos administrativos por parte de los usuarios, por ejemplo cuando debían efectuarse referencias entre centros de salud o especialidades. Por todo eso, la atención de salud solía ser apreciada como rígida y confusa a la vez, sin orientaciones adecuadas que faciliten a los pacientes el cumplimiento de los numerosos requerimientos que se les exigían en diversos tipos de gestiones y oficinas.

“La salud es demasiado protocolar”, manifestaba un adulto entrevistado, al recordar los trámites que había

tenido que realizar en su último internamiento a raíz de que cayó enfermo por COVID-19. Una sensación relativamente frecuente entre los participantes era la de “ser peloteados” por largas horas e incluso días, al tener que enfrentarse a oficinas y procesos complicados cuando necesitaban ser atendidos. La siguiente descripción, obtenida en un diálogo que tuvo lugar en un grupo focal, ilustra en algo la manera en que las imposiciones burocráticas, en situaciones de emergencia, podían terminar vulnerando el derecho a la salud: *“Una vez a mi nietecito lo mordió un perro, y ellos lo llevaron al [Hospital] Cayetano [Heredia]. Le preguntaron si tenía SIS. Justo en ese tiempo se lo habían sacado recién el SIS, se lo revisaron y le dijeron que solo le servía para servicio en las postas. Y como la posta solo funciona de lunes a sábado, y creo que fue un domingo, allá le cobraron por suturarlo y todo. Ni por emergencias, y era un niño de seis a siete años”* (GF1, adultos mayores).

Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo, es decir, los recursos económicos que el paciente debe gastar para acceder a la atención de salud en el sistema público, fue un factor enfáticamente señalado como una barrera, en especial en historias referidas a hospitales y al manejo de emergencias. En cambio, las percepciones fueron algo distintas en relación con las postas de salud, con las que algunos participantes tenían mayor cercanía, particularmente en los casos de atenciones a gestantes e infantes y en el acceso a medicamentos. Aun así, había también quienes señalaban que contar con el SIS no necesariamente los eximía de gastos, dado que las farmacias de establecimientos públicos regularmente contaban solo con medicamentos muy básicos, o porque algunos hospitales carecían del equipamiento necesario para la realización de ciertos análisis y exámenes: *“Yo tengo Carné de Extranjería y SIS. Pero el tema es el siguiente: es un SIS, pero solo en sistema porque lo que no he pagado son solo las consultas, pero he tenido que comprar desde gasa, adhesivos, todo”* (GF1, adultos). Entonces, no era raro que el acceso a la atención gratuita en un hospital, por ejemplo, implicara luego gastos en farmacias y laboratorios privados.

Según los relatos, en ocasiones eran incluso los propios médicos quienes propiciaban esos gastos adicionales, cuando derivaban a sus pacientes de centros públicos a



sus consultorios o servicios privados: *“El médico que me estaba tratando en el hospital me dijo ‘te puedes hacer unos exámenes, te puedes ir a cierto laboratorio, es más seguro’, como que me estaba vendiendo un paquete. Y cuando estaba con el problema de que no conseguía a alguien que me pueda cambiar la sonda, me dice ‘mira, llama a mi secretaria’, cuando la llamo a la secretaria lo primero que tenía que depositar eran ochenta soles”* (GF1, adultos mayores).

Calidad de la atención

La calidad de la atención en la relación médico-paciente se asocia con la satisfacción de las necesidades en el proceso de resolución de problemas de salud. El análisis de la información cualitativa permitió apreciar la gran importancia de las barreras vinculadas con estos aspectos, que se conectan con deficiencias percibidas en tres niveles: entrega de información, duración y calidad de la consulta, y trato interpersonal.

Con respecto a la información, se percibía a los médicos como personas herméticas, que no suelen explicar los diagnósticos y tratamientos apropiadamente y en un lenguaje accesible. En relación con el segundo punto, se expresó también la percepción de que los médicos peruanos serían profesionales que mostraban muy poco interés o motivación para dialogar con sus pacientes y conocer las posibles causas de sus problemas de salud, y para examinarlos con dedicación. Sobre este punto, son varias las anécdotas referidas a médicos de hospitales que habrían dado diagnósticos errados, o recetado medicamentos o tratamientos con información superficial: *“He ido varias veces a la posta, pero ni da ganas de ir porque aquí a uno realmente ni le miran a la cara. El doctor te pregunta ‘qué tiene’, uno le dice y ni te miran. Uno está acostumbrado a que el médico te examine, te toque y todo, aquí ni te miran a la cara”* (GF1, adultos mayores). En casos como este, algunos informantes resaltaban el contraste con los médicos venezolanos, a quienes evocaban como más dedicados en su trabajo, y cuyas consultas incluían revisiones integrales y minuciosas. Así, más de un participante mencionó que mantenía el contacto con esos médicos de confianza, que les solicitaban consejos telefónicos, que guardaban respeto por sus opiniones y que estas ayudas las recibían incluso sin pagos de por medio.

Un tercer aspecto es el trato interpersonal. A este nivel, se involucran distintos elementos y actitudes que se percibían como malos tratos y que iban desde posibles negligencias, hasta situaciones diversas que encajarían bien en la categoría de violencia obstétrica. En repetidas ocasiones se narraron episodios alusivos a tales situaciones, de los que cabe citar dos. Uno estuvo relacionado con la manera en que a una mujer se le habría practicado una episiotomía: *“Yo considero que el sistema de salud del Perú está muy fraccionado y no funciona como debería. Yo hablo desde mi experiencia: la atención fue pésima, del uno al diez, ni uno le daría; es más, les pedí libro de reclamaciones y no me lo quisieron dar en el hospital, me dijeron que no estaba el gerente, que no estaba el director, me ponían muchas trabas. Casi me cambian a mi hijo. No me atienden bien el parto, me cosen negándome que no hay anestesia. A mí no me dolieron las contracciones, a mí no me dolió nada. Yo sí lloré y grité cuando sentía que me cosían los ocho puntos. No me imagino el tamaño de la cortada, pero fueron ocho puntos y son tres capas de piel”* (GF1, infantes).

Otro caso estuvo referido a un procedimiento de tacto vaginal realizado por internos de medicina que no habrían solicitado el consentimiento de una gestante: *“Lo único que molesta es el tacto. A mí me hicieron ocho tactos en menos de una hora. ¿Sabes qué es pésimo aquí?: cuando están los pasantes, toditos se ponían a mirar y como que nunca habían visto una vagina venezolana, no sé. Y me decían: ‘no, señora, hay que hacerlo otra vez’, y me volvían a abrir, me volvían a hacer el tacto y todos mirando ahí. No debería ser, no debería ser”* (GF1, infantes).

Discriminación y xenofobia

Esta barrera vinculada al sistema de salud dificulta gravemente la atención de salud. En los testimonios obtenidos, la discriminación y xenofobia aparecen de maneras distintas, algunas menos sutiles que otras. Una primera forma es la discriminación directa, que conlleva un trato hostil y agresivo con comentarios explícitos y cargados de prejuicio que aluden a la nacionalidad de los pacientes. En los análisis de las experiencias narradas se identificó un muy marcado patrón de discriminación ejercido sobre todo contra las mujeres venezolanas jóvenes, cuando son objeto de prejuicios sobre su moralidad y conducta sexual. Aunque estos casos no fueron mayoritarios, destaca en



ellos el alto grado de agresividad de parte del personal de salud en momentos críticos. Una mujer joven describió del siguiente modo su experiencia en la atención de una emergencia que tuvo por un embarazo anembrionario, que fue inicialmente identificado como un “aborto”: *“Es que yo creo que cuando uno va a un hospital de aquí la atención es tan... hay doctores que son déspotas. Por ejemplo, yo duré dos años en tratamiento para poder quedar embarazada, porque en Venezuela me habían dicho que no podía tener hijos; pero yo quería, por lo que tuve un tratamiento. Fui al hospital con dolores, me dijeron que tenía solamente el saquito sin bebé, tenían que sacármelo. Y me acuerdo, recuerdo que no se me va a olvidar, una enfermera dijo ‘ay, ¿tan joven?, esta veneca de mierda abortando’. Lo que no sabían era que eran dos años que intentaba quedar embarazada y no pude, y eso no era un bebé, solamente el saquito. Y me tuvieron dos días y yo desangrándome, y que tenía que esperar, que había prioridades”* (GF1, infantes).

