



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
**SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN**

**FACTORES ASOCIADOS AL NO ACCESO A LA ATENCIÓN POR COVID 19 EN
POBLACIÓN VENEZOLANA EN EL AÑO 2022: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA
ENPOVE II**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN SALUD PÚBLICA Y SALUD GLOBAL

Autor:

Pedro Jose Enriquez Vilchez

Asesora:

Dra. Lucero Cahuana Hurtado

Co-asesor:

Dr. Alfonso Alberto Silva Santisteban Portella

Lima – Perú

2025

JURADOS

Presidente

Dr. Jesus Lorenzo Chirinos Caceres

Secretario

Dra. Ruth Anunciación Iguñiz Romero

Vocal

Mg. Alfonso Edgardo Nino Guerrero

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicado a la mujer que me dio todo en esta vida y entregó cada parte de su ser a sus hijos, mi madre Laura Vilchez Seclen.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por llenarme de sabiduría y guiarme por el camino correcto, agradezco profundamente a la profesora Lucero Cahuana Hurtado por el apoyo constante y motivación en la elaboración de este trabajo de investigación. Así mismo al profesor Alfonso Silva Santisteban por sus recomendaciones. Agradezco a Samanta por su constante apoyo y no dejarme desistir en el camino.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Enriquez Vilchez, Pedro Jose

Pertenciente al programa de la **carrera profesional de Salud Pública y Salud Global**, autor del trabajo titulado: **Factores asociados al no acceso a la atención por COVID 19 en población venezolana en el año 2022: Análisis secundario de la ENPOVE II**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **Título Profesional** bajo la modalidad de **Tesis**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	Cahuana Hurtado, Lucero	Salud pública y administración	Asesora
2.	Silva Santisteban Portella, Alfonso Alberto	Medicina	Co-asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **11%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2776085180**; fecha de entrega: **09-10-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 15 de octubre de 2025**



Firma del asesor
N° DNI: 10558634
ORCID: 0000-0002-9438-1443



Firma del Co-asesor
N° DNI: 10805715
ORCID: 0000-0001-7225-3515

TABLA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

1.	Introducción	1
2.	Planteamiento del problema y pregunta de investigación	2
2.1.	Descripción de la situación problemática	2
2.2.	Estado del conocimiento.....	4
2.3.	Pregunta de investigación.....	6
3.	Justificación.....	6
4.	Marco teórico conceptual	6
4.1.	Modelo de Levesque.....	7
4.2.	Flujograma del proceso de búsqueda de servicios de salud.....	9
4.3.	Árbol de problemas	11
5.	Objetivos	12
5.1.	General	12
5.2.	Específicos.....	12
6.	Metodología	12
6.1.	Fuente de datos	12
6.2.	Población y muestra	13
6.3.	Operacionalización de variables	13
6.4.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	16
6.5.	Análisis estadístico	18
6.6.	Aspectos éticos	18
7.	Resultados	18
8.	Discusión.....	24
9.	Conclusiones	27
10.	Recomendaciones	28
11.	Referencias.....	30

Resumen

El acceso limitado a los servicios de salud constituye una de las principales barreras que enfrentan las poblaciones migrantes, especialmente durante situaciones de emergencia sanitaria como la pandemia por COVID-19. En el caso de la población venezolana residente en el Perú, las condiciones socioeconómicas, laborales y migratorias pudieron influir en su capacidad para acceder a atención médica oportuna. Por ello, la presente investigación tiene como objetivo identificar los factores asociados al no acceso a la atención por COVID-19 en población venezolana durante el año 2022, a partir de un análisis secundario de la Segunda Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País (ENPOVE II).

Se aplicó un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo, utilizando análisis bivariados y regresión logística para determinar las variables sociodemográficas relacionadas con la falta de atención. Los resultados evidenciaron que el 15% de los migrantes que reportaron haber tenido COVID-19 no recibieron atención médica. La ausencia de seguro de salud y la residencia fuera de los departamentos del sur (Arequipa e Ica) se asociaron significativamente al no acceso a servicios sanitarios.

El estudio demuestra que, pese a los decretos que garantizaban la atención gratuita por COVID-19, persistieron brechas derivadas de la falta de documentación y la limitada cobertura de seguros. Analizar estos factores permite visibilizar las desigualdades en el sistema de salud y orientar la formulación de políticas públicas que aseguren una atención equitativa e inclusiva para la población migrante.

Palabras clave: Migración venezolana, acceso a la salud, COVID-19, factores asociados, ENPOVE II, inequidad sanitaria, Perú.

Abstract

Limited access to healthcare services remains one of the main barriers faced by migrant populations, particularly during public health emergencies such as the COVID-19 pandemic. In the case of the Venezuelan population residing in Peru, socioeconomic, labor, and migratory conditions may have influenced their ability to obtain timely medical care. Therefore, this study aims to identify the factors associated with the lack of access to healthcare for COVID-19 among Venezuelan migrants in 2022, through a secondary analysis of the Second Survey of the Venezuelan Population Living in Peru (ENPOVE II).

A quantitative, cross-sectional, and descriptive design was applied, using bivariate analyses and logistic regression to determine the sociodemographic variables associated with the lack of care. Results showed that 15% of migrants who reported having COVID-19 did not receive medical attention. The absence of health insurance and living outside the southern departments (Arequipa and Ica) were significantly associated with the lack of healthcare access.

The study demonstrates that, despite decrees guaranteeing free COVID-19 care, barriers related to documentation and limited insurance coverage persisted. Examining these factors helps to highlight inequalities in the health system and guide the development of public policies that ensure equitable and inclusive healthcare for migrant populations.

Keywords: Venezuelan migration, healthcare access, COVID-19, associated factors, ENPOVE II, health inequity, Peru.

1. Introducción

La llegada de una enfermedad desconocida en un contexto como el Perú, puede afectar a diferentes grupos poblacionales con características sociodemográficas distintas. Esto nos lleva a cuestionar, por ejemplo, si el hecho de ser migrante generó limitantes de acceso a salud como la recepción de atención de servicios de salud por COVID 19.

La pandemia de COVID 19 pudo evidenciar que incluso a pesar de tener todos los recursos necesarios para poder recibir atención en salud, algunas personas no lograron acceder a esta por la excesiva demanda que existía en ese momento. Cabe entonces preguntarse ¿Qué factores se asociaron a la atención o no por COVID 19 en los migrantes venezolanos? Para poder resolver esa inquietud se realizó una investigación de análisis secundario de la “Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País” (ENPOVE) del año 2022.

En el estudio se identificaron las variables asociadas al no acceso a servicios de salud por COVID 19 para los migrantes venezolanos residentes en el país. Para la selección de variables independientes se realizó una revisión de diferentes marcos teóricos sobre las limitantes de acceso a servicios de salud. Se seleccionaron partes relevantes del marco teórico propuesto por Levesque et al., 2013 para el planteamiento del estudio, con la finalidad de identificar características sociodemográficas de la población venezolana implicadas en el no acceso a servicios de salud. Posteriormente se comparó con el diccionario de variables del ENPOVE del año 2022, seleccionando las variables que representen esas características. Finalmente se realizan los análisis bivariados obteniendo los siguientes resultados que se presentarán a continuación en el desarrollo de la presente investigación.

2. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

2.1. Descripción de la situación problemática

A finales del año 2019 un nuevo coronavirus de rápido contagio fue identificado (Islam et al., 2020). La enfermedad asociada a este virus fue denominada COVID 19, que se extendió por China y todo el mundo. Al observar la creciente cantidad de casos y muertes, la OMS declaró esta enfermedad como una pandemia mundial. En marzo de 2020 se detectó el primer caso en Perú (Giraldo, 2020), siendo la respuesta del Estado Peruano inmediata. No obstante, las condiciones de vida de la población peruana la hicieron más vulnerable al COVID 19, destacando la precariedad laboral, así como de acceso a agua y saneamiento.

