

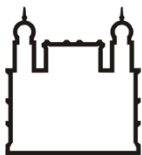
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Doutorado em Medicina Tropical

MOBILIDADE HUMANA E SAÚDE:
COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DOS
IMIGRANTES E REFUGIADOS VENEZUELANOS NA FRONTEIRA
COLOMBIANA

JUAN CARLOS MORENO CUBIDES

Rio de Janeiro
Junho de 2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical

JUAN CARLOS MORENO CUBIDES

Mobilidade humana e saúde: compreendendo as condições sociais e de saúde dos imigrantes e refugiados venezuelanos na fronteira colombiana

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Medicina Tropical.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Peiter

RIO DE JANEIRO

Junho de 2022

Cubides, Juan Carlos Moreno.

Mobilidade humana e saúde: compreendendo as condições sociais e de saúde dos imigrantes e refugiados venezuelanos na fronteira colombiana / Juan Carlos Moreno Cubides. - Rio de Janeiro, 2022.

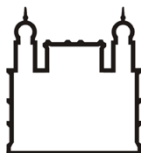
CLXX f.; il.

Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Medicina Tropical, 2022.

Orientador: Paulo Cesar Peiter.

Bibliografia: f. 93-100

1. Migração. 2. Serviços de saúde. 3. Venezuela. 4. Ajuda humanitária. I. Título.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical

JUAN CARLOS MORENO CUBIDES

**MOBILIDADE HUMANA E SAÚDE:
COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DOS IMIGRANTES
E REFUGIADOS VENEZUELANOS NA FRONTEIRA COLOMBIANA**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Cesar Peiter

Aprovada em: 05/07/2022

EXAMINADORES:

**Prof. Dr. Antonio Henrique Almeida de Moraes Neto – Presidente
(IOC/FIOCRUZ)**

Prof. Dr. Helion Póvoa Neto - Titular (UFRJ/RJ)

Prof^a. Dr^a. Tania do Socorro Souza Chaves -Titular (IEC/PA)

Prof. Dr. Renato da Gama-Rosa Costa - Suplente (COC/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães -Suplente (UNESP/SP)

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2022

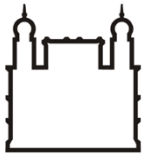
AGRADECIMENTOS

Esse projeto de tese não poderia ter sido desenvolvido sem o apoio da organização internacional de ajuda humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF), Centro Operacional de Bruxelas (OCB) e em particular da equipe de profissionais da Unidade Médica Brasileira (BRAMU). À vocês, toda minha gratidão e admiração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Cesar Peiter, pela paciência e por acolher de maneira tão positiva essa ideia de pesquisa. Grato pela confiança e pela dedicação para levar esse projeto para frente.

À equipe de trabalho de campo, logísticos, entrevistadores e coordenadores de projetos da MSF nos municípios de Riohacha, Tibú e Tame na Colômbia; e especialmente aos migrantes e refugiados venezuelanos que participaram das entrevistas, esse projeto é de vocês e para vocês. À *Pastoral de Víctimas* da Diocese de Tibú e a Fundação *Guajira Naciente*; obrigado pelo apoio e por disponibilizar os espaços e brindar as condições necessárias para efetuar o trabalho.

Por último, mas não menos importante, à minha mãe e irmã por sempre me apoiar de maneira incondicional, por acreditar em mim e por sempre ter uma palavra de carinho e força, "você sempre consegue!"... elas costumam dizer. Abençoado por ter vocês na minha vida.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

MOBILIDADE HUMANA E SAÚDE: COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DOS IMIGRANTES E REFUGIADOS VENEZUELANOS NA FRONTEIRA COLOMBIANA

RESUMO

TESE DE DOUTORADO EM MEDICINA TROPICAL

Juan Carlos Moreno Cubides

A migração constitui-se como um fator determinante e diferencial na saúde dos indivíduos, convertendo-se cada vez mais em foco para a saúde pública e tema central na agenda da resposta humanitária a nível mundial. A relação entre migração e saúde é complexa e diversa; sendo que durante os processos migratórios e em contextos humanitários, grupos mais vulneráveis encontram-se particularmente expostos a desigualdades no acesso a serviços, situações de risco, doenças transmissíveis e múltiplas formas de violência. Este estudo busca explorar e compreender as condições particulares dos migrantes e refugiados venezuelanos encontrados nas localidades da fronteira colombiana, analisando o impacto que têm na saúde, múltiplos fatores presentes nas condições de vida tanto no lugar de origem como ao longo da rota de migração; visando caracterizar a população migrante, identificar necessidades de saúde e estabelecer as barreiras de acesso a serviços básicos de atenção. A ferramenta de história de migração (MHT) desenvolvida pela Unidade Médica Brasileira (BRAMU), da organização internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) foi a estratégia central selecionada para enfrentar a tarefa particularmente desafiadora de coletar informações de pessoas em movimento. Dois municípios, Riohacha (La Guajira) e Tibú (Norte de Santander) foram priorizados como locais de estudo devido ao alto fluxo migratório e à presença operacional da organização na área. A informação obtida dos migrantes e refugiados venezuelanos incluiu diversos eixos temáticos em saúde como morbidade referida, exposição a violência, saúde mental e acesso a serviços de saúde entre outros; que foram correlacionados com base na caracterização sociodemográfica, os locais de residência/trânsito e os tempos do processo migratório dos participantes. Foi possível definir um perfil migratório caracterizado principalmente por grupos familiares com planos de permanência a longo prazo em busca de melhores condições de vida, acesso a fontes de trabalho e educação. A caracterização do fluxo migratório extraída das informações fornecidas pelos entrevistados evidenciou que metade das pessoas que migraram correspondeu a indivíduos menores de 20 anos. Também que 2 em cada 100 entrevistados pertenciam a uma comunidade indígena, da etnia Wayuu. Em geral, a população referiu um padrão misto de doenças crônicas e agudas, cuja principal dificuldade foi o acesso ao diagnóstico adequado e tratamento contínuo. Foi observado um acesso adequado a serviços médicos; identificando-se o comportamento com relação a procura do atendimento como a principal barreira de acesso quando problemas gerais de saúde, eventos de violência física, abuso sexual ou discriminação foram referidos pelos participantes. Este estudo compila informações e análises sobre as condições de saúde dos migrantes e refugiados venezuelanos encontrados nas áreas de estudo na Colômbia, visando fornecer informações sobre as intrincadas dinâmicas que definem a migração e a saúde e com o objetivo final de contribuir com evidências para as respostas humanitárias em contextos de migração.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

HUMAN MOBILITY AND HEALTH: UNDERSTANDING THE SOCIAL AND HEALTH CONDITIONS OF VENEZUELAN IMMIGRANTS AND REFUGEES AT THE COLOMBIAN BORDER.

ABSTRACT

PHD THESIS IN TROPICAL MEDICINE

Juan Carlos Moreno Cubides

Migration is a determining and differential factor in the health of individuals and is currently becoming a focus for public health and a central theme on the humanitarian response agenda worldwide. The relationship between migration and health is complex and diverse; and during migratory processes and in humanitarian contexts, more vulnerable groups are particularly exposed to inequalities in access to services, risk situations, communicable diseases and multiple forms of violence. This study seeks to explore and understand the particular conditions of Venezuelan migrants and refugees found on the Colombian border, analyzing the impact they have on health, multiple factors present in living conditions both in the place of origin and along the migration route; aiming to characterize the migrant population, identify health needs and establish barriers to access basic care services. The Migration History tool (MHT), developed by the Brazilian Medical Unit (BRAMU) of the international organization Doctors Without Borders (MSF) was the selected core strategy in order to face the particularly challenging task of gathering information from people on the move. Two municipalities, Riohacha (La Guajira) and Tibú (Norte de Santander) were prioritized as study locations due to the high migratory influx and the operational presence of the organization in the area. The information obtained from the Venezuelan migrants and refugee's populations included various health related thematic axis such as referred morbidity, exposure to violence, mental health, and access to health care services among others; that were correlated and analyzed based on sociodemographic characterizations, residence / transit locations and the timeframes over the specific migration process of the respondents. The study results allow defining a migratory profile characterized mainly by family members groups with long-term permanence plans in the search of better living conditions, access to sources of employment and education. The characterization of the migration influx extracted from the information provided by the interviewees evidenced that half of the people migrating correspond to individuals under 20 years old. Also, that 2 in every 100 respondents referred to belong to an indigenous community, most likely the Wayuu ethnic group. In general, the population referred a mix pattern of chronic and acute diseases, for which the main difficulty was accessing proper diagnosis and continuous treatment. The observed access to medical services was adequate; being identified the population's health seeking behaviour as the main barrier to access services when facing health problems, physical violence events, sexual abuse, or discrimination. This document compiles further analysis on the health conditions of Venezuelan migrants and refugees found at the study areas in Colombia, aiming to provide information on the intricate dynamics that define migration and health and with the ultimate purpose of contributing evidence for the humanitarian responses in migration contexts.

ÍNDICE

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Contextualização da migração internacional atual.....	1
1.2 Migração internacional na América Latina	6
1.3 Dinâmica histórica da migração Colombiano-Venezuelana	8
1.4 Migração venezuelana no contexto colombiano atual	12
1.5 Condições da população migrante venezuelana na Colômbia.....	16
1.6 Justificativa do estudo	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1 Marco conceitual	21
3.2 Pergunta e hipótese do estudo.....	25
3.3 Ferramenta.....	27
3.3.1 Calendário de história de vida (LHC).....	27
3.3.2 Ferramenta de histórico de migração (MHT).....	28
3.4 Localização	29
3.5 Amostra.....	30
3.6 Método de amostragem	32
3.7 Análises de dados.....	32
3.8 Considerações Éticas	32
4 RESULTADOS	34
4.1 Aspectos sociodemográficos da população de estudo	34
4.2 Migração global	36
4.3 Vida na Venezuela	39
4.3.1 Última residência (ponto de partida na rota de migração atual)	39
4.3.2 Caracterização da última residência na Venezuela.	46
4.3.3 Migração de outros membros da residência.....	48
4.3.4 Problemas de saúde na última residência na Venezuela.....	49
4.3.5 Acesso a serviços de saúde na última residência na Venezuela.....	51

4.3.6 <i>Exposição à violência na Venezuela</i>	52
4.3.7 <i>Insegurança alimentar</i>	53
4.4 Migração atual	54
4.5 Rotas migratórias	55
4.6 Vida na colômbia	60
4.6.1 <i>Residência atual</i>	60
4.6.2 <i>Caracterização das condições de saúde no local de residência atual</i>	62
4.6.3 <i>Acesso aos cuidados de saúde no local de residência atual</i>	66
4.6.4 <i>Exposição à violência no local de residência atual</i>	67
4.7 Saúde sexual e reprodutiva	69
4.8 História reprodutiva	71
4.9 Planejamento familiar	72
4.10 Consumo de álcool	73
4.11 Saúde mental	74
4.12 Planos futuros e locais de destino	76
5 DISCUSSÃO	79
5.1 Características gerais da população	79
5.1 Condições de saúde e acesso a serviços	83
6 CONCLUSÕES	87
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
8 ANEXOS	101
ANEXO 1. Data sharing agreement (DSE) MSF e Fiocruz.	101
ANEXO 2. Anuência Riohacha (La Guajira)	111
ANEXO 3. Anuência Tibú (Norte de Santander)	112
ANEXO 4. Artigo publicado	113
ANEXO 5. Artigo submetido	120
ANEXO 6. TCLE (Adulto)	143
ANEXO 7. TCLE (Tutor)	144
ANEXO 8. TCLE (Menor)	145
ANEXO 9. Questionário	146

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Domínios Temporais da ferramenta e grupos de informação. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	28
Figura 2. Localização e municípios de pesquisa. Mobilidade humana e saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	30
Figura 3. Distribuição de nacionalidades dos entrevistados. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	34
Figura 4. Distribuição de gênero e idade dos participantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	35
Figura 5. Perfil de residência e mobilidade dos participantes na fronteira colombiano-venezuelana. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	38
Figura 6. Ano de saída da Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	40
Figura 7. Mapa dos estados de última residência na Venezuela para os participantes entrevistados em Riohacha. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	42
Figura 8. Mapa dos estados de última residência na Venezuela para os participantes entrevistados em Tibú. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	43
Figura 9. Distribuição por idade e sexo dos membros do domicílio na última residência. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	46
Figura 10. Parentesco dos membros da última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020.....	47
Figura 11. Distribuição por idade e sexo de outros migrantes no domicílio. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	49
Figura 12. Diagrama de procura por atendimento de saúde no local da última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	52
Figura 13. Distribuição por idade e sexo do grupo de migrantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	54
Figura 14. Parentesco dos acompanhantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	55
Figura 15. Mapa com as principais rotas identificadas para os participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	59

Figura 16. Lugares de estadia temporária durante o percurso da migração atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	60
Figura 17. Tempo na residência atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	61
Figura 18. Locais de moradia atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	62
Figura 19. Classificação geral de saúde. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	63
Figura 20. Problemas de saúde, comportamento de procura de saúde e acesso a cuidados no local de residência atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	67
Figura 21. Fluxo de testagem e tratamento do HIV na população participante do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	70
Figura 22. Frequência de consultas pré-natais na última gestação. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	71
Figura 23. Tipo de método contraceptivo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	72
Figura 24. Risco de consumo nocivo de álcool entre os participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	73
Figura 25. Escore de ansiedade e depressão GAD-7 e PHQ-9 nos participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	75
Figura 26. Locais de destino para as pessoas que planejavam continuar a viagem após o local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número e proporção de migrantes internacionais. 1970-2020 (3)	2
Tabela 2. Migrantes internacionais. Cifras e indicadores 2020(3).....	3
Tabela 3. Pessoas deslocadas. Cifras e indicadores 2020 (3).....	5
Tabela 4. Locais de estudo, população e amostra. Mobilidade humana e saúde. imigrantes e refugiados venezuelanos. colômbia. 2020	31
Tabela 5. Nível de escolaridade e status civil dos participantes por local de entrevista. Mobilidade humana e saúde. imigrantes e refugiados venezuelanos. colômbia. 2020	36
Tabela 6. Locais de residência referidos pelos participantes durante 2018-2019 Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	37
Tabela 7. Principal motivo para deixar o local de residência segundo o sexo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	39
Tabela 8. Estados de última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020.....	41
Tabela 9. Localidades específicas de última residência. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020	44
Tabela 10. Descrição dos níveis de afetação dos indicadores utilizados no índice de pobreza. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	48
Tabela 11. Índice de pobreza de residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	48
Tabela 12. Agravos à saúde na última residência segundo a classificação CID-11. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020	50
Tabela 13. Tipo de agressão física. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	53
Tabela 14. Municípios de parada nas rotas migratórias durante a última viagem. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	56
Tabela 15. Motivo principal para a seleção da rota de migração. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	57
Tabela 16. Problemas da saúde no local de residência atual segundo a classificação CID-11. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020	64

Tabela 17. Eventos de agressão física recentes segundo local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020	68
Tabela 18. Consumo de álcool segundo escolaridade. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020.....	74
Tabela 19. Locais de destino segundo a localização dos participantes no momento da entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020	76
Tabela 20. Locais de destino para as pessoas que planejavam continuar a viagem após o local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BRAMU	<i>Brazilian Medical Unit</i>
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CELADE	<i>Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía</i>
CNMH	<i>Centro Nacional de Memoria Histórica</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DIU	Dispositivo intrauterino
DSE	<i>Data Sharing Agreement</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAD-7	<i>Generalised Anxiety Disorder Assessment</i>
IDMC	<i>Internal Displacement Monitoring Centre</i>
IDPs	<i>Internally Displaced People</i>
ILO	<i>International Labour Organization</i>
iMMAP	<i>Information Management and Mine Action Programs</i>
IOC	Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz)
IUFRONT	<i>Instituto Universitario de la Frontera</i>
IUSSP	<i>International Union for the Scientific Study of Population</i>
LHC	<i>Life History Calendar</i>
MHT	<i>Migration History Tool</i>
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OCB	<i>Operational Centre Brussels (MSF)</i>
OIM	Organização Internacional para as Migrações
ONU	Organização das Nações Unidas
OPHDI	Oxford Poverty and Human Development Initiative
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PI	<i>Poverty Index</i>
SAIME	<i>Servicio de Identificación, Migración y Extranjería</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UN	<i>United Nations</i>
UN DESA	<i>United Nations Department of Economic and Social Affairs</i>
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNRWA	<i>United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East</i>

1 INTRODUÇÃO

As razões pelas quais as pessoas migram são múltiplas e complexas. A busca por melhores condições de vida e de trabalho, as persistentes desigualdades econômicas, sociais e demográficas, as violações dos direitos humanos, as mudanças ambientais, bem como os conflitos e a violência são alguns dos motivos que impulsionam a migração (1).

A migração é certamente um fenômeno antigo que se observa em quase todas as sociedades ao redor do mundo; no entanto, é altamente dinâmico e muda com relação ao contexto em que se apresenta e ao longo do tempo de maneira importante (2). No atual estágio de globalização, a mobilidade é induzida pelas crises cíclicas do capitalismo cada vez mais frequentes, juntamente com o antagonismo entre grupos sociais motivados por diferenças ideológicas, religiosas e culturais, e por crises ambientais e desastres, a formação de blocos econômicos com livre circulação e direito ao trabalho em seu interior, além de toda uma “psicosfera” como dizia Milton Santos (A Natureza do Espaço) que incita a classe média dos países ricos e em desenvolvimento às viagens, ao turismo internacional e à mudança de residência (aposentadoria nos paraísos ensolarados do mundo). Em contrapartida, aumenta-se o controle nas fronteiras, principalmente entre os países do Norte Global e os do Sul Global, enquanto crises humanitárias se estabelecem por conta dessas barreiras e das políticas migratórias restritivas, decorrentes do aumento da xenofobia, principalmente nos países ricos. Desta forma, a tendência que vem se estabelecendo no mundo é a de limitação aos processos migratórios (3,4).

1.1 Contextualização da migração internacional atual

Nos últimos anos têm-se evidenciado grandes eventos migratórios ao redor do mundo; os quais tem causado grandes impactos em diversas populações, instabilidade e perda de milhares de vidas (2). Foram observados os deslocamentos de milhões de pessoas devido a conflitos (como os presentes na República Árabe Síria, Iêmen, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Sudão do Sul), a grave instabilidade econômica e política (como a enfrentada por milhões de venezuelanos e afegãos); assim como as migrações em grande escala desencadeados por desastres climáticos em muitas partes do mundo incluindo China, Filipinas, Bangladesh, Índia, Estados Unidos e Haiti (5).

De acordo com as estimativas globais das Nações Unidas, o número de

migrantes internacionais foi estimado em quase 281 milhões no mundo para 2020, o que equivale a 3,6% da população global (2); sendo quase dois terços deles trabalhadores migrantes (6,7). Esse número continua sendo uma porcentagem muito pequena da população mundial, o que significa que a grande maioria das pessoas (96,4%) residem no país de nascimento; sendo importante ressaltar que os grandes fluxos migratórios acontecem dentro dos países e não através das fronteiras internacionais (2,5,7).

O número estimado de migrantes internacionais aumentou nos últimos 50 anos; sendo que para 2020 cerca de 128 milhões de pessoas mais viviam em um país diferente do seu país de nascimento com relação ao número estimado 30 anos antes (153 milhões de migrantes internacionais em 1990), e mais de três vezes o número estimado há 50 anos (84 milhões para 1970).

Tabela 1. Número e proporção de migrantes internacionais. 1970-2020 (2)

Ano	Número	% população mundial
1970	84.460.125	2,3
1975	90.368.010	2,2
1980	101.983.149	2,3
1985	113.206.691	2,3
1990	152.986.157	2,9
1995	161.289.976	2,8
2000	173.230.585	2,8
2005	191.446.828	2,9
2010	220.983.187	3,2
2015	247.958.644	3,4
2020	280.598.105	3,6

Proporcionalmente, a escala do fenômeno migratório internacional também continuou em aumento, embora apresente uma redução na velocidade incremental devido as restrições impostas pela pandemia de COVID-19 (2,5). O impacto da COVID-19 na população global de migrantes internacionais é um pouco difícil de avaliar nesta instância, já que os dados consolidados disponíveis correspondem a meados de 2020 bem no início da pandemia. Estima-se que a COVID-19 possa ter reduzido o crescimento no número de migrantes internacionais em cerca de dois milhões. Em outras palavras, se não houvesse COVID-19, o número de migrantes internacionais em 2020 provavelmente seria de cerca de 283 milhões (6). A situação anteriormente descrita poderia continuar a influenciar o crescimento no número de migrantes internacionais nos próximos anos se as restrições de mobilidade

internacional permanecerem em vigor.

De maneira histórica, a maioria dos migrantes internacionais (cerca de 78%) pertence à faixa etária entre 15 e 64 anos. Atualmente, há um número maior de migrantes masculinos do que femininos em todo o mundo, diferença que tem aumentado nos últimos 20 anos. Em 2000, a divisão entre homens e mulheres era de 50,6% a 49,4% (ou 88 milhões de homens migrantes e 86 milhões de migrantes do sexo feminino). Em 2020, a divisão por sexo foi de 51,9% a 48,0%, com 146 milhões de homens e 135 milhões de mulheres migrantes respectivamente, notando-se um aumento de 1,4 pontos percentuais na proporção de homens migrantes (2,6,8).

Tabela 2. Migrantes internacionais. Cifras e indicadores 2020(2)

Categoria	2020	Precedente (2019)
Total migrantes	281 milhões 3,6% população mundial	272 milhões 3,5% população mundial
Mulheres migrantes	135 milhões 3,5% mulheres mundo	130 milhões 3,4% mulheres mundo
Homens migrantes	146 milhões 3,7% homens mundo	141 milhões 3,6% homens mundo
Trabalhadores migrantes	169 milhões (2019)	164 milhões (2017)
Migrantes mortos e desaparecidos	3.900	5.400

Até o final de 2020, havia um total de 26,4 milhões de refugiados em todo o mundo, com 20,7 milhões sob o mandato do UNHCR e 5,7 milhões de refugiados registrados pela Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Oriente Próximo (UNRWA). O número total de refugiados é o mais alto já registrado, embora a taxa anual de crescimento tenha desacelerado desde 2012. Havia também cerca de 4,1 milhões de pessoas buscando proteção internacional e aguardando determinação do seu estatuto de refugiado, designados por requerentes de asilo (2,9,10).

Em 2020, o número global de pedidos de asilo em primeira instância depositado foi de 1,1 milhão. Essa queda de 45% em relação aos 2 milhões do ano anterior representa a maior queda em um único ano desde 2000, quando os pedidos de asilo passaram a ser agregados globalmente pelo UNHCR, e foi resultado direto das

restrições de mobilidade relacionadas a COVID-19. O principal destinatário continuou sendo os Estados Unidos, com cerca de 250.800 pedidos, uma queda de 14 por cento em relação ao ano anterior (301.000). Em segundo lugar ficou a Alemanha, com 102.600; uma queda notável em relação a 2019 (142.500) e a menor registrada em quase 10 anos. No final de 2020, os menores de 18 anos constituíam cerca de 38 por cento da população refugiada (8 milhões dos 20,7 milhões de refugiados sob o mandato do UNHCR). O projeto do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para Crianças desacompanhadas e separadas (UASC) apresentou cerca de 21.000 pedidos de asilo individuais em 2020, uma queda em relação aos 25.000 do ano anterior(2,9).

O Centro de Monitoramento de Deslocamento Interno (IDMC) compila dados sobre os novos deslocamentos e o estoque total de pessoas deslocadas internamente (IDPs) em um determinado ponto do tempo. Esta informação estatística é categorizada por duas grandes causas de deslocamento: desastres e conflito/violência. No entanto, o IDMC reconhece os desafios associados à distinção entre desastres e conflito como a causa imediata do deslocamento e destaca a crescente necessidade de identificar melhores maneiras de coletar informações sobre deslocamento (11). As medidas para conter a propagação do COVID-19 impediram a coleta de dados de deslocamento (12) de aproximadamente 48 milhões, como estoque global total de pessoas deslocadas internamente por conflito e violência em 59 países e territórios a 31 de dezembro de 2020 foi o mais alto registrado desde que o IDMC começou a monitorar em 1998, e representa um aumento em relação aos 45,9 milhões relatados em 2019. Assim como as tendências no número de refugiados, conflitos crônicos e novos fizeram com que o número total de pessoas deslocadas internamente por conflitos e violência quase dobrasse desde 2000; aumentando acentuadamente desde 2010 (13).

A maioria dos países com os maiores números de deslocados internos devido a conflitos e violência no final de 2020 se encontram localizados no Oriente Médio ou na África Subsaariana. A República Árabe Síria teve o maior número de pessoas deslocadas devido ao conflito (6,6 milhões), seguido pela República Democrática do Congo (5,3 milhões). Chama a atenção a Colômbia, sendo o local de pesquisa no presente estudo; com o terceiro maior número de deslocados internos do mundo com 4,9 milhões, seguido pelo Iêmen (3,6 milhões) e Afeganistão (3,5 milhões). Mais de 35 milhões (quase 74%) do total global de 48 milhões de pessoas deslocadas viviam em apenas 10 países (9).

Em termos de proporção da população nacional, a República Árabe Síria, cujo conflito tem se desenvolvido ao longo de uma década, teve mais de 35% de sua população deslocada devido a conflitos e violência. A Somália teve a segunda maior proporção (19%), seguido pela República Centro-Africana, Sudão do Sul e Iêmen (com mais de 12%). É importante notar, no entanto, que especialmente para casos de deslocamento prolongado, como é o caso do contexto de estudo na Colômbia, algumas das pessoas que retornaram aos seus locais de origem e às suas casas ainda podem ser contadas como deslocadas internas, devido a que em alguns casos, uma solução duradoura não foi alcançada. Organizações como o IDMC seguem a estrutura de soluções duráveis para deslocados internos do Conselho Permanente sobre Deslocados Internos nas Américas (CPDIA), que estipula oito critérios que constituem uma solução durável para determinar quando as pessoas não devem mais ser consideradas deslocados internamente (11,13–15).

Tabela 3. Pessoas deslocadas. Cifras e indicadores 2020 (2)

Categoria	2020	Precedente (2019)
Total deslocados e (inclui refugiados, solicitantes de asilo, deslocados venezuelanos e deslocados internos)	89,4 milhões	84,8 milhões
Refugiados	26,4 milhões	26 milhões
Solicitantes de asilo	4,1 milhões	4,2 milhões
Deslocados venezuelanos (não inclui refugiados e solicitantes de asilo)	3,9 milhões	3,6 milhões
Deslocados internos (IDPs)	55 milhões	51 milhões

Ao examinar as populações de migrantes internacionais pela região de destino; encontra-se que a Europa é atualmente o maior destino do mundo com 87 milhões de migrantes (30,9% da população migrante internacional), seguido de perto por Ásia com 86 milhões (30,5%). América do Norte é o destino de 59 milhões de migrantes internacionais (20,9%) e África conta com 25 milhões de migrantes (9%). Nos últimos 15 anos, o número de migrantes internacionais na América Latina e o Caribe dobrou passando de cerca de 7 milhões, a aproximadamente 15 milhões, tornando-se a região com a maior taxa de crescimento de migrantes internacionais e o destino do 5,3% deles. Cerca de 9 milhões de migrantes internacionais vivem na Oceania o que

corresponde a cerca de 3,3 %(2,6).

Com relação aos países de destino, tal como tem acontecido nos últimos 50 anos, os Estados Unidos continuam a ser o principal país de destino dos migrantes internacionais, albergando mais de 51 milhões deles. A Alemanha tornou-se o segundo destino mais proeminente, com quase 16 milhões e Arábia Saudita o terceiro, contando 13 milhões. A Federação Russa e o Reino Unido completam os cinco primeiros países de destino, com cerca de 12 milhões e 9 milhões de migrantes internacionais, respectivamente (6).

No que diz respeito aos países de origem, A Índia tem a maior população de emigrantes do mundo, com quase 18 milhões de pessoas vivendo no exterior; o México é o segundo país de origem mais significativo, com cerca de 11 milhões. A Federação Russa é o terceiro maior país de origem, seguido de perto pela China (com cerca de 10,8 milhões e 10 milhões de respectivamente). O quinto país de origem mais significativo é a República Árabe Síria, com mais de 8 milhões de pessoas vivendo no exterior, principalmente como refugiados devido ao deslocamento em grande escala ocorrido na última década. Particularmente, a República Bolivariana da Venezuela (população objetivo deste estudo) tem se consolidado nos últimos 5 anos no décimo primeiro país de origem de migrantes internacionais com mais de 5 milhões de pessoas, aproximadamente (2,6).

1.2 Migração internacional na América Latina

A migração internacional é moldada por diversos determinantes econômicos, geográficos, demográficos e outros, que dão como resultado padrões de migração distintos. Os dados de migrantes internacionais disponíveis incluem estimativas das ligações que se estabelecem entre um país de origem e um de destino, permitindo assim o estabelecimento dos denominados *corredores migratórios* a nível global. Os corredores de migração representam um acúmulo de movimentos migratórios ao longo do tempo e fornecem um instantâneo de como os padrões de migração evoluíram para populações nascidas no estrangeiro que se mobilizaram a países de destino específicos. O tamanho de um corredor de migração de um país de origem para um país de destino é medido como o número de pessoas do país de origem que residiam no destino em um momento determinado.

Diversos estudos descrevendo as particularidades dos corredores de migração têm sido realizados ao redor do mundo. Ao longo dos anos tem se observado que

basicamente a maioria dos corredores migratórios tendem a caracterizar rotas que fluem de países em desenvolvimento a economias maiores. Os grandes corredores também podem ser definidos por conflitos prolongados e deslocamento contínuo (5,14).

O corredor México-Estados Unidos é o maior do mundo com quase 11 milhões de pessoas, e é o resultado de uma contínua migração sul-norte de longa data constituindo-se como uma característica fundamental na região da América Latina e do Caribe; sendo que em 2020, mais de 25 milhões de migrantes tinham feito a viagem para o norte e residiam nos Estados Unidos. Por outra parte, cerca de 11 milhões de migrantes na América Latina e no Caribe são originários de outros países da região (16). México é o país da região com mais emigrantes, com um estimado de 12 milhões, seguido pela República Bolivariana da Venezuela e a Colômbia, com 5 e 3 milhões de emigrantes, respectivamente (17).

A migração intrarregional tem crescido rapidamente na América do Sul, com as mulheres migrantes contribuindo para esse aumento (18). Aproximadamente 80% dos migrantes na América do Sul são migrantes intrarregionais. Desde 2010 o número de migrantes intrarregionais na América do Sul cresceu para quase igualar o número de sul-americanos vivendo fora da sub-região (10). Esse crescimento é resultado de vários fatores, incluindo o declínio da imigração para Europa, o endurecimento das políticas de imigração no exterior, desenvolvimentos positivos nas políticas de migração a nível regional, maiores oportunidades de emprego na América do Sul, aumentos nos meios de comunicação e custos de transporte mais baixos, e o deslocamento transfronteiriço da República Bolivariana da Venezuela (2,18).

Desde 2015, a instabilidade econômica e política desatada na Venezuela tem tido um impacto significativo nos fluxos migratórios na região e continua sendo uma das maiores crises de deslocamento e migração em todo o mundo (6,19). Em 2020, os venezuelanos constituíram a segunda maior população de pessoas deslocadas através das fronteiras do mundo; sendo que a Agência das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR) identifica “venezuelanos deslocados no exterior” como uma categoria para refletir a crise de deslocamento em curso; categoria que não inclui requerentes de asilo e refugiados daquele país (2).

Estima-se que aproximadamente 5,6 milhões de venezuelanos deixaram o seu país até junho de 2021 e cerca de 85% (aproximadamente 4,6 milhões) mudaram-se para outro país na América Latina e no Caribe (6,7,20,21). A grande maioria dos emigrantes venezuelanos saiu nos últimos cinco anos sendo Colômbia, Peru, Chile,

Equador e Brasil alguns dos principais países de destino para os refugiados e migrantes venezuelanos dentro da região (20). O corredor Venezuela-Colômbia tem adquirido ampla relevância atualmente convertendo-se no segundo mais importante da região e o décimo sétimo no mundo com mais de 2 milhões de migrantes, sendo este fato uma das múltiplas motivações para a realização do presente estudo.

Regularizar os venezuelanos deslocados continua sendo um desafio para os países da América do Sul, já que a região enfrenta uma das maiores crises humanitárias de sua história recente e muitos dos países nunca experimentaram fluxos de migrantes na escala atual, o que converte a emissão de vistos e a concessão de asilo num verdadeiro desafio. (20). Iniciativas de regularização em massa foram implementadas para apoiar aos venezuelanos; em agosto de 2020 um estudo revelou que países como Brasil e Peru concederam vistos humanitários a uma proporção substancial de venezuelanos (6); mas mesmo com esta emissão de autorizações de residência para um número significativo de pessoas, muitas continuam a ter um status irregular (20,21). Em fevereiro de 2021, a Colômbia implementou uma política fornecendo aos venezuelanos deslocados status de proteção temporária pelos próximos dez anos. A regularização terá impactos positivos duradouros, uma vez que promove a inclusão social e as contribuições econômicas através da integração no mercado de trabalho e acesso a cuidados de saúde, habitação, educação e outras proteções necessárias (20).

1.3 Dinâmica histórica da migração Colombiano-Venezuelana

A Colômbia e a Venezuela compartilham uma longa história de trocas populacionais em um contexto sociopolítico particularmente instável. Habitualmente, a população que vive nas áreas de fronteira apresenta padrões de circularidade e mobilidade constante ao longo de uma fronteira altamente permeável com grande número de pessoas se mobilizando em busca de emprego, suprimentos, acesso aos serviços básicos de saúde e educação (7).

Historicamente, a migração colombiana tem aumentado desde 1950, sendo os principais países de destino Estados Unidos, Equador e Venezuela. Este último conta com uma força de trabalho colombiana qualificada e não qualificada presente principalmente nas áreas de fronteira, devido às relações de vizinhança que têm atuado como elementos a favor da migração. É importante assinalar que dito movimento migratório é condicente com a explicação migratória desenvolvida pela

economia política marxista, que aborda as migrações sob o ponto de vista das relações capital-trabalho. O trabalhador nesse caso despojado dos meios de produção e obrigado a vender sua força de trabalho se vê igualmente obrigado a se deslocar no tempo e no espaço, ao que Jean-Paul de Gaudemar (1979) denominou “mobilidade do trabalho”(22). De acordo com os censos da população da Venezuela, o número de colombianos residentes entre 1951 e 1971 sofreu uma variação significativa, passando de 45.969 para 102.314 e localizando-se principalmente nos estados venezuelanos de Zulia, Táchira, Barinas e Portuguesa, sendo Caracas considerada um dos grandes polos de atração dos migrantes colombianos (23). Entre as décadas de 1950 e 1970, os colombianos representavam 60% do total de estrangeiros na Venezuela (24).

O petróleo passou a ser, na década de 70, o fator determinante do movimento econômico e da retomada fiscal venezuelana; o que por sua vez teve impacto nos fluxos migratórios para o país. Entre 1972 e 1974, registrou-se uma subida considerável dos preços internacionais do petróleo, o que gerou um acréscimo de 250% nas receitas fiscais do país, com a respectiva ampliação da capacidade financeira do governo para implementar estratégias de desenvolvimento que exigiam uma maior necessidade de mão de obra. Neste contexto, ampliaram-se os investimentos, a infraestrutura e o crescimento industrial em diversos setores, e se inicia uma política de promoção da imigração que permitiu a entrada de um elevado número de migrantes de toda a América do Sul, sendo o grupo mais representativo o dos colombianos (25). Estima-se que, entre 1976 e 1980, os projetos de crescimento teriam agregado entre 900.000 e um milhão de novos trabalhadores, um número bastante significativo à força de trabalho que em 1976 era de 3,7 milhões (26). O boom econômico venezuelano e a situação crítica de pobreza e instabilidade política na maioria dos países da América do Sul na época foram os elementos determinantes da migração laboral para a Venezuela. Com o afluxo massivo de migrantes o país implantou um programa de imigração muito mais seletivo, por isso, em 1976, a concessão de vistos foi centralizada, por meio da Diretoria de Identificação e Imigração (SAIME), do Ministério das Relações Exteriores; houve a suspensão dos vistos de turista e a criação de uma autorização de trabalho como documento complementar ao visto de entrada.

Com a modificação das políticas de imigração da época, cujo principal objetivo era legalizar os migrantes sem documentos, a fim de evitar a migração ilegal em massa, gerou-se um aumento acentuado do número de estrangeiros com residência

permanente no país, contando até outubro de 1977, com a cifra de 1,2 milhão, de uma população total de 13 milhões. Este número é muito significativo, dado que em 1961, após uma década de imigração massiva, os números mal chegavam a meio milhão de estrangeiros com autorização de residência. A mudança dessa tendência migratória teve sua maior expressão entre 1971 e 1977, período em que a população estrangeira residente, principalmente a colombiana, quase dobrou de número (26).

Mais tarde, no final da década de 1970, com a crise mundial do petróleo e suas repercussões nas estruturas produtivas e de emprego, os movimentos legais e ilegais da força de trabalho latino-americana em direção aos polos de desenvolvimento, entre os quais se contava a Venezuela, diminuiu significativamente e aumentou para outros destinos como os Estados Unidos, Canadá e Europa, com a consequente decisão destes países de implementar políticas migratórias mais restritivas(25,26).

A população colombiana residente na Venezuela experimentou um aumento substancial de 194% entre 1970 e 1990 sendo que a motivação básica de migração estava relacionada ao trabalho, com uma população constituída principalmente por adultos jovens, que migraram individualmente, deixando seus familiares em seus locais de origem. Em 1980, os colombianos na Venezuela representavam 77% de todos os imigrantes e em 1990 aproximadamente 76% (27,28). Da mesma forma, destaca-se que entre 1980 e 1990, a Colômbia contribuiu, respectivamente, com 83% e 82% de todos os migrantes andinos, sendo a migração a mais importante na América Latina, tornando-se difícil identificar o número exato de migrantes sem documentos na Venezuela (27–33). Os deslocamentos de cidadãos colombianos em direção à Venezuela particularmente e na década dos 90's também foram marcados pelo componente de migrações forçadas como consequência da intensificação do conflito armado interno colombiano e da atuação de grupos fora da lei, particularmente enraizados nas áreas de fronteira.

Diversos estudos concordam em afirmar que a modalidade predominante de emprego dos migrantes colombianos na época concentrou-se nos serviços sociais, comunitários e pessoais. A maioria deles trabalhava em empregos mal pagos e pouco qualificados. Um exemplo representativo é o serviço doméstico, que empregava 10% dos imigrantes ativos na Venezuela, o que mostra a precariedade do emprego. Para efeito de trabalhos precários, consideram os referentes ao serviço doméstico, familiar não remunerado e determinadas atividades exercidas por eles próprios. Os referidos autores também destacam que segundo os grupos profissionais, a população colombiana de ambos os sexos está preferencialmente ocupada em empregos

agrícolas com um percentual de 79,3%, seguida pelos trabalhadores dos transportes e artesãos (31,33,34).

Os estados venezuelanos de Zulia, Táchira e Apure ocupam um lugar preferencial para os migrantes colombianos, por estarem próximos do limite internacional e por serem cenários de troca fluida de mercadorias, serviços, entre outros. Embora alguns desses grupos optem por residir nos estados citados, outros ficam lá, apenas o tempo necessário para se deslocar de lá para os estados centrais do país, como o Distrito Federal, Miranda, Aragua, Carabobo, à procura de maiores oportunidades. de trabalho, habitação e serviços.

Em particular, os estados fronteiriços venezuelanos, basicamente Zulia e Táchira, adquirem um papel importante como áreas de forte atração migratória. Nestes estados, concentra-se as atividades industriais, agrícolas e de serviços, que constituem alternativas para a força de trabalho colombiana, tanto no meio rural como no urbano. Para ilustrar o exposto, apenas o setor industrial do eixo fronteiriço San Antônio - Ureña, formado por cerca de seiscentas indústrias e dois mil estabelecimentos comerciais em 1993, abrigava uma alta porcentagem de mão de obra colombiana (aproximadamente 80%), tornando-se um forte eixo receptor (35)

A partir da década de 1980, a economia venezuelana passou por uma mudança drástica, houve uma queda nas receitas do petróleo, produzida pela queda dos preços internacionais do produto - que é o maior gerador de recursos fiscais que entram no país -. A queda dos preços produziu efeitos recessivos em menores gastos públicos, demanda por reajustes salariais, elevada taxa de desemprego, elevados níveis de inflação, o que tornou o país menos atraente para que os colombianos emigrassem. Ao observarmos as taxas de crescimento intercensos do fluxo de colombianos para a Venezuela, vemos uma diminuição na intensidade migratória para o país, bem como um lento processo de retorno. Na década dos 90s se continuou a registrar fenômenos de imigração intensa (29,30).

A exacerbação e degradação do conflito colombiano, a partir da década de 1990, além da implementação de vários planos de segurança, como o Plano Colômbia, a Iniciativa Regional Andina, o Plano Patriota como instrumentos de combate aos efeitos do narcotráfico, guerrilhas, insegurança social e desequilíbrio econômico; modificou o quadro da migração colombiano-venezuelana. O padrão migratório varia da emigração econômica ao refúgio por razões políticas internas na Colômbia. Esta circunstância é evidenciada pelo aumento de um número significativo de colombianos, que recorrem ao direito de asilo e refúgio devido ao agravamento do

conflito armado. Neste caso, a dinâmica interna das fronteiras reflete a militarização, os conflitos territoriais, as violações dos direitos humanos e as violações do direito internacional humanitário e a migração forçada.

