

# Percepción y autopercepción de la salud entre migrantes venezolanos en Colombia, Costa Rica y Chile

Silvia Elena Giourguli-Saucedo, D en Soc, M en Demog,<sup>(1)</sup> María Adela Angoa, M en C,<sup>(1)</sup> Elder Lara-Castañeda, M en Demog.<sup>(2)</sup>

**Giourguli-Saucedo SE, Angoa MA, Lara-Castañeda E. Percepción y autopercepción de la salud entre migrantes venezolanos en Colombia, Costa Rica y Chile. Salud Publica Mex. 2024;66:182-190. <https://doi.org/10.21149/15239>**

## Resumen

**Objetivo.** Analizar las percepciones sobre el estado de salud (AS) de población nacida en Venezuela a partir de la Encuesta de Inmigración Reciente (LAMP-ENIR 2021). **Material y métodos.** Se entrevistó a migrantes en tres ciudades de Colombia-Cúcuta, Barranquilla y Santa Martha-, San José Costa Rica y Santiago de Chile y se analizó (1) si el estado de salud difiere según la ciudad y los cambios en la AS antes y después de migrar, y (2) en qué medida el perfil sociodemográfico, el tipo de empleo y el nivel educativo están asociados con la AS. Se estimaron modelos de regresión ordinal y logística para identificar los factores asociados con la AS y a los cambios en la misma. **Resultados.** Se observan diferencias significativas por sexo, ocupación y entre ciudades, así como una mayor probabilidad de deterioro entre las mujeres, quienes están fuera de la fuerza de trabajo y quienes reportaron diversas enfermedades preexistentes. **Conclusiones.** Se enfatizan desventajas en la AS respecto a tipo de empleo de los migrantes, no así con la educación. Las diferencias entre países de acogida pueden estar asociadas con las particularidades en la gestión migratoria, políticas de integración y acceso a la salud.

Palabras clave: autopercepción del estado de salud; migración internacional; América Latina; Venezuela

**Giourguli-Saucedo SE, Angoa MA, Lara-Castañeda E. Rated and self-rated health among Venezuelan migrants in Colombia, Costa Rica and Chile. Salud Publica Mex. 2024;66:182-190. <https://doi.org/10.21149/15239>**

## Abstract

**Objective.** To analyze the self-rated health (SRH) of migrants born in Venezuela using the Survey of Recent Immigration (LAMP-ENIR 2021). **Materials and methods.** The survey collected information of migrants in three cities in Colombia-Cúcuta, Barranquilla and Santa Martha-, San José Costa Rica and Santiago de Chile. We analyze (1) if the SRH varies by city and the changes before and after the international move; and (2) the association between the SRH and the sociodemographic profile, the type of occupation and the education of migrants. We estimated ordinal and logistic models to identify the factors related to the SRH and changes before and after the migration. **Results.** We found significant differences in the SRH by sex, occupation and among cities; in addition, women, those out of the labor force and those who reported pre-existing diseases have a higher probability of expressing a deterioration in their health after the migration occurred. **Conclusions.** Disadvantages are emphasized in the SRH regarding the type of employment of migrants, but not regarding education. The differences between host countries may be associated with particularities in migration management, integration policies and access to health.

Keywords: self-rated health status; international migration; Latin America; Venezuela

A lo largo de este siglo, especialmente durante los últimos diez años, la migración entre países de América Latina se ha vuelto más visible. No se trata de un fenómeno nuevo, sin embargo, el aumento en

la magnitud y la diversidad de flujos, incluyendo los movimientos entre países no colindantes, le ha dado una dimensión inédita.<sup>1</sup> Entre estos flujos destaca el éxodo venezolano que, al 2023, sobrepasaba ya los siete

(1) El Colegio de México. Ciudad de México, México.

(2) Consejo Nacional de Población. Ciudad de México, México.

**Fecha de recibido:** 14 de agosto de 2023 • **Fecha de aceptado:** 14 de noviembre de 2023 • **Publicado en línea:** 15 de diciembre de 2023  
 Autora de correspondencia: Dra. Silvia E Giourguli. El Colegio de México. Carretera Picacho Ajusco 20, Ampliación Tlalpan. 14110 Ciudad de México, México.  
 Correo electrónico: sgiourguli@colmex.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

millones de personas,<sup>2,3</sup> lo que llevó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) a definirlo como “la segunda crisis de desplazamiento externo de mayor magnitud a nivel internacional”.<sup>3</sup> Esta crisis tiene la particularidad de ser una migración que combina flujos económicos con desplazamientos relacionados con la situación política del país.<sup>1</sup> Otra particularidad es la diversidad de países de destino y el número de inmigrantes: Colombia (con más de 2.5 millones de migrantes nacidos en Venezuela), Perú (1.5 millones), Estados Unidos (545 500), Ecuador (502 200), Chile (444 400) y Costa Rica (entre 30 000 y 40 000),<sup>4,5</sup> por mencionar los principales destinos. Dentro de esta vasta movilización es posible anticipar que el perfil de quienes optan por uno u otro país de destino difiere. En general, la teoría diría que la selectividad por perfil socioeconómico y educación será menor en los países colindantes con el de origen; Colombia, Brasil, Ecuador y Perú en el caso venezolano.<sup>1</sup> Por otro lado, las experiencias de inclusión y de acceso a servicios, trabajo y mejores condiciones de vida estarán relacionadas con la gestión migratoria en cada uno de los países de destino (en particular, el estatus de documentación) y la presencia o ausencia de políticas de integración para la población migrante.