Otra mujer joven, que se encontraba en estado de gestación, dio cuenta también de un comentario muy agresivo que había recibido de parte de una enfermera, mientras intentaba ser atendida por su embarazo en una posta de salud: *“Me dijo: ‘ustedes los venezolanos son unos vulgares’. Yo le digo: ‘¿perdón?, yo no le he faltado el respeto a usted, desde que he llegado acá no le he faltado el respeto’, [y le responden] ‘no... que ustedes vienen de su país, las venecas, acá a quitarle los maridos a las peruanas’. Yo le digo: ‘que yo sepa no le he quitado marido a nadie, entonces no sé por qué se refiere a mí así’. Entonces, me dice: ‘no, yo de esos casos tengo muchos’...”* (GF2, adultos).

En estos dos casos se aprecia, en la construcción discursiva atribuida al personal de salud, un uso despectivo del término “veneca”, que encierra y expresa preconceptos sobre moralidad y conducta sexual: una “veneca” sería una mujer que aborta y que le ‘quita el marido’ a las mujeres peruanas. Como resulta obvio, tales episodios no solo evidencian barreras sino que marcan hitos importantes en las experiencias de las mujeres migrantes en la atención, con lo que definen asimismo el carácter de sus evaluaciones de la calidad de los servicios en los centros de salud a los que acuden.

En una segunda pauta de discriminación, que se despliega igualmente de modo verbalizado y explícito,

las actitudes xenofóbicas y los prejuicios morales pueden estar integrados con elementos alusivos a la condición socioeconómica de las personas migrantes; por ejemplo, en comentarios que juzgan la propia maternidad de las mujeres venezolanas. En al menos un par de casos, los juicios morales apuntaban a la legitimidad del estado gestacional o las decisiones reproductivas de madres migrantes que viven además en condiciones de pobreza. Según una de ellas: *“La primera doctora que me atendió a mí, cuando yo recién estaba embarazada y fui a la posta para mi control, se me quedó mirando así y me dijo: ‘¿cómo se te ocurre salir embarazada en plena pandemia?’. Yo le dije: ‘doctora, yo no vengo a planificación familiar, yo vengo a decirle que estoy embarazada y vengo por un control’”* (GF1, adultos).

La tercera pauta es menos explícita que las anteriores, pero igualmente pernicioso. Se trata de una serie de estrategias y prácticas que los participantes describían y atribuían al personal de los establecimientos de salud (incluyendo a trabajadores administrativos y de seguridad), que resultaban en impedimentos para el ingreso, postergaciones en las colas o la negación de servicios mediante diversas excusas. La gestante de la cita anterior, por ejemplo, expresó también que, en reiteradas ocasiones, había acudido a una posta de salud de su distrito sin lograr que se le atiende en sus controles prenatales. De “la doctora” -como la nombró-, refirió que esta ensayaba distintas maneras de evadir la atención. Primero, en una ocasión, a pesar de llevar esta gestante ya varias horas haciendo cola para ser atendida, aquella trabajadora de salud priorizaba a otras personas que se encontraban más atrás en la fila, alegando que la gestante se presentaba “por primera vez”. En un segundo intento, la excusa para la negación del servicio fue que la gestante estaba acompañada de sus otros hijos, ante lo cual aquella persona la citó para otra oportunidad. En esa tercera vez, la gestante decidió presentarse con su esposo, para que la apoyara emocionalmente frente al trato hostil que venía recibiendo. Pero, a pesar de que llegaron a tiempo según los horarios del servicio, la doctora les dijo que era ya su hora de almuerzo y que la debían esperar hasta las dos de la tarde.

Esta última forma de discriminación, por su carácter sutil e indirecto, rodeado de coartadas administrativas, puede resultar más compleja para su identificación. En las perspectivas de los entrevistados, aflora comúnmente



en discursos que expresan sensaciones y experiencias de un trato “poco humanitario”. De hecho, en repetidas oportunidades se empleó la frase “nos tratan como animales”, lo que se corresponde bien, por contraposición, con el anhelo de un trato “humanitario” o “humano” en el que coincidían diversos informantes cuando se les solicitó que brinden sugerencias para mejorar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de salud. En cualquier caso, cabe recalcar que la situación de vulnerabilidad de estas personas, que ya de por sí viene comúnmente aparejada a su condición de migrantes y a la precariedad (habitacional, sanitaria, laboral, económica, etc.), se potencia y se vuelve aún más aguda cuando a todo ello se agregan no solo la discriminación y xenofobia en los establecimientos de salud, sino también las circunstancias particulares que atraviesan las mujeres por el solo hecho de serlo, como se refleja en sus relatos sobre lo que han tenido que padecer en los servicios ginecológicos y obstétricos.

4.2.3.2 Facilitadores para el acceso a los servicios de salud

En las historias obtenidas, los elementos facilitadores estuvieron menos presentes que las barreras, y se mencionaban con mayor énfasis en ciertos subgrupos más que en otros. En lo que sigue de este acápite se destacan algunos factores que contribuían a que las personas y sus grupos familiares se aproximen y logren acceder a los servicios de salud.

Cercanía geográfica

A pesar de las miradas críticas y dificultades que poblaban los recuentos de buena parte de los participantes, cuando hablaban de sus experiencias en centros médicos estatales, hubo también aspectos que resaltaron como positivos. Entre ellos está la proximidad geográfica de las postas de salud con respecto a sus lugares de residencia, lo que las posicionaba como una opción práctica por la facilidad que suponía recorrer distancias cortas para acudir a ellas.

Como se ha indicado, las limitaciones de tiempo y dinero son comunes en esta población. Por ello, se solía apreciar positivamente la disponibilidad de servicios médicos económicos relativamente cerca de las viviendas, a distancias que se podían cubrir a veces a pie, sin incurrir en gastos de movilidad y en periodos cortos. Esto resultaba

especialmente beneficioso sobre todo para las mujeres adultas con carga de cuidados domésticos, ya que sus ausencias en sus hogares no serían demasiado largas o, incluso, podían llevar consigo a sus hijos.

Equipamiento y atención en hospitales especializados

Se valoraban también positivamente las oportunidades en que las atenciones en los servicios de salud eran realizadas de manera cuidadosa por personal que se percibía como bien capacitado. Asimismo, algunos informantes evaluaban de modo aprobatorio la existencia de infraestructuras modernas, en los casos de quienes habían accedido a los servicios de hospitales especializados. Entre estos se encuentran los destinados a enfermedades neoplásicas, a pacientes pediátricos, a pacientes en procesos de rehabilitación y los institutos materno-perinatales.

Entre los informantes había quienes reconocían, como un rasgo destacado de los hospitales especializados, la capacitación del personal y una atención amable. Con respecto a la infraestructura y el equipamiento, se llegó a comentar que tales recursos modernos “parecen de clínica”. Sin embargo, por el propio carácter especializado de tales centros, estos no suelen ser ampliamente accesibles. Una desventaja que se identificaba en ellos fue la serie de procedimientos administrativos que requerían los trámites de admisión, como los implicados en las referencias desde hospitales generales, a lo que se añaden los costos de transporte para llegar a esos lugares, generalmente alejados de donde viven los migrantes, sumados a otros gastos relacionados con los tratamientos.

Acceso automático al SIS de gestantes y menores de cinco años de edad

Como se indicó previamente, un aspecto positivo de la oferta de salud es que las mujeres gestantes y los infantes menores de cinco años por lo regular son afiliados al SIS de forma automática. Una vez inscritas en las postas médicas, las gestantes usualmente pueden realizar allí sus controles prenatales mensuales, que pueden incluir ecografías, y recibir algunos suplementos vitamínicos específicos (sulfato ferroso o ácido fólico). Cuando se presentan riesgos en los embarazos, o en las programaciones de partos, las mujeres



pueden ser derivadas a hospitales. Por su parte, los recién nacidos e infantes tienen derecho a servicios de CRED.

4.2.4 Percepciones sobre el nivel de acceso a los servicios de salud

Las barreras y facilitadores condicionan de diversas formas el acceso a los servicios. Entre otros hallazgos al respecto, se identificó, en primer lugar, que los servicios más usados por los migrantes venezolanos en los centros de salud estatales eran los dirigidos a gestantes e infantes, particularmente los controles prenatales, la atención de partos y CRED. Esto guarda una relación estrecha con la política de acceso automático al SIS y con la descentralización territorial de las postas, que abarcan los distritos de residencia de dicho grupo.