Em 1999, após confrontos entre grupos guerrilheiros colombianos e as Forças de Autodefesa na região de Catatumbo - uma área adjacente à Venezuela - mais de 3.000 pessoas foram deslocadas para a área de fronteira com este país. Foi então que se percebeu pela primeira vez a situação dos refugiados colombianos em território venezuelano, por motivos de política interna colombiana. Esse efeito não é exclusivo apenas da área de fronteira com a Venezuela, mas também nas áreas da fronteira da Colômbia com o Equador e o Panamá, onde se sentiram os efeitos do conflito colombiano. Esta situação extrapolou os limites internos, tornando-se um conflito com características internacionais e com graves repercussões pela crise humanitária que acarreta. Isso é evidenciado pela presença de organizações internacionais de ajuda humanitária na Colômbia e a diversidade de organizações não governamentais que monitoram o conflito.

Como resultado desses novos movimentos populacionais na fronteira colombiano-venezuelana, foram identificados três tipos de situações diferentes das já conhecidas. Um primeiro tipo refere-se a pessoas que cruzam a fronteira à noite e voltam ao território colombiano durante o dia para trabalhar; um segundo às pessoas que utilizam a passagem de fronteira como meio de trânsito, deixando seus locais de origem para retornar por outras etapas que representem maior segurança; e um terceiro tipo de pessoas que cruzam a fronteira e desejam permanecer em território venezuelano como refugiados.

1.4 Migração venezuelana no contexto colombiano atual

Devido às mudanças drásticas sofridas pela economia venezuelana, há uma diminuição na intensidade dos fluxos migratórios entre a Colômbia e a Venezuela. No entanto, o fluxo da Venezuela para a Colômbia tem se intensificado na última década, por causa da instabilidade política, institucional e econômica na Venezuela que criou o cenário de crise humanitária e que mudou drasticamente os padrões de migração entre os dois países. Os venezuelanos enfrentam escassez de alimentos e medicamentos, situações de violência e hiperinflação que os obrigam a deixar seu país: Esse fluxo migratório em contexto de crise inclui também o retorno de colombianos que antes buscavam melhores oportunidades no anteriormente próspero

país vizinho, bem como de famílias colombiano-venezuelanas de segunda e terceira geração. Estes últimos grupos de migrantes encontram dificuldades específicas relacionadas ao exercício de seus direitos de cidadania, sua reinserção e acesso a serviços públicos como emprego, educação e saúde (11,12).

O aumento vertiginoso do fluxo de migrantes e refugiados venezuelanos nos últimos anos é um evento sem precedentes na América Latina que segundo agências da Organização das Nações Unidas (ONU), corresponde até novembro de 2021, a 6 milhões de venezuelanos que deixaram seu país desde 2014 (36). A dinâmica migratória na Venezuela sofreu uma grande guinada nos últimos cinco anos; pois o país que historicamente atraía população (principalmente da vizinha Colômbia) passou ter um saldo negativo em termos migração (37,38).

As diversas estimativas convergem para apontar que a Colômbia lidera o grupo de países receptores da região com aproximadamente 32% do total de imigrantes e refugiados venezuelanos, seguida por Peru, Chile e Equador (36,39). Com base nos relatórios oficiais do Ministério das Relações Exteriores até julho de 2020, mais de 1,7 milhão de venezuelanos residiam na Colômbia, sendo que 44% deles foram encontrados em situação migratória regular e 56% foram considerados irregulares (Ministério del Interior, 2020). Surpreendentemente, apesar de ser o país da região que mais recebeu venezuelanos, é aquele onde menos pedidos de refúgio foram apresentados (8.824 de 2014 a 2018) e resolvidos (425 até dezembro de 2019) correspondendo apenas a 5% refugiados venezuelanos reconhecidos (40).

Há uma grande dificuldade em estabelecer números exatos e perfis de movimentos migratórios entre esses dois países devido ao amplo número de rotas não oficiais que são usadas nos mais de 2.200 km de fronteira que os separam. Esta fronteira cobre os estados de Zulia, Táchira, Apure e Amazonas, na Venezuela e os departamentos colombianos de Vichada, Arauca, Norte de Santander, Guainía, Cesar e La Guajira, com uma geografia tão variada que vai desde desertos até selvas. No total, 26 dos 1.102 municípios da Colômbia encontram-se na linha de fronteira com a Venezuela (CNMH, 2015).

Essa grande faixa fronteiriça dificulta o controle do tráfego de um país para outro, contando com um alto número de pessoas que se mobilizam diariamente em busca de emprego, suprimentos, acesso a serviços básicos de saúde e educação entre outros; assim como a presença de comunidades indígenas Wayuu, Yukpa e Bari que são altamente moveis e para quem as demarcações de fronteira entre os dois países não correspondem às suas territorialidades. Ainda existe uma grande

dificuldade em estabelecer números precisos e perfis específicos dos migrantes e refugiados que cruzam as fronteiras, pois os números oficiais relatados não envolvem necessariamente o registro individual e incluem um grau de estimativa, de acordo com a metodologia de processamento de dados usada por cada governo (41). O componente geográfico também desempenha um papel importante no estabelecimento dos números exatos sobre o fluxo migratório venezuelano para a Colômbia. O grande número de cruzamentos não oficiais como trilhas, estradas verdes e vias molhadas (rios) que são usados por migrantes e refugiados nos mais de 2.200 km que dividem os dois países torna difícil controlar o tráfego de um país para outro. A área de fronteira cobre os estados de Zulia, Táchira, Apure e Amazonas, na Venezuela e os departamentos colombianos de Vichada, Arauca, Norte de Santander, Guainía, Cesar e La Guajira. No total, 26 dos 1.102 municípios da Colômbia fazem fronteira com a Venezuela (24).

Os migrantes e refugiados não só lidam com as condições que motivaram a saída da Venezuela, mas também se deparam com dificuldades estruturais e históricas presentes nas regiões onde se estabelecem na fronteira colombiana. Uma vez que conseguem atravessar a fronteira; as condições de mobilidade dos indivíduos são especialmente agravadas pelo abandono histórico do estado na zona, a presença de grupos fora da lei, o tráfico de drogas e o contrabando; além do mais, os migrantes se encontram em constante competição com as necessidades não atendidas que sobrecarregam diferentes grupos populacionais locais como deslocados internos, comunidades pobres e indígenas. Estas áreas também apresentam condições históricas de informalidade, desemprego, violência e lacunas no acesso aos serviços públicos, que constituem desafios para o acolhimento dos recém-chegados devido à falta de disponibilidade de serviços e a baixa capacidade de absorção das comunidades de destino. A economia informal, incluindo o crime organizado, absorve os venezuelanos sem meios para avançar no interior do país ou continuar seu trajeto para outros destinos internacionais.

Múltiplos trabalhos acadêmicos têm analisado a crise migratória do povo venezuelano, principalmente com foco nas causas, nas circunstâncias da partida e na experiência durante a viagem (Arellano, 2018; Paéz, 2015; Koechlin; 2018), e têm tido como objetivo principal compreender a natureza essencialmente forçada da migração venezuelana contemporânea, assim como as condições da partida, deslocamento e jornada para vários destinos internacionais. De igual maneira, os marcos regulatórios e as reações políticas à migração venezuelana também têm sido motivo de análise

(Acosta, 2019; Selee, 2019). Embora exista uma convicção geral de que as necessidades dessa população são diversas e severas; ainda se evidencia falta de análises acadêmicas estruturadas sobre as condições de saúde atuais dos migrantes venezuelanos nas zonas de fronteira colombiana e a caracterização do acesso aos serviços básicos tanto no local de origem como de trânsito.

Segundo os relatórios publicados pelas organizações presentes na zona; o recente fluxo de venezuelanos para a Colômbia tem se caracterizado pela particular condição de vulnerabilidade dos imigrantes, principalmente a partir de 2016. A violência, a pobreza, a fome e a falta de serviços públicos básicos estão expulsando as pessoas da Venezuela. As instituições humanitárias presentes na Colômbia consideram que os imigrantes e refugiados que chegam hoje são radicalmente diferentes dos de anos anteriores (SJR et al. 2018). A primeira onda de migrantes foi composta por pessoas ricas com passaporte, indo para a Flórida, Panamá, Espanha e outros destinos internacionais. Para 2016-2017, muitas famílias de classe média migraram, viajando para países da América do Sul, como Colômbia, Chile e Peru. Na terceira fase, que começou por volta de 2018, as pessoas que não tinham passaporte e dinheiro para viajar começaram a cruzar a fronteira a pé até o destino. Eles se tornaram conhecidos como caminhantes.

No último ano migrantes e refugiados em piores condições de saúde, muitos deles com doenças crônicas de base, chegam na Colômbia a procura de serviços devido à falta de medicamentos e suprimentos nos hospitais venezuelanos. Muitas dessas pessoas, ficam desabrigadas e em condições de extrema vulnerabilidade (42). A população de migrantes e refugiados venezuelanos que chega à Colômbia com necessidades de saúde e educação insatisfeitas supera a capacidade das estruturas de apoio social existentes, incluindo o sistema geral de saúde e instituições públicas e privadas.

A rede de hospitais não está preparada para responder a demanda e fornecer o atendimento especializado que as pessoas com essas doenças crônicas avançadas requerem. O sistema de referência e contrarreferência para a mobilização de pacientes venezuelanos para instalações mais bem equipadas em outros pontos do país não existe, e o único serviço disponível em tese é o pronto-socorro, mas esse é um serviço que é especialmente complexo de obter para os venezuelanos sem documentação, que são maioria (GIFMM, 2019).

A Colômbia, como país receptor, ainda enfrenta graves problemas de segurança relacionados ao conflito interno, fato que é particularmente agravado pelo

abandono do Estado das áreas de fronteira. Nessas condições, os migrantes e refugiados não só lidam com as bases que motivaram sua saída da Venezuela, mas também enfrentam dificuldades estruturais e históricas presentes nas regiões onde chegam na Colômbia. Os migrantes geralmente se encontram em constante competição com as necessidades não atendidas que sobrecarregam diferentes grupos da população local, como deslocados internos, comunidades pobres e indígenas. As áreas fronteiriças também apresentam condições substanciais de informalidade, desemprego, violência e falta de acesso aos serviços públicos, que constituem grandes desafios para a recepção de recém-chegados devido à baixa disponibilidade de serviços e uma capacidade limitada para responder às necessidades dos migrantes e refugiados nas comunidades de destino. Existem várias organizações humanitárias que apoiam populações vulneráveis de migrantes e refugiados venezuelanos na Colômbia. Médicos sem Fronteiras (MSF) tem uma longa história de trabalho com migrantes e refugiados em geral. Dada a situação atual e as limitações enfrentadas pelos migrantes nas áreas de fronteira com a Colômbia, foram implantados projetos de atenção básica em três departamentos do país (Guajira, Norte de Santander e Arauca) para atender às necessidades específicas de saúde dessas populações. As atividades de MSF com populações migrantes em departamentos vizinhos da Venezuela começaram a ser implementadas em novembro de 2018 e são globalmente compostas por duas frentes de trabalho. Uma com atividades médicas institucionalizadas, em espaços hospitalares onde são prestados serviços de atenção primária à saúde (Consulta médica geral, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde Mental, pré-natal, entre outros) e outra móvel com equipes que prestam os mesmos serviços acima descritos; agregando pontos de atendimento para caminhantes de longa distância onde são fornecidos hidratação e kits de itens básicos.

1.5 Condições da população migrante venezuelana na Colômbia

Alguns corredores de migração oferecem mais dificuldades do que outros, tanto para os migrantes como para as autoridades migratórias. Para os migrantes muitas vezes, as rotas utilizadas no percurso podem ser inseguras e até mortais, constantemente relacionadas a uma série de problemas sociais, econômicos, ambientais e políticos que podem impactar profundamente as condições físicas, mentais e emocionais destes (43). No contexto atual, a população de migrantes mais vulneráveis é aquela que estão tomando a decisão de migrar, com limitadas opções

de regularização.

Mais de cinco milhões de pessoas deixaram a República Bolivariana da Venezuela desde 2015, quando o país entrou em período caracterizado por violência, perseguição e instabilidade econômica e política. A Colômbia tem sido o principal destino dos deslocados, com quase 1,8 milhão de venezuelanos entrando no país até o final de janeiro 2021 (9,44). Apesar de terem sido feito grandes esforços para acomodar essas esses migrantes na chegada – incluindo iniciativas como a criação de regularização em massa – 56 por cento dos venezuelanos não têm status regular (44). Sobre a regularização, a Colômbia implementou uma política em fevereiro de 2021, que fornece aos migrantes e refugiados venezuelanos um status de proteção temporária de 10 anos, dando acesso a serviços essenciais, como assistência médica nacional (9,10).

Entre os desafios para obter status legal, outras barreiras, incluindo acesso limitado a financiamento e discriminação na contratação, significaram que muitos enfrentam dificuldades de acesso à educação, emprego e cuidados de saúde (45). A pandemia tornou a situação dos venezuelanos deslocados na Colômbia ainda mais precária(46). Na tentativa de retardar a propagação do vírus e reduzir a pressão significativa que havia sido colocada no sistema de saúde já sobrecarregado, em março de 2020, o governo nacional da Colômbia impôs restrições à mobilidade e à atividade econômica (47). Isso acrescentou uma dimensão à crise sanitária e aprofundou o apoio exigido por estes grupos vulneráveis.

Em primeiro lugar, as doenças infecciosas representam uma ameaça constante à saúde dos venezuelanos deslocados, tendendo que enfrentar risco de exposição já que muitos vivem em lares superlotados, com uma ocupação média de cinco a nove pessoas dependendo da cidade, enquanto outros vivem em assentamentos informais com pouco acesso a água potável, banheiros e outras necessidades básicas (2,9). Além disso, apesar de ser elegível para alguns serviços, independentemente do status, os venezuelanos deslocados também têm acesso limitado aos cuidados de saúde, principalmente na fronteira, regiões onde são mais populosas, pois em muitas dessas regiões o nível de demanda por serviços de saúde excede a capacidade (48).

Os riscos para a saúde são agravados pelas condições econômicas (48). Os migrantes venezuelanos são mais propensos a trabalhar no setor informal da Colômbia (47). Em uma avaliação de agosto de 2020 da Organização Internacional para as Migrações (OIM) e do Programa Alimentar Mundial das Nações Unidas: 72% dos migrantes e refugiados venezuelanos que vivem na Colômbia, Equador ou Peru

relataram preocupações com a segurança alimentar (10,49). Os despejos em massa também ocorrerem porque os migrantes não conseguem pagar o aluguel (50), como resultado, alguns migrantes optaram por retornar à República Bolivariana da Venezuela, apesar do risco agudo da viagem, deixando os repatriados vulneráveis a grupos armados e traficantes de pessoas (9). Até o final de outubro de 2020, mais de 120.000 venezuelanos haviam feito a viagem de retorno (10,49,51). Em maio de 2021, as passagens de fronteira entre a República Bolivariana da Venezuela e a Colômbia tornaram-se cada vez mais perigosas à medida que as gangues incitam a violência para controlar os caminhos ilícitos (52).

No início de abril de 2021, um plano de seis pontos foi anunciado, detalhando a integração dos venezuelanos para garantir o acesso aos cuidados de saúde para todos os migrantes, independentemente da sua situação documental, enquanto os migrantes regulares foram incluídos em iniciativas de distribuição de alimentos e apoio econômico, como o “programa de renda solidária”, que prestou assistência àqueles que trabalhavam no setor informal (e, portanto, eram inelegíveis para outros programas de apoio) (53).

As organizações humanitárias também desempenham um papel fundamental no apoio a venezuelanos vulneráveis, providenciando itens não alimentares, incluindo kits de higiene e equipamentos de proteção individual, além de ajuda no processo de regularização, e outras ajudas (organizações distribuíram assistência em dinheiro por meio de cartões de débito) (9,10,54). Uma plataforma web denominada “Resposta para venezuelanos” também existe para fortalecer os esforços de gerenciamento e coordenação de dados entre organizações e agências com o objetivo de ajudar e proteger refugiados e migrantes da República Bolivariana da Venezuela (2,9,36). Em abril de 2021, o UNHCR e a OIM lideraram conjuntamente a coordenação de 73 organizações e agências internacionais, atualmente trabalhando em 14 estados da Colômbia em alinhamento com esforços humanitários nacionais (2,9).

1.6 Justificativa do estudo

Como referido anteriormente, são várias as organizações humanitárias que têm vindo a brindar apoio às populações de migrantes e refugiados venezuelanos em situação de vulnerabilidade em diferentes países da América Latina. Médicos Sem Fronteiras (MSF) como organização internacional humanitária, possui uma longa história de trabalho com migrantes e refugiados ao redor do mundo e criou, a partir de

novembro de 2018, projetos de atenção médica em três departamentos da fronteira Colombiana (Guajira, Norte de Santander e Arauca), a fim de atender às necessidades básicas de saúde dos migrantes e refugiados venezuelanos. As atividades de MSF compreendem duas frentes de trabalho (atividades médicas institucionalizadas e equipes móveis) fornecendo serviços de atenção primária em saúde tais como: consulta médica geral, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, assistência pré-natal, entre outras (55,56). As atividades de MSF na área de estudo foram estabelecidas como o ponto de partida para explorar a distribuição e as condições da população no território e para refinar uma pesquisa adaptada às necessidades de informação do projeto.

A disponibilidade de informações específicas sobre as condições de saúde dos migrantes e refugiados em seus locais de origem, trânsito e destino, assim como o acesso que eles têm aos diferentes serviços é essencial para a avaliação das necessidades e a implementação de projetos específicos de resposta. É crucial contar com dados detalhados que identifiquem e descrevam as características da população migrante e refugiada, neste caso específico, população venezuelana no território colombiano; para assim poder adaptar as intervenções de resposta humanitária às suas necessidades e circunstâncias particulares.

O fenômeno migratório venezuelano na Colômbia, como em muitos outros contextos migratórios no mundo, é moldado e continuamente redefinido por inúmeros aspectos altamente voláteis. A migração forçada venezuelana tem um impacto desproporcional nos estados fronteiriços, tornando particularmente evidente a necessidade de análises de contexto consistentes e oportunas.

O presente estudo visa fornecer uma compreensão mais ampla sobre como a interação de diversos fatores sociais, econômicos e de acesso a serviços influenciam as dinâmicas de mobilidade e as condições de saúde dos migrantes e refugiados venezuelanos, criando evidência sobre as necessidades específicas dos grupos de migrantes e refugiados mais vulneráveis.

Como propósito final, este estudo busca disponibilizar indicações-chave sobre oportunidades de fortalecimento dos serviços de saúde que atendam às necessidades identificadas dos migrantes e refugiados venezuelanos nas áreas da Colômbia onde o trabalho foi desenvolvido.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a relação entre as dinâmicas da mobilidade humana e a situação de saúde atual dos migrantes e refugiados venezuelanos na fronteira Colombiana e identificar os fatores determinantes da saúde tanto no seu local de origem quanto ao longo da rota de migração.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos da população de migrantes e refugiados venezuelanos na colômbia;
- Identificar padrões migratórios, rotas migratórias e motivações para migrar;
- Caracterizar as condições de saúde e o acesso aos cuidados de saúde da população migrante e refugiada no seu local de origem e ao longo da rota de migração;
- Identificar problemas específicos de saúde, comportamentos de procura de serviços, riscos para a saúde e exposição à violência dos migrantes e refugiados no seu ponto de origem e ao longo do percurso;
- Identificar planos futuros, expectativas e objetivos de destino.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Marco conceitual

As definições técnicas, termos-chave, conceitos e categorias específicas relacionados à migração encontram-se altamente associados a fatores geográficos, legais, políticos, metodológicos, temporais e administrativos entre muitos outros (57). Embora não haja consenso sobre definições universalmente aceitas; os conceitos no tema têm sido desenvolvidos em diferentes contextos com o fim de quantificar e analisar os efeitos da migração; alguns deles se apresentam a continuação. Na prática o uso de definições diferentes, bem como metodologias de coleta de dados diversas entre os países, dificulta a total comparabilidade das informações sobre migrantes (57,58).

Migração

De acordo com a definição estabelecida pela União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP), a migração humana refere-se a todos os fenômenos relacionados ao deslocamento geográfico dos indivíduos que compõem uma população. Os processos de deslocamento, sejam eles forçados ou voluntários, envolvem necessariamente a mudança permanente ou semipermanente de cidade, região ou país de residência (59,60). Este conceito, portanto, não se aplica a indivíduos sem residência fixa, como é o caso das populações nômades (61).

Residência

Lugar de moradia por um tempo determinado. Geralmente residência significa apenas a presença física como habitante de um determinado local. Deve fazer-se uma distinção importante entre a residência e o domicílio, que é o lugar de habitação fixa e permanente. O domicílio exige de fato, além da presença física, a intenção de tornar o local como a sede onde se localizam os meios de subsistência e interesses. Uma pessoa pode ter mais de uma residência, mas apenas um domicílio (57).

Por outra parte, o tempo decorrido entre a chegada em um lugar e a partida para outro é denominado duração de residência ou duração da estadia. Com relação ao tempo de estadia, se faz a distinção da migração de longa duração, em referência a aqueles indivíduos que mudaram de residência por um período de tempo extenso

(comumente definido na literatura como maior a um ano) ou migração de curta duração em referência à tendência a migrar várias vezes em um período de tempo relativamente curto (entendido dentro de um período de três meses e um ano) (59,62).

Migrante

Quando a migração é registada no tempo, é possível comparar o local de residência de uma pessoa em uma data previamente fixada com o local de residência atual. Migrante é qualquer pessoa que tenha tido pelo menos uma residência em uma divisão territorial diferente da residência atual. Existe também a denominação migrante primário para indicar uma pessoa que toma a decisão efetiva de migrar, enquanto migrante secundário é aquele cuja migração é o resultado da decisão de outra pessoa, como por exemplo filhos menores (59,62).

Migração interna e migração internacional

No caso dos estados soberanos, é feita uma distinção entre migração interna, ou seja, aquela em que o local de origem e o local de destino do migrante estão dentro do mesmo país e a migração internacional que ocorre além das fronteiras de dois países diferentes. Se diferencia entre imigração e emigração conforme o país é considerado o local de destino ou o local de origem dos migrantes, respectivamente (3,59,60,62).

Migração voluntária

Migração voluntária, também denominada migração espontânea ou migração livre é aquela que resulta da iniciativa e da livre escolha dos indivíduos para mudar de residência (62).

Migração forçada

A migração forçada é aquela que vai contra da livre escolha dos indivíduos e pode ser o resultado de múltiplos fatores como são os conflitos bélicos, a violação dos direitos humanos, as medidas de expulsão ditadas pelas autoridades contra determinados indivíduos ou grupos, entre outros; as pessoas são então forçadas a deixar o território em que residem, sem ser designado um local de destino. O mesmo ocorre com a evacuação, que visa despejar um território ameaçado ou em consequência de uma calamidade (62,63).

Refugiado

Indivíduos que foram forçados a fugir do seu país por causa de perseguição (por razões de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou filiação a um determinado grupo social), guerra ou violência. Um refugiado é uma pessoa incapaz ou sem vontade de regressar ao seu país de origem devido a medo e/ou receio bem fundado (57,62,64,65). A linguagem comum tende a classificar aos migrantes como refugiados; no entanto, o termo refugiado tem uma conotação jurídica muito estreita. A maioria desses migrantes forçados não atende aos requisitos das organizações internacionais para receber o auxílio e proteção como refugiado, já que muitos deles são pessoas deslocadas internamente em seu próprio país de origem (59,62,64).

Pessoas deslocadas internamente

Indivíduos que têm sido forçados ou obrigados a fugir ou a abandonar as suas casas ou locais de residência habitual, como resultado de conflitos armados, perseguição, situações de violência generalizada, violações de direitos humanos ou desastres naturais ou causados pelo homem. Os deslocados internos fogem das suas residências pelos mesmos motivos de um refugiado, mas não atravessam uma fronteira internacional para buscar proteção, eles permanecem legalmente sob proteção de seu próprio estado (57,66).

Migração irregular

Movimento de pessoas que ocorre fora das leis, regulamentos ou acordos internacionais que regem a entrada em ou saída do estado de origem, trânsito ou destino (1,16).

Migração regular

Migração que ocorre em conformidade com as leis do país de origem, trânsito e destino(57,67).

Fluxo migratório

Considerando um local de origem e um local de destino, se denomina fluxo migratório ao número de movimentos migratórios ou o número de migrantes entre um local e outro. A corrente numericamente mais importante é denominada corrente dominante e em contracorrente à menor (57,59,62).

Deslocamentos temporários

Habitualmente, estabelece-se uma diferença entre migração e deslocamento temporário, utilizando critérios baseados na duração da ausência no local de origem e na duração da presença no local de destino. Dentre esses movimentos, alguns merecem atenção especial por sua regularidade cíclica ou por sua importância econômica e social (57,59,62).

Deslocamento pendular

Está especialmente associado ao deslocamento de trabalhadores ou movimento de pessoas em busca de bens e serviços desde o seu local de residência para um determinado local de destino (empresa, escola, posto de saúde, local de comércio, entre outros) (59,62).

Deslocamento sazonal

A chamada migração sazonal geralmente tem uma periodicidade anual. É preferível usar o termo movimentos sazonais, uma vez que estes movimentos raramente conduzem a uma mudança de residência habitual (57,59,62).

Trânsito

O deslocamento em trânsito corresponde à passagem por um território que permite chegar a um destino em outro local e não constitui migração em relação ao território percorrido. Dentro desta categoria o movimento turístico ou viagens de férias podem ser contabilizados (57,59,62).

Migração individual

A migração individual refere-se a indivíduos que se movem isoladamente, e se associa geralmente a migrantes trabalhadores (59,62,67).

Migração coletiva

É chamada migração coletiva ou migração de grupo, a migração mais ou menos organizada, realizada por grupos de indivíduos ou famílias. Dentro desta categoria, se conta a migração em massa que é aquela que afeta um grupo muito grande de seres humanos e de igual jeito o êxodo que corresponde a uma emigração massiva e repentina, efetuada por causa de alguma calamidade, sem intervenção dos

poderes públicos. Se o deslocamento coletivo inclui toda a família é referido como migração familiar, algumas delas são migrações induzidas pelo chefe da família, caso em que a migração do resto dos membros é induzida (59,62).

Cadeia Migratória

A cadeia migratória refere-se a um padrão migratório para locais de destino onde o potencial migrante tem um parente ou amigo que estabeleceu residência e está disposto a fornecer informações e assistência. Um exemplo deste tipo de migração é o reagrupamento familiar, que se refere à chegada sucessiva de membros da família (3,62).

Política migratória

A política migratória de cada país corresponde a todas as declarações de um governo (incluindo leis, regulamentos, decisões ou ordens) sobre o que pretende fazer ou não fazer em relação à seleção, admissão, fixação e deportação de cidadãos estrangeiros residentes no país (68). As leis de imigração particularmente costumam ser restritivas; frequentemente, tendem a promover a imigração seletiva por meio de procedimentos mais ou menos diretos, colocando obstáculos à imigração de certos imigrantes considerados indesejáveis ou admitindo preferencialmente aqueles imigrantes cuja entrada no país seja considerada mais vantajosa (57,59,62).

Xenofobia

Embora não exista uma definição internacionalmente aceita de “xenofobia”, ela pode ser definida como o conjunto de atitudes, preconceitos e comportamentos que envolvem a rejeição, exclusão e, muitas vezes, a difamação de pessoas por serem percebidas como estrangeiras ou alheio à comunidade, sociedade ou identidade nacional (57,69).

3.2 Pergunta e hipótese do estudo

A relação entre migração e saúde é complexa e está influenciada por uma grande variedade de fatores sociais, econômicos, políticos e de contexto, assim como pelo tipo de deslocamentos sejam eles forçados ou voluntários, regulares, pendulares ou irregulares. A saúde e bem-estar como direitos humanos dos migrantes e

refugiados representam uma questão moral e de equidade que deve ser colocada no centro da agenda da resposta humanitária. A necessidade de coletar informações específicas sobre as condições de saúde e o acesso a serviços básicos por parte da população de migrantes e refugiados venezuelanos e a premissa de criar evidência para melhorar as intervenções humanitárias em saúde são algumas das razões que motivaram a realização do presente estudo. Se busca com a informação obtida neste processo destacar a importância de explorar e compreender a relação bidirecional entre migração e saúde, respondendo à pergunta de como a interação de múltiplos fatores presentes nas condições de vida e no acesso aos serviços tanto no lugar de origem como ao longo da rota impactam as condições de saúde, os padrões de migração e o acesso a serviços dos migrantes venezuelanos presentes em localidades colombianas específicas.

Partimos da hipótese da migração como um determinante estrutural e de grande impacto diferencial na saúde dos indivíduos. Esse trabalho apresenta como eixo central a abordagem da migração como determinante social de saúde; tendo-se estabelecido que durante os processos migratórios e em contextos humanitários em geral; as desigualdades no uso dos serviços de saúde podem aumentar (70,71). Grupos mais vulneráveis como mulheres, crianças, pessoas com deficiências, idosos, afrodescendentes e indígenas são particularmente expostos a situações de risco, doenças transmissíveis e múltiplas formas de violência devido principalmente à discriminação, falta de informação e falta de acesso a atenção primária (72–74). De igual maneira, faz parte do escopo do estudo criar evidência sobre como as diferentes formas de migração influenciam a saúde, tanto individual como coletiva, e como as trajetórias migratórias podem impactar positiva ou negativamente os resultados de saúde.

Desde o ponto de vista acadêmico, a proposta atual do programa de pós-graduação vem incorporando novas abordagens e pensando a saúde de uma forma mais holística. Como descrito no regulamento, o programa abrange dentro do seu objetivo “*a abordagem das mudanças dinâmicas na epidemiologia global, levando em conta a globalização e grande mobilidade de pessoas de um ponto para outro do globo*”. Dessa maneira as atividades acadêmicas, têm aberto novos espaços para a exploração de conceitos e metodologias diversas. Os determinantes sociais da saúde e as desigualdades no acesso a serviços; temas fundamentais nesse trabalho de tese; se constituem então como pontos de partida para analisar e entender como as interações de múltiplos fatores presentes nos processos migratórios impactam na

saúde dos indivíduos ao mesmo tempo que impulsionam iniciativas de trabalho para o desenvolvimento de processos, produtos e metodologias inovadoras no marco do programa de Pós-graduação em Medicina Tropical.

3.3 Ferramenta

Para entender como a interação de múltiplos fatores presentes nas condições de vida e acesso a serviços tanto no local de residência quanto ao longo do percurso determinam/impactam as condições de saúde das populações migrantes; a Unidade Médica Brasileira (BRAMU) de Médicos Sem Fronteiras seccional Brasil, desenvolveu uma técnica de coleta de dados especificamente adaptada às necessidades de informação nestas comunidades. A ideia é baseada na metodologia do Calendário de História de Vida (ou LHC pelo nome em inglês) e que tem como principal objetivo reunir informação retrospectiva de boa qualidade, associando-a com os diversos locais e tempos de residência/passagem de cada migrante (75).

3.3.1 Calendário de história de vida (LHC)

Diversas iniciativas de coleta de dados e pesquisa foram desenvolvidas em MSF com a intenção de investigar as inter-relações entre migração e saúde. A Unidade Médica Brasileira (BRAMU) ao desenvolver atividades de trabalho de campo tem se deparado com o desafio de coletar informações de saúde para populações em movimento. As pesquisas padrão muitas vezes falham em capturar movimentos migratórios múltiplos, uma vez que a rigidez das perguntas não permite moldar o processo de coleta de dados para se adequar às experiências individuais. Na busca por uma metodologia “tão flexível quanto a própria migração” o processo de revisão da literatura conduziu a busca pela metodologia do Calendário de História de Vida. O LHC é uma metodologia qualitativa, desenhada em um formato mais gráfico e dinâmico de tabelas cruzadas; usado especificamente para coletar dados retrospectivos tendo como principal vantagem o efeito de diminuir os erros de memória do entrevistado (76). Na aplicação do LHC, entrevistador e respondente, relatam, de forma conjunta, os aspectos relevantes da vida do entrevistado, por meio de uma conversa menos padronizada. Por trás dessa metodologia está a ideia de que uma linguagem mais flexível e um sequenciamento menos rígido de perguntas podem ajudar o entrevistador a se lembrar dos eventos com mais precisão. Além disso, a disposição das informações em gráfico possibilita uma análise transversal das

múltiplas dimensões da vida do entrevistado (75,76).

3.3.2 Ferramenta de histórico de migração (MHT)

Fazendo referência aos principais aspectos do LHC, uma ferramenta de coleta de dados quantitativos foi criada, tendo como aspecto fundamental o registro de informações com base em variáveis centrais de tempo e localização em três diferentes dimensões da história de uma pessoa: (a) experiências de migração ao longo da vida; (b) experiência atual de migração; e (c) planos futuros e destino. A ferramenta final adaptada às necessidades específicas de informação sobre migração venezuelana; esteve composta por 211 questões classificadas em 14 módulos de acordo com dados demográficos, localização, tempo e informações relevantes relacionadas à saúde. O questionário correspondeu então a uma série de tabelas subordinadas utilizadas de acordo com a migração e experiências de vida de cada participante. Tendo em conta a elevada complexidade dos padrões de migração na região da fronteira, um software de coleta de dados foi criado especificamente para a implementação desta metodologia, tendo como características importantes o uso de um componente robusto de georreferenciamento assim como perguntas de áudio para consultar informações confidenciais.

Da mesma maneira, a ideia por trás da ferramenta eletrônica foi fazer o processo de entrevista mais dinâmico com uma linguagem flexível e um sequenciamento de perguntas mais intuitivo que poderia ajudar o entrevistado a lembrar os eventos com mais precisão, e dessa forma diminuir os erros de memória.

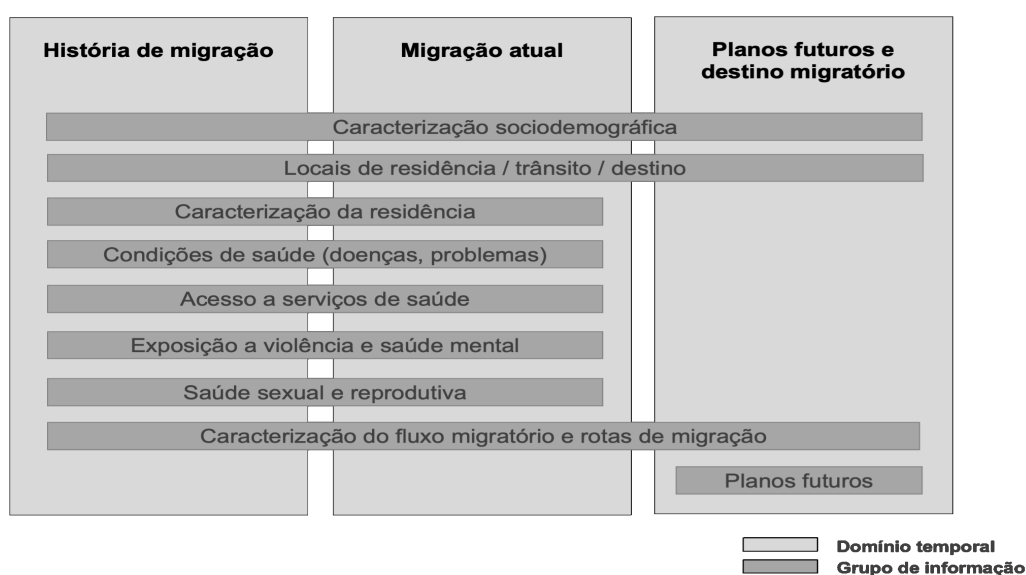


Figura 1. Domínios Temporais da ferramenta e grupos de informação. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Os questionários inseridos no software continham vários módulos sobre questões de saúde como: saúde sexual e reprodutiva, condições crônicas, doenças infecciosas, exposição à violência e saúde mental. Cada um desses módulos estava vinculado às experiências migratórias anteriores da pessoa, experiências migratórias atuais e planos futuros. Foi solicitado aos entrevistados que reportassem todos os locais onde residiram há mais de três meses (Migração Global) e, em alguns casos, todos os locais por onde passaram na viagem internacional mais recente (Migração Atual) através de um formato de tabela. Isso permitiu capturar não apenas a primeira e a última residência das pessoas, mas os processos migratórios internos anteriores à migração internacional, bem como os padrões de retorno e remigração. Todas as questões específicas da migração compreendiam um componente georreferenciado, que identificava automaticamente os lugares em um mapa e gerava coordenadas geográficas específicas que posteriormente poderiam ser analisadas na forma de simples tabulações ou mapas.

3.4 Localização

Na Colômbia, como em outros contextos de migração, a mobilização massiva da população venezuelana tem um impacto desproporcional nas áreas de fronteira (42). No ano 2019 (corte da informação que foi utilizada para o desenho e



planejamento do estudo) se registraram um total de 708.980 entradas de cidadãos venezuelanos pelos pontos oficiais de fronteira localizados ao leste do país sendo que o 75% das entradas se apresentaram no departamento Norte de Santander, 22% em La Guajira, 2% em Arauca e 0,3% no eixo da Orinoquia (Guainia e Vichada) (77–79).

Figura 2. Localização e municípios de pesquisa. Mobilidade humana e saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Baseando-se nos dados anteriores, a área de estudo definida na Colômbia incluiu os dois departamentos fronteiriços com o maior fluxo de entrada de migrantes registrado no país. As localidades de Riohacha no departamento da La Guajira e Tibú no departamento Norte de Santander foram definidas como áreas de pesquisa com base em critérios de relevância estatística e operacionais já que MSF está presente nesses municípios com projetos de apoio médico a população venezuelana, e adicionalmente fazem parte também das dois principais rotas migratórias da Venezuela para a Colômbia e outros destinos.

De acordo com os números oficiais das autoridades de imigração na Colômbia (Ministério del interior), estima-se que até 30 de junho de 2020 o departamento de Norte de Santander concentrava a segunda maior população venezuelana do país, sendo 11,3% do total (aproximadamente 200.256 habitantes). Dentro desse departamento, Tibú ocupa o terceiro lugar em número de migrantes, com uma estimativa de 8.891 residentes venezuelanos. Por outro lado, até maio de 2020, 155.725 venezuelanos residiam no departamento de La Guajira que ocupa o quarto lugar na lista de departamentos com a maior concentração de migrantes venezuelanos no país; hospedando aproximadamente 8,8% do fluxo total, deles cerca de uma terceira parte (49,280 indivíduos) residem no município de Riohacha (80).

3.5 Amostra

Uma visita de avaliação previa, durante o processo de desenho do estudo permitiu determinar que os pontos mais adequados para recrutar possíveis participantes seriam os locais de encontro de migrantes e refugiados venezuelanos onde os serviços de assistência humanitária são fornecidos. Como o questionário elaborado refere-se a uma variedade de módulos relacionados ao acesso à assistência médica, condições de saúde e necessidades, observou-se que outros

serviços além das clínicas e postos móveis de MSF seriam preferíveis para evitar viés de seleção. Os pontos para distribuição de alimentos (*comedores comunitarios*) foram os espaços mais diversos encontrados para fins de coleta de dados; com todos os tipos de perfis presentes (pessoas assentadas, em trânsito, morando na rua, famílias etc.) e o único ponto onde foi referido que os migrantes indígenas vão com alguma regularidade. Além do mais, esses estabelecimentos funcionam em todos os municípios onde MSF está presente.

Em Riohacha, a fundação Guajira Naciente administra cinco Comedores financiados pelo Programa Mundial de Alimentos (81). Os dois maiores locais (Rancheria e Nuevo Faro) foram selecionados com base em sua população total coberta de aproximadamente 2.800 migrantes e sua localização dentro da cidade. Por outra parte, em Tibú, o Comedor Comunitário Pastoral de Vítimas foi incluído como o único estabelecimento do gênero no município com uma população atendida de 350 pessoas (82).

As informações sobre a população atendida nos centros de distribuição de alimentos foram utilizadas para estimar amostras independentes e estatisticamente significativas. Os cálculos foram realizados com base na capacidade total e nos números diários de chegada; usando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Para Riohacha os números de capacidade dos dois *comedores* selecionados foram tomados como uma unidade e os participantes posteriormente distribuídos proporcionalmente entre os locais, pois o estudo não busca estabelecer diferenças entre *comedores*. A amostra final calculada correspondeu a um total de 516 migrantes e refugiados dos quais, 340 indivíduos participariam do estudo em Riohacha e outros 176 em Tibú.

Tabela 4. Locais de estudo, população e amostra. Mobilidade humana e saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Departamento	Município	Comedor	População	Amostra
La Guajira	Riohacha	Nuevo Faro	1.000	125
		Rancheria	1.800	215
Norte de Santander	Tibú	Pastoral de Victimas	350	176
Total			3.150	516

3.6 Método de amostragem

Tomando como premissa a exigência de não associar a participação no estudo com a obtenção de ajudas sociais e serviços de alimentação; o critério de amostragem probabilística espaço-temporal foi escolhido. A abordagem aos potenciais participantes foi feita em locais diferentes dos refeitórios, onde se esperava a concentração dos migrantes e refugiados (pontos de entrada, saída, registo e espera, por exemplo). A aplicação do questionário foi realizada em Riohacha em dois locais diferentes por um total de 8 dias contínuos e em Tibú em um único local durante 5 dias consecutivos, as atividades de coleta de dados e aplicação de questionários se deram durante o mês de março de 2020.

3.7 Análises de dados

Após o processo de coleta de dados, as informações obtidas foram verificadas em sua qualidade, consolidadas em bases e analisadas por meio de estatística descritiva, análises bivariadas e de correlação. Microsoft Excel® e STATA® foram utilizados nos processos de limpeza, depuração, exploração e análise de dados. Os parâmetros estimados correspondem principalmente a proporções e totais e encontram-se associados as características sociodemográficas da população de migrantes e refugiados venezuelanos encontrados nos locais de pesquisa na colômbia; as suas condições de saúde e o acesso aos serviços básicos de saúde no seu local de origem, assim como ao longo da rota de migração.