Estas mismas consideraciones operan en los estudios de la salud de los migrantes, entre los cuales destaca la “paradoja hispana”<sup>6,7</sup> o “el efecto del inmigrante saludable”<sup>8</sup> en Estados Unidos como reflejo de una selectividad positiva en salud. Sin embargo, los mismos estudios señalan que esta selectividad varía según el lugar de origen y el perfil socioeconómico de los migrantes y, en muchos casos, se pierde con el tiempo.<sup>6,7</sup> Asimismo, en el caso de la salud entre migrantes hispanos en Estados Unidos se señala un menor gradiente socioeconómico, lo que implica que las diferencias en el estado de salud observadas según nivel de ingreso o educativo son menores a lo esperado o, inclusive, inexistentes.<sup>7</sup> Finalmente, el estado de salud de la población migrante estará también asociado con las condiciones de integración al lugar de destino, las cuales definen las opciones laborales, el nivel de ingreso, las condiciones de vida y el acceso a servicios públicos, incluidos los de salud. De ahí que se esperarían diferentes resultados en cuanto a cambios en el estado de la salud dependiendo del lugar de llegada.

En esta investigación se analizan las percepciones sobre el estado de salud y los cambios antes y después de migrar a partir de la Encuesta de Inmigración Reciente (LAMP-ENIR 2021), la cual entrevistó a migrantes venezolanos en tres ciudades de Colombia, la capital costarricense y la capital chilena.<sup>9</sup> En particular, es de

interés analizar si el estado de salud difiere según la ciudad y el país, y si esto refleja la selectividad de la población migrante, así como los cambios en la percepción de salud antes y después de migrar. Adicionalmente, se observa en qué medida el perfil socioeconómico, el tipo de empleo y el nivel educativo están asociados con la percepción sobre el estado de salud.

La autopercepción de la salud (AS) es uno de los principales indicadores para el seguimiento de la salud y calidad de vida de las poblaciones, así como uno de los más recurrentes en encuestas de salud.<sup>10</sup> Dicho indicador consiste en la evaluación subjetiva que las personas hacen de su estado de salud en una escala que suele ir de “Muy buena” a “Muy mala”.<sup>10,11</sup> Se ha identificado que la AS es un predictor estadístico de la mortalidad<sup>11,12</sup> y su validez predictiva se ha incrementado con el paso del tiempo.<sup>13</sup> La AS de la población migrante ha sido estudiada en diferentes grupos y contextos, especialmente en Europa y Norteamérica.<sup>14-17</sup> Un mal estado de salud se ha relacionado con ser migrante indocumentado<sup>18</sup> y con rutas migratorias largas y por etapas hacia el país final de destino.<sup>19</sup> La AS también se ha utilizado para analizar la selectividad de los migrantes. Algunas investigaciones al respecto<sup>15-20</sup> han apoyado la hipótesis del migrante saludable.

En este trabajo se espera encontrar una menor selectividad socioeconómica y educativa entre los migrantes en Colombia, especialmente en Cúcuta, por su carácter fronterizo. Esto podría resultar en un mejor reporte de salud en las otras dos ciudades. Adicionalmente, se esperan diferencias en cuanto a la mejora o empeoramiento de la AS, dependiendo de la ciudad de acogida como resultado del contexto y de las políticas de gestión migratoria e inclusión en los cinco destinos.

## Material y métodos

Para analizar la AS de los migrantes venezolanos recientes, se utilizó la información recolectada para 1 001 unidades familiares encabezadas por venezolanos en cinco ciudades latinoamericanas: Barranquilla, Cúcuta y Santa Marta en Colombia, San José en Costa Rica y Santiago de Chile. La LAMP-ENIR 2021 recupera información sobre características sociodemográficas y migratorias de todos los miembros de la unidad familiar (jefe, cónyuge, hijos corresidentes y no corresidentes, y otros miembros de la familia corresidentes) encabezadas por un migrante venezolano en las cinco ciudades. El instrumento de recolección es la etnoencuesta y toma una perspectiva retrospectiva longitudinal que permite reconstruir eventos en el tiempo y vincular procesos de

cambio con la experiencia migratoria.\* Adicionalmente, la encuesta cuenta con un apartado sobre percepción de la salud (de todos los miembros del hogar antes y después de la última migración)† y enfermedades y condiciones preexistentes (únicamente del jefe y cónyuge).

