

Caracas, Venezuela  
Octubre, 2022

# Una respuesta sanitaria sin dejar de ser humana:

prácticas para garantizar el acceso a la salud a los  
migrantes y refugiados venezolanos en Latinoamérica  
y el Caribe a partir de las experiencias  
de la pandemia de COVID-19

**Sita de Abreu**

Venpaís, Centro de Ideas

# **Una respuesta sanitaria sin dejar de ser humana: prácticas para garantizar el acceso a la salud a los migrantes y refugiados venezolanos en Latinoamérica y el Caribe a partir de las experiencias de la pandemia de COVID-19**

**Sita de Abreu**

Gerente de Proyectos  
Venpaís, Centro de Ideas

**Diagramación:**

Brand Impulse C.A

**Depósito legal:**

MI2022000472

**ISBN:**

978-980-7990-04-2




Caracas, Venezuela | Octubre, 2022

*Los derechos de propiedad intelectual de la presente obra corresponde a los autores identificados, cualquier réplica del contenido debe ser autorizado y en caso de uso para fines académicos se debe realizar la cita y referencia bibliográfica correspondiente.*



## Tabla de contenido

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Contexto migratorio venezolano .....	8
Efectos de la pandemia de COVID-19 en el éxodo venezolano.....	15
Migrantes y refugiados en el derecho internacional.....	21
Protección internacional: sobre los derechos de migrantes y refugiados.....	26
Prácticas para garantizar el acceso a la salud de los migrantes y refugiados venezolanos durante y después de la pandemia .....	30
Salud de los migrantes y refugiados a consecuencia de los procesos migratorios.....	32
Procesos migratorios, salud pública y desarrollo.....	36
• Fortalecimiento de capacidad de respuesta con la incorporación de refugiados y migrantes profesionalizados en la salud .....	40
• Redes migratorias y respuestas descentralizadas .....	44
• Adaptabilidad institucional y regularización.....	47
• Armonización de mecanismos de recolección de datos y adopción de la eSalud .....	52
• Campañas de información y prescripción social .....	57
Conclusiones.....	63
Referencias.....	66



## Resumen

La presente investigación busca realizar contribuciones valiosas para la superación de la pandemia del COVID-19 y el fortalecimiento de los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe mediante propuestas que, desde un enfoque de buena gobernanza e institucionalidad democrática, faciliten el acceso equitativo de la salud a los casi seis millones de migrantes y refugiados venezolanos en la región, tal y como lo demandan los distintos instrumentos del derecho internacional fundamentados en principios humanitarios y los derechos humanos.

Partiendo del análisis de las estrechas relaciones entre la salud pública, el desarrollo y el derecho a la salud de refugiados y migrantes, especialmente en el contexto de la crisis migratoria venezolana, se plantean diversas prácticas que, a corto plazo, facilitan una respuesta regional a la pandemia y, a largo plazo, posibilitan una integración más permanente de estas personas como beneficiarios de los servicios de salud en los países de acogida, entendiéndose que es una condición fundamental para las numerosas contribuciones que la población de migrantes y refugiados puede hacer en la región.

La incorporación de refugiados y migrantes profesionalizados en la salud, la adopción de un esquema descentralizado ante la crisis, la formación de redes transfronterizas, la adaptación de las instituciones, la regularización flexible de migrantes y refugiados, las campañas informativas, la prescripción social y el uso difundido de registros médicos electrónicos forman parte de la lista de prácticas sugeridas y descritas sobre la base de la extracción de los aprendizajes de experiencias pasadas en países con contextos migratorios similares.

Este conjunto de prácticas concretas tiene como propósito mitigar las diversas amenazas a los sistemas de salud de la región desde un enfoque de gestión y gobernanza regional, apoyadas sobre los pilares de cooperación regional e internacional, respeto a los derechos humanos y eficacia gubernamental.

**Palabras claves:** COVID-19, pandemia, Latinoamérica y el Caribe, éxodo venezolano, crisis migratoria venezolana, derecho a la salud.

## Introducción

La irrupción de la pandemia de COVID-19 supuso enormes retos multidimensionales para la región latinoamericana y caribeña, exacerbando los problemas existentes y creando, a la vez, nuevas dificultades. Esta ha sido la realidad del mundo desde que la Organización Mundial de la Salud anunciara que la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 cumple los requisitos para ser considerada una pandemia, esto es, una emergencia de preocupación internacional por su gravedad y propagación. A más de dos años de tal suceso, se han registrado alrededor de 627 millones de casos de contagio en el mundo y más de 6,58 millones de muertes oficiales<sup>1</sup>, cifras que superan con creces las que se tenían cuando se declaró la pandemia, ya que para entonces se calculaban 118 000 casos en 114 países y 4291 muertes.

Uno de los sectores más evidentemente afectados por esta emergencia ha sido el de salud, debido a la intensa presión a la que han estado expuestos los sistemas sanitarios alrededor del mundo. Latinoamérica y el Caribe no ha sido la excepción, abatida como está por la sobredemanda de servicios de salud y la necesidad de mantenerse al frente en una carrera contra el tiempo para vacunar masivamente a sus ciudadanos, ya que cada día se sentía con mayor fuerza los efectos socioeconómicos del confinamiento en la región.

Entrado el último trimestre del 2022, la realidad es diferente. Ya no hay una búsqueda internacional de erradicar la enfermedad, sino de aprender a vivir con ella. La proliferación del COVID-19 fue un reto de tal magnitud que ahora se habla de una «era pospandemia». Pero, contrario a lo que la expresión podría indicar, ella no excluye la persistencia del virus, aun cuando eventualmente se logre salir de la pandemia, sino que indica una nueva forma de afrontar la enfermedad que implica adelantarse a las amenazas de la disminución de los efectos de las vacunas y la aparición de variantes de SARS-CoV-2. También exige abordar los desafíos globales preexistentes, entre los

---

<sup>1</sup> Datos obtenidos el 25 de octubre de 2022.

cuales destacan los relacionados con la movilidad humana, fenómeno que ha alcanzado nuevos picos alrededor del mundo.

Estas tensiones han puesto sobre la mesa la discusión sobre la situación de los migrantes y refugiados dentro de esta emergencia sanitaria y más allá de ella. Por un lado, el miedo y la incertidumbre han alentado expresiones xenofóbicas en las Américas que denuncian que la población migrante debe regresar a sus países si desean recibir atención médica. Esta actitud parte de la peligrosa e incorrecta convicción de que los refugiados y migrantes no son los beneficiarios legítimos de un servicio público nacional y que su incorporación solo puede contribuir a seguir saturando el sistema hasta su colapso.

En una región como la de Latinoamérica y el Caribe, escenario del segundo desplazamiento de personas más grande del mundo, estas actitudes parten de la desconsideración o la indiferencia acerca del carácter forzoso de estos flujos de movilidad, por cuanto la mayoría de estas personas no han salido del país por decisión propia y libre, sino bajo condiciones bastante específicas tipificadas por el derecho internacional.

Frente a estas actitudes hostiles y las dificultades que encuentran los refugiados y migrantes para tener acceso a la salud según los estándares internacionales, esta investigación busca realizar un análisis transversal que conjugue soluciones factibles y concretas para mitigar las dificultades que acarrear tanto la migración forzosa como la pandemia, entendiendo que, hasta ahora, ambos fenómenos han sido manejados por las administraciones de los países de la región como si fueran independientes entre sí.

En efecto, la inclusión de la población venezolana en condición de migrantes forzosos y refugiados en el despliegue de vacunación constituye uno de los pocos puntos de contacto en los que estas estrategias se conjugan. Sin embargo, la tendencia predominante de los Gobiernos ha sido la de considerar el acceso a los servicios sanitarios de los refugiados y migrantes venezolanos solamente como una acción necesaria dentro de la lucha contra la pandemia. En los peores casos, el asunto

es completamente ignorado, lo que describe un triste panorama en lo que se refiere al estado de salud de estas personas durante y después de esta emergencia sanitaria.

Considerando estas circunstancias, el objetivo de la siguiente investigación es hacer una revisión de la literatura académica y de experiencias globales a fin de proponer prácticas dirigidas a Latinoamérica y el Caribe mediante las cuales las amenazas que suscita el COVID-19 se conviertan en oportunidades para emprender acciones regionales de mediano y largo plazo en materia migratoria y sanitaria simultáneamente. Para ello, es fundamental indagar sobre dos interrogantes claves:

- ¿Cuál es la importancia de garantizar el derecho a la salud de refugiados y migrantes desde el punto de vista del desarrollo y la salud pública?
- ¿Qué prácticas se pueden adoptar para contribuir al fortalecimiento permanente de los sistemas de salud de la región y garantizar el derecho a la salud de la población migrante a propósito de la experiencia del COVID-19?

A fin de dar respuesta a estas interrogantes siguiendo un rigor metodológico, esta investigación comenzará por realizar una minuciosa evaluación de la situación actual del éxodo venezolano y de las definiciones precisas de los términos «refugiados» y «migrantes» según el derecho internacional, todo ello con el propósito de determinar cuáles son las implicaciones que acarrea para los Estados la protección internacional de estas personas, específicamente en relación con el derecho a la salud.

Una vez elaborado este marco teórico, se procederá a vincular la salud y las crisis migratorias tanto desde la perspectiva de los migrantes y refugiados como desde la perspectiva de la salud pública, los Estados y las comunidades involucradas.

Por último, se presentará una propuesta de prácticas concretas, factibles y útiles que, dentro de un marco de gobernanza efectiva, contribuyan a la respuesta de la región contra el COVID-19 y promuevan el acceso equitativo a la salud, la prevención de enfermedades y la atención médica a largo plazo, removiendo las barreras asociadas al estatus migratorio.

Finalmente, es importante destacar que el interés por este tema está inscrito en la labor que realiza Venpaís, un centro de ideas venezolano que realiza análisis y propuestas orientadas hacia el futuro para fomentar líneas de investigación en materia de democracia, entendiendo que el derecho a la salud y los servicios asociados juegan un rol fundamental en el ambiente institucional, el clima de la sociedad y la gobernabilidad; por ello, los Estados de la región y sus respectivas administraciones, sin caer en prácticas paternalistas, tienen la necesidad de estar a la altura de los retos que presenta una coyuntura como la que se vive actualmente.



## Contexto migratorio venezolano

En apenas siete años y medio, el éxodo venezolano se ha posicionado como el segundo desplazamiento masivo más grande del mundo, ubicándose apenas por detrás de la crisis de refugiados ucranianos y superando en cantidad la migración de Siria. Millones de venezolanos han tenido que abandonar el país debido a la profunda crisis económica y social que los azota. Si bien los números son alarmantes, la situación se vislumbra aún peor cuando se entiende que las estadísticas proporcionan apenas un atisbo de la verdadera tragedia que esta crisis migratoria representa en la historia reciente de Latinoamérica y el Caribe.

Precisar las razones de este éxodo resulta una tarea compleja que ameritaría el estudio de la historia contemporánea del país. En resumen, la recesión económica, el declive del poder adquisitivo de los venezolanos debido a la hiperinflación, el colapso de los servicios públicos, la escasez de alimentos y medicinas, la inestabilidad política, la inseguridad y la violencia generalizada son solamente algunos de los factores que han provocado que diversas organizaciones venezolanas e internacionales, particularmente la Organización de los Estados Americanos (OEA), denuncien la emergencia humanitaria compleja que se vive en el país desde el año 2015.

Se entiende por emergencia humanitaria compleja (EHC) una crisis humanitaria grave y sostenida cuya complejidad reside en la multiplicidad de sus causas, el carácter omnicompreensivo de su impacto y la necesidad de una respuesta internacional basada en un mandato múltiple (De Armiño y Areizaga, 2005). Más específicamente, se produce como consecuencia del “colapso o destrucción, total o parcial, de las estructuras del Estado, la economía y el bienestar de una sociedad o país” (Civilis, CDH-UCAB, CDH-UNIMET y Acceso a la Justicia, 2019, p.8).

Parte de la complejidad de este fenómeno viene dada por la permanencia en el tiempo, la escala del impacto y la gravedad de las consecuencias para la vida o seguridad de los involucrados. Por supuesto, las deficiencias en salud, educación, alimentación, entre otras, no afectan de la misma manera a la totalidad de la población. De hecho, esta realidad viene acompañada del contraste cada vez más visible entre un sector de la población con acceso a servicios y productos de lujo, y otro

sector, significativamente más numeroso, con dificultades para la adquisición de productos básicos. La constatación de estas divergencias, más que mitigar la gravedad de la emergencia humanitaria compleja, revela la vulnerabilidad más pronunciada de un segmento de la población frente a su impacto.

Adicionalmente, existe otro criterio para diferenciar la emergencia humanitaria compleja de una crisis humanitaria: se trata de la naturaleza política de sus causas, razón por la cual las emergencias humanitarias complejas comúnmente están acompañadas de situaciones de fragilidad estatal. El Estado venezolano actualmente es el vigésimo sexto Estado más frágil según el *Fragile State Index*, con una puntuación de 91,6 en una escala donde 120 representa la mayor fragilidad (*The Fund for Peace*, 2022, p.7). Esto la coloca en el grupo de países que tienen una alerta, así como en la lista de países que más han empeorado a largo plazo desde el 2012.

Uno de los efectos más evidentes de una emergencia humanitaria compleja suele ser el desplazamiento forzoso de personas debido a la violación sistemática de derechos humanos y a la proliferación de necesidades humanitarias que se derivan de la descomposición del poder político, situación que, en definitiva, se ha experimentado en Venezuela de forma vertiginosa.

Según cifras del 5 de septiembre del 2022, aproximadamente 7,1 millones de venezolanos (refugiados, migrantes o solicitantes de asilo) han salido del país, de los cuales más de 5,96 millones (84 %) se encuentran distribuidos en la región de la siguiente manera: Colombia, 2 477 588; Perú, 1 490 673; Ecuador, 502 214; Chile, 448 138; Brasil, 365 387; Argentina, 171 050 y Panamá, 144 545, por solo mencionar los países con mayor cantidad de venezolanos (Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes en Venezuela [R4V], 2022). Es de destacar que estas cifras se obtienen de fuentes gubernamentales, muchas de las cuales no toman en cuenta a migrantes con estatus irregular.

Aunque son únicamente estimaciones de la realidad que posiblemente omitan matices, estas cifras no solo dan cuenta de la gravedad y magnitud del éxodo, sino de las dificultades que atraviesan estos países para recibir en su territorio una exorbitante

cantidad de personas sin sobrecargar su capacidad administrativa, gubernamental y presupuestaria.

Ahora bien, esta movilidad humana que ha tenido lugar entre el 2015 y el 2022 tiene unas características particulares que la distinguen de movilizaciones anteriores en el país: no se trata simplemente de emigraciones, sino de desplazamientos forzosos o búsquedas de refugio por parte de millones de personas, que se dan en dirección sur-sur y que están motivados, entre otras razones, por la insatisfacción de necesidades básicas (Osorio y Phélan, 2020, p.10). A esto habría que agregar que en los últimos meses los movimientos de venezolanos con dirección al norte – Centroamérica y Norteamérica– son cada vez más comunes.

Esta crisis no puede confundirse, pues, con un flujo de migrantes que salen del país con destino a países más prósperos a fin de buscar mejores oportunidades de vida, puesto que una alarmante mayoría de venezolanos que ha emigrado en tiempos recientes lo ha hecho en condiciones extremadamente peligrosas para sobrevivir a las dificultades que impone una emergencia humanitaria compleja.

A esta sórdida situación se suman los lamentables sucesos de venezolanos que, huyendo por el mar, han encontrado la muerte. En diciembre de 2020 resonó el caso de un naufragio de 32 venezolanos, incluyendo niños, cuyos restos fueron encontrados tiempo después de haber salido del país por la costa en una embarcación que se dirigía a Trinidad y Tobago (Singer, 2020). Lamentablemente, no es el único naufragio de venezolanos que se ha reportado desde entonces.

Más recientemente, los medios y las redes sociales se han hecho eco de los reportes sobre las caravanas de venezolanos que recorren los cientos de kilómetros de la selva del Darién, ubicada entre Colombia y Panamá, para huir de Venezuela, arriesgándose a la muerte por las duras condiciones naturales de la zona o a manos criminales de grupos ilegales. Se calcula que entre enero y junio de 2022, más de 28 079 venezolanos habían cruzado el «Tapón del Darién» (Moleiro y Singer, 2022, párr. 4), mientras que las autoridades panameñas reportaban en octubre que más de 100 000 venezolanos habían hecho esta ruta en lo que iba del 2022<sup>2</sup> (Reuters, 2022, párr.6). Los

---

<sup>2</sup> Datos obtenidos el 10 de octubre de 2022.

migrantes emprenden este difícil viaje para abrirse camino, por lo general, a Estados Unidos. De hecho, los venezolanos se han convertido en la segunda nacionalidad que más intenta entrar irregularmente a EEUU, después de México, sobrepasando a los guatemaltecos y hondureños.