Este estudo é analisado principalmente desde a perspectiva do participante, no entanto, inclui informações que permitem caracterizar o entorno familiar e social dos migrantes e refugiados venezuelanos nos locais de residência passada e atual assim como as particularidades do fluxo migratório. A ferramenta conta também com informação georreferenciada dos principais pontos na história migratória e na rota de migração atual e a sua associação com eventos específicos de saúde (problemas de saúde, acesso aos cuidados, violência entre outros), para cujo manejo e análise o sistema de informação geográfica QGIS foi utilizado.

3.8 Considerações Éticas

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê Internacional de Ética

em Pesquisa de Médicos Sem Fronteiras (MSF) mediante aprovação ID 1948. O uso das informações de pesquisa e bases de dados com fins acadêmicos e em cumprimento dos requerimentos do Doutorado em Medicina Tropical foi regulamentado através de acordo de compartilhamento de dados (DSA) assinado entre o Departamento Médico do Centro Operacional de Bruxelas de Médicos Sem Fronteiras (MSF-OCB) e a Diretoria do Instituto Oswaldo Cruz da Fiocruz (IOC-Fiocruz) (Anexo 1). Para o desenvolvimento das atividades nas áreas selecionadas da Colômbia, contou-se com o apoio de duas organizações parceiras; em Riohacha, a fundação Guajira Naciente (81) e em Tibú A Diocese Pastoral de Vítimas (82) que forneceram as autorizações locais e consentimentos de participação (Anexos 2 e 3). Todos os participantes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi minuciosamente explicado pelos entrevistadores, destacando os usos da pesquisa, riscos, benefícios e termos de confidencialidade.

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos sociodemográficos da população de estudo

Como estabelecido no cálculo amostral, um total de 516 pessoas foram entrevistadas nas áreas de estudo colombianas durante a implementação da pesquisa. Dos participantes, 66% foram entrevistados na cidade de Riohacha, La Guajira e o restante 34% no município de Tibú em Norte de Santander.

A maioria dos entrevistados (89%) possuía cidadania venezuelana exclusivamente; 8% foram definidos como binacional e o restante 3% declararam cidadania colombiana exclusiva (Figura 3). É importante destacar que aproximadamente 11% dos participantes encontrados nos sítios correspondeu à categoria de migrantes colombianos retornados. Estima-se que esse grupo de pessoas atinja aproximadamente 500 mil indivíduos que retornaram da Venezuela entre 2014 e 2019 enfrentando as mesmas dificuldades que os cidadãos venezuelanos e lutando para se adaptar novamente ao contexto colombiano, pois geralmente são percebidos como estrangeiros em seu próprio país. (83,84)

Neste contexto migratório específico, o fluxo venezuelano se combina com a mobilidade de famílias de colombianos, ou grupos de nacionalidade mista em condições prévias de vulnerabilidade que deixaram a Colômbia em décadas anteriores fugindo da violência ou buscando melhores oportunidades de vida na Venezuela. (37,38)

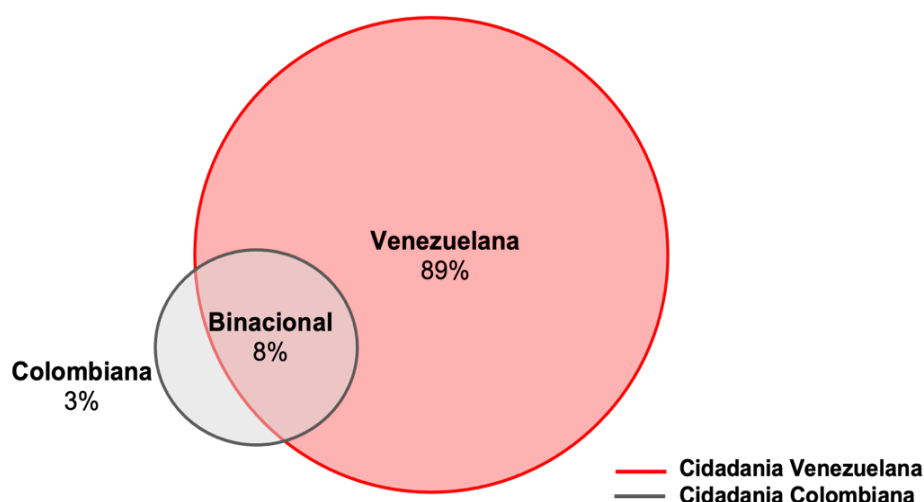


Figura 3. Distribuição de nacionalidades dos entrevistados. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

De modo geral, a população encontrada nos dois locais de estudo apresentou características sociodemográficas semelhantes. Não se evidenciaram diferenças significativas nas distribuições de sexo e idade dos participantes segundo o local da entrevista ($\chi^2 = 0,093$ $p = 0,753$) ($t = -0,8459$ $p = 0,3980$). O grupo entrevistado esteve composto por uma maior proporção de participantes do sexo feminino (58% vs. 42% do sexo masculino), com idade mediana de 35 anos (IC 33,1-36,7) e com indivíduos em idades desde os 15 aos 89 anos; sendo que a metade deles encontrava-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos. A distribuição dos participantes por sexo e idade se apresenta na figura 4.

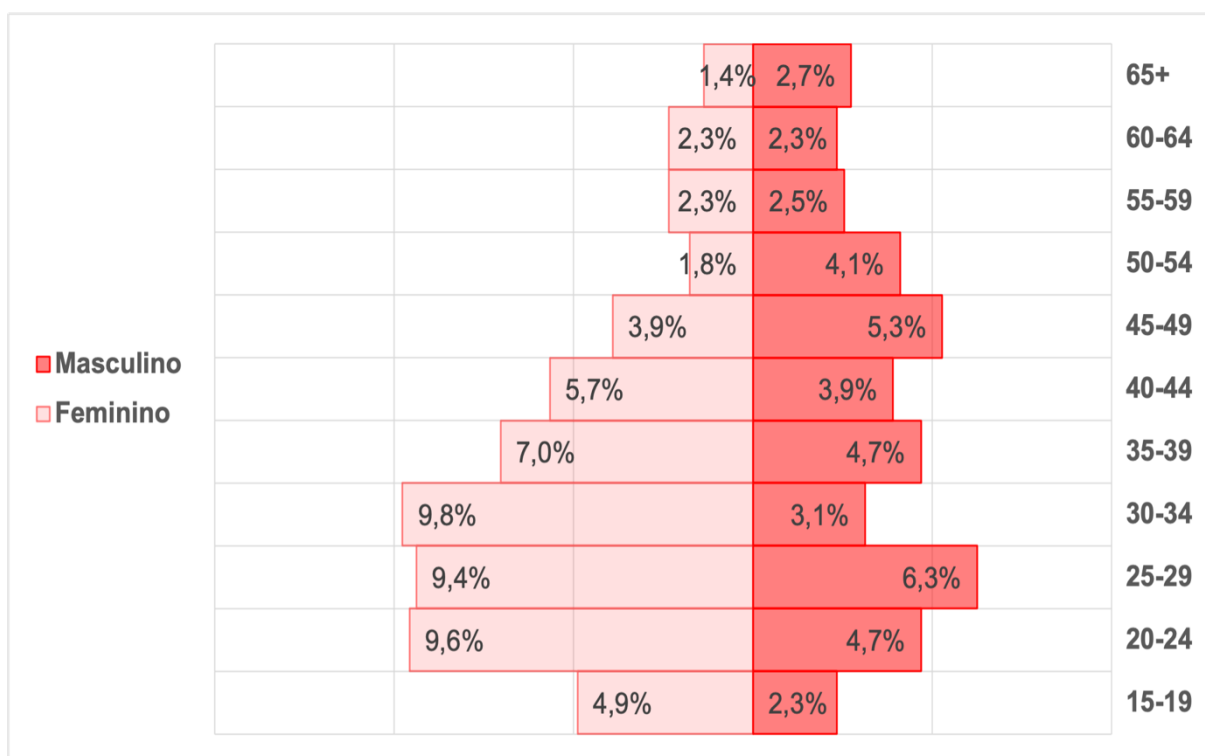


Figura 4. Distribuição de gênero e idade dos participantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Em outros aspectos sociodemográficos, como são a escolaridade e estado civil, os participantes apresentaram características semelhantes, independentemente do local da entrevista ou do sexo. A maioria dos indivíduos possuía ensino fundamental completo/secundário incompleto (45%) e se encontravam casados ou em união consensual (57%) no momento da entrevista (Tabela 5).

Tabela 5. Nível de escolaridade e status civil dos participantes por local de entrevista. mobilidade humana e saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Variável	Categoria	Riohacha		Tibú		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nível de escolaridade	Primário completo/Secundário incompleto	158	46	75	43	233	45
	Secundário completo/Superior incompleto	85	25	47	27	132	26
	Primário incompleto	37	11	31	18	68	13
	Superior completo	34	10	14	8	48	9
	Analfabeta	15	4	6	3	21	4
	Alfabetizado sem educação formal	11	3	3	2	14	3
	Total		340	100	176	100	516
Status Civil	Casado(a)/União estável	193	57	103	59	296	57
	Solteiro(a)	119	35	67	38	186	36
	Divorciado(a)/Separado(a)	19	6	1	1	20	4
	Viúvo-a	9	3	5	3	14	3
	Total		340	100	176	100	516

Historicamente, a presença de vários grupos indígenas altamente móveis tem sido documentada ao longo da fronteira colombiano-venezuelana. Na amostra do estudo, 20% (n=103) dos respondentes referiram pertencer a um grupo indígena. Foi observada uma diferença significativa quanto à distribuição dessa variável entre os locais de pesquisa ($\chi^2 = 26.436$ $p = 0,000$); sendo Riohacha o lugar onde se encontrou a maioria das pessoas que se identificou como indígena (26%) contra 7% em Tibú. Analisando as características sociodemográficas desse segmento da população em particular, não foram encontradas diferenças significativas enquanto à idade, sexo, escolaridade e distribuição do estado civil com relação aos participantes não indígenas. Os participantes de origem indígena corresponderam em 90% dos casos à etnia Wayuu e menor proporção as etnias Yukpa (8%), Ticuna (1%) e Inga (1%).

4.2 Migração global

A fim de estabelecer, de forma geral, os padrões de mobilidade da população entrevistada; um módulo inicial de perguntas foi elaborado indagando os locais de residência nos últimos 2 anos (2018-2019). A definição de residência para este estudo foi estabelecida como os locais onde os participantes permaneceram por mais de 3

meses durante o período avaliado. As informações sobre locais de residência estiveram disponíveis para 479 participantes (93%).

Os entrevistados relataram ter morado por mais de três meses entre uma e seis cidades ou vilarejos diferentes, com uma média de 1,6 localidades por entrevistado. Os locais de residência correspondiam em sua maioria a áreas urbanas (82% versus 18% das áreas definidas como rurais). As localidades referidas estiveram mais comumente localizadas na Colômbia (62%) e uma vez analisadas as especificidades dos locais colombianos; 92% dos participantes referiram residir nos municípios onde se realizou a entrevista em Norte de Santander (Tibú) e La Guajira (Riohacha).

Tabela 6. Locais de residência referidos pelos participantes durante 2018-2019 Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Estado	País	Frequência	Porcentagem
La Guajira	Colômbia	297	38.0
Zulia	Venezuela	172	22.0
Norte de Santander	Colômbia	145	18.5
Mérida	Venezuela	27	3.5
Carabobo	Venezuela	17	2.2
Distrito Capital	Venezuela	14	1.8
Trujillo	Venezuela	11	1.4
Anzoátegui	Venezuela	10	1.3
Lara	Venezuela	10	1.3
Falcon	Venezuela	9	1.2
Aragua	Venezuela	8	1.0
Outros	Colômbia	39	5.0
Outros	Venezuela	23	2.9
Total		782	100

Através da informação recolhida neste módulo, foi possível determinar que os participantes encontrados nos locais de entrevista não atravessam a fronteira colombiano-venezuelana de maneira regular, as perguntas nesse modulo tinham como propósito estabelecer a frequência das viagens internacionais e através delas evidencias certos padrões de migração. Podemos afirmar que a população migrante e refugiada venezuelana participante do estudo corresponde a pessoas com perfil de

baixa mobilidade internacional, permanência de longo prazo e com um fluxo migratório constante de corrente dominante para a Colômbia durante o período avaliado. Figura 5.

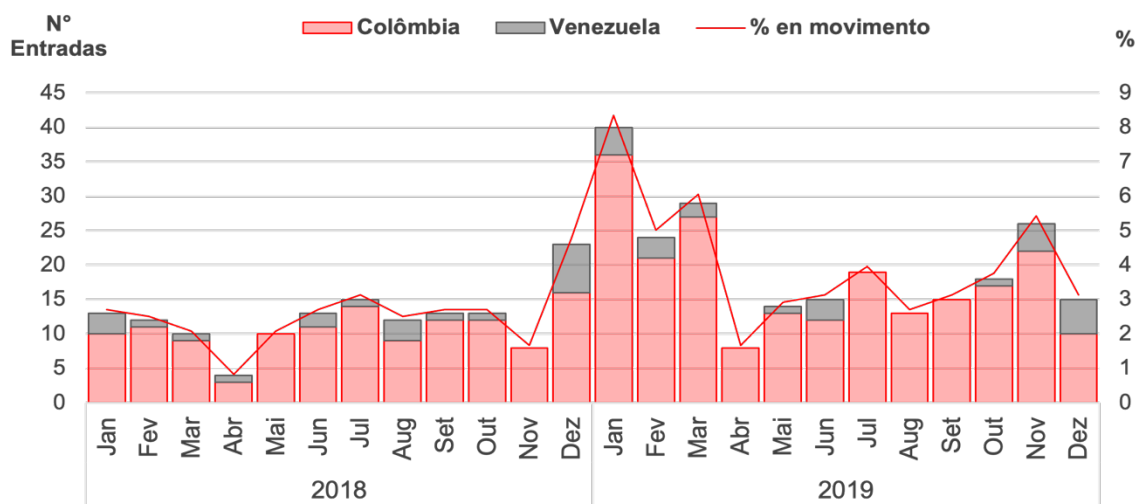


Figura 5. Perfil de residência e mobilidade dos participantes na fronteira colombiano-venezuelana. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

No seu ponto mais alto (janeiro de 2019), apenas 8,4% das pessoas entrevistadas estavam se deslocando entre Colômbia e Venezuela. No início do período de análise (janeiro de 2018), aproximadamente 68% dos participantes residiam na Venezuela e 32% já haviam estabelecido residência na Colômbia. Após dois anos e com um aumento constante do afluxo para a Colômbia; a distribuição dos locais de residência se inverte, sendo que ao final do período avaliado (dezembro de 2019) aproximadamente 92% dos participantes se encontravam residindo na Colômbia e apenas 8% residiam na Venezuela.

Este estudo descreve vários dos motivos que impulsaram a mudança de residência. Quando questionados pela motivação principal, o “desejo de melhores condições de vida” foi sem dúvida o mais referido pelos participantes, sendo igualmente importante tanto para homens como para mulheres. Em contrapartida, o segundo motivo mais predominante, a “procura de emprego” aparece mais frequentemente como causa de migração para os homens ($\chi^2=31,7191$ $p=0,007$). Motivações como “reunião familiar” e “razões médicas” aparecem de maneira mais recorrente entre as mulheres entrevistadas, mas não apresentaram uma diferença estatisticamente significativa. Apesar da situação política no país, com processos de

perseguição política documentados, nenhum dos participantes listou fatores do tipo relacionados às suas motivações para migrar (Tabela 7).

Tabela 7. Principal motivo para deixar o local de residência segundo o sexo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Principal motivação para migrar	Masculino	Feminino	Total
	Porcentagem (%)		
Melhores condições de vida	67.6	62.2	65.3
Procura de emprego	12.1	22.1	16.4
Reunião familiar	7.3	5.1	6.4
Motivos médicos	5.2	2.5	4.1
Seguindo a um familiar	2.6	3.5	3.0
Insegurança alimentar	2.1	0.3	1.4
Outros vários	0.7	1.9	1.2
Conflitos familiares	1.0	0.3	0.7
Vítima de violência	0.2	1.0	0.5
Despejo	0.2	0.6	0.4
Oportunidades de educação	0.5	0.3	0.4
Começar uma nova família	0.2	0.3	0.3
Deportação	0.2	0.0	0.1
Casos validos	181	256	437

4.3 Vida na Venezuela

4.3.1 Última residência (ponto de partida na rota de migração atual)

Visando estabelecer os locais de início da migração internacional; os participantes foram questionados sobre seu último local de residência na Venezuela (entendida como o local onde se instalaram por um período superior a 3 meses) justo antes de iniciar sua viagem para a Colômbia. É importante destacar que esta localização não reflete necessariamente o lugar de residência permanente ou o local de origem dentro do país, uma vez que a migração interna é um fenômeno crescente na Venezuela (85) e os processos de migração individuais podem incluir várias etapas anteriores à migração internacional. A localização dentro da Venezuela referida neste segmento corresponde ao "ponto de partida" a partir do qual o histórico de migração

atual é coletado (Tabela 8).

No total, 85% dos participantes definiram sua data de saída da Venezuela entre 2017 e 2019 (quando a crise no país aprofundou) e cerca de 10% referiram ter saído do país mais recentemente, durante o primeiro trimestre de 2020. Também foi possível encontrar uma proporção menor de respondentes que havia deixado a Venezuela desde o início dos anos 2000. Figura 6.

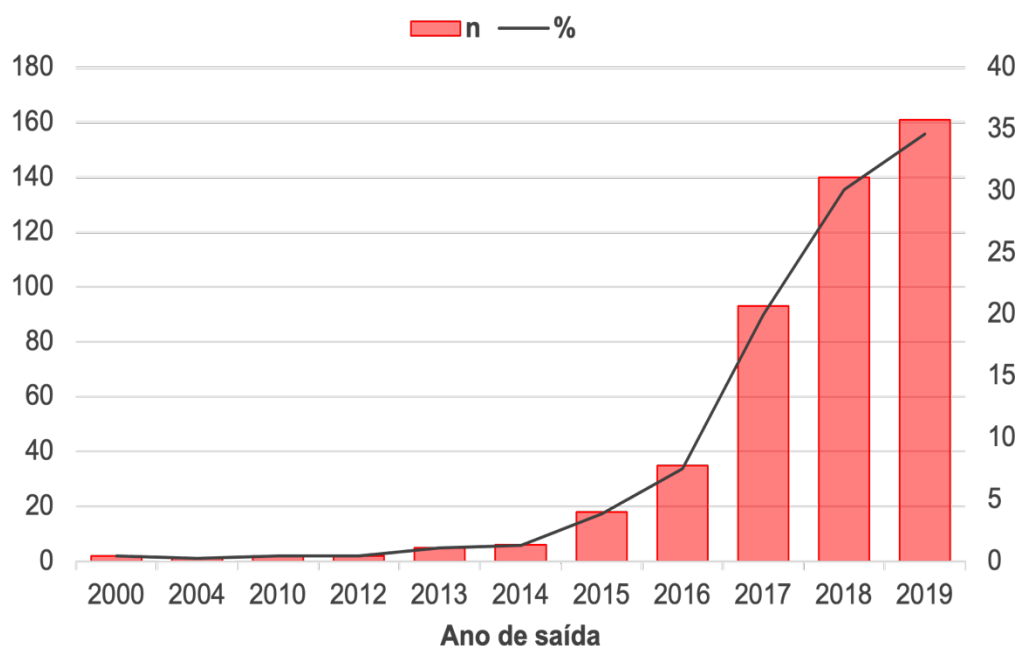


Figura 6. Ano de saída da Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Como esperado, foram encontradas diferenças ao analisar os lugares da última residência na Venezuela referidos pelos participantes em cada local de entrevista. Observou-se que a população entrevistada em Riohacha veio principalmente do estado fronteiriço de Zulia (72,9%) e estados do norte do país como Lara (5,6%), Distrito Capital (4,7%), Aragua (3,2%) e Falcón (3,2%). Embora o estado de Zulia também constitua a principal área de última residência na Venezuela entre os respondentes encontrados em Tibú, sua proporção é significativamente menor (43,7%), seguida pelos estados de Mérida (18,5%), Trujillo (8,6%) e Carabobo (7,5%). Foi possível identificar em Tibú, mais migrantes provenientes dos estados centrais do país assim como, em menor escala, migrantes de estados do extremo leste, como Sucre e Bolívar (Tabela 8, Figuras 7 e 8).

Tabela 8. Estados de última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Local	Riohacha	Tibú	Total
	Porcentagem (%)		
Zulia	72,9	43,7	63,0
Mérida	0,9	18,5	6,7
Carabobo	2,9	7,5	4,5
Distrito Capital	4,7	4,0	4,5
Lara	5,6	2,3	4,4
Trujillo	0,6	8,6	3,3
Aragua	3,2	1,1	2,5
Falcón	3,2	0,6	2,3
Anzoátegui	2,1	1,1	1,8
Portuguesa	0,6	3,4	1,6
Táchira	0,6	2,3	1,2
Barinas	0,0	2,9	1,0
Miranda	0,9	1,1	1,0
Yaracuy	0,9	0,6	0,8
Sucre	0,3	1,1	0,6
Vargas	0,3	0,6	0,4
Bolívar	0,0	0,6	0,2
Cojedes	0,3	0,0	0,2
Casos válidos	339	174	513

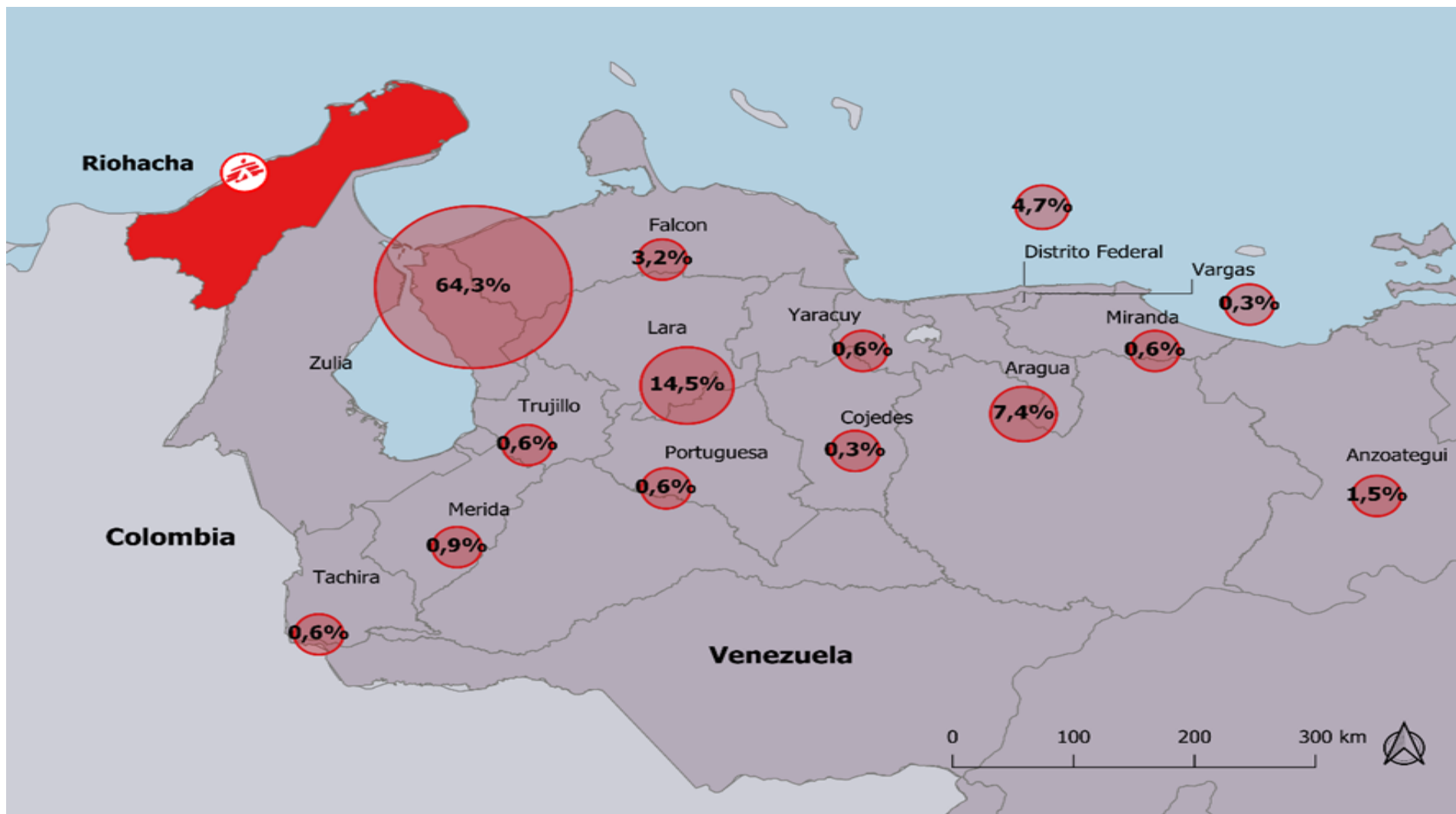


Figura 7. Mapa dos estados de última residência na Venezuela para os participantes entrevistados em Riohacha. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

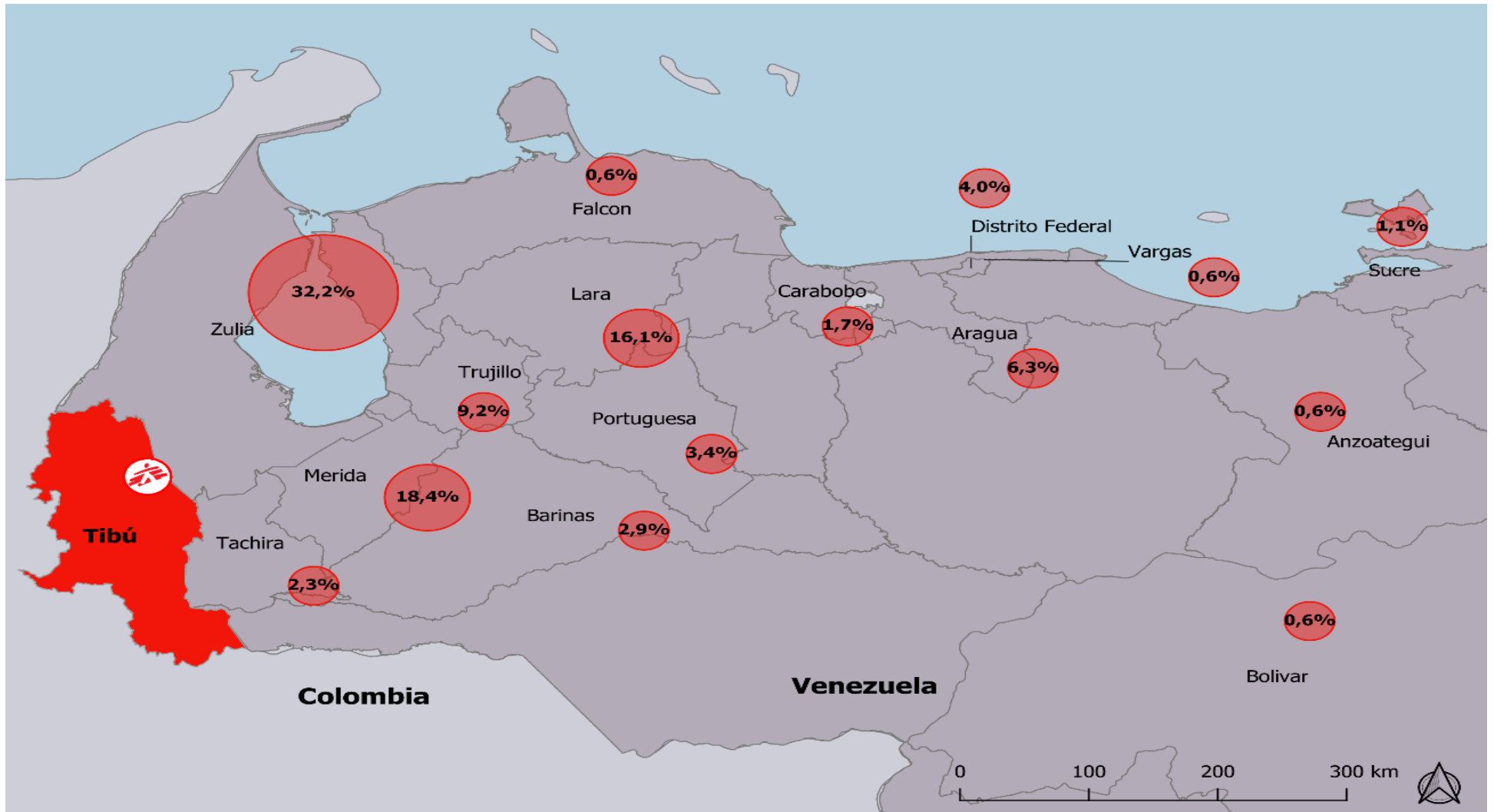


Figura 8. Mapa dos estados de última residência na Venezuela para os participantes entrevistados em Tibú. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Em relação à localização específica da última residência; observou-se que a maioria dos participantes residia em grandes cidades antes de chegar à Colômbia. Maracaibo, capital do estado fronteiriço de Zulia, foi a cidade maioritariamente informada como última residência dentro da Venezuela por aproximadamente 48,5% das pessoas. Em segundo lugar encontrasse Cabimas (também localizada no estado de Zulia) com 8,4% das menções; Barquisimeto no estado de Lara e Caracas no Distrito Capital ocuparam o terceiro lugar ambas com igual proporção de respostas correspondente ao 4,5% e completando o topo da lista das cidades mais referidas como última residência na Venezuela, Mérida no estado do mesmo nome e Valencia em Carabobo ocupam o quarto lugar com 3,9% cada uma (Tabela 9).

Tabela 9. Localidades específicas de última residência. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Municipalidade	Estado	n°	%
Acarigua	Portuguesa	5	1,0
Agua Clara	Trujillo	1	0,2
Altagracia	Zulia	11	2,1
Anaco	Anzoátegui	2	0,4
Barcelona	Anzoátegui	4	0,8
Barinas	Barinas	5	1,0
Barquisimeto	Lara	23	4,5
Betijoque	Trujillo	6	1,2
Boconó	Trujillo	1	0,2
Cabimas	Zulia	43	8,4
Caracas	Distrito Capital	23	4,5
Carúpano	Sucre	2	0,4
Casigua El Cubo	Zulia	6	1,2
Ciudad Bolívar	Bolívar	1	0,2
Ciudad Ojeda	Zulia	1	0,2
Coro	Falcon	8	1,6
El Danto	Zulia	1	0,2
El Pao	Cojedes	1	0,2
El Tigre	Anzoátegui	3	0,6
El Vigia	Mérida	6	1,2

Municipalidad	Estado	n°	%
Encontrados	Zulia	2	0,4
Guanare	Portuguesa	1	0,2
Guarenas	Miranda	1	0,2
Isla de Toas	Zulia	1	0,2
La Concepción	Zulia	3	0,6
La Fria	Táchira	1	0,2
La Grita	Táchira	1	0,2
La Guaira	Vargas	2	0,4
Las Mucuras	Zulia	1	0,2
Los Teques	Miranda	4	0,8
Maracaibo	Zulia	249	48,5
Maracay	Aragua	13	2,5
Mérida	Mérida	20	3,9
Moron	Carabobo	3	0,6
Nueva Bolivia	Mérida	2	0,4
Playa Patilla	Sucre	1	0,2
Punta Cardón	Falcon	4	0,8
Rúbio	Táchira	1	0,2
San Cristobal	Táchira	2	0,4
San Felipe	Yaracuy	4	0,8
San Juan de Colon	Táchira	1	0,2
San Rafael del Mojan	Zulia	1	0,2
Santa Barbara del Zulia	Zulia	1	0,2
Santa Cruz de Mara	Zulia	3	0,6
Tovar	Mérida	6	1,2
Trujillo	Trujillo	6	1,2
Tucani	Mérida	1	0,2
Valencia	Carabobo	20	3,9
Valera	Trujillo	3	0,6
Villa Bruzual	Portuguesa	2	0,4
Total		513	100,0

4.3.2 Caracterização da última residência na Venezuela.

Juntamente com as informações individuais fornecidas pelos participantes, foi possível caracterizar um total de 513 domicílios segundo suas últimas residências na Venezuela. Dados de sexo, idade e parentesco de 1.809 indivíduos que residiam com os migrantes e refugiados entrevistados foram coletados indiretamente. Observa-se que de maneira geral, as residências apresentam uma distribuição por sexo de 51,6% homens e 48,4% mulheres. Uma característica que chama a atenção é a alta proporção de menores de 20 anos que corresponde, segundo a informação coletada, a aproximadamente 53% das pessoas nas residências dos entrevistados na Venezuela; contando também com um expressivo 14% de crianças menores de cinco anos (Figura 9).

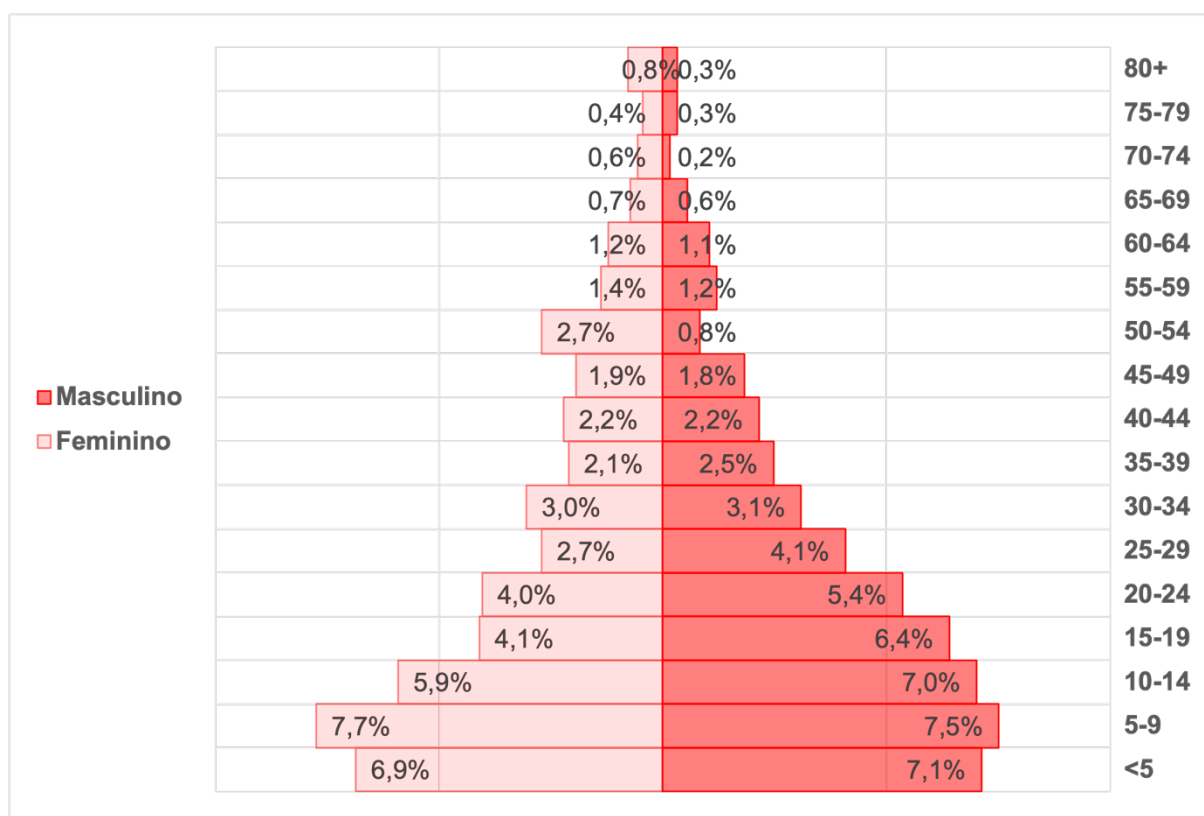


Figura 9. Distribuição por idade e sexo dos membros do domicílio na última residência. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Os entrevistados dividiram as suas casas de última residência na Venezuela com aproximadamente mais duas pessoas (variando de uma pessoa até 6 pessoas); sendo estes mais comumente membros da família, como parceiros e filhos (Figura 10). Dos entrevistados, 49 pessoas (9,5%) mencionaram morar sozinhas. Quanto à

infraestrutura, as casas tinham em média 4,4 cômodos dos quais 2,3 eram usados para dormir. Não foram encontradas diferenças significativas entre a relação a composição do domicílio ou a infraestrutura quando se analisaram ditas variáveis por nível de escolaridade e origem indígena.

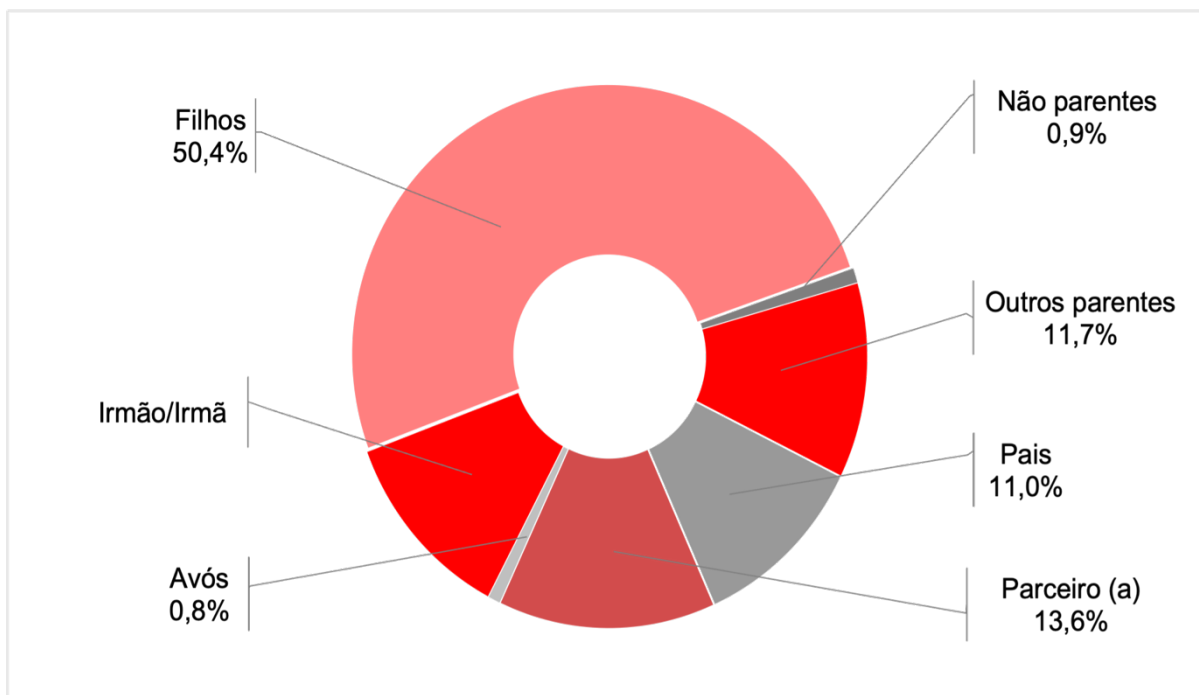


Figura 10. Parentesco dos membros da última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Para o propósito deste estudo, um Índice de Pobreza (PI) foi cunhado seguindo o modelo estabelecido pela Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) em 2018 (86). O índice utilizado neste caso, está focado na dimensão “padrão de vida” e é composto por quatro indicadores relacionados à água, saneamento, superlotação e propriedade. Cada indicador pode atingir individualmente dois valores, 0,0 ou 0,25; sendo que o último valor significa que o indicador específico se encontra afetado para o domicílio. As definições de afetação para cada componente são descritos na tabela 10. Para a pontuação total, os valores dos indicadores individuais são somados, podendo obter-se resultados que oscilam entre 0,0 a 1,0. Valores mais altos indicam que mais dimensões de pobreza foram identificadas para o domicílio.

Tabela 10. Descrição dos níveis de afetação dos indicadores utilizados no índice de pobreza. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Indicador	Variável	Considerado afetado se
Água potável	Fonte principal de água	A fonte de água principal é diferente de água canalizada torneira pública, bomba ou poço.
Saneamento	Tipo de saneamento	Não possui privada, ou se tem, é compartilhada com outros domicílios
Superlotação	Número de pessoas por quarto de dormir	Número de pessoas por quarto de dormir é igual ou superior a 4 na zona rural e 3 na zona urbana.
Propriedade	Número de itens (bicicletas, rádios, celulares, motocicletas, carros)	Não possui mais de um dos seguintes itens (rádio, bicicleta, celular e moto) e não possui carro.

O índice como definido anteriormente permitiu pontuar e classificar as informações relacionadas às características do domicílio na Venezuela. Aproximadamente 1,4% (7 domicílios) foram caracterizados como afetados nos 4 domínios avaliados. Aproximadamente a metade das residências na Venezuela apresentaram pelo menos um componente afetado sendo que propriedade foi o mais evidenciado (39,4%), seguido da superlotação (16%) em segundo lugar e água potável em terceiro (13,1%). Por outra parte 40% dos domicílios não apresentou nenhum componente afetado (Tabela 11).

