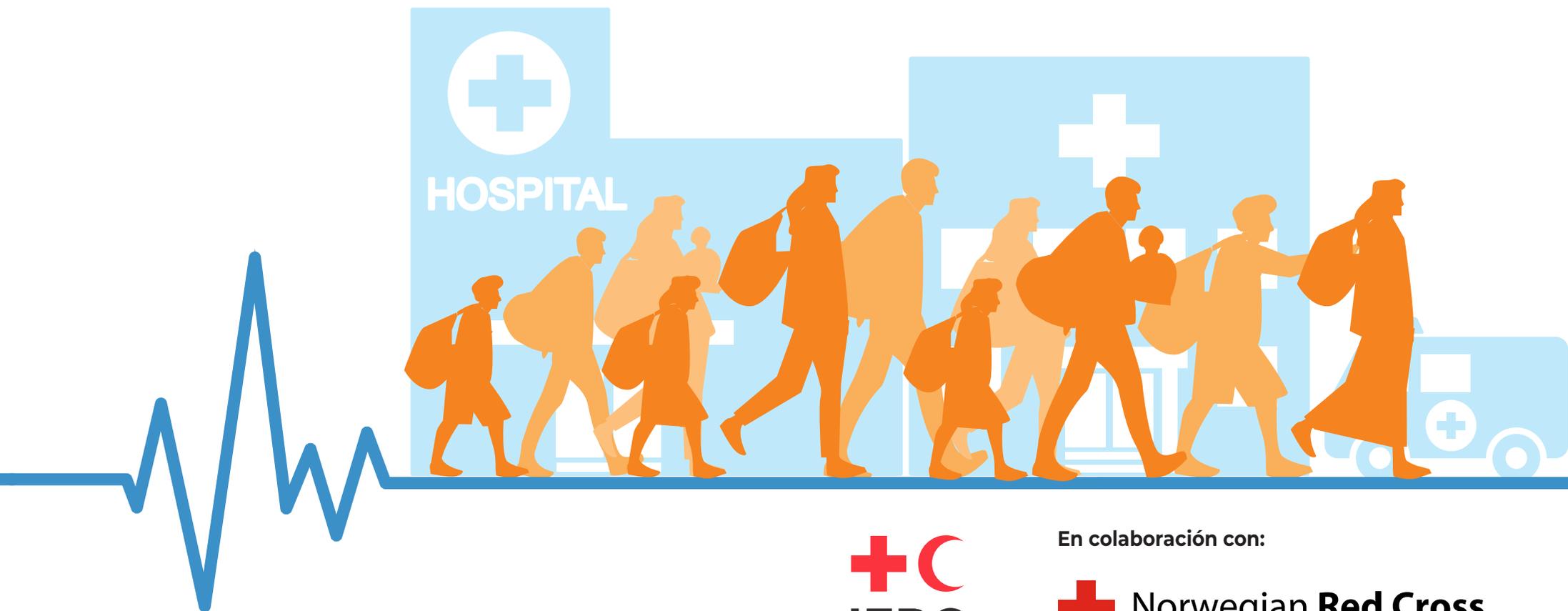


MIGRACIÓN Y SALUD EN LAS AMÉRICAS: Una evaluación de las necesidades y servicios 2021-2023

VERSIÓN CORTA



En colaboración con:



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

Contáctenos

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

Dirección

Ricardo Murgas Street, edificio 220, Ciudad del Saber, Clayton, Ancon, Ciudad de Panamá, Panamá.

+507 317 3050 | health.americas@ifrc.org | www.ifrc.org

Autoría: Leila Coppens

Diseño: Diana De León

MIGRACIÓN Y SALUD EN LAS AMÉRICAS: **Una evaluación de las necesidades y servicios 2021-2023**

VERSIÓN CORTA



En colaboración con:



*“Todavía tengo un sentimiento,
es un sentimiento de desarraigo,
un sentimiento que expreso muchas veces con lágrimas”.*

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

Contenido

Acrónimos y definiciones	3
Puntos destacados de la migración en las Américas y el Caribe	4
Las necesidades y la demanda	8
Niñas y niños menores de 5 años	8
Niñas, niños y adolescentes (6-17 años)	9
Adultos de 18-59 años/población general	10
Personas mayores (más de 60 años)	13
Niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes	14
Necesidades expresadas por tipo de asistencia	15
Búsqueda de atención sanitaria	15
Oferta de servicios sanitarios	16
Acceso al sistema nacional de salud	16
Cobertura del servicio	19
Capacidad de respuesta del sistema de salud	19
Calidad de los servicios sanitarios	25
Cumplimiento de los estándares de calidad	25
Satisfacción de los usuarios	27
Entorno favorable	28
Legislación/Políticas	28
Normas sociales: la discriminación	28
Conclusión	30
Información adicional disponible en el informe completo	34

Acrónimos y definiciones

Acrónimos

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

Definiciones

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

Puntos destacados de la migración en las Américas y el Caribe

En general, desde 2010, el número de migrantes internacionales en las Américas ha aumentado constantemente. En América del norte y el Caribe, el aumento es constante. En América Central y del Sur, se observa una intensificación del aumento desde 2015 (Our World in data, 2020).