A esta situación se añade un fenómeno particular. A partir de 2013 inició un flujo migratorio sostenido de venezolanos huyendo de la situación económica adversa en su país. El éxodo venezolano fue tal que, en 2017, el 24.6% de extranjeros residentes en el Perú fueron de esa nacionalidad. En 2021 se convirtió en la comunidad extranjera más numerosa en el Perú (Geronimo et al., 2022). No obstante, las condiciones de vida de los venezolanos en el país no fueron óptimas. Los resultados de la ENPOVE 2022 evidenció que el 22.5% de los hogares compartían un punto de acceso a agua en el mismo edificio que habitaban. Así mismo, solo el 22.9 % de los hogares tuvieron acceso compartido a la red de desagüe dentro del mismo edificio. También se evidenció que el 39.5% de los hogares indicaron que al menos una persona adulta omitió comidas por falta de alimentos.(INEI, 2022)

De acuerdo a la Ley de refugiados en Perú, los migrantes tienen derecho al acceso a servicios públicos de salud (como los provistos por Ministerio de Salud y el Seguro

Integral de Salud – SIS), educación pública, trabajo independiente, acceso a vivienda y un empleo remunerado (Ley N° 27891, 2002). Los solicitantes de refugio, además, tienen el derecho al libre tránsito dentro del territorio peruano, a la no devolución a la educación y salud. Un mecanismo para regularizar la situación migratoria de esta población fue la expedición del “Permiso Temporal de Permanencia” (PTP) y el “Carné de Permiso Temporal de Permanencia” (CPP) (Castro Padrón & Feline Freier, 2021). De acuerdo a la Superintendencia Nacional de Migraciones, los migrantes venezolanos con una permanencia de 5 años a más representan el 65% del total de este grupo, aunque solo el 34% de ellos cuenta con situación regular.(Superintendencia Nacional de Migraciones, 2024)

Según Piérola & Rodríguez Chatruc, 2020, la probabilidad de que las oleadas de migrantes vivan en condiciones precarias son muy altas y su acceso a la salud es muy limitado debido a que 35.3% carece de documentos legales (INEI, 2022). La confluencia de estas características genera una mayor vulnerabilidad a esta población frente al COVID 19. Estudios en Arequipa y Trujillo indican que uno de los factores más influyentes en el acceso a los servicios de salud es la situación migratoria. (Castro-Molinares et al., 2021) Esto es similar a lo encontrado en Chile, donde el estado migratorio, la falta de conocimiento sobre el sistema de salud del país que reside, las dificultades económicas, la marginación y la falta de apoyo institucional, estuvo relacionado con la falta de acceso a los servicios de salud. (Blukacz et al., 2022)

2.2. Estado del conocimiento

Para conocer las condiciones de vida de la población venezolana, en 2018 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) llevó a cabo la ENPOVE. Con esta encuesta se identificaron diferentes aspectos sobre su estado socioeconómico y de salud. En 2022 se levantó la segunda edición de la ENPOVE, incluyendo información sobre la COVID 19 que ha sido poco explorada, como el acceso a vacunas y fallecimientos. Respecto a la vacunación, se reporta que 22.9% de la población venezolana en Perú no se había vacunado. Dentro del grupo de personas vacunadas, el 61% se había aplicado la segunda dosis. Respecto a fallecimientos por COVID 19 se detectó que solo el 1.4% de los hogares de migrantes experimentaron dicho suceso.(INEI, 2022)

En 2019, Hernández-Vásquez y colaboradores realizaron una investigación sobre 2144 migrantes venezolanos y la no utilización de servicios de salud en Perú. Se encontró que la mitad no acudió a centros de salud formales. Entre las razones señaladas destaca no contar con recursos económicos (64.5%), ausencia de seguro médico (24.3%), automedicación (12.8%) y tener el tiempo justo (8.4%). Se encontró que residir en Trujillo, vivir en Arequipa, presentar una enfermedad no transmisible, estar afiliado al SIS se asoció a una menor probabilidad de no acudir a servicios de salud, en comparación con los que no padecen de enfermedades no transmisibles, residen en Lima Metropolitana, y no cuentan con seguro médico. Además, tener de 18 a 59 años de edad incrementa la probabilidad de la no utilización de servicios de salud, a comparación con personas de 60 a más años.(Hernández-Vásquez et al., 2019)

Un estudio sobre la discriminación percibida como una barrera para el tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas en migrantes venezolanos de Perú en 2020 encontró que 54.8% percibió discriminación, y de ellos, 93.8% no recibió tratamiento adecuado.(Delgado-Flores et al., 2021). En un estudio similar se encontró que quienes tenían 45 años o más tuvieron 60% más de probabilidades de recibir tratamiento que los menores de 45 años. Esta probabilidad se incrementa a 85% si se cuenta con algún seguro de salud.(Mendoza Rivera & Quevedo Ramirez, 2021)

Una investigación del 2022 sobre la ausencia de seguro de salud en inmigrantes venezolanos que viven en Perú encontró que vivir en Lima Metropolitana, y no contar con visa ni situación migratoria legal incrementaba las posibilidades de no contar con un seguro. En particular se encontró que existe un 10 % más de probabilidad de no contar con un seguro de salud en los migrantes que no poseen permiso de estadía ni visa en el país comparado con los que sí. (Morales Farfan et al., 2022) Respecto a no recibir la vacuna de COVID 19, se encontró que los hombres, con edad de 18 - 24 años, educación primaria, estado migratorio ilegal, y desempleados, tienen mayor probabilidad de no recibir la dosis completa de la vacuna COVID 19 que sus contrapartes. (Al-Kassab-Córdova et al., 2023)

Teniendo en cuenta los estudios descritos, se evidencia que existen vacíos en el estudio del no acceso de servicios de salud en la población venezolana. Teniendo en cuenta el contexto de COVID 19, tampoco se han encontrado investigaciones acerca de factores que impiden el acceso a servicios de salud por esta enfermedad.

2.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados al no acceso a la atención por COVID 19 en población venezolana en el Perú el año 2022?

3. Justificación

Por medio de la migración, las familias e individuos venezolanos han llegado por diferentes medios a nuestro país sin las condiciones de vida adecuadas y con recursos escasos, colocándolos en una situación económica, de salud y de educación vulnerable. Esto hace necesario realizar estudios que informen a los tomadores de políticas sobre acciones para esta población, con el fin de facilitar la adopción de condiciones de vida digna.

Si bien existen estudios realizados a partir de la ENPOVE I de 2018, la ENPOVE II agrega preguntas respecto al COVID 19. Existen pocos estudios que realizan un análisis de la encuesta ENPOVE II, y escasa evidencia sobre el no acceso a la atención por COVID 19. Generar información sobre el tema contendría un valor social importante para la población venezolana, pues sirve de base para futuras intervenciones en salud pública.

Por otra parte, para entender de mejor forma la problemática expuesta, se utiliza un modelo teórico sobre el acceso a servicios de salud, lo que permite abordar el tema de manera más precisa y puede servir de base para futuras investigaciones.

4. Marco teórico conceptual

Se utilizó de referencia el modelo de acceso a servicios de salud de Levesque, específicamente el lado de la demanda, con el fin de definir las variables de interés que tengan un rol importante en el viaje del usuario a través del sistema de salud hasta la utilización o no

de los servicios. (Levesque et al., 2013). Esto se deriva de la naturaleza de los datos de la ENPOVE II, que solo recoge datos desde la perspectiva del usuario y no del sistema.

