

Respondiendo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las migrantes venezolanas en Lima

M. Amalia Pesantes,¹ Leonardo Cortez,¹ Carolina Scaramutti,² Jill Portocarrero,¹ Hassan Haghparast-Bidgoli,³ y J. Jaime Miranda¹

Forma de citar

Pesantes MA, Cortez L, Scaramutti C, Portocarrero J, Haghparast-Bidgoli H y Miranda JJ. Respondiendo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las migrantes venezolanas en Lima. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.69>

RESUMEN

Objetivo. Presentar y analizar la respuesta que el sistema de salud peruano viene dando a las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas que radican en la ciudad de Lima, Perú e identificar algunas de las razones que nos permite entender esta respuesta.

Métodos. La información se recogió mediante entrevistas a profundidad semiestructuradas por vía telefónica a 30 mujeres venezolanas, 10 trabajadores de salud y 2 funcionarios del Ministerio de Salud.

Resultados. A partir de las experiencias de mujeres venezolanas que acudieron a estos servicios durante el 2019-2020 y de las perspectivas del personal y autoridades de salud presentamos un análisis de la capacidad y limitaciones que los servicios de salud públicos tienen para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de esta población. Los testimonios de las mujeres migrantes reportan una experiencia positiva con un sistema de salud que, a pesar de las deficiencias, responde a las necesidades de salud sexual y reproductiva más comunes. Estas coinciden con los testimonios del personal de salud y con las de las autoridades quienes enfatizan la existencia de políticas prioritarias para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

Conclusión. Este estudio muestra cómo un marco de prioridad nacional (disminuir la mortalidad materna), acompañado de mecanismos operativos de protección social (como el Seguro Integral de Salud), se convierten en instrumentos complementarios, que repercute de manera positiva y extiende beneficios para las y los migrantes, a pesar de no haber considerado a esta población durante el diseño de estas políticas.

Palabras clave

Migración humana; salud sexual; salud reproductiva; servicios de salud reproductiva; Perú.

Tradicionalmente Perú era uno de los países latinoamericanos con menos inmigración internacional. Sin embargo, a partir del 2016, como consecuencia de la crisis política, económica y social de Venezuela, el Perú experimentó un flujo importante de ciudadanos venezolanos (1). Entre enero de 2016 y marzo de 2022, ingresaron al país 1 573 232 ciudadanos venezolanos (2). Para julio de 2022, el Perú era el segundo destino migratorio de venezolanos en América Latina después de Colombia, y 1 490 73 migrantes y refugiados venezolanos vivían en Perú (3),

concentrándose sobre todo en la ciudad de Lima (4); donde realizamos este estudio.

Como todo país receptor de migrantes, el Perú enfrenta muchos retos para asistir y acoger a esta población. Uno de estos retos está relacionado a garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, que incluye el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de calidad y de manera oportuna. Las mujeres migrantes y refugiadas han sido reconocidas como un grupo en particular riesgo a violaciones de sus derechos y

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² University of Miami, Miami, Estados Unidos de América.

³ University College London, Londres, Reino Unido.

problemas de salud (5), pues la migración forzada interrumpe la prestación de atención médica, y afecta las redes de apoyo social (6). Estudios previos muestran que las mujeres migrantes tienen menos acceso a planificación familiar y anticoncepción (7,8), menor uso de atención ginecológica (9), corren más riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (10), y tardan más en recibir atención prenatal (11).

Las mujeres venezolanas en edad reproductiva representan aproximadamente el 75% del total de venezolanas en el Perú y tres de cada diez mujeres mayores de 15 años fueron atendidas en servicios de salud sexual o reproductiva en el año 2019 (12). Sin embargo, solo el 21% de mujeres en edad fértil y en una relación de pareja usaron métodos anticonceptivos modernos; porcentaje muy por debajo del promedio de las mujeres peruanas urbanas (56%), y debajo del promedio regional de 70% (12). La falta de información sobre la gratuidad de los servicios de SSR en establecimientos de salud públicos, ha sido identificada como un factor clave del bajo uso por parte de las mujeres venezolanas en el Perú (13).

Además de la falta de información, existen otros factores que afectan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres refugiadas y migrantes; como la falta de infraestructura en los servicios de salud, la pérdida de sus redes de soporte social, y el acceso limitado a las oportunidades económicas (14–17).