En lo concerniente a las emergencias y tratamientos que involucran a menores en edad escolar, los mencionados establecimientos de atención primaria suelen ser opciones accesibles, sobre todo para el abordaje de condiciones crónicas o frente a otras alternativas más costosas. No obstante, en una parte considerable de los casos analizados, el nivel de acceso se veía disminuido u obstaculizado por barreras burocráticas asociadas a la inexistencia de un seguro de salud, y porque -a diferencia de los centros privados de bajo costo- las consultas o exámenes implican procesos administrativos tediosos y muy prolongados tiempos de espera.

Para los adultos y adultos mayores, el nivel de acceso es irregular o accidentado. Esto se debe a múltiples factores, entre los que destacan, por un lado, las dificultades vinculadas con la falta de documentación (con lo que esto significa para la exclusión de muchos adultos del acceso al aseguramiento), y por otro la contradicción entre los lentos y engorrosos procedimientos burocráticos y la escasa disponibilidad de tiempo y recursos de estos migrantes para afrontarlos. En los pocos casos en que se describieron procesos de atención más fluidos, un factor determinante fue el tener empleo formal, lo que incluía el aseguramiento vía EsSalud.

Otro aspecto importante es que las propias barreras de los servicios públicos suelen llevar a las personas a considerar alternativas en el manejo de sus problemas de salud. Una

opción es la de buscar la atención en clínicas privadas, que en ocasiones reciben a refugiados y migrantes de Venezuela a través de convenios con ONG que enfocan sus apoyos en esta población. Varios informantes resaltaron la importancia de estas campañas y convenios, que contribuían a reducir en algo las brechas de acceso a la salud (por ejemplo, facilitando algunos chequeos médicos o evitando la postergación de tratamientos). Uno de estos casos es el de la Cruz Roja peruana, cuya labor en este terreno fue enfáticamente reconocida y bien valorada entre los participantes en el estudio.

Otra alternativa es la de acudir a hospitales o clínicas municipales de bajo costo, muy frecuentados debido no solo a que sus tarifas tienden a ser similares a las de los hospitales nacionales, sino también a que la atención que ofrecen suele ser más rápida y eficaz, sin los engorrosos trámites y pérdidas de tiempo que conlleva la admisión en otros servicios del sistema público, y con la ventaja adicional del acceso a farmacias, medicamentos y pruebas de laboratorio a costos también reducidos. Algo similar sucede en algunos policlínicos que, si bien manejan tarifas un poco más elevadas, son más accesibles que las clínicas privadas. Y están también los laboratorios privados, a los que generalmente se recurre cuando los hospitales o postas carecen de la capacidad o de los insumos para realizar diversos exámenes, una situación muy frecuente en la sanidad pública estatal. Asimismo, está la opción de los consultorios privados, cuyos servicios tienen cierta acogida sobre todo en las ramas pediátrica y de rehabilitación (para fisioterapias, problemas articulares y de espalda, etcétera).

En vista de lo descrito acerca de exclusiones, barreras burocráticas y costos económicos, no sorprende que la automedicación y autoatención hayan aparecido en este estudio como las opciones a las que más recurrían los participantes, con visos de presentarse como prácticas generalizadas. Así se halló, principalmente, entre adultos y adultos mayores, manifestándose de distintas maneras: a través de la adquisición directa de medicamentos en farmacias, el uso de la medicina natural, y la preparación y consumo de remedios caseros. Cabe considerar, al respecto, que la alta preferencia por este tipo de soluciones viene determinada, además, por lo que conllevan en ahorros de tiempo y dinero (dos elementos que, por su escasez en esta población, son en sí mismos barreras condicionantes del reducido acceso a los servicios de salud). Se tiene así, por ejemplo,



que mediante una sola visita rápida a una farmacia, y con la recomendación de un químico-farmacéutico (o de cualquier empleado del establecimiento), es posible aliviar algunos síntomas de una enfermedad. De modo similar, el conocimiento popular sobre plantas medicinales, u otros remedios naturales y caseros, puede servir para mitigar ciertos padecimientos (como dolores articulares, hipertensión, prostatitis, problemas respiratorios, entre otros aludidos en los relatos).

Finalmente, se registró también la búsqueda autónoma de información sobre enfermedades, medicamentos y tratamientos, que en ocasiones involucraba llamadas y consultas online con médicos venezolanos. Otra fuente de información son las redes familiares, notablemente los padres y madres que ofrecen consejos para el manejo de dolencias, a lo que se añaden las búsquedas por internet y en redes virtuales.

Un aspecto resaltante en este amplio panorama de opciones es la lógica que se infiere de las historias y experiencias de los participantes, con respecto a cómo toman ellos sus decisiones de salud y definen sus cursos de acción, lo que por supuesto tiene implicancias para entender sus actitudes frente los servicios de salud. En este aspecto, una consideración fundamental es la gravedad de los síntomas. Así, acudir a un hospital o una posta de salud se toma como alternativa de solución solo cuando se sufren síntomas graves o que imposibilitan la rutina diaria (dolores muy intensos, accidentes de gravedad, fiebres altas, dificultad para respirar y otros problemas apremiantes). Otro elemento clave es la edad de quien presenta el problema, pues cuando se trata de infantes, o menores en general, es mucho más probable la búsqueda de ayuda profesional o institucionalizada, mientras que en los casos de adultos o adultos mayores que aún trabajan esa búsqueda es menos frecuente, prefiriéndose en cambio la automedicación.



Discusión



El presente estudio evaluó diversos aspectos de la situación actual de la población venezolana migrante y refugiada residente en Lima Metropolitana, Perú, respecto a sus características sociodemográficas, los determinantes sociales de sus condiciones sanitarias y sus necesidades en torno a la salud y enfermedad, en función de distintos grupos etarios, con énfasis en la presencia de enfermedades y el acceso a los servicios de salud.

5.1 Características sociodemográficas

Los encuestados que desempeñaban el rol de representante o jefe de hogar fueron en su mayoría mujeres (aproximadamente 75%), muchas de ellas casadas o que convivían con una pareja (aproximadamente 60%), con un nivel educativo de al menos secundaria completa (88%). Estas características resultan relevantes, dado el destacado papel que juegan el nivel educativo de las madres y sus conocimientos sobre salud en la mejora de las prácticas de salud en el hogar (8), lo que además suele ser un recurso importante de la mujer, como una medida de empoderamiento, entre aquellas que viven bajo condiciones socioeconómicas precarias (9). Adicionalmente, dicho rasgo encierra un potencial que facilitaría la implementación de intervenciones educativas en salud y contribuiría a que los conocimientos impartidos puedan aplicarse efectivamente en la realidad, considerando el rol preponderante de la madre en el hogar y el cuidado de los niños (10).

Respecto a la situación migratoria, se halló que un porcentaje importante de los encuestados (aproximadamente 70%) contaba con documentación para su facilitar su estadía y acceso a servicios en el Perú (carné de extranjería, certificado o carné de permiso temporal). Sin embargo, una cuarta parte de ellos no disponía de un trabajo o, entre quienes sí trabajaban, lo hacían de manera informal también en una cuarta parte, comúnmente como vendedores ambulantes. Esto sugiere que habría una limitación en la población migrante venezolana para acceder a puestos laborales formales, lo que estaría condicionando que un sector importante de este grupo se mantenga en el desempleo u opte por trabajos informales. Esta situación se vería favorecida por diversos factores, como las barreras institucionales, la necesidad de cualificaciones y la propia legislación que se aplica a esta población (11), pero también por otros problemas identificados en el

presente estudio: xenofobia, discriminación a personas con enfermedades crónicas o limitaciones físicas. Por otro lado, el que estos migrantes en una gran proporción cuenten con su documentación migratoria o permisos residenciales o laborales debiera facilitar la posibilidad de brindarles acceso al aseguramiento en salud, algo que se ha venido promoviendo en el Perú en los últimos años (12). Sin embargo, como se destaca en los propios relatos recogidos, el tema de la documentación permanece como una de las principales limitaciones para el acceso adecuado y gratuito de muchos migrantes venezolanos a los servicios de salud estatales.

