

FACTORES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN INMIGRANTES VENEZOLANOS EN PERÚ

Akram Hernández-Vásquez^{1,a}, Rodrigo Vargas-Fernández^{2,b}, Carlos Rojas-Roque^{3,c},
Guido Bendezu-Quispe^{4,d}

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia y determinar los factores asociados a la no utilización de instituciones prestadoras de servicios de salud (NUIPSS) en inmigrantes adultos venezolanos en Perú. **Materiales y métodos.** Estudio transversal analítico de la «Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País» 2018. Se calculó la proporción de inmigrantes con NUIPSS (inmigrantes con algún síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica, accidente y molestia o problema como depresión, miedo, enojo, ansiedad, estrés y que consideraron que no era tan grave o necesario acudir a una institución prestadora de servicios de salud). Se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas (RPa) de presentar NUIPSS usando modelos lineales generalizados. **Resultados.** Se incluyeron 2144 venezolanos inmigrantes. El 57,2% presentó NUIPSS, reportando motivos como: no contar con dinero (64,5%), carecer de seguro de salud (24,3%), automedicación (12,8%) y no disponer de tiempo (8,4%). Residir en Arequipa (Rpa:0,69; IC95%: 0,57-0,83) o Trujillo (Rpa: 0,87; IC95%: 0,76-0,99), padecer una enfermedad crónica (Rpa: 0,83; IC95%: 0,71-0,97) y estar afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) (Rpa: 0,28; IC95%: 0,13-0,61) se asoció con una menor probabilidad de NUIPSS. Ser de un grupo etario más joven al de 60 a más años se asoció con una mayor probabilidad de NUIPSS. **Conclusiones.** Uno de cada dos venezolanos inmigrantes en Perú presenta NUIPSS. Contar con SIS incrementa la probabilidad de acudir a atención médica en inmigrantes venezolanos en territorio peruano. Incrementar el aseguramiento público en salud de esta población, que actualmente es bajo, podría incrementar el uso de servicios de salud.

Palabras clave: Migrantes; Instituciones de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Venezuela; Perú (fuente: DeCS BIREME).

FACTORS ASSOCIATED WITH THE NON-UTILIZATION OF HEALTHCARE SERVICES AMONG VENEZUELAN MIGRANTS IN PERU

ABSTRACT

Objective. To estimate the prevalence and determine the factors associated with the non-utilization of healthcare facilities (NUHCF) among adult Venezuelan migrants in Peru. **Materials and Methods.** An analytical cross-sectional study of the "Survey of the Venezuelan Population Residing in Peru" 2018. We calculated the proportion of immigrants with NUHCF (immigrants with some symptom or malaise, illness, relapse of chronic illness, accident and discomfort, or other problem such as depression, fear, anger, anxiety, and stress, and who did not consider that it was serious or that they needed to visit a healthcare facility). Raw and adjusted (PRa) prevalence ratios (PR) for presenting NUHCF were estimated using generalized linear models. **Results.** The study included 2,144 Venezuelan migrants: 57.2% presented NUHCF, reporting reasons such as: not having money (64.5%), lack of health insurance (24.3%), self-medication (12.8%), and not having time (8.4%). Living in Arequipa (PRa: 0.69; 95% CI: 0.57-0.83) or Trujillo (PRa: 0.87; 95% CI: 0.76-0.99), suffering from a chronic disease (PRa: 0.83; 95% CI: 0.71-0.97), and being enrolled in the Seguro Integral de Salud (SIS) insurance (PRa: 0.28; 95% CI: 0.13-0.61) was associated with a lower probability of NUHCF. Belonging to an age group under 60 years was associated with a higher probability of NUHCF. **Conclusions.** One out of two Venezuelan migrants in Peru presents NUHCF. Having SIS increases the likelihood of Venezuelan migrants in Peruvian territory seeking medical attention. Increasing public health insurance for this population, which is currently low, could increase the utilization of health services.

Keywords: Transients and Migrants; Health Facilities; Health Services Accessibility; Venezuela; Peru (source: MeSH NLM)

¹ Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud. Lima, Perú.

² Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

³ Centro de Investigación en Demografía y Salud. León, Nicaragua

⁴ Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud. Lima, Perú.

^a Médico cirujano, magíster en Gestión y Políticas Públicas; ^b estudiante de Medicina; ^c licenciado en Economía; ^d médico cirujano, magíster en Informática Biomédica en Salud global

Recibido: 09/07/2019 Aprobado: 02/10/2019 En línea: 06/11/2019

Citar como: Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(4):583-91. doi: 10.17843/rpmpes.2019.360.4654.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, existe un incremento de la proporción de población migrante debido a crisis políticas, económicas o situaciones bélicas que afrontan algunos países ^(1,2). Se estima que, en 2017, cerca de 258 millones de personas (3,4% de la población mundial) vivían fuera de su país natal ⁽³⁾. Latinoamérica no es ajena al fenómeno de migración internacional, particularmente al fenómeno de migración intrarregional. Entre 1970 y 2010, la migración intrarregional pasó de representar de 24,0% a 63,0% de la migración internacional ⁽⁴⁾. En la última década, ha ocurrido un importante fenómeno migratorio de la población venezolana hacia países vecinos, resultado de la grave crisis político-económica que sufren ⁽⁵⁾. En 2019, países latinoamericanos como Colombia (1,3 millones), Perú (768 000), Chile (288 000) y Ecuador (263 000) albergan el mayor número de refugiados y migrantes venezolanos ⁽⁶⁾.