4.1. Modelo de Levesque

Según el marco propuesto por Levesque et al. en 2013, el acceso a la salud parte del paciente, quien genera demanda de servicios de salud. Este proceso inicia con la identificación de la necesidad de atención sanitaria, seguido por la búsqueda de atención médica, el acceso a los recursos disponibles, la utilización efectiva de los servicios y, finalmente, la evaluación de la calidad de atención, la cual depende de las características del servicio de salud ofertado. A lo largo de este flujo, intervienen cinco dimensiones dependientes del sistema de salud y cinco habilidades atribuibles al paciente.

Las dimensiones de la oferta del sistema de salud incluyen: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y adaptación, asequibilidad y adecuación. Por otro lado, las habilidades del paciente son: capacidad de percibir, buscar, alcanzar, pagar y participar.

Desde la perspectiva del sistema de salud, el paso de la identificación de necesidades a la percepción de estas, y al deseo de atención, está influenciado por variables como la divulgación de información por parte de los centros de salud, por ejemplo, sobre enfermedades comunes que podrían coincidir con el caso del paciente. Esta información contribuye a una mejor percepción de las necesidades de atención. En la transición de la percepción a la búsqueda de atención, intervienen factores como los valores profesionales, normas, cultura y género presentes en la entidad prestadora, influyendo en la elección del establecimiento que el usuario considere más adecuado.

Posteriormente, el modelo plantea que existen barreras que pueden dificultar la llegada del paciente al establecimiento de salud, como la ubicación geográfica, los horarios de atención y el sistema de citas. Incluso si el paciente logra llegar al establecimiento, otras variables como los costos asociados a la atención reducen la posibilidad de la utilización de los servicios. Finalmente, los resultados del proceso de atención sanitaria dependen de la calidad del centro y del personal de salud.

Desde la perspectiva de las habilidades del paciente, al presentar una necesidad de atención, se requiere de la capacidad de percibir dicha necesidad, la que depende de factores individuales como la alfabetización en salud, es decir, la comprensión de lo que le sucede y de lo que necesita. Una vez identificada la necesidad, sigue la búsqueda activa de servicios de salud, en la que influyen valores personales, sociales, culturales y de género, los cuales determinan si el paciente opta o no por acudir a una institución determinada.

En el momento en que el paciente decide buscar atención, su capacidad de transporte o movilidad influirá directamente en su llegada al establecimiento. Una vez allí, características como los ingresos, bienes disponibles y tipo de seguro de salud serán determinantes para la utilización efectiva de los servicios sanitarios. Finalmente, tras recibir atención, se llega a la etapa de resultados, donde influyen factores como la adherencia al tratamiento y el manejo de información sobre su propia condición de salud. (Levesque et al., 2013)

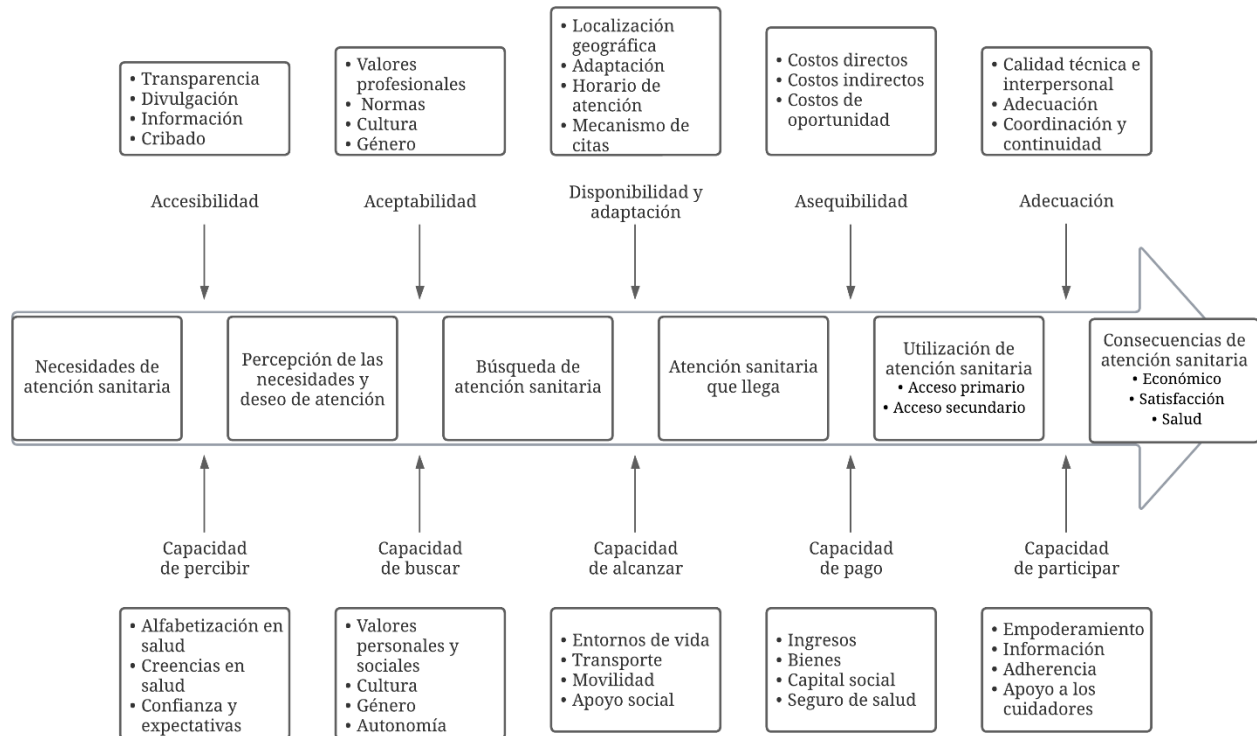


Imagen 1. Modelo de Levesque

Fuente: Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

4.2. Flujograma del proceso de búsqueda de servicios de salud

El presente estudio busca comprender qué variables influyeron en la atención de los migrantes venezolanos por COVID 19. Por ello, se plantea la siguiente situación respecto a la enfermedad, según el marco teórico presentado anteriormente.

Ante la presencia de enfermedad nos encontramos con dos decisiones desde la perspectiva del paciente migrante venezolano: buscar o no atención sanitaria, teniendo como posibles causas de la no búsqueda, la condición migratoria y ausencia de seguro de salud. En caso de que el migrante opte por ir en búsqueda de una atención sanitaria, se

presenta la posibilidad de llegar o no al centro de salud; dependiendo de la distancia del centro de salud a su hogar, su capacidad de desplazamiento y el acceso a programas sociales que pueden ayudar a la movilización a centros de salud.

En la situación que el migrante sí llega al centro de salud, existe la posibilidad de recibir o no la atención sanitaria. No recibir atención, puede relacionarse a la discriminación por parte del personal de salud, la saturación del centro de salud o que no se cuenta con los ingresos económicos necesarios para pagar por la atención sanitaria.