Las unidades familiares entrevistadas tienen arreglos residenciales complejos que incluyen, además de los migrantes venezolanos, a integrantes que permanecen en los países de origen, que residen en otros países y miembros del hogar nacidos en el país de destino. Dado que el interés es analizar la percepción sobre el estado de salud de los migrantes y relacionarla con el momento previo y posterior a la migración, se seleccionó población migrante nacida en Venezuela de 15 años o más.§

El cuadro I incluye la definición de la población objetivo y estadísticas descriptivas para cada una de las variables en los modelos predictivos de la AS y del

mejoramiento o deterioro de la misma antes y después de la migración. Como se muestra en el cuadro, se tiene información de 1 996 migrantes nacidos en Venezuela, la cual incluye a 1 380 cónyuges y jefes.

Para aproximarse a la AS en torno al estado de la salud de los migrantes venezolanos y sus familiares corresidentes, el análisis se organizó en dos etapas. Primero, se estimaron modelos de regresión ordinal para identificar los factores asociados con la AS al momento de la encuesta. Se agrupó la AS en cuatro categorías: mala o muy mala, regular, buena, y muy buena. Se estimaron dos modelos de regresión ordinal para toda la población y dos modelos de regresión ordinal sólo con la información de los jefes y cónyuges, los cuales incluyen entre las covariables enfermedades y condiciones de salud preexistentes (asma, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, depresión, problemas nerviosos o psiquiátricos, diabetes, anemia y sobrepeso). Los modelos ordinales incluyen variables tradicionalmente consideradas en los modelos predictivos de la percepción de la salud: sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación), de migración (tiempo de residencia en la ciudad de acogida y ciudad de destino) y de salud previa (percepción de estado de salud previo a la migración, condiciones y enfermedades preexistentes). El cuadro II muestra las estadísticas descriptivas de la variable dependiente (percepción del estado de salud actual) y de las variables independientes.

Igualmente es de interés identificar qué determina el cambio en la salud. Para tal fin se construyó una variable dicotómica que da cuenta del mejoramiento

\* La Encuesta LAMP-ENIR 2021 recoge información de migrantes venezolanos en las cinco ciudades de acogida, migrantes haitianos en Santiago de Chile y nicaragüenses en San José Costa Rica. El diseño del estudio se basó en un muestreo por cadena de referencia o guiado por el informante, más conocido como RDS por sus siglas en inglés (*respondent driven sampling*). El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2021 y febrero de 2022.⁹ El sitio <https://mmp-lamp.colmex.mx/> contiene información detallada sobre el diseño de la investigación y la base de datos para las cinco ciudades y las tres poblaciones migrantes.

† La encuesta reporta autopercepción de salud del jefe o informante, y percepción de salud del jefe/informante para el resto de la familia.

§ El presente estudio no incluye a la población menor de 15 años, la cual representa menos de 5% para cada ciudad.

**Cuadro I**  
**MIGRACIÓN VENEZOLANA EN CINCO CIUDADES LATINOAMERICANAS (POBLACIÓN EN LA MUESTRA). ENCUESTA DE INMIGRACIÓN RECIENTE 2021. BARRANQUILLA, CÚCUTA Y SANTA MARTA (COLOMBIA), SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE), 2021-2022**

	Barranquilla- Colombia	Cúcuta- Colombia	Santa Marta- Colombia	San José- Costa Rica	Santiago- Chile	Total
Unidades familiares*	200	200	200	200	201	1 001
Personas que integran la unidad familiar	856	876	808	626	589	3 755
Personas que residen en el mismo hogar en la ciudad de acogida	640	760	690	540	510	3 140
Personas integrantes del hogar nacidas en Venezuela†	549	695	608	484	470	2 806
Personas de 15 años o más nacidas en Venezuela y que residen en el mismo hogar	360	473	409	376	378	1 996
Jefes y cónyuges nacidos en Venezuela de 15 años o más y que residen en el mismo hogar	252	328	257	281	262	1 380

Fuente: Cálculos propios con base en LAMP-ENIR (datos de febrero 2023).⁹ Datos sin ponderar.

\* La encuesta recoge información de la persona informante nacida en Venezuela, su cónyuge y sus hijos (independientemente de si viven en el mismo hogar, en la misma ciudad o en el mismo país) y de otros familiares que residen en la misma vivienda.

† En el análisis de datos se excluye la información de 71 casos; estos representan 2.5% de las personas nacidas en Venezuela que viven en el mismo hogar en la ciudad de acogida. El porcentaje de casos faltantes es de 4% en Barranquilla, 0% en Cúcuta, 3.5% en Santa Marta, 3.1% en San José y 2.8% en Santiago.