Tabela 11. Índice de pobreza de residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Pontuação	Água	Saneamento	Superlotação	Propriedade	Total
Porcentagem (%) de residências					
0,0	86,9	95,6	84,0	60,6	39,6
0,25	13,1	4,4	16,0	39,4	49,3
0,50	-	-	-	-	9,7
1,0	-	-	-	-	1,4
Total					100,0
Casos válidos					513

4.3.3 Migração de outros membros da residência

Tendo estabelecida a conformação do domicílio na última residência dentro da Venezuela; se procedeu a explorar especificamente a migração de outros membros

da residência que deixaram o país nos últimos dois anos (2018 e 2019). 32% dos pesquisados mencionaram a migração de outros membros do agregado familiar da sua última residência. No total, 281 indivíduos adicionais foram relatados como migrantes, a maioria deles correspondendo a familiares próximos localizados também na Colômbia. Dois terços dos migrantes do domicílio foram identificados como filhos do entrevistado.

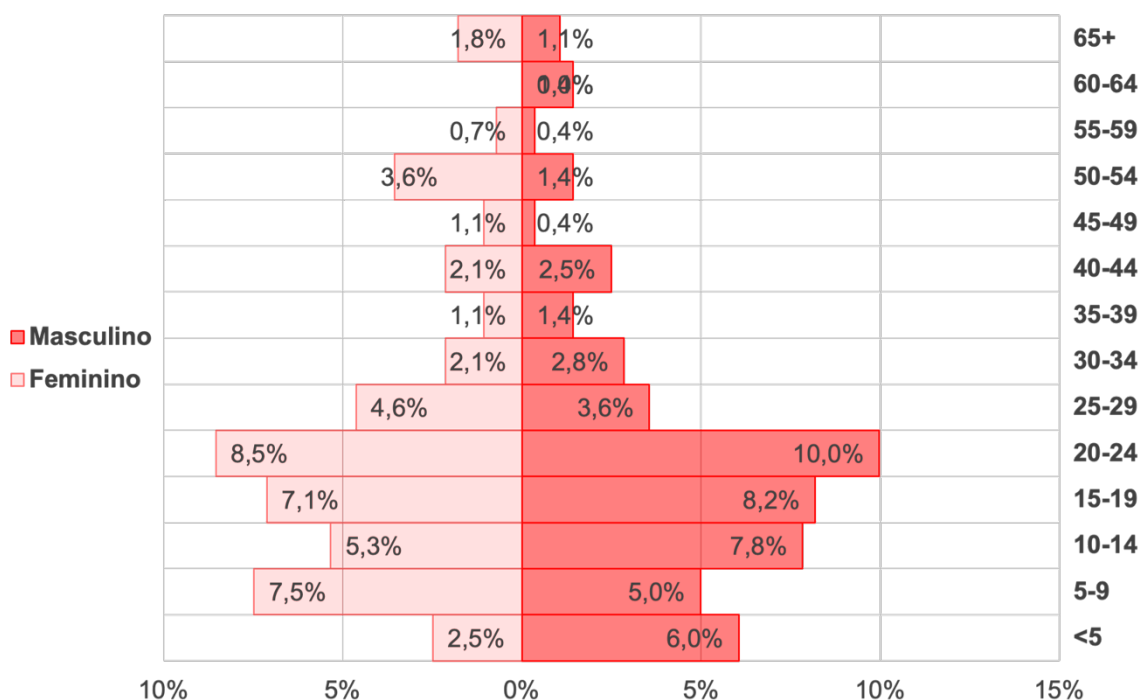


Figura 11. Distribuição por idade e sexo de outros migrantes no domicílio. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Uma maior proporção de homens caracteriza a migração de outros membros do domicílio (52%), também evidenciou a migração de jovens sendo os indivíduos do grupo de 20-24 anos os mais encontrados. De acordo com a caracterização dos agregados familiares apresentada anteriormente, 50% dos referidos migrantes encontram-se nos grupos etários abaixo dos 20 anos. Deve-se destacar também a elevada taxa de mulheres com mais de 50 anos no agregado familiar que migrou.

4.3.4 Problemas de saúde na última residência na Venezuela

Do total de entrevistas, 41% (209 indivíduos) relataram ter tido algum problema de saúde em seu último local de residência na Venezuela. Nenhuma distribuição

particular foi encontrada ao explorar os dados por sexo, idade, grupo indígena, nível de escolaridade ou índice socioeconômico. Conforme descrito pelos participantes; os cinco principais problemas de saúde, agrupados segundo os critérios do CID-11, incluíram em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório (19% dos casos), mais especificamente, hipertensão, insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais. Em segundo lugar, destacam-se as doenças do aparelho digestivo, mais comumente gastrite e apendicite (12%). Em terceiro lugar, doenças infecciosas e parasitárias como Chikungunya, Dengue, Malária e Tuberculose (10% das doenças relatadas). Em quarto lugar, estão as doenças endócrinas e metabólicas, como diabetes e problemas de tireoide (8%) e, em quinto lugar, uma variedade de sinais e sintomas inespecíficos, como febre, vômito, dor de cabeça e diarreia (8%). A caracterização dos agravos à saúde mais comumente relatados pelos participantes, agrupados segundo os critérios de classificação da CID-11, é apresentada na Tabela 12. Não foram evidenciadas diferenças significativas entre os referidos perfis de saúde dos participantes segundo o local da entrevista.

Tabela 12. Agravos à saúde na última residência segundo a classificação CID-11. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Grupos CID-11	Nº	%
Doenças do sistema circulatório	39	18,7
Doenças do sistema digestivo	25	12,0
Doenças infecciosas ou parasitárias	20	9,6
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	17	8,1
Sinais ou sintomas inespecíficos	17	8,1
Doenças do sistema respiratório	16	7,7
Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo	16	7,7
Doenças do aparelho geniturinário	15	7,2
Condições relacionadas à saúde sexual	14	6,7
Causas externas	6	2,9
Doenças do sangue ou órgãos formadores de sangue	5	2,4
Doenças da pele	4	1,9
Neoplasias	3	1,4
Doenças do sistema nervoso	3	1,4
Doenças do sistema visual	3	1,4

Gravidez, parto ou puerpério	3	1,4
Doenças do ouvido ou processo mastoide	2	1,0
Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico	1	0,5
Total	209	100,0

4.3.5 Acesso a serviços de saúde na última residência na Venezuela

Perguntou-se aos participantes sobre a facilidade de obter assistência médica se requeressem na sua última residência na Venezuela. A maioria deles achou o acesso aos cuidados de saúde difícil, em 56% dos casos (286 participantes) ou quase impossível (14%). Ao contrário, de alguns deles responderem que foi bastante fácil (17%) ou muito fácil (10%). Entre as maiores dificuldades expressas pelo primeiro grupo estavam a falta de medicamentos e insumos médicos em mais de 90% dos casos, bem como os custos de saúde cobrados pelas instituições.

A maioria dos indivíduos que enfrentaram algum problema de saúde na localidade da última residência na Venezuela procurou atendimento médico (89%), sendo que uma grande proporção deles conseguiu atendimento médico (83%). Dos restantes, que não obtiveram assistência médica (17%), na maioria dos casos a causa de não atenção esteve relacionada com a falta de material / pessoal médico (41% dos casos) ou custos cobrados pelas instituições de saúde (38% dos casos).

Embora as pessoas que não procuraram atendimento de saúde fossem poucas (22 indivíduos equivalente ao 11%), os motivos mais comumente mencionados estiveram relacionados a não ter dinheiro para pagar os cuidados médicos (45%); a percepção que o problema de saúde não era sério o suficiente para acessar ao médico (23%) e o pensamento que os cuidados médicos providenciados na área de residência não eram bons (23%). Quando questionados sobre a busca de outro tipo de ajuda ou assistência para enfrentar um problema de saúde, só 13 pessoas (6%) recorreram à automedicação como alternativa de solução ao problema de saúde e 3 delas (1,4%) referiram-se a tratamentos de medicina tradicional. O fluxo que descreve as questões médicas, os comportamentos de busca de saúde e o acesso aos cuidados de saúde na localidade da última residência na Venezuela são apresentados na figura 12.

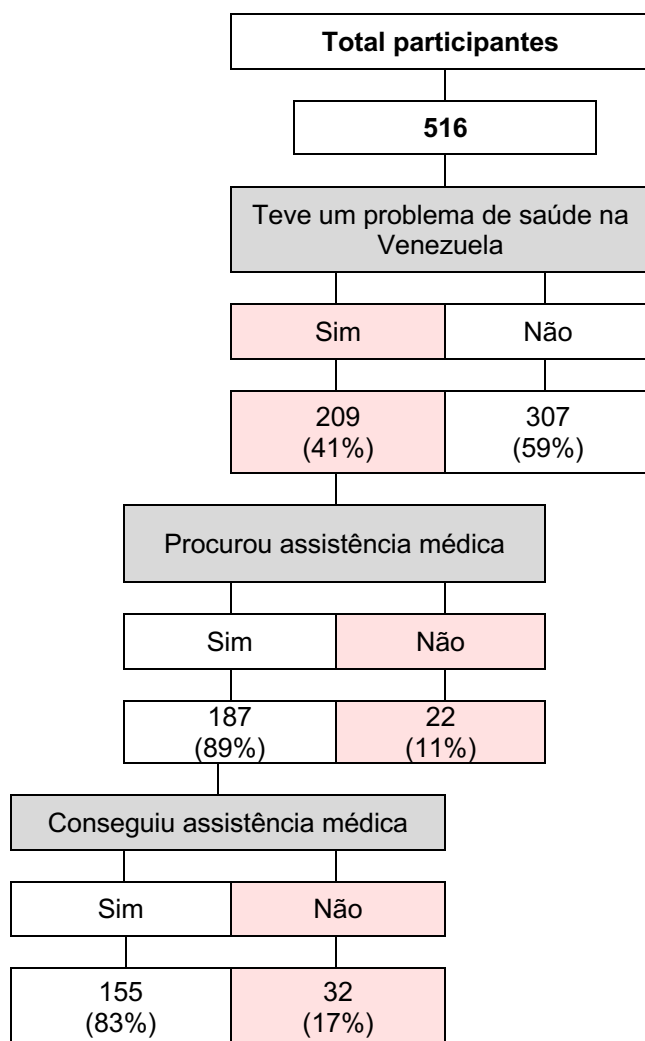


Figura 12. Diagrama de procura por atendimento de saúde no local da última residência na Venezuela. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

4.3.6 Exposição à violência na Venezuela

103 indivíduos (20%) declararam ter sido agredidos fisicamente pelo menos uma vez durante os últimos dois anos de residência na Venezuela. Não foi encontrada uma distribuição particular desses eventos de acordo com características sociodemográficas particulares ou com o local da entrevista. No geral, das pessoas que sofreram um evento de violência física este esteve associado a um roubo (71% dos casos); os tipos de agressão física são descritos na tabela 13. Só 33 pessoas (32%) afetadas por eventos de violência procuraram ajuda médica. Entre as pessoas que não procuraram atendimento (70 casos equivalente ao 68%), a grande maioria (89%) não considerou o evento grave o suficiente para acessar o médico e outro 6%

não procuraram atendimento, temendo represálias. É ainda menor o número de indivíduos que descrevem ter procurado atendimento psicológico após a agressão física (somente 9 pessoas) essencialmente pela mesma razão de não considerar o evento suficientemente grave (73%) ou, conforme expresso por alguns deles, 'não achar necessário' (13%).

Tabela 13. Tipo de agressão física. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Tipo de agressão física	%
A causa de roubo	70,9
Por um membro da família	13,6
A causa de assalto em domicílio	9,7
Por uma autoridade militar	2,9
No ambiente escolar	1,0
Atropelamento	1,0
Rinhas	1,0
Total	100,0
Casos validos	103

6% dos entrevistados (31 indivíduos) relataram ter sofrido assédio ou agressão sexual em sua última residência na Venezuela, sendo 71% mulheres e 29% homens. Cerca de metade deles (14 pessoas) procurou ajuda médica e 12 (39%) ajuda psicológica após o evento. Por outro lado, 116 pessoas (23%) relataram ter sofrido discriminação. Esse evento apresentou distribuição semelhante para ambos os sexos (54% mulheres vs. 46% homens) e não foi um gatilho comum para a procura de ajuda psicológica (apenas 20% dos casos relataram consulta com um profissional da saúde mental).

4.3.7 Insegurança alimentar

Mesmo não tendo-se desenhado dentro do instrumento de coleta de dados, um módulo específico sobre nutrição; duas questões relacionadas à disponibilidade de alimentos na última residência na Venezuela foram incluídas a modo de indicador. Foi perguntado aos participantes que tão frequentemente durante a semana comeram três vezes ao dia; achando-se que; 35% responderam que o fazia todos os dias; 29%

alguns dias; 31% afirmaram que era raro e 5% nunca faziam 3 refeições ao dia. Quando perguntado se sentiam fome, mas não comiam porque não tinham dinheiro para comprar comida, 33% dos participantes responderam que vivenciaram essa situação todas as semanas e 34% em algumas semanas; um 11% raramente viveu essa situação e 21% nunca a experimentaram.

4.4 Migração atual

Esta seção reflete informações mais detalhadas sobre as condições em que migrantes e refugiados venezuelanos realizaram sua última viagem da Venezuela até o local onde a entrevista foi realizada (Riohacha ou Tibú). Foi possível identificar que a população participante do estudo apresenta um perfil migratório majoritariamente grupal, já que 68% dos respondentes mencionaram ter feito a viagem acompanhados.

Através das informações proporcionadas pelos migrantes e refugiados venezuelanos, foi possível precisar dados indiretos adicionais sobre a idade, gênero e parentesco de 769 pessoas que foram referidas como acompanhantes; sendo assim possível esboçar uma caracterização mais ampla da conformação dos grupos de migração desta população em particular. O grupo de migrantes (participantes e acompanhantes) mostra um número ligeiramente maior de pessoas do sexo masculino (52,3%), geralmente jovens (com idade mediana de 19,8 anos). Não se observaram diferenças particulares com relação às características sociodemográficas das pessoas que realizaram a viagem acompanhadas e os que a fizeram sozinhos.

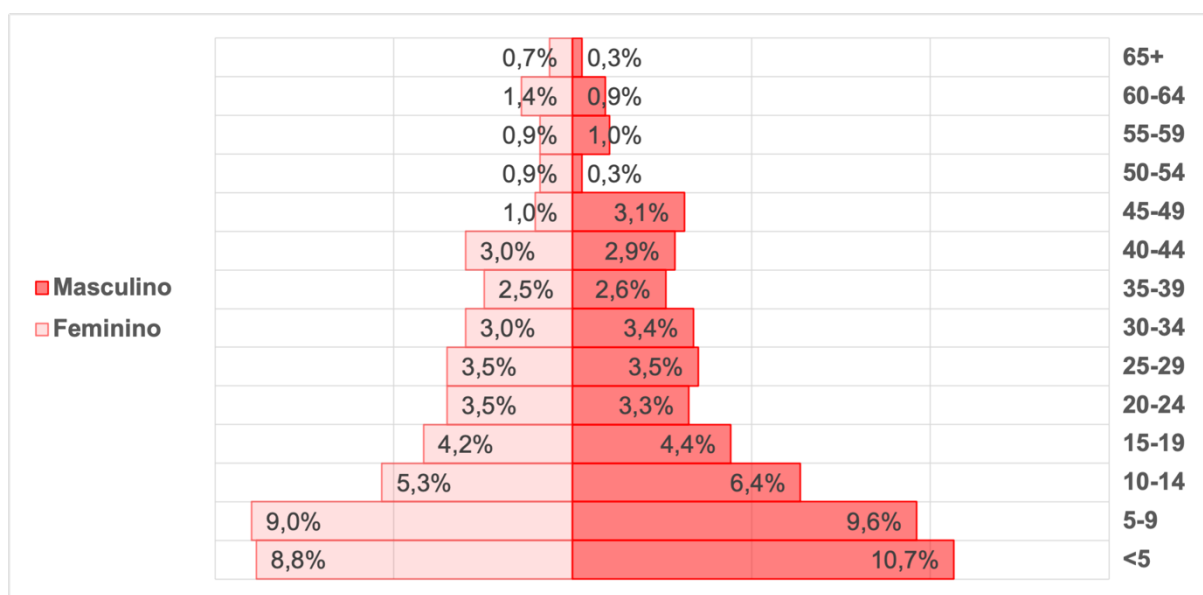


Figura 13. Distribuição por idade e sexo do grupo de migrantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Os participantes que viajaram acompanhados descreveram fazer o percurso com aproximadamente 3 pessoas mais. Os grupos de migrantes encontrados estiveram por entre 2 e 7 pessoas; sendo os acompanhantes mais comumente mencionados parte do grupo familiar, chamando a atenção que a metade dos respondentes referiu aos filhos como parte da migração de grupo (Figura 14).

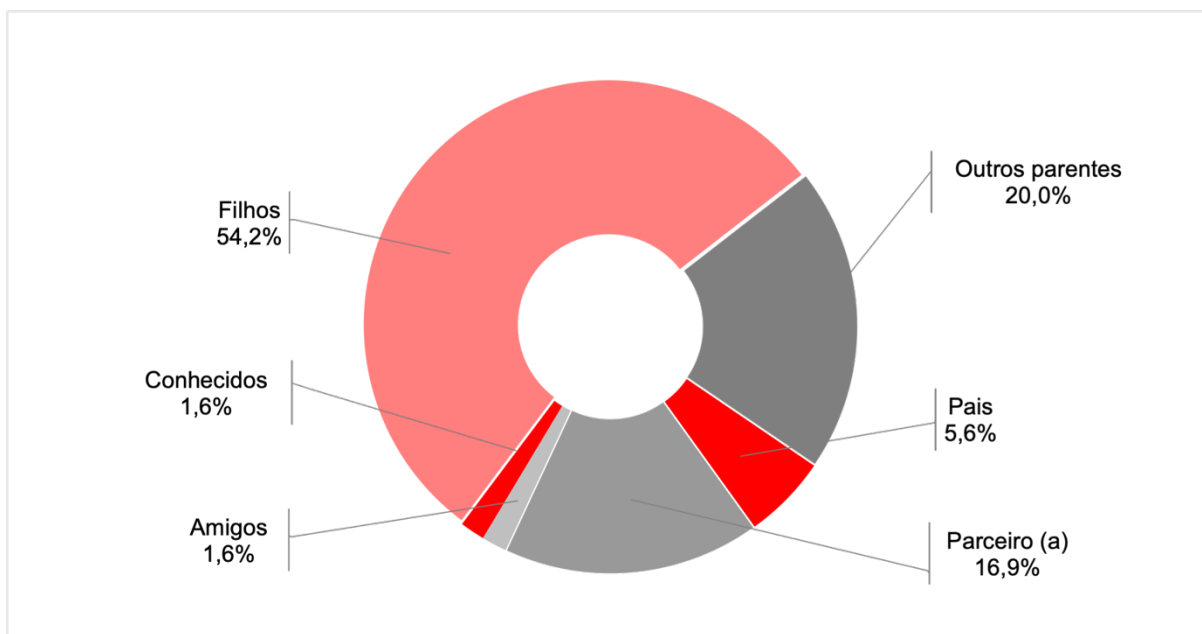


Figura 14. Parentesco dos acompanhantes. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

4.5 Rotas migratórias

O desenho do MHT possibilitou identificar as principais rotas de viagem utilizadas pelos participantes durante a atual experiência de migração, partindo dos locais de última residência na Venezuela, até a sua chegada na residência atual nos locais de entrevista na Colômbia. Os dados sobre movimentos transnacionais permitiram evidenciar que a maior parte do grupo de migrantes entrevistados (93%) fez pelo menos uma parada intermediária durante a última viagem enquanto os outros 7% (38 indivíduos) viajaram diretamente da Venezuela para os municípios onde foram entrevistados (Riohacha e Tibú).

Ao analisar os sítios de parada nas rotas migratórias por país é interessante notar que no processo recente de migração, 91% dos viajantes não fizeram escala alguma dentro da Venezuela. O anterior está muito provavelmente relacionado ao fato

que a maioria das últimas residências (como descrito na seção anterior), encontravam-se localizadas principalmente em estados fronteiriços.

Para aqueles que pararam ao longo da rota dentro da Venezuela, o número máximo de lugares relatados é dois. Em contrapartida, identifica-se um padrão de mobilidade mais amplo ao analisar as localidades colombianas; sendo possível identificar pessoas, fazendo paragens em até 10 municípios diferentes, muitos deles bem no interior do país antes de se estabelecerem numa das cidades fronteiriças onde foram entrevistados (Tabela 14).

Tabela 14. Municípios de parada nas rotas migratórias durante a última viagem. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Município	País	n	%
Manaure	Colômbia	308	48,8
Tibú	Colômbia	159	25,2
Maicao	Colômbia	44	7,0
Cúcuta	Colômbia	13	2,1
Maracaibo	Venezuela	11	1,7
Barranquilla	Colômbia	8	1,3
Libertador	Venezuela	8	1,3
Bogotá	Colômbia	7	1,1
Bucaramanga	Colômbia	6	1,0
Santa Marta	Colômbia	6	1,0
Uribia	Colômbia	5	0,8
Alberto Adriani	Venezuela	4	0,6
Cardenas	Venezuela	4	0,6
Medellin	Colômbia	4	0,6
Rosario de Perija	Venezuela	4	0,6
Jesus Maria Semprun	Venezuela	3	0,5
Barrancas	Colômbia	2	0,3
Caracciolo Parra Olmedo	Venezuela	2	0,3
Garcia de Hevia	Venezuela	2	0,3
Machiques de Perija	Venezuela	2	0,3
Monteria	Colômbia	2	0,3
San Juan del Cesar	Colômbia	2	0,3
Santa Marta	Colômbia	2	0,3
Tovar	Venezuela	2	0,3
Turbo	Colômbia	2	0,3
Valledupar	Colômbia	2	0,3
Ayacucho	Venezuela	1	0,2
Cabimas	Venezuela	1	0,2
Cartagena de Indias	Colômbia	1	0,2
Caucasia	Colômbia	1	0,2
Girardot	Colômbia	1	0,2

Município	País	n	%
Independencia	Venezuela	1	0,2
Lagunillas	Venezuela	1	0,2
Los Salias	Venezuela	1	0,2
Palmira	Colômbia	1	0,2
Pampanito	Venezuela	1	0,2
Pamplona	Colômbia	1	0,2
Saravena	Colômbia	1	0,2
Simijaca	Colômbia	1	0,2
Sincelejo	Colômbia	1	0,2
Sotillo	Venezuela	1	0,2
Valencia	Venezuela	1	0,2
Villanueva	Colômbia	1	0,2
Total		631	100,0

O transporte terrestre foi o meio mais utilizado pelos migrantes, referindo 48% deles viajar de ônibus e 46% em carro ou transporte particular. Uma parcela correspondente aproximadamente a 4% (20 indivíduos) dos migrantes e refugiados entrevistados relataram ter feito o percurso a pé. A seleção das rotas seguiu principalmente critérios de conveniência baseados na distância, rapidez, custo ou conhecer alguém nos locais de itinerário/destino (60% dos casos). A proporção de pessoas que chegaram à Colômbia usando uma rota que permitisse evitar postos de controle e solicitação de documentação foi baixa (apenas 4%).

Tabela 15. Motivo principal para a seleção da rota de migração. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Motivo para seleção de rota	%
Cercania/rapidez	24.6
Custo (mais barato)	16.0
Facilidade/conforto	11.6
Conhecidos/familiares na rota/destino	8.3
Indicada/recomendada	8.1
Segurança	8.1
A única opção	6.7
Emprego/oportunidades	6.5
No exigem documentos	4.2
Rota conhecida anteriormente	3.0

Outra pessoa decidiu a rota	2.5
Não planejada	0.4
Total	100.0
Cases validos	508

Cinco rotas terrestres principais foram caracterizadas com a informação coletada neste estudo; sendo duas delas correspondentes à travessia dentro da Venezuela até chegar na Colômbia e três as utilizadas dentro da Colômbia uma vez os migrantes cruzaram a fronteira internacional:

- Rota A. Venezuela Norte: Fluindo desde leste através de Barcelona (Anzoátegui), Caracas (DC), Valência (Carabobo), Barquisimeto (Lara), Maracaibo (Zulia) e Maicao (La Guajira).
- Rota B. Venezuela Central: Partilhando os mesmos pontos iniciais desde leste passando por Valência (Carabobo) e continuando em direção a Barinas (Barinas), Mérida, San Cristóbal (Táchira) e Cúcuta (Norte de Santander).
- Rota C. Colômbia Noroeste: Rota muito utilizada para o acesso de migrantes ao centro do país passando por várias capitais de departamentos desde Riohacha (La Guajira), Santa Marta (Magdalena), Barranquilla (Atlântico), Cartagena (Bolívar), Sincelejo (Sucre), Montería (Córdoba) e Medellín (Antioquia).
- Rota D. Colômbia Central: Uma das principais rotas do país que vai da cidade fronteiriça de Cúcuta (Norte de Santander), Bucaramanga (Santander) a capital do país, Bogotá (Cundinamarca) e a cidade industrial de Medellín (Antioquia).
- Rota E. Colômbia Sul: Compartilhando o mesmo caminho que a rota central até Bogotá e movendo-se para o sul em direção a cidade de Cali (Valle del Cauca).



Figura 15. Mapa com as principais rotas identificadas para os participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Uma vez na viagem, 42% dos entrevistados indicaram que utilizaram a casa de familiares/amigos como o local temporário de estadia e 26% alugaram uma casa ou apartamento. Uma parte importante referiu ter ficado na rua (10%) ou em abrigos/refúgios (8%) durante a sua travessia para chegar no local de residência atual (Figura 16).

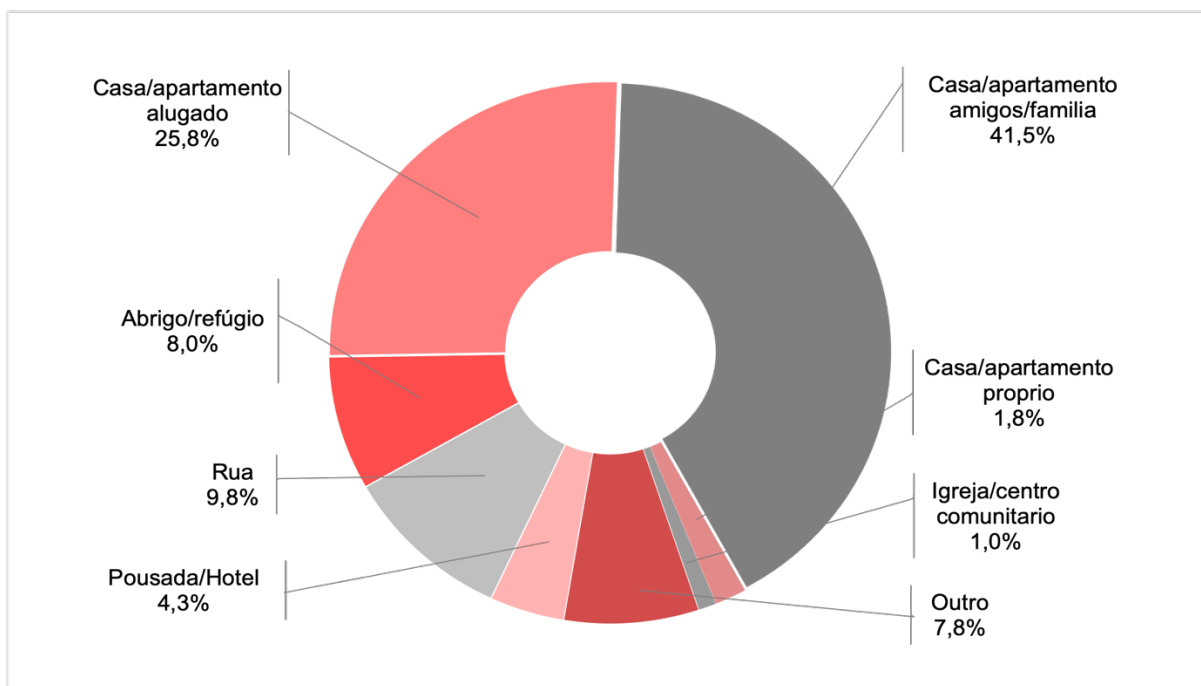


Figura 16. Lugares de estadia temporária durante o percurso da migração atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

4.6 Vida na colômbia

4.6.1 Residência atual

Com o objetivo de estabelecer informações básicas sobre a residência atual na Colômbia, se solicitou aos participantes descrever o tipo de lugares em que moravam no momento da realização da entrevista e o tempo que tinham residido lá. De acordo com os dados obtidos, o tipo de residência estabelecida pelos migrantes e refugiados participantes do estudo na Colômbia apontam para uma população com padrões de estadia de maior duração com 66% tendo ficado na residência atual por mais de 3 meses e o restante 34% menos de 3 meses (Figura 17). O tempo médio calculado de permanência na residência atual foi de 4 meses.

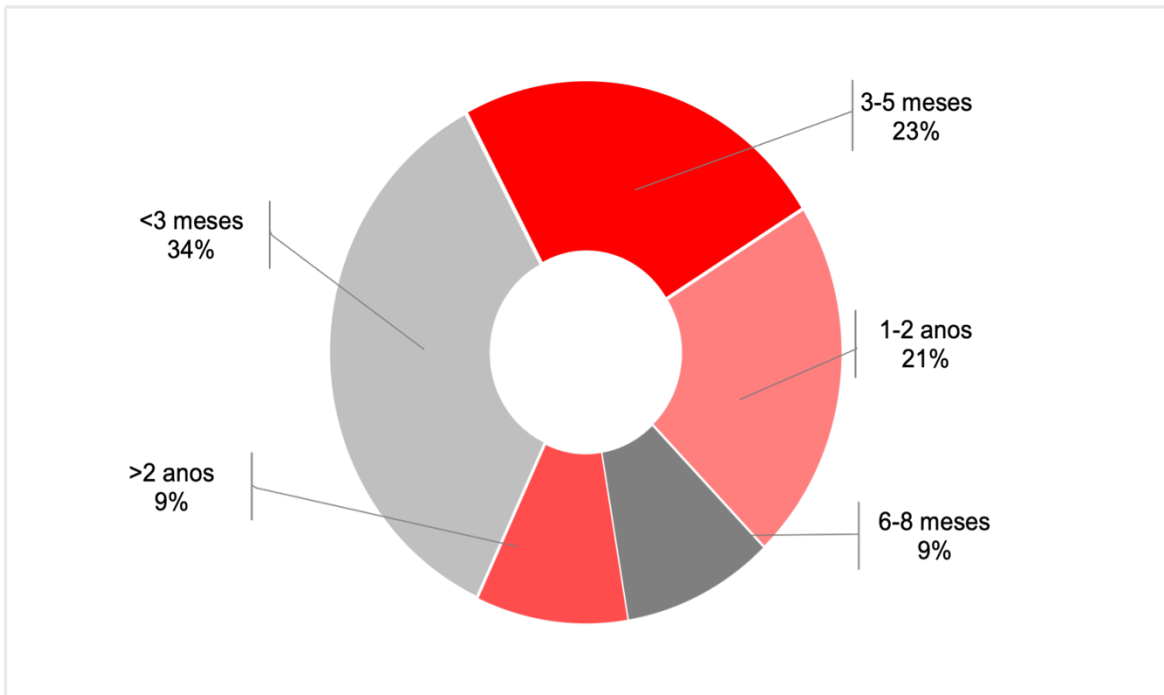


Figura 17. Tempo na residência atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Os entrevistados afirmaram ficar atualmente em casas/apartamentos/quartos alugados (53%), residir em casas de familiares e amigos (20%); 10% dos respondentes mencionaram ficar em outros locais variados (moradias improvisadas em áreas de periferia conhecidas como “invasões” e dormir no local de trabalho) e outro 9% em acampamentos e refúgios (Gráfico 18). Entre os motivos da escolha dos locais específicos de residência; 26% explicaram que era a “opção mais barata”, outros 21% por se tratar de uma colocação oferecida por um familiar/amigo; 18% devido à melhoria das condições de vida/conforto, e outros 15% referiram que era “a única opção” por causa das limitações econômicas.

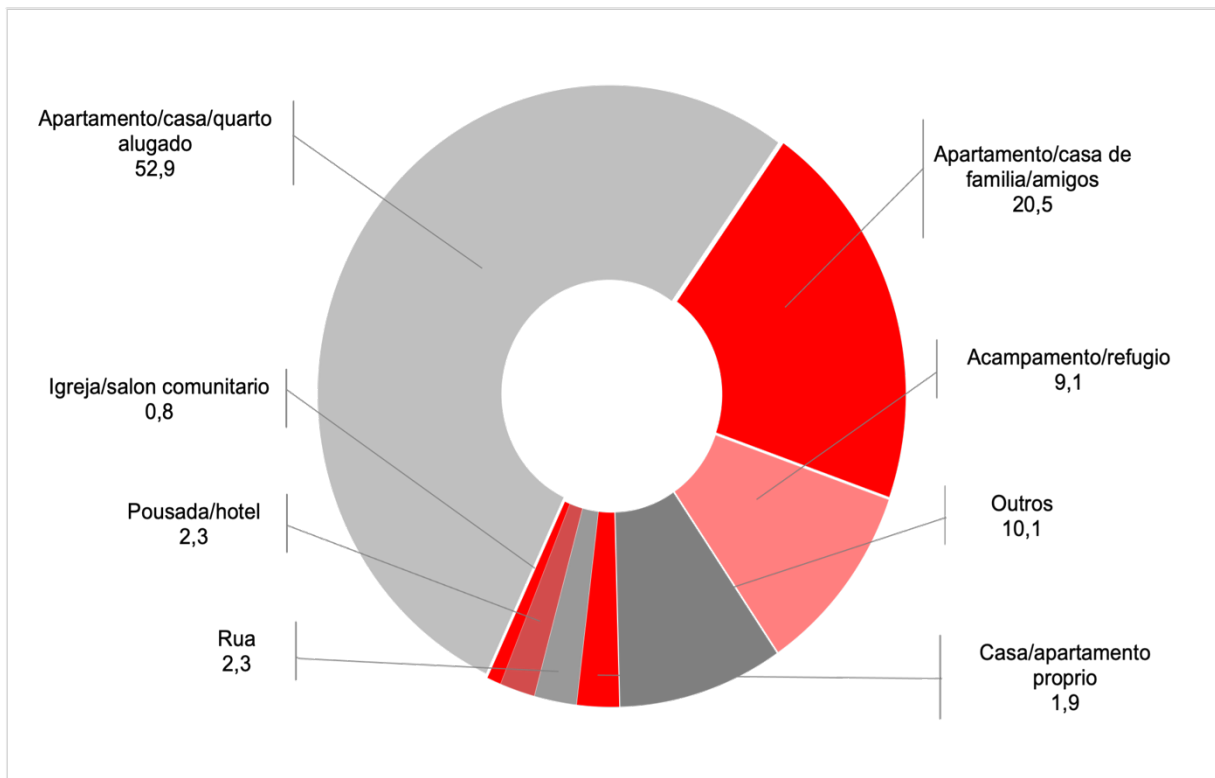


Figura 18. Locais de moradia atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

4.6.2 Caracterização das condições de saúde no local de residência atual

Tendo como objetivo estabelecer as condições de saúde dos participantes no momento da entrevista, este módulo específico foi introduzido por meio da pergunta: “Como você avalia sua saúde geral?”, que é de natureza subjetiva e amplamente utilizada em pesquisas de saúde visando determinar a autopercepção da saúde (87) ao mesmo tempo que se traz a memória a lembrança de eventos recentes associados a saúde. Globalmente, metade dos participantes (52% aproximadamente) classificou sua condição de saúde como boa e muito boa. Por outro lado, a outra metade pensa que o seu estado de saúde é regular, ruim ou muito ruim.

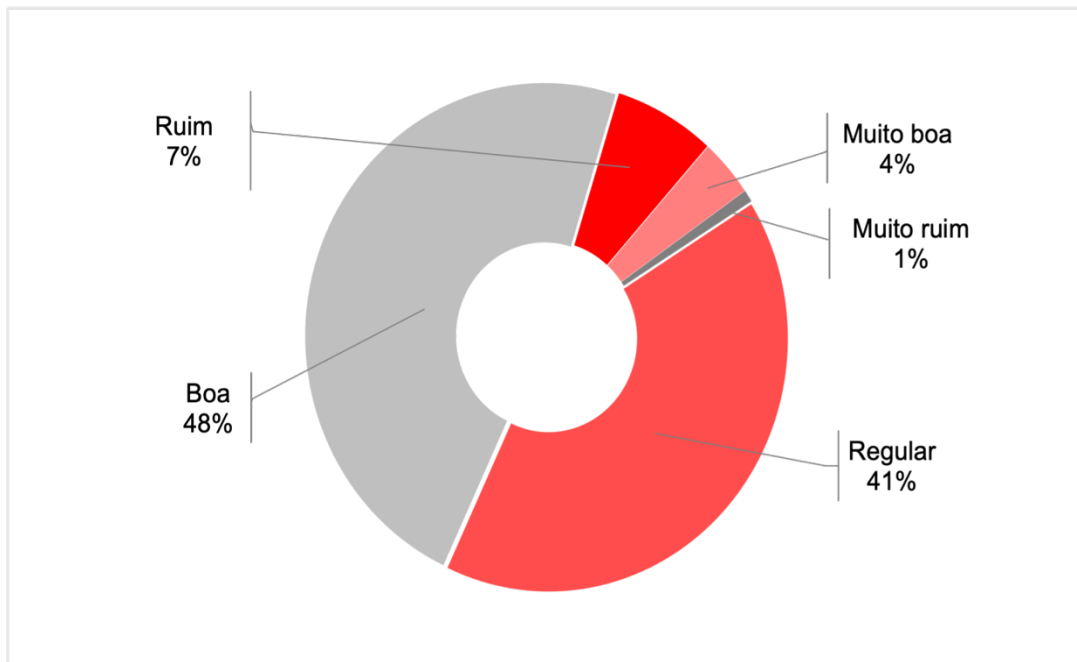


Figura 19. Classificação geral de saúde. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Do total de entrevistados, 47% (243 indivíduos) relataram ter tido algum problema de saúde durante sua atual residência na Colômbia, não foram constatadas diferenças significativas entre as duas populações segundo o local de entrevista. De acordo com a descrição dos participantes, os 5 principais problemas de saúde que os afetaram recentemente, incluíram primeiro, uma variedade de sinais e sintomas não específicos, como febre, dor de cabeça, diarreia, dor abdominal e muscular (24%). Seguido em segundo lugar por doenças infecciosas e parasitárias como a gripe comum, Chikungunya, Dengue, Malária e Zika (23% das doenças relatadas). Em terceiro lugar aparecem as doenças do aparelho circulatório (10% dos casos), mais especificamente, hipertensão e doenças cardíacas. Em quarto lugar estão as doenças do sistema respiratório (9%), sendo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica as mais comumente referidas, e em quinto lugar, as doenças do sistema digestivo, mais comumente associadas a gastrite e problemas de vesícula biliar (6%). A caracterização dos agravos à saúde mais relatados pelos participantes no atual local de residência, agrupados de acordo com os critérios de classificação da CID-11, encontra-se descrito na tabela 16.

Tabela 16. Problemas da saúde no local de residência atual segundo a classificação CID-11. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Grupos CID-11	N°	%
Sinais ou sintomas inespecíficos	58	23,9
Doenças infecciosas ou parasitárias	57	23,5
Doenças do sistema circulatório	25	10,3
Doenças do sistema respiratório	23	9,5
Doenças do sistema digestivo	14	5,8
Doenças da pele	12	4,9
Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo	10	4,1
Condições relacionadas à saúde sexual	9	3,7
Doenças do aparelho geniturinário	8	3,3
Causas externas	8	3,3
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	7	2,9
Doenças do sangue ou órgãos formadores de sangue	4	1,6
Doenças do sistema visual	4	1,6
Doenças do ouvido ou processo mastoide	2	0,8
Neoplasias	1	0,4
Gravidez, parto ou puerpério	1	0,4
Total	243	100,0

Para dar mais especificidade ao conhecimento dos problemas de saúde que afetavam aos participantes no momento da entrevista, dois grupos adicionais de perguntas foram incluídos para caracterizar as doenças crônicas e agudas relatadas como problema de saúde atual.

Aproximadamente 16 em cada 100 participantes referiram estar acometidos por alguma doença crônica no momento da entrevista. Dentro do perfil dos entrevistados que mais relataram uma doença crônica se encontraram mulheres (60% dos casos) com idade mediana de 36 anos. As três principais patologias identificadas foram, em primeiro lugar e de longe com a maior proporção, a hipertensão arterial (HAS) correspondendo a 60% do total de doenças crônicas mencionadas, seguida pela Diabetes em segundo lugar (15%) e em terceiro as doenças cardíacas (10%).

Foi possível estabelecer um tempo médio de 8 anos sofrendo da doença, sendo que 49% das pessoas com doenças crônicas encontravam-se sem tratamento no

momento da entrevista. Entre aqueles que referiram estar em tratamento, uma taxa razoável (71%) estava tomando os medicamentos de acordo com o prescrito pelo médico. Seja por estar totalmente fora do tratamento ou não tomar os medicamentos de acordo com a prescrição, os principais motivos para explicar a situação foi não ter dinheiro para comprar o tratamento (30%) ou não ter acesso a um serviço de saúde adequado (15%). O tempo médio estabelecido sem medicação foi de aproximadamente 3,6 anos. Foi observado que as pessoas que classificaram sua condição de saúde como ruim ou muito ruim no começo deste módulo de informações o descreveram sofrer uma doença crônica.

Por outra parte, e visando caracterizar os episódios de doenças agudas; os entrevistados foram questionados se durante sua estadia na Colômbia, foram diagnosticados com determinadas doenças infecciosas especificamente relevantes para o contexto tais como malária (paludismo), sarampo, tuberculose, hepatite, zika, dengue, chikungunya e cólera no último ano. A proporção de entrevistados que relataram ter sofrido de alguma das doenças mencionadas durante o período atual de residência na Colômbia foi baixa (8,2% do total). Semelhante ao encontrado para o grupo de participantes referindo doenças crônicas; os respondentes que mais provavelmente referiram uma doença infecciosa (das mencionadas anteriormente) foram mulheres (61% dos casos), mas para este tipo específico de patologias, de grupos de idade mais jovens (média de 29 anos). A chikungunya foi a doença mais mencionada, sendo relatada por quase a metade dos indivíduos que referiram uma doença infecciosa no local de residência atual (45,2%); seguido por “outros” (principalmente gripe) 26,3%, malária (paludismo) 14,3%, dengue 9,5% e zika 4,8.