El fenómeno migratorio puede aumentar la vulnerabilidad de los migrantes y refugiados a padecer problemas de salud debido a mayores exposiciones a factores de riesgo durante el viaje migratorio, violencia sexual y física, condiciones laborales desfavorables y malas condiciones de vida, además de inseguridad alimentaria ⁽⁷⁾. De igual forma, pueden existir motivaciones para la migración relacionadas a búsqueda de atención médica en el país receptor ^(8,9). Si bien existen tratados internacionales de protección a los derechos humanos del migrante ^(10,11), esta población suele enfrentar barreras para su atención en salud, presentando un menor uso de estos servicios respecto a la población local, ya sea por falta de documentación, accesibilidad geográfica o poder adquisitivo ^(9,12,13).

En Perú, el número de inmigrantes venezolanos ha crecido durante la última década, es considerado el grupo de residentes extranjeros más importante (24,6% para el 2017), además de ser un país receptor y de tránsito para la migración venezolana ⁽¹⁴⁾. Dado el importante fenómeno migratorio de la población venezolana hacia el territorio peruano, y siendo uno de sus principales problemas el acceso a las atenciones de salud, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia y determinar los factores asociados a la no utilización de servicios de salud en migrantes venezolanos residentes en Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de corte transversal analítico de la «Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País» (ENPOVE) realizada por el Instituto Nacional

MENSAJES CLAVE

Motivación para realizar el estudio. Las poblaciones migrantes, como la venezolana en Perú, presentan necesidades de salud que requieren atención en los sistemas sanitarios receptores.

Principales hallazgos. En Perú, más de la mitad de la población migrante venezolana mayor de 18 años con necesidad de atención médica no utiliza servicios de salud. La ciudad de residencia, grupo etario, contar con seguro y tener una enfermedad crónica se asocian al empleo de servicios de salud.

Implicancias. La no utilización de servicios de salud en población migrante venezolana en Perú es alta. Contar con un seguro de salud incrementa el uso de servicios de salud cuando existe una necesidad de salud, aunque la proporción de inmigrantes asegurados es baja.

de Estadística e Informática (INEI) durante noviembre y diciembre de 2018. La ENPOVE es la primera encuesta que brinda información sobre aspectos demográficos, salud, sociales, situación migratoria, discriminación, violencia y características del hogar de personas venezolanas que residen en cinco ciudades peruanas (Lima Metropolitana, Tumbes, Trujillo, Cusco y Arequipa) donde se concentra el 85,0% de esta población en Perú, según el Censo 2017, por lo que se sus resultados son representativos para estas ciudades ⁽¹⁵⁾.

La unidad primaria de muestreo de la ENPOVE 2018 fue la manzana (área geográfica urbana delimitada por vías) conformada por una o más viviendas o establecimientos contiguos. La unidad secundaria de muestreo fue la vivienda o establecimiento dentro de una manzana con por lo menos un venezolano ⁽¹⁵⁾. La recolección de datos fue por entrevistas directas, realizadas durante visitas a las viviendas o a los establecimientos seleccionados, por personal previamente capacitado. Mayores especificaciones sobre el diseño muestral, objetivos, procedimientos y recolección de datos se pueden encontrar en el informe de ENPOVE 2018 ⁽¹⁵⁾.

VARIABLES Y MEDICIONES

Las variables incluidas en este estudio fueron obtenidas de la encuesta ENPOVE. Entre paréntesis figura el nombre o código de la variable en la base de datos de la ENPOVE.

Tomando como referencia el estudio de Benites-Zapata *et al.* en población peruana ⁽¹⁶⁾, se consideró como variable principal la no utilización de instituciones prestadoras de servicios de salud (NUIPSS), que incluye no haber acudido a un «centro de salud MINSA», «centro de atención EsSalud», «consultorio particular» o «clínica particular» (P406) por parte de un inmigrante venezolano

mayor de 18 años que desde su llegada al Perú reportara presentar algún síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica, accidente y molestia o problema como depresión, miedo, enojo, ansiedad o estrés (P405) y que considerara que no era tan grave o necesario acudir (P407) a una institución prestadora de servicios de salud.

