

# Acceso a servicios de salud para venezolanos en Colombia y Perú durante la pandemia de COVID-19

Este snapshot ofrece un análisis de la percepción que tienen las personas refugiadas y migrantes venezolanas en cuanto a su capacidad de acceder a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19 en Colombia y Perú. Tiene el propósito de contribuir a la construcción de una base sólida de evidencias para orientar las respuestas en el terreno, así como los esfuerzos de incidencia relacionados con la situación de las personas refugiadas y migrantes durante la pandemia de coronavirus.

## Recomendaciones

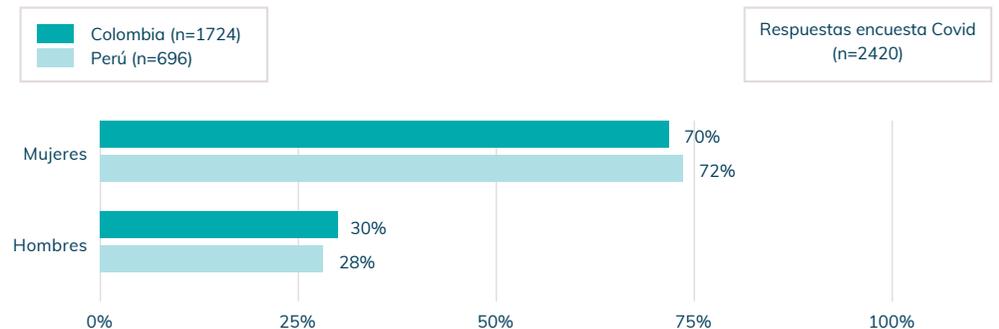
- Reforzar los esfuerzos de recolección de datos sobre las necesidades médicas y el acceso a los servicios de salud para personas refugiadas y migrantes, incluida la atención secundaria y terciaria, asegurándose de que estén disponibles datos desagregados según la condición migratoria.
- Mejorar el acceso de las personas refugiadas y migrantes a los servicios básicos mediante su regularización y documentación.
- Fortalecer el acceso gratuito a los servicios de salud pública para las personas refugiadas y migrantes con recursos económicos limitados.
- Crear directrices claras sobre la prohibición de discriminar con base en el estatus migratorio para el acceso a los servicios de salud y asegurar la implementación de estas directrices.
- Para el sector humanitario: permitir a las actividades de protección de cubrir los costos de la atención médica de emergencia para las personas refugiadas y migrantes que no pueden pagar el servicio, por ejemplo a través de la asistencia individualizada de protección o transferencias monetarias para la protección.

## Perfiles

El análisis se basa en 2,420 encuestas implementadas entre julio de 2020 y enero de 2021, en parte por encuestas presenciales y en parte de manera remota, por teléfono. Se realizaron 1,724 encuestas en Colombia (71%) y 696 en Perú (29%).

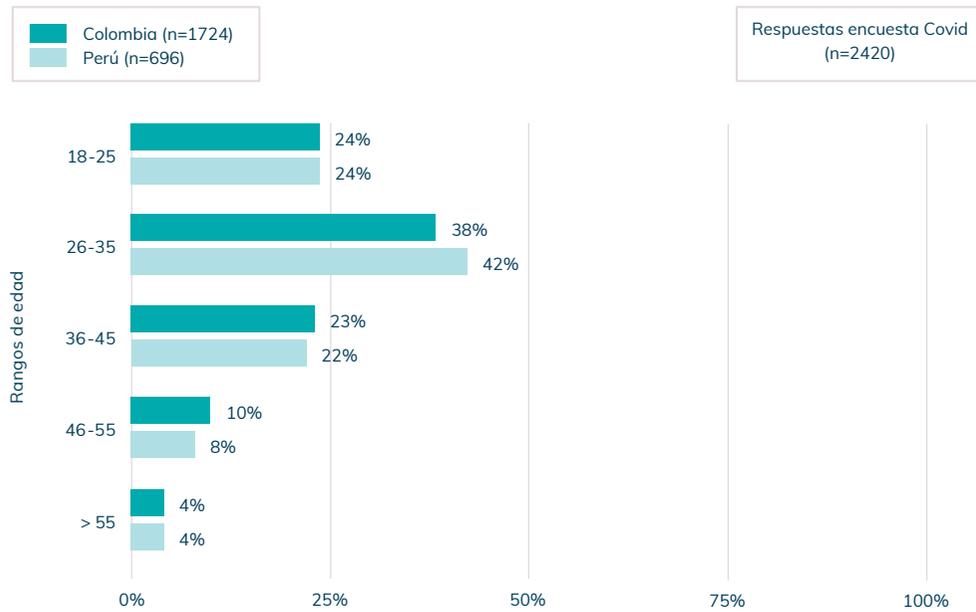
El 71% de las personas encuestadas eran mujeres y el 29% hombres. Esta proporción es similar en ambos países (ver Figura 1). La proporción cambia ligeramente dependiendo de la ubicación específica de recolección de datos, pero las mujeres representan siempre la mayoría de los encuestados en todos los lugares de encuesta.