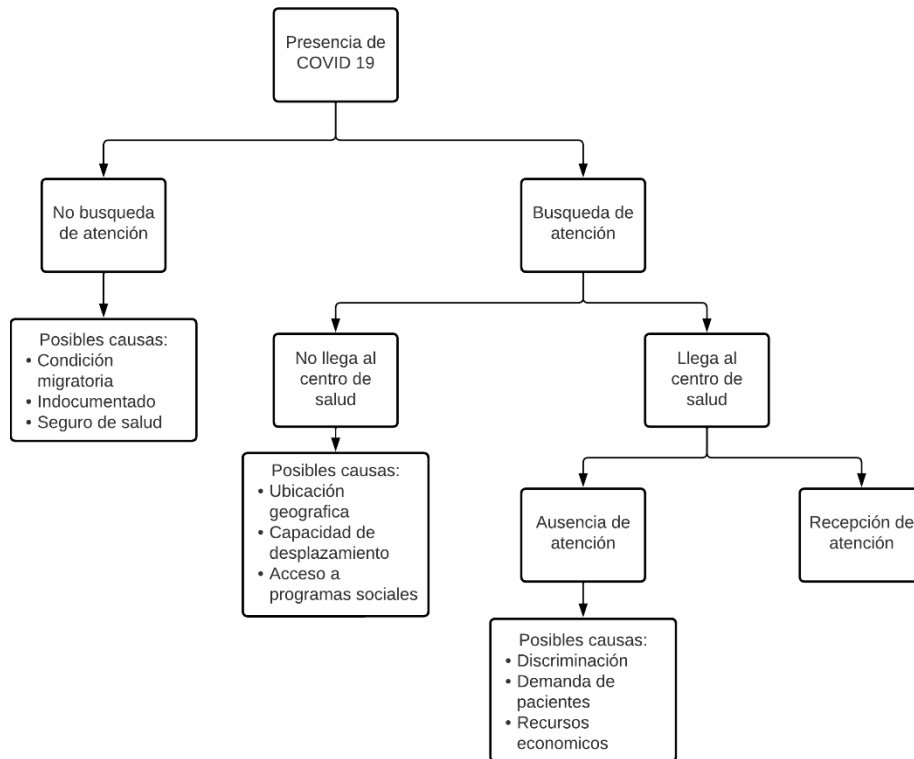


Imagen 2. Flujograma de atención en salud

Fuente: Elaboración propia

4.3. Árbol de problemas

Teniendo en cuenta el marco teórico presentado enfocado en las capacidades del usuario se plantea el siguiente árbol de problemas:

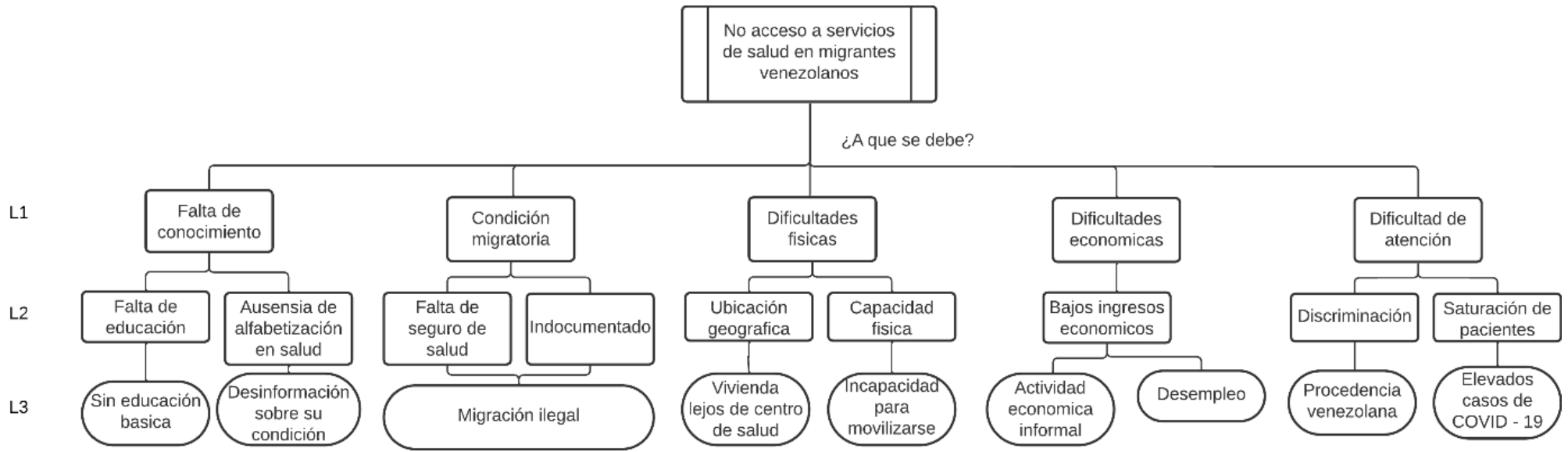


Imagen 3. Árbol de problemas

Fuente: Elaboración propia

5. Objetivos

5.1. General

Identificar los factores asociados al no acceso a la atención por COVID 19 en población venezolana en el año 2022

5.2. Específicos

- a. Evidenciar las características sociodemográficas de la población venezolana residente en el Perú que recibió o no atención por COVID 19 en 2022.
- b. Examinar la relación de las características sociodemográficas con el no acceso a la atención por COVID 19 en la población venezolana residente en el Perú, en 2022.
- c. Analizar los factores sociodemográficos asociados al no acceso a la atención por COVID 19 en la población venezolana que reside en Perú, en 2022.

6. Metodología

Este estudio es de carácter transversal descriptivo, realizando un análisis secundario de la base de datos de la Segunda Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País (ENPOVE II) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

6.1. Fuente de datos

La ENPOVE II recolectó datos para presentar las condiciones de vida de migrantes y refugiados venezolanos en los años 2021 – 2022. Se concentró en ciudades como Arequipa, Chimbote, Chiclayo, Piura, Ica, Trujillo, Tumbes, Lima y Callao, ya que, de acuerdo a la ENPOVE I del 20218, el 82,9% del total de viviendas con población

venezolana a nivel nacional se ubican en estas ciudades. Se aplicaron entrevistas directas realizadas por personal capacitado, y el almacenamiento de datos se realizó mediante tabletas. Las dimensiones abordadas en la encuesta fueron las características demográficas y socioeconómicas, las condiciones migratorias, estado de salud y entre otras áreas de vulnerabilidad.

6.2. Población y muestra

La población objetivo de la ENPOVE II consiste en la población venezolana residente habitualmente en los hogares. Para el presente estudio, se incluye migrantes y refugiados de 18 años y más, con información completa sobre uso de servicios de salud.

6.3. Operacionalización de variables

Considerando el marco teórico de Levesque y el árbol de problemas generado para esta investigación sobre el limitado acceso de los migrantes venezolanos a servicios de salud, se compararon las causas subyacentes (fila L3 de la Imagen 6) con el diccionario de variables de la encuesta ENPOVE II (2022), con el objetivo de seleccionar las variables e incluirlas en la base de datos.

Las variables seleccionadas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Elección de variables según causas subyacentes de acuerdo al árbol de problemas

Problemas identificados	Características a evaluar	Variable ENPOVE II
Sin educación básica	Educación	P501A, P501, P501B
Desinformación sobre su condición	Condición de COVID 19	P410
Migración ilegal	Situación migratoria	P307

Vivienda lejos del centro de salud	Motivos por los que no acudió a un centro de salud	P407_1, P407_2, P407_3, P407_4, P407_5, P407_6, P407_7, P407_8, P407_9, P407_10, P407_11, P407_12, P407_13
Incapacidad para movilizarse	Limitaciones	P408_1, P408_2, P408_3, P408_4, P408_5, P408_6
Actividad económica informal	Situación laboral	P613
Desempleo	¿Trabajo la semana pasada?	P601
Discriminación por procedencia venezolana	Discriminación	P702_1, P702_2, P702_3, P702_4, P702_5, P702_6

Adicionalmente se incluyeron variables sociodemográficas tales como lugar de residencia, sexo, edad, estado civil, situación migratoria; y se consideraron aquellas que permitieron realizar corrección por el diseño de la encuesta, como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Selección de variables sociodemográficas para el análisis de datos