Asimismo, se han producido casos de deportaciones y devoluciones de la población migrante venezolana bajo circunstancias altamente irregulares, ignorando flagrantemente lo establecido en la normativa internacional relativa a estas migraciones. En Chile, por ejemplo, una nueva ley migratoria dio paso a un proceso de expulsiones colectivas de migrantes irregulares que en abril de 2021 involucró a 55 venezolanos y en noviembre, a otros 120. Por su parte, Trinidad y Tobago deportó en el 2020 a 160 venezolanos una semana después de que 16 niños fueran devueltos a mar abierto (León, 2020, párr.1).

Ambos casos han merecido la severa crítica de las organizaciones de la comunidad internacional dedicadas a proteger la dignidad de estas personas, debido a la ausencia de estudio de las circunstancias individuales de estos extranjeros y el incumplimiento del debido proceso. Particularmente en Chile se constató que algunas deportaciones de venezolanos fueron resultado de procedimientos contenciosos administrativos insuficientes, según sentencias de la misma Corte Suprema de ese país.

Lamentablemente, no son casos aislados. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha identificado tendencias en las respuestas de los Estados a los movimientos mixtos a gran escala en las Américas: el despliegue de fuerzas armadas y policías militares para el control migratorio; el aumento de las detenciones migratorias; las deportaciones y expulsiones sin el debido proceso; el rechazo en las fronteras, y el uso de la pandemia como justificación para limitar el acceso a los procedimientos de asilo y protección internacional, por mencionar algunas (CIDH, 2022, p.7). Se trata de una situación generalizada de poca responsabilidad por parte de los Estados ante poblaciones migratorias en aumento.

No obstante, sería injusto esbozar un panorama tan sombrío sin hacer mención de aquellas ocasiones en las que la cooperación entre países de la región ha

prevalcido. El caso de Colombia es paradigmático: pese a las dificultades que ha tenido que afrontar frente al desborde de millones de venezolanos dentro de sus fronteras, de los cuales un 56 % se encontraba en condición irregular para diciembre de 2020 (Cancillería de Colombia, s.f.), el país vecino ha ofrecido un estatus temporal de protección para regularizar la condición de esta población migrante y permitir su permanencia legal en el territorio durante un período determinado. Aun así, tanto en Colombia como en Perú se han reportado distintas violaciones de los derechos humanos hacia esta población migrante, particularmente en el caso de las mujeres víctimas de violencia de género (Amnistía Internacional, 2022).

De la misma forma, a partir del 2018 un grupo de países de la región se han reunido para firmar diversas declaraciones en lo que se conoce como el Proceso de Quito. Allí, 11 países –Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay– concordaron en la necesidad de coordinación intergubernamental para abordar esta problemática, al tiempo que cada Estado se comprometió a proporcionar ayuda humanitaria en la medida de sus posibilidades, lo cual supone la ejecución de políticas públicas para garantizar los derechos de refugiados y migrantes venezolanos (Declaración de Quito, 2018, p.2). Destaca, pues, el compromiso expreso de estos países de garantizar a estas personas acceso a servicios esenciales, incluyendo la salud.

Lamentablemente, aunque reconocer la necesidad de cooperación técnica y financiera regional representa un gran paso, los esfuerzos por concretar estas declaraciones de intenciones en la praxis siguen siendo insuficientes. Por ejemplo, del total de presupuesto del Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes del 2022, iniciativa planteada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), solo el 16,56 % ha sido financiado hasta la fecha<sup>3</sup> (R4V, 2022). Esto constriñe enormemente el trabajo que la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial (R4V) puede hacer con el objeto de ofrecer una mejor calidad de vida y garantizar los derechos de migrantes y refugiados, a la vez que se asiste a los países para controlar más efectivamente la situación.

---

<sup>3</sup> Datos del 30 de septiembre de 2022.

Debido a las magnitudes de los movimientos migratorios, ha sido casi inevitable comparar las medidas que la comunidad internacional ha asumido en cada caso. Ello ha permitido constatar que, pese a involucrar una cantidad similar de personas desplazadas, el apoyo financiero del plan regional de respuesta a los migrantes de Venezuela tenía menos del 14 % de financiamiento para el primero de septiembre de 2022, en tanto que el plan de respuesta regional para Ucrania contaba con el 62 % de financiamiento para el 25 de agosto (Pietsch y Raj, 2022). En el caso de los requerimientos financieros de ACNUR, el financiamiento de la respuesta de esta agencia hacia Venezuela era del 31 % (UNHCR, 2022, p.1), mientras que el de Ucrania llegaba al 87 %<sup>4</sup> (UNHCR, 2022, p.1).

Es decir, el financiamiento para paliar la crisis de refugiados en Venezuela ha sido más limitado en términos comparativos. Este también es el caso si se contrasta con la crisis de refugiados sirios.

Son muchas las razones que pueden explicar esta diferencia, empezando por el hecho de que Ucrania está actualmente atravesando un conflicto armado en el que los bombardeos, los crímenes de guerra y la violencia han ocasionado que, en apenas semanas, millones de ucranianos empezaran a desplazarse dentro y fuera de sus fronteras, mientras Venezuela vive una emergencia humanitaria en la que el desplazamiento, si bien ha sido alarmantemente rápido para lo que la región está acostumbrada, ha transcurrido de forma más paulatina. Pero no por ello las causas dejan de ser devastadoras para la calidad de vida y la preservación de la dignidad de estos seres humanos.

Además, la imposición de solicitudes de visas y la detención de venezolanos en las fronteras son apenas un par de ejemplos de los diversos obstáculos administrativos que impiden la estabilización de las personas que emigran obligadas por circunstancias adversas en su país de origen.

Esta situación se ha agudizado progresivamente hasta alcanzar un pico en el 2020, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró los brotes de coronavirus como una emergencia de salud pública de interés internacional. Para

---

<sup>4</sup> Datos del 18 de octubre de 2022.

entonces, el éxodo venezolano pasó de ser preocupante a francamente alarmante. Esto no se debía tanto a la afluencia de los flujos migratorios, puesto que uno de los efectos de la pandemia fue la ralentización del ritmo de desplazamientos, aunque luego recuperó la velocidad. En realidad, el motivo de las nuevas preocupaciones residía en que la imposición de regímenes de cuarentena tuvo efectos devastadores para las condiciones de vida ya precarias de los venezolanos en el exterior.

## **Efectos de la pandemia de COVID-19 en el éxodo venezolano**

La pandemia del COVID-19 ha cobrado más de 1,7 millones de vidas en Latinoamérica y el Caribe al momento de realizarse esta investigación<sup>5</sup>. El cierre de fronteras y las restricciones de la cuarentena fueron medidas que respondieron a la lógica de la contención de la enfermedad, sobre todo frente al desconocimiento generalizado de cómo enfrentarse a esta emergencia sanitaria y la ausencia, a inicios de esta coyuntura, de vacunas para combatirla, situación que es diferente en la actualidad.

No obstante, esto no reduce el hecho de que las medidas de contención del virus trajeron consigo retos y amenazas adicionales para el manejo de la crisis migratoria en la medida en que exacerbaron la vulnerabilidad de los migrantes y refugiados venezolanos, especialmente con relación a sus ingresos, empleo y acceso a servicios públicos, entre ellos, la salud. La solicitud de visas a venezolanos también se convirtió en una práctica común por parte de los Estados receptores, al punto de que actualmente todos los países de Centroamérica y México las han introducido en sus regulaciones. Estas restricciones de movilidad, más que reducir significativamente el flujo de migrantes y refugiados, más bien los induce a tomar caminos irregulares e inseguros para cruzar fronteras, ya que se encuentran en una situación en la que no pueden detenerse ante requisitos administrativos cuando se trata de salvaguardar su libertad o sus vidas.

La pandemia puso de relieve la tensión que existe entre, por un lado, la responsabilidad de los Estados de proteger la salud pública de sus ciudadanos, y por el otro, el derecho de toda persona de pedir asilo y no ser devueltos a su país, lo cual en la práctica generó muchas contradicciones. Para medir en criterios cuantificables la gravedad del asunto, en abril del 2011 se determinó que 11 países de la región habían negado por completo el acceso a su territorio, mientras que 5 tenían restricciones de acceso al territorio con excepción de los solicitantes de asilo (ACNUR, 2021). Es decir, se impusieron cierres fronterizos con la justificación de garantizar la seguridad de los

---

<sup>5</sup> Datos obtenidos el 28 de septiembre de 2022.



ciudadanos nacionales, pero poniendo en mayor riesgo la seguridad de migrantes y refugiados, ya que el impedimento de acceso a territorios cuando se requiere asilo los expone a situaciones de abuso o explotación.

Las consecuencias de la pandemia en el empleo de los refugiados y migrantes son evidentes cuando se comprende que una mayoría de ellos en la región —si bien no todos— formaban parte del mercado informal o de servicios, dos de los sectores más afectados por el confinamiento. Esto implicó que el cierre de negocios se tradujera en despido de empleados, entre los cuales los migrantes y refugiados suelen ser los más afectados por carecer de recursos de seguridad laboral, y en la imposibilidad de acudir a otras alternativas para generar ingresos a causa de la escasa movilidad.

De la misma forma, la pandemia del COVID-19 en América Latina y el Caribe provocó un aumento de la demanda de los servicios de salud que sobrepasaba la capacidad de los sistemas de salud preexistentes en estos países en cuanto a oferta de medicinas, personal e instalaciones. Por ejemplo, en el 2020, el promedio de camas de hospital en América Latina y el Caribe (2,1 por 1000 habitantes) representaba menos de la mitad del promedio en los países que conforman la OCDE (4,7 por 1000 habitantes). Además, 93% de los países de la región tuvieron que interrumpir servicios esenciales de salud en todas las modalidades para incorporar la atención primaria en la lucha contra el COVID-19 hasta finales de 2021 (OPS, 2022, p.13).

Esta es una realidad que no afecta exclusivamente a los pacientes de coronavirus, sino a toda persona, ya sea nacional o migrante, que necesita de cuidados en materia de salud sexual y reproductiva, apoyo a la salud mental y psicosocial, planificación familiar, inmunización de todo tipo, y tratamientos contra enfermedades crónicas, como el cáncer, el VIH, la diabetes, la hipertensión y demás afecciones que requieren de cuidados a largo plazo en los niveles de atención secundario, terciario y especializado.

Las cifras disponibles reflejan que estas necesidades están aún más presentes en personas desplazadas forzosamente: en Colombia, 77 % de refugiados y migrantes venezolanos entrevistados por la R4V (2022) no están afiliados al sistema nacional de

seguro de salud, aun cuando al menos un miembro del 26 % de los hogares tiene una enfermedad crónica (p.116); en Perú, un tercio de los venezolanos entrevistados reportaron un acceso limitado a una atención sanitaria inclusiva y de calidad relacionadas con la falta de recursos, el cierre de los centros de salud de atención primaria y servicios limitados en el segundo y tercer nivel (p. 158); en Ecuador, el 62 % de los hogares encuestados tienen necesidades sanitarias específicamente vinculadas al COVID-19, pero el 21 % de las familias con necesidades sanitarias no pudieron acceder a los servicios de salud por falta de citas disponibles, restricciones de la pandemia, costes de transporte y xenofobia (p.139), y en Chile, a pesar de los esfuerzos, solo el 14,2 % de la población venezolana había recibido algún tratamiento médico en 2021 (p.96).

Los refugiados y migrantes se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad frente a la pandemia debido a que difícilmente pueden acatar las medidas de distanciamiento y bioseguridad indispensables para controlar la curva de contagio. Esto se debe a que muchas personas viven en condiciones de hacinamiento, expuestas a enfermedades transmisibles, o han sido desalojadas de sus viviendas durante la pandemia, como llegó a ocurrir en el 2021 con el 40 % de venezolanos en la región (González, 2021). Además, los bajos recursos y la movilidad de estas personas complican la adquisición del equipo de protección higiénica que necesitan para evitar el contagio, suponiendo, además, que estén disponibles para ellos.

Por otro lado, pese a que en muchos países de la región se ha ofrecido a los migrantes y refugiados acceso gratuito al diagnóstico y tratamiento del COVID-19 y sus secuelas, persisten los problemas relativos al acceso a la atención médica por razones de miedo a la discriminación en hospitales, la falta de información sobre los requisitos administrativos, la tendencia a posponer la salud por necesidades más urgentes, el limitado número de personal de salud y la falta de ingresos para cubrir los costos del tratamiento.

Las dificultades son aún más severas para las personas que se encuentran en un estado irregular, esto es, sin la documentación apropiada, porque son más propensos a ser excluidos de una cobertura sanitaria integral, aun cuando los ordenamientos jurídicos de estos países contemplan la universalidad del derecho a la

salud. Por añadidura, las actitudes xenofóbicas, los estereotipos y las estigmatizaciones contra migrantes y refugiados han sido agravadas por el impacto económico negativo de la pandemia y los temores de contagio en las poblaciones, colocando a los venezolanos en una posición de mayor precariedad.

Los efectos de la pandemia no solo se han hecho sentir en la calidad de vida de estas personas, sino también en la afluencia de los procesos migratorios: hasta marzo del 2020, alrededor de 5000 venezolanos huían diariamente del país, pero desde el anuncio de restricciones de movilidad fronterizas e internas en la región, aproximadamente 140 000 venezolanos se vieron obligados a regresar a Venezuela por vías irregulares entre marzo y septiembre del mismo año. No obstante, se reanudaron los flujos migratorios hacia otros países de la región, aunque aún no al mismo ritmo: se calcula que entre septiembre de 2020 y mediados del 2021 de 700 a 900 venezolanos huían diariamente por trochas o rutas marítimas peligrosas (OEA, 2021, p.26).

Por supuesto, era de esperar que estas variaciones en los desplazamientos fueran temporales, puesto que no fueron producto de la resolución de alguna de las condiciones vinculadas a la emergencia humanitaria compleja que ha dado origen a esta situación, sino de una coyuntura sanitaria puntual. Al respecto, Osorio y Phélan (2020) concluyen que las razones que explican este fenómeno de retorno son la pérdida de las fuentes de ingresos, la carencia de redes de apoyo, en particular la familia, y las dificultades aún más profundas para regularizar la condición en medio de una pandemia (p.127). Lo que ocurrió fue que las condiciones en las que vivían los venezolanos en los países de acogida empeoraron debido a la pandemia, por lo cual su única opción era regresar, no sin haber sido objeto de estigmatizaciones y anatemas en su país de origen por las preocupaciones de contagio que su retorno suscitaba.

Por tanto, era predecible que, una vez relajadas las restricciones de cuarentena, el total de migrantes y refugiados en la región aumentara a niveles superiores a los prepandemia, aunque de forma más gradual. Aunque el pronóstico de que el número de migrantes y refugiados venezolanos ascendería a más de 8 millones a finales del 2021 no se cumplió (R4V, 2021, p.10), desde la segunda mitad del 2021 ha sido evidente

el aumento moderado de la afluencia de los desplazamientos desde Venezuela en comparación con el inicio de la pandemia: mientras que en marzo de 2020 había alrededor de 4,2 millones de migrantes y refugiados, a inicios del último trimestre del 2022 se calculan más de 7 millones, con fenómenos recientes como la proliferación de traslados de un país de acogida a otro y nuevas rutas hacia el norte.

En lo que respecta al aumento de los retornos de migrantes y refugiados al país de origen que se observó en el punto más álgido de la cuarentena, “la mayoría de los socios de R4V mantuvieron, sin embargo, que los flujos de salida de Venezuela y que los movimientos de retorno dentro de la región superarían con creces los posibles movimientos de retorno a Venezuela” (R4V, 2022, p.17).

*The Economist Intelligence Unit* (2021) había previsto que la mayor parte de los países de la región, con excepción de Chile y Guayana Francesa, alcanzarían una cobertura amplia de vacunación para mediados del 2022, en tanto que otros países lo harían a partir del año 2023 (p.5). Según el reporte de 2022 de R4V, un total de 477 139 de vacunados de la región son refugiados y migrantes venezolanos en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, de los cuales el 30 % habría recibido ambas dosis (R4V, 2022, p.48). No obstante, las necesidades de atención a la salud, que no se limitan al coronavirus, siguen siendo considerables.

La gravedad de la situación no atañe únicamente a los venezolanos, sino a toda Latinoamérica y el Caribe, tanto por razones humanitarias como pragmáticas concernientes a la superación sanitaria y económica de la pandemia, la cual se dificulta enormemente si no se incluye a la población migrante venezolana en las políticas públicas de salud.