5.2 Determinantes sociales

En el campo de los determinantes sociales, un primer e importante rubro es el de los servicios básicos. Los encuestados señalaron mayoritariamente que sus viviendas contaban con conexiones a redes públicas de agua y desagüe. No obstante, alrededor de una quinta parte de ellos precisaron que sus servicios de agua eran irregulares, o no operaban las 24 horas del día. Además, aproximadamente un 10% de los encuestados informaron que consumían el agua directamente del grifo, mientras que en segmentos considerables (15 a 20%) no reportaron la práctica del lavado de manos en momentos clave: al preparar los alimentos o luego de usar el baño. Como es sabido, estas situaciones son propicias para la aparición de enfermedades del tracto digestivo a nivel familiar, una línea causal que a veces era explícitamente reconocida en las entrevistas del componente cualitativo. Por todo esto, destaca la necesidad de proveer de acceso continuo al agua potable a esta población, así como la promoción de prácticas de higiene, gestión adecuada del agua y lavado de manos, medidas fundamentales para la prevención y control de infecciones digestivas (13) y de la COVID-19 (14).

Otro aspecto identificado en los análisis fue la elevada presencia de hacinamiento en los hogares de los



encuestados (aproximadamente 30%). Esto, que ya de por sí es preocupante, lo es más bajo el actual contexto de la pandemia de COVID-19, al ser este un importante factor de riesgo para la propagación de dicha enfermedad en las familias y comunidades, pero también para la diseminación de otras enfermedades, como tuberculosis y en general diversas infecciones respiratorias (15). Resalta, por ello, la importancia de desarrollar estrategias para facilitar o promover el aislamiento físico de migrantes infectados por la COVID-19, junto con el seguimiento de contactos para la identificación de nuevos casos de COVID-19 a nivel familiar y comunitario.

La puesta en marcha de acciones educativas y de promoción de la salud, dirigidas a la población de migrantes venezolanos, podría verse favorecida por otro elemento que surgió entre los hallazgos del estudio, concretamente en la exploración sobre la tenencia de bienes: en una gran proporción, estos migrantes declararon tener teléfonos celulares, lo que facilitaría la implementación de estrategias promocionales de salud basadas en aplicaciones móviles y mensajería instantánea, las cuales han demostrado ser efectivas y aceptadas en el Perú cuando se llevan adelante de forma apropiada (16).

En lo que respecta a la asistencia social dirigida a los migrantes, se encontró que cerca del 70% de ellos reportaron haber recibido alguna forma de ayuda, principalmente económica y/o alimentaria por parte de ONGs y agencias internacionales. En las entrevistas, se puso también de relieve la labor de algunas instituciones religiosas que facilitaban el acceso a la atención de salud, sobre todo para aquellos migrantes cuya situación irregular limitaba su acceso al SIS y a los servicios de salud estatales. Cabe anotar, sobre este punto, que si bien estas ayudas favorecen y facilitan el proceso de inserción de esta población en el Perú, en los terrenos económico y sanitario, el abordaje de sus problemas puede ir más allá de lo estrictamente asistencial. En este sentido, es importante promover también su participación activa en diversos espacios institucionales, una estrategia que ha demostrado ser efectiva para lograr el empoderamiento y la integración sociocultural de grupos de migrantes en los lugares de destino (17). Entre algunas de las experiencias de este tipo realizadas en el Perú se encuentran, por ejemplo: la campaña "Tu causa es mi causa" (ACNUR), las ferias de emprendimientos que congregan a peruanos y

venezolanos (Acción contra el Hambre), y los programas de educación inclusiva en igualdad de oportunidades (Save the Children).

De otra parte, el estudio evaluó la percepción de discriminación en la población de migrantes venezolanos, que los encuestados reportaron en una proporción de algo más del 60%. Esta situación define un obstáculo importante para la estadía y el proceso de adaptación de esta población en el Perú. En relación con este tema, se observó en las entrevistas que la discriminación, por un lado, limita el acceso a oportunidades laborales bajo condiciones adecuadas, lo que además de generar precariedad económica, se asocia con la exposición a enfermedades y accidentes laborales, que en algunos casos llegan a ser incapacitantes. Y, por otro lado, la discriminación constituye también una fuerte barrera de acceso a los servicios de salud e interviene en la pobre calidad de los servicios, lo que en ocasiones se traduce en casos de vulneración de derechos y en expresiones de odio xenofóbico por parte del personal de salud. Para enfrentar estas situaciones, es necesario implementar medidas de diversa índole dirigidas específicamente a reducir las prácticas de discriminación y contrarrestar los prejuicios y estereotipos xenofóbicos, incluyendo mejoras o reformas normativas y de los códigos de ética profesionales, innovaciones administrativas y acciones educativas.

En materia de la violencia contra la mujer, el 15% de las adultas venezolanas encuestadas refirió haber sufrido algún tipo de violencia durante su estadía en Perú. Las entrevistas permitieron apreciar que una buena parte de esta violencia se da en los contextos familiares, por parte de cónyuges o parejas que atraviesan situaciones agudas de estrés debido a carencias materiales, precariedad económica, dificultades laborales o desempleo. Entre los elementos que más comúnmente aparecieron asociados con la violencia contra las mujeres estuvieron: el estatus migratorio irregular, que condicionaba formas de dependencia con respecto a la pareja; y la carencia o estrechez de las redes de apoyo de amigos o parientes que podrían ofrecer soporte o protección. Considerando que las mujeres con cargas domésticas suelen tener mayores dificultades para su inserción sociolaboral, dicha circunstancia regularmente reduce al mismo tiempo sus posibilidades de lograr la autonomía económica que les permitiría no solo afianzarse en roles de autoridad



en sus hogares, sino también solicitar apoyos sociales, institucionales o legales para enfrentar la violencia y evitar que vuelva a ocurrir (18).

5.3 Situación de los menores de 0 a 5 años de edad

Mediante el análisis de datos de la encuesta se halló que la mayoría de los niños venezolanos de 0 a 5 años estarían afiliados a algún seguro de salud (75% aproximadamente), principalmente al SIS. La información obtenida en las entrevistas lleva a apreciar que esa alta cifra respondería a las facilidades que se les ofrecen a estos niños y sus madres para el acceso a dicho seguro, impulsadas por las políticas estatales de aseguramiento universal en salud y de protección de las poblaciones más vulnerables. Precisamente, la situación de vulnerabilidad de estos niños, que se incrementa por los problemas y carencias que experimentan muchas familias de migrantes venezolanos, es un factor que estaría contribuyendo a que estos menores puedan acceder al SIS aun careciendo de DNI y contando únicamente con la partida de nacimiento de origen.

Respecto a la presencia de enfermedades crónicas en este segmento poblacional, una de las más frecuentemente reportadas fue la anemia, que anteriormente ha sido identificada como un problema serio entre menores venezolanos (19) y que se vincula con la desnutrición e inseguridad alimentaria en sus familias (20). No obstante, la proporción de casos en los hogares fue baja (aproximadamente 1.5%). De otra parte, entre las condiciones agudas destacaron las enfermedades respiratorias y diarreicas, comunes en este grupo etario, que varias madres entrevistadas asociaban con dificultades para la aclimatación en Lima y con el uso de productos de lactancia adulterados.

Pese a la amplia cobertura de aseguramiento para este grupo etario, el uso efectivo de servicios de salud llegó solo a un 65%; esto, debido a diversos motivos, entre los que destacó la falta de dinero. Con las entrevistas se pudo profundizar en este tema, sobre el que se hizo notar que el seguro no cubre la totalidad de las necesidades de los menores en los servicios públicos, por lo que su atención en tales servicios implicaba por lo regular la realización de exámenes y pruebas o la adquisición de medicamentos de

forma particular, con los costos que todo esto acarrea. Para aproximadamente una quinta parte de estos menores se reportó que habían presentado cambios de comportamiento durante el último mes. Si bien estos cambios podrían deberse a procesos de estrés o duelo ocasionados por la migración, cabe considerar también que el fenómeno se da en este grupo etario con una frecuencia reducida, y que la mayor parte de estos niños puede haber nacido en el Perú o migrado a edades muy tempranas. Sea como fuere, las condiciones de pobreza, inseguridad y violencia intrafamiliar propiciadas por el estrés migratorio pueden afectar el bienestar emocional y psicológico de los menores, lo que se traduciría en cambios de comportamiento. Algunos podrían motivar la aplicación de castigos, que para los menores de este grupo eran principalmente prohibiciones, un método que anteriormente se ha valorado como asertivo para el manejo de complicaciones en los comportamientos de niños pequeños (21).