**Cuadro II**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES ASOCIADAS CON LA SALUD DE MIGRANTES**  
**VENEZOLANOS DE 15 AÑOS O MÁS EN CINCO CIUDADES LATINOAMERICANAS. ENCUESTA DE INMIGRACIÓN**  
**RECIENTE 2021. BARRANQUILLA, CÚCUTA Y SANTA MARTA (COLOMBIA),**  
**SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE), 2021-2022\***

	Barranquilla, Colombia	Cúcuta, Colombia	Santa Marta, Colombia	San José, Costa Rica	Santiago, Chile	Total
Edad media	32	33	32	38	35	34
Edad mediana	30	30	29	37	33	32
Porcentaje de mujeres	58	52	53	55	52	54
Media de años de escolaridad	10	10	10	13	14	11
Estado civil						
Porcentaje soltero/nunca unido	28	29	22	34	39	30
Porcentaje casado o en unión libre	44	64	65	56	50	56
Porcentaje otro <sup>‡</sup>	29	7	13	10	11	13
Total	100	100	100	100	100	100
Media de años de residencia en el país de acogida	4	3	4	4	4	4
Ocupación						
Porcentaje fuera de la fuerza de trabajo y desocupado	26	23	31	29	19	26
Porcentaje en actividades no manuales <sup>§</sup>	3	5	4	17	18	9
Porcentaje en actividades manuales <sup>#</sup>	71	72	65	53	63	65
Total	100	100	100	100	100	100
Percepción de salud antes de migrar						
Mala y muy mala	4	5	2	4	4	4
Regular	8	16	7	13	11	11
Buena	72	69	44	54	49	58
Muy buena	16	10	48	30	37	27
Total	100	100	100	100	100	100
Percepción de salud al momento de la encuesta						
Mala y muy mala	3	2	2	4	3	3
Regular	18	14	9	18	18	15
Buena	66	79	48	55	55	61
Muy buena	12	5	42	24	24	21
Total	100	100	100	100	100	100
N	360	473	409	376	378	1 996
Enfermedades y condiciones de salud preexistentes (sólo informantes y cónyuges) (porcentajes de ocurrencia)						
Asma	11	9	4	10	6	8
Hipertensión	13	13	10	19	11	13
Depresión	4	8	7	14	16	10
Cardiopatías	2	4	2	4	3	3
Diabetes	2	2	2	6	2	3
Anemia	5	8	5	4	3	5
Sobrepeso	23	16	7	28	39	22
N	252	328	257	281	262	1 380

Fuente: Cálculos propios con base en LAMP-ENIR (datos de febrero 2023).<sup>9</sup> Datos sin ponderar.

\* Los datos se refieren a las personas migrantes nacidas en Venezuela de 15 años o más que residen en el mismo hogar que la persona informante (jefe o jefa del hogar).

<sup>‡</sup> Separado, divorciado o viudo.

<sup>§</sup> Actividades no manuales corresponden a profesionistas, técnicos, trabajadores de la educación, del arte, espectáculos y deportes, funcionarios y directivos.

<sup>#</sup> Actividades agrícolas, ganaderas, silvicultura y pesca; actividades en la industria de la transformación, reparación y mantenimiento; operarios de maquinaria; ayudantes peones y similares; conductores y ayudantes de maquinaria móvil y medios de transporte; servicios personales, domésticos y comerciales.

Se excluyen los no especificados de las variables que componen el cuadro.

en la salud de jefes o cónyuges usando la percepción de salud antes y después de migrar. En esta variable se capturan en una categoría todas las transiciones que implican una mejora de la AS y en otra categoría a quienes conservaron la misma AS o notaron un deterioro. Asimismo, en sentido inverso se construye una variable dicotómica con una categoría para quienes experimentaron un deterioro en su AS y otra categoría para quienes permanecieron con la misma AS o mejoraron tras haber migrado. Con la comparación de los estados de salud percibidos antes y después de la migración para los jefes y cónyuges, se estimaron dos modelos de regresión logística para identificar la probabilidad de mejorar o empeorar la AS. Los modelos incluyen las mismas variables que el modelo de estado de salud actual.

## Resultados

El cuadro II muestra el perfil de las poblaciones migrantes venezolanas en las cinco ciudades. Destacan constantes como el carácter joven y en edades laborales (edad mediana de 29 y 30 años en todas las ciudades, excepto San José, donde es de 37 años). Sobresale también la presencia femenina en todos los destinos: las mujeres representan entre 52 y 58% del total de migrantes de origen venezolano.

Una de las mayores diferencias en los perfiles es en la escolaridad. Como era de esperarse de acuerdo con la hipótesis de selectividad, la escolaridad promedio es mayor en las ciudades más alejadas de Venezuela: Santiago y San José. Sin embargo, aún al interior de Colombia se nota un perfil muy diferenciado entre Santa Marta, donde la mitad de la población se concentra entre los 12 años o más de educación, lo que contrasta con porcentajes alrededor de 25% para las otras dos ciudades.<sup>9</sup> Este perfil diferenciado en educación también se refleja en las oportunidades laborales. En San José y Santiago alrededor de 18% de la población en edad laboral se dedica a ocupaciones no manuales, porcentaje que desciende a menos de 6% en las tres ciudades colombianas.