Los grandes desplazamientos tienen consecuencias importantes para los países de tránsito y de acogida, afectando las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran y, en ocasiones, la estabilidad política interna. Esto indica que ningún Estado puede resolver autónomamente esta situación, ya que es un fenómeno que traspasa sus fronteras y pone a prueba sus capacidades. Es por esto que la cooperación internacional es indispensable.

Al mismo tiempo, así como existe un potencial enorme para convertir esta crisis en una oportunidad para los países de acogida de facilitar la recuperación económica y sanitaria mediante la incorporación de la migración venezolana, también se trata de diseñar una respuesta humanitaria que salve y mejore sustancialmente la vida de millones de refugiados y migrantes que, por su condición, se encuentran en una posición inherentemente vulnerable, como ha reconocido la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el derecho internacional en general desde hace décadas, razón por la cual se ha acordado que requieren de un lugar especial de protección en el sistema internacional.

## Migrantes y refugiados en el derecho internacional

Las manifestaciones de movilidad humana son de naturaleza y composición tan diversas como las causas que las provocan. Cuando se realiza de forma segura, ordenada y regular, puede incluso resultar beneficiosa para el crecimiento económico y el desarrollo de los países de origen y acogida. En cambio, son preocupantes los flujos de desplazamiento que se producen en razón de conflictos armados, desastres naturales, pobreza, inseguridad alimentaria y demás situaciones en las que emigrar se presenta como la única alternativa para sobrevivir.

Esta distinción entre tipos de movilidad humana resulta esencial no solamente por un requerimiento de rigurosidad teórica, sino por el hecho de que diversos problemas jurídicos y humanitarios pueden resolverse sobre la base de una correcta definición de la figura de migrantes o desplazados irregulares que armonice con los ordenamientos jurídicos de los países involucrados y el derecho internacional.

A fin de proporcionar una protección jurídica y facilitar los procesos de integración de los migrantes y refugiados al servicio de la defensa de su dignidad, integridad y libertad inalienables, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951) define como refugiado a toda aquella persona que

*(...) debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él. (art.1-b)*

Bajo esta premisa, una persona obtiene el estatus de refugiado cuando es objetivo de alguna amenaza o persecución que esté razonablemente sustentada en los hechos. Si bien esta es una acepción que quizás respondía satisfactoriamente a su contexto específico, posteriormente se la consideró limitada frente al desarrollo de los procesos históricos, por ejemplo, la naturaleza específica de los desplazamientos de refugiados en Centroamérica en los setenta. Por ello la Declaración de Cartagena

(1984) enfatizó la necesidad de ampliar el concepto de refugiado, de modo que también abarcara a

*las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público. (III, conclusión tercera)*

Sirviendo de ejemplo ilustrativo de la evolución del derecho y de las instituciones a la luz de nuevas circunstancias históricas, la declaración de la década de los ochenta sobre los refugiados procuró ofrecer una acepción más inclusiva, de manera que también pudiera reunir bajo su protección a las personas que, quizás no siendo directamente perseguidas, son víctimas de circunstancias que no solo amenazan su vida, sino su integridad y el libre desarrollo de su persona.

Pese a que este instrumento no es jurídicamente vinculante, puesto que emana de una declaración y no de un tratado internacional, en la práctica ha sido ampliamente aceptada por los Estados en sus constituciones, especialmente en la región de estudio. Más aún, provee una definición esencial para esta investigación porque hace referencia a las circunstancias primordiales que han ocasionado la crisis migratoria venezolana, especialmente en lo relativo a la violación masiva de derechos humanos que alteran el orden público.

Por otro lado, el entendimiento de la condición específica del migrante no está tan universalmente convenido en el derecho internacional como ocurre con la de refugiado. Instituciones como la Organización Internacional para las Migraciones (2019) han ensayado definir como migrantes a aquellas personas que, de manera temporal o permanente, se trasladan fuera de su residencia habitual, ya sea dentro o fuera del país (p.132). En principio, esta acepción es genérica, denotando todos los movimientos internos o transfronterizos de personas, cualesquiera que sean las razones que originan el desplazamiento, lo cual abarca también a los refugiados.

No obstante, existe otra postura que hace una distinción tajante entre refugiados y migrantes aduciendo que hay una diferencia esencial entre desplazarse

como consecuencia de una decisión relativamente libre —como la búsqueda de mejorar las condiciones materiales o sociales— y desplazarse a causa de persecuciones, amenazas, precariedad de condiciones y arbitrariedades.

Con el propósito de brindar una mejor protección en el derecho internacional a estos individuos, el presente estudio coincide en defender una postura que distinga ambas figuras, razón por la cual se habla de migrantes y refugiados en lugar de aglutinar estas figuras en un mismo término. Esta decisión busca rescatar la condición especial de los refugiados dentro del marco de la protección internacional que se les acredita cuando el Estado no pueda o no quiera velar por sus derechos.

En los casos en los que no se pueda admitir la condición de refugiado, los migrantes cuentan con mecanismos de protección complementaria, estatutos de protección temporal o acuerdos de estancia adaptados a sus necesidades y características.

Asimismo, pese a que la condición de los migrantes implica, en principio, que estas personas pueden regresar a su país de origen, lo cierto es que dentro de esta categoría existen casos de personas que salen del país para combatir numerosas carencias que les impiden llevar una vida medianamente óptima: amenazas para la vida, pobreza y desigualdad, discriminación, inseguridad alimentaria, desempleo y salarios insuficientes, desastres naturales, inestabilidad política, altas tasas de crímenes y demás factores económicos, políticos, sociales y/o ambientales que tienen un impacto negativo en su derecho a una vida digna. De allí la importancia del principio de no devolución, que originalmente invoca la condición de refugiado, pero que también ACNUR reconoce para formas de protección complementarias.

Por esta razón, se sobreentiende que el uso del término migrante en la presente investigación denota específicamente a las personas que salen de su país a la fuerza, lo cual corresponde a la tradición de hacer una diferenciación entre *migración voluntaria* y *migración forzada*, en la que el elemento clave es la elección libre, ya que la segunda categoría denota a personas obligadas a abandonar su residencia habitual para preservar la vida, la subsistencia o la libertad, razón por la cual amerita consideraciones especiales para la protección de sus derechos de forma



similar a los refugiados, aunque en una categoría diferenciada. Esto implica que la comunidad internacional tiene una obligación con toda persona que haya tenido que migrar de forma forzosa, incluso en condición irregular, para la defensa de sus derechos humanos y la provisión de ayuda humanitaria desde enfoques intersectoriales.

Esta distinción entre migrante forzoso y refugiado, tan necesaria para brindar las herramientas y mecanismos de protección acorde a la condición, se formalizó a través de la *Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes*, firmada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2016. Este documento es producto del entendimiento expreso de los Gobiernos del mundo en torno a la necesidad de configurar una acción internacional coordinada que permita hacer frente al fenómeno de desplazamientos de refugiados y migrantes.

Así, el objeto de interés de esta investigación lo constituyen fundamentalmente los fenómenos de desplazamientos forzados y migraciones irregulares en los que las personas pueden sufrir xenofobia, criminalización, devolución y reclutamiento por grupos criminales organizados, incluyendo los flujos mixtos de personas que se desplazan por las mismas rutas y hacen uso de medios similares, aun cuando cuentan con perfiles diferentes en términos del derecho internacional. Específicamente, el enfoque estará orientado hacia el fenómeno de crisis migratoria y de refugiados.

En tal sentido, la OIM (2012) desarrolló un concepto de crisis migratoria que la entiende como flujos y patrones de movilidad en grandes cantidades que, como resultado de una crisis, coloca tanto a las personas como a las comunidades involucradas en posiciones vulnerables, al tiempo que representa un reto a largo plazo para la gestión de esta migración (p.2). Es notorio en esta definición que no se establecen límites al origen de las causas —por ejemplo, si se producen de forma paulatina o espontánea— ni a su naturaleza, puesto que las crisis aquí descritas pueden deberse tanto a causas naturales como a aquellas producidas por la mano del hombre. Lo que sí se indica es que los desplazamientos de gran escala se producen al huir de amenazas a la vida, la seguridad o la libertad.

De forma similar, la Asamblea General de la ONU (2001) atribuye a los éxodos en masa “factores múltiples y complejos, como las violaciones de los derechos humanos, la persecución, los conflictos políticos y étnicos, el hambre y la inseguridad económica, la pobreza y la violencia generalizada” (p.3). Estas precisiones permiten analizar con mayor amplitud aquellas migraciones forzadas que se producen por razones diferentes a los conflictos armados y los desastres naturales, dentro de las cuales puede ubicarse la crisis migratoria venezolana.

Del cuidadoso análisis de ambas definiciones es posible concluir que, pese a ser un fenómeno multicausal, las crisis migratorias coinciden en originarse como consecuencia de la incapacidad o inacción del Estado para garantizar los derechos humanos de sus ciudadanos, quienes, a falta de seguridad y protección, deciden desplazarse. Esta situación convoca con urgencia una acción interestatal conjunta bajo el principio de que, frente a la ausencia de protección nacional de estas personas, la protección internacional se vuelve un imperativo.

En el caso específico de Venezuela, la crisis migratoria se traduce en un total de 7 100 1000 de personas que han salido del país, de los cuales 2 404 219 tienen un permiso de estancia regular, 199 206 son refugiados reconocidos y 971 170 tienen solicitudes pendientes de la condición de refugiado de acuerdo con las estadísticas de agosto del 2022 (R4V, 2022). Aun cuando las cifras son alarmantes, es muy posible que el estatus de refugiado se le haya reconocido a menos venezolanos de los que realmente son, dada las condiciones en las que huyen estas personas. Esto impide que puedan disfrutar de la totalidad de derechos de los que son titulares.

Adicionalmente, existen casos de solicitantes de asilo a quienes se les retiene los documentos mientras su solicitud está en proceso. Ello no solo los deja sin sus instrumentos de identidad, sino que les imposibilita obtener un seguro médico hasta no recuperarlos. En otras ocasiones la espera a la solicitud de asilo indica que los venezolanos en otros países no pueden ser beneficiarios de servicios de salud, con excepción de los casos de emergencia. De esta forma se evidencia el apremio para que se procesen las peticiones de asilo.

Ahora bien, habida cuenta de que las personas que abandonan su país en las condiciones anteriormente descritas son indefectiblemente sujetos de derecho a la protección internacional, no les es indispensable el reconocimiento formal de los Estados para considerarlos refugiados, siempre que las circunstancias den cuenta de que lo es. Sin embargo, el reconocimiento expreso de la condición de estas personas por parte de los Estados facilita la concreción de las medidas derivadas de su protección jurídica.

En consecuencia, es fundamental emprender esfuerzos para exhortar a los países de la región en particular, y a la comunidad internacional en general, a admitir el estatus de estas personas con el objeto de concretar de la mejor manera posible todas las disposiciones que se encuentran bajo el principio de protección internacional, especialmente las concernientes al derecho a la salud.

## **Protección internacional: sobre los derechos de migrantes y refugiados**

El ejercicio de conceptualización que se ha emprendido hasta ahora no es en vano. Por el contrario, aprehender estos conceptos y distinguirlos entre sí da pie a precisar las obligaciones y compromisos de los Estados en favor de los derechos de migrantes y refugiados, independientemente de si se adhieren o no a los tratados de derecho internacional, especialmente en un contexto de pospandemia.

Por un lado, el derecho internacional les reconoce a los migrantes y refugiados principios y derechos alusivos a ciertas protecciones que dependen de su estatuto personal, es decir, derivadas del hecho de haber salido de su país por causas de fuerza mayor, entendiendo que se trata de grupos de personas que, a todas luces, se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad, que pueden sufrir de discriminación interseccional y requieren de un tratamiento especial. Dentro de estos derechos se encuentran: el derecho de buscar y recibir asilo, el derecho al debido proceso, la reunificación familiar y el derecho a la nacionalidad, todos ellos regidos bajo los principios de igualdad y no discriminación, no devolución, no sanción por ingreso o permanencia irregular, prohibición de expulsión en la frontera y de expulsiones colectivas de extranjeros (CIDH, 2022).

Por otro lado, se reafirma el cuerpo de derechos que los migrantes y refugiados poseen irrenunciablemente a razón de la defensa de su dignidad y libertad, sin que ningún Estado pueda arrebatárselos o ignorarlos legítimamente, puesto que existen con anterioridad e independencia del territorio en el que se encuentren o la nacionalidad que poseen.

De ello se deriva el hecho de que no resulta esencial el reconocimiento formal de refugiado por parte de los Estados para que una persona sea considerada como tal, puesto que esta condición se demuestra por la vía de los hechos que el reconocimiento solo ratifica. Asimismo, en caso de que los Estados se nieguen a reconocer tal condición, ACNUR puede ser el responsable de la determinación de la condición de refugiado mediante la aplicación de lo que se conoce como mandato DCR<sup>6</sup>.

Ambos cuerpos de derechos no deben ser entendidos de forma independiente, ignorando la relación que existe entre ellos. En cambio, se establece que los derechos reconocidos a los refugiados y migrantes en razón de su condición derivan de la necesidad de proteger sus derechos humanos en una situación de particular vulnerabilidad, como lo es la de formar parte de un proceso migratorio forzoso. En otras palabras, el derecho internacional de los refugiados es un componente del marco más general del derecho internacional de los derechos humanos. Los dos se complementan para codificar la protección internacional de estas personas.

Ahora bien, la defensa de los derechos de migrantes y refugiados pone sobre la palestra la ya consabida tensión entre, por un lado, la doctrina de los derechos humanos como derechos universales que trascienden cualquier frontera nacional, y por el otro, lo que el derecho internacional efectivamente puede hacer para defenderlos frente a la soberanía de los Estados, cuya actuación, en muchas ocasiones, está dominada por el interés nacional y la protección de sus nacionales.

En consecuencia, las declaraciones, convenciones y demás instrumentos del derecho internacional alusivos a las víctimas de desplazamientos forzosos intentan

---

<sup>6</sup> Pese a ello, en el 2020 ACNUR decidió crear la categoría «venezolanos desplazados en el exterior», que no existe en el derecho internacional, para referirse a la población migrante venezolana, lo que le valió a esta agencia internacional la crítica de invisibilizar a los refugiados venezolanos.

balancear esta antinomia al resaltar la necesidad de cooperación conjunta para aprovisionar ayuda humanitaria, al tiempo que admite que cada Estado solo puede actuar de acuerdo con sus posibilidades y motivaciones.

Por ejemplo, la Sexta Declaración de Quito (2020) reafirma el compromiso de los Estados signatarios de coadyuvar en la superación de la crisis migratoria venezolana, pero al mismo tiempo asevera que dicho compromiso está sujeto al ordenamiento jurídico de cada Estado (4). A la vez reconoce las distintas realidades políticas, culturales y sociales de cada unidad política territorial y su influencia en la implementación de las recomendaciones propuestas para la protección de refugiados.

Los desplazamientos forzosos pueden generar emergencias que en ocasiones sobrepasan la capacidad de respuesta de un país. Por ello, la protección de derechos humanos, a fin de hacerla realidad, no implica desconocer la carga técnica y financiera que puede pesar sobre un Estado durante estas crisis y, por tanto, estimula desde el principio la cooperación internacional para distribuirla.

No obstante, más allá de las dificultades técnicas, no es poco común que los Estados busquen liberarse de estas obligaciones, en cuyo caso la intervención de la comunidad internacional es imperativa. Entonces, ¿cómo convencer a los Estados de asumir un plan de acción destinado a defender a los migrantes y refugiados en materia de salud?

Una forma eficiente de hacerlo consiste en apelar a la lógica pragmática de los actores estatales, haciéndoles ver que la crisis migratoria venezolana genera tensiones en sus capacidades de prestación de servicios que pueden ser disminuidas a través de distintas resoluciones orientadas a mitigar la crisis con el tiempo.

Pero, además, se puede enfatizar en el hecho de que la gestión de la crisis migratoria puede acarrear beneficios adicionales de carácter económico y social – contribuciones parafiscales y tributarias, remesas, etc– cuando se incorporan efectivamente a los migrantes a la comunidad política en cuestión.

Sin embargo, ante todo es fundamental no perder de vista que los esfuerzos coordinados para ayudar a los migrantes y refugiados deben estar sostenidos por

principios humanitarios que, si bien en ocasiones se les acusa de idealistas, no dejan de ser aspiraciones que guían la relación entre el Estado, la sociedad y los individuos.

Cada vez más organizaciones intergubernamentales y de la sociedad civil ejercen presión a los Gobiernos para que hagan frente a los desplazamientos con medidas humanitarias que cumplan con el desiderátum del reconocimiento universal de la dignidad intrínseca de todos los seres humanos formalizada en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, sin que ello implique necesariamente un obstáculo a la lógica del poder y los intereses de los Estados.