Sobre la presencia de COVID-19, se encontró una baja incidencia según los informes recogidos para estos niños, aun cuando en su mayoría no contaban con vacunas para dicha enfermedad, una figura similar a la observada en otras evaluaciones. Respecto a los menores de tres años, se halló que en un 70% aproximadamente tendrían el esquema completo de vacunas para su edad, a pesar de que en una proporción importante (40%) no habían tenido consultas de CRED en los últimos tres meses. En este sentido, conviene aprovechar la amplia cobertura de aseguramiento y la alta aceptación de este tipo de servicios por parte de la población migrante (lo que se infiere de las entrevistas realizadas), para impulsar medidas que estimulen su accesibilidad y uso en esta población, considerando además el rol que tales servicios pueden cumplir en la reducción de la desnutrición crónica, como se ha observado en experiencias previas con este grupo etario (19).

Finalmente, en el análisis de las necesidades de salud reportadas para estos niños, destacaron las carencias en la disponibilidad de servicios médicos, exámenes y pruebas diagnósticas y suplementos nutricionales. Si bien el acceso a estos servicios y recursos debería cubrirse con el SIS, la información complementaria obtenida en el estudio lleva a advertir que los bajos niveles de acceso estarían



vinculados, por un lado, con diversos bloqueos resultantes de la pandemia de COVID-19, y por otro con los problemas burocráticos, de documentación y de discriminación previamente descritos.

5.4 Situación de los menores de 6 a 17 años de edad

Para este subgrupo poblacional se reportó que sus integrantes, mayoritariamente (en alrededor de un 80%), no estaban afiliados a algún seguro de salud. De acuerdo con los datos obtenidos, la principal razón de esta escasa cobertura de aseguramiento sería, nuevamente, la ausencia o irregularidad de la documentación; es decir, muchos de estos niños y adolescentes no reunirían las exigencias de requisitos documentarios que se establecen en el Perú para el acceso al SIS (22).

Las enfermedades más frecuentemente señaladas en relación con este grupo etario fueron el asma y las enfermedades alérgicas, como se desprende tanto de la encuesta como de la exploración cualitativa. En esta última, por ejemplo, los migrantes venezolanos asociaban la presencia de crisis asmáticas en los menores con las nuevas condiciones climáticas que encontraron en Lima, particularmente el frío y la humedad del ambiente. Otros problemas crónicos reportados abarcan diversas formas de cáncer y trastornos de salud mental, que en ambos casos requieren de tratamientos especializados y continuos. Esto evidencia la necesidad de reformular los criterios o requisitos que se exigen a las familias venezolanas migrantes para el acceso al aseguramiento y los servicios de salud, o facilitar la regularización documentaria, para garantizar que los menores con dolencias crónicas puedan recibir los tratamientos y atenciones de carácter continuo y especializado que requieren.

Las enfermedades respiratorias fueron también un problema frecuente entre las condiciones agudas, que -al igual que las crónicas- se reconocían como derivadas de una difícil adaptación de los menores a las características ambientales y climáticas de Lima, de acuerdo con los pormenores ofrecidos en el componente cualitativo del estudio. En las entrevistas, en particular, se brindaron también detalles sobre accidentes y otros eventos traumáticos que frecuentemente afectan a los menores en sus actividades deportivas y lúdicas. No obstante, en la encuesta se reportó que estos y otros problemas de

salud llevarían a la búsqueda de servicios de salud tan solo en alrededor del 30% de los casos, reiterándose en este aspecto, como razones declaradas para no acudir a esos servicios, las carencias económicas y lo ya indicado acerca de la falta de aseguramiento en salud.

Luego, se ubicó en un 30% aproximadamente la proporción de menores en edad escolar de quienes se informó sobre cambios de comportamiento durante el último mes. En relación con este grupo -y a diferencia de lo mostrado para los infantes-, es posible que dichas alteraciones se vean favorecidas, concurrente o alternativamente, por procesos de estrés o duelo ocasionados por las propias situaciones que rodean la migración, como se ha descrito en estudios previos (23); por las condiciones de confinamiento y falta de contacto social impuestas por la pandemia (como en el caso de un menor de un hogar encuestado, quien habría presentado un cuadro de ansiedad por el encierro) (24); y/o por los problemas y privaciones de sus hogares, como la pobreza, la inseguridad y la violencia intrafamiliar. Sobre esto último, sin embargo, cabe precisar que las formas de castigo que más comúnmente declaraban ejercer los padres sobre estos menores fueron las prohibiciones de algo que les gusta y las reprimendas verbales, mientras que los castigos físicos aparecieron en una medida muy menor en la encuesta.

En cuanto a la presencia de la COVID-19 en este grupo, se encontró una mayor proporción de casos respecto al grupo de infantes, aunque la incidencia siguió siendo baja. Y, si bien la cobertura de vacunación contra la COVID-19 (con al menos una dosis) fue menor al 50%, y pese al riesgo que esto podría implicar, cabe tener en cuenta que -según la evidencia científica disponible- la efectividad de estas vacunas en niños es aun relativamente incierta (25).

Por último, en lo concerniente a las necesidades de salud reportadas para los menores en edad escolar, destacaron la escasa disponibilidad de la atención médica, el acceso a exámenes y pruebas, el suministro de suplementos nutricionales y la posibilidad de disponer de un seguro de salud. Esto, debido a las mismas razones burocráticas antes citadas, pero también, al parecer, por las limitaciones de tiempo de las madres por sus cargas de ocupaciones domésticas o laborales, según lo que referían algunas de ellas durante la exploración cualitativa.



5.5 Situación de los adultos de 18 a 59 años de edad

Una importante proporción de migrantes venezolanos de este grupo (60% aproximadamente) declaró no estar afiliado a ningún seguro de salud. Si bien esta situación podría estar ligada, en alguna medida, a la irregularidad de la documentación que poseen, ellos en su mayoría manifestaron que contaban con algún tipo de documento (como carné de extranjería o carné/certificado de PTP vigente). Conviene, por tanto, examinar más detenidamente la plausible existencia de otras barreras institucionales para su aseguramiento en salud, además de otros posibles obstáculos de carácter social o económico. Al respecto, se encontró también que quienes en un reducido segmento declaraban contar con un seguro de salud solían ser, precisamente, los encuestados que decían tener un trabajo formal.

Asimismo, en esta población de adultos se identificó un bajo acceso a la atención y tratamiento de enfermedades y condiciones crónicas, pese a que reportaron este tipo de problemas de salud en una proporción relativamente alta, de 30%, con más de un 60% de ellos indicando que no recibían tratamiento y una quinta parte que lo recibía solo de forma irregular. Una figura muy similar se halló para quienes, en específico, reportaban tener hipertensión arterial y diabetes: más de la mitad de ellos informaron que no estaban recibiendo tratamiento o que no habían tenido controles de salud para esas dolencias en los últimos meses. En estos casos, más allá de la escasa cobertura de aseguramiento, se ha de considerar, además -como un factor que limitaría el cuidado y autocuidado-, el mayor costo que conlleva el mantener el tratamiento continuo de una enfermedad crónica, así como el contexto determinado por la pandemia de COVID-19, una situación explícitamente señalada en algunas entrevistas.

Así también, más del 60% de adultos que reportaron haber sufrido algún malestar o condición aguda, durante el último mes previo a la encuesta, precisaron que no habían acudido a algún establecimiento de salud por esas dolencias. Aquí, en adición a las razones de índole económica, la discriminación y las barreras burocráticas para el aseguramiento condicionadas por la documentación, se aludió -en las entrevistas- a los prolongados tiempos de espera en los centros médicos, un elemento que ha sido previamente reconocido como un obstáculo notable en

análisis sobre la calidad de la atención y las percepciones sobre los servicios de salud (26).

De otra parte, en el análisis sobre el uso de métodos anticonceptivos con la pareja, se halló que cerca de la mitad de estos adultos reportaron que no los empleaban. Sin embargo, entre quienes declararon que sí los usaban, se encontró que mayoritariamente hacían referencia a métodos modernos que facilitaban la anticoncepción a largo plazo. En cualquier caso, las estrategias de ampliación del aseguramiento en salud para esta población deben considerar la relevancia de los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y consejería.