**Figura 1. Sexo según país de encuesta**



La edad promedio de las personas encuestadas fue de 34 en Colombia y 33 años en Perú (ver Figura 2 en la siguiente página).

**Figura 2. Rangos de edad según país de encuesta**

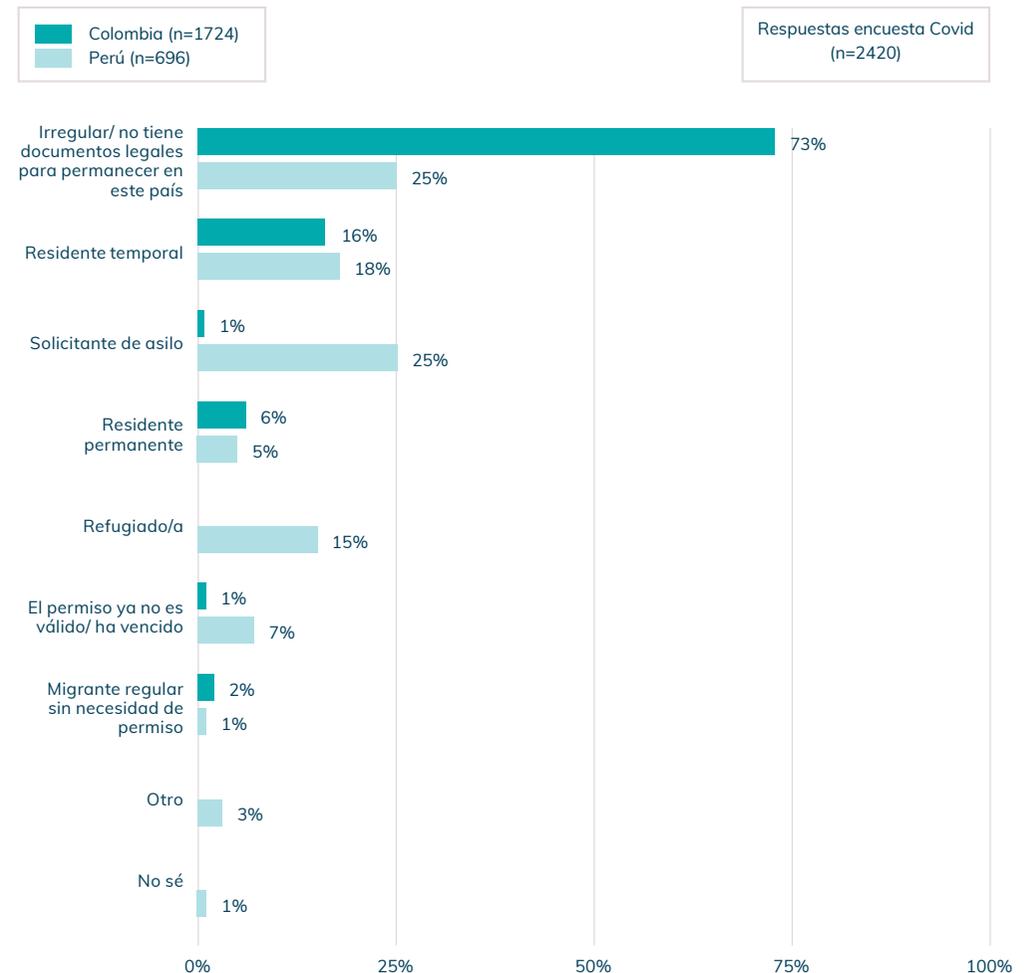


Existen diferencias significativas<sup>1</sup> con respecto al estatus legal de las personas encuestadas entre los dos países. La mayoría de los encuestados en Colombia reportaron estar en situación irregular (73%) y, en menor medida, tienen un permiso temporal (16%) o residencia permanente (6%). La proporción de entrevistados en Perú que dijeron estar en una situación irregular fue mucho menor (25%), mientras que más encuestados indicaron ser solicitantes de asilo (25%) o refugiados (15%) (ver Figura 3). Las diferencias en el estatus legal de los encuestados podrían deberse, al menos en parte, a la presencia y estrategia de reclutamiento de 4Mi en los dos países, lo que lleva a una mayor proporción de encuestados que recientemente llegaron al país de entrevista en Colombia, en comparación con Perú. Puesto que, en ambos países, el acceso al asilo y a las opciones de regularización era más fácil antes de mediados de 2019, el hecho de que los encuestados en Perú hayan estado en el país de entrevista por más tiempo puede implicar que tuvieron un mejor acceso al asilo y a la regularización.