Si se hace un acercamiento a nivel de país, existe una gran diversidad en cuanto al número absoluto de migrantes internacionales y la proporción de migrantes respecto a la población total del país, Los cinco países con más migrantes internacionales son EE.UU., Canadá, Argentina, Colombia y Chile. Los cinco países con

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

	Países	Número de migrantes internacionales	Población migrante internacional en porcentaje de la población
América del Sur	Argentina	2,300,000	5%
	Bolivia	164,100	1%
	Brasil	1,100,000	1%
	Chile	1,600,000	9%
	Colombia	1,900,000	4%
	Ecuador	784,800	4%
	Guyana	31,200	4%
	Paraguay	196,600	2%
	Perú	1,200,000	4%
	Surinam	47,800	8%
	Uruguay	108,300	3%
	Venezuela	1,300,000	5%

Menos de 100,000 o 1%.

100,000-999,999 o 1%-9.99%.

Más de 1,000,000 o el 10%.

	Países	Número de migrantes internacionales	Población migrante internacional en porcentaje de la población
América Central	Belice	62,000	16%
	Costa Rica	520,700	10%
	El Salvador	42,800	1%
	Guatemala	84,300	1%
	Honduras	39,200	0%
	Nicaragua	42,200	1%
	Panamá	313,200	7%
Caribe	Antigua y Barbuda	29,400	30%
	Barbados	34,900	12%
	Cuba	3,000	0%
	Dominica	8,300	12%
	República Dominicana	603,800	6%
	Granada	7,200	6%
	Haití	18,900	0%
	Jamaica	23,600	1%
	San Cristóbal y Nieves	7,700	15%
	Santa Lucía	8,300	5%
	San Vicente y las Granadinas	4,700	4%
	Bahamas	63,600	16%
	Trinidad y Tobago	78,800	6%
América del Norte	Canadá	8,000,000	21%
	México	1,200,000	1%
	Estados Unidos	50,600,000	15%

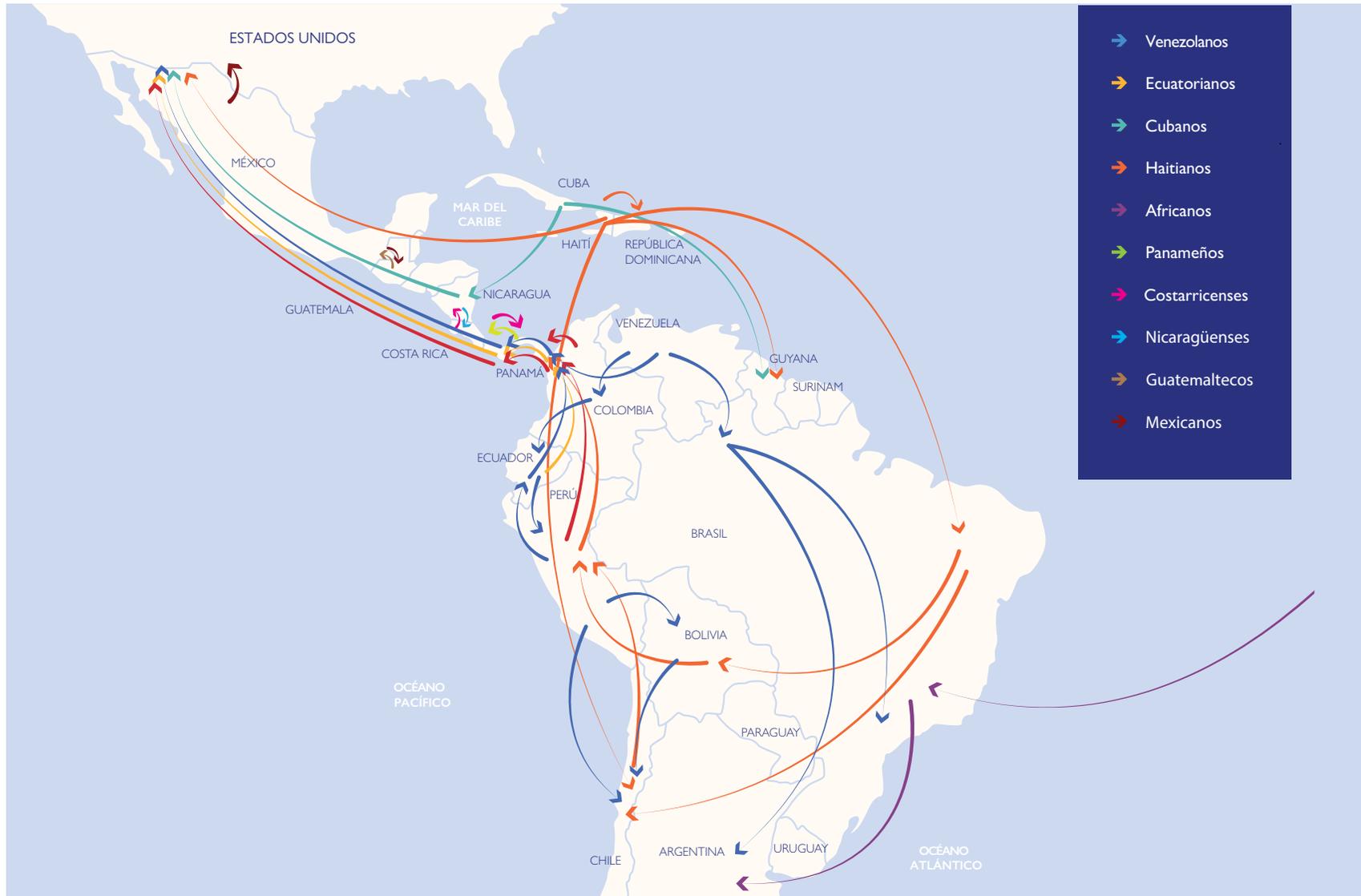
una mayor proporción de migrantes internacionales son Antigua y Barbuda, Canadá, Bahamas, Belice y, en quinta posición, juntos, San Cristóbal y Nieves y los EE.UU.