Variable	Tipo de variable	Pregunta/Item
Departamento	Sociodemográfica	DEPARTAMENTO
Estrato	Sociodemográfica	ESTRATO
Sexo	Sociodemográfica	P204
Edad	Sociodemográfica	P205_A
Estado civil	Sociodemográfica	P206
Situación migratoria	Variable de interés	P307
Afiliación a seguro de salud:		
EsSalud	Variable de interés	P401_1
Seguro privado	Variable de interés	P401_2
SIS	Variable de interés	P401_3
Otro tipo de seguro	Variable de interés	P401_4
No está afiliado a un seguro	Variable de interés	P401_5
Malestar crónico	Variable de interés	P402
País donde culminó ultimo nivel de estudios	Variable de interés	P501A
Ultimo nivel de estudios en Venezuela	Variable de interés	P501
Ultimo nivel de estudios en Perú	Variable de interés	P501B
¿Trabajo la semana pasada?	Variable de interés	P601
Tipo de permiso migratorio en Perú	Variable de interés	P307
Discriminación	Variable de interés	P701
Limitaciones permanentes:		

Variable	Tipo de variable	Pregunta/Item
Para moverse	Variable de interés	P408_1
Para ver	Variable de interés	P408_2
Para hablar	Variable de interés	P408_3
Para oír	Variable de interés	P408_4
Para atender o aprender	Variable de interés	P408_5
Para relacionarse	Variable de interés	P408_6
Motivos por los que no acudió a un centro de salud:		
Por dinero	Variable de interés	P407_1
Por qué se encuentra lejos	Variable de interés	P407_2
Por la demora en la atención	Variable de interés	P407_3
Por qué no confía en los médicos	Variable de interés	P407_4
Por qué no era tan grave o no fue necesario	Variable de interés	P407_5
Por qué no tiene seguro	Variable de interés	P407_6
Por qué se automedicó	Variable de interés	P407_7
Por falta de tiempo	Variable de interés	P407_8
Por maltrato de personal de salud	Variable de interés	P407_9
Por falta de documentos	Variable de interés	P407_10
Por temor de su situación migratoria	Variable de interés	P407_11
Por qué no confía en las prácticas de salud	Variable de interés	P407_12
Por otras razones	Variable de interés	P407_13
Tiene o tuvo COVID 19	Variable de interés	P410
Recibió atención por la COVID 19	Variable de interés	P412
¿Ha firmado algún contrato laboral?	Variable de interés	P613
¿Sufrió discriminación?		
Por genero	Variable de interés	P702_1
Por orientación sexual	Variable de interés	P702_2
Por condición migratorio	Variable de interés	P702_3
Por condición socioeconómica	Variable de interés	P702_4
Por nacionalidad	Variable de interés	P702_5
Por raza y forma de hablar	Variable de interés	P702_6
Por otros motivos	Variable de interés	P702_7

Aunque la ENPOVE no define explícitamente el término “discriminación”, el manual del encuestador de INEI establece que “la discriminación a las personas es el trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, ideas políticas, religión, condición social, etc.” (INEI, 2025)

6.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de las variables se utilizó el programa estadístico STATA, versión 17. Se categorizaron las variables, tal como se muestra en la Tabla 3. Para el análisis bivariado se realizó el cruce de variables de interés y sociodemográficas con la variable de recepción de atención por COVID 19, finalmente encontrando asociaciones de interés. Dentro de estas variables de interés se excluyó la variable “formalidad del empleo” (P613) por la baja respuesta a la misma.

Tabla 3. Categorización de variables

Tipo de variable	Variables Categorizadas	Categorías	Valores
Dependiente	Recepción de atención por COVID 19	Recibieron atención	0
		No recibieron atención	1
Independiente	Departamento	Lima	Lima
		Departamentos del norte	La Libertad
			Lambayeque
			Piura
			Tumbes
		Ancash	
Departamentos del sur	Ica		
		Arequipa	
Independiente	Edad	18 a 29	18≥edad≥29
		30 a 39	30≥edad≥39
		40 a 49	40≥edad≥49
		50 a más	edad≥50
Independiente	Seguro	Sin seguro (No está afiliado a un seguro)	0
		Con seguro (EsSalud, Seguro privado, SIS, otro tipo de seguro)	1
Independiente	Motivos por los que no acudió a un centro de salud	Motivos económicos (No tuvo dinero, no tiene seguro)	1
		Motivos de percepción (No era tan grave/ no fue necesario, se automedicó, falta de tiempo)	2

Tipo de variable	VARIABLES CATEGORIZADAS	Categorías	Valores
		Varios motivos (Más de un motivo seleccionado)	3
		Otros motivos (Se encuentra lejos, demora mucho en atender, no confía en los médicos, maltrato de personal de salud, falta de documentos, temor por su situación migratoria, por qué no confía en las prácticas en salud, otras razones)	4
Independiente	Educación	Sin educación / inicial / primaria	1
		Secundaria	2
		Superior	3
Independiente	Situación migratoria	Sin permiso	0
		Con permiso	1
		No tiene limitaciones	0
Independiente	Limitaciones	Tiene limitaciones permanentes (Para moverse, ver, hablar, oír, atender o aprender, o relacionarse)	1
Independiente	Estado civil	Viudo / divorciado / separado / soltero	0
		Conviviente / casado	1
Independiente	Estrato	Bajo	1
		Medio bajo	2
		Medio	3
		Medio alto / alto	4
Independiente	Discriminación	No sintió discriminación	0
		Sintió discriminación	1
Independiente	Malestar crónico	No tiene malestar crónico	0
		Tiene malestar crónico	1

6.5. Análisis estadístico

En un primer momento se describen las variables sociodemográficas expandidas de la población total y de la población con necesidad de atención por COVID-19, realizando una prueba de χ^2 para evidenciar si la muestra es significativamente diferente respecto a la población total de estudio o no. Posteriormente se realizó un análisis bivariado expandido usando la prueba de χ^2 con la variable recepción de atención por COVID-19 y otras variables. Finalmente se realizó una regresión logística con la variable recepción de atención por COVID-19 como variable dependiente, y con las variables que teóricamente relacionadas y las asociadas en el análisis bivariado anterior. La excepción fue formalidad del empleo (P613) por que reducía significativamente la muestra.

6.6. Aspectos éticos

Se utilizó la ENPOVE II, desarrollada por el INEI, es innominada y de acceso público. Esta encuesta contó con un consentimiento informado, en el cual especifica la libertad de elección de los encuestados sobre su participación y el abandono del estudio. El protocolo de este estudio fue sometido a revisión y aprobado por el Comité de Ética Institucional el día 12 de octubre del 2023, y cuenta con código SIDIS número 212449.

7. Resultados

De un total de 8648 participantes mayores de edad, sólo 1063 participantes respondieron a la pregunta sobre la atención por COVID 19. De ellos, 906 recibieron atención y 157 no recibieron atención por COVID 19. La tabla 4 muestra características generales de la población que respondieron a esta pregunta. El promedio de edad de la muestra fue de 35.5 años, siendo

el grupo etario predominante el de 30 a 39 años (37.2%). Respecto al estado civil casi la mitad son convivientes y 20.6%, solteros. Dos de cada tres (63.2%) no cuenta con seguro de salud y solo el 36.8% cuenta con seguro de salud. Respecto a la formalidad del empleo, se registra que la mayoría (66.1%) cuenta con un trabajo formal (contrato o recibo por honorarios). El 33.5% pertenecen al estrato socioeconómico medio, contando en su mayoría con estudios superiores (58%). En términos de salud, las enfermedades crónicas están presentes en 26.2% del total de participantes del estudio. (Tabla 4)