Para la inclusión de variables con posible asociación a la NUIPSS se utilizó como referencia los estudios de Aday *et al.* ⁽¹⁷⁾, de Benites-Zapata *et al.* ⁽¹⁶⁾, y de interés epidemiológico local. De este modo, las variables independientes consideradas en el estudio y sus códigos correspondientes fueron: sexo (hombre / mujer) (P204), grupos etarios (en años) (P205), nivel educativo (sin educación / primaria completa / secundaria completa / superior no universitaria / superior universitaria) (P501), estado civil (soltero / casado / conviviente / otros) (P206), ciudad de residencia (Lima Metropolitana, Arequipa, Cusco, Trujillo, Tumbes) (NOMBDEPA), hacinamiento (¿Con cuántas personas comparte la habitación?, se consideró como hacinamiento cuando en una habitación dormían cuatro o más personas) (P317), enfermedad crónica (¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico?, sí / no) (P402), discapacidad (¿Tiene Ud. Limitaciones de forma permanente, para: ...?, sí / no) (P408), afiliado a un seguro de salud (sin seguro / Seguro Integral de Salud / EsSalud / seguro privado) (P401) y autoidentificación étnica (Por sus costumbres y sus antepasados, ¿Ud. Se siente o se considera: no nativa / afrodescendiente o nativa) (P512), y tiempo en meses de llegada al Perú hasta la fecha de la encuesta (PMES, PANO, P303).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Stata® 14.2 (Stata Corp, College Station, TX, USA). Las características de la población de estudio fueron descritas usando medias con su desviación estándar para las variables cuantitativas, y para las variables categóricas se usaron frecuencias absolutas y proporciones ponderadas. Se evaluó la asociación entre las variables mediante la prueba de chi cuadrado o de Wald ajustada, según el tipo de variable. Seguidamente, se estimaron medidas de asociación mediante razones de prevalencia (RP) junto con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) entre la NUIPSS y las variables independientes usando modelos lineales generalizados (GLM) de la familia Poisson con función de enlace (log) crudos y ajustados ⁽¹⁸⁾. La inclusión de variables en el modelo ajustado consideró aquellas que resultaron con un valor de $p < 0,20$ en el análisis crudo ⁽¹⁹⁾. Todos las estimaciones consideraron el diseño muestral complejo y factor de expansión de la ENPOVE mediante el comando *svy*. Un valor de $p < 0,05$ se consideró como significativo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del estudio no requirió la aprobación de un comité de ética por tratarse de un análisis secundario de la ENPOVE, cuyos datos son de dominio público y no permiten identificar a los participantes evaluados. El acceso a la encuesta y a los datos puede realizarse desde el sitio web del INEI (<http://inei.inei.gov.pe/microdatos/>).

RESULTADOS

Se analizó los datos de un total de 2144 venezolanos adultos inmigrantes (población expandida: 134 347) en Perú (Figura 1), la mayoría eran mujeres (54,9%), del grupo etario de 18 a 29 años (52,3%), solteros (38,5%), con secundaria completa (42,0%) y solo el 6,7% se consideraron afrodescendientes o nativos. Lima Metropolitana fue la ciudad con mayor número de encuestados (96,2%). En promedio, el tiempo de estancia en Perú fue de ocho meses, y el 12,2% vive en hacinamiento. El 21,4% de migrantes reportó presentar una enfermedad crónica y el 3,0% alguna discapacidad. La mayor parte de migrantes (93,3%) no contaban con un seguro médico (Tabla 1).

Respecto a las atenciones en salud, más del 50% no utilizó instituciones formales prestadoras de servicios de salud. Los inmigrantes venezolanos que presentaron NUIPSS tenían una media de $8,7 \pm 6,2$ meses de estancia en el Perú, mientras que los que sí utilizaron instituciones prestadoras de servicios de salud tenían una media de $10,4 \pm 8,9$ meses de estancia. Entre los motivos de NUIPSS, el inmigrante venezolano señala el no contar con dinero (64,5%), no tener seguro de salud (24,3%), se automedicó (12,8%) y no disponer de tiempo (8,4%).

El análisis bivariado encontró asociación de las variables sexo, edad, estado civil, ciudad de residencia, reporte de enfermedad crónica, tiempo en meses de llegada al Perú, afiliado a un seguro de salud y etnia a NUIPSS, mientras que el nivel educativo, discapacidad y hacinamiento no tuvieron una asociación significativa (Tabla 2).

En el análisis multivariado, se encontró que vivir en Arequipa (Rpa: 0,69; IC95%: 0,57-0,83), residir en Trujillo (Rpa: 0,87; IC95%: 0,76-0,99), padecer una enfermedad crónica (Rpa: 0,83; IC95%: 0,71-0,97) y estar afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) (Rpa: 0,28; IC95%: 0,13-0,61) se asoció con una menor probabilidad de NUIPSS, comparado con los que residen en Lima Metropolitana, no padecen de enfermedad crónica y no tienen un seguro de salud, respectivamente. En contraste, tener de 18 a 29 años (Rpa: 2,35; IC95%: 1,25-4,44), de 30 a 39 años (Rpa: 2,26; IC95%: 1,19-4,28) y de 40 a 59 años (Rpa: 2,43; IC95%: 1,28-4,60) estuvo relacionado con una mayor