Los migrantes internacionales de la tabla anterior se entienden en sentido amplio como personas que viven fuera de su país de nacimiento (ONU, sin fecha). Incluye, pero

no equipara, a los refugiados y migrantes que huyen de la muerte, la violencia, los desastres naturales y los provocados por el hombre, así como de la pobreza. Estas situaciones afectan con frecuencia a las Américas, produciendo flujos migratorios internos y externos. En 2020, 4.5 millones de personas fueron desplazadas (IFRC, 2022b).

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

Flujos migratorios en las Américas (OIM, 2023a)





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

Hondureña, mujer migrante y desplazada,
Honduras (CICR, 2020)

El flujo de migrantes irregulares por la ruta norte sigue una tendencia creciente de 2021 a 2023.

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

En la población adulta en tránsito, las encuestas muestran una mayor proporción de hombres que de mujeres. La proporción es de aproximadamente un 60% de hombres y un 40% de mujeres. **Teniendo en cuenta a los menores, la distribución es de aproximadamente 16-33% de menores, 24-29% de mujeres, 41-55% de hombres.** Según UNICEF (2023), los grupos de migrantes incluyen una proporción creciente de menores. En comparación con la media mundial, América tiene una mayor proporción de menores entre los migrantes y refugiados (25% frente a 13%).

En 2023, al menos 1,148 migrantes perdieron la vida en las rutas migratorias de América y el Caribe. Las principales causas de muerte fueron ahogamiento (398); accidentes de vehículos (290); ambiente hostil combinado con falta de refugio adecuado, alimentos, agua (150); actos de violencia (81); muertes accidentales (76); enfermedades combinadas con falta de acceso a atención sanitaria (36); y mixtas o desconocidas (117). La mayoría de las muertes se produjeron en la frontera entre México y Estados Unidos (533), del Caribe a Estados Unidos (75), El Darién (42) y de República Dominicana a Puerto Rico (41). **El año anterior, en 2022, desaparecieron al menos 1,462 migrantes** (Proyecto Migrantes Desaparecidos, 2023).

Las necesidades y la demanda

Niñas y niños menores de 5 años

Nacimiento con bajo peso

En Colombia, la proporción de bajo peso al nacer de migrantes venezolanos está dentro del rango nacional (11% vs 10-15%), mientras que en Brasil es más del doble del promedio nacional (24% in Boa Vista and Pacaraima vs 5-10%).

Lactancia exclusiva

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

Estado nutricional

Según la clasificación internacional de los niveles de desnutrición aguda en contextos humanitarios (ACNUR, 2019), la prevalencia de desnutrición aguda entre las niñas y los niños migrantes menores de 5 años es baja en Colombia (2.5-5%), moderada en Bolivia y Honduras (5-10%) y muy alta en Brasil (más del 15%). Según una clasificación de los niveles de desnutrición crónica (de Onis *et al.*, 2019), la prevalencia de desnutrición crónica entre los migrantes menores de 5 años es moderada en Bolivia (10-20%), entre moderada y alta en Brasil (20-36%). Dependiendo del tipo de migrante, es moderada o alta en Colombia.

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

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

La anemia moderada o grave afecta hasta uno de cada tres o uno de cada cinco niñas y niños migrantes.

Afecciones agudas

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

En los grupos focales, que formaban parte del mismo estudio, los participantes señalaron la diarrea y la anemia/malnutrición como los principales problemas en esta categoría de edad (OPS, 2022).