Destacan algunos indicadores de diferencias en la AS. Aunque en todos los casos la AS se concentra en “buena” y “muy buena”, en Santa Marta se observa el reporte más positivo del estado de salud tanto antes como después de migrar, seguido de San José y Santiago. En cuanto al cambio en el tiempo antes y después de migrar (cuadro III), la respuesta más común en todas las ciudades es la estabilidad en la AS, la cual representa entre 62% (Santiago) y 74% (Santa Marta) de las personas en la muestra. Sobresale Santiago de Chile, donde uno de cada cuatro venezolanos señaló peores condiciones de salud después de llegar a dicha ciudad.

Los modelos permiten observar de manera conjunta los determinantes de la AS (cuadro IV). Las mujeres reportan de manera constante una peor AS. Resalta el prácticamente nulo efecto de la escolaridad, lo cual apoyaría la hipótesis del débil gradiente socioeconómico en salud entre los migrantes latinos observado en otros casos.<sup>7</sup> Sin embargo, la ocupación sí aparece como un determinante constante que muestra una mejor AS entre los trabajadores no manuales. Los datos también sostienen el resultado de una mejor AS en Santa Marta comparada con todas las demás ciudades. Finalmente, hay consistencia entre el estado de salud actual y el previo a la migración; además, la prevalencia de enfermedades preexistentes (enfermedades cardiovasculares, depresión o problemas psiquiátricos, anemia y sobrepeso) también se relaciona con una peor AS.

El análisis del mejoramiento o deterioro del AS ratifica el nulo peso de la educación (figura 1). En el caso del mejoramiento de la salud, el resultado más notable es la mayor probabilidad entre los venezolanos en Santa Marta. Las razones de momios que predicen las probabilidades de deterioro sugieren que la población fuera de la fuerza de trabajo y los venezolanos en Santiago de Chile tendrían mayor probabilidad de reportar un deterioro en su salud. Destaca también que aquellos con anemia y sobrepeso tienen más probabilidades de percibir un estado de salud menos favorable después de migrar. Esto queda como una veta a analizar dada la elevada prevalencia de inseguridad alimentaria entre los migrantes venezolanos, según la LAMP-ENIR 2021,<sup>9</sup> así como por los potenciales efectos negativos del cambio alimenticio asociado con la llegada a nuevos destinos.<sup>7</sup> Queda también como otro punto a explorar el resultado asociado con la salud mental. Ya en el cuadro IV se había visto una fuerte asociación con la menor probabilidad de reportar muy buena salud. Ahora, los modelos de cambio en la AS muestran un fuerte efecto tanto en el mejoramiento como en el deterioro de la salud.

## Discusión

El presente estudio da una primera aproximación sobre la autopercepción de salud entre migrantes venezolanos en tres países de destino. Se observa un mayor nivel educativo y una inserción laboral más favorable entre los migrantes en Costa Rica y Chile, lo que en principio se podría asociar con una mejor AS. Destaca, sin embargo, que los modelos estadísticos no muestran una asociación significativa con el nivel educativo; no así con la situación laboral. Según los presentes resultados, estar en un empleo manual o fuera de la fuerza de trabajo representa desventajas en cuanto a la AS, lo cual es fundamental en sistemas de seguridad social en los que la afiliación

**Cuadro III**  
**CAMBIO EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DE PERSONAS VENEZOLANAS ANTES Y DESPUÉS DE MIGRAR INTERNACIONALMENTE. BARRANQUILLA, CÚCUTA Y SANTA MARTA (COLOMBIA), SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE), 2021-2022**

Ciudad de entrevista	Salud antes migrar	Salud actual				Total
		Mala y muy mala	Regular	Buena	Muy buena	
Barranquilla, Colombia	Mala y muy mala	2	4	7	2	15
	Regular	2	10	12	6	30
	Buena	7	37	207	8	259
	Muy buena	1	15	13	27	56
	Total	12	66	239	43	360
Cúcuta, Colombia	Mala y muy mala	1	8	12	2	23
	Regular	5	22	48	2	77
	Buena	3	30	293	1	327
	Muy buena	1	6	21	18	46
	Total	10	66	374	23	473
Santa Marta, Colombia	Mala y muy mala	3	1	3	1	8
	Regular	1	3	14	9	27
	Buena	2	18	149	10	179
	Muy buena	2	14	29	150	195
	Total	8	36	195	170	409
San José, Costa Rica	Mala y muy mala	2	6	4	3	15
	Regular	6	23	16	2	47
	Buena	3	31	165	4	203
	Muy buena	3	8	20	80	111
	Total	14	68	205	89	376
Santiago, Chile	Mala y muy mala	1	6	6	1	14
	Regular	3	18	17	3	41
	Buena	4	33	138	9	184
	Muy buena	4	10	46	79	139
	Total	12	67	207	92	378
Total	Mala y muy mala	9	25	32	9	75
	Regular	17	76	107	22	222
	Buena	19	149	952	32	1 152
	Muy buena	11	53	129	354	547
	Total	56	303	1 220	417	1 996

■ Mejoró ■ Permaneció igual ■ Empeoró

Fuente: Cálculos propios con base en LAMP-ENIR (datos de febrero 2023).<sup>9</sup> Datos sin ponderar.