A partir de las experiencias de mujeres venezolanas que acudieron a estos servicios durante el 2019-2020, las perspectivas del personal de salud que labora en establecimientos públicos, y de las autoridades en salud; se presenta un análisis de los servicios de SSR disponibles para la población venezolana, y su capacidad y limitaciones para atender las necesidades de SSR de esta población, entendidas como el acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable y, cuando decidan tener hijos, a recibir atención de profesionales sanitarios expertos y acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano (18)

Consideramos que el marco de responsividad (*“responsiveness”, en inglés*) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (19,20), es relevante para este estudio. Este marco fue desarrollado para evaluar el si es que un sistema de salud público conoce y responde de manera apropiada a las “expectativas legítimas” de los usuarios, respetando los derechos de los pacientes a recibir atención adecuada y oportuna (20). A diferencia de otros marcos orientados a evaluar el desempeño de un sistema de salud con énfasis en componentes administrativos o burocráticos, el marco de responsividad se centra en las experiencias concretas de las personas que interactúan con el sistema de salud tomando en cuenta que esta experiencia debe ser comprendida tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los prestadores de salud (19). El marco de responsividad propone que las experiencias positivas de interacción con el sistema influyen en la utilización de servicios por parte de la población (21).

El estudio fue liderado por CRONICAS, Centro de investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El objetivo de este artículo es presentar y analizar la respuesta que el sistema de salud peruano viene dando a las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas que radican en la ciudad de Lima, Perú e identificar algunas de las razones que nos permite entender esta respuesta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio cualitativo basado en entrevistas a profundidad a tres tipos de actores: mujeres venezolanas usuarias de los servicios de salud públicos, personal de salud de establecimientos de salud públicos y autoridades sanitarias en salud. Las entrevistas se realizaron telefónica y virtualmente durante los meses de abril a agosto de 2021. El número de entrevistas fue determinado a priori, con base a experiencias previas en estudios cualitativos del equipo de investigación. Las entrevistas cubrían diversos temas (cuadro 1) y fueron realizadas por dos antropólogas con experiencia previa en investigación cualitativa, tuvieron una duración promedio de 40 minutos y se realizaron luego de obtener el consentimiento informado verbal. El consentimiento fue enviado por WhatsApp previamente y leído de manera conjunta antes de iniciar la grabación.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: ser mayores de edad y haber utilizado algún servicio de SSR en establecimientos de salud públicos entre el 15 de marzo de 2019 y el 15 de marzo de 2020. Para el reclutamiento, acudimos a tres organizaciones que trabajan con ciudadanos venezolanos residentes en Lima. Solo una organización respondió y nos permitió identificar, mediante un formulario online enviado vía WhatsApp, a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. Estas mujeres fueron contactadas telefónicamente para invitarlas a participar del estudio. Las participantes no recibieron ninguna compensación por su participación. Las entrevistas fueron grabadas con una grabadora digital para su posterior transcripción.

En el caso del personal de salud, se realizaron diez entrevistas a trabajadores de salud para explorar sus percepciones y experiencias brindando atención en SSR en establecimientos públicos a población venezolana. El personal de salud entrevistado con formación en obstetricia eran los responsables de la Estrategia Nacional de Salud de Salud Sexual y Reproductiva en el establecimiento de salud donde laboraban. En algunos casos el responsable de esta estrategia era el médico jefe del establecimiento de salud. Todas las entrevistas se realizaron por video llamada por dos miembros del equipo de investigación formados en antropología. Luego de haber concretado cuatro entrevistas se utilizó la técnica de “bola de nieve” para proceder a invitar a otros participantes. En cuanto a las autoridades en salud, entrevistamos a dos funcionarios del Ministerio de Salud, contactos que fueron facilitados por otros colegas investigadores. Los pasos seguidos para el análisis de las entrevistas se detallan en el cuadro 2.

CUADRO 1. Temas cubiertos en la Guía de entrevista con mujeres venezolanas

TEMAS	SUB-TEMAS
Experiencia migratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Trayecto migratorio • Llegada al Perú
Uso de servicios de salud en general	Sin subtemas
Uso de servicios de salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • acceso a métodos de planificación familiar • atención prenatal • atención materno neonatal • salud sexual