Ahora bien, la lista de estos derechos correlativos a la dignidad y libertad de la persona, a saber, los derechos humanos, es tan extensa como numerosos son los tratados a los que se puede hacer referencia. Por ello, a efectos de este trabajo, el enfoque estará limitado exclusivamente a hacer énfasis en el derecho a la salud, de modo que finalmente se pueda analizar cómo la garantía y defensa del mismo a los migrantes y refugiados puede ser beneficioso para el futuro de la salud en la región en una etapa pospandemia.

## **Prácticas para garantizar el acceso a la salud de los migrantes y refugiados venezolanos durante y después de la pandemia**

Lo expuesto hasta los momentos ha tenido como propósito contextualizar y, posteriormente, conceptualizar la gravedad de la crisis migratoria venezolana, así como exponer las obligaciones que los Estados de Latinoamérica y el Caribe han asumido voluntariamente para garantizar la dignidad de estos migrantes y refugiados dentro y fuera de sus territorios.

El próximo paso será demostrar que la pandemia de COVID-19 puede ser una oportunidad para evaluar la implementación de cambios a largo plazo que fortalezcan las políticas de salud de estos países mediante la inclusión de refugiados y migrantes. Pero, antes de adentrarnos en ello, haría falta primero hacer una rápida revisión de la situación sanitaria en Latinoamérica y el Caribe a raíz de esta emergencia sanitaria.

Hasta la fecha se han registrado 78 373 434 casos de contagio y 1 739 031 muertes en Latinoamérica y el Caribe como consecuencia del coronavirus<sup>7</sup>. Igualmente, se han administrado más de 182 millones de dosis de vacunas contra el COVID-19 (OPS, 2022, pp.7-8). El umbral del millón de muertes fue alcanzado a finales de mayo de 2021, situación que, junto a la poca cantidad de personas vacunadas en relación con las contagiadas que había en su momento, hizo que Latinoamérica y el Caribe fuera uno de los epicentros de la pandemia.

A mediados del 2021, solo Uruguay y Chile habían logrado vacunar a más de la mitad de sus habitantes con al menos una dosis, mientras que la población latinoamericana y caribeña vacunada representaba apenas un poco más del 20 % del total de la población inmunizada en las Américas, sin contar la población mundial.

En la actualidad, cinco olas epidémicas después, las circunstancias son diferentes. Pese a que la campaña de vacunación contra el COVID-19 se desarrolló con lentitud en sus inicios, al 2 de septiembre de 2022 la mortalidad se había controlado considerablemente y casi el 70 % de la población latinoamericana y

---

<sup>7</sup> Datos obtenidos al 31 de agosto de 2022.

caribeña había completado el esquema de vacunación contra el coronavirus: “17 países habían alcanzado la meta de 70 % de cobertura de vacunación, mientras que 41 superaban 40 % de cobertura. Diez países se encontraban aún por debajo de 40%, y uno, por debajo de 10 %” (OPS, 2022, pp.29-30). Es de notar que los países con menor población vacunada en este segmento corresponden en su mayoría a las islas del Caribe, con Haití como el país más rezagado, lo que indica que todavía existe una distribución asimétrica de las vacunas que previene una respuesta eficaz.

De una lista de 51 países de las Américas, en la que el primer país tiene la mayor cobertura del esquema completo de vacunación y el último país tiene la menor, Venezuela ocupa el lugar 34, con una cobertura superior al 40 % pero menor al 60 %<sup>8</sup> (OPS, 2022, p.29).

Prevenir y combatir emergencias sanitarias presentes y futuras tiene como supuesto elaborar políticas más eficientes que, por un lado, promuevan mejoras en la atención y cuidados que ofrecen los sistemas de salud y, por el otro, faciliten el despliegue de un proceso de vacunación universal, bajo el entendido de que el virus no discrimina entre nacionalidades.

No obstante, el verdadero reto está en hacer que estos países elaboren políticas que permitan que los esfuerzos para prestar servicios y atención médica a esta población tengan continuidad una vez superada la pandemia. De allí que el enfoque de esta investigación esté orientado a promover este aspecto en particular.

A fin de no pecar por exceso de buenas intenciones, cualquiera que se proponga realizar políticas que conjuguen en un mismo plan de acción la migración y la salud debe partir del reconocimiento de que la relación entre ambos es compleja de abordar. Por un lado, la movilidad humana descontrolada puede incrementar los riesgos de transmisión de enfermedades, como ha evidenciado la pandemia en curso; por otro lado, una respuesta coordinada y efectiva puede hacer que la migración resulte un factor favorable para los sistemas de salud de los países involucrados.

---

<sup>8</sup> Datos actualizados el 10 de septiembre de 2022.



Uno de los objetivos de hacer de la migración un proceso más controlado y seguro tiene que ver con erradicar los riesgos de proliferación internacional de enfermedades infecciosas o incluso brotes epidémicos en los países de tránsito o acogida. Pero también se debe asistir a los refugiados y migrantes, particularmente mujeres y niños, en el tratamiento de los múltiples problemas de salud física y mental que la movilidad humana suele provocar.

Se trata, pues, de lograr un balance adecuado entre dos aspectos de la relación entre migración y salud: por un lado, la salud de los migrantes y refugiados, y por otro, los efectos de los procesos migratorios en la salud pública y el desarrollo de las sociedades de acogida. Considerar ambas dimensiones es fundamental para formular estrategias y prácticas migratorias orientadas a coadyuvar en la lucha contra la pandemia, prevenir otras posibles emergencias sanitarias y fortalecer permanentemente los sistemas de salud de la región.

## **Salud de los migrantes y refugiados a consecuencia de los procesos migratorios**

En el año 2020 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU enfatizó en su observación general N° 14 el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud. Según este documento, los Estados deben recordar que todo individuo debe tener igualdad de acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, independientemente de su condición jurídica y su documentación (párr. 34). Esto implica abstenerse de llevar a cabo prácticas discriminatorias que menoscaben estas garantías contra migrantes y refugiados.

La acción internacional para la defensa de este y otros derechos, canalizada a través de organismos y agencias especializadas, se apoya en el principio de obligación de protección de los Estados para con los migrantes y refugiados, que se refiere a la creación de las condiciones mínimas necesarias para que los migrantes y refugiados puedan acceder a una buena calidad de vida y desarrollar su personalidad mediante el disfrute pleno de los derechos que estipula el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966.

De acuerdo con ese pacto, los Estados que lo ratifican reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (PIDESC, 1966, art.12). Esto incluye la prevención, la lucha y el tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas, con lo cual se revela su importancia y vigencia en el contexto actual de la pandemia de COVID-19, así como en el futuro.

La aseveración sobre el más alto nivel posible de salud física y mental supone que la garantía y defensa del derecho a la salud no se agota en la atención médica, por cuanto también involucra asegurar un conjunto de condiciones socioeconómicas en las que se incluye la alimentación y nutrición, el acceso al agua potable, la presencia de condiciones seguras de trabajo y demás factores relacionados. Sobre la base del principio de interdependencia de los derechos humanos, el derecho a la salud es a la vez determinante y determinado por la garantía de otros derechos.

También se remarca que las obligaciones que los Estados asumen para la protección de estos derechos no son ilimitadas, toda vez que la manera de hacerlos efectivos es de forma progresiva, siendo tarea de cada Estado decidir qué medidas adoptar para garantizar los derechos establecidos por el pacto sin que ello implique evadir indefinidamente la responsabilidad. Argumentar la falta de recursos por parte del Estado para justificar la violación de este derecho resulta insuficiente, a menos que se haya demostrado que se hizo todo lo posible por tratar de garantizarlo.

Sin embargo, un asunto es lo que el derecho internacional ha convenido con relación al derecho a la salud de esta población y otro asunto son las implicaciones prácticas y los obstáculos que estas personas enfrentan para concretar estas aspiraciones.

El tema de los procesos migratorios y su relación con la salud ha reforzado distintos mitos que deben ser confrontados. Por ejemplo, en la literatura se ha llegado a sostener la hipótesis del «efecto del migrante sano», por medio de la cual se busca demostrar que, al momento de acogida, los migrantes suelen ser más sanos que la población que los recibe hasta que, con el paso del tiempo y la falta de atención, su salud puede llegar a deteriorarse.

Empero, como suele ser el caso, la realidad es más compleja: en primer lugar, este «efecto» puede ser explicado por la autoselección de los migrantes (por ejemplo, solo los más sanos se atreven a emprender el viaje) y la selección discriminatoria de los países de acogida por medio de la cual las personas más jóvenes tienden a ser mejor recibidas. Pero, además, en el caso venezolano existe una proporción importante de niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas de la tercera edad y con enfermedades crónicas que forman parte de la migración.

En segundo lugar, muchos casos de refugiados constituyen una excepción, puesto que, a consecuencia de las estadías en campos o travesías en condiciones muy duras, sus condiciones de salud al llegar no son las más óptimas y tienen mayor probabilidad de deteriorarse con el tiempo (Matlin, Depoux, Schütte, Flahault y Saso, 2018, p.9).

En efecto, lo que ocurre en una gran cantidad de casos es que las personas, al embarcarse en un proceso migratorio por vías irregulares, se exponen a condiciones desfavorables para su salud: enfermedades, escasez o deficiencia de servicios sanitarios, mala alimentación y/o desnutrición, deshidratación, factores de estrés psicológico, suspensión de servicios prenatales y posnatales para mujeres embarazadas, entre otros, especialmente en el caso de niños, personas de la tercera edad y subgrupos más vulnerables. De esta forma, los riesgos a la salud a veces están más asociados al proceso mismo de migración que al estado en que estas personas se encontraban anteriormente.

Por otro lado, así como la salud de los migrantes y refugiados recibe influencias de las condiciones de los países de origen y las condiciones de tránsito, la recepción en el país de destino también acarrea consecuencias importantes para su bienestar. No obstante, sería apresurado afirmar de antemano la naturaleza de dichas consecuencias, puesto que los desplazamientos pueden tener efectos tanto positivos como adversos para los migrantes, dependiendo de las circunstancias en las que se desenvuelven y las condiciones de acogida.

Frenk, Garnica y Zambrana (1987) identifican algunos riesgos para la salud de los migrantes y refugiados asociados con la movilidad. Entre ellos, un menor nivel

socioeconómico a causa del desempleo o un bajo poder adquisitivo, lo que puede traducirse en falta de higiene, hacinamiento y mala alimentación (p.282). Además, existen agravantes a estos riesgos que tienen que ver con el hecho de que, cuando el flujo de personas es abundante y abrupto, suelen ubicarse en comunidades urbanas o asentamientos de refugiados con espacio limitado; escasez de servicios de agua potable, saneamiento e higiene; deficiencias en los servicios sanitarios, y riesgos adicionales asociados a la seguridad física y mental.

Por el contrario, cuando la migración se regulariza, existen más posibilidades de que los migrantes mejoren sus niveles de salud al tener acceso a una buena educación y un buen empleo, incrementando sus ingresos y posicionándose en un mejor nivel socioeconómico.

De esta manera, los factores que inciden en la salud de refugiados y migrantes pueden clasificarse en dos grupos: los que favorecen la resiliencia, es decir, la habilidad de estas comunidades para superar las crisis que motivaron su desplazamiento, y los que profundizan la vulnerabilidad, entendida como los riesgos de salud y patologías a los que estas poblaciones están expuestas. Estos dos tipos de factores varían con respecto a cada fase del proceso migratorio: origen, tránsito, destino y retorno.

Según Matlin, Depoux, Schütte, Flahault y Saso (2018), los efectos sobre la salud más preocupantes son los que se dan en la fase de destino, puesto que las enfermedades infecciosas y/o lesiones previas al desplazamiento suelen ser tratadas de forma temprana, en tanto que el tránsito y los cambios de estilo de vida experimentados en los países de acogida pueden generar problemas de salud de largo plazo (p.9).

Esto demuestra que, cuando las condiciones de movilidad humana son precarias, aumentan los riesgos de sufrir enfermedades no comunicables en la comunidad de acogida con el transcurso del tiempo, lo que indica la importancia de implementar medidas que faciliten la inclusión de estas personas en la prestación de servicios de salud inmediatamente después de su llegada.

Por otro lado, hay que destacar que no es correcto considerar la resiliencia y la vulnerabilidad como variables que dependen exclusivamente de factores

individuales, tales como el estilo de vida de las personas y el autocuidado. Hay, en cambio, factores macro que afectan la salud de los migrantes y refugiados y conciernen a la esfera pública. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones (2017) los clasifican de la siguiente manera: las influencias sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales (p.14).

Esto indica que la adopción de políticas migratorias orientadas a asegurar el derecho a la salud de estas personas exige ineludiblemente la adopción de un enfoque transversal que involucre a todos los sectores y niveles de la sociedad con el objeto de mitigar riesgos e impulsar los efectos positivos, partiendo de la premisa de que el proceso migratorio tiene repercusiones profundas en la resiliencia o vulnerabilidad de los migrantes, sus familias y las comunidades en las que se asientan.

Antes de adentrarnos en algunas propuestas para ello, es preciso, en primer lugar, proceder a considerar los efectos de la migración en la salud pública en general y el desarrollo, a fin de poner de relieve la necesidad de abocar nuestra atención a las problemáticas que se presentan dentro de estos campos.

## Procesos migratorios, salud pública y desarrollo

Una de las formas de superar esta visión tan limitada acerca de los fenómenos sobre los que venimos discutiendo consiste en adoptar una aproximación que considere la migración como un determinante social de la salud. La inmigración es un proceso complejo que introduce cambios importantes en las relaciones sociales y se constituye como uno de los factores con efectos profundos sobre la salud y el bienestar de las comunidades:

*Tratar la inmigración como un determinante social de la salud plantea retos a las concepciones y prácticas convencionales, ya que exige ir más allá del individualismo y el conductismo en la salud pública y, en cambio, requiere abordar una esfera más amplia de factores estructurales que afectan a la salud. (Castañeda, Holmes, Madrigal, Young, Beyeler y Quesada, 2015, p.386)*

En otras palabras, la comprensión de la inmigración como un factor macrosocial con efectos voluntarios e involuntarios sobre la salud pública de los países da pie a que las investigaciones y las políticas públicas adopten un enfoque inclusivo y comprometido con todas las comunidades involucradas, nacionales o migrantes, a fin de lograr avances significativos en materia sanitaria que beneficien a tantas personas como sea posible.

Otro intento de enfatizar la importancia de la salud de los migrantes para la sociedad global es la propuesta por la ONU en la Agenda Sostenible del 2030. A partir de ella se ha llegado a la conclusión de que la salud de los migrantes se relaciona directa o indirectamente con ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): fin de la pobreza; salud y bienestar; igualdad de género; trabajo decente y crecimiento económico; reducción de desigualdades; ciudades y comunidades sostenibles; paz, justicia e instituciones sólidas, y alianzas para lograr los objetivos (OMS y OIM, 2017, p.22).

Visto de esta manera, una migración ordenada, segura y responsable que garantice el derecho a la salud de los migrantes y refugiados es una precondition para que estas personas puedan llevar una vida autosuficiente, trabajar en pro de la productividad del país de acogida y contribuir al desarrollo socioeconómico y sostenible de las comunidades de origen y destino. De esta manera, si se gestiona correctamente, puede tener implicaciones positivas para el desarrollo que no pueden ser subestimadas.

Otro ejemplo que sirve para ilustrar cómo los migrantes y refugiados contribuyen al desarrollo y la salud pública tiene que ver con el factor de las remesas. Según Zenner y Wickramage (2020), la disminución de las remesas que los migrantes envían a sus hogares, producto de la recesión económica que supuso la pandemia, trajo como consecuencia un empeoramiento de las condiciones de la salud pública, ya que estos ingresos contribuyen a mejorar el nivel de vida de los países más pobres que las reciben, incluyendo la nutrición, la educación y la reducción del trabajo infantil (párr.6). Esto significa que la presencia de migrantes y refugiados en países con mayores oportunidades de empleo e ingresos puede mejorar parcialmente las

condiciones económicas y sanitarias de los familiares que permanecen en el país de origen mediante estas transferencias de dinero.

Así, la salud garantizada de los migrantes no solamente promueve la consecución de los ODS, sino que, en tiempos de COVID-19, puede aliviar los traspiés que han sufrido los esfuerzos para concretarlos, incluyendo los efectos económicos. Esto es así no solamente porque los migrantes pueden convertirse en integrantes de una fuerza laboral productiva, sino porque su exclusión de los servicios de salud implica costos adicionales que pueden ser evitados.