Tabla 4. Características generales de la muestra

Variables	Población total		Población con necesidad de atención por COVID 19		X ²
	n	%	n	%	
Departamento	8648		1063		
Lima	7160	82.8	891	83.8	
Departamento del norte (Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash)	990	11.4	92	8.68	0.52
Departamento del sur (Ica, Arequipa)	498	5.8	80	7.53	
Sexo	8648		1063		
Hombre	4223	48.8	474	44.6	0.40
Mujer	4425	51.2	589	55.4	
Edad	8648		1063		
Media		34.42		35.47	
18 – 29	3449	39.8	355	33.4	0.38
30 – 39	2697	31.2	396	37.2	
40 – 49	1260	14.6	184	17.3	
50 y más	1242	14.4	129	12.1	
Estado civil	8403		1060		
Conviviente / Casado(a)	5459	65	730	69	0.38
Viudo(a) / Divorciado(a) / Separado o Ex conviviente / Soltero(a)	2944	35	330	31	
Nivel educativo	7739		1060		
Sin educación / Inicial / Primaria	739	9.6	72	6.8	0.05
Secundaria (Incompleta, completa, básica especial)	3429	44.3	373	35.2	
Superior (No universitaria y universitaria)	3571	46.1	614	58	

Variables	Población total		Población con necesidad de atención por COVID 19		X ²
	n	%	n	%	
Trabajó la semana pasada	7739		1060		
No	1827	23.6	838	79	0
Si	5912	76.4	222	21	
Situación migratoria	7965		1063		
Sin permiso	2356	29.6	208	19.6	0.01
Con permiso	5609	70.4	855	80.5	
Seguro de salud	7965		1063		
Sin seguro	6044	75.9	672	63.2	0.01
Con seguro	1921	24.1	391	36.8	
Enfermedades crónicas	7965		1063		
No	6680	83.9	784	73.8	0.02
Si	1285	16.1	279	26.2	
Estrato socioeconómico	8648		1063		
Bajo	1034	12	145	13.6	0.91
Medio bajo	2384	27.6	307	28.9	
Medio	3163	36.6	356	33.5	
Medio alto / Alto	2067	23.9	255	24	
Discriminación	7739		1060		
No	5148	66.5	656	61.9	0.34
Si	2591	33.5	404	38.1	
Limitaciones permanentes	7965		1063		
No	7806	98	1,043	98.2	0.91
Si	159	2	20	1.8	
Formalidad de empleo	4093		630		
Sin contrato ni recibo por honorarios	3288	80.3	213	33.9	0
Contrato o recibo por honorarios	805	19.7	417	66.1	

La Tabla 5 presenta los diferentes estados en la demanda por atención de COVID 19 en la población venezolana que respondió la ENPOVE. Respecto a los casos de COVID 19 se identifica que el 31.9% si tiene o tuvo COVID 19 de los cuales el 44.9% percibieron necesitar atención por COVID 19 y el 15% de estos no recibieron atención. Sin embargo, dentro de las razones por las cuales no acudieron a un centro de salud, los participantes refieren que no consideraron que no era necesario por motivos económicos (29.7%) y de percepción (46.6%).

(Tabla 5)

Tabla 5. Características poblacionales de COVID 19

Variables	n	%
Condición de COVID 19	7965	
Si tuvo	2,544	31.9
No tuvo	5,421	68.1
Necesidad de atención por COVID 19	2387	
Necesitaron atención	1,072	44.9
No necesitaron atención	1,315	55.1
Recepción de atención por COVID 19	1063	
Recibieron atención	903	85
No recibieron atención	160	15
Motivos por los que no acudió a un centro de salud	1567	
Motivos económicos	465	29.7
Motivos de percepción	730	46.6
Varios motivos	280	17.8
Otros motivos	93	5.9

*Motivos económicos: No tuvo dinero, no tiene seguro

*Motivos percepción: No era tan grave/no fue necesario; se automedicó, repitió receta anterior; falta de tiempo

*Varios motivos: Más de un motivo seleccionado

*Otros motivos: Se encuentra lejos, demora mucho en atender, no confía en los médicos, por maltrato de personal de salud, por falta de documentos, temor por su situación migratoria

De acuerdo a los datos analizados, el no contar con seguro de salud se asocia positivamente con no recibir atención por COVID 19 ($p=0.0085$) y la formalidad del empleo está asociada a la no recepción de atención por COVID 19 ($p=0.0003$), siendo el grupo más representativo aquellos que cuentan con un empleo con contrato o recibo por honorarios. (Tabla 6)

Tabla 6. Análisis bivariado de recepción de atención por COVID 19

Variables	Recibieron	No recibieron	Valor p
Departamento	n = 903 (84.96%)	n = 160 (15.04%)	
Lima	83.1 %	87.6 %	0.16
Departamentos del norte (Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash)	8.8 %	8.0 %	
Departamentos del sur (Ica, Arequipa)	8.1 %	4.5 %	
Sexo	n = 903	n = 160	

Variables	Recibieron	No recibieron	Valor p
Hombre	44.2 %	47.3 %	0.53
Mujer	55.8 %	52.7 %	
Edad	n = 903	n = 160	
18 – 29	33.4 %	33.0 %	0.57
30 – 39	37.7 %	34.4 %	
40 – 49	16.4 %	22.2 %	
50 y más	12.4 %	10.4 %	
Situación migratoria	n = 903	n = 160	
Sin permiso	19.0 %	22.5 %	0.44
Con permiso	81.0 %	77.5 %	
Seguro de salud	n = 903	n = 160	
Sin seguro	60.9 %	76.1 %	<0.01
Con seguro	39.1 %	23.9 %	
Enfermedades crónicas	n = 903	n = 160	
No	74.1 %	71.8 %	0.59
Si	25.9 %	28.2 %	
Estrato socioeconómico	n = 903	n = 160	
Bajo	13.8 %	13.0 %	0.81
Medio bajo	28.2 %	32.4 %	
Medio	34.3 %	29.3 %	
Medio alto / Alto	23.8 %	25.3 %	
Limitaciones permanentes	n = 903	n = 160	
No tiene	98.3 %	97.3 %	0.43
Si tiene	1.7 %	2.7 %	
Estado civil	n = 901 (84.98%)	n = 159 (15.02%)	
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado o Ex conviviente / Soltero(a)	30.9 %	32.6 %	0.75
Conviviente / casado	69.1 %	67.4 %	
Nivel educativo	n = 901	n = 159	
Sin educación / Inicial / Primaria	6.1 %	11.2 %	0.20
Secundaria	34.5 %	39.2 %	
Superior	59.4 %	49.6 %	
Discriminación	n = 901	n = 159	
No	63.0 %	55.3 %	0.15
Si	37.0 %	44.7 %	
Formalidad de empleo	N = 552 (87.56%)	N = 78 (12.44%)	

Variables	Recibieron	No recibieron	Valor p
Sin contrato ni recibo por honorarios	36.7 %	13.8 %	<0.001
Contrato o recibo por honorarios	63.3 %	86.2 %	
Razones por las que no acudió a un centro de salud	n = 164 (76.16%)	n = 51 (56.02%)	
Motivos económicos	27.6 %	31.2 %	0.12
Motivos de percepción	47.0 %	24.2 %	
Varios motivos	16.7 %	31.4 %	
Otros motivos	8.8 %	13.2 %	

*La prueba estadística realizada en el análisis bivariado es el Chi-2

*Departamentos del norte: La Libertad, Lambayeque, Piura, Tumbes, Ancash

*Departamentos del sur: Ica, Arequipa

*Motivos económicos: No tuvo dinero, no tiene seguro

*Motivos percepción: No era tan grave/no fue necesario; se automedicó, repitió receta anterior; falta de tiempo

*Varios motivos: Más de un motivo seleccionado

*Otros motivos: Se encuentra lejos, demora mucho en atender, no confía en los médicos, por maltrato de personal de salud, por falta de documentos, temor por su situación migratoria