1 Las diferencias significativas identificadas a lo largo de este análisis se encontraron por medio de pruebas z con nivel de significancia de 0.05.

En segundo lugar, muy pocas personas venezolanas optan por solicitar asilo en Colombia por varias razones, entre ellas la falta de información, una tasa de reconocimiento muy baja y obstáculos en el acceso al trabajo para los solicitantes de asilo. En tercer lugar, en Perú, los procedimientos migratorios fueron inicialmente suspendidos y, después, fuertemente retrasados debido a la pandemia, y el marco legal nacional prevé la extensión automática del estatus migratorio anterior - incluyendo permisos temporales para turistas - hasta que se tome una nueva decisión.

**Figura 3. "¿Cuál es su estatus migratorio/legal actual?"**

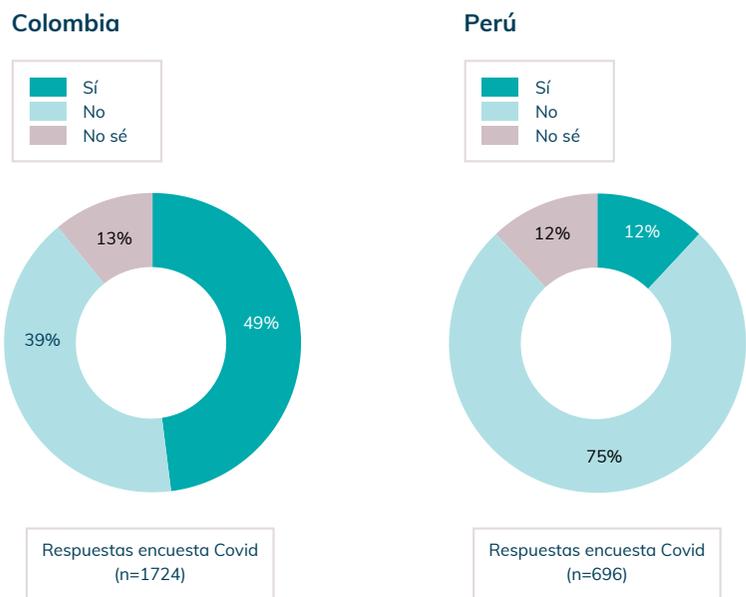


## Acceso limitado a servicios de salud en Perú y Colombia

Las necesidades de salud son particularmente altas entre las personas refugiadas y migrantes venezolanas, muchas de las cuales tuvieron acceso insuficiente a los servicios de salud en Venezuela y dejaron su país de origen buscando satisfacer sus necesidades.<sup>2</sup> Si bien el acceso a los servicios de salud ya era difícil para las personas refugiadas y migrantes antes de que llegara la pandemia, la carga adicional impuesta a los servicios de salud por COVID-19 hizo que ese acceso fuera aún más precario.