Con respecto a la COVID-19, en este grupo algo más del 40% de las personas que accedieron a una prueba diagnóstica en un establecimiento de salud manifestaron haber tenido un resultado positivo para dicha infección, una proporción no muy distinta de la que presentaba el conjunto de la población peruana (en el momento de la encuesta). Sobre este tema, las informaciones recogidas en entrevistas reflejan que prevalece entre estos adultos una percepción de baja peligrosidad en relación con la COVID-19. Aun cuando una gran parte de ellos desarrollaban actividades laborales que los colocarían en un mayor riesgo de exposición (en distintas formas de comercio y por su constante interacción con otras personas), es posible que el control de la diseminación de la COVID-19 en esta población migrante se relacione con su amplio acceso a la vacunación ofrecida desde el Estado peruano (de arriba del 90% para la aplicación de al menos una dosis de la vacuna, y de más del 75% para dos dosis al menos). En este aspecto, cabe destacar el esfuerzo de las autoridades sanitarias peruanas para brindar estas vacunas de modo gratuito a la población venezolana, independientemente del estatus migratorio y de la tenencia de documentos.

En lo relativo a las principales necesidades de salud, se replica en este grupo de adultos la situación hallada en general, de limitado acceso a servicios, exámenes, medicamentos y aseguramiento, debido a las mismas barreras sociales e institucionales previamente discutidas.

5.6 Situación de las mujeres gestantes

La mayoría de las mujeres gestantes (aproximadamente 85%) manifestaron tener un seguro de salud, lo que



responde a las facilidades que desde el sistema sanitario peruano se les ofrece para su afiliación al SIS, al ser consideradas parte de una población vulnerable, con lo que tampoco enfrentan barreras significativas para dicha afiliación, ya sea por su situación migratoria o por sus documentos. Y, aunque algunas dieron cuenta de necesidades de salud insatisfechas o de su limitado acceso a servicios, había también gestantes que en una proporción considerable (de 40% aproximadamente) decían tener estas necesidades cubiertas.

Pero, si bien estas mujeres tienen un amplio acceso al aseguramiento, las narrativas que ofrecieron sobre sus experiencias con los servicios revelan problemas serios en la calidad de la atención que reciben, en general en sus procesos gestacionales y posparto, y muy en particular en el momento crítico en que dan a luz.

En sus relatos, afloran con crudeza reiteradas referencias a malas prácticas de salud, violación de algunos principios de ética, vulneración de su autonomía, actitudes de insensibilidad y actos de discriminación xenofóbica por parte del personal de salud. Aun cuando estas prácticas de violencia obstétrica han sido reportadas previamente en el Perú, especialmente en la atención en hospitales nacionales docentes (27), en el caso de las mujeres venezolanas dichos problemas se ven agravados por su condición de migrantes de bajos recursos, y por ser además objeto de estereotipos y prejuicios en la sociedad peruana, todo lo cual incrementa su vulnerabilidad y su exposición a diversas formas de discriminación. En tal sentido, y siguiendo algunos criterios planteados en la literatura (28), resulta clave y urgente que en el Perú se establezcan marcos jurídicos y mecanismos operativos para la protección de las mujeres gestantes en los servicios de salud, que en sus diseños consideren las condiciones especiales de vulnerabilidad de la población migrante.

5.7 Situación de los adultos mayores

A diferencia de lo que ocurre con las gestantes, y a pesar de constituir también un grupo vulnerable, los adultos mayores de esta población migrante en una gran proporción reportaron que carecían de algún seguro de salud (70% aproximadamente). Este escenario, en el que muy probablemente interviene la falta de documentación, define una situación preocupante y de un impacto

potencial severo debido a las mayores necesidades de atención de salud que comúnmente presentan las personas de edades avanzadas, entre quienes por lo regular se elevan las prevalencias de diversos problemas de salud, en especial las discapacidades y múltiples enfermedades crónicas. En efecto, la gran mayoría de adultos mayores encuestados (aproximadamente 80%) informaron que padecían de una enfermedad crónica. Al respecto, en contraste con lo mostrado para los adultos de menor edad, los de sesenta a más años declaraban más a menudo que recibían tratamiento para sus dolencias crónicas, aunque solo en un 40% precisaron que lo hacían con la frecuencia necesaria. En el caso específico de los pacientes con hipertensión y diabetes, estos mayoritariamente (en un 80 a 100%) dijeron que recibían tratamientos para sus enfermedades. Es posible que eso se deba a un manejo autónomo de las enfermedades, en vista de lo mostrado sobre los bajos niveles de aseguramiento en este grupo, aunque todo apunta -según se infiere de las entrevistas- a que se trataría de medidas solo parciales de autocuidado, por los elevados costos implicados en la continua adquisición de medicamentos, en el marco de unas condiciones económicas precarias.

En lo concerniente a las discapacidades, algo más de una tercera parte de los encuestados de este grupo de edad (35%) mencionaron tener alguna limitación para moverse o para ver. Estos problemas, dependiendo del grado de afección, estarían no solo afectando sus posibilidades de participar en actividades domésticas o laborales, sino también demandando la necesidad de asistencia por parte de sus familiares u otros cuidadores. Y, si bien el desarrollo de estas discapacidades suele ser parte del propio proceso natural de envejecimiento, su aparición o agravamiento podría ser especialmente perjudicial para los adultos mayores que se mantienen laboralmente activos, sobre todo entre quienes realizan esfuerzos físicos. Este era el caso, por ejemplo, de los entrevistados que se dedicaban al comercio ambulatorio.

De otro lado, alrededor de la mitad de los adultos mayores que reportaron haber sufrido alguna condición aguda en el último mes manifestaron que no habían acudido a un servicio de salud, principalmente por las usuales demoras en la atención, pero también por sus carencias de documentos, el temor a contagiarse de una enfermedad en dicho entorno, y la preferencia por la automedicación



(algo que afloró reiteradamente en las entrevistas). Un motivo adicional podría ser el de las limitaciones físicas de movilidad, un factor común reconocido en el campo de la geriatría. Esto último, en particular, ameritaría el desarrollo de estrategias de telemedicina específicamente diseñadas para atender las necesidades de este segmento poblacional.

Frente a la COVID-19, estos adultos mayores solo en una reducida proporción reportaron haber tenido acceso a pruebas diagnósticas. Aun cuando en el panorama general se aprecia una importante presencia de COVID-19 en sus hogares, muchas de estas personas de avanzada edad no consideraron tomarse una prueba, lo que probablemente se deba a la desinformación, o a una opción por el aislamiento voluntario para intentar prevenir el contagio. De entre quienes sí se realizaron esos exámenes, fueron solo un 30% los que declararon haber tenido un resultado positivo, mientras que el estudio no registró casos de hospitalización o fallecimiento. Esto, sin embargo, podría deberse a la cobertura y eficacia de la vacunación gratuita, que abarcó a alrededor del 90% de las personas de este grupo, mientras que algo más de la mitad de ellas (55%) dijeron haber completado el esquema de tres dosis dispuesto por las autoridades sanitarias en el Perú.

Finalmente, las necesidades de salud señaladas en este grupo fueron principalmente las de atención médica, acceso a medicamentos y aseguramiento, aspectos en los que no hay gran diferencia con lo mostrado para otros segmentos de la población estudiada, presentándose también aquí el problema de la situación migratoria irregular como una barrera notable para el acceso a la salud.

VI >>>>

Conclusiones





6.1 Sobre los problemas y necesidades de salud prevalentes

- Se identificó una serie diversa de enfermedades y condiciones de salud en la población migrante venezolana encuestada. Entre los menores de 0 a 5 años, destacó la presencia de EDAS, IRAS, anemia y desnutrición. En los de 6 a 17 años, fueron frecuentes los accidentes por prácticas deportivas y lúdicas, IRAS, EDAS y problemas de salud mental. Para los adultos, fueron más comunes las condiciones ginecológicas y obstétricas, los accidentes laborales, la COVID-19 y enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. Finalmente, entre los adultos mayores cobraron relevancia las dolencias osteomusculares, las limitaciones físicas de movilidad, las discapacidades, varias enfermedades crónicas y la COVID-19.
- Algunos padecimientos aparecen transversalmente en algunos grupos etarios, como las EDAS e IRAS para el grupo de infantes y el de menores en edad escolar, y la COVID-19 entre los adultos y adultos mayores. La presencia de EDAS se vio favorecida por la irregularidad en el suministro de agua en los hogares, condiciones de higiene inadecuadas y limitaciones de recursos para el consumo de agua hervida. Las IRAS, por otro lado, estuvieron asociadas con los procesos de cambio y adaptación de los migrantes a las nuevas condiciones ambientales y climáticas de la ciudad de Lima, y a la propagación de la COVID-19. Esto último, en especial, se vio facilitado por el hacinamiento en los hogares y por las interacciones sociales que mantenían los adultos en actividades laborales que los exponían a riesgos altos de contagio.