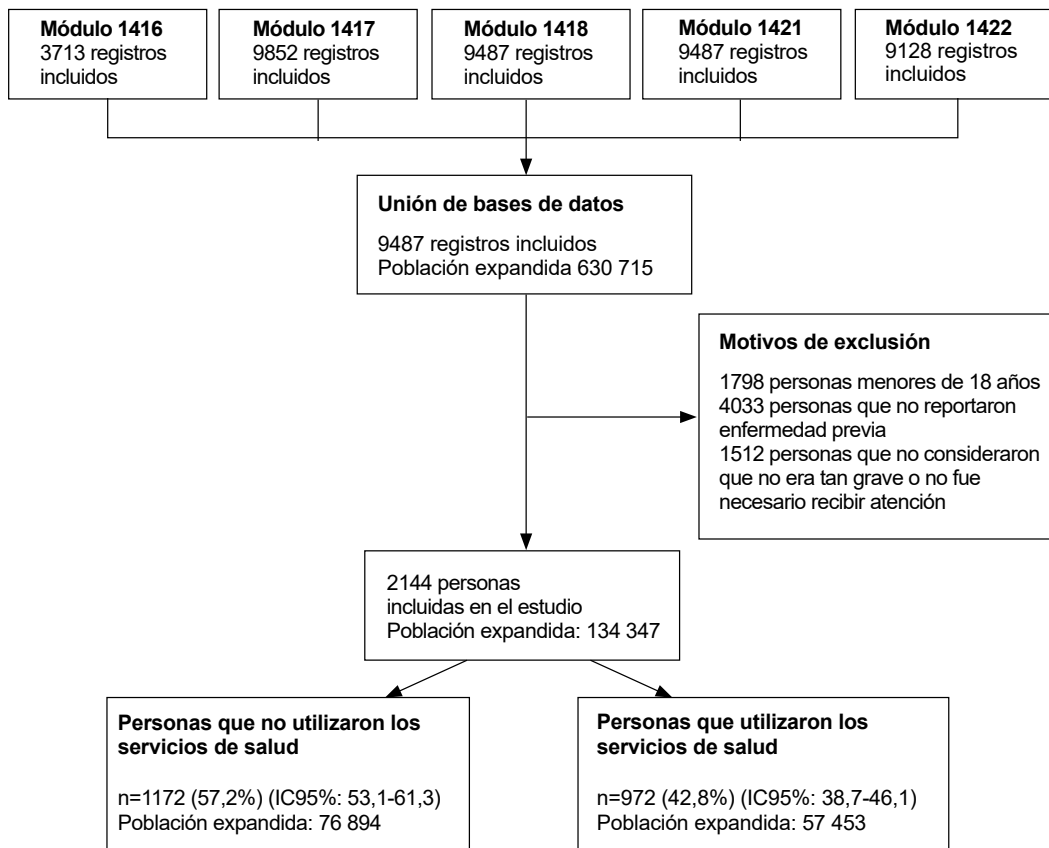


Figura 1. Flujo de participantes incluidos en el estudio

probabilidad de NUIPSS, comparado con personas de 60 a más años.

DISCUSIÓN

Las poblaciones migrantes suelen presentar desprotección frente a sus necesidades de atención en salud por falta de acceso a servicios de salud en el país de llegada. Se encontró que la mitad de los venezolanos residentes en Perú no acuden a atención por necesidades en salud. Considerando que se incluyó a los migrantes con necesidad de utilización de servicios de salud, los resultados sugieren una baja prevalencia de utilización de estos servicios. Los migrantes que habitan en Arequipa o en Trujillo, que padecen una enfermedad crónica y que están afiliados al SIS tienen menos probabilidades de NUIPSS en comparación a migrantes que habitan en otras ciudades, que no padezcan una enfermedad crónica o que no estén afiliados al SIS. Estos hallazgos señalan que una importante proporción de los inmigrantes venezolanos en territorio peruano no estarían recibiendo una adecuada atención para sus problemas de salud, y siendo una población vulnerable, dado su estatus migratorio, podría comprometer su bienestar individual, familiar o económico.

Más de la mitad de inmigrantes venezolanos en Perú reportaron NUIPSS. Al respecto, se ha descrito que un porcentaje similar de la población peruana presenta NUIPSS (53,9%)⁽¹⁶⁾. Este hallazgo es contrario a lo descrito en otras realidades en donde, debido a factores como la no documentación o carecer de seguro, los inmigrantes presentan un menor uso de servicios de salud en comparación con la población local^(13,20). Estudios en Colombia y Brasil describen un incremento de la demanda de atenciones en salud como parte del fenómeno migratorio venezolano⁽²¹⁻²³⁾.

En países de bajos y medianos ingresos, se calcula que ocho millones de muertes por año se deben a una deficiente calidad de la atención en establecimientos de salud. Las crisis humanitarias afectan el funcionamiento habitual de los sistemas de salud, ya de por sí débiles en estos países, por ello la vulnerabilidad respecto a la salud de las poblaciones locales y migrantes se ve incrementada⁽²⁴⁾. Adicionalmente, algunos estudios han reportado que, entre seis meses a dos años posterior a la llegada al país, los migrantes pueden desarrollar problemas emocionales y de salud mental⁽²⁵⁾, lo que es preocupante debido a la baja proporción de aseguramiento que tiene esta población.