La regresión logística muestra que, una vez ajustando por otras covariables, como características sociodemográficas, existe una asociación significativa entre la recepción de atención por COVID-19 y el contar con seguro (OR 0.48). Así, aquellos que contaban con un seguro presentaron una menor posibilidad de no atenderse por COVID 19 en comparación a los que no tienen. Una relación similar se encontró con el lugar de residencia. Aquellos que vivían en los departamentos del sur tuvieron menores posibilidades de no atenderse por COVID 19 en comparación de los que residen en Lima (categoría de referencia). (Tabla 7)

Tabla 7. Regresión logística de recepción de atención por COVID 19

Variables	Odds Ratio	P> Z	[95% Conf. Interval]	
Seguro	0.48	0.02	0.26	0.89
Discriminación	1.37	0.16	0.88	2.14
Enfermedades Crónicas	1.19	0.53	0.69	2.06
Situación Migratoria	1.09	0.75	0.65	1.83
Estado civil	0.92	0.34	0.56	1.53
Limitaciones	1.85	1.85	0.52	6.66
Sexo	0.85	0.45	0.55	1.31

VARIABLES	Odds Ratio	P> Z 	[95% Conf. Interval]	
DEPARTAMENTO				
Lima			Referencia	
Departamentos del norte*	0.66	0.16	0.37	1.17
Departamentos del Sur**	0.48	0.05	0.23	0.98
EDAD				
18 a 29			Referencia	
30 a 39	1.05	0.85	0.61	1.82
40 a 49	1.44	0.26	0.76	2.76
50 a más	0.70	0.41	0.30	1.64
EDUCACIÓN				
Sin educación / Inicial / Primaria			Referencia	
Secundaria	0.59	0.31	0.22	1.63
Superior	0.47	0.13	0.17	1.26
ESTRATO				
Bajo			Referencia	
Medio bajo	1.01	0.97	0.48	2.13
Medio	0.74	0.47	0.32	1.70
Medio alto / alto	0.83	0.66	0.36	1.93
cons	0.51	0.41	0.10	2.50

* Departamentos del norte: La Libertad, Lambayeque, Piura, Tumbes, Ancash

** Departamentos del sur: Ica, Arequipa

8. Discusión

Este análisis evaluó los factores asociados al no acceso a servicios de salud por COVID 19 utilizando un marco teórico que determinó las variables que van a ingresar al estudio. Como resultado se encontró que el no acceso a servicios de salud por COVID 19 estuvo asociado a no tener un seguro de salud y no residir en departamentos del sur.

Contar con un seguro de salud es un determinante de acceso a servicios de salud que se ha evidenciado históricamente al levantar la barrera económica de ingreso. Nuestros hallazgos son acordes con el estudio de Pesantes et al, que encontraron que SIS fue un facilitador para el acceso a control prenatal, parto y métodos anticonceptivos. Aunque el SIS no fue diseñado para migrantes, su existencia ha permitido una respuesta sanitaria efectiva para esta

población.(Pesantes et al., 2023) Al tercer trimestre del año 2022 el 86% de la población nacional estuvo afiliada a un tipo de seguro (EsSalud, SIS u otros seguros), mientras que la población venezolana solo el 24.1% contó con algún seguro de salud.(Bonett & Huapaya, 2019).

Estudios previos han mostrado que el acceso a servicios de salud está asociado a lugar de residencia, contar con seguro de salud, estado civil, discriminación y edad. Sin embargo, previo a la pandemia se promulgó el (Decreto de urgencia N° 017-2019, 2019) cuyo propósito fue brindar cobertura gratuita a través del SIS a toda persona residente de Perú. En un segundo momento, se aprobó el Decreto legislativo N° 1466, 2020, que reforzó esta medida para garantizar el acceso a atención gratuita de COVID 19 para cualquier persona en el país, incluyendo a los migrantes venezolanos y de otras nacionalidad. Este decreto fue aplicable a quienes contaran con algún documento probatorio de su identidad como el carné de extranjería, pasaporte, permiso temporal de permanencia, carné de solicitante de refugio u otro documento que permita identificar su identidad.

Por otra parte, un resultado a ser discutido se refiere al domicilio de la población migrante, ya que quienes viven en departamento como Ica y Arequipa tienen menor probabilidad de no acceso, hallazgo similar al encontrado por Hernández-Vásquez et al., 2019 y Melgarejo & Fernanda, 2024. Una posible explicación tiene que ver con la cantidad de migrantes en la zona, que es menor que en Lima y otras ciudades en conjunto. Al contar con menor población, la demanda sería menor frente a una cantidad limitada de establecimientos. Por parte de la oferta, de acuerdo con el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Reunis) en el año 2022, Arequipa fue la segunda región con más camas hospitalarias en el país, lo que podría cubrir la demanda.

Cabe resaltar que a pesar de que otras variables que generalmente explican el acceso (o no) a servicios de salud, como la educación, y estrato socioeconómico, resultaron no significativas, la relación encontrada sigue las direcciones esperadas. Así, las personas con mayor educación tuvieron menores probabilidades de no tener acceso que aquellas con menor educación. De igual modo, quienes contaron con mayor nivel socioeconómico tuvieron menor probabilidad de no atención que aquellos con menores recursos. En el caso de la edad, se observa una relación en U. Los menores de 50 años cuentan con mayores probabilidades de no atenderse respecto a los jóvenes (18 a 29). Sin embargo, al cumplir 50, la relación se revierte.

Para obtener un panorama de población nacional en contraste con la población venezolana, se evidencio en otros estudios que la positividad de COVID 19 en el Perú en el 2021 fue de 12.54% mientras que en la población migrante venezolana en el año 2022 fue de 31.9%, eso significa que tuvieron mayor predisposición o exposición. (Huamán et al., 2022)

Como todo estudio, éste presenta limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de corte transversal. Como es sabido, la población migrante es difícil de seguir por su gran movilidad territorial, por lo que se espera que, con el tiempo y los cambios en las condiciones sociales, sea posible dar un seguimiento longitudinal a esta población. Por otra parte, el diseño de las preguntas permitió la selección múltiple de las opciones, dando cabida a que haya dos o más respuestas para un mismo ítem. Esto dificultó el análisis, pero permitió contar con un mayor detalle.

Otro aspecto a discutir son las limitaciones de la propia encuesta. La selección de muestra de la encuesta se realizó en base a la información básica y material cartográfico de la Actualización Cartográfica y Registro de Viviendas y Establecimientos de la Encuesta Nacional de Mercado Laboral (ENAMEL), donde se identifica que el 69.9% de los migrantes

están ubicados en Lima. Al utilizar la base de la ENAMEL solo se toma en cuenta la población migrante venezolana inscrita, dejando de lado a la que no.

Finalmente, no se incluyeron aspectos de oferta que podrían complementar el estudio de manera relevante, como el número de centros de salud por departamento, así identificando como la saturación de los servicios de salud también influenciaban en el no acceso a atención por COVID 19. Futuros estudios deberán analizar este aspecto exhaustivamente.

9. Conclusiones

En el estudio se pudo evidenciar que durante la pandemia los factores que antes influenciaban en el acceso a servicios de salud habían perdido su fuerza de asociación quedando solo dos. Poseer un seguro de salud o residir en los departamentos del sur (Arequipa o Ica). Sin embargo, contar con seguro no fue una limitante directa para poder acceder a atención por COVID 19, debido a los decretos promulgados 2019 y 2020 que se presentaron en la discusión. A pesar de los esfuerzos de garantizar el acceso a servicios de salud por COVID 19, es posible que se generara una brecha en el acceso a los servicios del SIS por la imposibilidad de algunos migrantes para tener algún documento probatorio de identidad.

Al examinar la relación de las características sociodemográficas con el acceso a la atención por COVID 19, se evidenció que el no contar con seguro de salud se relaciona estrechamente al no acceso a servicios de salud, al igual que la formalidad del empleo. Debemos tener en cuenta que el poseer un empleo formal en el Perú conlleva a poseer seguro del trabajador (EsSalud).