Vacunas

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

Enfermedades crónicas

Dos estudios proporcionaron información sobre estimaciones de enfermedades crónicas entre migrantes venezolanos de 0 a 5 años asentados en el Perú. **Un estudio a nivel nacional arrojó una proporción de 4%** (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares). **Otro estudio en Lima con una definición amplia de enfermedades crónicas estimó una proporción de 10%** (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Discapacidad

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

Niñas, niños y adolescentes (6-17 años)

Estado nutricional

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

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

Afecciones agudas

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

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

Embarazo en la infancia y la adolescencia

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

Vacunas

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

Enfermedades crónicas

Dos estudios entre migrantes venezolanos de 6 a 17 años asentados en Perú proporcionaron estimaciones

Adultos de 18-59 años/población general

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

Estado nutricional

Sólo se encontró una fuente de información sobre el estado nutricional de los adultos migrantes. Entre los adultos

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

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

Discapacidad

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

venezolanos asentados en Colombia, **aproximadamente la mitad tenía sobrepeso u obesidad, menos del 10% tenía bajo peso** (Red Somos, 2023; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6221 participantes).

Afecciones agudas

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

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

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

Salud sexual y reproductiva

Una encuesta realizada en Brasil revela que cerca de 2 de cada 3 mujeres migrantes embarazadas (migrantes en destino y en tránsito) no querían estarlo. (Moverse, 2022; todas las regiones menos Roraima; 2,000 participantes; Roraima; 682 participantes de los refugios).

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



“He oído eso demasiado a menudo, abuso sexual. Por ejemplo, los camioneros son depredadores... “Te llevaré, siempre y cuando...”. Eso, por supuesto, tanto para hombres como para mujeres. O, por ejemplo, también le pasó a mi mujer, que iba en la parte delantera y se quedaba dormida, cansada de la carretera, y le tocaban los pechos, las partes íntimas. Cosas así. Ahí es donde empieza. Y en los hombres también, ofrecen dinero, cosas así”.

Hombre migrante venezolano, 24 años, Chile (Obach, *et al.*, 2022)

Enfermedades infecciosas

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

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

Enfermedades crónicas

La proporción de migrantes con enfermedades crónicas era del 13-15% entre los migrantes en tránsito y del 7-29% entre los migrantes en destino. Entre los migrantes en destino, las

enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión, la diabetes, el asma y las enfermedades cardiovasculares. Otras afecciones menos prevalentes son la artritis, la salud mental y el cáncer.

Salud mental

Los migrantes se enfrentan a problemas de salud mental. Sin embargo, es difícil captar el alcance del problema, ya que la mayoría de las encuestas son pequeños estudios y no utilizan instrumentos estándar. Una lista restringida de estudios que **utilizan herramientas estandarizadas muestra que entre el 21% y el 90% de los migrantes tenían ansiedad y/o depresión moderadas o altas** (el 90% procede de un estudio a pequeña escala y es un valor atípico en comparación con los estudios que utilizan herramientas estandarizadas). Cabe destacar que el 30% de la atención de salud mental prestada a los migrantes en el sistema público colombiano se refería a niñas y niños (R4V, 2023a). Un estudio de la IFRC subraya **la necesidad de apoyo psicosocial para las niñas y los niños migrantes** en Centroamérica, ya que parecen tristes, no tienen apetito, sienten miedo y manifiestan pensamientos suicidas (IFRCa, 2022).



“Queremos un espacio en los hospitales para la salud mental porque tenemos muchos venezolanos que han sido violados, tienen problemas psiquiátricos y ejercen la prostitución”.

“La calle es dura, con la calle viene el frío, luego viene el hambre, luego viene la desesperación y luego la depresión, y finalmente los vicios, y no tenemos herramientas para salir de esa situación”.

Migrantes, Perú (IRC, 2021)

Discapacidad

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

Violencia

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

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

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



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

EIC, campaña nacional por el aborto legal, Colombia



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

Mujer nicaragüense refugiada, Costa Rica

(ACNUR y HIAS, 2022)

Personas mayores (más de 60 años)

Estado nutricional

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

Afecciones agudas

En el mes anterior, 56% de los migrantes venezolanos mayores de 60 años que se establecieron en Lima, Perú, tuvieron una enfermedad o malestar. De ellos,

57% tuvo una enfermedad respiratoria o alergia; 11% tuvo recaídas de enfermedades crónicas; 7% tuvo problemas de salud mental (como depresión, insomnio y otros). En las discusiones de los grupos focales, las dolencias más comunes en este grupo de edad eran las enfermedades reumatológicas y las discapacidades. Los dolores articulares y óseos empeoraban por el imperativo de las actividades cotidianas generadoras de ingresos (OPS, 2022; Lima; 426 hogares).

Enfermedades crónicas/salud mental

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



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

Hombre, organización religiosa, Honduras (HelpAge, 2021)

Discapacidad

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

Niñas/adolescentes/mujeres embarazadas y lactantes

Proporción de migrantes embarazadas y en periodo de lactancia

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

Estado nutricional

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

Mortalidad materna

En Colombia, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de las madres venezolanas es el doble de la RMM nacional (125.3/100,000 vs 43.8/100,000). Además, en las primeras 24 semanas de 2022, con 1740 ocurrencias,

la morbilidad materna extrema fue el segundo tipo de afecciones de notificación obligatoria después de la violencia de género y doméstica.