Para complementar as informações sobre possíveis doenças infecciosas não diagnosticadas, os entrevistados foram questionados sobre outros sinais e sintomas inespecíficos que poderiam ter apresentado nos últimos dois meses. A esse respeito, poucos deles 6% (31 indivíduos) descreveram o início súbito de diarreia (42% dos casos), dificuldade respiratória (19%), erupção cutânea (16%), vômito (10%) e tosse (7%). Como resposta a presença de esses sinais e sintomas, apenas 7 pessoas (23%) procuraram atendimento médico, sem alcançar nenhum diagnóstico específico como desfecho. Daqueles que não procuraram atendimento médico (77%), dois terços não acharam necessário por não se tratar de uma “emergência” e o restante referiu não ter dinheiro para consultas médicas, recorrendo como opção de tratamento à automedicação.

4.6.3 Acesso aos cuidados de saúde no local de residência atual

Em geral, há uma boa percepção dos serviços de saúde oferecidos na área de fronteira onde os entrevistados foram abordados. 55% dos usuários classificaram o serviço como bom e 27% como excelente, 13% o acham de qualidade indiferente e apenas 3% e 1% dos usuários o consideram ruim e extremamente ruim respectivamente. As pessoas que deram uma concepção negativa dos serviços médicos referiram-se principalmente à falta de procedimentos para estabelecer prioridades no atendimento. Apenas 5 pessoas (4%) fizeram referência a ter que pagar pelo atendimento recebido; os pagamentos realizados variaram dos 10 aos 60 dólares americanos.

Importante destacar que no grupo que teve problema de saúde na Colômbia, observou-se uma diminuição no comportamento de busca de serviços de saúde, caindo para 67% e comparação com o 89% observado no grupo que teve um problema de saúde na última localidade de residência na Venezuela ($\chi^2 = 35,2593$ $p = 0,000$). No entanto, uma vez que os indivíduos procuraram atendimento médico, a maioria (83%) conseguiu receber o atendimento.

Para 27% das pessoas que procuraram e receberam atendimento médico em seu atual local de residência na Colômbia, o atendimento foi prestado em menos de uma hora; outros 37% foram atendidos entre 1 e 3 horas após a procura do serviço e 21% em período superior a 3 horas, mas no mesmo dia de procura dos serviços. Os dados acima nos deixam com 85% das pessoas que procuram atendimento médico acessando no mesmo dia. 11% foram atendidos nos dois dias seguintes e apenas 4% após mais de 3 dias, sendo estes atendimentos associados a condições crônicas de saúde como asma, diabetes e hipertensão.

Das pessoas que não receberam atendimento médico (28 entrevistados), 50% relataram que o centro de saúde que frequentaram se recusou a tratá-los devido ao seu status de migrante. A outra metade apontou várias causas principalmente relacionadas ao seu problema de saúde ser de um nível mais complexo do que a atenção básica prestada nos centros de saúde. Para o grupo que não procurou atendimento médico, (80 pessoas), 41% relataram que simplesmente não sabiam para onde ir, 28% desistiram por causa de rumores de falta de atendimento ou maus-tratos aos venezuelanos, 16% não procuraram atendimento médico porque eles não possuíam plano de saúde e 15% porque não consideravam o problema suficientemente sério.

Quando questionados sobre a procura de outro tipo de ajuda ou assistência,

15% (38 pessoas) dos que apresentavam algum problema de saúde recorreram à automedicação e 2% (6 pessoas) referiram-se aos tratamentos da medicina tradicional. O fluxo que descreve questões médicas, comportamentos de busca e acesso a cuidados de saúde no local de residência atual é apresentado na figura 20.

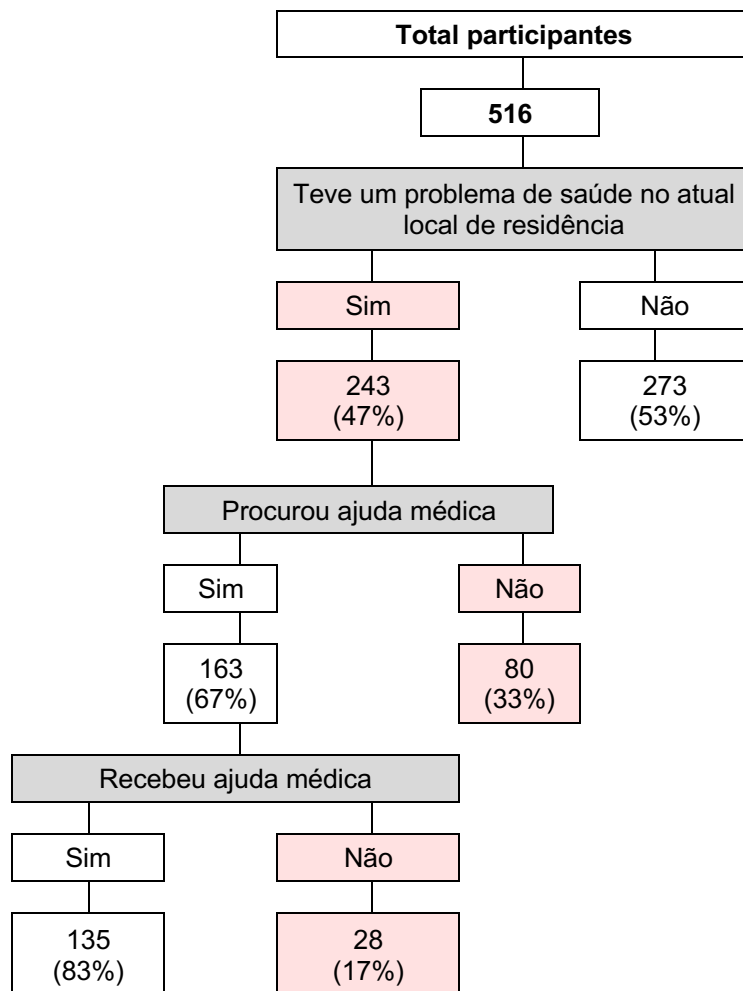


Figura 20. Problemas de saúde, comportamento de procura de saúde e acesso a cuidados no local de residência atual. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

4.6.4 Exposição à violência no local de residência atual

Em relação à exposição à violência na localidade de residência na Colômbia, 19% dos respondentes (100 indivíduos) relataram ter vivenciado um evento de violência física; sendo semelhante à proporção encontrada no último local de residência na Venezuela. Os eventos de agressão física relatados são

proporcionalmente maiores em pessoas entrevistadas em Riohacha (22%) versus os relatados pelos participantes em Tibú (14%), mostrando uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 7,3824$ $P = 0,025$) segundo o local de entrevista (Tabela 17). Não foram observadas diferenças significativas nas características sociodemográficas das pessoas vítimas de eventos de violência e as que não os sofriam.

Tabela 17. Eventos de agressão física recentes segundo local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Agressão Física	Riohacha		Tibú		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sim	76	22,4	24	13,6	100	19,4
Não	264	77,6	152	86,4	416	80,6
Total	340	100,0	176	100,0	516	100,0

Assim como observado nos eventos gerais de saúde, identificou-se um menor índice de busca de atendimento em saúde após o evento de agressão física no atual local de residência (12%) quando comparado ao 32% documentado para os eventos de violência física que aconteceram na última residência na Venezuela. Do grupo de indivíduos que não procurou ajuda médica, 59% não consideraram que fosse grave e 15% simplesmente não pensaram que ir ao serviço médico era uma opção.

8% dos entrevistados (40 indivíduos) relataram ter sofrido assédio ou agressão sexual no atual local de residência, sendo 75% mulheres e 25% homens. Apenas 11 deles (27%) procuraram atendimento médico e 9 (22%) atendimento psicológico após o evento, evidenciando índices de procura de atendimento em saúde menores do que os observados quando um evento do mesmo tipo ocorreu no último local de residência na Venezuela.

Conforme observado em vários contextos de migração, uma proporção maior de pessoas foram vítimas de discriminação 43% (220 pessoas); este evento apresentou uma distribuição semelhante para ambos os sexos (56% mulheres vs. 44% homens), mas foi observado que era mais comum de ocorrer em uma cidade

grande como Riohacha (47%) do que em um município pequeno como Tibú (34%). Na maioria dos casos, o evento de discriminação não foi motivo para procura de atendimento psicológico (apenas 21% dos casos referiram uma consulta).

4.7 Saúde sexual e reprodutiva

445 participantes (86% do total) concordaram em responder perguntas relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva. Em termos gerais, 70% (311) dos respondentes das perguntas específicas nesse módulo de informações afirmaram ter tido relações sexuais no último ano. Foi evidenciado um baixo uso de proteção na última relação sexual (apenas 27% referiram uso de preservativo) e baixa consistência de uso em múltiplas ocasiões (apenas 23% usaram preservativo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses).

No relacionado as infecções sexualmente transmissíveis, 392 (88%), disseram ter ouvido falar alguma vez sobre HIV/AIDS. Ao investigar em detalhe sobre seu conhecimento sobre o HIV/AIDS, 139 pessoas (35%) expressaram que não sabiam exatamente o que é e outras 117 (29%) o definiram com termos como 'câncer no sangue', 'doença autoimune', 'doença bacteriana' e outras descrições que indicam conhecimento equívocado sobre a patologia. Ao pesquisar sobre o conhecimento sobre transmissão 90% referiram-se principalmente à transmissão por via sexual e 5% declararam não saber.

Um achado que chama fortemente a atenção, é que só a metade dos respondentes (56% correspondente a 251 indivíduos) tinham realizado o teste específico para diagnóstico do HIV e destes, apenas 39% o fizeram no último ano. 38 pessoas (15%) das que realizaram teste diagnóstico obtiveram um resultado positivo. Ao indagar sobre a aderência ao tratamento, surpreendentemente só uma pessoa estava recebendo os medicamentos segundo a orientação médica, sendo que os restantes 37 indivíduos (97%) estava fora do tratamento antirretroviral no momento da entrevista. O fluxo de acesso a diagnóstico e tratamento para o HIV na população participante se descreve na figura 21.

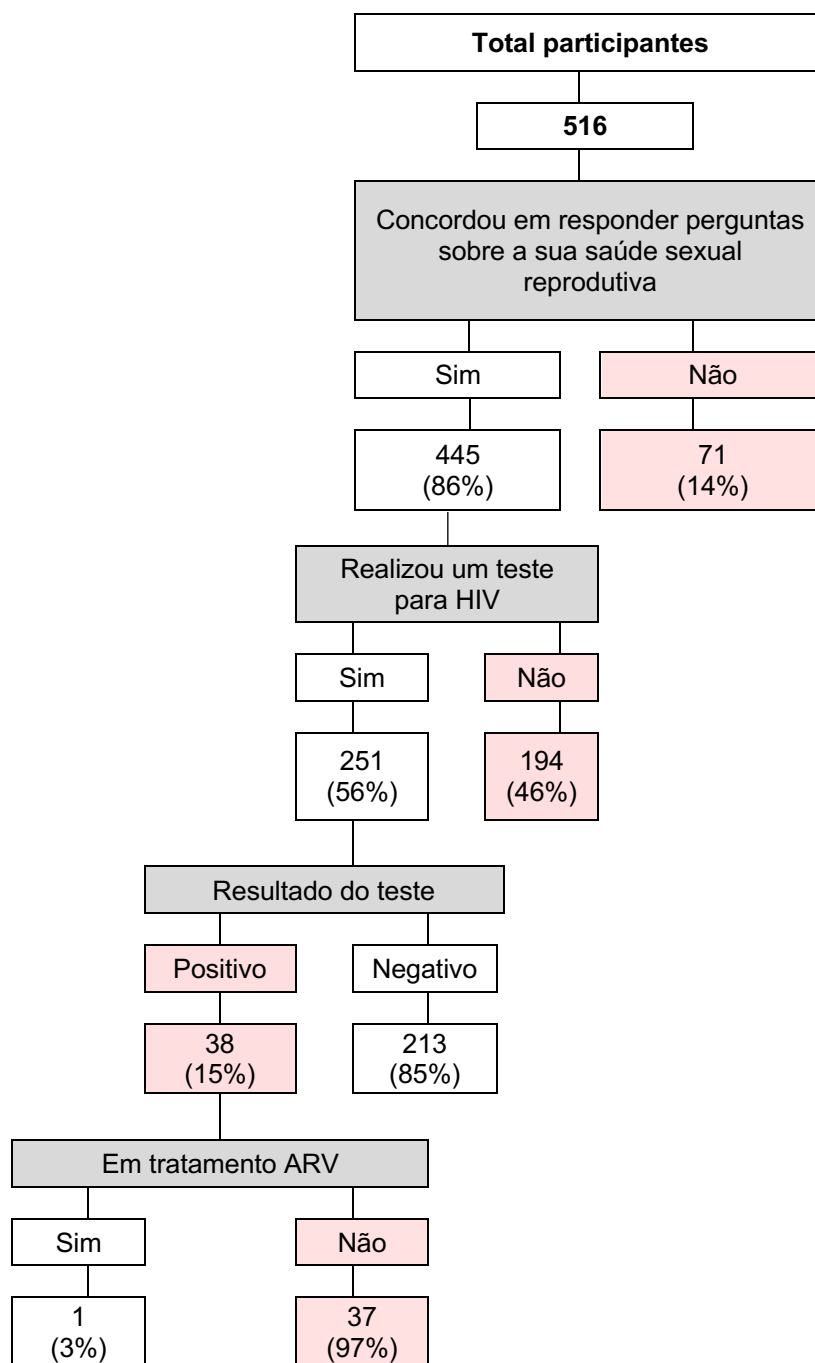


Figura 21. Fluxo de testagem e tratamento do HIV na população participante do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

No que se refere às informações relacionadas ao diagnóstico de sífilis, observou-se que somente uma baixa proporção dos respondentes (13% equivalente a 58 indivíduos) realizaram teste específico para a doença, dos quais 45% foram realizados no último ano. Em relação aos resultados, um total de 10 indivíduos foram positivos (17%) e apenas 3 descreveram ter recebido tratamento específico.

4.8 História reprodutiva

Indagando sobre a história reprodutiva, do número total de mulheres entrevistadas ($n = 300$), 277 participantes do sexo feminino (92%) relataram ter pelo menos um filho. Foi estabelecida uma mediana de três filhos por mulher (variando entre 1 e 11 filhos). 257 mulheres (86%) se encontravam na faixa de idade reprodutiva dos 15 a 49 anos e 16 mulheres (6%) estavam grávidas no momento da entrevista, sendo a maioria delas encontrada no município de Riohacha (14 mulheres).

Metade das mulheres entrevistadas (151) relatou uma gravidez ocorrida durante os últimos 5 anos, sendo encontrada uma média de 3 meses de gravidez para o momento em que compareceu à primeira consulta pré-natal. Também foi evidenciado que as mulheres participantes que tiveram uma gravidez nos últimos 5 anos; compareceram a uma média de 5 visitas pré-natais durante a gravidez. A frequência de consultas pré-natais observada no grupo de mulheres entrevistadas é apresentada na Figura 22.

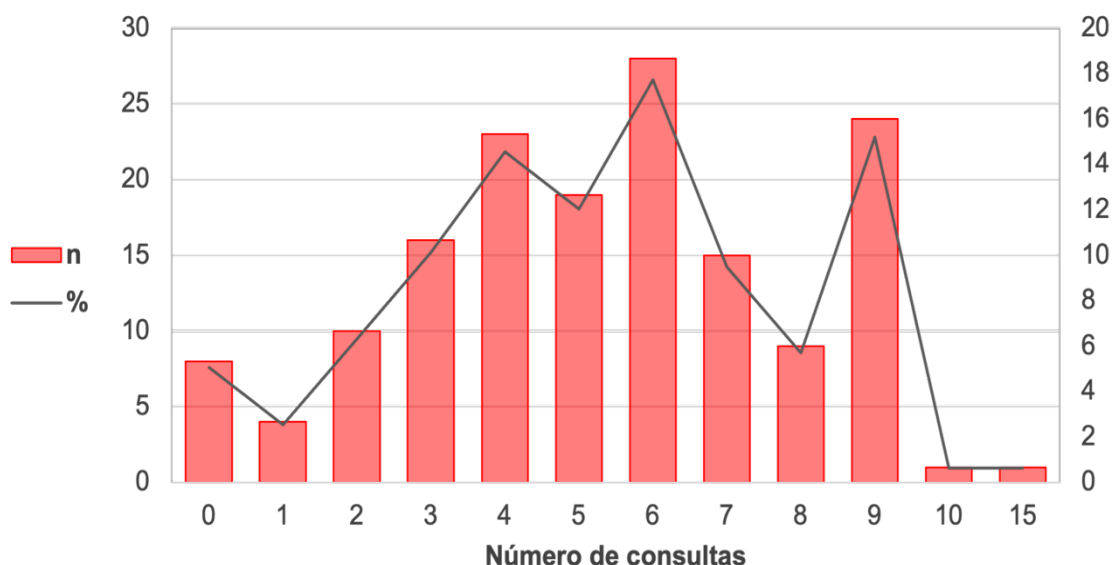


Figura 22. Frequência de consultas pré-natais na última gestação. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

De modo geral, o acesso ao atendimento pré-natal mostrou-se adequado para esse grupo de mulheres, 81% delas (122 mulheres) fizeram um teste para o diagnóstico do HIV como parte do protocolo de serviços médicos, 98% (148 mulheres)

deram à luz em ambiente hospitalar e a maioria sem qualquer tipo de complicação em 81% dos casos. As principais complicações relatadas estiveram associadas a hemorragias pós-parto, anemia e pré-eclâmpsia. Apenas 8% das mulheres relataram ter que pagar pela assistência ao parto.

4.9 Planejamento familiar

22 mulheres em idade reprodutiva (8,5%) planejavam engravidar no momento que o estudo foi realizado. Por outra parte, 191 mulheres (74%) ou seus parceiros estavam usando algum método para prevenir ou retardar a gravidez. O 17,5% restantes (44 mulheres) não estavam usando nenhum tipo de método contraceptivo. O método mais utilizado foi a esterilização feminina (40% dos casos), seguida de implantes hormonais (19%), preservativos (13%) e métodos injetáveis (12%). Para a parcela das entrevistadas que não fazia uso de anticoncepcional no momento da entrevista o principal motivo foi não ter companheiro sexual, bem como não achar que fosse necessário.

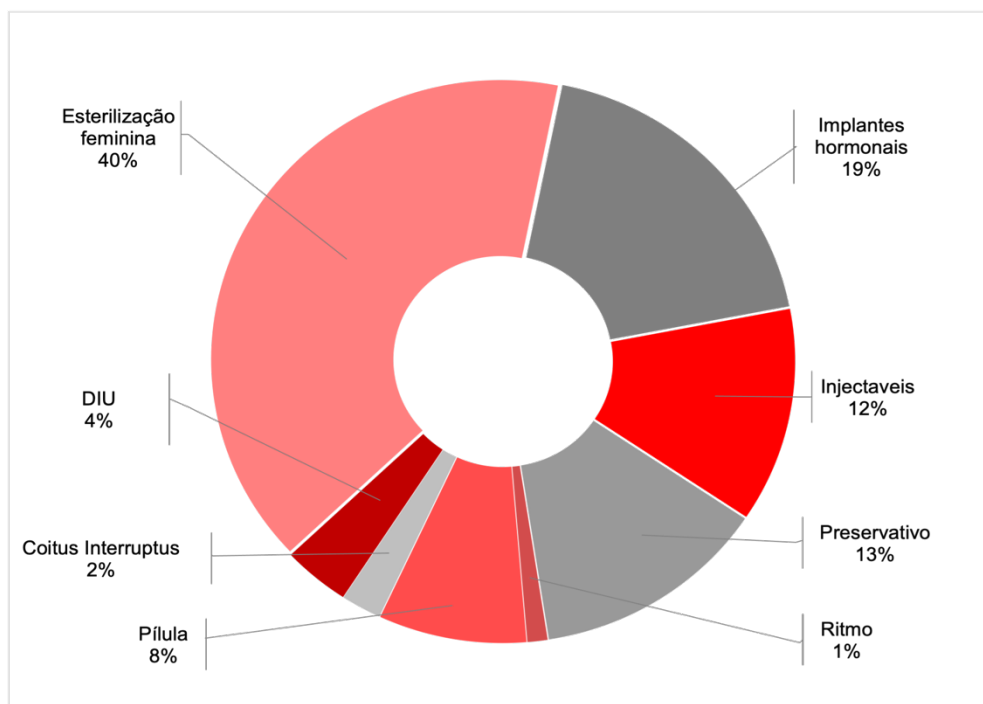


Figura 23. Tipo de método contraceptivo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

4.10 Consumo de álcool

Durante as entrevistas, os participantes responderam também perguntas relacionadas aos seus hábitos de consumo de álcool, tais como a quantidade e a frequência com que costumam consumir bebidas alcoólicas. Para fazer que as perguntas estivessem adaptadas às características da população em movimento e ao contexto da entrevista; foi elaborado um módulo de seis questões baseado no Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool (AUDIT); o conjunto selecionado direcionou informações sobre quantidade, frequência e problemas relacionados ao consumo de álcool. Um escore de classificação posterior em que cada questão variou de 0 a 4 pontos (dependendo da resposta) foi desenvolvido seguindo a metodologia mencionada para determinar o consumo nocivo de álcool (88). Os limites que separam as categorias de risco foram adaptados para se adequarem à nova escala, que resultou em categorias de 0-4 pontos para risco baixo, 5-9 para risco médio, 10-12 para risco alto e 13-24 para provável resultado de dependência ao álcool.

Apenas 53 participantes (10%) referiram consumo de álcool; essa característica não apresentou distribuição particular com relação ao sexo. Os participantes consumidores de álcool foram principalmente adultos jovens, metade deles na faixa etária de 20 a 39 anos. De acordo com a pontuação do teste a maioria dos participantes apresentaram níveis de risco baixo e médio (96,2%), e só 3,8% (dois indivíduos) mostraram risco alto. Nenhum deles apresentou níveis prováveis de dependência ao consumo de álcool. Os resultados da classificação dos participantes segundo as escalas de risco se mostram na figura 24.

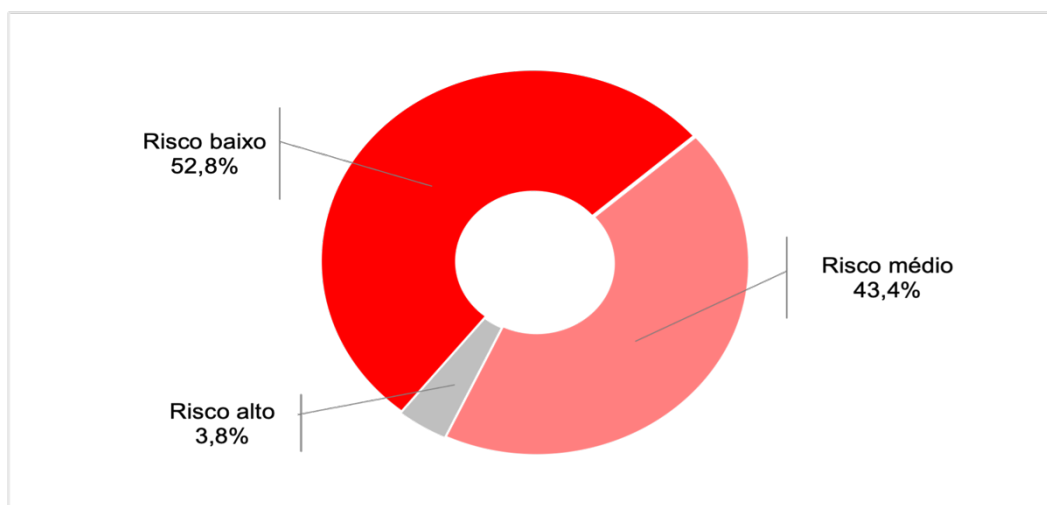


Figura 24. Risco de consumo nocivo de álcool entre os participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Cruzando outras variáveis sociodemográficas, encontrou-se uma associação particular entre a baixa escolaridade e o consumo de álcool; diferença que foi mais expressiva no grupo de participantes alfabetizados sem educação formal ($\chi^2=12,3089$, $p=0,031$). As proporções de participantes referindo consumo de álcool para cada categoria de nível educativo está apresentada na tabela 18.

Tabela 18. Consumo de álcool segundo escolaridade. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Nível educativo	Consumo de álcool (%)	
	Sim	Não
Analfabeta	15,0	85,0
Alfabetizado(a) sem educação formal	30,8	69,2
Primaria incompleta	17,9	82,1
Primaria completa/secundaria incompleta	7,8	92,2
Secundaria completa/superior incompleto	9,2	90,8
Superior completo	8,3	91,7
Casos validos	53	455

4.11 Saúde mental

Situações diversas como separação familiar, violência, desemprego, escassez de alimentos, problemas de saúde, barreiras de acesso aos cuidados de saúde, entre outras; são todos aspectos que podem ter um alto preço no bem-estar da saúde mental das populações de migrantes e refugiados. Com o objetivo de conhecer, de forma muito ampla, as condições de saúde mental dos participantes deste estudo, utilizou-se um conjunto de 15 perguntas. Esse módulo combina as ferramentas de triagem do Transtorno de Ansiedade Geral (GAD-7) e do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) para identificar possíveis traços gerais de depressão e ansiedade presentes nas duas semanas anteriores à entrevista.

O GAD-7 é uma escala de sete itens que avalia os sintomas gerais de ansiedade. Os participantes foram solicitados a classificar as declarações relacionadas à ansiedade de acordo com a frequência com que as experimentaram (nunca, durante vários dias, mais da metade dos dias, quase todos os dias) nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário. Uma classificação de 0 a 3 foi

atribuída de acordo com a frequência, resultando em um quadro de pontuação total de 0 a 21, sendo que as pontuações mais altas encontram-se associadas a ansiedade generalizada grave. Em relação às categorias de gravidade, os resultados mostraram que 28% (145 indivíduos) apresentaram níveis de ansiedade normais; 35% (177 indivíduos) níveis leves, 27% (138 indivíduos) níveis moderados e 10% (52 indivíduos) mostraram ansiedade generalizada grave. Os quadros de ansiedade grave identificados não apresentaram uma distribuição particular de acordo com as características sociodemográficas.

O PHQ-9 é uma escala de nove itens para o rastreamento de episódios depressivos maiores. A escala segue critérios de pontuação semelhantes aos explicados anteriormente para o GAD-7. Para esse estudo, foi utilizada uma escala de oito itens; portanto, o índice foi adaptado para se ajustar à nova escala variando, neste caso, de 0 a 24. Os resultados mostraram que 32% dos entrevistados (162 pessoas) não tinham sinais de episódios depressivos maiores, 31% (158 pessoas) tinha sinais leves; 22% (114 pessoas) apresentou sinais de classificação moderada, 13% (65 pessoas) apresentou sinais severos moderados e 2% (13 indivíduos) mostrou sinais severos de depressão. Os resultados acima nos deixam com aproximadamente 37% da população entrevistada necessitando de avaliação, acompanhamento e suporte para questões relacionadas à ansiedade e episódios depressivos maiores.

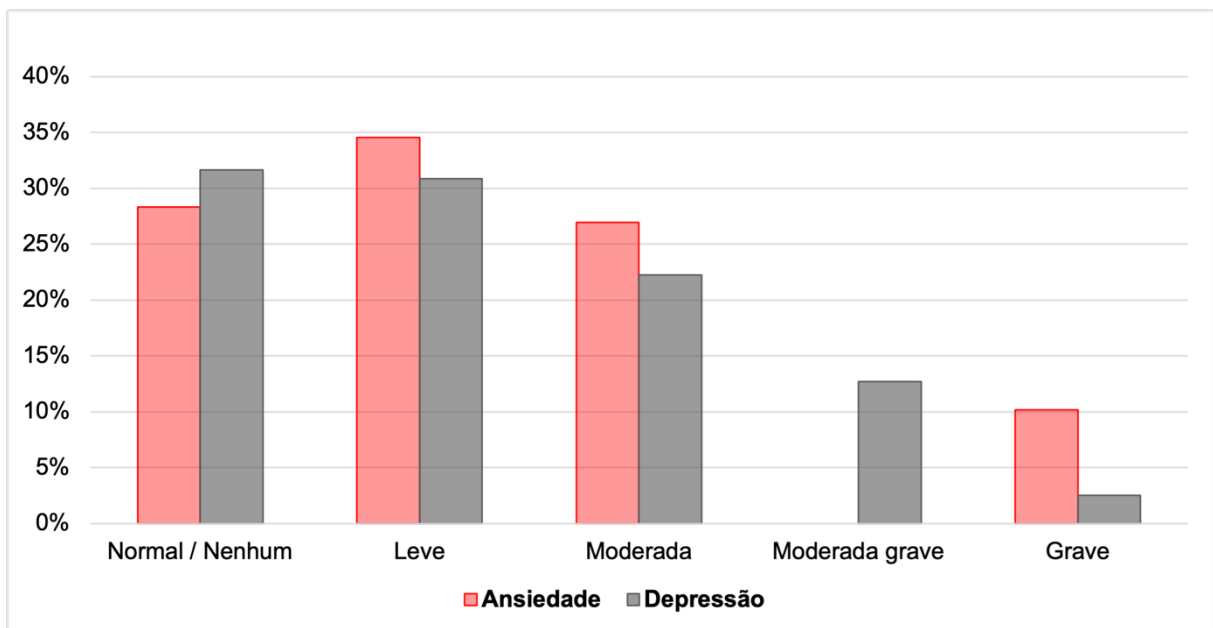


Figura 25. Escore de ansiedade e depressão GAD-7 e PHQ-9 nos participantes do estudo. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

4.12 Planos futuros e locais de destino

Como terceiro domínio no tempo referente aos grupos de informação coletada, solicitamos aos participantes fornecer informações relacionadas aos seus planos futuros e destinos (destino seguinte e final). Independentemente do local onde a entrevista foi realizada, aproximadamente dois terços dos entrevistados (61,2%) consideraram Riohacha e Tibú como o local de destino no processo atual de migração. Inquestionavelmente, o principal motivo de permanência nessas cidades foi a obtenção de melhores condições de vida (80%); também foram apontadas como motivação para a permanência as oportunidades de educação e trabalho que estes locais oferecem (13% dos casos).

Por outra parte, 21% dos participantes que não mencionaram algum dos locais de entrevista como o destino da migração, já tinham em mente um destino fixado para a viagem atual e 16% ainda não sabiam onde decidiriam se instalar. Quatro participantes preferiram não fornecer essas informações (Tabela 19).

Tabela 19. Locais de destino segundo a localização dos participantes no momento da entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Migrantes e refugiados venezuelanos. 2020

Destino	Riohacha		Tibú		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Local da entrevista	218	64,1	99	56,2	317	61,3
Outro local	61	17,9	45	25,6	106	20,6
Não sabe	58	17,1	31	17,6	89	17,3
Prefere não responder	3	0,9	1	0,6	4	0,8
Total	340	100,0	176	100,0	516	100,0

Dos participantes que tinham outro local definido como destino (106 pessoas); 83% mencionaram diversos locais de retorno dentro da Venezuela. O restante 17% localizaram o seu destino em outros municípios na Colômbia. Neste estudo não foram identificados indivíduos com aspirações de cruzar outras fronteiras na América Latina. A descrição e distribuição dos locais de destino, para as pessoas que não consideraram o município de entrevista como local de estadia final se mostram na tabela 20 e na figura 26.

Tabela 20. Locais de destino para as pessoas que planejavam continuar a viagem após o local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. Colômbia. 2020

Estado/Departamento	País	n	%
Zulia	Venezuela	53	50,0
Mérida	Venezuela	9	8,5
Distrito Capital	Venezuela	5	4,7
Falcon	Venezuela	5	4,7
Atlântico	Colômbia	4	3,8
Antioquia	Colômbia	3	2,8
Cundinamarca	Colômbia	3	2,8
Norte de Santander	Colômbia	3	2,8
Lara	Venezuela	3	2,8
Trujillo	Venezuela	3	2,8
Anzoátegui	Venezuela	2	1,9
Carabobo	Venezuela	2	1,9
Portuguesa	Venezuela	2	1,9
Bolívar	Colômbia	1	0,9
Córdoba	Colômbia	1	0,9
La Guajira	Colômbia	1	0,9
Magdalena	Colômbia	1	0,9
Risaralda	Colômbia	1	0,9
Aragua	Venezuela	1	0,9
Miranda	Venezuela	1	0,9
Vargas	Venezuela	1	0,9
Yaracuy	Venezuela	1	0,9
Total		106	100,0

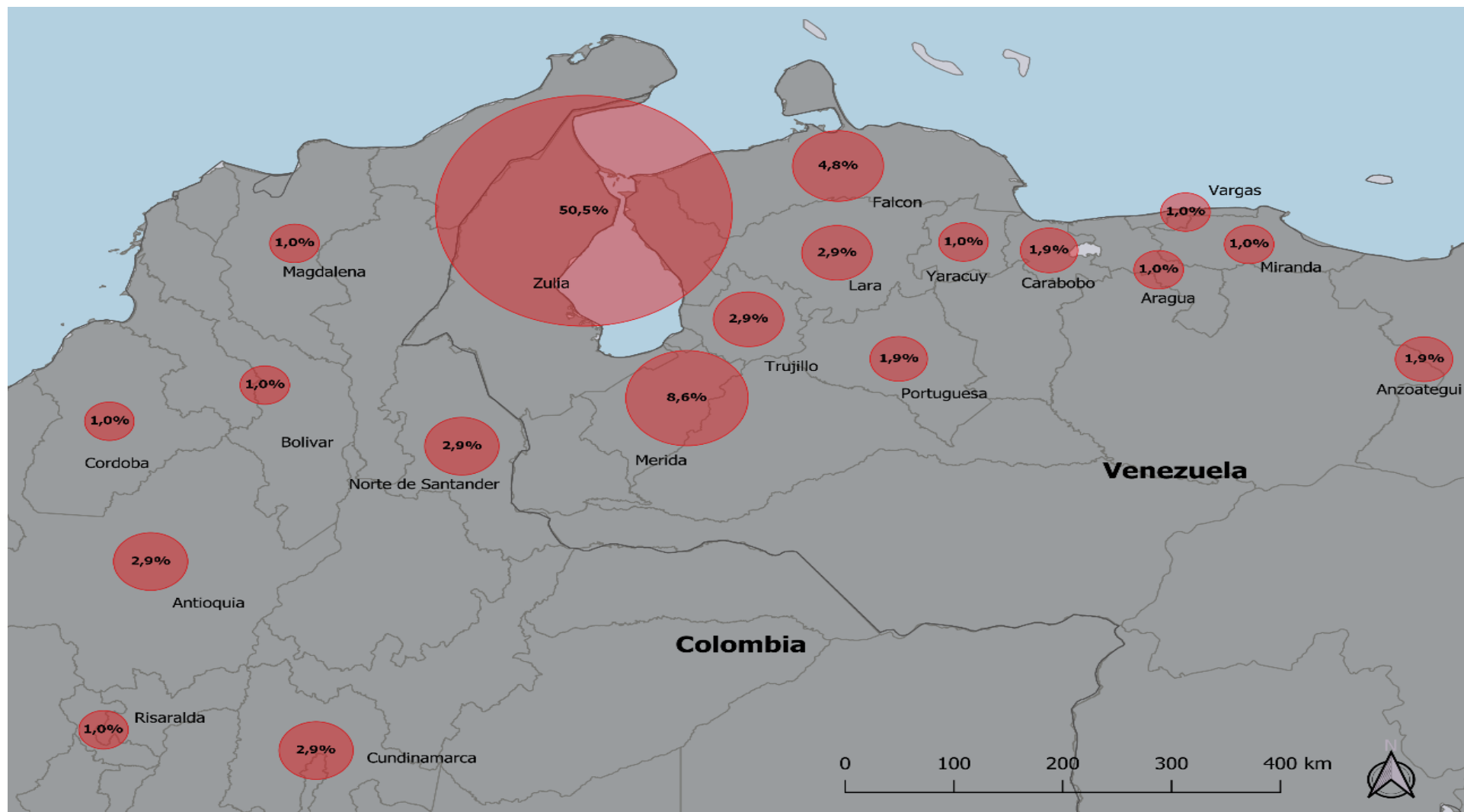


Figura 26. Locais de destino para as pessoas que planejavam continuar a viagem após o local de entrevista. Mobilidade Humana e Saúde. Imigrantes e refugiados venezuelanos. 2020

5 DISCUSSÃO

Saúde e bem-estar como direitos humanos fundamentais de migrantes e refugiados representam uma questão ética e de equidade que deve ser colocada no centro da discussão e outras atividades de resposta na agenda humanitária. Processos de tomada de decisão sobre intervenções de saúde para pessoas em trânsito, baseados em documentação e evidências sobre são algumas das razões que motivaram o desenvolvimento desta análise. Este tipo de estudo pode ajudar, por tanto a entender como a migração está evoluindo para informar e orientar políticas em saúde, programas eficazes e respostas operacionais no terreno dirigidas a responder as necessidades específicas de migrantes refugiados, neste caso particular aqueles que se deslocam da Venezuela para as áreas fronteiriças da Colômbia. Embora haja uma crença geral de que as necessidades são diversas e graves, ainda faltam análises estruturadas sobre as características sociodemográficas, condições particulares de saúde e acesso a serviços essenciais de saúde de migrantes e refugiados venezuelanos nas áreas de fronteiras colombianas.

5.1 Características gerais da população

No presente estudo, os resultados da análise da informação coletada na população venezuelana entrevistada em Riohacha e Tibú apresentados; permitem evidenciar um perfil migratório caracterizado principalmente por grupos familiares com planos de permanência a longo prazo e em busca de melhores condições de vida, acesso a fontes de trabalho e educação; encontrando-se uma parcela significativa de populações particularmente vulneráveis, como mulheres, jovens, indígenas e colombianos retornados.

Pesquisas diversas sobre fluxos migratórios chegam a coincidir na caracterização de duas fases distintas do fenômeno migratório venezuelano no contexto latino-americano; a primeira, denominada “migração acelerada”, que ocorreu antes de 2016, diz respeito a mais movimentos individuais/pequenos grupos de pessoas de classe socioeconômica média/alta com níveis de escolaridade mais elevados. Um segundo, mais recente, classificado como ‘migração em contexto de crise’ com pico em 2017 e 2018 e apresentando deslocamentos de grupos/famílias maiores e indivíduos mais vulneráveis de um espectro socioeconômico mais

baixo.(37,89–91). Os resultados apresentados se alinham com o perfil descrito na literatura como ‘em contexto de crise’ (38,39,92,93), mostrando um aumento do número de menores de 20 anos e entre eles uma parcela relevante de menores de cinco anos. A recente mobilização da população venezuelana combina múltiplas motivações associadas à deterioração geral das condições de vida em todos os estratos socioeconômicos (24,42).

Vários estudos sobre o perfil dos cidadãos venezuelanos residentes em países da América Latina, Estados Unidos e Espanha anteriores a 2012 relataram uma preponderância de um componente feminino na migração internacional (92,94). No entanto, a emigração global recente mostra que é mais comum os homens emigrarem; sendo a suposição de que o agravamento da crise econômica que a Venezuela enfrenta leva a que um maior número de homens tome a decisão de deixar o país em busca de uma oportunidade que permita gerar renda para ajudar as economias familiares deprimidas. De acordo com o Inquérito às Condições de Vida (ENCOVI), em 2017 a razão de sexo entre os emigrantes é de quase 103 homens por cada 100 mulheres (89). Em 2018, a pesquisa relatou um desequilíbrio de gênero ainda mais pronunciado de cerca de 109 homens para cada 100 mulheres.

É importante notar que usualmente, os estudos de população (de cunho funcionalista) abstraem-se do caráter histórico das migrações descolando o fenômeno populacional do fenômeno social, em certo sentido naturalizam o fenômeno das migrações extraíndo-o do seu contexto histórico. Deste modo, facilmente cai-se nas explicações racionalistas, onde a migração nada mais é do que uma regulação natural entre necessidades e recursos disponíveis em um determinado lugar (espaço geográfico) (95). Para os próximos anos, as pesquisas migratórias apontam para a necessidade de verificar se as razões descritas anteriormente serão equilibradas devido a processos de reunificação familiar que significariam maior estabilidade da emigração venezuelana em diferentes destinos (90). Em relação às faixas etárias; os achados deste estudo são consistentes com as descrições do fluxo de migrantes em 2018; quando se estabeleceu uma composição de cerca de 27% de adolescentes e jovens (15 a 24 anos) e aproximadamente 60% de indivíduos concentrados na idade adulta jovem (25 a 44 anos) (91).

Como mencionado anteriormente, a hiperinflação dentro da Venezuela prejudicou muito o poder aquisitivo da população, situação particularmente marcante para a classe trabalhadora. Conseqüentemente, para um número cada vez maior de venezuelanos, é imperativa a busca de um emprego pelo qual possam ser

remunerados em uma moeda mais forte, que não seja o bolívar. Nos últimos três anos, a pesquisa de condições de vida investigou o principal motivo que motivou os venezuelanos a emigrar para outro país; os resultados, de forma consistente, mostram que dois em cada três emigrantes basearam sua decisão de sair em busca de trabalho ou porque já o obtiveram (89–91).