Nota: se excluyen los no especificados de las variables que componen el cuadro.

depende de la participación de alguno de los miembros del hogar en el sector formal.

En cuanto a las diferencias entre los tres países de acogida, estas podrían estar asociadas con las particularidades en la gestión migratoria, políticas de integración y acceso a la salud. En el caso de Colom-

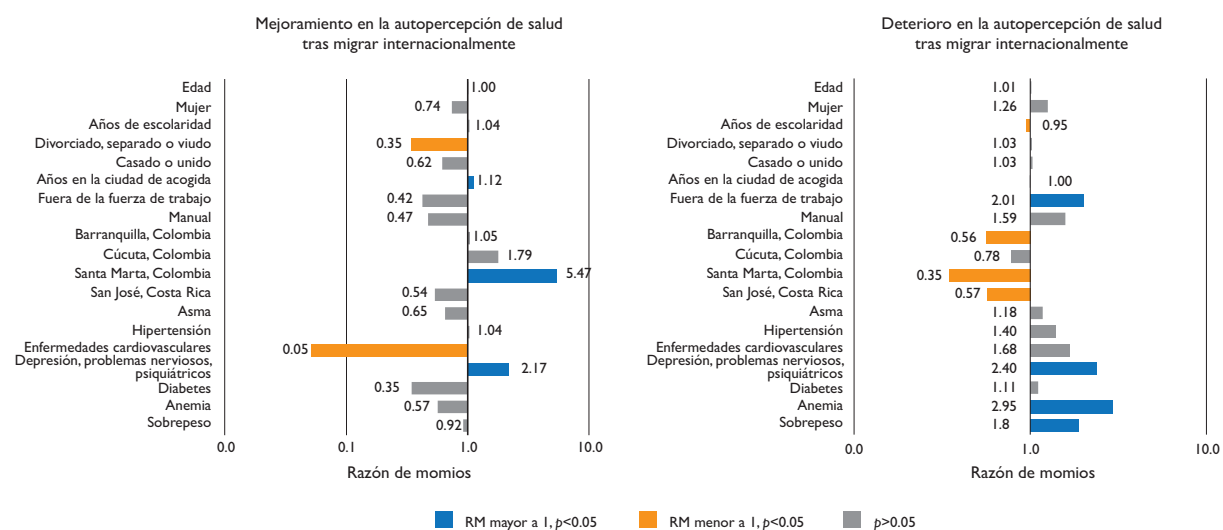
bia se han dado diversas iniciativas que dan un trato particular y facilitan una situación de regularización entre la población venezolana;<sup>21</sup> aun así, el acceso a servicios de salud está definido por la participación en empleos formales o el estatus de documentación.<sup>8</sup> Como resultado, Colombia presenta el menor porcen-

**Cuadro IV**  
**RAZONES DE MOMIOS DE AUTOPERCIBIR MUY BUENA SALUD EN LA CIUDAD DE ACOGIDA.**  
**MODELOS DE REGRESIÓN ORDINAL. BARRANQUILLA, CÚCUTA Y SANTA MARTA (COLOMBIA),**  
**SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE), 2021-2022**