Por ejemplo, si los migrantes solo reciben atención cuando están muy enfermos o en situación de emergencia, los Estados incurren en gastos mayores a los que supondría la inversión en cuidados de atención primaria y prevención. Un estudio elaborado por el Centro de Salud y Migración de Austria demostró que “en las condiciones y entornos estudiados, el tratamiento oportuno en un entorno de atención primaria es siempre un ahorro de costes en comparación con el tratamiento en un entorno hospitalario” (OIM, 2017, p.28).

Asimismo, la creación de estructuras paralelas de atención sanitaria para refugiados y migrantes resulta ineficiente y costosa. Por ello, el financiamiento dirigido a la inclusión de estas personas dentro de los sistemas de salud puede ser considerado por los países de acogida como una inversión que rinde frutos a largo plazo.

Frente a las razones expuestas, la pandemia de COVID-19 puede ser una ventana de oportunidad para poner sobre la mesa la necesidad de desarrollar estrategias que hagan frente no solamente a emergencias sanitarias similares que pudieran presentarse en el futuro, sino también a problemas estructurales de los sistemas de salud de la región. Lamentablemente, la respuesta frente a la pandemia estuvo dominada por esquemas en los que cada país puso sus propias condiciones y restricciones, con lo cual la cooperación internacional en materia de salud pareció dar un salto atrás.

Al respecto, es necesario recordar que “detener una epidemia requiere un rápido diagnóstico, tratamiento y prevención de la transmisión a nivel individual y

colectivo, y no el cierre de las fronteras” (OMS y OIM, 2017, p.15). De acuerdo con esta aseveración, la migración como una variable tanto de la salud global como del desarrollo impone una responsabilidad mancomunada que los Estados han venido aceptando voluntariamente desde hace décadas en materia de políticas e intervenciones orientadas a subsanar los problemas de la población migrante y, con ello, de la población en general.

En tal sentido, es urgente pasar del esquema dominante hasta ahora, en el que cada país reacciona individualmente según su conveniencia, a un esquema de cooperación regional que reúna a las partes interesadas a fin de conformar una respuesta conjunta, fundamentado en los principios y las intenciones manifiestas por el Proceso de Quito. Esto implica fortalecer los mecanismos y políticas regionales y plantear una fórmula de cooperación e intercambio de información.

En materia sanitaria, esto se traduce en llevar a efecto un conjunto de medidas migratorias intrarregionales que coadyuven a la reconstrucción de los sistemas de salud de cada país, a la vez que garanticen la universalidad del derecho a la salud mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos: mejorar el acceso equitativo y de calidad de la prestación de servicios de salud; enfrentar la escasez del personal de salud; incluir a los migrantes y refugiados en los sistemas de información y salud; asegurar el acceso a medicamentos esenciales; incorporar todas las categorías de migrantes en los sistemas de financiamiento de la salud, y promover una gobernanza multinivel en los sistemas de salud por medio de la participación de amplios sectores y actores (OIM, 2020, p.5).

Con base en estos puntos claves identificados por la ONU, se proponen algunas prácticas que, directa o tangencialmente, contribuyen a alcanzar algunos de estos objetivos para hacer frente a la pandemia y, más ampliamente, a los problemas subyacentes en los sistemas sanitarios de Latinoamérica y el Caribe, partiendo de la idea de que dirigir la atención a esta población de migrantes y refugiados es indispensable para atender la salud de la región en general. Para ello, se tomarán los aprendizajes de experiencias pasadas en países que también han tenido que afrontar crisis migratorias desde una perspectiva sanitaria.



- **Fortalecimiento de capacidad de respuesta con la incorporación de refugiados y migrantes profesionalizados en la salud**

Una de las deficiencias fundamentales que ha develado la pandemia ha sido la escasez de recursos humanos y materiales para asegurar el derecho a la salud de latinoamericanos y caribeños, así como las dificultades para conseguir la correcta distribución del personal de salud a lo largo del territorio de modo que ninguna comunidad quede desatendida. Según la OPS (2022), el gasto público en salud de las Américas es en promedio menos del 4 % del producto interno bruto, por debajo del 6 % establecido como meta (p. 11). Este subfinanciamiento tiene repercusiones negativas en la disponibilidad de recursos humanos en el sector salud.

Frente a ello, una solución muy eficaz para contrarrestar estas deficiencias es la de incorporar en el sistema sanitario a los refugiados y migrantes profesionalizados como trabajadores de la salud en otro país a fin de permitirles practicar la medicina en el país de destino.

La formulación de estrategias e incentivos para estimular la formación académica del talento humano de cada uno de los países es ineludible, pero hay que recordar que las carreras universitarias suelen tener una duración de entre cuatro y cinco años, sin contar el tiempo que exigen las especializaciones. En tal sentido, la incorporación laboral de migrantes y refugiados profesionales puede presentarse como una estrategia de más corto plazo que complementa un objetivo mayor al tiempo que previene el desperdicio de talento ya formado.

En efecto, otra de las ventajas de esta estrategia es la puesta en uso e incluso la potenciación de las capacidades y cualificaciones de refugiados y migrantes médicos, enfermeros, auxiliares y personal de atención, quienes usualmente dejan a un lado su profesión cuando se desplazan porque se les presentan numerosas complicaciones para ejercerla en otro país. Para evitar esta situación, es fundamental adoptar un esquema que dé espacio a la flexibilidad en el sistema de registro y licencia de títulos de pregrado, postgrado, maestría y doctorado.

Esto no indica que los Estados de la región deban abandonar la formación y conservación de los agentes de salud nacionales para dar prioridad a los extranjeros, ya que ver la situación de esta manera sería incurrir en un falso dilema. De hecho, la potenciación y conservación del talento humano nacional es ideal para los sistemas sanitarios, pero sin dejar de lado que la incorporación de profesionales extranjeros puede contribuir a suplir deficiencias que se presentan en los sistemas de salud tanto del país de origen, con el fortalecimiento de capacidades de sus ciudadanos en el exterior, como del país de acogida, con la puesta en marcha de dicha experticia, reconociendo los beneficios de los intercambios profesionales en condiciones ordenadas y regulares.

En algunos casos, ya existían iniciativas para la incorporación laboral en la región antes de la pandemia, especialmente con respecto a la migración venezolana. Argentina, por ejemplo, tiene un convenio de reciprocidad en el reconocimiento de títulos universitarios de los venezolanos desde el 2018 que, entre otras cosas, permite la rendición de un examen global para posibilitar la prosecución de estudios. Además, había flexibilizado los requisitos para obtener documentos de identidad mediante la creación del “Programa de Asistencia a Migrantes Venezolanos” en el 2019, pero, aun así, las demoras administrativas eran frecuentes (Mercer, 2019, pp. 48-49).

Las organizaciones que surgen en los países de destino como iniciativa de la misma población de migrantes y refugiados venezolanos en función de sus afinidades profesionales pueden ser de gran ayuda en los procesos de inserción laboral mediante el acompañamiento emocional y administrativo. Generalmente, estos grupos de profesionales autoconstituidos establecen canales de comunicación y listas de contactos para compartir información acerca de los trámites para su incorporación. En ocasiones, también realizan censos y registros cuya información recabada puede ser de utilidad a las autoridades públicas del país de acogida para la formulación de políticas.

Reconociendo esta realidad, algunos países de la región han actuado de una manera u otra bajo esta línea de acción compelidos por la pandemia: en Perú se autorizó la contratación de profesionales de la salud con certificados internacionales; Argentina y Chile permitieron de forma excepcional y temporal la contratación de

profesionales cuyos certificados aún no habían sido convalidados por los respectivos países; los refugiados en Cuba a partir del tercer curso de medicina pudieron sumarse a la lucha contra la pandemia, entre otros ejemplos (ACNUR, 2020).

Lo ideal sería que la vigencia de estas medidas trascienda la duración de la pandemia, en virtud de que la inserción laboral de estos profesionales aporta un gran valor no solo con respecto a la incorporación de sus conocimientos, sino también con respecto a los intercambios culturales que permiten diversificar el campo laboral y promover la prestación de servicios de salud sin discriminación.

La continuidad de esta medida en el tiempo posibilita sacar provecho a la formación de la población migrante y refugiada venezolana, ofrecerles una oportunidad de trabajo acorde a sus especializaciones y, con ello, potenciar los sistemas de salud de estos países.

La experiencia de EEUU en este particular puede aportar algunas luces acerca de las ventajas y enseñanzas a tomar en cuenta en la ejecución de esta estrategia a largo plazo. En el año 2020, debido a las altas cifras de contagiados de ese país y el correspondiente déficit de personal de salud, los gobernadores de seis estados y dos departamentos de salud flexibilizaron temporalmente los requerimientos para la concesión de licencia a fin de aumentar el número de trabajadores disponibles en servicios sanitarios, lo cual beneficiaba a los profesionales que habían obtenido su título en otro país.

Esta iniciativa tuvo lugar al constatarse que previamente “los criterios de concesión de licencias pueden llegar a ser tan rígidos hasta el punto de impedir a profesionales cualificados prestar asistencia incluso ante una gran necesidad” (Batalova, Fix, Fernández-Peña, 2021, p.7). Esto se debe a que los costos y los esfuerzos para obtener la licencia en el país de acogida pueden ser tan elevados que disuaden a las personas de pasar por ese arduo proceso, situación que se evitaría con la flexibilización de los requisitos.

Este país encontró una forma de hacer realidad esta práctica a través de la creación de cargos para refugiados y migrantes profesionales como rastreadores de contacto en los departamentos de salud. Dichos cargos consistieron en monitorear

los contagios de COVID-19 y a todas aquellas personas que pudieron haber estado expuestas a ellos. La clave de esta acción en particular residía en que, al incorporar a refugiados y migrantes en los departamentos de salud, estas personas tienen mayores oportunidades de integrarse al sistema de forma permanente, cosa que no ocurre cuando se les ofrece un contrato por separado.

Asimismo, otra alternativa para dotar a esta estrategia de un enfoque de mayor duración consiste en diseñar marcos comunes en el ámbito regional bajo los cuales se logre homogeneizar la adquisición de aprendizaje, puesto que uno de los problemas más comunes es la discordancia existente entre los países en lo que se refiere al reconocimiento de competencias. Nada impide, además, que estos esfuerzos incluyan programas de educación y capacitación complementaria para adaptar a estos profesionales a las prácticas del país de acogida.

Al mismo tiempo, la inserción de estos migrantes y refugiados profesionales en los sistemas laborales de los países de acogida puede mitigar los perjuicios que sufre el país de origen a raíz de la «fuga de cerebros». Esto es así porque la población migrante mantiene todo tipo de vínculos con las personas que permanecen en el país, favoreciendo la capacitación y el intercambio de nuevas prácticas profesionales en ambos países, sin contar las transferencias económicas en formas de remesas que la población migrante envía a sus países de origen.

Cualquier esfuerzo de integración laboral debe estar apegado a los parámetros establecidos por el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*, aprobado inicialmente en el 2010, según el cual algunas de las medidas recomendadas para consolidar la cooperación y coordinación en la contratación de agentes de salud son:

*prestación de asistencia técnica eficaz y adecuada, apoyo a la conservación del personal de salud, reconocimiento social y profesional del personal sanitario, apoyo a la formación en los países de origen que se adapte al perfil de morbilidad en esos países, hermanamientos de centros de salud, apoyo a la creación de capacidad en la elaboración de marcos reglamentarios adecuados, acceso a formación especializada, transferencia de tecnología y de conocimientos, y apoyo a la migración de retorno, ya sea temporal o permanente. (OMS, 2010, p.5)*

La aplicación de estas medidas debe ocurrir en el marco de buenas prácticas para incorporar a migrantes al mercado laboral en calidad de profesionales de la salud. Entre ellas, hay que considerar la igualdad de derechos para todos los agentes de salud, sin importar su nacionalidad; el nombramiento de una autoridad nacional que facilite la supervisión de la incorporación laboral; el diseño de instrumentos de monitoreo y de intercambio de información entre los países y sectores involucrados, y cualquier otra práctica que se ajuste a la realidad de los actores implicados.

- **Redes migratorias y respuestas descentralizadas**

Uno de los dilemas a los que cualquier administración pública debe enfrentarse es la elección entre la centralización o descentralización como esquema de respuesta ante una crisis.

La primera opción conserva ciertas ventajas, especialmente si se busca tomar decisiones con consistencia, coherencia y rapidez ante una situación de elevada incertidumbre. Sin embargo, este esquema también corre el riesgo de agotarse rápidamente si los problemas que deben enfrentarse son de tal complejidad y magnitud que se escapan de las facultades del poder central.

Cuando esto es así, un esquema descentralizado parece más atractivo y, mejor aún, conveniente. Esto consiste en la cooperación horizontal canalizada a través de múltiples nodos, que en nuestro caso se refiere a agencias y organizaciones, interconectados entre sí y que trabajan juntos en actividades transfronterizas (McGuire y Agranoff, [2011](#), como se citó en Schomaker y Bauer, 2020).

Debido a que tanto la migración forzada como la pandemia son fenómenos con un enorme potencial para traspasar fronteras y ocasionar todo tipo de problemas alrededor del mundo, no se debe desestimar un esquema de gobernanza descentralizado que permita aprovechar los recursos combinados y, además, contribuya a dar legitimidad a las decisiones, puesto que la construcción de redes necesariamente implica consenso.

Una de las formas de concretar esta alternativa en el ámbito sanitario, específicamente frente al COVID-19, pero sin limitarse a él, es mediante la creación y

promoción de redes de profesionales de la salud no solo al interior de las unidades políticas territoriales, sino entre ellas, traspasando fronteras a lo largo de la región para el intercambio de conocimientos y experiencia.

Más aún, estas redes no tienen que limitarse a incluir únicamente personal de salud, ya que también pueden estar constituidas por académicos, investigadores, socios no gubernamentales y profesionales en diversos ámbitos para promover investigaciones que determinen con exactitud las necesidades sanitarias de migrantes y refugiados, así como los riesgos epidemiológicos.

Existen iniciativas sin fines de lucro como *Migrant Clinicians Network*, de origen estadounidense, que proporcionan asesoría técnica, asistencia y desarrollo profesional en distintos centros de salud para garantizar una atención sanitaria de calidad a personas en situación de vulnerabilidad. A través de su programa *Health Network*, esta organización ofrece gestión de casos, transferencia de registros médicos y servicios de seguimiento y atención virtual a personas en condición de movilidad, especialmente aquellas que, por verse en la obligación de emigrar o desplazarse forzosamente, interrumpieron de alguna manera el abordaje de sus necesidades en materia de salud (MCN, 2022).

En Chile se encuentra la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración, en la que distintos profesionales e investigadores unen esfuerzos para la cooperación científica y profesional y la producción de conocimiento basado en experiencias que pueda servir para realizar intervenciones e innovaciones en favor de la salud de los migrantes en territorio chileno (Red Chilena de Investigación en Salud y Migración, [RECHISAM], 2022). Estas son el tipo de iniciativas que, en ausencia del posicionamiento del tema en la agenda pública, son emprendidas por la sociedad civil en reconocimiento de los efectos positivos de atender la salud de los migrantes y refugiados.

Esto no sugiere, sin embargo, la creación de estructuras paralelas a las gubernamentales. Por el contrario, la adhesión de estas redes a las estructuras oficiales preexistentes es enormemente provechosa, puesto que así las decisiones informadas por ellas pueden tener rango de autoridad.

Para visualizar una de las maneras en las que se puede concretar esta acción, se puede tomar como referencia el caso de la red de Vigilancia de Enfermedades en la Cuenca del Mekong (MBDS, por sus siglas en inglés). Se trata de una iniciativa establecida en el 2001 que reúne el trabajo de los ministros de salud de Camboya, China, Laos, Myanmar, Tailandia y Vietnam a fin de promover la comunicación entre estos países para responder conjuntamente a brotes infecciosos y compartir información de vigilancia y buenas prácticas.

Es una red que, además de reunir a los ministros de salud, también cuenta con la participación de altos funcionarios de la salud, epidemiólogos y demás profesionales que comparten datos y experiencias en torno a los intercambios que se producen en sus fronteras, incluso llegando a realizar ejercicios de simulación regionales para prepararse en caso de una posible pandemia (Phommasack et al., 2013, p.1).

Un elemento clave para entender el funcionamiento de la MBDS es la confianza, ya que, así como está conformada por relaciones formales mediadas por oficinas, procedimientos y equipos, simultáneamente comprende relaciones informales en los intercambios horizontales entre representantes de países miembros. Ello implica una serie de afinidades sostenidas por la confianza recíproca que, de acuerdo con Phommasack et al. (2013), ha permitido a los líderes fundadores de la MBDS involucrarse activamente en las actividades de la red durante más de una década (p.3), funcionando más allá del establecimiento de normas y acuerdos explícitos.