O equilíbrio proporcional de gênero estabelecido nas projeções populacionais de 2019 fornecidas pelo Instituto Nacional de Estatística da Venezuela (INE) é observado da mesma forma para os domicílios nos quais as informações foram coletadas (51% masculino versus 49% feminino) (96). Uma característica que chama a atenção é a alta proporção de jovens (menores de 20 anos) encontrada nas últimas residências da Venezuela de origem dos entrevistados; totalizando aproximadamente 53% (com expressivos 14% de crianças menores de cinco anos). Esses números contrastam fortemente com o encontrado para a projeção geral da população de 34% da população menor de 20 anos e um correspondente 8% menor de 5 anos.

Como um fenômeno complexo, a migração ocorre em uma variedade de lugares e tempos e por uma ampla diversidade de razões. Os teóricos econômicos veem a migração como uma escolha de pessoas que desejam melhorar sua condição econômica e geralmente analisam as ligações entre pobreza e migração; particularmente investigando a ação sinérgica da pobreza e vulnerabilidade como determinantes da migração (97). O deterioro das condições de vida na Venezuela não conhece precedentes na história desse país. Este processo traduziu-se desde 2015 numa inegável escassez de alimentos e medicamentos, e dificuldades no abastecimento de serviços básicos, como eletricidade, água e gás. Dados da Pesquisa de Condições de Vida em 2018, revelam que 91% da população venezuelana vive em condições de renda de pobreza, ou seja, 50 pontos percentuais a mais que em 2014, onde sua incidência já era muito alta (41%). A edição de 2017 da pesquisa mostrou que oito em cada 10 domicílios venezuelanos apresentavam condições de insegurança alimentar que naquele ano ocorreram mais de 5.000 mortes de crianças menores de 1 ano que poderiam ter sido evitadas ou que a população venezuelana perdeu um média de 3,5 anos de expectativa de vida desde 2017(24). A migração grupal encontrada, mostra um número ligeiramente maior de pessoas do sexo masculino (52,3%) condizente com os resultados apresentados pela Pesquisa de Condições de Vida da Venezuela nos últimos três anos (89–91).

O impacto econômico das mudanças de poder desatou certamente a crise humanitária atual. A crise ao estrangular a economia aumentou os “excedentes” de

mão de obra que se viram obrigados a emigrar, acentuando sua condição de desterritorialização. Neste caso e contexto particular, é importante considerar o caráter político da migração (98).

Mesmo que as características sociodemográficas dos migrantes entrevistados tanto em Riohacha quanto em Tibú são bastante semelhantes; um número significativo de pessoas de origem indígena foi encontrado em Riohacha (20% do total). Com este precedente se faz válido buscar estabelecer cuidados e estratégias diferenciadas para a atenção aos migrantes e refugiados indígenas venezuelanos na área. A atenção especial às necessidades e proteção especial de grupos étnicos, particularmente indígenas, que vivem nas áreas fronteiriças entre os dois países ou que migraram para a Colômbia é um tema que vem sendo discutido há muito tempo; mesmo antes do agravamento da crise. Os grupos Yukpa, Wayúu e Bari enfrentam riscos constantes em termos de segurança e altas taxas de mortalidade e desnutrição, especialmente em crianças menores de cinco anos. Os membros da comunidade Wayuú, que no passado se mudaram para o território venezuelano por situações relacionadas ao conflito armado, estão retornando à Colômbia. Essa situação tem gerado uma enorme pressão socioambiental, pois parte do território está degradada, o acesso aos meios tradicionais de subsistência é restrito, o que influencia na disponibilidade de recursos e alimentos necessários. O povo Barí, que também foi afetado pelo conflito interno na Colômbia, voltou às reservas na Colômbia devido à escassez de suprimentos na Venezuela, gerando pressão sobre o território e com necessidades de acesso à saúde e educação que devem ser atendidas (99).

Para os próximos anos, as pesquisas migratórias apontam a necessidade de verificar se as razões descritas anteriormente se equilibrarão devido a processos de reunificação familiar que significariam maior estabilidade da emigração venezuelana em diferentes destinos (100). Esta situação aponta para a necessidade de uma integração mais ampla dos migrantes e refugiados na estrutura social e econômica colombiana, além da assistência básica de abrigo e provisão de alimentos atualmente fornecida por diversos organismos internacionais. Nessa ordem de ideias, as operações de organizações como MSF presentes nas áreas fronteiriças colombianas são chamadas a moldar e implementar soluções que apoiem a exigência de acesso de longo prazo aos serviços em geral, chamando atenção especial para a necessidade de estratégias de atenção e abordagens diferenciadas direcionadas especificamente aos segmentos da população acima mencionados.

5.1 Condições de saúde e acesso a serviços

A resposta humanitária em contextos de migração traz com ela a discussão inerente do direito à saúde dos indivíduos onde e quando eles precisam. Os migrantes e refugiados enfrentam diversas barreiras de acesso a serviços de saúde que têm sido amplamente descritas (37,57,92,101,102); e dentre as quais se contam a falta de documentação, a discriminação, a desinformação e a escassez de recursos médicos entre muitas outras.

A principal barreira de acesso aos cuidados médicos em nosso estudo foi associada ao comportamento de busca de saúde. Conforme descrito nos resultados, a proporção de pessoas com algum problema de saúde que procuram atendimento médico é significativamente menor no atual local de residência na Colômbia, quando comparada ao que foi evidenciado na última residência na Venezuela, independentemente de se tratar de um problema geral de saúde ou um evento de violência física, abuso sexual ou discriminação.

De forma geral, os participantes referiram acesso adequado e bons serviços de atendimento em saúde uma vez procuraram os serviços médicos. Este estudo documentou que apenas 17% dos que procuraram atendimento médico não tiveram acesso a ele, pois seu problema de saúde era mais complexo e exigia um nível de atenção superior aos cuidados básicos de saúde prestados nos centros de saúde. Por um lado, essa situação reflete a necessidade de estabelecer um fluxo mais claro de encaminhamento para casos de maior complexidade que excedam a capacidade da atenção primária à saúde, incluindo um mapeamento adequado e identificação de instituições que possam abranger serviços de saúde de segundo e terceiro nível para migrantes venezuelanos na região. Para além da articulação com a rede de hospitais e clínicas da área para encaminhamento de doentes, o acordo com as instituições poderá incluir uma componente de formação e sessões de sensibilização dos profissionais de saúde sobre a prestação de serviços a esta população específica.

Uma proporção menor de pessoas não conseguiu receber atendimento médico ao procurá-lo (17%). A não prestação de cuidados nas instituições de saúde foi explicada, segundo os participantes, por dois motivos principais: metade deles relatou que o serviço de saúde que frequentavam se recusava a tratá-los devido à sua condição de migrante e a outra metade afirmou várias causas relacionadas principalmente ao seu problema de saúde ser de nível mais complexo do que os cuidados básicos de saúde fornecidos nos centros de saúde. Por um lado, esta

situação reflete a necessidade de estabelecer uma rota mais clara de encaminhamento para casos de maior complexidade que excedem a capacidade da atenção primária em saúde, incluindo um mapeamento adequado e a identificação de instituições que poderiam cobrir os serviços de saúde de segundo e terceiro nível para migrantes venezuelanos na região. Além de fazer a ligação com a rede de hospitais e clínicas da área para encaminhamento de pacientes, o acordo com as instituições poderia incluir um componente de treinamento e sessões de sensibilização para profissionais de saúde sobre a prestação de serviços a esta população específica.

A Constituição colombiana estabelece, em seu artigo 100, que os estrangeiros em território nacional gozam dos mesmos direitos civis que os nacionais, mas podem ser condicionados ou negados por lei por motivos de ordem pública. Além disso, o atendimento de emergência em todas as circunstâncias é estabelecido por lei (103). Os aspectos complicados dessas definições são as ambiguidades que elas apresentam e a interpretação aberta que elas levantam. Em um país com um conflito armado interno que já dura mais de cinco décadas, “ordem pública” pode adquirir muitas conotações; mesmo caso para o que é considerado ou não uma emergência médica na prestação quotidiana de serviços de saúde no ponto de entrada.

Contrário ao evidenciado nas publicações no tema; só uma pequena porção dos indivíduos nesta pesquisa referiu que não buscaram ajuda médica quando precisaram, devido a medo, discriminação e xenofobia. Os participantes descreveram diversas razões para não acessar os serviços de saúde, sendo a falta de informação a mais comum de todas (41% relataram que simplesmente não sabiam para onde ir). A população migrante nos locais de entrevista (comedores) é altamente rotativa o que faz necessário que as mensagens sobre os serviços de saúde oferecidos devam ser divulgadas regularmente. Além disso, os locais de encontro representam ótimos locais para o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, triagem e promoção da saúde.

Vários migrantes que relataram sofrer alguma doença ou enfrentar um evento de violência física ou psicológica estimaram que a situação não era grave e que não pensaram que fosse necessário acessar os serviços de saúde. Esse tipo de atitudes poderia denotar baixos níveis de autocuidado, e destacar a necessidade de fortalecer atividades básicas de promoção da saúde. Os modelos de atenção para migrantes e refugiados devem contar com um componente de prevenção primária o suficientemente robusto para que incentive a maior utilização dos serviços de saúde pela população migrante e refugiada com foco em grupos mais vulneráveis como

crianças menores cinco anos, pessoas idosas, adolescentes e jovens e mulheres grávidas, para os quais as necessidades de saúde que podem ser manejadas no nível da atenção básica e sob estratégias baseadas na comunidade.

A prestação contínua de cuidados de saúde, tratamento e acompanhamento médico sempre surge como principal dificuldade quando se trata de populações em movimento e tem sido documentado por diversos autores em seus estudos acadêmicos (24,28,32,102,104,105) nos resultados apresentados essa situação é evidenciada por meio do alto número de migrantes e refugiados venezuelanos encontrados como “fora de tratamento” para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e HIV. A situação específica das pessoas com sorologia positiva para o HIV sem tratamento ARV; tem sido uma preocupação constante, cada vez mais referida na literatura nos últimos anos (24,106,107). O acesso ao diagnóstico e tratamento deve fazer parte de uma atividade mais ampla e de longo prazo, incluindo vigilância epidemiológica de doenças infecciosas e estratégias significativas para apoiar o fornecimento de medicamentos gratuitos para várias doenças crônicas. Os aspectos altamente voláteis que definem os contextos de migração tornam necessária a divulgação regular de mensagens sobre serviços médicos. Além disso, os pontos de encontro representam ótimos pontos para ações de vigilância, triagem e promoção da saúde. Pontos móveis adicionais de atendimento médico nesses locais podem contribuir para aproximar os cuidados das populações migrantes e refugiadas.

É preocupante o elevado número de pessoas que referiram soropositivas e mais ainda a proporção delas sem tratamento ARV. O acesso ao diagnóstico e tratamento para o HIV pode tornar-se parte, em algum ponto, de uma atividade de resposta à população venezuelana mais ampla e de longo prazo. Pode ser enquadrado em um componente para fortalecer a vigilância epidemiológica de doenças infecciosas (causas de morbidade relatada em 2º lugar) ou como parte de uma estratégia de apoio ao fornecimento de medicamentos para várias doenças crônicas (causas de morbidade relatada em 3º e 4º lugar).

Situações diversas como separação familiar, violência, desemprego, escassez de alimentos, problemas de saúde, barreiras de acesso aos cuidados de saúde, entre outros, são aspectos que podem ter um alto impacto no bem-estar da saúde mental das populações migrantes e refugiadas. MSF cuida da saúde mental dos pacientes há mais de 20 anos, como um componente de todas as intervenções médicas, como HIV/AIDS, tuberculose, nutrição, violência sexual e durante surtos de doenças e desastres. É preocupante que os achados deste estudo apontem lacunas no

diagnóstico e acompanhamento dos pacientes que necessitam deste serviço; mais ainda pelas baixas taxas de procura quando se trata de atendimento psicológico após um evento violento. Devido às vulnerabilidades enfrentadas pelos migrantes e refugiados em geral e pelos venezuelanos neste contexto em particular (108,109), um componente robusto de saúde mental seria fundamental para desenvolver outras atividades de projetos médicos, mesmo que atualmente para garantir a continuidade dos cuidados em contextos instáveis e móveis populações continua a ser um desafio. Uma situação particularmente preocupante é que as taxas de procura de saúde sejam ainda mais baixas quando procuram atendimento psicológico. Devido às vulnerabilidades específicas enfrentadas pelos migrantes e refugiados em geral e pelos venezuelanos neste contexto particular, um forte componente de saúde mental é fundamental para o desenvolvimento de outras atividades médicas.

Por fim, o desenho da resposta humanitária baseada nas necessidades e nas condições de saúde específicas das populações é uma questão crítica para melhorar e garantir o acesso a cuidados de saúde para os grupos mais vulneráveis. Enquanto não seja possível identificar as necessidades em saúde e os lugares onde os serviços médicos não estão sendo oferecidos para os migrantes e refugiados que mais precisam; não poderão ser desenvolvidas estratégias sustentáveis e eficazes em resposta a emergência humanitária enfrentada pela população venezuelana.

6 CONCLUSÕES

A migração e o deslocamento são fenômenos globalmente crescentes que impactam diretamente tanto as populações hospedeiras quanto os recém-chegados. Em contextos como o colombiano, com traços marcantes de deslocamentos internos da população e deficiências estruturais históricas, a aceitação do reassentamento de migrantes e refugiados venezuelanos pode ser uma questão controversa, especialmente para aquelas comunidades que já lutam com a falta de capacidade para prestar serviços essenciais aos seus próprios residentes (37,92).

O presente estudo foi motivado principalmente pelas discussões operacionais internas da organização sobre a necessidade de uma melhor documentação sobre as condições reais dessas populações migrantes e refugiadas venezuelanas, e como os já frágeis sistemas de saúde pública nas zonas de fronteira estão respondendo; para assim desvelar particularmente, as lacunas na oferta de saúde e cuidados onde as ações de MSF e outras organizações na área podem fazer uma contribuição mais significativa. Portanto, as informações levantadas nesta pesquisa visam ampliar o conhecimento da complexa interação entre migração e saúde; especificamente para os grupos de migrantes e refugiados venezuelanos que se encontram nas fronteiras colombianas onde o estudo foi realizado. Em linha com os objetivos específicos propostos para este estudo; podemos traçar as seguintes conclusões:

Objetivo 1. Caracterizar os aspectos sociodemográficos da população de migrantes e refugiados venezuelanos na colômbia.

A análise dos dados coletados sobre a população venezuelana entrevistada permite evidenciar um perfil migratório de tipo familiar em busca de condições de vida melhores e estáveis; que teoricamente poderia ser explicado pelas correntes de estudos migratórios de cunho positivista como um cálculo racional dos migrantes mediante a análise informada de custo benefício da decisão de migrar (110–112), fundamentada também na ideia de que os trabalhadores se movem (migram) livremente, atraídos por melhores salários, ou melhores condições de vida, enquanto portadores de uma racionalidade instrumental (113). Entretanto, os achados da pesquisa demonstram haver uma gama bem mais ampla e complexa de motivações subjetivas no ato de migrar que o mero cálculo racional de custo-benefício. A caracterização do grupo migratório reflete que mais da metade do fluxo corresponde a jovens com menos de 20 anos, contando com um número bastante alto de crianças

menores de cinco anos (20%). Nessa ordem de ideias, as operações de MSF e outras organizações na Colômbia, trabalhando com migrantes venezuelanos, são então chamadas a moldar soluções que apoiem a exigência de acesso de longo prazo aos serviços de saúde para essas populações.

As características sociodemográficas dos migrantes entrevistados em ambos os locais de estudo são muito semelhantes. Apesar disso, foi encontrado um número significativo de pessoas de origem indígena (20% da população total amostrada), a maioria deles no município de Riohacha. A representação da etnia Wayuu corresponde a uma participação de 90% nas etnias identificadas, o que torna necessário não apenas explorar mais sobre as atuais condições de saúde e acesso aos cuidados desse grupo em particular, mas vislumbrar uma abordagem diferenciada para as ações de saúde.

Objetivo específico 2: Identificar padrões migratórios, rotas migratórias e motivações para migrar.

As rotas identificadas na realização desse estudo correspondem as denominadas 'rotas históricas' que tem permitido a mobilidade de pessoas e o intercambio bens e serviços entre os dois países. As rotas de saída da Venezuela incluíram diversas cidades ao norte e centro do país; sendo importante notar que a maioria dos migrantes e refugiados entrevistados eram provenientes de grandes cidades, usualmente, capitais do estado. Uma vez os participantes alcançaram a fronteira, muitos deles (aproximadamente 60%) definiram municipalidades nos departamentos fronteiriços de Norte de Santander e La Guajira como seus locais de destino, enquanto uma parcela de aproximadamente 20% continuaria sua viagem através da colômbia em diferentes cidades do norte, centro e sul do país. Sem dúvida alguma, a principal motivação para embarcar na rota migratória foi o desejo de fugir da pobreza e da falta de perspectivas de futuro por melhores condições de vida, econômicas e a busca de emprego, que caracterizaram as principais razões para mais do 80% dos entrevistados.

Objetivo específico 3: Caracterizar as condições de saúde e o acesso aos cuidados de saúde da população migrante e refugiada no seu local de origem e ao longo da rota de migração.

No seu conjunto, os participantes referiram, através da informação proporcionada, serem acometidos por um conjunto misto de doenças crônicas e

infecciosas para as quais, embora o acesso aos serviços médicos pareça adequado, o tratamento oportuno e contínuo delas, surge como a principal dificuldade de acordo com a sua experiência. Ainda que a amostra não permita definir um perfil epidemiológico específico, é interessante notar a alteração do tipo de patologias referidas por país de residência; sendo que ao perguntar sobre os problemas médicos mais comuns na Venezuela, as doenças crônicas eram mais propensas a serem mencionadas. Por outro lado, ao solicitar informações sobre as doenças mais comuns enfrentadas pelos entrevistados enquanto residiam na Colômbia, muitos deles referiram patologias infecciosas. Curiosamente, ao verificar a rastreabilidade dos eventos de saúde, notou-se que 40% dos participantes que referiram um problema de saúde na Venezuela, também referiram um na Colômbia; de modo que um terço eram casos recorrentes de uma doença crônica.

Embora os entrevistados tenham consciência de que podem se dirigir aos serviços de saúde para serem atendidos em caso de emergência, independentemente de sua situação migratória; a principal lacuna identificada para o acesso aos serviços médicos quando necessário, parece estar associada ao comportamento de busca de saúde da população. Conforme descrito anteriormente, a proporção de pessoas com um problema de saúde que procuram assistência médica é significativamente menor no atual local de residência na Colômbia, quando comparado ao que foi evidenciado na última residência na Venezuela, independentemente de se tratar de um problema de saúde geral ou de uma em caso de violência física, abuso sexual ou discriminação.

Os participantes descreveram diversos motivos para não procurar serviços médicos, incluindo, em maior medida, a falta de informação (41% relataram que simplesmente não sabiam para onde ir). A população migrante em locais como os que foram realizadas as entrevistas muda-se constantemente e as mensagens sobre os serviços devem ser divulgadas regularmente. Além disso, esses pontos de encontro representam ótimos pontos para o desenvolvimento de ações de vigilância, triagem e promoção da saúde. Pontos móveis adicionais de atendimento médico podem contribuir a providenciar serviços de saúde mais próximos às populações de migrantes e refugiados.

Objetivo específico 4: Identificar problemas específicos de saúde, comportamentos de procura de serviços, riscos para a saúde e exposição à violência dos migrantes e refugiados no seu ponto de origem e ao longo do percurso.

Os participantes referiram que foi possível ter acesso adequado e bom

atendimento que uma vez que buscaram os serviços médicos. Uma proporção menor de pessoas não conseguiu receber atendimento médico ao procurá-lo (17%). A não prestação de cuidados foi explicada por dois motivos principais; metade deles referiu que a unidade de saúde que frequentavam se recusou a tratá-los devido à sua condição de migrante e a outra metade referiu várias causas principalmente relacionadas com o fato de o seu problema de saúde ser de um nível mais complexo do que os cuidados básicos de saúde prestados nos centros de saúde.

Globalmente, a percepção sobre a qualidade dos serviços de urgência e o nível de acesso aos mesmos dependem da situação administrativa dos migrantes, mas também do seu estado de saúde e, em particular, do seu conhecimento sobre as possibilidades de acesso aos serviços. Embora entre os entrevistados não haja pessoas em más condições de saúde, os casos cada vez mais relatados que exigiram tratamentos urgentes levantaram os alarmes sobre o impacto da imigração venezuelana nas áreas de fronteira em particular. Esta situação é diretamente proporcional à degradação dos serviços de saúde e acesso a medicamentos no país vizinho.

É particularmente preocupante que as taxas de demanda de serviço sejam ainda menores quando se trata de busca por atendimento psicológico, sendo uma área que ainda permanece sem resposta adequada dentro da emergência humanitária. Evidentemente os cuidados primários de saúde mental deveriam constituir-se como uma prioridade dentro do trabalho desenvolvido na área de fronteira pelas diferentes organizações. Os migrantes e refugiados venezuelanos estão chegando em comunidades colombianas historicamente marginalizadas onde já existe um grande número de pessoas procurando acesso a serviços básicos, situação que cria rivalidade com as populações receptoras, altos níveis de estigma e discriminação. Devido às vulnerabilidades particulares enfrentadas pelos migrantes e refugiados em geral e pelos venezuelanos neste contexto específico, um forte componente de saúde mental é fundamental para o desenvolvimento de outras atividades de projetos médicos.

De acordo com a informação coletada, a população venezuelana na fronteira colombiana apresenta uma carga significativa de condições crônicas não transmissíveis que ao não ser manejadas adequadamente podem aumentar o risco de morte. Observa-se nos anos recentes um aumento de adultos migrantes e refugiados com condições pré-existentes que requerem cuidados contínuos e de alto custo. Importante ressaltar o elevado número de pessoas fora de tratamento. Para

doenças crônicas como hipertensão e diabetes, os que não tinham acesso a medicamentos tinham em média cerca de três anos sem tratamento. Também as pessoas que referiram ser soropositivas e ainda mais a proporção delas sem tratamento ARV. O acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV e outras doenças pode se tornar parte, de uma atividade mais ampla e de longo prazo. Poderá enquadrar-se numa componente de reforço da vigilância epidemiológica das doenças infecciosas (2º lugar causas de morbidade notificada) ou como parte de uma estratégia de apoio ao fornecimento de medicamentos para várias doenças crônicas (3º e 4º lugar causas de morbidade notificada).

Um achado para ressaltar e que é bastante recorrente quando se fala de saúde é a falta de informação. Os entrevistados assinalaram não procurar serviços médicos simplesmente porque desconhecem onde acessar. A informação tem um papel crucial na resposta à população migrante e refugiada. Informações de qualidade sobre como navegar no sistema de saúde podem contribuir no atendimento às expectativas e necessidades. A criação de espaços de informação e comunicação conectados a prestação de serviços de saúde descentralizados como clínicas moveis; facilita e dinamiza as orientações em medidas de saúde pública, desvirtua mitos e fomenta mudanças de comportamento em contextos humanitários. Adicionalmente, a contratação de mediadores para fazer a ponte entre as populações de migrantes e os serviços de saúde pode trazer excelentes resultados.

Objetivo específico 5: Identificar planos futuros, expectativas e objetivos de destino.

Aproximadamente dois terços dos entrevistados consideraram o local de entrevista como o ponto final do seu processo migratório e o município onde estabeleceriam sua residência no futuro próximo sendo que o motivo de permanência nessas cidades foi a obtenção de melhores condições de vida, oportunidades de educação e trabalho que estes locais oferecem. Um número importante de entrevistados (aproximadamente 16%), encontrava-se no processo de migração atual sem saber onde decidiriam se instalar ou que local destino teriam depois das entrevistas; a parcela restante da população (20% aproximadamente), que já tinha um destino futuro fixado; correspondeu na maioria dos casos a locais de retorno na Venezuela. Tendo esse tipo de informação disponível, é possível planejar ações de atendimento e acesso aos serviços de saúde nas localidades de destino mais frequentes, para planejar uma resposta adequada à pressão migratória que possa gerar-se; assim como compartilhar esses achados estratégicos com diversas

organizações trabalhando nos locais de destino.

Limitações do Estudo

É importante assinalar que o uso da ferramenta de história de migração (MHT) como qualquer outra ferramenta de pesquisa possui limitações inerentes as quais se descrevem abaixo:

- No presente estudo os locais escolhidos conforme mencionado na metodologia; correspondem a uma seleção baseada nas atividades e critérios operacionais de MSF; razão pela qual os resultados não podem ser aplicados à situação dos migrantes e refugiados venezuelanos em escala populacional.
- As informações apresentadas nesse documento foram coletadas pouco antes da declaração de emergência da COVID-19 na Colômbia com a consequente restrição de passagens de fronteira e movimentos internos; essa atividade não captou os impactos que a epidemia certamente teve nas populações de migrantes e refugiados venezuelanos nas áreas de estudo.
- Poderiam ter existido erros no tamanho da amostra derivados da listagem de indivíduos utilizados para realizar os cálculos; pois as fontes de informação foram baseadas nos processos de registro de outras organizações diferentes aos registros da MSF.
- Poderiam ter se apresentado erros associados a aplicação da metodologia de amostragem.
- Poderiam ter existido viés de omissão e erros de memória, que, apesar da metodologia, são inerentes à coleta de dados retrospectivos.
- As entrevistas foram realizadas em um prazo de tempo muito específico; razão pela qual ressalta-se que diferentes fatores políticos ou socioeconômicos podem levar a resultados diferentes caso o mesmo estudo seja replicado em outro momento.

Apesar das limitações anteriormente mencionadas, certamente os achados deste estudo podem contribuir para uma melhor compreensão dos padrões migratórios, as condições sociais, o estado de saúde e as expectativas dos imigrantes e refugiados venezuelanos encontrados nos locais de estudo na fronteira colombiana.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACNUDH | 20 logros en materia de derechos humanos [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/Achievements.aspx>
2. International Organization for Migration (IOM). World Migration Report 2022. Geneva; 2022.
3. Sánchez EB, Quiñones RG, Rodríguez NM, Rodríguez G v. La migración internacional y su estudio [Internet]. Universidad Autónoma de Zacatecas; 2007. (Colección Contraimperio). Available from: <https://books.google.com.co/books?id=81xaPgAACAAJ>
4. Sánchez EB. Población y desarrollo: temas vigentes en la era de la globalización [Internet]. Instituto Tecnológico de Santo Domingo; 2003. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=jFNJMQAACAAJ>
5. Internal Displacement Monitoring Centre (iDMC), Norwegian Refugee Council (NRC). GRID 2021. Internal displacement in a changing climate. 2021.
6. UNDESA World Social Report 2021 | DISD [Internet]. [cited 2022 Jan 7]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report/2021-2.html>
7. International Labour Organization (ILO). ILO Global Estimates on International Migrant Workers Results and Methodology. 2021.
8. United Nations D of E and SAPD. International Migration 2019: Wall Chart (ST/ESA/SER/A/431). 2019.
9. UNHCR - The Global Report [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.unhcr.org/the-global-report.html>
10. IOM ONU Migration. World Migration Report 2020 [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
11. IDMC | GRID 2019 | Global Report on Internal Displacement 2019 [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2019/>
12. IDMC | GRID 2020 | Global Report on Internal Displacement 2020 [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2020/>
13. IDMC | GRID 2021 | 2021 Global Report on Internal Displacement [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2021/>
14. Corte Interamericana de Derechos Humanos - Inicio [Internet]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.corteidh.or.cr/>
15. As declarações da América Latina sobre os refugiados - Jus.com.br | Jus Navigandi [Internet]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://jus.com.br/artigos/52687/as-declaracoes-da-america-latina-sobre-os-refugiados>
16. Trade Trends Estimates: Latin America and the Caribbean - 2021 Edition 1Q | Publications [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from:

- <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Trade-Trends-Estimates-Latin-America-and-the-Caribbean---2021-Edition-1Q.pdf>
17. World Development Report 2021: Data for Better Lives [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2021>
 18. 5 salient facts about intra-regional migration in South America [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.migrationdataportal.org/blog/5-salient-facts-about-intra-regional-migration-south-america>
 19. Acción Humanitaria para la Infancia 2020 | UNICEF [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.unicef.es/publicacion/accion-humanitaria-para-la-infancia-2020>
 20. Refugiados y migrantes de Venezuela | R4V [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
 21. Chaves-González D, Echevarría Estrada C. Venezuelan Migrants and Refugees in Latin America and the Caribbean: A Regional Profile. 2020 [cited 2022 Jan 10]; Available from: <https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/2308>
 22. de Gaudemar JP, Doyhamboure U, Barahona O. Movilidad del trabajo y acumulación de capital. El hombre y su tiempo. México: Era; 1979.
 23. Mármora L. Las políticas de migraciones internacionales [Internet]. Paidós; 2002. (Tramas sociales). Available from: <https://books.google.com.co/books?id=vUJHAQAIAAJ>
 24. Centro Nacional de Memoria Histórica. (CNMH). Cruzando la frontera: memorias del éxodo hacia Venezuela. El caso del río Arauca. Bogotá; 2014.
 25. Sassen-Koob S. The internationalization of the labor force. *Studies in Comparative International Development*. 1980;15(4):3–25.
 26. Sassen-Koob S. Immigrant and minority workers in the organization of the labor process. *The Journal of Ethnic Studies*. 1980;8(1):1.
 27. RAMÍREZ S. Colombianos en Venezuela y Ecuador. Contextos, condiciones e impacto en la vecindad. Lugares, procesos y migrantes Aspectos de la migración Internacional sobre colombiana Bruselas: PIE Peter Lang SA. 2009;109–38.
 28. de Flores RÁ. La dinámica migratoria colombo-venezolana: evolución y perspectiva actual. *Geoenseñanza*. 2004;9(2):191–202.
 29. CEPAL NU. Panorama Social de América Latina 1999-2000. CEPAL; 2000.
 30. Bank W. World development report 2000/2001: Attacking poverty. The World Bank; 2000.
 31. Gómez A, Díaz LM. El estado del conocimiento sobre las migraciones laborales de Colombia a Venezuela 1973-1988. *Lecturas de Economía*. 1989;(29):9–31.
 32. Torrealba Ricardo. Mercado de trabajo y migraciones laborales entre Colombia y Venezuela en el contexto de la crisis venezolana, 1980-1986 : Seminario “Las Migraciones Laborales Colombo-Venezolanas,” Caracas, 2 y 3 de julio, 1987. Caracas: ILDIS : IIES; 1987.
 33. Capera Ríos A. Mitos y realidades sobre la actual relación comercial entre Colombia y Venezuela. 2010;

34. Pizarro Hofer R. Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. 1999;
35. Instituto | :IUFROnt:. [Internet]. [cited 2022 Jan 16]. Available from: <https://iufro.net/instituto/>
36. Home | R4V [Internet]. [cited 2021 Dec 26]. Available from: <https://www.r4v.info/pt>
37. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana M y D (OBIMID). El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración. Colección OBIMID. Koechlin J, Eguren J, editors. Vol. N.o 4. Madrid; 2018. 10–369 p.
38. La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas - Fundación Carolina [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.fundacioncarolina.es/la-emigracion-venezolana-respuestas-latinoamericanas/>
39. UNHCR - Venezuela situation [Internet]. [cited 2021 Dec 26]. Available from: <https://www.unhcr.org/venezuela-emergency.html>
40. Situación Respuesta a los Venezolanos [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://data2.unhcr.org/es/situations/platform>
41. Venezuela refugee crisis to become the largest and most underfunded in modern history [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2019/12/09/venezuela-refugee-crisis-to-become-the-largest-and-most-underfunded-in-modern-history/>
42. A Staggering Exodus: Millions of Venezuelans Are Leaving the Country, on Foot - The New York Times [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.nytimes.com/2019/02/20/world/americas/venezuela-refugees-colombia.html>
43. McAuliffe M. Seeking the views of irregular migrants: Decision-making, drivers and migration journeys. A long way to go: Irregular migration patterns, processes, drivers and decision-making. 2017;103–39.
44. Venezuela - Migración Colombia [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.migracioncolombia.gov.co/venezuela>
45. van Doorn N, Ferrari F, Graham M. Migration and migrant labour in the gig economy: an intervention. Available at SSRN 3622589. 2020;
46. Kabir M, Afzal MS, Khan A, Ahmed H. COVID-19 pandemic and economic cost; impact on forcibly displaced people. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101661.
47. Dempster H, Ginn T, Graham J, Ble MG, Jayasinghe D, Shorey B. Locked down and left behind: the impact of COVID-19 on refugees' economic inclusion. Center for Global Development, Refugees International, and International Rescue Committee. 2020;
48. Benton M, Batalova J, Davidoff-Gore S, Schmidt T. COVID-19 and the State of Global Mobility in 2020. International Organization for Migration. 2021;
49. 2020 - Global Report on Food Crises | World Food Programme [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.wfp.org/publications/2020-global-report-food-crises>
50. Searching for Home: How COVID-19 Threatens Progress for Venezuelan Integration in Colombia — Refugees International [Internet]. [cited 2022 Jan

- 12]. Available from:
<https://www.refugeesinternational.org/reports/2020/5/21/searching-for-home-how-covid-19-threatens-progress-for-venezuelan-integration-in-colombia>
51. Blouin C. Complejidades y contradicciones de la política migratoria hacia la migración venezolana en el Perú. *Colombia Internacional*. 2021;141–64.
 52. Horwood C, Frouws B, editors. *Mixed Migration Review 2021. Highlights. Interviews. Essays. Data.* . Genev: Mixed Migration Centre; 2021.
 53. Herrera-Cuenca M, Landaeta Jimenez M, Sifontes Y. Challenges in Food Security, Nutritional, and Social Public Policies for Venezuela: Rethinking the Future. *Frontiers in Sustainable Food Systems* [Internet]. 2021;5. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsufs.2021.635981>
 54. Situation Report: Venezuelan Migration and Refugee Crisis (December 2020) - Colombia | ReliefWeb [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://reliefweb.int/report/colombia/situation-report-venezuelan-migration-and-refugee-crisis-december-2020>
 55. Venezuelan migrants at a crossroads on the Colombian border | MSF [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.msf.org/venezuelan-migrants-crossroads-colombian-border>
 56. Venezuelan migrants in Colombia: A neglected crisis | Doctors Without Borders - USA [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/news/venezuelan-migrants-colombia-neglected-crisis>
 57. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Glosario de la OIM sobre Migración* [Internet]. 2019. Available from: www.iom.int
 58. Martine G. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*. 2005 Sep;19(3):3–22.
 59. Maccio GA, Centro Latinoamericano de Demografía S (Chile) spa, Union Internacional para el Estudio Científico de la Población L (Belgium) spa. *Diccionario demografico multilingue*. Liege (Belgium) CELADE; 1985.
 60. *Migración* | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.cepal.org/es/temas/migracion>
 61. *nomadism* | society | Britannica [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/nomadism>
 62. FITISPos. *Diccionario LID. Migración y Extranjería*. Lerdys Heredia y Alfonso Ortega (dirs.). 2014. Madrid: LID Editorial, 256 pp. *Lengua y migración / Language and Migration* [Internet]. 2015;7(1):111–26. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=519551619005>
 63. Comisionado NUnidasDHumanosO del A. *Migración y derechos humanos: mejoramiento de la gobernanza basada en los derechos humanos de la migración internacional* [Internet]. Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado; 2013. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=BYzEtAEACAAJ>
 64. *What is a Refugee? Definition and Meaning* | USA for UNHCR [Internet]. [cited 2022 Jan 4]. Available from: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>

65. “Refugiados” e “Migrantes”: Perguntas Frequentes – UNHCR ACNUR Brasil [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes/>
66. Deslocados internos – UNHCR ACNUR Brasil [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/deslocados-internos/>
67. Glossário - Instituto Migrações e Direitos Humanos [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/>
68. Bjerre L, Helbling M, Römer F, Zobel M. Conceptualizing and Measuring Immigration Policies: A Comparative Perspective. *International Migration Review* [Internet]. 2015;49(3):555–600. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/imre.12100>
69. Racism is an ideological construct based on an attitude and belief that extols the superiority of a certain race/ethnic group on the unscientific basis of biological and cultural attributes [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <http://www.hurights.or.jp/wcar/E/tehran/migration.htm>
70. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos M da CP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2017 Jun [cited 2022 Jan 16];21(61):285–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200285&lng=pt&tlng=pt
71. PAHO and IOM Sign Agreement to Improve the Health of 70 Million Migrants in the Americas | International Organization for Migration [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.iom.int/news/paho-and-iom-sign-agreement-improve-health-70-million-migrants-americas>
72. Loayza-Alarico MJ. Migración y los efectos en la salud publica. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2019;19(4):10–1.
73. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L. *Migraciones y salud*. Vol. 1. PUBLICACIONES UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI; 2010.
74. Becker SO, Ferrara A. Consequences of forced migration: A survey of recent findings. *Labour Economics*. 2019 Aug 1;59:1–16.
75. Axinn WG, Pearce LD, Ghimire D. Innovations in life history calendar applications. *Social Science Research*. 1999 Sep 1;28(3):243–64.
76. Freedman D, Thornton A, Camburn D, Alwin D, Young-demarco L. The life history calendar: a technique for collecting retrospective data. *Sociol Methodol*. 1988;18:37–68.
77. Colombia | iMMAP [Internet]. [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://immap.org/colombia/>
78. CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES HUMANITARIAS|SITUACIÓN DE FLUJOS MIGRATORIOS [Internet]. [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://colombia.immap.org/caminantes/home.html>
79. Flujos Migratorios - 2019 | Tableau Public [Internet]. [cited 2022 Jan 17]. Available from:

- <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/FlujosMigratorios-2019/Inicio>
80. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021 - Migración Colombia [Internet]. [cited 2021 Oct 2]. Available from: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>
 81. fundacion guajira naciente [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://guajiranaciente.wixsite.com/funguanaci/fundacion>
 82. Diócesis de Tibú | Conferencia Episcopal de Colombia. [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.cec.org.co/jurisdicciones/di%C3%B3cesis/di%C3%B3cesis-de-tib%C3%BA>
 83. Grupo de Trabajo sobre Migrantes Venezolanos de la OEA llama a otorgarles estatus de refugiado y crear tarjeta de identidad regional [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-048/19
 84. Proyecto Venezuela | Migrantes de ida y vuelta: la vida de los colombianos que retornan [Internet]. [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://migravenezuela.com/web/articulo/colombianos-vuelven-de-venezuela-a-colombia-por-crisis-economica/1645>
 85. Forced internal migration grows in Venezuela | openDemocracy [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://www.opendemocracy.net/en/democraciaabierta/la-forzosa-migraci%C3%B3n-interna-crece-en-venezuela-en/>
 86. Alkire S, Kanagaratnam U, Suppa N. The global multidimensional poverty index (MPI): 2018 revision. OPHI MPI methodological notes. 2018;46.
 87. Health at a Glance 2019 : OECD Indicators | Health at a Glance | OECD iLibrary [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
 88. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. 2001;
 89. Encovi 2017 | Encuesta Nacional de Condiciones de Vida [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2017>
 90. Encovi 2018 | Encuesta Nacional de Condiciones de Vida Copy [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2018-encuesta-nacional-de-condiciones-de-vida-copy>
 91. Encovi 2019 | Encuesta Nacional de Condiciones [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2019>
 92. Corporación Red Somos Plataforma LGBTI por la Paz. Informe paralelo sobre la situación de migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo LGBTI en Colombia, ante el Comité para la Erradicación de la Discriminación Racial en su sesión número 100 del 25 de noviembre – 13 de diciembre de 2019 [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/COL/INT_CERD_NGO_COL_39642_S.pdf

93. Research: Creatividad dentro de la crisis: opciones.. | migrationpolicy.org [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.migrationpolicy.org/research/opciones-legales-migrantes-venezolanos-america-latina>
94. Cepal. Panorama Social de América Latina 2006. In.
95. de Haas H. Migration theory: Quo vadis? 2014;
96. Proyecciones de Población [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51
97. Chowdhury IA, Haque N, Kamal MM, Islam T, Khan MM, Islam MN, et al. Internal migration and socio-economic status of migrants: A study in Sylhet City, Bangladesh. *American Journal of Human Ecology*. 2012;1(4):123–33.
98. Larotta Silva SP. Determinantes para la migración internacional de colombianos entre 1990-2015 a partir de un modelo gravitacional. *Territorios*. 2019 Jul 1;(41):69.
99. NECESIDADES DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS VENEZOLANAS FORZADAS A MIGRAR, REFUGIADAS Y EN RIESGO DE APATRIDIA EN COLOMBIA – Migraciones y desplazamientos [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: <http://migracionesydesplazamientos.unal.edu.co/necesidades-de-proteccion-de-las-personas-venezolanas-forzadas-a-migrar-refugiadas-y-en-riesgo-de-apatridia-en-colombia/>
100. Encovi 2021 | Encuesta Nacional de Condiciones [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2021>
101. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S v. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías*. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. [cited 2021 May 4];38(4):2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
102. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region.
103. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 Actualizada con los Actos Legislativos a 2016 Edición especial preparada por la Corte Constitucional Consejo Superior de la Judicatura Centro de Documentación Judicial-CENDOJ Biblioteca Enrique Low Murtra-BELM.
104. Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
105. Crasto TC, Álvarez MR. Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones* Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Oct 18];(41):133–63. Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/7898>
106. Rebolledo-Ponietsky K, Munayco C v., Mezones-Holguín E. Migration crisis in Venezuela: Impact on HIV in Peru [Internet]. Vol. 26, *Journal of Travel Medicine*. Oxford University Press; 2019 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30590751/>

107. Gómez Ochoa SA. Increasing cases of HIV/AIDS in the northern region of the Colombia-Venezuela border: The impact of high scale migration in recent years [Internet]. Vol. 25, Travel Medicine and Infectious Disease. Elsevier USA; 2018 [cited 2021 May 4]. p. 16–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29857141/>
108. Carroll H, Luzes M, Freier LF, Bird MD. The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration. SSM - Population Health [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 May 4];10:100551. Available from: </pmc/articles/PMC7033588/>
109. Mougnot B, Amaya E, Mezones-Holguin E, Rodriguez-Morales AJ, Cabieses B. Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru. Globalization and Health [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 May 4];17(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3>
110. Eltis WA. Malthus's Theory of Effective Demand and Growth. Oxford Economic Papers [Internet]. 1980;32(1):19–56. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2662615>
111. Rankin SC. Supply and Demand in Ricardian Price Theory: A Re-Interpretation. Oxford Economic Papers [Internet]. 1980;32(2):241–62. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2662684>
112. Aspromourgos T. ADAM SMITH'S TREATMENT OF MARKET PRICES AND THEIR RELATION TO «SUPPLY» AND «DEMAND». History of Economic Ideas [Internet]. 2007;15(3):27–57. Available from: <http://www.jstor.org/stable/23723287>
113. Sink T. Gravity Model. 2010.