CUADRO 2. Pasos para el análisis de entrevistas

PASOS	TIPO DE PARTICIPANTES	
	Mujeres Venezolanas	Personal de Salud y funcionarios
1) Transcripción	Todas las entrevistas fueron transcritas palabra por palabra	
2) Control de calidad	La calidad de las transcripciones fue verificada por un miembro del equipo de investigación.	
3) Lectura	Las transcripciones fueron leídas por tres miembros del equipo de investigación, a fin de identificar los principales temas emergentes además de los temas predefinidos.	
4) Identificación de temas emergentes		
5) Elaboración de libro de códigos	Se elaboró una primera versión del libro de códigos que incluía temas predefinidos y temas emergentes. Los temas por lo general correspondían a un código.	
6) Identificación de ideas relevantes	Se discutieron en reuniones virtuales las ideas que considerábamos más relevantes para el marco de responsividad.	
7) Codificación simultanea	Con el fin de afinar los códigos propuestos en la primera versión del libro de códigos, tres miembros del equipo de investigación codificaron las mismas tres entrevistas en Atlas-ti.	
8) Ajuste del libro de códigos	Se hicieron ajustes al libro de códigos ya sea aumentando nuevos códigos, afinando la definición de cada código o uniendo algunos que capturaban los mismos contenidos. Finalmente, se elaboró una segunda versión del libro de códigos con el que se procedió a la codificación.	
9) Codificación en Atlas-ti Versión 8.0.	Una sola persona en constante conversación con el equipo de investigación codificó las 30 entrevistas.	Dos personas codificaron. Cada una codificó la mitad de las entrevistas coordinando para absolver dudas y alinear la codificación.
10) Interpretación	La interpretación se hizo a través de reuniones virtuales del equipo de investigación. Durante estas reuniones se discutían los hallazgos por cada código y se redactaba un texto que era compartido para confirmar que refleje la percepción de todos los investigadores involucrados.	

Fuente: elaboración propia.

El estudio recibió la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia [SIDISI: 200299] y de la Organización Panamericana de la Salud [PAHOERC.0222.02], los nombres de las participantes fueron eliminadas y reemplazado por códigos de todas las transcripciones antes de compartirlas y los nombres se almacenaron en un documento de Excel protegido con contraseña para garantizar el anonimato de las participantes.

RESULTADOS

Perfil de las participantes

Se entrevistó a 30 mujeres migrantes venezolanas cuyos testimonios son reportados bajo pseudónimos. El promedio de edad fue de 31 años, siendo los principales grupos de edad los comprendidos entre los 26 y 30 años (11/30, 37%) y entre 31 y 35 años (8/30, 27%). El 87% de las entrevistadas tenía estudios superiores completos o incompletos y la mayoría estaba en una relación de pareja estable: más de la mitad refirió estar casada (53%) y 33% indicó tener un conviviente. La mayoría de las entrevistadas tenía al menos un hijo, y la reunión familiar fue el factor clave para decidir migrar al Perú. La mayoría migró al Perú en el 2018 (57%) cuando el familiar en Perú había ahorrado dinero y tenía estabilidad laboral.

Se entrevistaron a 10 trabajadores de salud que laboraban en establecimientos de salud públicos: cinco trabajaban en puesto de atención primaria de salud ("postas de salud"), dos en centros de salud materno infantil y tres en hospitales de la ciudad de Lima. Cinco eran médicos cirujanos jefes de los establecimientos de salud o encargados de la Estrategia Nacional de SSR en sus respectivos establecimientos de salud y 5 eran obstetras a cargo de la Estrategia Nacional de SSR en sus respectivos establecimientos de salud. Ocho eran mujeres y el rango de tiempo laborando como personal de

salud fluctuaba entre los 5 y los 20 años. Adicionalmente, se entrevistó al director ejecutivo de Salud Sexual y Reproductiva y a la coordinadora de la Unidad Funcional de Salud de Poblaciones Migrantes y Fronterizas, ambos del Ministerio de Salud.

Acceso a métodos anticonceptivos

La mayoría de entrevistadas había usado o estaban usando métodos anticonceptivos provistos de manera gratuita en establecimientos de salud públicos. Sin embargo, la posta de salud no fue la primera opción pues algunas contaron que en un inicio no sabían que tenían acceso a ellos de manera gratuita y debieron adquirirlos con su propio dinero. Por lo menos en un caso, esto resultó en un embarazo no deseado. La información sobre el acceso gratuito a métodos de planificación familiar, en algunos casos, ocurrió cuando salieron embarazadas y recibieron cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS):

"En la Posta... me enteré [de los métodos anticonceptivos] después que salí embarazada. La obstetra me dijo: 'Nosotras vemos planificación, nosotros también vemos a las mujeres gestantes. A ustedes también, a venezolanos para que elijan sus métodos para cuidarse.'" (Judith, 26 años)

Otras entrevistadas contaron que la información les fue dada por sus compatriotas que tenían más tiempo de residencia en Lima o de conocidos peruanos. En algunos casos la información sobre la gratuidad de los métodos anticonceptivos llegó de manera fortuita:

"Yo pregunté en la farmacia sobre qué inyección era la más económica para cuidarme y ahí había una chica venezolana, (...) [que] me dice '¿por qué no te cuidas en la posta?' y yo le dije '¿cómo que en la posta?' Y, me dijo: 'Sí, en la posta te colocan

la inyección gratis”, y yo “¿Verdad? ¿En serio?” “Sí, no tienes que pagar nada”.” (Liz, 31 años)

El personal de salud explicó que en los establecimientos de salud en donde laboraban tenían todos los insumos necesarios de planificación familiar pues estos eran entregados a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESN SSR). Esta estrategia cubre la entrega de medicamentos, insumos, y la consejería de manera gratuita para la población en general, independientemente de su nacionalidad o de su afiliación al SIS. El espectro de servicios que se ofrecen con los recursos asignados por la ESN SSR, explicaron, no solo incluye a la planificación familiar, sino también despistajes de afecciones como el cáncer de cuello uterino o la atención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

“En caso de población general... la estrategia de salud sexual también como estrategia da, de manera gratuita, [...] lo que son los antibióticos en caso que tuviera alguna enfermedad de transmisión sexual sea para venezolanos, peruanos, igual es.” (Personal de Salud #4)

Una vez que las entrevistadas acudían a un establecimiento de salud, los pasos para obtener los servicios fueron descritos como “fáciles.” Muchas se hicieron un Papanicolau a muy bajo costo. Los gastos reportados por las entrevistadas (US \$1 a \$2) no fueron para cubrir los métodos *per se* sino por los insumos adicionales. Por ejemplo, en el caso de los implantes “lo único que la paciente compra para colocarse el implante es un curita y una venda de 4 pulgadas.” (Personal de Salud#6). En general, las entrevistadas mostraban bastante aprecio por tener acceso casi gratuito a métodos de planificación familiar pues en Venezuela dichos gastos los cubrían de su propio bolsillo.

Sin embargo, también se hizo referencia a las instancias en las que las usuarias tuvieron dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos. Al menos una entrevistada y la mayoría del personal de salud, mencionó que la población migrante cambia de domicilio con regularidad lo que muchas veces afecta la continuidad de acceso a métodos anticonceptivos. Un punto de preocupación mencionado por hasta cinco entrevistadas, fue

la falta de respeto a su solicitud de un método definitivo como la ligadura de trompas. Ellas refirieron que no se respetó su decisión, como se observa en cuadro 3.

Sin embargo, no se puede decir que negar el derecho a la ligadura de trompas sea sistemático pues encontramos otros testimonios en los que la ligadura se programó para después del parto cuando lo solicitaron.

En general, se percibe satisfacción con respecto a la consejería brindada y a la oportunidad de acceder a distintos métodos de planificación familiar de manera gratuita. El seguimiento a su SSR por parte del personal de salud, muchas veces, vía WhatsApp es algo que se aprecia.

Controles prenatales

El Ministerio de Salud de Perú cuenta con una normativa que establece que toda mujer gestante residente en territorio peruano puede acceder al SIS de forma temporal, durante todo el embarazo y hasta 42 días después del parto, sin importar la nacionalidad o situación migratoria (22). Sin embargo, esta información sobre el SIS Temporal (SIST) para gestantes no siempre llegó a tiempo a oídos de las entrevistadas y algunas primero utilizaron servicios privados, gastando sus limitados recursos económicos.

Las entrevistadas que estuvieron afiliadas al SIST durante su embarazo refirieron que el proceso de afiliación fue fácil y rápido, a pesar de que al principio temían no tener la documentación necesaria para afiliarse. El personal de salud indicó que las migrantes podían presentar distintos documentos: partida de nacimiento, permiso temporal de permanencia, pasaporte o cédula de identidad venezolana. La facilidad para acceder al SIST descrita por las migrantes coincide con las entrevistas del personal de salud. Ellos confirmaron que es posible atender a la mayoría de las gestantes venezolanas a través del SIST. Sin embargo, reconocieron que el procedimiento de afiliación al SIST para mujeres venezolanas no siempre fue fácil, ya que años atrás tuvieron problemas para registrar los diferentes tipos de documentos de identidad presentados por ellas y recibir la autorización de instancias administrativas para poder atenderlas. En general, las entrevistadas estaban satisfechas con el SIST. Uno de

CUADRO 3. Testimonios sobre experiencias solicitando ligadura de trompas

“Yo había firmado para que me hicieran ligadura, me dijeron:

Tienes 27 años, ¿no quieres más hijos?;

No, no quiero más.

Pero, apenas son dos...

No quiero más niños, no es obligado. (...) Me va a disculpar mi respuesta, pero no es problema suyo, usted no me lo va a mantener, entonces, cálese.