Considerando que la mayoría de los países de Latinoamérica comparten el mismo idioma –con evidentes excepciones como Brasil y las islas del Caribe– y están vinculados por un trasfondo cultural e histórico diverso, pero con muchos puntos en común, el establecimiento de redes con oficinas de coordinación regional y nacional, así como diversos equipos de coordinación subnacional, debiese ser una aspiración para la región. Las dificultades estriban es generar confianza y promover la voluntad de los Estados a asumir esta acción, ya que se trata de un trabajo arduo, que toma tiempo y va más allá del reconocimiento de un problema.

Por ello, es fundamental en una primera fase consolidar los lazos de cooperación mediante la realización de actividades en conjunto –reuniones, comités, discusiones– que poco a poco promuevan la reproducción de interacciones más sólidas entre los países. En tal sentido, así como la MBDS fue impulsada por la necesidad de enfrentar situaciones específicas como el brote de cólera en Vietnam y de SARS en China, la actual pandemia provocada por el brote del virus SARS-CoV-2 puede ser una ocasión propicia para comenzar a estrechar estos lazos más duraderos entre los países latinoamericanos y caribeños en materia de salud, tomando el Proceso de Quito como el foro de coordinación regional técnica para este propósito.

### • **Adaptabilidad institucional y regularización**

Las críticas hacia los sistemas de regularización de migrantes y refugiados implementados en Latinoamérica y el Caribe suelen señalar su falta de flexibilidad para atender el constante flujo de personas que continúan cruzando las fronteras independientemente de la posesión de documentos. La irrupción de la pandemia tuvo un impacto aún más negativo en el manejo de las solicitudes de asilo y el reconocimiento de los refugiados, procesos que generalmente involucran evaluaciones, entrevistas y tiempo, de los cuales carecen las personas cuando se enfrentan a una crisis humanitaria de esta magnitud.

Frente a ello, la paralización parcial o total de estos procesos es poco deseable tanto para los migrantes como para los Estados, debido a que la vida de muchas personas queda en suspensión mientras las solicitudes se acumulan unas sobre otras y se generan vacíos de información fundamental para las autoridades sobre las personas que se encuentran en su territorio. Más importante aún, la falta de mecanismos de regularización diligentes dificulta la prestación de servicios públicos, lo cual afecta negativamente la salud de refugiados y migrantes en un contexto pandémico y, a la larga, la de la población de acogida. De allí la importancia de la regularización para el acceso a la salud.

Por esta razón, incluso antes de la pandemia, diversos países alrededor del mundo han asumido esfuerzos para responder a esta realidad adaptando sus instituciones, instrumentos de registro, solicitudes de asilo y determinación de



condición de refugiado a las nuevas circunstancias, de modo que sea posible brindarles a estas personas los servicios que requieren. Un ejemplo útil es el de Europa, que debido a la afluencia de personas había aplicado el “reconocimiento grupal de refugiados en lugar de llevar a cabo un reconocimiento individualizado” (Currie-Roberts y Savage, 2020, p.56-57). Se trata de un reconocimiento *prima facie* que puede brindarse de forma expedita a grupos de personas, agilizando así las solicitudes.

Otras medidas similares que se pueden tomar para cumplir con el mismo propósito son el descarte de las entrevistas presenciales cuando se considere conveniente, lo cual elimina, además, el riesgo de contagio; la creación de instrumentos específicos correspondientes a determinadas categorías migratorias, por ejemplo, diferenciando entre visas humanitarias y permisos especiales de residencia, y la reducción de costos de estos permisos. Todo ello está orientado a hacer de la regularización un trámite mucho más llevadero y efectivo.

Por supuesto, comparar a Europa con Latinoamérica en la gestión de la migración forzosa puede ser complejo porque el viejo continente tiene más experiencia y cuenta con una infraestructura más desarrollada en el manejo de crisis migratorias que la región latinoamericana y caribeña, y, con todo, también se les ha complicado manejar su situación en el Mediterráneo.

No obstante, los países latinoamericanos también tienen la posibilidad de invertir en mejores sistemas de gestión y registro de migraciones para mejorar sus procesos, tal como lo demostró Brasil en el año 2019, cuando reconoció a más de 21 000 venezolanos sin exigir entrevistas presenciales. Según Currie-Roberts y Savage (2020), esto se debe a las inversiones que Brasil hizo en su plataforma de inscripción en línea SISCONARE, la cual permite a las personas registrar su propia solicitud, estar al tanto del progreso y actualizar sus propios datos (p.57).

De esta forma, es posible realizar solicitudes de asilo simplificando el proceso a unos pocos requisitos de inscripción y demás condiciones que se considere conveniente exigir a los solicitantes cuando se evalúe que la situación no supone grandes dificultades. Es posible, por ejemplo, disminuir o incluso eliminar las

audiencias en favor de la revisión de expedientes cuando se constate que el caso a tratar no acarrea problemas legales de mayor envergadura.

Como es de esperar, la llegada de la pandemia hizo que estas adaptaciones de los procesos de regularización y solicitudes de asilo fueran más urgentes, proliferando a lo largo de diversos países de distintas maneras: Argentina aplicó una prórroga a los documentos de los solicitantes de asilo; Trinidad y Tobago condonó las multas a aquellos migrantes que no se regularizaron en los términos previstos; Sudáfrica suspendió la implementación de sanciones a los solicitantes de asilo con documentos expirados y Portugal regularizó temporalmente a los inmigrantes con solicitudes pendientes.

Otra práctica que reforzó la pandemia fue la virtualización de los procesos tanto de formalización de solicitudes de refugio como de atención a la salud a migrantes y refugiados. El Comité Nacional para los Refugiados (CONARE) de Brasil atendió a esta población de forma remota mediante el correo electrónico y las plataformas en línea, además de realizar entrevistas a través de *Microsoft Teams*. Canadá sostuvo audiencias remotas con consentimiento expreso de los solicitantes de asilo mediante el uso de la misma plataforma de *Microsoft* para garantizar la privacidad de estos encuentros (CIDH, 2022, pp.30-31).

Adicionalmente, una manera de concretar esta práctica de regularización consiste en recopilar información detallada de los perfiles educativos y profesionales y la experiencia laboral de la población migrante venezolana, de modo que sea posible ubicarla dentro del campo laboral de cada uno de estos países, estudiando las diferentes formas en las que el aumento de la demanda puede adecuarse a la oferta laboral. El Registro Único de Migrantes Venezolanos (RUMV) de Colombia, por ejemplo, contiene información de los perfiles de esta población, así como las encuestas de caracterización socioeconómica y los registros biométricos. Podría incluso ser posible optar por un sistema de regularización oportuna, bajo el cual los Estados regularizan la situación migratoria de acuerdo con las necesidades del país, particularmente las demandas en los mercados laborales.

Distintos Estados de la región han asumido la labor de crear o mejorar los mecanismos de regularización de la población de migrantes y refugiados venezolanos más allá de la pandemia. Estas iniciativas varían en función de las características de los marcos jurídicos de los respectivos Estados y se mueven en un espectro que va desde las visas y permisos temporales hasta estatutos migratorios.

Colombia estableció el Estatuto Temporal de Protección (ETPV) mediante el cual se crea el Permiso de Protección Temporal (PPT) por 10 años; Perú desarrolló el Carné de Permiso de Permanencia Temporal (CPP) que otorga el Permiso Temporal de Permanencia (PTP) por un año; Ecuador puso en marcha recientemente la Visa de Residencia Temporal de Excepción para Ciudadanos Venezolanos (VIRTE), y en Chile, la nueva Ley 21.235 establece categorías de permisos de permanencia transitoria y residencia oficial, temporal o definitiva, entre otros casos.

No obstante, también existen diversos obstáculos a la regularización, entre los cuales destacan los límites de tiempo, la dificultad de obtener documentación en Venezuela, la homogeneidad de los mecanismos de solicitud frente a segmentos poblacionales muy diversos (niños y niñas, personas con discapacidad, tercera edad, etc.) y en ocasiones los elevados costos de los trámites (R4V, 2022, p.4). A ello se le podría agregar el desconocimiento de los procesos administrativos por parte de los migrantes por falta de información, la ausencia de armonización entre los Estados en el establecimiento de vías para lograr estancia regular y la ausencia de respuesta oportuna a las solicitudes de condición de refugiado.

También es fundamental que los procesos de determinación del estatus migratorio estén diferenciados para atender cada uno de los perfiles que conforman los movimientos mixtos, generando así mayor eficiencia y estableciendo procesos complementarios para aquellos migrantes que no pudieron obtener el estatus de refugiado, a fin de evitar que sea devuelto al país de origen.

Sin embargo, resulta profundamente problemático cuando los países de acogida ofrecen estas soluciones de carácter temporal a migrantes que, dadas las condiciones en las que se produjo el desplazamiento, les debiese corresponder el reconocimiento de refugiado. Este es un caso muy común en Latinoamérica con

respecto a la crisis migratoria venezolana. De hecho, en ocasiones el tiempo de espera y las recientes legislaciones de los países de la región hace que sea más atractivo para las mismas personas registrarse bajo alguna categoría especial de protección complementaria en lugar de solicitar asilo, pero la mayoría de estos mecanismos vigentes son temporales y fallan en asumir compromisos de protección de mayor envergadura hacia la población migrante.

Además, incluso el uso de estas figuras complementarias temporales también acarrea sus propios obstáculos. Por ejemplo, los venezolanos que hayan ingresado a Colombia de manera irregular después del 31 de enero de 2021 (con excepción de solicitantes de refugio y algunos casos de niños, niñas y adolescentes) no pueden beneficiarse del estatuto temporal de protección. En el caso del CPP de Perú, la fecha límite fue el 22 de octubre de 2020 y la VIRTE de Ecuador es para venezolanos que hayan ingresado al país hasta el 1 de junio de 2022<sup>9</sup>.

El reto más grande será, sin duda, otorgar estatus regular a aquellas personas que se desplazaron por vías irregulares, ya que algunas de estas alternativas de regularización, con excepciones como las de Perú, están dirigidas exclusivamente a venezolanos que ingresaron al país por los puntos de control migratorio oficiales, lo que desconoce la realidad de la pandemia, en la que el cierre de las fronteras no hacía esto posible para los individuos que querían huir de Venezuela.

A ello se le suma la necesidad de asumir enfoques diferenciados en las políticas alusivas al reconocimiento de estatus de protección y/o regularización para considerar la posición especial que dentro de la población de migrantes y refugiados ocupan los niños, niñas y adolescentes, las mujeres, las personas con discapacidad, los adultos mayores y demás segmentos con especial vulnerabilidad en la movilidad humana.

Independientemente de las medidas que los países de la región encuentren más convenientes a su contexto particular, los aprendizajes que pueden extraerse de estas experiencias consisten en demostrar que enfrentarse a las coyunturas de manera efectiva requiere de instituciones que, de antemano, tengan un espacio para comportarse con cierta flexibilidad frente a situaciones inesperadas, lo cual incluye

---

<sup>9</sup> Esta es la situación vigente para junio de 2022.

que las legislaciones vigentes cuenten con disposiciones, instrumentos y modalidades que permitan adaptar los procesos a la crisis migratoria durante y después de la pandemia. Un ejemplo de ello es la ampliación de la definición de «refugiado» en las legislaciones nacionales en los términos de la Declaración de Cartagena.

La agilización de estos procesos no debe enfrentarse de ninguna manera con los derechos de los Estados de proteger a los ciudadanos nacionales, que es la principal objeción a la aplicación de estas medidas de flexibilización. Es cierto que contados grupos delincuenciales aprovechan estos desplazamientos masivos para transferir sus actividades a otro territorio. Sin embargo, no hay que perder de vista que la migración irregular e insegura es la que precisamente genera condiciones que estimulan la criminalidad, como el tráfico y la trata de personas, así como el desplazamiento de la oferta de trabajo –objeción común de los ciudadanos nacionales ante la inmigración– por la falta de planificación.

Así, el fortalecimiento de procesos de identificación e integración ágiles son más bien medidas útiles para beneficiarse de los aportes de venezolanos mediante su inserción regular en actividad productiva de los países vecinos, que implica conseguir un equilibrio entre lo que es necesario para garantizar una migración ordenada que garantice los derechos humanos y lo indispensable para la seguridad del Estado.

- **Armonización de mecanismos de recolección de datos y adopción de la eSalud**

Una respuesta regional eficiente orientada a la salud de migrantes y refugiados, especialmente en tiempos de pandemia, inevitablemente debe contemplar la consolidación de un sistema de información que pueda ser compartida por los países involucrados. Es por ello que la primera *Declaración del Proceso de Quito* (2018) enfatizó la necesidad de “establecer un programa regional para el intercambio oportuno, a través de las instancias nacionales competentes, de información pertinente de migrantes venezolanos, tendiente a prestar la ayuda humanitaria y lograr una migración ordenada y segura” (art.7).

No obstante, en la actualidad existen serias deficiencias en el manejo de información de las necesidades sanitarias de la población de migrantes y refugiados venezolanos debido a la ausencia de coordinación entre los diferentes sistemas de monitoreo. Es un tema que, con razón, ha preocupado a distintas agencias que trabajan en pro de la población migrante venezolana y su salud, incluyendo la Plataforma de Coordinación Interagencial, ya que difícilmente se pueden resolver las necesidades cuando escasamente se conocen los indicadores de salud de los migrantes y refugiados.

Frente a ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recientemente ha hecho el lanzamiento de la Plataforma informativa sobre salud y migración en las Américas, que consiste en un repositorio digital interactivo en materia de salud y migración de las Américas:

*La herramienta fue desarrollada en colaboración con la Universidad Torcuato Di Tella, en Argentina, y la Universidad del Desarrollo, en Chile, y brindará a los gobiernos información sobre políticas, marcos legales y regulatorios en salud y migración de 19 países de la región, y también servirá como repositorio de bibliografía científica sobre el tema. (OIM, 2022)*

Esta iniciativa fue posible por la colaboración de actores de diversa índole en la región, especialmente instituciones de investigación, con el objeto de facilitar la evidencia que las autoridades requieren para formular políticas relacionadas con intervenciones de salud pública. Para ello, tienen la opción de explorar datos mediante paneles y filtros de análisis.

Asimismo, puede resultar beneficioso volcar la atención hacia estrategias de eSalud como alternativas deseables para disminuir estas deficiencias en el manejo de información. Al respecto, desde hace unos pocos años la OPS (2011) ha puesto sobre la mesa el uso de planes para perfeccionar el acceso y la calidad de los servicios de la salud a través de la adopción de la ciber salud o eSalud, definida como un esquema basado en el uso eficaz de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el ámbito de la salud y relacionados con ella (p.2). La utilización de dichas tecnologías, también conocidas

como TIC, se presta a desarrollar positivamente una amplia variedad de funciones, como la documentación, vigilancia y educación en materia sanitaria.

Dentro de la gama de tecnologías de la información y comunicación disponibles en este ámbito destacan los registros médicos electrónicos, cuya razón de ser es la de almacenar toda aquella información relevante para conocer el estado de salud de una persona, como la historia clínica, las inmunizaciones y/o vacunaciones a lo largo de su vida, los diagnósticos, datos demográficos, entre otros, con el fin de acceder a información que permita ofrecer servicios de salud oportunos según sus condiciones pasadas y necesidades futuras.

Debido a los aportes de estos recursos tecnológicos para mejorar la calidad de vida de la población, algunos países los han puesto a buen uso para solventar las faltas de información médica con respecto a los migrantes y refugiados.

El caso de Bavaria, uno de los estados federados de Alemania, es representativo de esta tendencia. Allí, las autoridades habían observado las numerosas dificultades en la transferencia de información de centro de refugiados y migrantes a los médicos generales, conocimiento que es vital para tratar correctamente a estas personas, así como evitar los contagios y la duplicación de exámenes y medicinas que eleva costos innecesariamente. Por ello, en conjunto con una compañía en tecnología de la información médica llamada *CompuGroup Medical*, decidieron implementar registros e historiales electrónicos de salud a los que los médicos tratantes podían acceder mediante códigos de acceso que protegen la privacidad del paciente (Matlin, Depoux, Schütte, Flahault y Saso, 2018, p.9).

De la misma forma, se han propuesto otras iniciativas en torno a los registros médicos electrónicos como parte de las estrategias para continuar y mejorar la atención sanitaria de estas personas y, a la vez, superar la fragilidad de los sistemas de salud que los reciben. Una de ellas es la llevada a cabo en el año 2010 por la Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo, por medio de la cual se buscaba proporcionar servicios sanitarios de calidad a los refugiados palestinos en Líbano, Jordania, Siria, Cisjordania y Gaza.