8 ANEXOS

ANEXO 1. Data sharing agreement (DSE) MSF e Fiocruz.



DATA SHARING AGREEMENT

This Data Sharing Agreement is made by and between:

Médecins Sans Frontières –Operational Centre Brussels

[Hereinafter referred to as "MSF"],

- Representative's name: Dr. Sebastian Spencer – Medical Director
- Address: 46, rue de l'Arbre Bénit, 1050 Brussels- Belgium

[MSF being hereinafter referred to as the "Supplier"]

On the one hand,

And

Instituto Oswaldo Cruz [IOC-Fiocruz]

Representative's name: Dr. José Paulo Gagliardi Leite - Director

Address: 4365, Brasil Avenue, 21040900 – Rio de Janeiro – Brasil

[Hereinafter referred to as the "Recipient"]

On the other hand.

For the PhD project named "Human Mobility and Health: Understanding social and health conditions of Venezuelan immigrants and refugees on the Colombian border."

By Juan Cubides

- Address: Avenida Rio Branco 135, Andar 11 Médicos Sem Fronteiras. Centro. Rio de Janeiro RJ. 20040-006. Brazil

The Supplier and the Recipient shall be referred to collectively as the "Parties" and individually as a "Party".

Initials of each Party:

PP
SHS

Page 1 of 10

A vertical handwritten signature or mark on the right side of the page.



WHEREAS:

- o MSF is an independent, non-profit, international medical humanitarian organization that delivers emergency aid to people affected by armed conflict, epidemics, natural or man-made disasters, or exclusion from health care, in more than 70 countries.
- o MSF carry out and support operational research studies, as well as epidemiological and medical research for the benefit of developing countries and MSF field interventions;
- o Fiocruz, the Recipient is a foundation, linked to the Ministry of Health that promote health and social development, generating and disseminating scientific and technological knowledge;
- o For the purpose of performing its medical activities, MSF has collected data on current health conditions, access to health services and the needs of Venezuelan migrants and refugees in the frame of two Médecins Sans Frontières project areas in Colombia that include border municipalities: Riohacha [Guajira] and Tibú [Norte de Santander];
- o The Recipient wishes to access such data set(s) (hereinafter the "Data set(s)) for the purpose of performing deeper associated to the academic activities of the PhD projects described above that aim to contribute in the understanding of diverse social, health conditions, migration patterns and future plans of people who are currently in the Colombian-Venezuelan border area (hereinafter the "Project");
- o The Parties wish to enter into this agreement setting out the general terms and conditions pursuant to which the Supplier agrees to provide such Data Set(s) to the Recipient for the exclusive purpose of the Project (the "Agreement")

NOW, THEREFORE, in consideration of the mutual promises set forth, the Parties hereto agree as follows:

1. DEFINITIONS

In this Agreement, the following capitalised terms, whether used in the singular or plural, shall have the meanings set forth below:

"Agreement" means this Data Sharing Agreement and all its annexes;

"Confidential Information" means any information related to the Data Set(s)

"Data Controller" means the natural or legal person, public authority, agency or other body which, alone or jointly with others, determines the purposes and means of the processing of personal data; where the purposes and means of such processing are

Initials of each Party PP

MSF

Page 2 of 10



determined by European Union or Member State law, the controller or the specific criteria for its nomination may be provided for by European Union or Member State law.

"Data Protection Regulation" means the General Data Protection Regulation 2016/679 dated 27 April 2016 and any other EU or Member State legislation, regulation, recommendation or opinion replacing, adding to or amending, extending, reconstituting or consolidating the GDPR.

"Data Processor" means a natural or legal person, public authority, agency or other body which processes personal data on behalf of the Data Controller.

"Data Set(s)" shall have the meaning set forth in the recitals; "Effective Date": the date of signature of the Agreement by both Parties.

"Host Country" means the country(ies) where Data Set(s) have been collected or originate from.

"Party" shall have the meaning set forth in the introductory paragraph;

"Intellectual Property" means any patentable inventions or any other proprietary rights that are conceived or reduced to practice by or on behalf of Recipient, in connection with or by use of the Data Set(s) (hereafter "Inventions"), and (ii) any data, results, know-how, and other intellectual property that are not Inventions and that are generated by or on behalf of Recipient, in connection with or by use of the Data Set(s) (hereafter "Know-How").

"Personal Data" are any subset of data or information that directly or indirectly identifies an individual. It includes data that reasonably could identify an individual. For example, it includes:

- Data that directly identifies individuals e.g. name, ID number, national number, social security number, phone number, household address or household GPS coordinates, biological samples, medical imagery, biometrics and all other techniques designed to directly identify individuals.

A combination of data that together can reasonably make it possible to identify an individual.

"Publication" means any abstracts, reports, external communication, websites, presentations or other peer-reviewed scientific publications that contain information, data or Results that are directly or indirectly related to the Data Set(s);

"Result" means the information, data, results, Intellectual Property generated in or arising out of the use of the Data Set.

"Project" shall have the meaning set forth in the recitals;

"Representative(s)" means directors, officers, employees, agents, consultants or affiliated students of the Recipient who are directly engaged in performing the Project under the control of the Recipient;

Initials of each Party PP
SMS

Page 3 of 10



"Third Party" means any entity or person other than the Parties.

2. SUPPLY OF DATA SET (S)

2.1 The Supplier may provide to the Recipient Data Set(s) as well as Confidential Information pursuant to the terms and conditions of this Agreement.

2.2 In order to ensure that medical confidentiality and privacy of patients are fully respected, Parties agree that Data Set(s) and the Confidential Information shall contain no Personal Data

3. AUTHORISED USE AND ACCESS OF DATA SET (S) AND CONFIDENTIAL INFORMATION

3.1 The Recipient shall use the Data Set(s) and the Confidential Information **solely** for carrying out the Project and only to the extent that is reasonably necessary to achieve the Project. **Any** other use or transfer to any third party (other than Representatives pursuant to Section 3.2 below) of the Data Set(s) or the Confidential Information by the Recipient requires the prior and written approval of the Supplier and, as required by applicable laws, the competent authorities in the Host Country

The Recipient acknowledges and agrees that the use or transfer of Data Set(s) or the Confidential Information **may require the prior authorization of competent authorities in the Host Country**, including with respect to Project that are not regulated as medical research in the country of the Recipient or that do not require prior authorization under the legislation of the country of the Recipient.

3.2 The Recipient shall only authorize access to the Data Set(s) or the Confidential Information to its Representatives whose knowledge is necessary to enable the Recipient to carry out the Project, and shall guarantee that such use by its Representatives shall be consistent with the assurances and obligations set forth in this Agreement. Prior to disclosing any Data Set(s) or the Confidential Information to any of its Representatives, the Recipient shall obtain their agreement and undertaking to maintain and preserve the confidentiality of the Data Set(s) and the Confidential Information and to comply with each of the terms and provisions of the Agreement.

3.3 The Recipient agrees not to use or store the Data Sets at any facility outside of the control of the Recipient, any transfer to a new location should be priorly notified in writing to the Supplier.

4. OBLIGATIONS OF THE RECIPIENT

4.1 The Recipient agrees.

- To establish appropriate with each of the terms and provisions of the Agreement, and

Initials of each Party PP
SMS

Page 4 of 10



- To respect all and any regulations of the Host Country applicable to the use of the Data Set(s) and the Confidential Information; and
- Not to permit Third Parties to process the Personal Data without obtaining the Supplier's prior written consent; and
- To prevent any unauthorized use or access to Data Set(s) and the Confidential Information.

4.2 The Recipient shall not use, disclose, release, show, sell, rent, lease, loan, or otherwise grant access to the Data Set(s) or the Confidential Information to any third party, except as expressly permitted by this Agreement or otherwise required by law. The Recipient shall not use the Data Set(s) and the Confidential Information for work on human subjects, including diagnostic testing, unless as expressly provided by the Project, nor for commercial or for profit purposes.

4.3 The Recipient shall promptly report in writing to the Supplier any use or disclosure of the Data Set(s) or any Confidential Information not provided for by this Agreement of which it becomes aware and, especially, notifying the Supplier promptly and in any event within 24 hours of any Personal Data breaches so the Supplier can notify the supervisory authorities and advise data subjects. The Supplier in its sole discretion may require the Recipient to: (a) promptly investigate and respond to the Supplier concerns regarding any alleged disclosure; (b) promptly resolve any problems identified by the investigation; (c) submit a corrective action plan with steps designed to prevent any future unauthorized disclosures; and/or (d) require that all Data Set(s) and Confidential Information (including any document created by or on behalf of Recipient and containing Confidential Information) be immediately returned or destroyed.

4.4 The Recipient shall not attempt to identify or contact any specific individual or groups of individuals or medical institutions whose data or is included in the Data Set(s) or the Confidential Information. Any information request shall be sent to MSF at: [Annick.antierens@brussels.msf.org]

4.5 The Supplier shall transfer the Data Set(s) and Confidential Information "as is", which Recipient acknowledges and agrees, and the Supplier shall not make, and hereby disclaims, any and all representation or warranty, either implied or express, with respect to:

- (i) The accuracy and completeness of the Confidential Information;
- (ii) The fitness of the Data Set(s) and Confidential Information for the Project or any other particular purpose;
- (iii) The fact that the use of the Data Set(s) will not infringe any proprietary right.

5. INTELLECTUAL PROPERTY

Initials of each Party:

PP
SMS

Page 5 of 10



5.1 The Recipient acknowledges and agrees that the ownership of Data Set(s) may be specifically regulated in the Host Country; such regulations may differ from those applicable in the country of the Recipient. Without limitation to the provisions of the preceding sentence, the parties agree that the Recipient does not obtain any right, title, or interest in any of the Data Set(s) furnished by the Supplier.

5.2 The Recipient agrees that it shall not seek Intellectual Property rights of any kind, or any other protection in respect of the Data Set(s), any Confidential Information and any Results, without the Supplier prior written consent.

6. COMPLIANCE WITH LAWS AND STANDARDS

6.1 The Recipient shall comply with all laws and governmental rules, regulations, good practices and guidelines which are applicable to the Data Set(s) or the use thereof, including without limitation Host Country and international best standards and rules relating to medical confidentiality, medical ethics and medical research.

6.2 The Recipient shall be responsible for obtaining all Host Country and international ethical, regulatory and legal approvals applicable that are necessary to carry out the Project, including with respect to the use of the Data Set(s) or the Confidential Information for the Project in accordance with this Agreement.

7. PUBLICATIONS

7.1 If the Recipient does not make any Publication within 18 months of the end of the Project, then the Supplier will be able to make Publications containing the Results provided that such Publications.

- only include aggregated information and data;
- do not contain any Personal Data,
- specify sources and disclose methods of obtaining and processing data;
- fully explain data exclusions;
- detail methods used to analyze data;
- discuss data Bias (post hoc analysis of subgroups is acceptable as long as this is disclosed),

7.2 The Recipient shall provide the Supplier with a copy of each manuscript and abstract of Publications at least 45 days before submission for publication in a journal or presentation at an international meeting. The Supplier will have the right to examine the Publication before it is printed and disseminated, and to make comments to which the Recipient shall give due consideration.

Initials of each Party: PP

SMS

Page 6 of 10



7.3 The Recipient shall not acknowledge the contribution of the Supplier in any of its Publication, and shall in no circumstances make reference to the Supplier in connection with the Project or the Publication, without Supplier prior written approval.

7.4 The Recipient is encouraged to produce and disseminate electronic versions of important Publications produced as a result of the Project. In consideration of the supply of the Data Set(s) and Confidential Information pursuant to this Agreement, the Recipient will permit any third party to disseminate such electronic versions for free and without limitations, as long as all original formatting, credits, and contents are maintained. To that extent, the Recipient shall use its best efforts not to enter without the prior approval of the Supplier any copyright agreement that restricts access in any way to electronic versions of any Publications. In such case, the Supplier will consider if such copyright restrictions are acceptable in light of potential public health benefits of releasing results immediately and without restrictions.

8. RESULTS SHARING

The Recipient shall provide access to the Supplier to the Results. Notably, the Recipient shall provide to the Supplier a copy of any report containing Results.

The Parties are encouraged to share the Results and Publication containing the results with the national, provincial and local authorities of all Host Country(ies)– and with the communities from which the subject comes from.

9. FINANCIAL CONTRIBUTIONS OF THE PARTIES

Unless expressly specified otherwise in the Agreement, each Party pays all the costs it incurs in the set up and implementation of this Agreement. Any given expense or cost can only be committed in writing by the Party responsible for the cost in question. In no case can one Party commit an expense on behalf of another Party, without prior written consent.

10. TERM AND TERMINATION

10.1 This Agreement will be effective upon the Effective Date. This Agreement will remain in effect until the completion of the Project, or 2 years from the Effective Date, whichever is the earlier, whichever is the earlier.

10.2 In the event that this Agreement is breached by the Recipient, the Supplier at its sole discretion may, without prejudice to any other remedies, a) immediately cease to supply Data Set(s) upon written notice to the Recipient and/or b) request that the Recipient, to the satisfaction of the Supplier, takes appropriate steps to cure such breach.

10.3 The Recipient shall, at any time upon request of the Supplier, and no later than within thirty (30) days of the Project or the termination or the expiration of the Agreement, whichever is the earlier:

Initials of each Party PP
SHS

Page 7 of 10



- cease use of Data Sets; and
- arrange for the return of all remaining Data Set(s) and documents containing any Confidential Information to the Supplier;
- and arrange for the lawful destruction and disposal of all remaining Data Set(s) and documents containing any Confidential Information; in case of destruction, the Recipient shall provide the Supplier, upon request, the written certification of such lawful destruction and disposal;

11. USE OF NAMES

Unless explicitly provided differently in this Agreement, this Agreement will not be construed as conferring a right to use, in advertising, publicity, promotional, research or sales literature, or otherwise, by any of the Parties, any of other Parties' name, or logo, or any adaptation of their respective trademarks, without the prior written consent of the Party whose name, logo, or trademark is sought to be used.

Each Party is not authorized to use, in advertising, publicity, promotional, research or sales literature, or otherwise, any of other Parties' name, or logo, or any adaptation of their respective trademarks, without the prior written consent of the other Parties' whose name or logo, or any adaptation of their respective trademarks, is sought to be used.

12. MISCELLANEOUS

Applicable Law. This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of Belgium notwithstanding specific provisions under Article 6. All disputes arising from or in connection with this Agreement shall be submitted to the exclusive jurisdiction of the *Brussels Tribunal* provided however that the Supplier may seek interim measures in any other jurisdiction to prevent the use of the Data Set(s) or the Confidential Information in breach with this Agreement.

Entire Agreement. This Agreement constitutes the final and entire agreement between the Parties, and supersedes all prior written and oral agreements, understandings, or communications with regard to the subject matter of this Agreement. This Agreement may not be modified except in writing signed by a duly authorized representative of each Party.

No Assignment. A Party may not assign or transfer the Agreement, the rights and obligations hereunder, or any interest herein, without the other Parties express prior written consent.

Waiver. The failure of a Party to require the performance of a term or obligation or to exercise any right under this Agreement or the waiver of any breach hereunder shall not prevent subsequent enforcement of such term or obligation or exercise of such right or the enforcement at any time of any other right hereunder, or be deemed a waiver of any subsequent breach of the provision so breached, or of any other breach hereof.

Initials of each Party PP

MS

Page 8 of 10



Severability. Invalidation or unenforceability of one or more provisions of this Agreement shall not affect any other provision of this Agreement.

Headings. The captions and headings used in this Agreement are inserted for convenience only and shall not affect the meaning or interpretation of this Agreement.

No Third Party rights. Except where expressly stated in this Agreement to the contrary, no person who is not a party to this Agreement has any rights under any relevant law or legislation to enforce or enjoy the benefit of any term of this Agreement.

Exhibit In the event of any inconsistency or conflict between this Agreement and any of the exhibits, this Agreement shall prevail.

Executed in 3 originals,

Name and Title:	Dr Sebastian Spencer - Medical Director
Organization:	MSF Operational Center Brussels
Signature:	
Date:	1/10/2020

Name and Title:	Dr. José Paulo Gagliardi Leite - Director
Organization:	IOC- Fiocruz
Signature:	 JOSÉ PAULO GAGLIARDI LEITE Diretor Instituto Oswaldo Cruz Mar. 04/1969
Date:	September, 29 th 2020

In witness of:

Name:	Juan Cubides
Title:	PHD Student
Signature:	
Date:	31/08/2020

Initials of each Party PP
SMG



Name:	Dr. Paulo Cesar Peiter
Title:	PHD Geografia
Signature:	<i>Paulo Cesar Peiter</i>
Date:	17 September 2020

EXHIBIT 1:



Migrants VNZ
Concept paper pdf

EXHIBIT 2: DATA SET(S)

1. Categories of Personal Data:

None

2. Categories of Data:

- Socio-demographics
- Locations [GIS Origin, Transit, Destination]
- Motivations to migrate
- Household information
- Self-reported chronic diseases
- Self-reported acute diseases
- Violence exposure
- Mental health self-screening
- Sexual and reproductive health
- Medical issues [Place of origin and current location]
- Medical assistance and access to care
- Future plans

Journals of each Part

PP
SMS

Page 10 of 10

ANEXO 2. Anuência Riohacha (La Guajira)



FUNDACIÓN GUAJIRA NACIENTE

Nit. 825002112-9

¡Trabajamos por el Bienestar Integral de la Niñez!


Riohacha, 03 de septiembre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Mediante la presente yo, **Nayarith Yolima Gómez Caicedo**, como representante legal de la **Fundación Guajira Naciente**, con sede en el Distrito de Riohacha, departamento de La Guajira y como Socio implementador del Programa Mundial de alimentos – WFP (Por sus siglas en inglés) en la modalidad de comedores comunitarios; me permito certificar que el **Dr. Juan Carlos Cubides**, epidemiólogo de la organización internacional humanitaria *Médicos Sin Fronteras* seccional Brasil y su equipo de seis [6] entrevistadores recibió autorización por parte del Programa mundial de Alimentos para acceder a las instalaciones de los comedores comunitarios *Ranchería* y *Nuevo Faro* ubicados en la ciudad de Riohacha y operados por nuestra Fundación, entre el 8 y el 14 de marzo del presente año, esto con el fin de llevar a cabo la recolección de informaciones asociadas al proyecto de investigación titulado *"Movilidad Humana y Salud: Entendiendo las condiciones sociales y de salud de migrantes y refugiados venezolanos"*.

La presente se expide como anuencia de las actividades de investigación antes mencionadas.

Atentamente,


NAYARITH YOLIMA GÓMEZ CAICEDO
Representante Legal
Fundación Guajira Naciente

*Calle 12B # 21-06 Piso 2 * Tel. 7286496*
Riohacha – La Guajira

ANEXO 3. Anuência Tibú (Norte de Santander)



DIOCESIS DE TIBÚ
PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DE LAS GRACIAS DE TORCOROMA
NIT 807.006.842-1
Cra. 10 N° 15-105 Barrio Barco
Tibú Norte de Santander
Teléfono: 5662876



Tibú, febrero 21 de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Mediante la presente yo, **VÍCTOR HUGO PEÑA PÉREZ**, Pbro. de la Parroquia de Ntra. Sra. de las Gracias de Torcoroma, Delegado de la Pastoral de Víctimas de la Diócesis de Tibú y Coordinador del Comedor Comunitario Ntra. Sra. de las Gracias de Torcoroma adscrito a esta parroquia; me permito certificar que el Dr. Juan Carlos Cubides de la organización internacional humanitaria *Médicos Sin Fronteras* y su equipo de seis [6] entrevistadores recibió autorización para acceder a las instalaciones de nuestro comedor entre el 24 y el 28 de febrero del presente año; con el fin de llevar a cabo la recolección de informaciones asociadas al proyecto de investigación titulado *“Movilidad Humana y Salud: Entendiendo las condiciones sociales y de salud de migrantes y refugiados venezolanos”*.

La presente se expide como anuencia de las actividades de investigación antes mencionadas.

Atentamente,

DIOCESIS DE TIBÚ
PARROQUIA NUESTRA
SEÑORA DE TORCOROMA
NIT. 807.006.842-1

Pbro. Víctor Hugo Peña Pérez.
Pbro. Parroquia Ntra. Sra. de las Gracias de Torcoroma
Celular: 3114527702

ANEXO 4. Artigo publicado

Journal of Immigrant and Minority Health
https://doi.org/10.1007/s10903-021-01298-1

ORIGINAL PAPER



Human Mobility and Health: Exploring the Health Conditions of Venezuelan Migrants and Refugees in Colombia

Juan-Carlos Cubides^{1,2} · Paulo Cesar Peiter² · Daniela Belen Garone³ · Annick Antierens³

Accepted: 20 October 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2021

Abstract

Médecins sans Frontières (MSF) conducted a study to identify health needs and access barriers of Venezuelan migrants and refugees at La Guajira and Norte de Santander Colombian border states. The Migration History tool was used to gather information that included various health-related issues such as referred morbidity, exposure to violence, mental health, and access to health care services. A group migration profile with long-term permanence plans was identified. Was evidenced an important share of young population (50% under 20), indigenous people (20%), and returnees (11%). The respondents referred to a mixed pattern of chronic and acute diseases, for which the main difficulty was accessing diagnosis and continuous treatment. Health-seeking behavior was identified as the main barrier to access health care services. The article compiles main findings on the Venezuelan migrants and refugees' health conditions, contributing important evidence for the humanitarian responses in migration contexts.

Keywords Migration · Medical services · Venezuela · Humanitarian aid

Background

The political, institutional, and economic instability in Venezuela has unchained an unprecedented humanitarian crisis in the country. Venezuelans have faced over the past years shortages of food and medicines, violence, hyperinflation, and other situations that force them to leave their country.

Consequently, the migratory dynamics in the region have suffered an enormous transformation sharpened during the last 5 years, from being a country that historically attracted population (mainly from neighbouring Colombia) [1, 2] to one that, up to March 2021, registered about 5.5 million migrants, refugees, and asylum-seekers [3]. By January 2021, the official immigration statistics reported that a total of 1.742.927 Venezuelans reside in Colombia being many of them in an irregular situation (57%). The reported gender distribution among this population correspond to 51% male vs. 49% female and with a 24% of people under 18 years old. [4].

As a reception country, Colombia faces serious security problems related to the internal conflict, which are particularly aggravated by the abandonment of the state to the border areas. Under these conditions, the migrants and refugees deal with the bearings that motivated their departure from Venezuela and face structural and historical difficulties present in the regions where they arrive in Colombia. Migrants find themselves in constant competition with the unmet needs that overload locals such as internally displaced people, poor communities, and indigenous populations [1, 2].

This study highlights the importance of exploring and getting to understand the bidirectionality of the relationship between migration and health. Intending to answer the

✉ Juan-Carlos Cubides
juanmorenocubides@outlook.com

Paulo Cesar Peiter
paulopeiter@gmail.com

Daniela Belen Garone
daniela.garone@brussels.msf.org

Annick Antierens
annick.antierens@brussels.msf.org

¹ Brazilian Medical Unit (BRAMU), Doctors Without Borders (MSF), Avenida Rio Branco, 135. 11 andar. Centro, Rio de Janeiro, RJ 20040-006, Brazil

² Parasitic Diseases Laboratory, Tropical Medicine Program, Oswaldo Cruz Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ 21040-900, Brasil

³ Medical Department, Doctors Without Borders (MSF), Rue de l'Arbre Bénit 46, 1050 Brussels, Belgium

Published online: 26 October 2021

Springer

questions on how different forms of migration influence health, both individual and collective, and how migration trajectories can positively or negatively impact health outcomes.

Conceptual Framework

Given the current situation of migrants at Colombian border areas; Médecins sans Frontières (MSF) has set up medical care projects in three departments of the country (Guajira, Norte de Santander, and Arauca) since November 2018. The medical activities cover two fronts with institutionalized primary health care services and mobile teams with points of care for long-distance walkers. Along with the medical activities, an operational research study with Venezuelan migrants and refugees was designed seeking to explore health conditions, migration patterns and access to health services of Venezuelan migrants present in Colombian border areas.

Data capitalization regarding Venezuelan migrants and refugees' health conditions and their access to health care was motivated by MSF operational discussions on the challenges it poses to collect health information from people on the move and how it constitutes a key element to identifying critical health services gaps. It is crucial to make available detailed data on the migrant and refugee population's characteristics in the Colombian territory to adapt the response interventions to their needs and circumstances.

The Venezuelan migration phenomenon in Colombia, as in many other migration contexts in the world, has been shaped and is continuously redefined by numerous highly volatile aspects; Venezuelan forced migration have had a disproportionate impact at the bordering states, making particularly evident the neediness for consistent context analysis and information availability on their current health conditions and access to medical care [5, 6] as during migratory processes and in humanitarian contexts in general, inequalities in the use of health services can exacerbate [7]. More vulnerable groups (women, children, people with disabilities, elderly individuals, indigenous groups, among others) are particularly exposed to risk situations, infectious diseases and multiple forms of violence due mainly to discrimination, lack of information and low access to primary care [8].

Methods

Participants

The study areas in Colombia included the two states with the highest influx of migrants to the country. The two selected municipalities, Riohacha (La Guajira) at the extreme North of the country and Tibú (Norte de Santander) at the Middle East; correspond to main points on

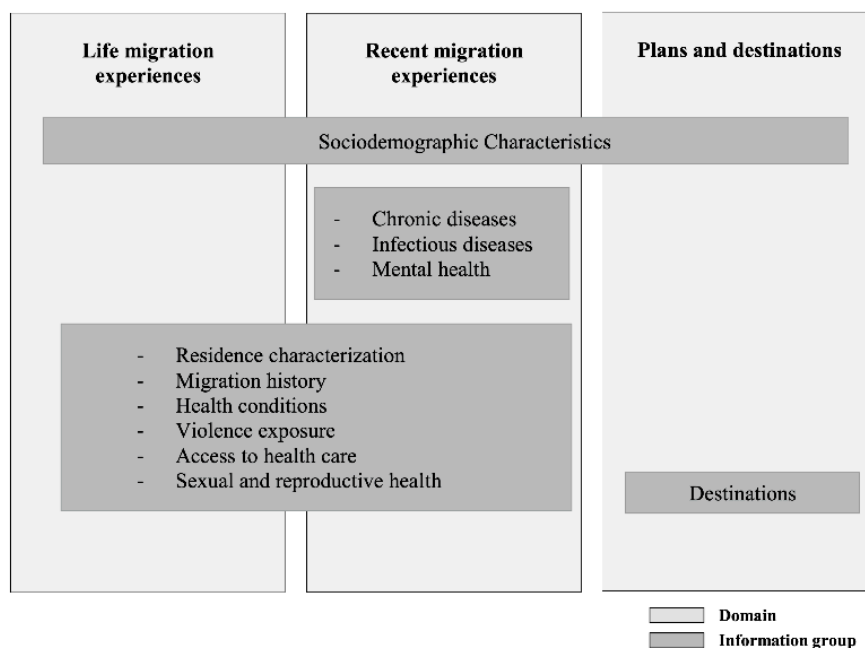
the migratory routes that flow from Venezuela to Colombia and other destinations. The community food distribution centres (commonly known as *comedores*) were, among places where humanitarian assistance services are provided; the most diverse spaces found for data collection purposes. As the study refers to various modules related to access to health care, health conditions and needs, it was clear that services other than MSF would be preferable to avoid selection bias.

Independent, statistically significant samples were drawn based on total venue capacity and daily new arrival figures of people over 18 years old, using a 95% confidence interval and a 5% margin of error. The final sample size was proportionally distributed among the municipalities, representing Riohacha 66% and Tibú 34% of the sampled population.

Data Collection

MSF has faced the challenge of collecting health information for mobile populations in different contexts. In the search for a methodology "as flexible as the migration itself" the literature review led towards the Life History Calendar (LHC) methodology [9, 10]. Referencing the main aspects of the LHC, a quantitative data collection instrument called Migration History Tool (MHT) was assembled by the social and medical professionals of the Brazilian Medical Unit (BRAMU), to register information on three different dimensions of a person's history: lifetime migration experiences; recent migration experience; and plans and destinations. Data collection domains for migration and related information groups are described in Fig. 1.

Eight senior nursing students from the University Francisco de Paula Santander; were trained over a period of 2 weeks to apply the survey. Training sessions included topics such as migration context, development of the tool, specificities of the research activities, research ethics and methodology. Based on the premise of not associating participation to obtaining social assistance and food services at the *comedores*; the potential participants were randomly approached in areas other than eating zones where migrants and refugees were expected to gather (entry, exit, registration and waiting points, for example). The time-space/location sampling was chosen as is commonly used in hard-to-reach population that tend to gather in defined urban locations. Once a prospective participant was approached, details on the research activity were shared seeking to establish their will to participate of the survey [11]. Research field implementation activities in Colombia were carried out between February and March 2020.

Fig. 1 Data collection tool domains and information groups

Measures

The final tool, adapted to the specific information needs; comprised 211 questions classified in 14 modules according to demographic, time, location, and health-related information groups. The questionnaire corresponded to a series of subordinate tables used according to each participant's migration and life experiences. To ease data registration, a new software link to a georeferencing component as well as audio questions for inquiring sensitive information; was explicitly created for the implementation of the methodology.

Analysis

Information was verified in its quality, consolidated and analyzed using descriptive statistics and bivariate analyses. STATA programming was used for cleaning, debugging, exploring and analyzing data.

The study was approved by the MSF International Ethics Review Board (ID 1948). The *Fundación Guajira Naciente* [12] and the *Diócesis Pastoral de Víctimas* [13] afforded local authorizations and participation consents. All participants signed an informed consent form, which was thoroughly explained, highlighting the uses of the information collected, risks, benefits, and confidentiality terms.

Results

Population Description

516 people answered the questionnaire. The average age of participants was 37.1 years old (SD 14.3); being half of them in the age group of 20 to 39 years old. The majority of the sample was female (58%). Indirect information on age, gender, and kinship of 769 the participant's travelling companions was collected, contributing to draw a broader characterization of the migratory influx. The description on the general characteristics of the participants stratified by gender is shown in Table 1.

A group migration profile with long-term permanence plans was identified; Venezuelan migrant population at the research sites correspond to people with a low mobility profile in constant influx towards Colombia during the evaluated period. Calculated mean time of stay in the Colombia was 4 months.

Migrants travelled mostly accompanied (78% of the cases), with approximately three more people (ranging from 2 to 7 individuals). The companions were family members, being that a half of them reported having travelled with their children. The global sociodemographic characteristics pointed out that 50% of the people migrating were individuals under 20 years old, counting among them a striking 20% of children under five. Relevant to highlight that 11% of the participants were classified as Colombian returnees and

Table 1 General characteristics of the participants by gender

Variable	Category	Gender		Total sample	
		Male	Female		
Total participants (%)	–	216 (42%)	300 (58%)	516 (100%)	
Average age in years (SD)	–	40.6 (15.4)	34.6 (12.9)	37.1 (14.3)	
Indigenous population (%)	Yes	42 (41%)	61 (59%)	103 (40%)	
	No	174 (42%)	239 (58%)	413 (80%)	
Education level (%)	Primary complete/secondary incomplete	95 (41%)	138 (59%)	233 (45%)	
	Secondary complete/superior incomplete	55 (42%)	77 (58%)	132 (26%)	
	Primary incomplete	33 (49%)	35 (51%)	68 (13%)	
	Superior completed	20 (42%)	28 (58%)	48 (9%)	
	Illiterate	8 (38%)	13 (62%)	21 (4%)	
	Literate without formal education	5 (36%)	9 (64%)	14 (3%)	
	Marital status (%)	Married/consensual union	109 (37%)	187 (63%)	296 (57%)
	Single	90 (48%)	96 (52%)	186 (36%)	
Divorced/separated	11 (55%)	9 (45%)	20 (4%)		
Widowed	6 (43%)	8 (57%)	14 (3%)		

20% of the overall participants described being part of an indigenous community, mainly corresponding to the Wayuu ethnic group.

Reasons to Migrate

The “desire for better living conditions” was undoubtedly the most common motivation referred by the respondents (65%). The second most predominant reason was “job search” (16%), that was more frequently mentioned by men ($\chi^2=31.7191$ $p=0.007$). Motivations such as “family reunion” (6%) and “medical reasons” (4%) appear in third and fourth place respectively. Despite the situation in the country, with documented political prosecution, none of our participants listed political-related factors among their motivations to migrate.

General Health Conditions

Almost half of the respondents reported having had a health problem over the year before the survey. No significant differences were found in the distribution of health issues regarding sociodemographic characteristics. Approximately 32% of the participants recounted being afflicted by

a chronic illness (most likely associated with hypertension in 60% of the cases, diabetes 15% and heart disease 10%). On the other hand, 18% reported having had a diagnosis of an infectious disease (being Chikungunya the most mentioned in 45% of the cases; followed by common Flu 26%, Malaria/Paludismo 14%, Dengue 10%, and Zika 5%). The main identified difficulty when having a health problem was accessing proper diagnosis and continuous further treatment according to the respondents’ experiences. Noticeable is the high number of people with chronic diseases that were out of treatment (49%) with an average time of no medication of 4 years approximately. Either for being totally out of treatment or not taking medications according to prescription, the main reason was not to have the money to buy the medicines.

Violence Exposure

19% of the individuals reported having experienced physical violence while in Colombia; among them, 1 in every 10 individuals referred to having suffered sexual harassment (being 75% of them women). Was evidenced a low rate of health assistance search after physical aggression (only 12% sought medical care). Among the reasons for not searching medical care, the most common ones were not considering

that the experienced violent event was severe enough (59% of the cases) and merely thinking that going to a medical service was not an option (15%). Many of the respondents referred discrimination (4 in every 10 people), in most cases, the discrimination was not an evident reason to search for psychological help.

Sexually Transmitted Infections

HIV testing was explored as an indicator for specific access sexual and reproductive basic health services. About half of the participants (251 individuals) had undergone a specific test for the diagnosis of HIV, presenting a similar distribution per gender and age. Of them, only 34% were done within the last year. 15% of those who had a diagnostic test performed obtained a positive result being that only one person was having access to treatment.

Mental Health

The general anxiety disorder (GAD-7) and the patient health questionnaire (PHQ-9) screening tools were used to identifying general traits of depression and anxiety during the 2 weeks before the survey. The results evidence that approximately 10 in every 100 participants showed severe generalized anxiety, also 15 in every 100 participants exhibited severe signs of depression. These traits did not present a particular distribution according to sociodemographic characteristics. The overall results leave us with approximately 37% of the participants needing further evaluation, follow-up and support for mild and severe anxiety-related issues and major depressive episodes.

Access to Health Care

Health-seeking behaviour was identified as an essential first barrier to access services in Colombia. From the people that referred needing medical services due to a general health problem or an event of physical violence, sexual abuse, or discrimination, only 67% sought medical care. The respondents expressed 'lack of information' as the leading cause of not looking for health services. Also, 28% did not search for medical attention because of rumours of no service or mistreatment to Venezuelans, 16% did not attend a health facility due to their lack of health insurance and 15% because did not consider the health problem severe enough.

Participants had a good perception of the health services offered in the area once they accessed them. 83% of users rated them as good and excellent; 13% found it of indifferent quality, and the other only 4% of users consider it bad or extremely bad, respectively. People who gave a negative concept of medical services pointed out mainly to the lack of

procedures for triaging and establishing priorities in providing care services.

17% of the individuals who sought attention did not manage to receive it being that half of them reported that the health centre they visited refused to treat them due to their migrant status. The other share stated various causes mainly related to their health problem being of a more complex level than the primary health care provided in the health centres.

Discussion

Although there is a general belief that needs are diverse and severe [14, 15], there is still a lack of structured analyzes on the sociodemographic characteristics, particular health conditions and access to essential health services of Venezuelan migrants and refugees at the Colombian border areas. The characterized migratory profile corresponds mainly to family groups with long-term stay plans in the search for better living conditions. A significant share of vulnerable population such as women, youth population indigenous people, and returnees were found in the study. Organizations present at Colombian border areas are then called to implement solutions that support the requirement of longer-term access to health care services in general, calling particular attention to the need for care strategies and differentiated approaches targeting specifically the above-mentioned segments of the population.

The results are consistent with the profile described in the literature as 'in a context of crisis' [1, 16–19], showing an increased number of people under 20 years old and among them a relevant share of children under five. For the following years, migration surveys point out the necessity of verifying whether the previously described ratios will be balancing due to family reunification processes that would mean greater stability of Venezuelan emigration in different destinations [17]. This situation points out the need for a broader integration of the migrants and refugees into the Colombian social and economic structure besides the basic assistance of sheltering and food provision currently provided by diverse international organizations.

The continuous provision of health care, treatment, and medical follow up; always arises as a main difficulty when it comes to populations on the move and has been documented by several authors in their academic studies [20–23]. It concerns the high number of Venezuelan migrants and refugees found as "out of treatment" for chronic diseases such as hypertension, diabetes, and HIV. The specific situation of people with and HIV positive status without ARV treatment; has been a constant concern, increasingly referred to in the literature over the last years [24, 25]. Access to diagnosis and treatment must become part of a broader, longer-term activity, including epidemiological surveillance of infectious

diseases and meaningful strategies to support the provision of free medication for various chronic diseases.

The main barrier to access medical care in our study was associated with the health-seeking behaviour. Not searching for medical services, usually relates to significant extend, to lack of information. Contrasting to what is evidenced in the publications on the topic, only a small portion of the study participants reported that they did not seek medical help when they needed it due to fear, discrimination and xenophobia. The highly volatile aspects that define the contexts of migration, makes it necessary for messages about medical services to be disseminated regularly. Besides, gathering places represent great spots for surveillance, triage, and health promotion activities. Additional mobile points of medical attention in those venues can contribute to bringing care near to migrants and refugee's populations.

Proper access and good care services were reported by those that searched for medical services. This study documented that only 17% of those searching for medical care did not have access to it, because their health problem was more complex and required a level of attention higher than the basic health care provided in the health centres. On one side, this situation reflects the need of establishing a clearer path of referral for higher complexity cases exceeding the capacity of primary health care, including a proper mapping and identification of institutions that could cover second and third level health services for Venezuelan migrants in the region. In addition to liaising with the network of hospitals and clinics in the area for patients' referral, the agreement with the institutions could include a training component and sensitization sessions for health care professionals on the provision of services to this particular population.

Diverse situations such as family separation, violence, unemployment, food scarcity, health problems, barriers to access health care, among others, are all aspects that can have a high toll on the mental health wellness of migrants and refugees' populations. MSF has been caring for patients' mental health for more than 20 years, as a component of all medical interventions such as HIV/AIDS, tuberculosis, nutrition, sexual violence, and during disease outbreaks and disasters. It concerns that the findings in this study point out gaps in the diagnosis and follow up of patients in need of this service; being worrying that the demand rates are even lower when it comes to searching for psychological assistance after a violent event. Due to the vulnerabilities faced by migrants and refugees in general and by Venezuelans and in this context [23, 26], a robust mental health component is core to developing other medical project activities even if currently to guarantee continuity of care in unstable contexts and mobile populations remains as a challenge.

Lastly, it is important to state that the use of the Migration History Tool as any other research tool has inherent limitations. In our study the chosen locations as mentioned

in the methodology; correspond to a selection based on MSF activities and operational criteria; reason why the results cannot be applied to the Venezuelan migrants and refugees' situation on a population scale. Additionally, the information was gathered right before the Covid emergency was declared in Colombia with the consequent restriction of border crossings and internal movements and this activity did not capture the impacts that the epidemic certainly had on the Venezuelan migrants and refugees' populations in the study areas.

New Contribution to the Literature

Health as a core human right of migrants and refugees represent a moral and equity issue that must be placed at the centre of the discussion on the humanitarian agenda. Documentation and evidence-based decision-making regarding health interventions for people on the move are reasons that motivated the development of this analysis. In like manner, we highlight the need of making available detailed health information as part of the provision of medical care; that guide the humanitarian response interventions of the various organizations working at the border areas. In its core purpose, this article seeks to make available information about the health needs and access to services of Venezuelan migrants and refugees, pointing out areas where the provision of health services can be strengthened.

Funding Funding was provided by Médecins Sans Frontières.