Tabla 1. Características de las personas adultas venezolanas incluidas en el estudio, ENPOVE 2018

Característica	Encuestados incluidos en el estudio		No utilización de instituciones prestadoras de servicios de salud *		Valor de p †
	Frecuencia absoluta (n=2144)	Proporción ponderada (IC95%)†	Frecuencia absoluta (n=1172)	Proporción ponderada (IC95%)†	
Sexo					
Mujer	1133	54,9 (52,0-57,8)	592	55,3 (50,4-60,0)	0,156
Varón	1011	45,1 (42,2-48,0)	580	59,6 (54,2-64,9)	
Grupos etarios (años)					
18 a 29	1124	52,3 (48,9-55,7)	646	58,7 (54,0-63,3)	<0,001
30 a 39	596	27,6 (24,6-30,7)	312	56,4 (49,2-63,3)	
40 a 59	370	17,0 (14,4-19,6)	199	60,3 (52,4-67,8)	
60 a más	54	3,1 (1,8-4,3)	15	22,2 (11,4-38,7)	
Nivel educativo					
Sin educación	46	2,3 (1,4-3,2)	28	63,3 (41,7-80,6)	0,284
Primaria completa	254	12,0 (9,7-14,4)	140	58,2 (49,3-66,5)	
Secundaria completa	893	42,0 (38,2-45,9)	497	54,4 (48,8-60,0)	
Superior no universitaria	330	15,9 (13,6-18,3)	198	64,6 (55,6-72,6)	
Superior universitaria	621	27,8 (24,3-31,2)	309	56,4 (49,7-62,8)	
Estado civil					
Soltero	767	38,5 (35,2-41,8)	449	60,7 (54,7-66,3)	0,152
Conviviente	815	37,6 (34,0-41,2)	432	54,8 (49,4-60,1)	
Casado	445	19,4 (16,4-22,4)	239	57,7 (49,9-65,1)	
Otros	117	4,5 (3,0-5,9)	52	46,3 (33,7-59,4)	
Ciudad de residencia					
Lima Metropolitana	1251	96,1 (95,4-97,0)	746	57,6 (53,3-61,8)	<0,001
Arequipa	323	1,2 (0,8-1,6)	129	40,4 (33,5-47,8)	
Cusco	185	0,4 (0,3-0,5)	106	57,1 (48,1-65,7)	
Trujillo	313	2,1 (1,5-2,7)	159	51,3 (45,3-57,3)	
Tumbes	72	0,2 (0,1-0,2)	32	45,1 (30,2-61,0)	
Enfermedad crónica					
No	1691	78,6 (75,3-81,8)	966	59,8 (55,5-63,9)	0,004
Sí	453	21,4 (18,2-24,7)	206	48,0 (40,2-55,9)	
Hacinamiento					
No	1875	87,8 (85,1-90,6)	1034	57,8 (53,5-62,0)	0,416
Sí	269	12,2 (9,4-14,9)	138	53,1 (40,0-63,9)	
Discapacidad					
No	2089	97,0 (95,9-98,1)	1149	57,4 (53,3-61,4)	0,539
Sí	55	3,0 (1,9-4,1)	23	51,8 (34,3-69,0)	
Afiliado a un seguro de salud					
Sin seguro	2000	93,3 (91,5-95,2)	1131	59,1 (54,9-63,3)	<0,001
SIS	64	3,0 (1,8-4,1)	9	15,5 (7,0-31,0)	
EsSalud	56	2,4 (1,5-3,3)	22	42,1 (27,3-58,4)	
Seguro privado	24	1,3 (0,5-2,1)	10	42,7 (19,2-70,0)	
Autoidentificación étnica					
No nativa	1987	93,3 (91,5-95,2)	1076	56,6 (52,4-60,7)	0,105
Afrodscendiente o nativa	157	6,7 (4,8-8,5)	96	66,4 (54,4-76,5)	
Tiempo en meses de llegada al Perú, media (DE)	8 (7,0)	9,4 (8,9-10,0)	8,1 (6,1)	8,7 (8,1-9,2)	0,001

DE: desviación estándar; SIS: Seguro Integral de Salud; EsSalud: Seguro Social de Salud

* Número y proporción ponderada por cada categoría de las características incluidas

† Se incluyó el factor de expansión y especificaciones muestrales de la ENPOVE 2018

‡ Significancia estadística obtenida mediante la prueba de chi cuadrado o de Wald ajustada

Tabla 2. Factores asociados a la no utilización de instituciones prestadoras de servicios de salud en personas adultas venezolanas con necesidades de salud, ENPOVE 2018.