En Brasil, las madres venezolanas representan una proporción significativa de las madres del estado fronterizo de Roraima. La RMM del estado es aproximadamente el doble de la RMM nacional (309/100,000 vs 117/100,000).

Enfermedades infecciosas

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

Necesidades expresadas por tipo de asistencia

La clasificación de la necesidad de distintos tipos de asistencia sanitaria es compleja. Sería deseable utilizar paquetes estandarizados de atención, como atención sanitaria de emergencia, atención sanitaria primaria, atención sanitaria especializada, paquete de servicios iniciales mínimos en salud sexual y reproductiva en emergencia, entre otros.

Entre los migrantes en tránsito, la necesidad de asistencia sanitaria era elevada (59-69%). La mayoría necesitaba un médico generalista. En cuanto a la salud sexual y reproductiva en general, entre el 6 y el 41% necesitaban asistencia. Las principales necesidades eran la anticoncepción, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la atención materna. **El 12% de los migrantes en tránsito necesitaron atención**

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

Búsqueda de atención sanitaria

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

Se encontró más información para los migrantes en destino. Entre el 5% y el 39% de los migrantes se

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

Oferta de servicios sanitarios

Acceso al sistema nacional de salud

El acceso a la asistencia sanitaria depende en gran medida del diseño del sistema nacional de salud y de sus disposiciones en materia de seguro de enfermedad.

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

Un obstáculo importante para el seguro de enfermedad de los migrantes es la falta de documentación. Esto se observa en toda la región. Según R4V, en la región, más de uno de cada tres refugiados y migrantes está en situación irregular.

Un estatus regular les permitiría acceder a la asistencia sanitaria y al empleo. Mejoraría sus medios de subsistencia y abordaría muchos de los determinantes sociales de la salud (R4V, 2023a).

Cobertura del servicio

Intervenciones nutricionales

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

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

Crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños

La información sobre los servicios para el crecimiento y el desarrollo infantil sólo estaba disponible en Perú. Los indicadores son diferentes para ambas fuentes y no son comparables. Según un informe, 58% de los migrantes venezolanos menores de 3 años residentes en Lima habían asistido a controles de crecimiento y desarrollo en los últimos tres meses (OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 121 menores de 3 años). Según otra fuente, el 64% de la población refugiada y migrante venezolana de 0 a 5 años

accedió a servicios de control de crecimiento y desarrollo: 74% a servicios de vacunación, 45% a consejería (presencial, telefónica o similar) y 58% con suplementos de hierro (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares).

Servicios de salud materna, sexual y reproductiva

A Un informe en Brasil sugiere una brecha entre la cobertura de la atención prenatal entre las venezolanas asentadas en Brasil (92%) y las que están en tránsito (27%). En Perú, el 100% de las embarazadas venezolanas tuvieron al menos una visita prenatal. Esto se debe en parte a una política para facilitar la inscripción de las embarazadas en el plan nacional de seguros.

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

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

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

Prevención y gestión de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas afectan sobre todo a las personas mayores. Un estudio realizado en Honduras, El Salvador, Colombia, Ecuador y Perú muestra que entre el 45% y el 65% de los desplazados internos, migrantes, retornados y refugiados mayores de 60 años recibían tratamiento (HelpAge, 2021).



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

Mujer, organización no gubernamental internacional, Honduras (HelpAge, 2021)



“Mira, hay días que compro medicinas y no compro comida, y hay días que no compro nada porque llevo tres días sin medicinas y no hay dinero”.

Hombre en situación de movilidad, 72 años, Honduras (HelpAge, 2021)

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

No se consiguió información sobre la prevención de enfermedades crónicas.

Prevención y tratamiento de las afectaciones mentales

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

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

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

Prevención y gestión de las enfermedades infecciosas

La información sobre prevención y manejo de enfermedades infecciosas es escasa. En Perú, 22% de los migrantes venezolanos mayores de 15 años accedieron a una prueba de VIH y otras infecciones de transmisión

sexual (INEI, 2022; 8 ciudades; 3,680 hogares) y 71% de las gestantes venezolanas se realizaron una prueba de VIH y sífilis (OPS, 2022; Lima; 426 hogares; 7 gestantes).

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

Ayuda humanitaria

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

Capacidad de respuesta del sistema de salud

Disponibilidad de insumos básicos/suministros

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

En Perú, un estudio hace referencia a las limitaciones tecnológicas y logísticas que afectan a la prestación de servicios a la población general, especialmente a la población vulnerable (Consejo Danés para los Refugiados y SJM, 2023). Muchas veces las farmacias de los establecimientos de salud y hospitales manejan un almacenamiento reducido de medicamentos, o los mismos establecimientos carecen de insumos básicos para la atención de salud. Como resultado, los pacientes tienen que conseguir los suministros externamente, generando gastos de bolsillo (OPS, 2022).