La percepción de la posibilidad de acceder a los servicios médicos en caso de contraer el COVID-19 muestra fuertes diferencias entre los encuestados en los dos países de la entrevista. Sólo el 12% de las personas encuestadas en Perú cree que, si tuvieran síntomas de COVID-19, podrían acceder a los servicios médicos en el país. Por el contrario, en Colombia este porcentaje alcanzó el 49% (ver Figura 4).

**Figura 4. "Si tuviera síntomas de coronavirus y necesitara atención médica, ¿estaría en condición de tener acceso a ella?"**



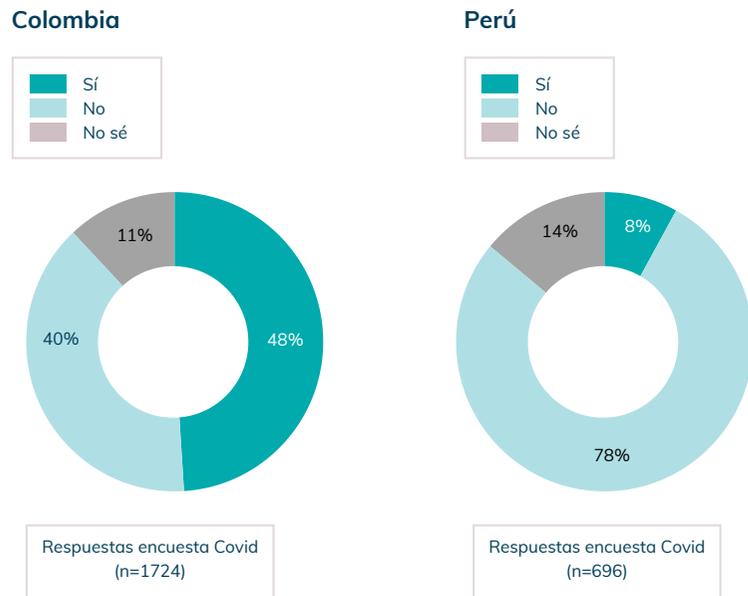
Los dos países gestionaron de manera diferente el tema del acceso a la salud para las personas refugiadas y migrantes venezolanas durante la pandemia del COVID-19. En Perú, sólo los extranjeros con un estatus regular podían acceder a los servicios de salud pública, mientras que las personas en situación irregular tendrían que pagar precios elevados para acceder a los servicios de salud privados. Según actores locales, el acceso a la atención médica para solicitantes de asilo y personas refugiadas también es limitado: a pesar de su condición regular, sólo pueden acceder a los servicios de salud de emergencia. Se conceden excepciones a esto para las mujeres embarazadas (hasta 45 días después del parto), para los niños menores de 5 años, las personas con VIH y los casos confirmados de COVID-19.

En Colombia, la situación es - al menos en teoría - opuesta: los gobiernos locales y nacionales establecieron que todos tendrían acceso a los servicios de salud pública en caso de presentar síntomas de COVID-19, independientemente de su estatus migratorio. Además, varias ONGs y organizaciones locales también han estado prestando asistencia médica a las personas refugiadas y migrantes durante la pandemia del COVID-19. Este contraste podría explicar nuestros hallazgos.

La percepción relativa al acceso a los servicios médicos no sufre grandes variaciones en el caso de necesidades urgentes de salud distintas del COVID-19. En este caso, el 78% de las personas encuestadas en Perú y el 40% de los entrevistados en Colombia creen que no podrían acceder a los servicios de salud (ver Figura 5 en la siguiente página).

<sup>2</sup> Amnesty International (2018) [Venezuela: Unattended health rights crisis is forcing thousands to flee](#); MMC (2019) [Waning welcome: the growing challenges facing mixed migration flows from Venezuela](#), p.19.

**Figura 5. "Si tuviera necesidades urgentes de salud distintas del COVID-19, ¿podría acceder a los servicios de salud hoy mismo?"**



*"Toda mi familia tuvo COVID. Mi bebé de 4 meses y mi hijo de 4 años, mi esposo de 26 años y yo. Lo superamos solos, sin atención médica".*  
**Mujer de 25 años en Arequipa (Perú)**

## Dinero, estatus legal y discriminación como principales barreras para acceder a la atención médica

Según las personas encuestadas en Colombia, las principales barreras para acceder a la atención médica incluyen no tener el estatus legal o los documentos necesarios (66%), no tener suficiente dinero para pagar los servicios de salud (55%) y, en menor medida, la discriminación hacia extranjeros (21%).