Similarmente, en el 2018 se produjo el lanzamiento de Sijilli, un sistema de registros médicos electrónicos basados en la nube para asegurar y preservar la información médica de refugiados durante y después de su desplazamiento. Hasta el año 2020 alrededor de 10 000 refugiados sirios en el Líbano poseían un registro dentro de este sistema, caracterizado por contar con un software que no requiere de conexión a Internet e información encriptada para proteger la privacidad de sus beneficiarios (Saleh, El Arnaout, Abdouni, Jammoul, Hachach y Dasgupta, 2020, p.3). Al igual que el anterior, este ejemplo patentiza que los registros médicos electrónicos son soluciones factibles y aplicables en contextos de conflictos o crisis humanitarias, así como en países de menores ingresos.

Lamentablemente, en América Latina no existen datos precisos que den cuenta de la adopción y el uso de estos recursos electrónicos, aunque parece haber un entendimiento generalizado de los grandes beneficios que puede procurar este sistema a los países de la región que lo adopten de forma permanente (OPS, 2016).

La implementación de estos recursos en los países de destino de refugiados y migrantes de la región puede facilitar el uso compartido de información en materia de salud dentro de una entidad territorial, comunicando los niveles nacionales, estatales y municipales de gobierno. No obstante, si realmente existe la disposición de ver mucho más allá, sería posible establecer un mecanismo similar a escala regional que sirviese de medio de comunicación transfronterizo entre profesionales de la salud que prestan sus servicios a estas personas. La Unión Europea, por ejemplo, hizo lo propio al establecer una regulación regional para el uso de estos registros electrónicos con el fin de hacer posible el intercambio de datos de los pacientes entre fronteras.

En un contexto de pandemia como el que vivimos actualmente, los registros médicos electrónicos también revelan ser útiles en tanto en cuanto permiten la agregación de datos de las personas en un mismo lugar, los cuales pueden ser consultados para dar respuestas documentadas con seguridad. Esto es así porque hace posible la interoperabilidad, esto es, la comunicación entre diferentes sistemas y redes con el propósito de intercambiar rápidamente datos que pueden ser utilizados para hacer políticas de salud en casos de emergencia sanitaria. Por ejemplo, los



registros médicos permiten centralizar información respecto a las precondiciones de los pacientes que los pueden hacer más vulnerables al COVID-19, así como contener información sobre las dosis de vacunas recibidas.

Algunas iniciativas elaboradas en EEUU con respecto a estos mecanismos proponen la creación de registros específicos para los individuos que han realizado la prueba del SARS-COV-2 y para los diagnosticados de COVID-19. La OPS (2020), por su parte, afirmó que los registros médicos electrónicos “facilitan el uso de la telemedicina para monitorear a los pacientes COVID-19 positivos en sus hogares y la continuidad de la atención a los pacientes que son negativos y pueden ser tratados a distancia” (p.1). Otra posibilidad sería la de cruzar los datos de contagiados y vacunados del coronavirus con los datos de migrantes y refugiados, de modo que sea posible conocer su estado de salud en la pandemia y, por ende, los servicios específicos que requieren.

Por supuesto, el registro médico electrónico es un mecanismo todavía reciente y con limitaciones que hacen muy difícil emplearlo como único método de obtener información para la formulación de políticas concernientes a la salud pública, ya que todavía es una tarea compleja obtener datos a gran escala en tiempo real. Sin embargo, sus aportes son significativos en la medida en que permite compartir información a través de la nube y se puede ir perfeccionando el sistema de almacenamiento de información para que, en el futuro y con mucha atención al cuidado de la privacidad, sea más fácil diagnosticar y tratar a la población refugiada.

Por otro lado, la adopción temporal o permanente de estos mecanismos supondría, entre muchas otras cosas, el compromiso de los países con el cumplimiento cabal de dos requisitos puntuales: en primer lugar, debe existir la voluntad de los Estados de la región de disponer de los recursos y el marco jurídico necesario para priorizar el uso de herramientas y tecnologías innovadoras que mejoren las condiciones de acceso a la salud pública para todos, en especial por parte de los grupos que usualmente quedan excluidos, como los refugiados y migrantes.

En segundo lugar, los países de la región deben asegurar a la población de refugiados y migrantes que su información no será utilizada para devolverlos a su país

de origen o para profundizar la discriminación contra ellos. Esto es fundamental a fin de mitigar la desconfianza que, a la larga, entorpece la prestación de servicios sanitarios y la acción contra la pandemia, ya que parte de la población migrante y refugiada venezolana puede verse reacia a recibir atención médica por temor a que los deporten, perjudicando así su salud.

De aplicarse, estos requisitos constituirían los primeros pasos para realizar acuerdos bilaterales y multilaterales con la intención de monitorear el estado de salud de migrantes y refugiados mediante la construcción conjunta de una base de datos en la región que, más allá del simple rastreo de enfermedades infecciosas, forme parte sustancial de los protocolos y respuestas de los sistemas nacionales, ya que el COVID-19 ha puesto de relieve lo fundamental que es la incorporación de datos agregados y representativos de la población para la implementación de políticas públicas.

- **Campañas de información y prescripción social**

Una de las causas de las deficiencias en atención de salud a los refugiados y migrantes reside en el desconocimiento por parte de esta población sobre las herramientas y los pasos necesarios para integrarse a los sistemas sanitarios de los países, así como el temor a la discriminación en razón de nacionalidad, género o estado legal; a sufrir sanciones si se está en estado irregular; al despido, o la pérdida de la residencia si se padece de alguna condición médica. Así, resultan apropiados los esfuerzos para llevar a cabo campañas destinadas a brindar información oportuna a la población migrante acerca de sus derechos, los servicios de salud de los que disponen y las precauciones que deben tomar frente a la emergencia del COVID-19.

Como parte de la respuesta ante la pandemia, la *Hygiene & Behaviour Change Coalition*, una colaboración público-privada entre el gobierno del Reino Unido y la compañía Unilever, llegó a convertirse en la campaña de higiene contra el COVID-19 más difundida, alcanzando hasta mil millones de refugiados en el mundo. A través de ella se distribuyó gel antibacterial, jabón y desinfectantes a países en desarrollo; se entrenó a miles de personas en materia de higiene, con especial atención a los trabajadores y los profesores de la comunidad de refugiados, y se difundió información por medio de la televisión, la radio y las redes sociales en 37 países,

incluyendo aquellos que se encontraban atravesando graves crisis humanitarias, como Sudán del Sur y Bangladesh (*Foreign, Commonwealth & Development Office*, 2021).

Las características recién enumeradas hacen de esta iniciativa un ejemplo a seguir del tipo de campañas que no buscan exclusivamente otorgar insumos de higiene, sino que también apuntan a involucrar a las personas de la comunidad de refugiados y migrantes en la acción contra el COVID-19, quienes, a su vez, encuentran un espacio para desarrollar su liderazgo al informar y educar sobre las medidas de higiene necesarias para la protección de su propia comunidad. Claro está, el éxito de estos esfuerzos es posible mediante la disposición de herramientas de orientación técnica que hagan llegar los mensajes superando las barreras culturales y lingüísticas.

Esta medida tiene, además, el beneficio de que, si las campañas son diseñadas correctamente, pueden favorecer la autosuficiencia de los refugiados con base en la creencia de que cualquier solución implementada para abordar la problemática de la migración forzosa debe considerar a sus beneficiarios como agentes de su propio destino. Una campaña similar en Latinoamérica y el Caribe debe incluir activamente a los refugiados en los esfuerzos de prevención contra el COVID-19 y otras enfermedades mediante la formación de líderes que dentro de sus comunidades puedan crear conciencia sobre la importancia de la salud y los derechos que ello conlleva.

Otra manera de generar las condiciones para el fortalecimiento de la autoestima, la confianza y, con ellos, de la capacidad de acción de los refugiados y migrantes, es a través de lo que se conoce como prescripción social para migrantes, términos que denotan:

*un método por el que los profesionales de la atención primaria y las agencias locales, así como los que se remiten a sí mismos, se dirigen a los trabajadores de enlace, que a su vez ponen en contacto a las personas con los servicios comunitarios, voluntarios, legales y de otros sectores destinados a mejorar la salud y el bienestar integral. (Public Health England, 2021, párr.5)*

En otras palabras, se trata de una red de relaciones centradas en la comunidad que canaliza la satisfacción de necesidades y atención en materia de salud a través de las remisiones a servicios o fuentes de apoyo no sanitarios por parte de los profesionales. Esto incluye “servicios que proporcionen seguridad alimentaria, asesoramiento jurídico, asesoramiento financiero, apoyo a la vivienda, ayuda al empleo y servicios lingüísticos para abordar los determinantes sociales previos de la salud y el bienestar” (*Public Health England*, 2021, párr.6).

Esta práctica permite cubrir necesidades sociales más amplias cuya resolución puede mejorar las condiciones de salud de las personas y reducir considerablemente las visitas de pacientes a la atención primaria, mitigando la presión sobre el sistema sanitario, ya que, por falta de información, muchas personas acuden en primera instancia a los médicos cuando sus problemas son de una naturaleza distinta a la que propiamente le compete a la atención médica.

Un ejemplo práctico para poner en perspectiva el funcionamiento de este modelo es el de personas que sufren de ansiedad, estrés o soledad, lo cual evidentemente afecta su salud mental y potencialmente la física. En estos casos, la prescripción social puede conectar a estas personas con grupos de apoyo o, para ilustrar un ejemplo más específico, con un grupo local dedicado al deporte o las artes plásticas. Así, a través de servicios no sanitarios o clínicos se ofrecen alternativas para reducir las posibilidades de que las personas empeoren su estado de salud y tengan que acudir a la medicación.

Para realizar estas referencias, los médicos se valen de un directorio de servicios comunitarios o de trabajadores de enlace por medio de los cuales pueden poner a sus pacientes en contacto con aquellos servicios no sanitarios que complementan las intervenciones médicas. De forma simplificada, el procedimiento se desarrolla de la siguiente manera: los médicos generales y demás profesionales de la salud remiten a los pacientes a trabajadores de enlace, quienes diseñarán un plan personalizado según las necesidades de cada uno y, con base en él, los pondrán en contacto con grupos y servicios locales que apoyarán a la persona a solventar sus necesidades durante un período de hasta seis meses.

Según el *Institute of Health Equity* (2018), este modelo de cuidado ha demostrado tener efectos positivos en la salud física y mental de los pacientes a la vez que promueve los lazos de conexión social y comunitaria. Asimismo, aumenta el sentido de control de los pacientes sobre su salud y permite al sistema sanitario llegar a personas que usualmente no son provistas de estos servicios (p.25). Por esta razón, está planteado como una manera efectiva para combatir los determinantes sociales de la salud, entre los cuales se encuentra, como ya hemos establecido, la migración forzosa, dado que los riesgos que sufren los migrantes y refugiados de quedar excluidos de los servicios por no tener acceso a los fondos públicos es preocupantemente elevado.

Uno de los países que más se ha comprometido con el esquema de prescripción social, haciendo especial énfasis en los migrantes y demás poblaciones vulnerables, ha sido Inglaterra. En efecto, la prescripción social de los migrantes es un componente importante del Plan a Largo Plazo del *National Health Service England* y de la Atención Personalizada Universal. Este enfoque no solamente permite tratar los temas de salud desde una visión más amplia y completa de la multiplicidad de factores que intervienen en esta variable, sino que además aporta herramientas para desarrollar la autosuficiencia de poblaciones vulnerables cuando se trata de su salud, ya que los motiva a comprometerse activamente en actividades y grupos locales, tomando en sus propias manos las riendas de su salud

Como parte de los esfuerzos de lucha contra el COVID-19 y sus efectos, Inglaterra continuó practicando la prescripción social para asistir a los pacientes con un problema social subyacente, en especial a aquellos que necesitaban de apoyo emocional, atención psicológica, asistencia a víctimas de violencia doméstica, problemas de vivienda, desempleo, estrés y demás efectos de la pandemia en la vida y salud de las personas que van más allá del contagio de la enfermedad misma y que pueden ser atenuados por medio de servicios diferentes a los clínicos. Para ello se hace uso de herramientas y tecnologías de software, como la plataforma *Elemental Social Prescribing*, que permiten a los trabajadores de enlace recoger las referencias desde los consultorios y ponerse en contacto con los beneficiarios a distancia.

Aún más, durante la pandemia se crearon centros de apoyo de COVID-19 dentro de este sistema para asistir a los referidos adicionales que, como consecuencia de esta emergencia sanitaria, necesitaban de la colaboración de la red de voluntarios en servicios como la entrega de medicamentos y alimentos, lo cual ha permitido dar un impulso a esta iniciativa en la medida en que más personas se sumaron a la causa.

Tomando esta experiencia como base, el enfoque de prescripción social puede ser muy útil para que los países de Latinoamérica y el Caribe ofrezcan una alternativa de atención a los migrantes y refugiados venezolanos que, al mismo tiempo, disminuya la presión sobre los sistemas sanitarios de estos países, especialmente frente a la saturación de la capacidad hospitalaria producto de la pandemia.

Esto es así porque uno de los factores que más afecta a los migrantes y refugiados es la ausencia de redes de apoyo que puedan orientarlos en el nuevo ambiente en el que se encuentran con relación a asistencia legal, búsqueda de empleo y atención sanitaria. Además, muchos de ellos suelen atravesar por condiciones de estrés psicológico y físico en su proceso migratorio que un esquema de prescripción social en el país de acogida puede ayudar a mitigar.

Sin embargo, una de las características más resaltantes de este esquema en lo que respecta a los migrantes y refugiados consiste en que, al ser una práctica que fortalece los vínculos sociales y comunitarios, promueve la incorporación de estas personas en la población de acogida.

La experiencia de la prescripción social de la *National Health Service* en distintas ciudades inglesas es prueba de ello, puesto que le ha permitido a los responsables concluir que la base de voluntarios que construyen a través de esta iniciativa “están ayudando a acercar a nuestras comunidades y estamos creando redes que durarán más allá de COVID-19, construyendo relaciones a largo plazo” (NHS, 2021, párr.9). En efecto, el poner a los individuos en contacto con diversos grupos locales favorece la construcción de relaciones cooperativas duraderas que, en definitiva, puede ser de gran valor para la población migrante venezolana.

Finalmente, tanto las campañas de información como la integración hecha posible por la prescripción social son propuestas que pueden ayudar a neutralizar y

revertir las amenazas de actitudes xenofóbicas que desembocan en un rechazo a esta población, derivadas de un profundo desconocimiento de los aportes reales que puede hacer en la sociedad de acogida. Estas iniciativas pueden crear conciencia en torno al rol que los migrantes y refugiados han asumido y pueden seguir asumiendo como profesionales de primera línea en la respuesta ante el COVID-19.

En tal sentido, una buena campaña de información podría revelar aquellas historias que muestren las dificultades –y las posibles causas– que enfrenta la población migrante venezolana. Esta campaña contribuiría a cambiar la percepción pública y el discurso político sobre la migración y sería la base de políticas y prácticas más basadas en la evidencia. De esta manera se neutralizaría la atención excesiva que los medios de comunicación de los países de acogida confieren a los aspectos negativos de la migración.

La prescripción social, al poner a migrantes y refugiados en contacto directo con las personas locales, permite generar relaciones basadas en el reconocimiento mutuo y no en los prejuicios que fácilmente prosperan cuando se formulan opiniones en torno a una problemática desde una posición distanciada y enturbiada por el discurso de otros.

## Conclusiones

A lo largo de estas páginas se ha buscado desentrañar las distintas formas que puede asumir una respuesta sanitaria ante el COVID-19 en la región de Latinoamérica y el Caribe y que, a la vez, aborde más profundamente las barreras estructurales que dificultan la garantía del derecho a la salud a la población de migrantes y refugiados venezolanos, situación que afecta la vida de millones de personas, incluyendo la de aquellas que residen en los países de destino.

Las prácticas propuestas se han establecido partiendo de la premisa de que los desplazamientos forzosos y la salud pública son fenómenos mutuamente influyentes en la medida en que, así como la salud de los migrantes y refugiados incide en la salud de la población que los acoge, también las medidas que los países de tránsito y destino asumen frente a esta crisis humanitaria inciden en la salud de migrantes y refugiados, razón por la que se considera la migración como un determinante social de la salud.

Dado que garantizar el máximo nivel de salud para todos implica no dejar a nadie atrás, especialmente cuando se trata de la contención de enfermedades infecciosas, se hizo una revisión de las disposiciones y acuerdos en torno a los derechos de migrantes y refugiados que, en el marco del derecho internacional, los Estados de la región han asumido tanto por razones humanitarias como por los beneficios socioeconómicos que puede acarrear la incorporación de la población migrante en las comunidades que los acoge, incluyendo importantes contribuciones al aparato productivo.