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



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

Migrante venezolano, Perú (OPS, 2022)

hospitales generales. Además, suelen implicar largas distancias y, por tanto, gastos de transporte (OPS, 2022).

Infraestructura

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

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

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

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

Demasiada proximidad tiene, sin embargo, algunos inconvenientes. Puede exponer a los usuarios de los servicios a las normas sociales y disuadirles de

utilizarlos. En Tijuana, México, se observó que algunos migrantes, especialmente mujeres, se abstendrían de utilizar los servicios sexuales y reproductivos prestados en los albergues para evitar las sanciones sociales de los familiares (Llanes-Díaz *et al.*, 2023). La integración de servicios sanitarios o multisectoriales puede contrarrestar fácilmente esta limitación de la proximidad.

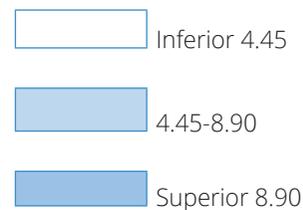
No hubo hallazgos específicos relacionados con la prestación de servicios en instalaciones comunitarias (escuelas, organizaciones de base, edificios religiosos, entre otros) o infraestructuras temporales (tiendas de campaña o unidades móviles).

Densidad del personal sanitario

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

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

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



Oportunidad de la asistencia sanitaria y navegación del sistema sanitario

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

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

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

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

Además de la falta de disponibilidad y los retrasos de los servicios, **un problema recurrente en muchos países es la navegación del sistema de salud, que se refiere a los múltiples procedimientos administrativos que los pacientes deben seguir para recibir atención sanitaria -o no- y al tiempo que se consume en estos**



“El año pasado tuve cálculos biliares. Fui a urgencias tres veces, me dieron medicamentos y me mandaron a casa. Esperé 5 meses para operarme. El tiempo de espera es demasiado largo y en urgencias me dolía mucho. Sentía que me iba a morir e intenté demostrarlo con mi lenguaje corporal. Tuve que esperar demasiado para la ecografía, estaba disgustada y triste.”

Migrante, Canadá (Pandey *et al.*, 2022a)

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

”

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

Migrante mayor venezolano, Perú (OPS, 2022)

”

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

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

”

“Me ha pasado en ocasiones que uno tiene que resignarse, yo fui allá y no me lo aceptaron, me dieron el documento, otro documento, luego aquí, otro documento, entonces yo sé esto, uno lo toma como un juego de jalar la pierna, de aquí para allá de allá para acá, y eso es un pasaje de bus, a cualquier lugar es un pasaje de bus que sale de su bolsillo, uno se resigna a que nunca lo van a atender.”

Migrante, Colombia (Ariza-Abril et al. 2020)

Información sobre los servicios sanitarios

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

”

“Me da la impresión que hay una falta de información precisa en quienes tienen que ejecutar las políticas de salud, que son los funcionarios de salud del CESFAM. Creo que hay poca preparación del personal de salud para dar esta primera información; dan la primera respuesta que se les ocurre y si no quieren atender a los migrantes, no lo hacen.”

Adulto mayor migrante venezolano, Peru (OPS, 2022)

Por parte de los migrantes, la falta de información y las percepciones erróneas son motivos habituales para no acudir a los servicios.

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



“La información es necesaria. Nos hemos dado cuenta de que los extranjeros piensan que deben tener su identificación para acceder a la atención sanitaria, y no es así. En la primaria basta con el pasaporte. A veces los jóvenes se enferman y llevan más de un año en la primaria y no acuden a la primaria porque no saben que tienen derecho a ello.”

Partera, Chile (Obach *et al.*, 2022)

Se han creado varias plataformas -web y redes sociales- para informar a los migrantes sobre los servicios disponibles.

Algunas de ellas ofrecen una comunicación bidireccional con respuesta garantizada en 24 horas. Teniendo en cuenta el número de migrantes en todo el continente, el número de seguidores en Facebook sigue siendo moderado: 13,000 para Info Palante en Colombia; 2,800 para InfoPa'lante en Ecuador; 10,000 para Cuéntanos Honduras; 13,000 para Cuéntanos Guatemala; 3,700 seguidores para InfoDigna México; 362 seguidores para ImportaMi USA. Las versiones web muestran información sanitaria bastante genérica, no específica del contexto local ni del acceso local a los servicios. Algunas plataformas van más allá de los países, pero se limitan a los puntos de servicio prestados por una organización o un consorcio de organizaciones, por ejemplo HIAS¹ or r4v safe spaces², respectivamente.

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

¹ <https://app.mapahiaslac.org/>

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

Calidad de los servicios sanitarios

Cumplimiento de los estándares de calidad

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

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

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

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

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

”

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

Mujer migrante venezolana, Perú

”

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

Mujer migrante venezolana, Perú

(OPS, 2022)

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

”

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

Mujer migrante venezolana, 20 años, Chile

”

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

Mujer migrante ecuatoriana, 24 años, Chile

(Obach *et al.*, 2022)

En el campo de la nutrición, en Honduras, los menores que sufrían desnutrición aguda recibían un tratamiento deficiente por parte de las organizaciones humanitarias. Normalmente, un tratamiento dura entre 8 y 10 semanas y requiere varias unidades de alimentos

terapéuticos listos para usar al día. Los menores sólo recibieron una unidad y fueron contabilizados como beneficiarios. El tránsito plantea serios problemas para la continuidad del tratamiento. No obstante, hay que encontrar un equilibrio entre la calidad y la cobertura de la intervención.