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3*	Modelo 4*
Interceptos-salud actual				
Mala y muy mala	-4.80 <sup>‡</sup>	-6.94 <sup>‡</sup>	-5.98 <sup>‡</sup>	-6.23 <sup>‡</sup>
Regular	-2.72 <sup>‡</sup>	-4.78 <sup>‡</sup>	-3.78 <sup>‡</sup>	-3.93 <sup>‡</sup>
Buena	0.40	-0.94 <sup>‡</sup>	-0.21	-0.26
Variable				
Edad	-0.02 <sup>‡</sup>	-0.02 <sup>‡</sup>	-0.02 <sup>‡</sup>	-0.01
Sexo				
Mujer	-0.32 <sup>‡</sup>	-0.36 <sup>‡</sup>	-0.29 <sup>‡</sup>	-0.16
Hombre (Ref.)				
Años de escolaridad	0.02	0.02	0.04 <sup>‡</sup>	0.04
Años en la ciudad de acogida	0.06 <sup>‡</sup>	0.01	0.01	0.03
Estado civil				
Divorciado, separado o viudo	-0.24	-0.19	-0.15	-0.24
Casado o unido	0.01	-0.03	0.04	-0.03
Soltero/ Nunca unido (Ref.)				
Ocupación				
Fuera de la fuerza de trabajo	-0.64 <sup>‡</sup>	-0.35	-0.62 <sup>‡</sup>	-0.69 <sup>‡</sup>
Manual	-0.66 <sup>‡</sup>	-0.42 <sup>‡</sup>	-0.43 <sup>‡</sup>	-0.47 <sup>‡</sup>
No manual (Ref.)				
Ciudad de acogida				
Barranquilla, Colombia	-0.33 <sup>‡</sup>	0.25	0.40 <sup>‡</sup>	0.30
Cúcuta, Colombia	-0.27	0.14	0.39	0.24
Santa Marta, Colombia	1.07 <sup>‡</sup>	0.90 <sup>‡</sup>	1.23 <sup>‡</sup>	1.05 <sup>‡</sup>
San José, Costa Rica	0.01	0.22	0.33	0.27
Santiago, Chile (Ref.)				
Salud previa				
Mala y muy mala		-3.46 <sup>‡</sup>	-2.92 <sup>‡</sup>	-2.52 <sup>‡</sup>
Regular		-3.44 <sup>‡</sup>	-2.99 <sup>‡</sup>	-2.81 <sup>‡</sup>
Buena		-2.65 <sup>‡</sup>	-2.34 <sup>‡</sup>	-2.31 <sup>‡</sup>
Muy buena (Ref.)				
Enfermedades preexistentes				
Asma				-0.21
Hipertensión				-0.21
Enfermedades cardiovasculares				-1.18 <sup>‡</sup>
Depresión, problemas nerviosos, psiquiátricos				-0.58 <sup>‡</sup>
Diabetes				-0.60
Anemia				-0.91 <sup>‡</sup>
Sobrepeso				-0.47 <sup>‡</sup>
Observaciones	1 996	1 996	1 380	1 380
Cox y Snell	0.10	0.31	0.27	0.30
Nagelkerke	0.12	0.36	0.31	0.35
McFadden	0.05	0.18	0.15	0.17

Fuente: Cálculos propios con base en LAMP-ENIR (datos de febrero 2023).<sup>9</sup> Datos sin ponderar.

\* Sólo jefes/informantes y cónyuges; <sup>‡</sup> Significancia <.01; <sup>‡</sup> Significancia <.05



Fuente: Cálculos propios con base en LAMP-ENIR (datos de febrero 2023).<sup>9</sup> Datos sin ponderar.

**FIGURA 1. RAZONES DE MOMIOS PARA EL CAMBIO EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD TRAS MIGRAR INTERNACIONALMENTE. BARRANQUILLA, CÚCUTA Y SANTA MARTA (COLOMBIA), SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE), 2021-2022**

taje de afiliación al sistema de salud de los tres países (en 2018 sólo 24.5% de los migrantes venezolanos se encontraba inscrito en el sistema de salud en Colombia).<sup>8</sup> Chile, por su parte, ha tenido desde hace más de diez años una política de universalización del acceso a la salud que se resumió en la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales (2017), la cual da acceso a la salud independientemente de la condición migratoria.<sup>8,22</sup> Más de 80% de los migrantes de los diversos orígenes se encuentran inscritos al sistema de seguridad social, aunque se reportan desventajas en el acceso por falta de información, diferencias culturales y miedo a la discriminación.<sup>23</sup> En el caso de Costa Rica no hay medidas específicas para la atención de migrantes venezolanos, pero el país ha tomado una posición asertiva de hospitalidad y recepción de migrantes y refugiados; aun así, el acceso a los sistemas de seguridad social está condicionado a la situación de documentación y a la contribución a la seguridad social, relacionada con la participación en empleos formales.<sup>4,5</sup> Como resultado, según datos censales de 2011, solo 54% de los migrantes de todos los orígenes tenía acceso a servicios de salud.<sup>5</sup>

Otro punto más a estudiar en el futuro son las diferencias entre las tres ciudades colombianas, lo cual podría apuntar a la relevancia de otras acciones o políticas no sólo a nivel nacional sino también local. Habría que explorar con mayor detalle porqué en Santa Marta se muestra, en general, una mejor AS y una mayor

probabilidad de mejoramiento después de que ocurre la migración, a diferencia de Cúcuta y Barranquilla. Un factor explicativo podría ser el perfil particular de los venezolanos en Santa Marta, quienes tienen un mayor nivel educativo respecto de las otras dos ciudades.