Característica	Modelo bivariado		Modelo ajustado *	
	RP (IC95%)	Valor de p	RPa (IC95%)	Valor de p
Sexo				
Hombre	Ref.		Ref.	
Mujer	0,93 (0,83-1,30)	0,153	0,97 (0,87-1,07)	0,527
Grupo etario (años)				
18 a 29	2,65 (1,44-4,87)	0,002	2,35 (1,25-4,44)	0,008
30 a 39	2,54 (1,36-4,74)	0,003	2,26 (1,19-4,28)	0,013
40 a 59	2,71 (1,45-5,07)	0,002	2,43 (1,28-4,60)	0,006
60 a más	Ref.		Ref.	
Nivel educativo				
Sin educación	Ref.		-	
Primaria completa	0,92 (0,65-1,30)	0,631	-	
Secundaria completa	0,86 (0,62-1,19)	0,364	-	
Superior no universitaria	1,02 (0,73-1,42)	0,909	-	
Superior universitaria	0,89 (0,63-1,25)	0,502	-	
Estado civil				
Soltero	1,31 (0,98-1,75)	0,070	1,03 (0,78-1,36)	0,821
Conviviente	1,18 (0,89-1,58)	0,251	0,98 (0,75-1,28)	0,871
Casado	1,25 (0,91-1,70)	0,167	1,07 (0,81-1,42)	0,629
Otros	Ref.		Ref.	
Ciudad de residencia				
Lima Metropolitana	Ref.		Ref.	
Arequipa	0,70 (0,58-0,85)	<0,001	0,69 (0,57-0,83)	<0,001
Cusco	0,99 (0,83-1,18)	0,923	0,94 (0,79-1,11)	0,464
Trujillo	0,89 (0,78-1,02)	0,105	0,87 (0,76-0,99)	0,042
Tumbes	0,78 (0,55-1,12)	0,183	0,82 (0,58-1,16)	0,262
Enfermedad crónica				
No	Ref.		Ref.	
Sí	0,80 (0,68-0,95)	0,009	0,83 (0,71-0,97)	0,019
Discapacidad				
No	Ref.		-	
Sí	0,90 (0,64-1,28)	0,563	-	
Hacinamiento				
No	Ref.		-	
Sí	0,92 (0,74-1,14)	0,435	-	
Afiliado a un seguro de salud				
Sin seguro	Ref.		Ref.	
SIS	0,26 (0,12-0,56)	0,001	0,28 (0,13-0,61)	0,001
EsSalud	0,71 (0,48-1,04)	0,081	0,79 (0,53-1,18)	0,246
Seguro privado	0,72 (0,37-1,40)	0,334	0,77 (0,40-1,48)	0,430
Autoidentificación étnica				
No nativa	Ref.		Ref.	
Afrodescendiente o nativa	1,17 (0,99-1,40)	0,072	1,11 (0,92-1,34)	0,256
Tiempo en meses de llegada al Perú	0,98 (0,97-0,99)	0,001	0,99 (0,98-1,00)	0,023

SIS: Seguro Integral de Salud; EsSalud: Seguro Social de Salud; RP: Razón de Prevalencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%

Todos los análisis incluyeron el factor de expansión y especificaciones muestrales de la ENPOVE 2018

* Se incluyeron todas las variables mostradas en la columna con un valor de $p < 0,20$ en el análisis crudo

Uno de los hallazgos del estudio fue la asociación entre la residencia en ciudades diferentes a la capital (Lima) con una menor probabilidad de reportar NUIPSS. Dado que, históricamente, la mayor proporción de la migración venezolana en el Perú se acentúa en Lima ⁽¹⁴⁾, la mayor proporción de población migrante venezolana no estaría accediendo a atenciones requeridas según su estado de salud, por ello es necesario profundizar el estudio de los factores que determinan este fenómeno. La baja prevalencia de utilización de servicios de salud puede traer implicaciones para la salud, el bienestar y el desempeño laboral de los migrantes.

La población migrante suele caracterizarse por ser joven y movilizarse a territorios en busca de oportunidades laborales o educativas. En el caso de la migración venezolana en Perú, al estar compuesta por una predominante población joven o adulta joven, acorde al reporte de los últimos años ⁽¹⁴⁾ y a los hallazgos de este estudio, es esperable que en su mayoría presenten un buen estado de salud y que una baja proporción curse con enfermedades crónicas, lo que explicaría una mayor proporción de NUIPSS en los grupos etarios más jóvenes y una menor probabilidad de NUIPSS en venezolanos con enfermedades crónicas.

Esto es esperable dado el «fenómeno del migrante saludable», que señala que al inicio de una migración, se presenta un mejor estado de salud respecto a la población local, a pesar de provenir de un medio socioeconómico desfavorecido que, sin embargo, tiende a equipararse o incluso empeorar, respecto al local debido a un mayor riesgo de adquirir conductas de riesgo, trabajos no seguros, e inestabilidad económica ⁽²⁶⁾.

Respecto a contar con un seguro de salud, el estar afiliado al SIS se asoció a una menor probabilidad de NUIPSS en inmigrantes venezolanos, mientras que en los locales, se ha reportado que la afiliación al SIS se relaciona a una mayor probabilidad de NUIPSS ⁽¹⁶⁾. Esta diferencia podría explicarse por la saturación de las atenciones en establecimientos públicos (en los que los afiliados al SIS tienen acceso a la atención) lo que desalienta la utilización de los mismos por la población local, lo que propicia prácticas como la automedicación o la atención en consulta privada.