Satisfacción de los usuarios

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



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

Mujer migrante venezolana, Colombia (Mercado Romero, 2021)



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

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

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

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



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

Mujer migrante venezolana, Perú (OPS, 2022)

Entorno favorable

Legislación/Políticas

El derecho a la asistencia sanitaria es universal y está plasmado como tal en muchas constituciones de la región. En la práctica, los sistemas sanitarios de las Américas y el Caribe no son tan generosos con los migrantes irregulares. **Según la bibliografía revisada, Argentina, Brasil, Ecuador,**

Uruguay, Nicaragua, República Dominicana y Trinidad y Tobago conceden acceso gratuito tanto a la atención sanitaria común como a la de urgencia. Algunos de los países sólo conceden acceso a la atención de urgencia (Chile, Colombia, Paraguay, México y EE.UU.) y otros sólo atienden a las poblaciones vulnerables: mujeres embarazadas/lactantes y menores de 5 años (Bolivia, Perú, Costa Rica, Guatemala y Panamá).

Normas sociales: la discriminación

Una norma social relevante para este estudio es la discriminación. **La xenofobia general y la discriminación hacia los migrantes prevalentes en la sociedad se expresan en el sector sanitario a través de los proveedores de servicios, el personal administrativo, los guardias, etc., que abusan de su poder. La literatura revisada menciona la discriminación en los países de América del Sur y del Norte y en la mayoría de los países de América Central.** La literatura sobre el Caribe es más escasa.

Los actos de discriminación contra los migrantes en los centros de salud siguen un gradiente. La forma más directa de discriminación es el maltrato por parte del personal sanitario con referencias al origen de los pacientes. Estudios realizados en Perú y Chile revelaron que las mujeres jóvenes eran con especial frecuencia víctimas de esta discriminación directa y experimentaban fuertes juicios

sobre su comportamiento sexual (Chile - Obach *et al.*; 2022; Perú - OPS, 2022). La violencia obstétrica también puede ser una expresión de discriminación.



“Fui al hospital con dolor, me dijeron que sólo tenía el saco sin bebé, que me lo tenían que sacar. Y recuerdo, nunca lo olvidaré, que una enfermera dijo ‘ay, tan joven... esta venezolana de mierda abortando’. Lo que no sabían es que llevaba dos años intentando quedarme embarazada y no podía, y no era un bebé, sólo el saco. Y me tuvieron dos días y perdía mucha sangre, y que tenía que esperar, que había prioridades”.

Mujer migrante venezolana, Perú (OPS, 2022)

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

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



“Se les ha negado atención de emergencia inmediata. Muchos venezolanos han muerto buscando ayuda. El acceso a un hospital no lo deciden necesariamente los médicos, las enfermeras o el director. El acceso lo decide el personal de las empresas de seguridad privada que discrimina a los venezolanos y no les permite entrar. Por eso es un problema recibir atención médica en un hospital.”

Hombre, entidad pública nacional, Ecuador
(HelpAge, 2021)

Conclusión

Necesidades vs servicios

El estado nutricional de los migrantes es deficiente.

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

La respuesta al mal estado nutricional se queda corta. Las intervenciones nutricionales más comunes entre los migrantes menores de 5 años fueron: evaluación nutricional (42-57%), desparasitación (21-36%), micronutrientes (12-30%). Parece haber una marcada preferencia por las actividades rápidas, puntuales y de bajo costo. Las actividades más complejas, longitudinales y costosas, como la gestión de la desnutrición aguda tuvieron una cobertura extremadamente baja (1-4%). En el caso de las mujeres embarazadas, sólo el 60% de las

venezolanas y colombianas tomaban un suplemento de hierro. **Lograr un estado nutricional óptimo entre las mujeres embarazadas y los menores es una estrategia de prevención clave para reducir la vulnerabilidad a las enfermedades agudas y crónicas, además de otros beneficios.**

La situación de la salud materna y sexual y reproductiva de la población migrante es muy preocupante.

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

No se identificó ningún estudio sobre otras enfermedades infecciosas entre los migrantes. Los datos de vigilancia en Colombia sugieren una propagación continua del dengue, la malaria, la varicela y la tuberculosis.

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

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

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

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

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

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

Necesidades expresadas de asistencia sanitaria

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

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

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

Sistemas nacionales de salud

La respuesta a las necesidades sanitarias de los migrantes depende en gran medida de los sistemas sanitarios nacionales. El análisis de la búsqueda de

atención sanitaria de los migrantes muestra que éstos tienden a acudir en primer lugar a los centros de salud y hospitales públicos. Se constató que el alcance de la asistencia sanitaria proporcionada por las organizaciones humanitarias era limitado.