Porque tanta insistencia tuve que acudir a la mala respuesta. [Al final] no me hicieron ligadura porque tardaron tanto tiempo haciéndome mi cesárea, [que ya no hubo tiempo para la ligadura].” (Julieta, venezolana, 28 años)

“(...) Yo quería hacerme la ligadura ¿sabes?, pero ya estaban muy cerca al parto y no pudieron. No sé lo que pasó, que no se pudo programar porque era tiempo y la final, no lo hicieron.” (Angela, venezolana, 34 años)

“Yo quería ligarme, hacerme una esterilización, pero resulta que la niña nació el 31 de octubre y ese día era fiesta nacional, el 1ero (...) esos días eran días de fiestas y resulta que una vez que la niña nació, me quitaron el SIS y como fue parto normal, no pudieron operarme ese día, sino tenía que ser una semana después. Yo hice todo el procedimiento, todo lo que me indicaron allá en el hospital y cuando fui a la semana me dijeron que no podían operarme porque no tenía SIS, que tenía que pagar la operación y ahí quedé, pero sí quería ligarme.” (Kiara, venezolana, 34 años)

“Cuando me dieron el alta en el hospital, yo le dije al doctor que me quería esterilizar, pero el doctor me dijo que yo no era candidata porque era muy joven y porque tenía un solo hijo. Entonces, después pasaron los otros doctores y las enfermeras y me dijeron que era enorme el hospital y que saliera con un método anticonceptivo. En ese momento, me pusieron la inyección de un mes” (Julyssa, venezolana, 33 años)

Fuente: elaboración propia.

los aspectos más valorados de la atención prenatal que las mujeres venezolanas reciben en Perú es la gratuidad de los servicios.

Por otro lado, aquellas entrevistadas que habían tenido un embarazo en Venezuela, comparaban los servicios prenatales de ambos países y estaban bastante contentas con la diversidad de servicios prenatales cubiertos por el SIST. Además de las consultas con la obstetra, recibieron atención odontológica, psicológica, consejería nutricional, inmunizaciones y consultas por otros problemas de salud como infecciones urinarias. Esto es parte del paquete de atenciones a gestantes del MINSA. Además, se valora la entrega de suplementos como el ácido fólico, el sulfato ferroso o el calcio.

“Yo estoy agradecida [...] Desde que tú estás embarazada y vas a obtener un seguro gratis y te va a ver nutricionista, odontólogo, ginecólogo, obstetra, todo y tu bebé va a tener todo, eso en Venezuela no se ve. Por esa parte, cuando me dio la preclamsia nos liberamos de muchos gastos porque tenía el seguro. Entonces, las cosas que compramos eran las que debíamos, no fueron medicamentos porque todo eso me lo cubrió [el SIS].” (Judith, 26 años)

A pesar de que en general las experiencias con el SIST fueron positivas, algunas entrevistadas manifestaron que les gustaría que el SIST les cubra más ecografías y que puedan acceder al mismo de manera permanente.

Parto

De las 30 entrevistadas, 20 habían dado a luz en el Perú, 14 de las cuales tuvieron una cesárea. Esto significó dar a luz en hospitales y no en puestos o centros de salud en donde habían llevado sus controles prenatales pues en ellas no se cuenta con expertos o equipos para realizarlas. Dar a luz en el hospital implica que el personal que atiende no sea aquellos con los que tenían una relación de confianza.

Seis de las 14 mujeres que dieron a luz por cesárea, contaron que fueron cesáreas de emergencia. Las experiencias de cesáreas son descritas como procesos traumáticos, en donde no reciben suficiente información, donde hay muchos temores por su salud y la del bebé. En varios casos las mujeres estuvieron hospitalizadas antes del parto para evitar un parto prematuro, y hubo instancias de maltrato, como no ser informadas del nacimiento de su hija:

“Yo estaba más nerviosa. Cuando nace la bebé, yo solo sé que nació porque escucho un grito de ella, porque ella no lloró solo hizo un ruido como un gatico. Y yo dije “¿será que nació?” pero nadie me dijo que la bebe había nacido. Nada, nada (...) No me la mostraron, se llevaron a la bebé (...) Me entero que la niña nace porque una chica que estaba en la computadora pregunta “¿a qué hora es que nació? Y dicen: “a la 1:32 p.m.”” (Micaela, 36 años)

Cuando hablan de la poca amabilidad del personal de salud durante el parto, no lo asocian con su condición de migrante, sino con la personalidad del personal de salud. Aquellas participantes que narraron experiencias positivas durante el parto destacaron el trato del personal, la amabilidad, el apoyo y el acompañamiento brindado.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio buscaba documentar las acciones que el sistema de salud peruano viene realizando para atender las necesidades en SSR de las mujeres migrantes venezolanas que radican en Lima e identifica algunas de las razones que permiten entender esta respuesta. El marco de responsividad guio conceptualmente la investigación y el análisis de datos que se centró en las experiencias de las personas que interactúan con el sistema de salud, tanto desde la perspectiva de los usuarios -mujeres venezolanas migrantes-, como de los prestadores de salud complementados con entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud en materia de SSR.