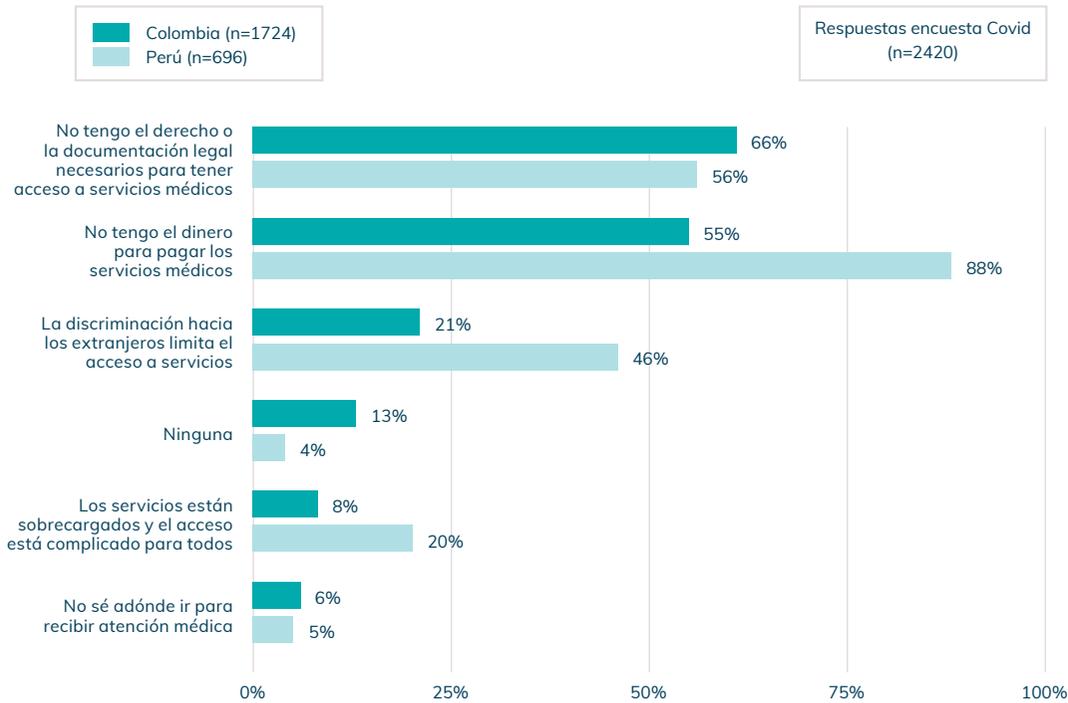
*"Vine de Venezuela porque estaba enferma, tengo lupus y una inflamación del cerebro. Tengo dos nódulos en la tiroides. No estoy trabajando, y el arrendador está tratando de desalojarme. Podría perder mi casa porque no he podido pagar al propietario: debo 2 meses de alquiler. Mi marido tiene cálculos renales. No tenemos dinero para ir al médico o para pedir una cita".*  
**Mujer de 33 años en Cúcuta (Colombia)**

En Colombia, el acceso a la salud está teóricamente garantizado para las personas refugiadas y migrantes con síntomas de COVID-19. Sin embargo, según los actores locales y los encuestadores de 4Mi, el acceso a las clínicas públicas en la práctica a menudo es negado a aquellos con un estado irregular, en muchos casos por los porteros del centro de salud.

Además, los servicios de salud pública también tienen un costo, ya sea para pagar los medicamentos prescritos o una contribución para la consulta médica: tarifas que, incluso si son bajas, a menudo son excesivas para las personas en situación de migración. Aunque casi la mitad de los encuestados (48%) perciben que podrían tener acceso a la salud, según los encuestadores de 4Mi, en su mayoría no se apoyan a los servicios de salud pública, sino a los servicios médicos prestados por las organizaciones de la sociedad civil (incluida, principalmente, la Cruz Roja Colombiana).