Lo hallado en la población inmigrante venezolana se diferencia de lo descrito en inmigrantes de otras nacionalidades en 2015 en Perú, en donde un tercio contaban con un seguro privado (solo un 11% emplea el SIS), y donde la mitad de la población general recibe atenciones de salud al menos una vez al año ⁽²⁷⁾. Dado que los migrantes, presentan una situación económica desventajosa, es esperable que el contar con un seguro de salud sería un factor promotor para el uso de servicios de salud. Un punto importante sobre la migración es la relacionada a una necesidad de atención en salud para cubrir terapias de uso prolongado (por ejemplo,

terapia antirretroviral) ^(28,29). La mayor demanda por atenciones en salud puede condicionar la sobrecarga de establecimientos de salud en los países receptores, sobre todo, en zonas limítrofes, por lo que estrategias de control y priorización de subgrupos vulnerables de inmigrantes pueden favorecer el control de enfermedades y la preservación de la salud de estas poblaciones ^(24,29).

Para el 2018, el Perú y otros 163 gobiernos firmaron el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, primer acuerdo global en países de la Organización de Naciones Unidas, que señala la responsabilidad compartida de los estados, la no discriminación hacia el migrante y el respeto a los derechos humanos a través de abordar los riesgos y desafíos que las personas y comunidades experimentan en los países de origen, tránsito y destino ⁽¹⁰⁾. Este documento está en línea con los marcos internacionales de protección a los derechos humanos ⁽¹¹⁾.

El estado de salud de los migrantes es considerado un determinante social independiente de otros factores con potencial de mejora, lo que contribuiría al mejor estado de la población en general ⁽³⁰⁾. Por ello, la implementación de estrategias por parte del sistema sanitario peruano para preservar o recuperar el estado de salud de la población migrante desde la atención de sus necesidades de salud permitiría la consecución de las metas propuestas en la visión de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, con las que se busca garantizar la prosperidad para todos y que ninguna persona sea «dejada atrás» respecto al alcance de su máximo potencial de desarrollo ⁽³¹⁾.

Este estudio presenta algunas consideraciones que podrían limitar la interpretabilidad de los hallazgos encontrados. El diseño del estudio no permite evaluar causalidad entre los factores asociados al NUIPSS dada la ausencia de temporalidad entre las variables medidas. De igual forma, el no registro de algunas características sociodemográficas y del estado de salud de los migrantes como antecedentes de enfermedad o motivación para la migración hubieran permitido un análisis más preciso. Asimismo, puede existir un sesgo de memoria por tratarse de un estudio de datos secundarios.

Adicionalmente, factores individuales tales como la percepción de necesidad de búsqueda de atención en salud pueden variar entre individuos y en el mismo individuo según el contexto en el que acontece la enfermedad, lo que podría afectar los resultados encontrados. A pesar de estos puntos, consideramos que los hallazgos encontrados sirven para tener un panorama inicial de la situación de salud de los migrantes venezolanos en Perú en cuanto al uso de servicios de salud, siendo necesario profundizar el estudio del estado de salud y sus condicionantes en esta población.

En conclusión, se encontró que uno de cada dos adultos venezolanos inmigrantes en Perú no acude a instituciones prestadoras de servicios de salud para su atención. La población migrante más joven y sin problemas de salud

crónica presenta una mayor probabilidad de no acudir a la atención. Contar con SIS reduce el no uso de servicios por esta población. Sin embargo, la población que cuenta con algún aseguramiento en salud (SIS u otro) es baja. Los inmigrantes venezolanos en Perú reportan necesidades de salud que requieren atención en instituciones prestadoras de servicios de salud. Debido a que la mitad de esta población no estaría acudiendo a atención, y esto podría afectar su productividad y bienestar económico, además de incrementar la demanda de atenciones en salud por necesidades de mayor gravedad, es prioritario establecer estrategias específicas para la atención y control de enfermedades en esta población en un contexto de inmigración de gran volumen.