Las experiencias reflejan satisfacción con los SSR, específicamente con el bajo costo o gratuidad de los servicios para el caso de los controles prenatales y el parto, así como con la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos, la consejería recibida y la amabilidad del personal. La interacción entre las migrantes venezolanas en los servicios de SSR públicos y el personal de salud es positiva, cubriendo o sobrepasando sus expectativas; elementos claves de la responsividad (19).

Las entrevistas con el personal de salud y las autoridades nos permiten entender que esta respuesta no es el resultado de actos individuales positivos del personal de salud, sino que refleja una política sanitaria que prioriza la disminución de la mortalidad materna y de la atención af de la salud sexual y reproductiva. Esto además se refleja en que la salud materna neonatal es el segundo programa presupuestal de salud con mayor asignación presupuestal entre el 2017 y el 2021.

La capacidad que el sistema de salud público peruano para atender las necesidades de SSR de toda la población, incluyendo a las migrantes venezolanas, se entiende por la existencia de políticas priorizadas, con cobertura nacional e independientes del estatus migratorio y no por la existencia de una política de salud específica para migrantes.

Haber considerado la perspectiva del usuario, del personal de salud y de las autoridades, nos ha permitido identificar que para comprender la responsividad de un sistema es necesario enmarcar el análisis de las interacciones en los servicios de salud y el acceso a los mismos en función a las políticas existentes. La satisfacción de las usuarias venezolanas con los servicios de salud refleja el impacto de las políticas públicas sanitarias potenciadas y amplificadas por otras iniciativas como la existencia de un Seguro Integral de Salud que busca garantizar que las personas de bajos recursos puedan atenderse en establecimientos de salud público, contribuyendo así al ejercicio del derecho a la salud. El SIS, a pesar de ser temporal para mujeres gestantes, y de no haber sido diseñado para la población migrante sino para reducir la mortalidad materna en el país resulta siendo una herramienta clave e inclusiva para las mujeres migrantes. Los hallazgos presentados hacen evidente que es posible garantizar servicios de salud inclusivos que respetan los derechos de la población migrante cuando existen mecanismos bien establecidos en favor de la población de bajos ingresos y en situación de vulnerabilidad. Los resultados presentados tienen algunas limitaciones; por un lado, se centró en las experiencias de aquellas mujeres que llegaron a usar los servicios de salud, pero no sabemos que sucede con la SSR de aquellas mujeres que no logran acceder a los servicios públicos. Asimismo, a pesar de que las entrevistas fluyeron en un entorno de confianza y se recogieron muchos detalles,

reconocemos que la calidad de estas hubiera sido mejor si se hubieran realizado cara a cara lo que no fue posible por las regulaciones sanitarias del país en el marco de la pandemia del COVID-19.

Nuestro estudio nos permite concluir que las razones por las que el sistema de salud peruano responde a las necesidades de SSR de las migrantes no es el resultado de un esfuerzo específico para atender a esta población sino porque sus necesidades son similares a las necesidades de la población pobre del país. Este marco repercute en una serie de acciones, desde la formación de recursos humanos hasta garantizar la capacidad operativa, en términos de insumos e infraestructura. Aun con sus grandes limitaciones, el sistema de salud peruano prioriza la salud materno-infantil de toda la población independientemente de su estatus migratorio y opera dentro de un marco de leyes que buscan garantizar el acceso a la salud para aquellos que tienen bajos ingresos. Este estudio enmarcado en la SSR hace evidente como un marco de prioridad nacional (disminuir la mortalidad materna), acompañado de mecanismos operativos de protección social, como el SIS para poblaciones de bajo recursos, se convierten en instrumentos complementarios de amplia cobertura y principios inclusivos, que repercute de manera positiva en la población migrante. En contextos en donde existen políticas de salud orientadas a facilitar el acceso de la población pobre del país, recomendamos identificar y reducir requisitos asociados a la nacionalidad o el estatus migratorio de los y las usuarias; y acompañarlo por estrategias que permitan que la población migrante se entere de dichos servicios y de su posibilidad de acceder a ellos.