6.2 Sobre las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud

Los problemas relacionados con la documentación sobre el estatus migratorio fueron una de las principales barreras que obstaculizaban el acceso de los migrantes al aseguramiento en salud ofrecido por el SIS, para su atención gratuita en establecimientos públicos de salud del MINSA, salvo en el caso de las gestantes y los menores de cero a cinco años de edad, quienes tenían facilidades para el acceso a dicho seguro independientemente de

su situación documentaria. Otras barreras identificadas fueron: las disfunciones de la burocracia estatal, el gasto de bolsillo, la calidad de la atención y la discriminación de carácter xenofóbico. De otra parte, operaban como facilitadores la cercanía geográfica de los servicios de salud, la inscripción automática al SIS de gestantes y menores de cero a cinco años de edad, y el equipamiento y atención de los hospitales especializados.

6.3 Sobre el nivel de acceso a los servicios de salud y de protección

La atención de gestantes, la atención de partos y los controles CRED son los servicios a los que se accede con mayor frecuencia. Su amplia disponibilidad responde a la puesta en marcha de políticas específicas para el acceso a la salud por parte de mujeres gestantes y sus hijos pequeños, desde un enfoque de protección a poblaciones vulnerables. En la búsqueda de atención para menores en edad escolar, se suele acudir a los servicios que ofrecen los centros y postas de salud. En contraste, los adultos y adultos mayores tienden a preferir las ofertas de servicios privados y municipales. Quienes afrontan las condiciones de precariedad más severas cuentan en ocasiones con el soporte de ONGs y otras organizaciones, que facilitan el acceso a algunos servicios básicos: refugio, alimentación y ciertas atenciones de salud. No obstante, el panorama más amplio de dificultades para el acceso a servicios médicos sirve de aliciente para las prácticas de automedicación y autoatención, opciones que aparecen muchas veces como las preferidas para el manejo individual de ciertas dolencias. Luego, en lo que respecta a la violencia, solo una pequeña proporción de mujeres que reportaron alguna forma de violencia (y decidieron responder la pregunta) declararon haber denunciado los hechos ante alguna instancia de protección social, mientras que la mayoría de ellas consideró que no había sido necesario realizar la denuncia.

6.4 Sobre los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales identificados para la población estudiada fueron, principalmente: el proceso migratorio, las redes de apoyo, el acceso a vivienda y servicios básicos, el empleo digno, la inseguridad ciudadana, la carga del cuidado y la emergencia por COVID-19.



En el proceso migratorio, contar o no con la documentación adecuada es un factor condicionante clave de múltiples posibilidades y problemas: desde el acceso a oportunidades laborales, que a su vez define aspectos como las condiciones de la vivienda, los servicios básicos y la estabilidad económica, hasta el acceso a la salud.

Las redes de relaciones sociales (familiares, amicales, laborales, religiosas, etc.) constituyen una importante fuente de apoyo, soporte emocional, información y oportunidades para los migrantes, con implicancias para las dimensiones económica, de bienestar y salud. Su ausencia o debilidad, en cambio, tiende a estar asociada con diversas privaciones y vulnerabilidades de los individuos, incluyendo las que conciernen al estado de salud.

Las condiciones laborales, más allá de lo que determinan para el acceso a vivienda y servicios básicos, definen además los marcos de otros aspectos de las vidas de los migrantes, como la atención oportuna de dolencias, los riesgos de accidentes laborales, situaciones de estrés,

y la aparición de problemas de violencia intrafamiliar. Precisamente, en el caso de los adultos varones, los accidentes y lesiones que sufrían estuvieron a menudo conectados con condiciones informales de trabajo y ambientes que propician una alta exposición a riesgos laborales. Ante eventualidades como estas, los tipos de regímenes y relaciones de trabajo pueden significar que una persona tenga acceso a la atención a través de un seguro formal de EsSalud, que sus cuidados dependan de la buena voluntad de un empleador, o que sean sus redes familiares las que se hagan cargo.

En relación con la carga del cuidado, esta se reconoció como un determinante social que afecta de manera particular a las mujeres, limitando su disponibilidad de recursos propios y de tiempo para la atención de sus problemas de salud. Su impacto se evidencia, por ejemplo, en las dificultades que afrontan para atender sus necesidades individuales, o en su dependencia económica frente a sus parejas. Todo esto se agudiza cuando deben hacerse cargo del cuidado de familiares con enfermedades crónicas o degenerativas, o que sufren condiciones agudas.



Foto: Acción contra el Hambre

VII >>>>

Recomendaciones

7.1 Sobre los problemas y necesidades de salud prevalentes

- Es muy importante abordar el problema de la regularización de la situación migratoria de la población migrante venezolana, con el propósito de facilitar no solo su acceso al SIS y los servicios de salud correspondientes, sino también sus posibilidades de inserción laboral, lo que a su vez propiciaría mejores condiciones de vida y la reducción de riesgos de salud, en la perspectiva de una superación de los determinantes sociales que afectan el bienestar físico y emocional de estos migrantes. En este sentido, es necesario un trabajo conjunto entre las autoridades de salud y agencias estatales como la Superintendencia de Nacional de Migraciones y el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Se debe considerar el diseño e implementación de intervenciones multidimensionales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los migrantes venezolanos, con componentes que abarquen rubros como: la regularización del estatus migratorio, el empleo, el acceso a programas sociales, la atención sanitaria, la protección legal e institucional frente a discriminaciones, entre otras áreas específicas, por supuesto sin dejar de lado el acceso al aseguramiento en salud.
- Adicionalmente, resulta clave continuar y reforzar el respaldo desplegado desde las instancias gubernamentales de apoyo, los albergues, las instituciones religiosas, las ONG y otras organizaciones para la asistencia a las familias migrantes, en especial a las más vulnerables, asegurando condiciones básicas para preservar su salud y bienestar y facilitar su proceso de inserción en la sociedad peruana.

7.2 Sobre las barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud

- Es necesario impulsar procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud, que aborden problemas

recurrentes, como: los sistemas de gestión de citas, los tiempos de espera, las percepciones de la población sobre los servicios y su calidad, y el adecuado trato a los pacientes, considerando también mecanismos de retroalimentación.

- Con respecto a los gastos de bolsillo en que incurren los usuarios de los servicios de salud, es indispensable establecer mejoras en la planificación y provisión regular de medicamentos e insumos, procurando evitar que los costos sean asumidos por las personas y familias que afrontan situaciones de precariedad económica y vulnerabilidad social, como es el caso de la mayoría de migrantes venezolanos, pero también de muchos usuarios nacionales que acuden a los servicios públicos de salud.
- Es sumamente importante reducir los altos niveles de discriminación y xenofobia que afectan a la población migrante venezolana, y que repercuten más acentuadamente en las mujeres que buscan atención en los centros de atención de ginecología y obstetricia. De todos los aspectos analizados en sus experiencias, este tema es el que más daño causa, no solo en ellas como personas, sino también por las brechas que tales actitudes generan entre los servicios públicos de salud y la población que acude a ellos. Esto resulta por demás perjudicial debido a que son precisamente estas mujeres quienes más necesidad tienen de esos servicios, tanto por ellas mismas como por las responsabilidades de cuidado que manejan en sus hogares y con sus hijos. En tal sentido, el abordaje de estos problemas debería integrar acciones de diversa índole: desde la capacitación del personal de salud (acerca de las condiciones, problemas y necesidades de la población migrante, sus derechos, etc.), hasta el desarrollo de marcos jurídicos de protección de derechos y su implementación a través de mecanismos efectivos (incluyendo criterios establecidos en acuerdos internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado peruano), pasando por el procesamiento administrativo de reclamos de los usuarios, la intervención de agencias estatales (como la Defensoría del Pueblo,



SUSALUD, entre otras), la revisión de normas y códigos de ética profesional para la prevención y sanción de conductas discriminatorias, y estrategias educativas y comunicacionales dirigidas a deslegitimar los prejuicios y estereotipos que propician la xenofobia.