Asimismo, se observó que el cumplimiento de diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible depende directa e indirectamente de garantizar la salud de los migrantes y refugiados, por lo que se trata de un asunto del que la región tiene que ocuparse con miras a hacer realidad la agenda del año 2030 a la que se comprometió.

Sobre la base de la importancia de la salud de migrantes y refugiados para la salud pública de los países involucrados y, al mismo tiempo, para la consecución de un futuro sostenible, se ha sugerido una lista de prácticas que, inspiradas en los aprendizajes obtenidos de experiencias en otros países que también enfrentan crisis



migratorias, pueden realizar contribuciones importantes para enfrentar la pandemia de COVID-19 y generar acciones positivas a largo plazo, de modo que sea posible hacer cambios positivos duraderos y mejorar el acceso equitativo y de calidad de la prestación de servicios de salud mediante un esquema de gobernanza en el que todos los actores encuentren una voz.

El buen uso de las cualificaciones y capacidades de migrantes y refugiados profesionalizados en la salud; las respuestas descentralizadas y la constitución de redes para la resolución de crisis; la adaptabilidad institucional y nuevos mecanismos de regularización más rápidos; campañas informativas que involucren y formen los liderazgos de esta población; la prescripción social como modelo de salud; y, finalmente, la armonización del monitoreo y de registros médicos electrónicos son apenas algunas de las buenas prácticas que pueden ser implementadas en el marco de la emergencia sanitaria del COVID-19 y, al mismo tiempo, tener continuidad en el tiempo para asistir a la población migrante venezolana.

Elas indican que no se trata únicamente de incluir a migrantes y refugiados en los procesos de vacunación contra el COVID-19, sino de asumir un punto de vista más ecléctico y prospectivo para adoptar prácticas que, por su naturaleza, puedan ser profundizadas para responder en un futuro no muy lejano a las necesidades sanitarias de más de cuatro millones y medio de venezolanos diseminados por la región, sobre todo teniendo en cuenta el aumento esperado de estos movimientos migratorios y los riesgos que los desplazamiento forzosos imponen sobre la salud.

Son, además, respuestas factibles y adaptables a las circunstancias y necesidades de cada país, siempre que exista la voluntad de adoptarlas con compromiso para poner fin a las problemáticas que actualmente afectan de forma simultánea el desarrollo y la gobernabilidad democrática de la región.

Finalmente, es importante resaltar que esta lista de prácticas sugeridas lleva implícita la afirmación de que tanto las emergencias sanitarias como la migración forzosa son problemas que ningún país puede enfrentar solo, ya que no solamente sobrepasa los límites de su territorio, sino que supera los recursos y capacidades que dispone cualquier Estado por su cuenta.

En razón de ello, su resolución conjunta requiere indefectiblemente el establecimiento de una agenda regional, intersectorial y cooperativa que esté dispuesta a compartir recursos e información con el fin de dar respuesta a las necesidades del continuo flujo de personas que, por su posición de vulnerabilidad, están legalmente facultados para gozar de protección internacional.

Esto implica, a la vez, considerar a los refugiados y migrantes como actores con voz y voto en las decisiones y acciones que los afectan, sin que de ningún modo su estatus legal modifique en lo más mínimo los derechos que les corresponden en razón de ser personas.

## Referencias

- Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2021). Argentina: Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela buscará fortalecer en 2021 capacidades locales y nacionales. Comunicados de Prensa. Recuperado el 29 de marzo de 2021 de <https://bit.ly/3z4aFj8>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *ACNUDH.org*. Recuperado el 3 de marzo de 2021 de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2021). *Temporary measures and impact on protection*. Operational Data Portal. Recuperado el 27 de mayo de 2021 de <https://data2.unhcr.org/es/dataviz/127?sv=44&geo=0>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2020). *Los profesionales sanitarios refugiados se suman a la respuesta contra el coronavirus en América Latina*. Notas de Prensa. Recuperado el 3 de junio de 2021 de <https://bit.ly/3wT6e8X>.
- Amnistía Internacional. (2022). *Desprotegidas. Violencia basada en género contra mujeres venezolanas refugiadas en Colombia y Perú*. <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/5675/2022/es/>
- Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Nota sobre protección internacional*. Documentos de ACNUR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1744.pdf>, 29-05-2021.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Los derechos humanos y los éxodos en masa. Informe del Secretario General*. Documentos de ACNUR. A/56/334. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/0704.pdf>.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016, Nueva York*. Documentos oficiales de la ONU, A/71/L.1. <https://undocs.org/sp/A/71/L.1>.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Documentos de ACNUR, N° 2545. <https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>.
- Batalova, J., Fix, M., y Fernández-Peña, J. (2021). The Integration of Immigrant Health Professionals Looking beyond the COVID-19 Crisis [Issue Brief]. *Migration Policy Institute*, 1-13. <https://www.migrationpolicy.org/research/integration-immigrant-health-professionals-beyond-covid-19>.
- Cancillería de Colombia. (s.f.). *Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos - ABC*. Cancillería de Colombia. Recuperado el 19 de septiembre de 2022 de [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/ok\\_esp\\_abc\\_estatuto\\_al\\_migrante\\_venezolano\\_05mar-2021.pdf](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/ok_esp_abc_estatuto_al_migrante_venezolano_05mar-2021.pdf)
- Castañeda, H., Holmes, S., Madrigal, D., Young, M., Beyeler, N., y Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Civilis, Centro de Derechos Humanos de la Universidad Católica Andrés Bello, Centro de Derechos Humanos de la Universidad Metropolitana y Acceso a la Justicia (2019). *Manual sobre el Derecho a la Protección Internacional en Crisis Mayores*. <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2020/10/Manual-Derecho-a-la-Proteccion-C3%B3n-Internacional-en-Crisis-Mayores.pdf>

- Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios. (1984). *Declaración de Cartagena sobre Refugiados*. Documentos de ACNUR. <https://www.acnur.org/5b076ef14.pdf>.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Guía Práctica. Protección internacional y regularización de la condición legal en el contexto de movimientos mixtos a gran escala en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. [https://www.oas.org/es/cidh/Publicaciones/2022/guiaPractica\\_ProteccionInternacional\\_MovilidadHumana\\_SPA.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/Publicaciones/2022/guiaPractica_ProteccionInternacional_MovilidadHumana_SPA.pdf).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. CESCR Observación General N° 14. ACNUR.org. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>, 04-06-2021.
- Currie-Roberts, E. y Savage, S. (2020). La adaptabilidad institucional en tiempos de la COVID-19, en *Revista Migraciones Forzadas*, (65), 56-59, <http://hdl.handle.net/10045/110698>.
- De Armiño, K. y Areizaga, M. (2005). [Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo](#). Icaria Editorial y Egoa.
- Foreign Commonwealth Development Office. (2021). *UK aid and Unilever reach 1 billion people with global hygiene campaign to tackle COVID-19*. Press release GOV.uk. Recuperado el 6 de junio de 2021 de <https://www.gov.uk/government/news/uk-aid-and-unilever-reach-one-billion-people-with-global-hygiene-campaign-to-tackle-covid-19>.
- Frenk, J., Garnica, M. E., y Zambrana, M. (1987). Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud pública de México*, 29(4), 276-a, 1-23, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/243/234>.
- González, K. (2021). *Desalojados y en la indigencia, la dura realidad de muchos migrantes venezolanos durante la pandemia de COVID-19*. Noticias ONU. Recuperado el 3 de junio de 2021 de <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488212>.
- León, I. (2020). *Advierten que deportación de venezolanos de Trinidad y Tobago viola principio de no devolución y juicio justo*. Efecto Cocuyo. Recuperado el 25 de mayo de 2021 de <https://efectococuyo.com/politica/advierten-que-deportacion-de-venezolanos-de-trinidad-y-tobago-viola-principio-de-no-devolucion-y-juicio-justo/>.
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., y Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1), 1-55. <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-018-0104-9>.
- Mercer, H. (2022). *Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina*. Buenos Aires: OIM. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022761/integracion\\_laboral\\_sector\\_salud\\_poblacion\\_venezolana-republi\\_Aeqpy29.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022761/integracion_laboral_sector_salud_poblacion_venezolana-republi_Aeqpy29.pdf).
- Migrant Clinician Network. (2022). *Our Story*. Migrant Clinician Network. Recuperado el 5 de septiembre de 2022 de <https://www.migrantclinician.org/our-story.html>
- Moleiro, A. y Singer, F. (31 de julio de 2022). *El infierno de los migrantes venezolanos en la selva del Darién*. El País. Recuperado el 29 de 2022 de <https://elpais.com/internacional/2022-07-31/el-infierno-de-los-migrantes-venezolanos-en-la-selva-del-darien.html>
- National Health Service. (2021). *How two new social prescribing link workers have become part of the PCN response to COVID-19 in Trafford*. NHS Case Studies. Recuperado el 5 de mayo de 2021 de <https://bit.ly/3rSp2EA>.

- Organización de las Naciones Unidas (2017). *Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Documentos de ACNUDH. Recuperado el 24 de mayo de 2021 de <https://bit.ly/3ibFf4f>.
- Organización de las Naciones Unidas. (16 de mayo de 2022). *Una nueva plataforma protegerá la salud de los migrantes en las Américas*. Noticias ONU. [Recuperado el 29 de septiembre de 2022 de https://news.un.org/es/story/2022/05/1508862](https://news.un.org/es/story/2022/05/1508862).
- Organización de los Estados Americanos. (2021). *La crisis de migrantes y refugiados venezolanos*. <https://www.oas.org/fpdb/press/Crisis-Overview-ESP.pdf>.
- Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). *Migration from Venezuela: Opportunities for Latin America and the Caribbean Regional socio-economic integration strategy*. <https://bit.ly/34yZMHS>.
- Organización Internacional para las Migraciones (2019). *Derecho Internacional sobre Migración. Glosario sobre migración, N° 34*. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional para la Migración (2017). *Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of 2nd Global Consultation Colombo, Sri Lanka, 21-23 February 2017*. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2\\_srilanka\\_report\\_2017.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_srilanka_report_2017.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_8-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_8-sp.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2016). *Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 08-06-2021.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Estrategia y plan de acción sobre eSalud*. Recuperado el 8 de junio de 2021 en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Electronic Health Records (EHR) and Interoperability: Understanding two key concepts for a better Public Health response. Digital Transformation Toolkit. Factsheet N° 4*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52003/Factsheets-Digital\\_Health-EHR-Interoperability-eng.pdf?sequence=13](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52003/Factsheets-Digital_Health-EHR-Interoperability-eng.pdf?sequence=13), 08-06-2021.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Latin America and the Caribbean surpass 1 million COVID deaths*. PAHO News. Recuperado el 6 de junio de 2021 de <https://www.paho.org/en/news/21-5-2021-latin-america-and-caribbean-surpass-1-million-covid-deaths>, 06-06-2021.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56471/OPASEIHHA220024\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56471/OPASEIHHA220024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Osorio Álvarez, E., & Phélan C, M. (2020). *Migración venezolana. Retorno en tiempos de Pandemia (COVID 19)*. *Espacio Abierto*, 29(4), 118-138. <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/35064>.

- Osorio Álvarez, E., & Phélan C, M. (2020). *Migración y refugio en Venezuela 1998–2020. Dos miradas de una tragedia. Trayectorias Humanas Transcontinentales*, (6), 1-18. <https://doi.org/10.25965/trahs.2226>
- Phommasack, B., Jiraphongsa, C., Ko Oo, M., Bond, K. C., Phaholyothin, N., Suphanchaimat, R., Ungchusak, K. y Macfarlane, S. (2013). Mekong Basin Disease Surveillance (MBDS): a trust-based network. *Emerging health threats journal*, 6(1), 1-9. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/ehth.v6i0.19944>.
- Pietsch, B. y Raj, H. (4 de septiembre de 2022). Venezuela's refugee crisis similar to Ukraine's in scale, but not aid. *The Washington Post*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021 de <https://www.washingtonpost.com/world/2022/09/04/venezuela-refugee-crisis-ukraine-syria/>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes en Venezuela (2022). *Cifras clave. RMRP 2022 Dashboard*. Recuperado el 13 de octubre de 2022 de <https://r4v.info/es/situations/platform>.
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes en Venezuela (2022). *RMRP 2022 Funding*. Recuperado el 13 de octubre de 2022 de <https://www.r4v.info/es/financiamiento>.
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes en Venezuela (2022). *RMRP 2022 for refugees and migrants from Venezuela*. <https://www.r4v.info/en/document/rmrp-2022>.
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes en Venezuela. (8 de junio de 2022). *Programas de regularización y facilidades administrativas para las personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Análisis comparativo de ordenamientos jurídicos y buenas prácticas en América Latina y el Caribe*. <https://www.r4v.info/es/document/programas-de-regularizacion-y-facilidades-administrativas-para-las-personas-refugiadas-y>
- Proceso de Quito. (2018). *Declaración de Quito sobre movilidad humana de ciudadanos venezolanos en la región*. Declaraciones del proceso de Quito. Recuperado el 20 de mayo de 2021 de <https://bit.ly/3oCYwq6>.
- Proceso de Quito. (2020). *Declaración conjunta de la VI reunión técnica internacional sobre movilidad humana de ciudadanos venezolanos en la región*. Declaraciones del proceso de Quito. Recuperado el 20 de mayo de 2021 de <https://bit.ly/3523Lqi>.
- Public Health England (2020). *Social prescribing approaches for migrants: call for evidence*. Health Improvement, GOV.UK. Recuperado el 31 de mayo de 2021 de <https://www.gov.uk/government/consultations/social-prescribing-approaches-for-migrants-call-for-evidence>.
- Red Chilena de Investigación en Salud y Migración. (2022) *Acerca de*. Recuperado el 29 de septiembre de 2022 de <https://saludinmigrantes.cl/#>.
- Reuters. (10 de octubre de 2022). *Panama says record 150,000 migrants crossed dangerous Darien Gap this year*. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <https://www.reuters.com/world/panama-says-record-150000-migrants-crossed-dangerous-darien-gap-this-year-2022-10-11/>.
- Saleh, S., El Arnaout, N., Abdouni, L., Jammoul, Z., Hachach, N., y Dasgupta, A. (2020). Sijilli: A Scalable Model of Cloud-Based Electronic Health Records for Migrating Populations in Low-Resource Settings. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), 1-10, doi: [10.2196/18183](https://doi.org/10.2196/18183).
- Schomaker, R. M., y Bauer, M. W. (2020). What Drives Successful Administrative Performance during Crises? Lessons from Refugee Migration and the Covid-19 Pandemic. *Public administration review*, 80(5), 845-850. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/puar.13280>.

- Singer, F. (22 de diciembre de 2020). Los 32 ahogados de Güiria que evidencian el drama venezolano. *El País*. Recuperado el 31 de mayo de 2021 de <https://elpais.com/internacional/2020-12-23/los-32-ahogados-que-evidencian-el-drama-venezolano-en-la-guiria.html>
- The Economist Intelligence Unit (2021). *Coronavirus vaccines: expect delays Q1 global forecast 2021 - March update*. <https://www.eiu.com/n/campaigns/q1-global-forecast-2021/>, 30-05-2021.
- The Fund for Peace. (2022). *Fragile States Index. Annual Report 2022*. Recuperado el 6 de octubre de 2022 de <https://fragilestatesindex.org/wp-content/uploads/2022/07/22-FSI-Report-Final.pdf>.
- UNHCR Division of External Relations. (2022). *Funding Update 2022. Venezuela*. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <https://reporting.unhcr.org/venezuela-funding-2022>.
- UNHCR Division of External Relations. (2022). *Funding Update 2022. Ukraine*. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <https://reporting.unhcr.org/ukraine-funding-2022>.
- Zenner, D. y Wickramage, K. (2020). *National preparedness and response plans for COVID-19 and other diseases: Why migrants should be included*. Migration and vulnerability. Recuperado el 2 de junio de 2021 de <https://migrationdataportal.org/blog/national-preparedness-and-response-plans-covid-19-and-other-diseases-why-migrants-should-be>.



# Una respuesta sanitaria sin dejar de ser humana:

prácticas para garantizar el acceso a la salud a los  
migrantes y refugiados venezolanos en Latinoamérica y  
el Caribe a partir de las experiencias  
de la pandemia de COVID-19

Autor:

**Sita de Abreu**

Edición:

**María Dib Aguerrevere**

Diagramación:

**Brand Impulse**

Depósito legal:

**MI2022000472**

ISBN:

**978-980-7990-04-2**



Caracas, Venezuela  
Octubre, 2022

*Los derechos de propiedad intelectual de la presente obra corresponde a los autores identificados, cualquier réplica del contenido debe ser autorizado y en caso de uso para fines académicos se debe realizar la cita y referencia bibliográfica correspondiente.*