Contribución de los autores. JM, HH y MAP concibieron el estudio original, MAP y LC diseñaron los instrumentos y recolectaron los datos, MAP, LC y CS analizaron e interpretaron los datos. MAP y LC escribieron el manuscrito y recibieron

comentarios críticos de todos los autores quienes aprobaron la versión final

Agradecimientos. Agradecemos a la organización “Pasos Firmes” por su respaldo y apoyo en las primeras etapas de la investigación.

Financiación. Este trabajo ha sido financiado por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF-PNUD-Banco Mundial-OMS, ambos programas copatrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Adicionalmente, la preparación de este artículo fue financiado en parte, por el T37MD008647 del Instituto Nacional sobre Salud de las Minorías e Inequidades en Salud.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* o de la OPS.

Las opiniones expresadas en los materiales o publicaciones escritas de la conferencia y por los oradores y moderadores no reflejan necesariamente las políticas oficiales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La mención de nombres comerciales, prácticas comerciales u organizaciones no implica respaldo por parte del gobierno de los Estados Unidos. Los patrocinadores no participaron de ninguna manera en el diseño del estudio, la colecta y análisis de los datos, la decisión de publicar este trabajo ni la preparación del manuscrito.

REFERENCIAS

- Alarcón, Alex. Sistematización de Respuesta Sectorial de Países Seleccionados de Sudamérica al Proceso Migratorio de Ciudadanos Venezolanos de la Región. Santiago, Chile: Organización Panamericana e la Salud; 2019. https://figshare.com/articles/preprint/Sistematizaci_n_de_Respuesta_Sectorial_de_Pa_ses_Seleccionados_de_Sudam_rica_a_Proceso_Migratorio_de_Ciudadanos_Venezolanos_en_la_Regi_n/11842419. Acceso el 25 de noviembre 2022
- Konrad Adenaurg Stiftung. Migración venezolana [Internet]. Oficina de la Fundación en Perú. 2021. Disponible en: <https://www.kas.de/es/web/peru/statistische-inhalte-detail/-/content/especial-migracion-venezolana-1>. Acceso el 25 de noviembre 2022
- R4V. Venezuelan Refugees and Migrants in the Region - Sept 2022. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela; 2022 p. 1. <https://www.r4v.info/en/document/r4v-latin-america-and-caribbean-venezuelan-refugees-and-migrants-region-sept-2022>. Acceso 10 de noviembre de 2022
- Organización Panamericana de la Salud. Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima Metropolitana. Lima, Perú: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56311>. Acceso 10 Noviembre, 2022
- CIDH. Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México. México, D.F.: CIDH, OAS; 2013. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/informe-migrantes-mexico-2013.pdf>. Acceso 10 Noviembre, 2022
- WHO Regional Office for Europe. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347> Acceso el 9 de octubre 2019
- Rocha-Jiménez T, Morales-Miranda S, Fernández-Casanueva C, Brouwer KC, Goldenberg SM. Stigma and unmet sexual and reproductive health needs among international migrant sex workers at the Mexico-Guatemala border. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2018 Oct;143(1):37–43. doi: 10.1002/ijgo.12441.
- Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022 Feb 27;22(1):403. doi: 10.1186/s12889-022-12576-4.
- Agadjanian V, Yoo SH. Migration, legality, and fertility regulation: Abortion and contraception among migrants and natives in Russia. *Demogr Res*. 2018 Apr 10;38(42):1277–302.
- Martínez Londono J. Uno pasa por muchas cosas. Barreras de acceso a la IVE en mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; 2022. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Migrantes2-Digital.pdf> Acceso el 10 de noviembre 2022