En Perú, se mencionaron las mismas barreras, pero con un orden ligeramente diferente: la barrera más frecuentemente mencionada fue la falta de dinero para pagar los servicios médicos (88%), seguida de no tener la condición legal o los documentos necesarios (56%) y, con un porcentaje bastante alto, la discriminación hacia los extranjeros (46%) (ver Figura 6 en la siguiente página).

**Figura 6. "¿Cuáles son las barreras para acceder a los servicios de salud?"**



Nota: Los encuestados pueden seleccionar más de una respuesta en esta pregunta.  
 Nota: Se omitieron 8 opciones de respuesta con valores inferiores al 5%.

Según varios estudios, la mayoría de las personas refugiadas y migrantes en Perú no están afiliadas a ningún seguro médico público o privado.<sup>3</sup> Por lo tanto, el costo de la atención médica es por lo general demasiado alto para las personas en situación de migración, que con frecuencia trabajan en el sector informal, están mal pagadas o están desempleadas. Además, según los encuestadores de 4Mi, el discurso xenófobo ha sido tan omnipresente en la campaña para las próximas elecciones presidenciales en Perú, que muchas personas refugiadas y migrantes venezolanas con estatus regular están ahora convencidas de que no podrían acceder a los servicios médicos - ni a ningún otro tipo de servicios públicos - si lo necesitaran, aunque teóricamente tengan derecho a hacerlo.

3 Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2020), [Informe alternativo al comité de protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares](#); Akram Hernández-Vásquez and all (2019), [Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú](#).

"Estoy agradecida con Arequipa por la oportunidad que me dieron aquí porque, para mi edad, me fue bien. Sin embargo, tengo una condición de salud específica y no he podido ir al médico".

**Mujer de 50 años en Arequipa (Perú)**

"Me gustaría decir a los venezolanos que no es fácil vivir la dolorosa realidad de ser discriminados por ser de Venezuela. En Colombia, nuestro trabajo, tiempo y salud valen menos. Una vez, vi a un médico y me dijo: "Como eres de Venezuela, vete a morir a tu país".

**Mujer de 34 años en Barranquilla (Colombia)**

## 4Mi & COVID-19

La [Iniciativa del Mecanismo de Monitoreo de la Migración Mixta \(4Mi\)](#) es el sistema principal de recopilación de datos primarios del Mixed Migration Center, un enfoque innovador que ayuda a llenar las brechas de conocimiento e informar políticas y respuestas sobre los movimientos migratorios mixtos. Normalmente, el reclutamiento de los encuestados y las entrevistas ocurren cara a cara. Debido a la pandemia de COVID-19, la recolección de datos cara a cara se ha suspendido en todos los países.

MMC ha respondido a la crisis COVID-19 cambiando los datos que recopila y la forma de conseguirlos. Se reclutan los encuestados mediante una serie de mecanismos remotos o por terceros; el muestreo se hace mediante una mezcla de enfoques intencionales y de bola de nieve. Una nueva encuesta se enfoca en el impacto del COVID-19 en las personas refugiadas y migrantes, y las encuestas las están realizando los encuestadores 4Mi por teléfono, en África Occidental, África Oriental, África del Norte, Asia y América Latina. Los hallazgos derivados de la muestra estudiada no se deben utilizar para hacer inferencias sobre toda la población de personas migrantes y refugiadas, porque la mezcla no es representativa. El cambio hacia el reclutamiento y la recolección de datos en remoto genera sesgos y riesgos potenciales adicionales que no se pueden evitar por completo. Se han adoptado medidas adicionales para verificar, hasta donde sea posible, y controlar los sesgos y proteger los datos personales. Para mayores consultas sobre el análisis de 4Mi y los detalles de la metodología visite la página : [www.mixedmigration.org/4mi](http://www.mixedmigration.org/4mi)

Este documento cubre actividades de asistencia humanitaria implementadas con la asistencia financiera de la Unión Europea. Las visiones expresadas en este documento no se deben considerar, de ninguna forma, como un reflejo de la opinión oficial de la Unión Europea, y la Comisión Europea no es responsable por el uso que se le dé a la información contenida en este documento.