Contribuciones de autoría: AHV y RVF tuvieron la idea de investigación, diseñaron el estudio, recopilaron y procesaron los datos. Todos los autores participaron en la interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobaron la versión final y son responsables de los contenidos del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: AHV es miembro de Comité Editor de la RPMESP, Investigador CONCYTEC (Registro 16380), y consultor externo en EsSalud. AHV no participó en ninguna etapa del proceso editorial posterior al envío del presente artículo, asumiendo únicamente el rol de autor. GBQ es consultor externo en EsSalud. Los demás autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606–54. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7
- Castles S. Las fuerzas tras la migración global. *Rev Mex Cienc Polit Soc*. 2013;59(220):235-260. DOI: 10.1016/S0185-1918(14)70806-2
- Cheng IH, Advocat J, Vasi S, Enticott JC, Willey S, Wahidi S, et al. A rapid review of evidence-based information, best practices and lessons learned in addressing the health needs of refugees and migrants: report to the World Health Organization. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado el 3 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/migrants/publications/partner-contribution_review.pdf
- Carrasco I, Suárez JI. Migración internacional e inclusión en América Latina: análisis en los países de destino mediante encuestas de hogares [Internet]. Santiago: CEPAL; 2018 [citado el 3 de julio de 2019]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43947/S1800526_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- The Lancet. Venezuelans' right to health crumbles amid political crisis. *Lancet*. 2019;393(10177):1177. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30729-9
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: la OIM y el ACNUR. [Internet]. Buenos Aires: OIM; 2019 [citado el 7 de julio de 2019]. Disponible en: <https://robuenosaires.iom.int/news/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-la-oim-y-el-acnur>
- Bempong N-E, Sheath D, Seybold J, Flahault A, Depoux A, Saso L. Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting. *Public Health Rev*. 2019;40:3. DOI: 10.1186/s40985-019-0113-3
- Gideon J. Exploring migrants' health seeking strategies: the case of Latin American migrants in London. *Int J Migr Health Soc Care*. 2011;7(4):197-208. DOI: 10.1108/17479891111206328.
- World Health Organization. Migration and health: key issues. [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
- United Nations. Governments adopt UN global migration pact to help "prevent suffering and chaos" [Internet]. UN News; 2018 [citado el 7 de julio de 2019]. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2018/12/1028041>
- United Nations. Assembly UNG. Universal declaration of human rights [Internet]. UN General Assembly; 1948 [citado el 7 de julio de 2019]. Disponible en: http://www.verklaringwarenatuur.org/Downloads_files/Universal%20Declaration%20of%20Human%20Rights.pdf
- Wickramage K, Vearey J, Zwi AB, Robinson C, Knipper M. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health*. 2018;18(1):987. DOI: 10.1186/s12889-018-5932-5
- Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global Health*. 2018;14(1):57. doi: 10.1186/s12992-018-0373-6
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de la emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros, 1990-2017 [Internet]. Lima: INEI; 2018 [citado el 7 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1549/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida de la población venezolana que reside en Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima; INEI; 2018 [citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/libro.pdf
- Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Associated Factors to non-use of Formal Health Services in the Peruvian Population: Analysis of the National Household Survey (ENAHO) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):478–84. DOI: 10.17843/rpmesp.2017.343.2864
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
- Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. doi: 10.1186/1471-2288-3-21
- Dunkler D, Plischke M, Leffondré K, Heinze G. Augmented backward elimination: a pragmatic and purposeful way to develop statistical models. *PLoS One*. 2014;9(11):e113677. doi: 10.1371/journal.pone.0113677

20. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc.* 2013;22(2):283–97.
21. Doocy S, Page KR, de la Hoz F, Spiegel P, Beyrer C. Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *J Migr Hum Secur.* 2019;2331502419860138. Doi: 10.1177/2331502419860138
22. Torres JR, Castro JS. Venezuela's migration crisis: a growing health threat to the region requiring immediate attention. *J Travel Med.* 2019;26(2). DOI: 10.1093/jtm/tay141.
23. Rodríguez-Morales AJ, Bonilla-Aldana DK, Morales M, Suárez JA, Martínez-Buitrago E. Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: the case of Colombia. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2019;18(1):9. doi: 10.1186/s12941-019-0310-4.
24. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1196–252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3
25. Ng E, Wilkins R, Gendron F. Dynamics of immigrants' health: Evidence from Canada, 1994-95 to 2002-03. Summary Report. *Can Stud Popul.* 2005;32(1):131-3.
26. Wu Z, Schimmele CM. The healthy migrant effect on depression: variation over time? *Can Stud Popul.* 2005;32(2):271–95.
27. Organización Internacional para las Migraciones. Situación de los Migrantes Extranjeros en el Perú y su Acceso a Servicios Sociales, Servicios de Salud y Educación [Internet]. Lima: OIM; 2015 [citado el 23 de setiembre de 2019]. Disponible: https://peru.iom.int/sites/default/files/Documentos/03112016Informe%20FinalExtranjerosPERU_OIM.pdf
28. Rebolledo-Ponietsky K, Munayco CV, Mezones-Holguín E. Migration crisis in Venezuela: impact on HIV in Peru. *J Travel Med.* 2019;26(2):155. DOI: 10.1093/jtm/tay155
29. Fernández-Nino JA, Bojorquez-Chapela I. Migration of Venezuelans to Colombia. *Lancet.* 2018;392(10152):1013–4. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31828-2
30. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:375–92. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419
31. United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations Secretariat Building; 2015. [citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

Correspondencia: Akram Abdul Hernández Vásquez
 Dirección: Universidad San Ignacio de Loyola, Av. La Fontana 550, La Molina, Lima, Perú.
 Teléfono: (511) 3171000
 Correo electrónico: abernandez@usil.edu.pe



Inclusión social en salud: acercando el diagnóstico de dengue a las poblaciones afectadas



**KIT PARA EL DIAGNÓSTICO DE DENGUE
 "TARIKI - DENGUE IgM"**



Investigar para proteger la salud