11. Takehara J. El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes [Internet]. IDEHPUCP. 2021. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/el-acceso-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-mujeres-migrantes/>. Acceso el 10 de noviembre 2022
12. Mendoza W, Miranda JJ, Mendoza W, Miranda JJ. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Sep;36(3):497–503.
13. Irons R. Percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021 Apr;38(2):248–53.
14. Brizuela V, Kapilashrami A, Bonet M, Khosla R, Kobeissi L, Say L, et al. Sexual and reproductive health and rights of migrants: strengthening regional research capacity. *Bull World Health Organ*. 202;99(5):402–4. doi: 10.2471/BLT.20.270447.
15. Larrea-Schivon S, Vazquez-Quesada L, Vieitez Martinez I, Sripad P. Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un maleo de actores de la sociedad civil en Mexico 2020. Mexico: Population Council; 2020. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2642&context=departments_sbsr-rh Acceso el 10 de Noviembre del 2022
16. Maldonado Valera C, Martínez-Pizarro J, Martínez R. Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. Naciones Unidas. Santiago, Chile: CEPAL y Cooperación Alemana; 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44021-proteccion-social-migracion-mirada-vulnerabilidades-lo-largo-ciclo-la-migracion>. Acceso el 10 de Noviembre del 2022
17. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá: Profamilia y International Planned Parenthood Federation; 2019. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf> Acceso: 4 de Noviembre del 2022
18. UNFPA. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>. Acceso el 13 de febrero de 2023
19. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000486. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000486
20. da Silva A. A Framework for measuring responsiveness. Geneva: WHO; 2000. Disponible en: <https://file.qums.ac.ir/repository/vct/parastari/%D8%A8%D8%A7%D9%86%D9%83%20%D8%A7%D8%B7%D9%84%D8%A7%D8%B9%D8%A7%D8%AA/%D9%83%D8%AA%D8%A8%20%D9%85%D8%B1%D8%AC%D8%B9/%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA/A+Framework+For+Measuring+Responsiveness.pdf> 15 Marzo 2018
21. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saúde Pública*. 2007 Dec;23:2820–34. doi: 10.1590/s0102-311x2007001200003
22. MINSA. Mujeres afiliadas al SIS gratuito tienen derecho a cobertura inmediata de su gestación [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34091-mujeres-afiliadas-al-sis-gratuito-tienen-derecho-a-cobertura-inmediata-de-su-gestacion>. Acceso el 25 de noviembre 2022.

Manuscrito recibido el 25 de noviembre de 2022. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 21 de febrero de 2023.

Responding to the sexual and reproductive health needs of Venezuelan migrant women in Lima

ABSTRACT

Objectives. To present and analyze the Peruvian health system's response to the sexual and reproductive health needs of Venezuelan women living in the city of Lima, Peru, and to identify some of the reasons underlying this response.

Methods. Information was collected through semi-structured, in-depth telephone interviews with 30 Venezuelan women, 10 healthcare workers, and two Ministry of Health officials.

Results. Based on the experiences of Venezuelan women who sought care through these services during 2019-2020 and the perspectives of healthcare personnel and health authorities, we present an analysis of the public health services' capacity and limitations in meeting the sexual and reproductive health needs of this population. Migrant women's testimonies reported a positive experience with a health system that, despite shortcomings, responds to the most common sexual and reproductive health needs. These perspectives parallel the testimonies of healthcare personnel and authorities who emphasized the existence of priority policies for sexual and reproductive health care.

Conclusion. This study shows how a national priority framework (reducing maternal mortality), accompanied by operational mechanisms for social protection (such as the Comprehensive Health Insurance program), represent complementary instruments that have a positive impact on and extend benefits to migrants, even though this population was not considered when designing these policies.

Keywords

Human migration; sexual health; reproductive health; reproductive health services; Peru.

Resposta às necessidades de saúde sexual e reproductiva de migrantes venezuelanas em Lima

RESUMO

Objetivo. Apresentar e analisar a resposta do sistema de saúde peruano às necessidades de saúde sexual e reproductiva de mulheres venezuelanas radicadas em Lima, Peru, e identificar algumas explicações para essa resposta.

Métodos. Entrevistas telefônicas semiestruturadas detalhadas com 30 mulheres venezuelanas, 10 profissionais de saúde e 2 funcionários do Ministério da Saúde.

Resultados. Com base nas experiências das mulheres venezuelanas que recorreram a esses serviços no período de 2019 a 2020 e nas perspectivas de profissionais e autoridades de saúde, apresentamos uma análise da capacidade e das limitações dos serviços de saúde pública para atender às necessidades de saúde sexual e reproductiva dessa população. Os relatos das mulheres migrantes indicam uma experiência positiva com um sistema de saúde, que, apesar das deficiências, responde às necessidades mais comuns de saúde sexual e reproductiva. Isso está em conformidade com os relatos dos profissionais de saúde e das autoridades, que enfatizam a existência de políticas prioritárias de atenção à saúde sexual e reproductiva.

Conclusão. Este estudo mostra de que maneira um âmbito de prioridade nacional (reduzir a mortalidade materna) e mecanismos operacionais de proteção social (como o Seguro Integral de Saúde) se convertem em instrumentos complementares, afetando positivamente e estendendo benefícios à população migrante, embora essa população não tenha sido levada em consideração quando da elaboração dessas políticas.

Palavras-chave Migração humana; saúde sexual; saúde reproductiva; serviços de saúde reproductiva; Peru.