Si bien una de las limitaciones de este estudio es que depende de las percepciones y declaraciones de los migrantes sobre su estado de salud y el de sus familiares, se debe resaltar la importancia de la LAMP-ENIR como recurso para analizar la salud de la población migrante y su autopercepción, temas sobre los que aún son limitadas las fuentes de datos en América Latina. Basados en los resultados que se presentan en este artículo, en futuras investigaciones se planea estudiar con mayor detalle las diferencias según la vinculación con el mercado de trabajo, en especial con respecto al acceso a los sistemas de salud públicos en los tres países.

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

### Referencias

1. Gandini L, Prieto-Rosas V, Lozano-Ascencio F. Nuevas movilidades en América Latina: la migración venezolana en contextos de crisis y las respuestas en la región. En: Nuevas movilidades entre España y América Latina: retorno versus arraigo y vuelta a la emigración. Cuadernos Geográficos. 2020;59(3):103-21. <https://doi.org/10.30827/cuadgeo.v59i3.9294>



2. R4V Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. RMNA 2022 - Análisis de necesidades de refugiados y migrantes [Internet]. R4V, 2022 [citado febrero 28, 2023]. Disponible en: <https://www.r4v.info/node/89945>
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Venezuela Situation - Fact Sheet: March 2023 [Internet]. ACNUR, 2023 [citado febrero 28, 2023]. Disponible en: <https://data.unhcr.org/es/documents/details/99409>
4. McManus S, Irazábal C. Migration and integration of middle-class Venezuelans in Costa Rica: Drivers, capitals, and livelihoods. *Wellbeing, Space and Society*. 2023;5. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2023.100151>
5. Chaves-González, Mora MJ. El estado de la política migratoria y de integración de Costa Rica [Internet]. Washington DC: Migration Policy Institute, 2021 [citado agosto 5, 2023]. Disponible en: <https://www.migrationpolicy.org/research/politica-migratoria-integracion-costa-rica>
6. Riosmena F, Kuhn R, Jochem WC. Explaining the immigrant health advantage: self-selection and protection in health-related factors among five major national-origin immigrant groups in the United States. *Demography*. 2017;54(1):175-200. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0542-2>
7. Riosmena F, Dennis JA. A Tale of three paradoxes: the weak socioeconomic gradients in health among Hispanic immigrants and their relation to the Hispanic health paradox and negative acculturation. En: Angel JL, Torres-Gil F, Markides K, eds. *Aging, health, and longevity in the Mexican-origin population*. Boston, MA: Springer US, 2012:95-110. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1867-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1867-2_8)
8. Rodríguez-Vargas JM, Vargas-Valle ED, López-Jaramillo AM. La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2021;18(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42795>
9. Giorguli S, Lindstrom D, Nájera J, Prieto V, Márquez C, Amaro M. Plataforma de datos territoriales para la integración de inmigrantes. *Etnoenquesta de inmigración reciente en contextos de acogida Latinoamericanos LAMP-ENIR 2021* [Internet]. México: El Colegio de México, 2023 [citado agosto 5, 2023]. Disponible en: <https://mmp-lamp.colmex.mx/wp-content/uploads/informe-de-resultados-lamp-emir-2021.pdf>
10. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments [Internet]. Geneva: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1996;161 [citado febrero 15, 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328>
11. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
12. DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267-75. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
13. Schnitker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLOS ONE*. 2014;9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
14. Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Guessous I, Consoli L, Duvoisin A, Jackson Y. Self-rated health among undocumented and newly regularized migrants in Geneva: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11239-0>
15. La Parra-Casado D, Stormes P, Solheim EF. Self-rated health and well-being among the working-age immigrant population in Western Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl1):40-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw221>
16. Acevedo-García D, Bates LM, Osypuk TL, McArdle N. The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. *Soc Sci Med*. 2010;71(6):1161-72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.034>
17. Detollenaere J, Baert S, Willems S. Association between cultural distance and migrant self-rated health. *Eur J Health Econ*. 2018;19(2):257-66. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0881-y>
18. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*. 2012;12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-53>
19. Cela E, Barbiano-di Belgiojoso E. Ageing in a foreign country: determinants of self-rated health among older migrants in Italy. *J Ethn Migr Stud*. 2021;47(15):3677-99. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1627863>
20. Lu Y, Qin L. Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China. *Soc Sci Med*. 2014;102:41-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.040>
21. Fernández JA, Luna-Orozco K. Editorial: Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública. *Salud UIS*. 2018;50(1):5-6.
22. Iribarne-Wiff J, Fernández-Benitez A, Pezoa-González M, Padilla C, Chepo M, Leyva-Flores R. Política de salud de migrantes internacionales en Chile, 2014-2017. *International Development Policy*. 2022;(14). <https://doi.org/10.4000/poldev.5090>
23. Benítez A, Velasco C. Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. En: *Inmigración en Chile, una mirada multidimensional* [Internet]. Chile: Fondo de Cultura Económica - Centro de Estudios Públicos, 2019:191-235 [citado agosto 6, 2023]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/investigacion/desigualdades-en-salud-brechas-en-acceso-y-uso-entre-locales-e-inmigrantes/>