- La protección de derechos en salud se puede hacer efectiva, también, mediante la introducción de reformas administrativas y acciones de capacitación que contribuyan a colocar al paciente y su bienestar como los principales referentes de los esfuerzos profesionales e institucionales, sin descuidar las particularidades de grupos vulnerables como la población migrante venezolana. Esto implica, centralmente, dismantelar las barreras burocráticas que obstaculizan el ejercicio del derecho a la salud y coadyuvan al deterioro de la calidad de la atención en los establecimientos sanitarios del sector público.
- Ampliar y mejorar la disponibilidad de espacios de alojamiento temporal seguro para la población migrante en situación de vulnerabilidad social, con énfasis en la que afronta condiciones de riesgo sanitario.
- Diseñar y poner en marcha intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los hogares de mujeres con hijos o hijas menores, integrando componentes que contribuyan a aminorar la sobrecarga del cuidado doméstico y les ofrezcan alternativas de desenvolvimiento social y económico, con miras a fortalecer su autonomía (por ejemplo, mediante guarderías, acceso a programas sociales más allá de los sanitarios, etc.).
- Desarrollar estrategias de salud pública que mejoren el alcance de la vacunación contra la COVID-19 en esta población, apuntando a asegurar la aplicación de esquemas completos de inmunización.

7.3 Sobre el nivel de acceso a los servicios de salud y de protección

- Mejorar los mecanismos de difusión de los servicios públicos que ha dispuesto el Estado peruano para la atención de la salud y la protección social de la población migrante venezolana.
- Desarrollar intervenciones extramurales que faciliten el acercamiento de los servicios a esta población migrante, teniendo en cuenta sus características, necesidades, ámbitos de residencia y dinámicas laborales.
- Diseñar y poner en marcha estrategias de soporte social e institucional, acogida, apoyo emocional y asesoría legal para mujeres migrantes venezolanas que sufren violencia y se proponen denunciar a sus agresores.

7.4 Sobre los determinantes sociales de la salud

- Impulsar mecanismos administrativos que de manera efectiva sirvan para la regularización del estatus migratorio de la población migrante, en la perspectiva de mejorar su acceso a los servicios públicos y el empleo formal.

VIII >>>>

Referencias bibliográficas

1. Puente JM, Rodríguez JA. **Venezuela en etapa de colapso macroeconómico: un análisis histórico y comparativo.** América Lat Hoy Rev Cienc Soc. 2020;(85):55–72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7550146>
2. Páez Silva GA. **Evolución de la mortalidad infantil en Venezuela: ¿reflejo de un país en decadencia?** Acta Geogr. 2019;13(31): 197-204. Disponible en: <https://doi.org/10.5654/acta.v13i31.5461>
3. Mendoza W. **La inmigración venezolana en el Perú vista desde una perspectiva de salud.** Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019;36:381–2. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n3/381-382/>
4. Mougnot B, Amaya E, Mezones-Holguin E, Rodríguez-Morales AJ, Cabieses B. **Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru.** Glob Health. 2021;17(1):8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3>
5. Delgado-Flores C, Cutire OS, Cvetkovic-Vega A, Nieto-Gutierrez W. **Perceived discrimination as a barrier for the adequate treatment of chronic diseases in Venezuelan migrants from Peru.** Rev Bras Epidemiol. 2021;24: E210029. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210029>
6. Castro Quispe LC. **La migración masiva venezolana en el Perú y las políticas públicas migratorias [tesis].** Lima: USMP; 2019. Disp. en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5024>
7. Barajas de la Vega MJ, Espino Pérez DE, Rischmoller Vargas R. **Población venezolana en Perú en tiempos de COVID-19: luchar contra la adversidad para lograr la inclusión social.** Preced Rev Juríd. 2021;19:9–42. Disponible en: <https://doi.org/10.18046/prec.v19.4654>
8. Consorcio de Investigación Económica y Social. **La educación de la madre como determinante de la salud del niño: evidencia para el Perú en base a la ENDES.** Lima: CIES; 2009. Disponible en: <https://cies.org.pe/es/investigaciones/educacion-genero/la-educacion-de-la-madre-como-determinante-de-la-salud-del-nino>
9. Porr C, Drummond J, Richter S. **Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers.** Fam Community Health. 2006;29(4):328–35. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/44954497>
10. Keats EC, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Imdad A, et al. **Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence.** Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(5):367–84. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30274-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30274-1)

11. Vera C, Jiménez B. **Migración venezolana e informalidad en el mercado local**. Lima: CIES; 2020. Disponible en: <https://cies.org.pe/es/investigaciones/migracion-venezolana-e-informalidad-en-el-mercado-local>
12. **Venezolanos en Perú también pueden acceder gratis al SIS**. *La República*. 2019 Dic. 8. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2019/12/05/minsa-venezolanos-en-peru-pueden-acceder-gratuitamente-al-sis-seguro-salud/>
13. OPS. **Agua y saneamiento [internet]**. Washington, D. C.: OPS; s.f. [citado el 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/agua-saneamiento>
14. Aliaga Rengifo DM, Huaynate Ango M de los A. **El derecho al agua potable y su acceso en las poblaciones vulnerables en tiempo de pandemia [tesis]**. Lima: UCV; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57385>
15. Goretta J. **En la propagación del Covid afecta más el hacinamiento que la densidad urbana**. *Rev Div Cient Sol*. 2020;(7):40–2. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/sol/article/view/4509>
16. Ruiz EF, Proaño Á, Ponce OJ, Curioso WH. **Tecnologías móviles para la salud pública en el Perú: lecciones aprendidas**. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(2):264–72. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342015000200024&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Paloma V, de la Morena I, Sladkova J, López-Torres C. **A peer support and peer mentoring approach to enhancing resilience and empowerment among refugees settled in southern Spain**. *J Community Psychol*. 2020;48(5):1438–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jcop.22338>
18. Arnoso M, Arnoso A, Mazkarian M, Irazu A. **Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social**. *Migr Rev Inst Univ Estud Migr*. 2012;(32):169–200.
19. Vargas-Machuca R, Rojas-Dávila CE, Jiménez MM, Piscocoya-Magallanes CR, et al. **Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición**. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(3):504–10. Disp. en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.363.4676>
20. Acción Contra el Hambre. **Estudio multisectorial en personas refugiadas y migrantes de Venezuela que viven en Lima Metropolitana, Perú 2021**. Lima: ACH; 2021. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/peru/estudio-multisectorial-en-personas-refugiadas-y-migrantes-de-venezuela-que-viven-en-lima>
21. Palacios Gonzales DI. **Modificación de conducta en un niño de 5 años con problemas de desobediencia [tesis]**. Lima: Univ Nac Federico Villarreal; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4396>
22. Plataforma Digital Única del Estado Peruano - gob.pe. **Afiliarte al SIS Gratuito [Internet]**. 2022 Abr. 13 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/133-afiliarte-al-sis-gratuito-afiliacion-al-sis-gratuito>
23. Farfán Cango MS. **Experiencias del duelo migratorio en niños venezolanos de entre 6 a 12 años de una casa de acogida de Lima Metropolitana [tesis]**. Lima: UARM; 2021. Disponible en: <http://repositorio.uarm.edu.pe/handle/20.500.12833/2317>
24. Rengel Sempértegui MY, Calle Coronel II. **Impacto psicológico de la pandemia del COVID 19 en niños**. *Rev Investig Psicol*. 2020;(ESPECIAL):75–85. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322020000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Dorabawila V, Hoefler D, Bauer UE, Bassett MT, Lutterloh E, Rosenberg ES. **Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5-11 and 12-17 years in New York after the emergence of the Omicron variant**. *medRxiv*. 2022 Feb. 28:2022.02.25.22271454. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271454v1>

26. Gutierrez A, Mendoza P. **Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones.** An Fac Med. 2019;80(2):183–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16413>
27. Moreno-Garrido ZR. **Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima Perú.** 2018. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019;4:S14–S14. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/125>
28. Alayo Milla JX. **Falta de regulación jurídica de la violencia obstétrica en el Perú, y la vulneración de los derechos reproductivos de la mujer [tesis].** Trujillo: UCV; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/64857>

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