Por ejemplo, en Colombia, el país con mayor número de migrantes venezolanos, alrededor del 17% de los migrantes en destino accedieron a algún tipo de servicio humanitario (multisectorial). En el caso de los migrantes en tránsito a punto de cruzar la selva del Darién, el 16% había recibido atención sanitaria humanitaria.

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

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

La falta de capacidad y cobertura de los sistemas sanitarios nacionales es un gran obstáculo para la asistencia sanitaria. Es un obstáculo para los migrantes

y también para la población de los países de acogida.

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

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

Calidad de la asistencia sanitaria

Se han descrito diversos incumplimientos de la calidad: no respeto de las normas clínicas y de los protocolos de prevención y control de infecciones; tratamiento incompleto no alineado con las recomendaciones basadas en la

evidencia; procedimientos médicos no consentidos; trato discriminatorio y degradante; violencia obstétrica y retrasos perjudiciales.

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

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

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

Respuesta multisectorial e integrada

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

Información adicional disponible en el informe completo

- Tablas con datos cuantitativos específicos de cada país sobre las condiciones de salud de diversos grupos de edad desagregados para migrantes en tránsito y en destino, con tamaño de muestra y fuente de información. Estas tablas contienen todas las fuentes no indicadas en esta versión breve.

Ejemplo:

Enfermedades infecciosas entre los migrantes adultos

Países	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Brasil	<p>Comparación de la tasa de detección de VIH/SIDA en Roraima (región limítrofe con Venezuela) vs nacional en 2022.</p> <p>Tasa de detección del VIH/SIDA en Roraima: 29.3 por 100,000.</p> <p>Tasa de detección del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas en Roraima: 5.6 casos/1,000 nacidos vivos.</p> <p>El 28% de los nuevos casos de VIH/SIDA fueron de venezolanos, lo que supone un aumento del 32% con respecto a 2021. R4V, 2023a</p>		<p>Tasa nacional de detección del VIH/SIDA: 16.5 por 100,000.</p> <p>Tasa nacional de detección del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas: 3 casos/1,000 nacidos vivos. R4V, 2023a</p>

Países	Migrantes en destino	Migrantes en tránsito	Comunidades de acogida
Colombia	<p>VIH/SIDA El 1% de los adultos migrantes venezolanos tenían VIH confirmado mediante pruebas de laboratorio. Prevalencia estimada en la población migrante venezolana: 1%. Prevalencia estimada en las poblaciones clave venezolanas: 6%. Número estimado de venezolanos que viven con el VIH/SIDA: 22,300.</p> <p>Sífilis El 5% de los migrantes venezolanos tenían una infección por sífilis confirmada mediante pruebas de laboratorio. Prevalencia estimada en la población migrante venezolana: 5%. Prevalencia estimada en poblaciones clave venezolanas: 13%.</p> <p>Sífilis y VIH El 24% de los migrantes venezolanos que vivían con el VIH tenían una coinfección por sífilis. Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes</p>		<p>0.5% de prevalencia nacional estimada del VIH en Colombia y Venezuela.</p> <p>Prevalencia de sífilis estimada del 1% en adultos colombianos en 2016.</p> <p>Red Somos, 2022; Bogotá, Soacha, Barranquilla, Soledad; 6,221 participantes.</p>
Perú	<p>Número estimado de venezolanos que viven con el VIH/SIDA: 8,000.</p> <p>Tasa estimada de VIH: 1%. R4V, 2023a</p>		<p>0.3-0.4% es la tasa estimada de VIH. R4V, 2023a</p>
México		<p>El 5% de los migrantes tienen sífilis. El 30% de los migrantes tiene herpes (VHS-2) Sánchez-Alemán <i>et al.</i> 2023: Chiapas; 462 migrantes en albergues.</p>	<p>Prevalencia estimada de sífilis en las Américas en 2016: 0.9%.</p> <p>13% estimado a nivel mundial. Prevalencia de la SHV-2 en 2016 Sánchez-Alemán <i>et al.</i>, 2023</p>

- Datos cualitativos
- Legislación específica de cada país y barreras de acceso a la atención sanitaria para los migrantes
- Otros factores que influyen en la demanda de los servicios sanitarios
- Información adicional sobre poblaciones y flujos migratorios en las Américas y el Caribe
- La metodología del estudio
- Una bibliografía completa y detallada



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

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



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

Gabriela Oviedo, Cruz Roja Hondureña (Honduras, 2023)



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

Adiel, Haitiana (Darién, Panama, 2021)



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

Francis, Sierraleonés (Darién, Panama, 2023)



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

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



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



Financiado por
la Unión Europea
Ayuda Humanitaria

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

Síguenos

www.ifrc.org | x.com/ifrc | facebook.com/ifrc | instagram.com/ifrc | youtube.com/user/ifrc | tiktok.com/@ifrc | x.com/ifrc_es | instagram.com/ifrc_es