Tras un análisis exhaustivo se pudo evidenciar que el lugar de residencia como el hecho de residir en Ica y Arequipa disminuye la probabilidad de no atención por COVID 19, más allá

de la cantidad de población y demanda que pudo haber existido en su momento comparado con Lima. Se evidencia que Arequipa en 2022 fue uno de los departamentos con más camas hospitalarias, brindando un indicio del motivo por el cual era más accesible a una atención sanitaria. Así mismo, se observó que el hecho de poseer un seguro de salud disminuye la probabilidad de no atención; información relevante si se considera que Arequipa ocupa el segundo lugar entre los departamentos respecto a la afiliación de migrantes venezolanos a un seguro de salud, constituyendo un 21.44%

10. Recomendaciones

Se recomienda a las organizaciones de la sociedad civil enfocadas en el salvaguardar el bienestar de los migrantes ampliar el estudio e identificar qué factores socioeconómicos son aquellos los que perdieron asociación en tiempos de pandemia y bajo qué características demográficas. Como la cantidad de centros de salud para la atención de pacientes por COVID 19 y la cantidad de contagiados por departamento o distrito.

Adicionalmente se recomienda al Instituto Nacional de Salud (INS) ampliar la investigación sobre los factores que influyan en la toma de decisión de ir a buscar atención en salud en los migrantes con COVID 19.

De la misma manera se recomienda al INEI y a la Superintendencia Nacional de Migraciones ampliar el estudio sobre la falta de acceso a servicios de salud por COVID 19 en base a la documentación que presentó la población migrante venezolana y cuantos de estos no tuvieron algún documento de identificación, ya que estos en teoría no pudieron haber accedido a servicios de salud a través del decreto legislativo 1466.

Asimismo, se recomienda a la Superintendencia Nacional de Migrantes mejorar el sistema de registro de migrantes, debido a que al tenerlos en situación de espera y sin ningún documento de identificación restringe su acceso a servicios de salud.

Se recomienda a futuros investigadores:

- Identificar qué características del departamento de Arequipa en el año 2022 le permitieron a la población venezolana tener menor probabilidad de no acceso a servicios de salud por COVID 19
- Realizar mayores estudios sobre la relación de camas hospitalarias y el no acceso a servicios de salud por COVID 19,
- Investigar la relación de edad y el acceso a servicios de salud por COVID 19 considerando la gravedad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades.
- Realizar un estudio más profundo acerca de la oferta de servicios de salud en el año 2022, no solamente de camas hospitalarias sino también de atenciones por consulta externa y de la cantidad de establecimientos de salud.

11. Referencias

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research, 9*(3), 208-220.
- Al-Kassab-Córdova, A., Silva-Perez, C., Mendez-Guerra, C., Herrera-Añazco, P., & Benites-Zapata, V. A. (2023). Factors associated with not receiving the primary series and booster dose of the COVID-19 vaccine among Venezuelan migrants in Peru: A population-based cross-sectional study. *Travel Medicine and Infectious Disease, 53*, 102563.
<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102563>
- Blukacz, A., Cabieses, B., Mezones-Holguín, E., & Cardona Arias, J. M. (2022). Healthcare and social needs of international migrants during the COVID-19 pandemic in Latin America: Analysis of the Chilean case. *Global Health Promotion, 29*(3), 119-128.
<https://doi.org/10.1177/175797592111067562>
- Bonett, D. C., & Huapaya, M. O. (2019). *Trimestre: Julio-Agosto-Septiembre 2022 N° 04 DICIEMBRE 2022*.
- Castro Padrón, M., & Feline Freier, L. (2021). ¿Invisibles o invisibilizados? La COVID-19 y los solicitantes de refugio venezolanos en Perú. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals, 129*, 31-56. <https://doi.org/10.24241/rcai.2021.129.3.31>
- Castro-Molinares, S., Ciro, A., & Villamil, A. (2021). *RESULTADOS-DE-INVESTIGACION-EN-EDUCACION-EMPRESA-Y-SOCIEDAD-FINAL2* (p. <https://doi.org/10.34893/x312-mw78>).
- Decreto de urgencia N° 017-2019, Decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud (2019).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/431389/1831446-1.pdf?v=1574943217>

Decreto legislativo N° 1466, Decreto legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por covid-19 (2020).

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/606090/DL_1466.pdf?v=1587480018

Delgado-Flores, C., Cutire, O. S., Cvetkovic-Vega, A., & Nieto-Gutierrez, W. (2021). Perceived discrimination as a barrier for the adequate treatment of chronic diseases in Venezuelan migrants from Peru. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, e210029.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210029>

Geronimo, R. K. M., Vargas, Y. C., Cunya, A. S., & Paucar, A. L. C. (2022). Impacto epidemiológico fronterizo del flujo migratorio venezolano en el Perú 2017-2021. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(6), Article 6.

Giraldo, E. B. (2020). COVID-19 in Peru. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 3), S498-S501. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1045_20

Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Rojas-Roque, C., & Bendezu-Quispe, G. (2019). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 583-591. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.360.4654>

Huamán, L. Q., Peña, L. I. C., Huamani, R. R., Lizana, M. A. T., Jurado, R. U., & Camargo, M. S. T. (2022). Repercusión de la pandemia Covid-19 en el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención en una región del Perú. *Universidad y Sociedad*, 14(S1), 650-655.

- INEI. (2022). *Condiciones de vida de la Población Venezolana que reside en el Perú*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4054190/Condiciones%20de%20vida%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Venezolana%20que%20reside%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf?v=1674145313>
- INEI. (2025). *Manual del encuestador/a*. http://proyecto.inei.gob.pe/enapres/wp-content/uploads/2025/02/MANUAL-DEL-ENCUESTADORA-ENAPRES.08.01A_2025.pdf
- Islam, M. S., Sobur, M. A., Akter, M., Nazir, K. H. M. N. H., Toniolo, A., & Rahman, M. T. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic, lessons to be learned! *Journal of Advanced Veterinary and Animal Research*, 7(2), 260-280.
<https://doi.org/10.5455/javar.2020.g418>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ley N° 27891, Ley del refugiado (2002).
<https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/27891.pdf>
- Melgarejo, R., & Fernanda, L. M. (2024). *Características y factores asociados al acceso de salud en mujeres venezolanas: Análisis secundario ENPOVE 2022* [Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://repositorio.upao.edu.pe/item/bdca1d11-8880-4552-9eb4-e2ded0561959>
- Mendoza Rivera, S. E., & Quevedo Ramirez, A. E. (2021). Factores sociodemográficos asociados a recibir tratamiento para enfermedades crónicas en pacientes migrantes venezolanos en el Perú: Análisis secundario de la ENPOVE 2018. *Universidad Peruana*

de Ciencias Aplicadas (UPC).

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/658771>

Morales Farfan, D. V., Ángeles Liza, L. F., & o. (2022). *Factores asociados a no tener seguro de salud en inmigrantes venezolanos residentes en el Perú: Análisis secundario de la base ENPOVE.*

Pesantes, M. A., Cortez, L., Scaramutti, C., Portocarrero, J., Haghparast-Bidgoli, H., & Miranda, J. J. (2023). Respondiendo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las migrantes venezolanas en Lima. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e69.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.69>

Pierola, D., & Rodríguez Chatruc, M. (2020). *Migrants in Latin America: Disparities in health status and in access to healthcare.*

Superintendencia Nacional de Migraciones. (2024). *Boletín estadístico—Noviembre 2024.*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7392256/6303648-03-boletin-migraciones-nov2024.pdf?v=1743119522>

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* (1982), 38(8), 1091-1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)