References

1. Koechlin J, Eguren J. El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración. Volumen N. Colección OBIMID. 2018; p. 369.
2. Acosta D, Blouin C, Freier LF. La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas (Internet). [cited 2021 Feb 15]. Available from: www.diegoacosta.eu
3. UNHCR. R4V coordination platform (Internet). [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://data2.unhcr.org/es/situations/platform>
4. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021 – Migración Colombia. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021> Accessed: 03 Oct 2021.
5. A Staggering exodus: millions of Venezuelans are leaving the country, on foot—The New York Times [Internet]. [cited 2020 Sep 16]. Available from: <https://www.nytimes.com/2019/02/20/world/americas/venezuela-refugees-colombia.html>
6. Arteada PA, Carvajal AF, Guerrero RM. Vista de La migración venezolana y su impacto socio económico en el municipio de Pamplona Norte de Santander. Revista Científica Profundidad Construyendo Futuro ISSN: 2422-2518 (En línea). Vol. 6. Mes Enero -Junio. [cited 13 apr 2021] Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/profundidad/article/view/2292/2524>
7. PAHO and IOM sign agreement to improve the health of 70 million migrants in the Americas International Organization for Migration (Internet). [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://>

- www.iom.int/news/paho-and-iom-sign-agreement-improve-health-70-million-migrants-americas
8. Becker SO, Ferrara A. Consequences of forced migration: a survey of recent findings. *Labour Econ*. 2019;1(59):1–16.
 9. Freedman D, Thornton A, Camburn D, Alwin D, Young-demarco L. The life history calendar: a technique for collecting retrospective data. *Sociol Methodol*. 1988;18:37–68.
 10. Axinn WG, Pearce LD, Ghimire D. Innovations in life history calendar applications. *Soc Sci Res*. 1999;28(3):243–64.
 11. Semaan S. Time-space sampling and respondent-driven sampling with hard-to-reach populations. *Methodol Innov Online*. 2010;5(2):60–75.
 12. Fundación guajira naciente (Internet). [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://guajiranaciente.wixsite.com>
 13. Diócesis de Tibú Conferencia Episcopal de Colombia. (Internet). [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://www.ccc.org.co/jurisdicciones/diocesis/diocesis-de-tibu>
 14. Páez T. La voz de la diáspora venezolana. Madrid: Catarata; 2015.
 15. Arellano Á. Florecer lejos de casa Testimonios de la Diáspora Latinoamericana. Fundación Konrad-Adenauer: Montevideo; 2018.
 16. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida | ENCOVI. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/>. Accessed 14 Apr 2021.
 17. Encovi 2018 | Encuesta Nacional de Condiciones de Vida Copy. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2018-encuesta-nacional-de-condiciones-de-vida-copy>. Accessed 14 Apr 2021.
 18. Encovi 2019 | Encuesta Nacional de Condiciones. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2019>. Accessed 14 Apr 2021.
 19. Encovi 2017 | Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Available from: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2017>. Accessed 14 Apr 2021.
 20. Fernández-Nino JA, Bojorquez-Chapela I. Migration of Venezuelans to Colombia. *Lancet*. 2018;392(10152):1013–4.
 21. Tuite AR, Thomas-Bachli A, et al. Infectious disease implications of large-scale migration of Venezuelan nationals. *J Travel Med*. 2018. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay077>.
 22. Doocy S, Page KR, et al. Venezuelan migration and the border health crisis in Colombia and Brazil. *J Migr Hum Secur*. 2019;7(3):79–91.
 23. Carroll H, Luzes M, et al. The migration journey and mental health: evidence from Venezuelan forced migration. *SSM Popul Health*. 2020;10:4.
 24. Gómez SA. Increasing cases of HIV/AIDS in the northern region of the Colombia-Venezuela border: The impact of high scale migration in recent years. *Travel Med Infect Dis*. 2018;25:9.
 25. Rebolledo-Ponietsky K, Munayco CV, et al. Migration crisis in Venezuela: impact on HIV in Peru. *J Travel Med*. 2019;26(2):tay155.
 26. Mougenot B, Amaya E, et al. Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru. *Glob Health*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3>.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

ANEXO 5. Artigo submetido

Global Health Action

Time, Space and Health: using the Life History Calendar Methodology applied to mobility in a Medical-Humanitarian Organisation.

–Manuscript Draft–

Full Title:	Time, Space and Health: using the Life History Calendar Methodology applied to mobility in a Medical-Humanitarian Organisation.
Manuscript Number:	ZGHA-2021-0459
Article Type:	Study Design Article
Keywords:	Migration, Information, Methodology, Humanitarian Intervention
Abstract:	<p>In the medical humanitarian context, the challenging task of collecting health information from people on the move constitutes a key element to identifying critical health care needs and gaps. Médecins Sans Frontières (MSF), during its long history of working with migrants, refugees and mobile populations in diverse contexts, has acknowledged how crucial is to generate detailed context-related data on migrant and refugee populations to adapt the response interventions to their needs and circumstances. In 2019, the Brazilian Medical Unit/MSF developed the Migration History Tool (MHT); an application based on the life history method, that was created in close dialogue with field teams in order to respond to information needs emerging from medical operations in mobile populations. The tool was piloted in two different contexts; the first one, a primary health care project spanning Zimbabwe and South Africa, focused on providing care to mobile populations in transit or recently arrived in Beitbridge and Musina, border cities in the Limpopo region. A second survey using the same methodology was conducted in Colombia focused on Venezuelan migrants and refugees. The rationale behind the choice of such different research locations was to evaluate the adaptability of the method in relation to various information needs and at the same time assess to what extent the tool was in line with local ethical and cultural requirements. This article describes the application of this innovative method for collecting quantitative retrospective data on mobility and health in the context of two humanitarian interventions. The use of the MHT has proven the flexibility of the methodology, capable of generating detailed information on mobility trajectories and on the temporalities of migration for several different contexts; while revealing how health outcomes are not only imbricated with the spatial dimensions of movement, but also with the temporalities of mobility trajectories.</p>
Order of Authors:	Juan Carlos Moreno Cubides Nuni Vieira Jorgensen Paulo Cesar Peiter

TITLE OF MANUSCRIPT

Time, Space and Health: using the Life History Calendar Methodology applied to mobility in a Medical-Humanitarian Organisation.

SHORT RUNNING TITLE

Life History Calendar Methodology applied in a Medical-Humanitarian Organisation.

AUTHORS

Juan-Carlos Cubides (Corresponding author)

Tropical Medicine Program, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil

Brazilian Medical Unit (BRAMU), Doctors Without Borders (MSF), Rio de Janeiro, Brazil

Avenida Rio Branco, 135, 11 andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ) 20040-006, Brazil

juanmorenocubides@outlook.com

+57 3219053129

Nuni Vieira Jorgensen

School of Geography, Queen Mary University of London, United Kingdom

Mile End Rd, Bethnal Green, London E1 4NS, United Kingdom

n.vieirajorgensen@qmul.ac.uk

+55 21 971103397

Paulo Cesar Peiter

Parasitic Diseases Laboratory, Tropical Medicine Program, Oswaldo Cruz Institute, Oswaldo

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-900, Brasil

paulopeiter@gmail.com

+55 21 987416669

1 **Time, Space and Health: using the Life History Calendar Methodology applied to**
2 **mobility in a Medical-Humanitarian Organisation.**

3

4 **Juan-Carlos Cubides^{1,2}, Nuni Vieira Jorgensen², Paulo Cesar Peiter¹**

5 ¹ *Parasitic Diseases Laboratory, Tropical Medicine Program, Oswaldo Cruz Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil.*

6 ² *Brazilian Medical Unit (BRAMU), Doctors Without Borders (MSF), Rio de Janeiro, Brazil.*

7 ³ *School of Geography, Queen Mary University of London, United Kingdom*

8

9 **Abstract**

10

11 In the medical humanitarian context, the challenging task of collecting health information
12 from people on the move constitutes a key element to identifying critical health care needs
13 and gaps. Médecins Sans Frontières (MSF), during its long history of working with migrants,
14 refugees and mobile populations in diverse contexts, has acknowledged how crucial is to
15 generate detailed context-related data on migrant and refugee populations to adapt the
16 response interventions to their needs and circumstances. In 2019, the Brazilian Medical
17 Unit/MSF developed the Migration History Tool (MHT); an application based on the life
18 history method, that was created in close dialogue with field teams in order to respond to
19 information needs emerging from medical operations in mobile populations. The tool was
20 piloted in two different contexts; the first one, a primary health care project spanning
21 Zimbabwe and South Africa, focused on providing care to mobile populations in transit or
22 recently arrived in Beitbridge and Musina, border cities in the Limpopo region. A second
23 survey using the same methodology was conducted in Colombia focused on Venezuelan
24 migrants and refugees. The rationale behind the choice of such different research locations
25 was to evaluate the adaptability of the method in relation to various information needs and at
26 the same time assess to what extent the tool was in line with local ethical and cultural
27 requirements. This article describes the application of this innovative method for collecting
28 quantitative retrospective data on mobility and health in the context of two humanitarian
29 interventions. The use of the MHT has proven the flexibility of the methodology, capable of
30 generating detailed information on mobility trajectories and on the temporalities of migration
31 for several different contexts; while revealing how health outcomes are not only imbricated

32 with the spatial dimensions of movement, but also with the temporalities of mobility
33 trajectories.

34

35 **Background**

36

37 Economic instability, conflict, political, religious and gender-based persecution,
38 environmental change, humanitarian crisis and the ultimate search for work and better living
39 conditions are, among many others, reasons that compel people to leave their homes and that
40 shape migratory dynamics in the world today [1]. With an estimated 1 billion migrants and
41 refugees globally [2], migration is now recognised as a core social determinant of health and
42 a global public health priority [3], [4].

43

44 According to the most recent estimates, more than one-third of international migrants live in
45 low or middle-income nations [5], and 85% of refugees globally are hosted in developing
46 countries [2]. Although the divide between South-South and South-North migration is subject
47 to much debate, lower and middle-income countries often face unique challenges in
48 responding to mobile populations' health needs and demands. These include higher degrees
49 of inequality in access to health care and higher infectious disease prevalence among locally
50 born populations as well as lower surveillance capacity [6]. Mobile people moving from and
51 towards developing areas may also have different health characteristics than those with
52 enough social and economic capital to move further north. In addition, scholarly work has
53 emphasised how migration and mobility within the Global South have remained a 'blind
54 spot' to policymakers and researchers alike due to decades of insufficient funding and
55 academic attention [4], [7].

56

57 Migrants and refugees remain among some of the most vulnerable members of society due
58 to lack of access to health care, interrupted care and poor living and working conditions, and
59 generally weak social support networks. Inequalities in the use of health services tend to
60 become more acute over the course of migration processes, as migrants face discrimination
61 and lack of information and become particularly vulnerable to infectious diseases and events
62 of violence. Although the 'healthy immigrant effect' is today well established in global health

63 literature, research has shown how immigrants' health advantages tend to be gradually lost
64 as mobile populations endure multiple forms of exclusion in host societies [8]. It is also
65 important to consider how intersectionalities in terms of gender, age, ethnicity, and
66 disabilities impact the health outcomes of mobile populations in different ways. This is
67 especially important in contexts of humanitarian crisis, in which the idea of the healthy adult
68 migrant does not always hold. In the Venezuelan context, for example, there is now an
69 increasing number of young and older people, pregnant women, and persons with disabilities
70 and chronic illnesses who leave their home country in search of better living conditions,
71 including access to health care [9]; a point that is further discussed below.

72

73 Although most research has been centered on the health needs of migrants in destination
74 countries, it is also important to discuss access to care in transit sites. As the result of border
75 externalisation processes and lengthy asylum procedures, scholars have been calling
76 attention to the growing complexity of migration trajectories. The different types of
77 procedural hindrances created by destination countries to curb permanent settlement have
78 generated at least two parallel processes: growing ranks of people who go through long and
79 dangerous journeys to seek asylum in high-income countries; and a large contingent of
80 persons who must wait for unpredictable lengths of time in camps, or informal shelters,
81 before having their claims judged or being resettled in a third country [10]. People in transit
82 rarely have formal access to healthcare and are particularly vulnerable to violence and
83 infectious diseases stemming from limited access to treated water and sanitation [11]. Weary
84 journeys, long waiting times, and heightened uncertainty have also proven to be particularly
85 detrimental to migrants and refugees' mental health [12].

86

87 Finally, it is paramount to acknowledge the particularities of cross-border mobility in terms
88 of healthcare. This includes the pendular, seasonal and circular movement of people across
89 national frontiers that do not necessarily fall within the category of migration. Cross-border
90 mobility is often motivated by the search for health care (patient mobility), although it can
91 also encompass traditional circulation patterns across neighbouring countries. These types of
92 movement are particularly relevant in Africa and Latin America, where national boundaries
93 have divided territories pertaining to the same ethnic group. Although cross-border mobility

94 is often a constitutive part of these societies, it often poses unique challenges to states in
95 terms of surveillance, planning and organisation of healthcare services [13].

96

97 **Rationale**

98

99 Médecins Sans Frontières (MSF) has a long history of working with migrants, refugees and
100 mobile populations in diverse contexts. The mobility phenomenon has been shaped and is
101 continuously redefined by numerous highly volatile aspects that make migration patterns
102 more complex. The heterogeneity of the immigrant population across multiple dimensions
103 of vulnerability requires new approaches to information that can bring to the fore both pre-
104 migratory and post-migratory contextual factors and adequately capture the picture of
105 migrant health [14].

106

107 Data capitalisation regarding migrants and refugees' health conditions and access to health
108 care was mainly motivated by internal MSF operational discussions on the challenges of
109 collecting health information from people on the move and how it constitutes a key element
110 to identifying critical health services gaps. It is crucial to generate detailed data identifying
111 and describing the characteristics of migrant and refugee populations to adapt the response
112 interventions to their needs and circumstances.

113

114 Addressing the health needs of mobile populations in different contexts requires access to
115 information that is not always readily available in low and middle-income countries. More
116 specifically, to design, monitor and evaluate projects focused on mobile people, MSF needed
117 retrospective health data in settings such as refugee camps and shelters, crossing points,
118 detention, and reception centres. Even though the organisation collects patient data for
119 monitoring purposes in each of its projects, these are often not sufficient, as they do not
120 include people who, for different reasons, have not reached assistance. To counter this
121 problem, different partner sections and field projects within the organisation also conduct
122 populational cross-sectional surveys and qualitative studies according to operational needs.
123 Whilst questionnaire-based surveys are used for a wide range of topics, their limitations in
124 migration research have been extensively documented. As further discussed, they are

125 particularly prone to memory errors and perform poorly in gathering information on detailed
126 mobility trajectories. In order to circumvent these limitations, the Brazilian Medical
127 Unit/MSF decided to pilot, in 2019, the Migration History Tool (MHT), an application based
128 on the life history method, which was specially tailored to MSF projects focused on mobile
129 populations.

130

131 **Objective**

132

133 Considering the complexity in the production of reliable data on current health conditions,
134 access to health services, and the needs of migrants and refugees in the different contexts;
135 the implementation of the MHT seeks to help understand how mobility dynamics shape
136 specific health conditions. The methodology highlights the importance of exploring the
137 relationship between migration and health; aiming to answer the questions on how different
138 forms of migration in diverse contexts influence both individual and collective health.

139

140 **Methods**

141

142 *The Life History Calendar*

143

144 To understand the interrelationships between migrants' health and their living conditions
145 before, during and after the journey, the Brazilian Medical Unit (Bramu), a unit of MSF based
146 in Rio de Janeiro, designed a data collection technique tailored explicitly to MSF's
147 necessities. The idea was based on the Life History Calendar methodology (LHC), whose
148 primary purpose is to gather high-quality, detailed biographic information. Traditionally,
149 migration histories in quantitative research are usually collected through one or two simple
150 questions, such as: 'Where did you live in 2006?' and 'Where did you live before being in
151 your current place of residence?'. However, with these two inquiries alone, researchers would
152 miss all the mobility steps that occurred between the chosen date threshold and the last place
153 of residence, as well as what happened prior to that date. When dealing with highly mobile
154 populations, this could represent a significant loss of information.

155

156 While looking for a methodology "as flexible as the migration itself," the literature review
157 process led researchers towards the Life History Calendar (LHC) methodology. The LHC
158 proposes to gather all of a person's information on past places of residence in a visually
159 optimised table format. In the model proposed by Carling in 2012 [15], the LHC is a grid in
160 which the columns represent time periods, and the rows contain information on the cities
161 lived in each of these periods as well as key life events. Public events may also be recorded
162 as a means to help participants remember what happened in their life during a specific period
163 of time. Hence, calendar methods have been conceived not only as a way of gathering
164 detailed retrospective data, but also as a means of enabling a transversal analysis of the
165 interviewee's multiple life dimensions, and as a technique for improving biographical recall
166 and diminishing memory errors and bias. Research on the structure of autobiographical
167 memory has revealed how traditional surveys generally fail to generate reliable data based
168 on past events: participants tend, for example, to report events as having occurred more
169 recently than they actually happened, forget things that happened a while ago, not to mention
170 the fact that certain demographics do better at recalling past events than others [16]. In
171 contrast, Calendar Methods are based on the principle that certain events work as cues for
172 others. In this case, events that happened across different domains, such as work, family or
173 public life, may be used to help the participant to recall others (parallel cueing), or they can
174 be used sequentially, for example when a person is asked what move succeed or preceded
175 the other (sequential cueing) [15].

176

177 Whilst the LHC methodology can be readily used to generate and analyse biographical
178 narratives of mobility from a micro-scalar, qualitative perspective, the use of this method in
179 a quantitative fashion stumbles upon the challenge of collecting and processing detailed
180 migration trajectories of hundreds or even thousands of people. Can the grid format
181 mentioned above be successfully integrated into existing survey applications? In which
182 format can the grid data be entered into the software and subsequently analysed? Can
183 Geographic Information System (GIS) data be included in the Life History Calendar? Can
184 the calendar format be coupled with traditional survey questions? How can field interviewers
185 be trained in the use of the methodology? Are there any ethical implications to the generation
186 of this data? These are some of the questions faced by the researchers when choosing how to

187 adapt the LHC interviewing technique to surveys being applied to migrants and refugees in
188 MSF projects.

189

190 *Migration History Tool: The format*

191

192 Based on the main aspects of the LHC, the MSF team created a new quantitative data
193 collection tool structured around the collection of time and location data, which could be
194 linked with health information. As it has been named, the Migration History Tool aimed to
195 generate information on three dimensions of a person's history: lifetime migration
196 experiences, the most recent migration experience (focused on migration routes), plans and
197 destination. The questionnaire corresponded then to a series of subordinate tables used
198 according to each participant's migration and life experiences. Following an assessment of
199 available survey applications that could be used to design the questionnaire, the team decided
200 to develop a unique software, which could be specifically tailored to the LHC methodology.
201 The software was created with the sponsorship of MSF's Transformational Investment
202 Capacity.

203

204 The questionnaires inserted into the program comprised several modules on health issues,
205 such as sexual and reproductive health, chronic conditions, infectious diseases, exposure to
206 violence, and mental health. These modules were linked to the person's past migratory
207 experiences, current migratory experiences and future plans. The surveyed individuals were
208 asked to report all places where they had lived for more than three months (Global Migration)
209 and, in some cases, all the places they passed through in the most recent international journey
210 (Current Migration). This data was input into a table. This allowed researchers to capture not
211 only people's place of first and last residence, but internal migration processes preceding
212 international migration, as well as return and remigration patterns. All migration-specific
213 questions comprised a georeferenced component, which automatically pinpointed places on
214 a map and generated specific geographic coordinates that could later be analysed in the form
215 of maps or geostatistical models.

216

217 One of the main advantages of the software developed by MSF in relation to other
218 applications or paper-based alternatives is that the grid format allowed researchers to add
219 questions related to each of the columns, which, in turn, were linked to a specific city of
220 residence or point of transit. So, for example, when reporting where they lived in 2007,
221 participants were asked who they lived with and why they moved to that specific place. For
222 each subsequent city reported, the same questions were made so that the instrument was
223 standard across all interviews. Unlike paper-based alternatives, the program allowed
224 interviewers to add an infinite number of columns, depending on each person's history. Given
225 the amount of data generated through this method, grid-type questions tended to be short and
226 focused solely on capturing participants' migration trajectories. The interview was then
227 coupled with traditional multiple-choice or open-ended questions. Often, traditional
228 questions were followed by date questions, which, in the analysis phase, enabled researchers
229 to link specific health events to the data gathered through the grid format. So, for example,
230 when inquired about a given chronic condition, interviewees were asked when they had been
231 first diagnosed. By having the dates when that same person moved from one city to another,
232 it was possible to know where she was living at the onset of the disease.

233

234 Notably, the grid questions could be tailored in accordance with the population studied. If it
235 is a highly mobile population, it is not always necessary to know all the places where
236 participants had lived since birth, and date thresholds could be defined by researchers in the
237 study design stage. Similarly, the criteria for the inclusion of places can also be defined in
238 relation to the study's objectives. For example, when studying migrants, the Global
239 Migration module was generally focused on places where the person had lived for at least
240 three months. Differently, for mobile populations who were not necessarily migrants, the
241 calendar format could focus on which places a person had been in the last month (or in the
242 chosen timeframe), and the approximate date when they had travelled to the destination. The
243 Current Migration module followed a similar logic, and it was generally centred on the sites
244 the migrant had passed through since the beginning of their journey. Additional features of
245 the software included audio pre-recorded questions for gathering sensitive information. In
246 general terms, the application resulted in a flexible tool capable of responding to the

247 challenges and complexities posed by the collection of detailed information from populations
248 on the move.

249

250 *Field Implementations*

251

252 The development of the tool was done in close dialogue with field teams, ensuring that it
253 responded to information needs emerging from operations. Once the software application
254 was finished, the tool was piloted in two different contexts. The first setting chosen to conduct
255 a mobility survey using the MHT was a project spanning Zimbabwe and South Africa, which
256 focused on providing primary health care to mobile populations in transit or recently arrived
257 in Beitbridge and Musina, border cities in the Limpopo region. In sequence, a second survey
258 using the same methodology was conducted in Colombia focused on Venezuelan migrants
259 and refugees. The rationale behind the choice of such different research settings was to
260 evaluate the adaptability of the method and software in relation to various information needs
261 and assess to what extent the tool was in line with local ethical and cultural requirements.

262

263 The Beitbridge-Musina border is currently one of the busiest in the Southern Africa region,
264 receiving daily groups of migrants coming from Zimbabwe, Malawi, Zambia, the Democratic
265 Republic of Congo (DRC), Burundi and even from more distant countries, such as Pakistan,
266 Somalia and Ethiopia. Because it is host to a variety of groups, the region presents a rather
267 peculiar dynamic. Whereas some people cross the border directly through the centre of
268 Beitbridge—over the bridge that connects the two countries—others prefer to use rural
269 crossing points that link them straight through South African farms. MSF activities in the
270 region explicitly addressing displaced populations date back to the year 2007. In that period,
271 the South African mission developed the ‘Musina Model of Care’ - a strategy geared towards
272 agricultural workers based in distant farms. The idea was to create a mobile approach with
273 minimum core services, including Antiretroviral Treatment (ART) and TB treatment for
274 those who could not access clinics. On the Zimbabwean side, in 2016, MSF first commenced
275 its activities at the Reception Centre, providing primary health care to the Zimbabwean
276 deportees coming from South Africa. Throughout 2018 and 2019, several assessments were
277 conducted along the Limpopo River to understand the gaps in health care for people on the

278 move. For the past few years, the main project's objective has been to create innovative and
279 replicable care models for migrant populations that can be piloted in Beitbridge, disseminated
280 beyond and eventually lead to policy changes in Zimbabwe, the region, and other MSF
281 projects.

282

283 Although the Limpopo Area is a very well-known context for MSF, information on migrants'
284 needs in the region is limited. Available IOM data was neither updated nor comprehensive
285 in terms of health demands. The mobility context at the Beitbridge-Musina border is highly
286 complex, comprising groups of different nationalities with distinct migration trajectories.
287 While some migrants, refugees, and asylum seekers hoped to settle permanently in South
288 Africa, there were also groups of Zimbabwean small farmers who crossed the border daily in
289 search of work, products, and medical help. In addition, the project also encompassed
290 Zimbabwean returnees, who had previously been detained in South Africa, and who
291 presented particular health care needs. In light of this diversity and following an initial
292 evaluation visit conducted in 2018, the research team decided to separate the study into five
293 different modules, each of which was centred on a distinct target population, i.e Zimbabwean
294 mobile people living in rural villages along the Limpopo River; Zimbabwean deportees
295 arriving at the Beitbridge Reception Centre; Malawian migrants passing through an informal
296 settlement in Beitbridge named 'Magogo's'; and migrants and asylum seekers from different
297 Southern African countries living permanently or temporarily in Musina. Through the use of
298 the Migration History Tool, a total of 1.735 people were interviewed in several catchment
299 areas in the region from January to March 2020. This was the first known survey to describe
300 the socio-demographic profile, health-seeking behaviour and migratory trajectories of
301 migrants and refugees in the Limpopo area. All survey instruments had been previously
302 approved by the MSF Ethical Review Board¹, the Medical Research Council of Zimbabwe (MRCZ)²
303 and the Human Research Ethics Committee of the University of Witwatersrand.

304

305 In the Colombian context, the stark increase in the number of Venezuelan migrants and
306 refugees in recent years constitutes an unprecedented situation not only for the country but

¹Protocol Number: 1875a

²Protocol Number: MRCZ/A/2518

307 in Latin America (UNHCR-R4V). The migratory dynamics in Venezuela have suffered a
308 huge transformation markedly observed over the last five years; from being a country that
309 historically attracted population (especially from neighbouring Colombia) to one that
310 reached, in just three years (from 2016 to 2018), a negative balance in emigration terms [17].
311 The various estimates converge to point out that Colombia leads the group of recipient
312 countries in the region with approximately 32% of the total Venezuelan migrants and
313 refugees, followed by Peru, Chile and Ecuador [18].

314

315 There is still great difficulty in establishing precise numbers, specific profiles and needs of
316 the Venezuelan migrants and refugees crossing borders mainly due to the large number of
317 non-official crossing points such as trails, green roads and wet routes (rivers) that are used
318 by the migrants and refugees in the more than 2,200 km that divide the two countries [19].
319 Additionally, Colombia and Venezuela share a long history of population exchanges in a
320 particularly fickle socio-political context where habitually, the population living at the
321 frontier areas exhibit patterns of circularity and constant mobility along a highly permeable
322 border, with a large number of people mobilising in search of employment, supplies, access
323 to basic health care and education services [20].

324

325 In Colombia, MSF established in 2018 basic health care projects at three border states of the
326 country (Guajira, Norte de Santander, and Arauca). MSF activities with Venezuelan migrant
327 and refugees' populations cover two work fronts: one with institutionalised medical
328 activities, in-hospital spaces where primary health care services are provided (General
329 medical consultation, Sexual and Reproductive Health, Mental Health, Prenatal Care, among
330 others) and others with mobile teams providing the same services described above; adding
331 points of care for long-distance walkers. MSF activities in the border areas were established
332 as the starting point to explore the distribution and conditions of the Venezuelan population
333 in the territory and to refine a research analysis adapted to projects' information needs. The
334 overall research activity was evaluated and approved by the MSF Ethics Review Board³,
335 counting with the local support of two partner organisations: the *Guajira Naciente* foundation
336 and The *Diócesis Pastoral de Víctimas*.

³ Approval ID 1948

337

338 It is important to highlight that in the implementation of the survey in the three countries, the
339 municipalities and specific sites chosen corresponded to a selection based on MSF activities
340 and operational criteria. Once the locations were chosen then independent, statistically
341 significant samples were drawn as representative of those specific populations. Thus, the
342 results of this research activity cannot be applied to migrants and refugees on a national scale.
343 Also, the scope of the project was reduced due to COVID contingency causing the loss of
344 qualitative data that was intended to be collected and help the interpretation of findings.

345

346 **Results**

347

348 As states' strategies of deterrence multiply, scholars have started to look deeply to the
349 temporal dimension of migration beyond its more commonly acknowledged spatial dynamics
350 [10]. Following the rapid unfolding of events that often characterises experiences of
351 migration, displaced persons may spend months and years in waiting: waiting for their
352 asylum requests to be processed, waiting for resettlement, waiting for deportation once
353 detained, and, later, waiting to re-migrate [21], [22]. The times of migration are clearly
354 imbricated with health, as these spaces of transit are often marked by the discontinuation of
355 care, the onset of illnesses that cannot be diagnosed or treated, increasing vulnerability to
356 physical violence and by a general lack of projectivity that may have severe consequences to
357 one's mental health. Therefore, the Migration History Tool was thought as a methodology
358 that not only captured the spatiality of mobility, but also its various temporalities, and the
359 relationship of these two dimensions with health.

360

361 In the case of Musina (South Africa), one of the main added values of the study has been the
362 estimation of the length of time migrants, and asylum seekers stay in the city. The research
363 at this site revealed that mobile populations remain, on average, nine months in Musina, with
364 the length of time rising to 16 months among Zimbabwean women. The reasons for staying
365 so long in a place that is often considered to be a transit point varied by nationality, with
366 Zimbabweans more often indicating work-related reasons, whilst Congolese generally
367 pointed out the lengthiness of asylum application procedures. In fact, the asylum application

368 process in South Africa works in such a way that people are required to go back to the place
369 where they first submitted their claim in order to renew their residence permits before its
370 expiration, either within 1, 3 or 6 months [23]. Because Musina is the first entry point to
371 many of these populations, it has become a site where not only many submit their claims, but
372 also a place where asylum seekers must go back from time to time for renewing their
373 paperwork. After spending most of their savings on these journeys, many do not have enough
374 means to go back to their city of residence, which heightens the population bottleneck effect
375 in Musina. While previous research had already revealed the disruptive effects of the South
376 African asylum system on the lives of mobile populations [23], this has been the first study
377 to estimate the actual length of time people ended up staying in a border town with poor
378 housing and health infrastructure. By linking up the residence times with the times of
379 meaningful events, our survey revealed that protracted periods of residence in the city were
380 associated with greater exposure to violence, particularly sexual violence, among both men
381 and women.

382

383 Time has also been a key variable in exploring the trajectories of detention among
384 Zimbabwean migrants in South Africa. Following the sequential queuing technique enabled
385 by the tool, the MSF team asked every person who arrived at the Beitbridge Reception Centre
386 in Zimbabwe about the places they had been sent to after their arrest in South Africa,
387 including detention centres, police cells and prisons. Contrary to common sense, we found
388 that detention pathways in the country were far from straightforward. respondents had been
389 to 2.6 facilities on average, with some passing through 6 different places. The survey also
390 found that migrants had spent 136 days in detention on average, although 25% of them had
391 spent more than three and a half years incarcerated before being deported. Such figures are
392 in serious violation of the maximum length of time an unauthorised migrant can rightfully be
393 detained in South Africa – 120 days. Following previous reports on human rights violations
394 in police stations [24]–[26], the research team asked participants about general living
395 conditions in the facility where they were sent to (in case they had just been to one) or where
396 they stayed the longest, regardless of its type. The findings showed that conditions in police
397 stations were poorer when compared to the ones in Lindela or in most prisons studied. In
398 police stations, less than half of respondents had their own bed, and they were also considered

399 the dirtiest of the three types of facilities analysed. Those sent to police stations rarely had
400 access to health care, including continuous care for chronic conditions. In general terms, the
401 survey results have revealed that irregular migrants end up de facto staying long periods in
402 detention facilities before being sent back to Zimbabwe, despite being regarded as temporary
403 detainees. In the meantime, half of them could not access medical services when needed.

404

405 In terms of spatial dynamics, the survey conducted in South Africa evidenced the differences
406 in migration trajectories of migrants of various nationalities. Whilst living conditions in
407 South Africa were similar across all groups analysed, Burundians had been in transit for
408 longer periods of time, which also increased their chances of having been exposed to violence
409 in the years preceding the survey. Operationally, the identification of points of transit, border
410 crossing sites, and cities of habitual residence through the study helped the organisation to
411 pinpoint locations where further needs assessments could be conducted, be it in South Africa,
412 Zimbabwe or third countries.

413

414 For the Colombian experience, the implementation of the MHT methodology allowed not
415 only the exploration of mobility dynamics among Venezuelan migrants and refugees in a
416 highly volatile environment; but the analysis of their overall health conditions, access to basic
417 services and specific needs associated with their particular time of transit/stay and the
418 locations where migration process took place. The analysis of the data collected on the
419 Venezuelan population interviewed evidenced a migration profile characterized mainly by
420 family groups with more extended permanence plans searching for better living conditions,
421 access to sources of employment, education, and health services. The group migration
422 characterization reflects that more than half of the influx correspond to young people under
423 20 years old, counting with a striking 20% of children under five. In this order of ideas, MSF
424 operations in Colombia, working with Venezuelan migrants, are then called to shape
425 solutions guarantee longer-term access to health services for these populations.

426

427 A more stable, long-term migrant population was identified, interviewees reported having
428 lived for more than three months in between one and six different cities or villages, with an
429 average of 1.6 locations per respondent. The information collected in this module revealed

430 that participants at both interview locations exhibit a low mobility profile across international
431 borders. With the information above it is possible then to deduct that the Venezuelan migrant
432 population at the interview sites correspond to people with a low mobility profile and a long
433 term of stay and with a constant influx towards Colombia during the evaluated period.
434 Calculated mean time of stay in the current residence was 4 months.

435

436 For 27% of the people who searched and received health care in their current place of
437 residence in Colombia, the assistance was provided in less than one hour; other 37% were
438 assisted between 1 and 3 hours after seeking the service and 21% in a period greater than 3
439 hours but within the same day of search of services. The data above leave us with a high
440 proportion of people that seek medical attention accessing it during the same day; only 11%
441 received care in the following two days and the other 4% after more than three days, being
442 the latter attentions associated with chronic health conditions like asthma, diabetes, and
443 hypertension.

444

445 For the chronic conditions as previously mentioned; a median time of 8 years suffering the
446 disease was established, being possible to determine that 49% of the people afflicted by
447 chronic diseases were out of treatment with a set average time of no medication of 3.6 years
448 approximately at the moment of the interview. On the other hand, of those who reported
449 being under treatment, a fair rate (71%) were taking their medications according to what was
450 prescribed by the doctor. Either for being totally out of treatment or not taking medications
451 according to prescription the main reasons to explain the situation were not having the money
452 to buy the treatment (30%) or not having access to a proper health service (15%). The
453 information above highlights the need of stablishing a comprehensive package of care for
454 Venezuelan migrants and refugees that assure the attention not only of emergencies as is
455 intended by the Colombian health system, but that guarantee a long-term provision of care.

456

457 When analysing the routes per country, it is interesting to notice in the recent migration
458 process that 91% of the travellers did not make a stop inside Venezuela. This is most probably
459 related to the fact that most interviewees were previously residing at bordering states. For
460 those who did stop along the route inside Venezuela the maximum number of places reported

461 was two. In contrast, a wider mobility pattern is identified when analysing Colombian
462 locations; identifying people making travel stops in up to 10 different places, many of them
463 at the interior of the country with a return trip to settle down later in one of the border cities
464 where they were interviewed; information that denotes the importance of evaluating the
465 provision of health care at those border municipalities; identify the main gaps and needs and
466 strengthen the services to provide a better response to both local and migrant populations.

467

468 **Conclusion**

469

470 The conduction of the survey using the Migration History Tool in both locations has revealed
471 the flexibility of the methodology and of the data collection software, which were capable of
472 generating detailed information on mobility trajectories and on the temporalities of migration
473 for several different contexts.

474

475 While there is no set in stone definition for transit migration; this expression generally
476 denotes a temporary stay, in one or more places that serve the migrants to reach the one place
477 that will be their final destination. The implementation of the MHT brings up various
478 questions about the concept of “transit” and highlights the importance that time and place
479 variables pose to its definition. Each migratory context provides key elements to establish
480 the duration of transit periods, stay and destinations, based on the migratory profiles and the
481 particularities of the migrants and refugees’ populations. The implementation of this study
482 intends to generate specific information by analyzing the situation of people on the move for
483 each of the described contexts with the ultimate purpose of contributing to the development
484 of effective, sustainable, and well-founded responses for each population.

485

486 It is also important to highlight that the use of the Migration History Tool has generated
487 intense debate within MSF with respect to the ethical implications of the information
488 generated, and to the data collection process itself. The main concern was that the
489 documentation and dissemination of detailed migration routes could be used by national
490 states to stiffen border controls in crossing points. To counter this possibility, several data
491 protection measures have been adopted, including the limitation of the results that would be

492 published and shared externally. There was also apprehension that the in-depth exploration
493 of life trajectories - including events of violence - could lead to the re-traumatization of the
494 persons included in the study. As a means to minimise the risk to participants, some very
495 sensitive questions were not included in the research. In addition, data collection teams have
496 been followed at all times by mental health staff. In short, our experiences in the different
497 countries revealed that this type of detailed retrospective analysis, when conducted in
498 contexts of forced displacement, should follow stringent ethical procedures and preferably
499 include the provision of psychosocial support to interviewees.

500

501 The research activity and the search for an innovative methodology was mainly motivated
502 by the internal MSF operational discussions on the need for better documenting mobile
503 populations' needs; on how already fragile public health systems are coping to respond to
504 them; and particularly, in which ways MSF can help tackling gaps in the provision of health
505 care to mobile people. This article has sought to describe the application of a novel method
506 for collecting quantitative retrospective data on mobility and health in the context of two
507 humanitarian interventions. Particularly, it revealed how health outcomes are not only
508 imbricated with the spatial dimensions of movement, but also with the temporalities of
509 mobility trajectories.

510

511 **Acknowledgements**

512

513 We would like to extend our sincere thanks to all the people that supported the deployment
514 of activities at the border research locations in Zimbabwe, South Africa, and Colombia, in
515 particular project coordinators, field staff, community, and reception centres. We must also
516 thank the Medical Departments of the MSF Operational Centres in Brussels (OCB) and
517 Barcelona (OCBA) for the support and guidance in the development of the research
518 methodology and their technical contributions.

519

520 **Authors contributions**

521

522 Juan-Carlos Cubides

523 Substantial contribution for the conception and design of the work; acquisition, analysis,
524 and interpretation of data; creation of the software used in the work; and writing of the
525 manuscript.

526

527 Nuni Vieira Jorgensen

528 Substantial contribution for the conception and design of the work; acquisition, analysis,
529 and interpretation of data and writing of the manuscript.

530

531 Paulo Cesar Peiter

532 Substantial contribution for the interpretation of data and review of the manuscript.

533

534 **Disclosure statement**

535

536 Conflict of interest

537 The authors declare that there are no conflicts of interest.

538

539 Funding

540 This manuscript results from the analysis of operational research data and activities for the
541 provision of medical health care developed by MSF in Zimbabwe, South Africa, and
542 Colombia. The organization covered all activity costs during project implementation and
543 those derived from the production of this document.

544

545 **Ethics and consent**

546

547 All research activities were approved by MSF International Ethic Review Board (Zimbabwe-
548 South Africa approval ID 1875a and Colombia approval ID 1948) and the corresponding
549 local ethics committees. For the Southern Africa implementation, the approval was granted
550 by the Medical Research Council of Zimbabwe (MRCZ) and the Human Research Ethics
551 Committee of the University of Witwatersrand (Protocol number MRCZ/A/2518). In
552 Colombia, two partner organizations *Fundación Guajira Naciente* (Riohacha ID 825002112-
553 9) and *Diócesis Pastoral de Víctimas* (Tibú ID 807006842-1) afforded local authorizations

554 and participation consents. All participants in both implementations signed an informed
555 consent form, which was thoroughly explained, highlighting the uses of the information
556 collected, risks, benefits, and confidentiality terms.

557

558 Paper context

559

560 Availability of specific information on migrants and refugees' health conditions and access
561 to care is essential to determine critical health gaps and adapt response interventions to their
562 needs and circumstances. The highly volatile trait of the migration phenomenon makes
563 particularly relevant a consistent context analysis and information flow. For this reason,
564 Doctors Without Borders (MSF) has implemented the Migration History Tool (MHT) as an
565 innovative methodology for collecting information from people on the move.

566

567 References

568

- 569 [1] J. A. Fernández-Niño and E. Navarro-Lechuga, "Migración Humana y Salud: Un
570 campo emergente de investigación en Colombia.," *Revista de salud publica (Bogota,*
571 *Colombia)*, vol. 20, no. 4. NLM (Medline), pp. 404–405, Jul. 01, 2018. doi:
572 10.15446/rsap.V20n4.74970.
- 573 [2] "Refugee and migrant health - Global." [https://www.who.int/health-topics/refugee-](https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1)
574 [and-migrant-health#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1) (accessed Jun. 12, 2021).
- 575 [3] H. Castañeda, S. M. Holmes, D. S. Madrigal, M. E. D. T. Young, N. Beyeler, and J.
576 Quesada, "Immigration as a social determinant of health," *Annual Review of Public*
577 *Health*, vol. 36. Annual Reviews Inc., pp. 375–392, Mar. 18, 2015. doi:
578 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419.
- 579 [4] K. Wickramage, J. Vearey, A. B. Zwi, C. Robinson, and M. Knipper, "Migration and
580 health: A global public health research priority," *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1,
581 pp. 1–9, Aug. 2018, doi: 10.1186/s12889-018-5932-5.
- 582 [5] IOM ONU Migration, "World Migration Report 2020."
583 https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf (accessed May 04, 2021).

- 584 [6] J. M. Pescarini, L. C. Rodrigues, M. G. M. Gomes, and E. A. Waldman, "Migration
585 to middle-income countries and tuberculosis-global policies for global economies,"
586 *Globalization and Health*, vol. 13, no. 1, pp. 1–7, 2017, doi: 10.1186/s12992-017-
587 0236-6.
- 588 [7] J. Vearey, T. de Gruchy, and N. Maple, "Global health (security), immigration
589 governance and Covid-19 in South(ern) Africa: An evolving research agenda,"
590 *Journal of Migration and Health*, vol. 3, no. April, p. 100040, 2021, doi:
591 10.1016/j.jmh.2021.100040.
- 592 [8] M. Moniz, A. Abrantes, and C. Nunes, "Healthy immigrant effect in non-European
593 Union immigrants in Portugal: after a decade of (non-)integration!," *Public Health*,
594 vol. 186, pp. 95–100, 2020, doi: 10.1016/j.puhe.2020.07.006.
- 595 [9] S. Doocy, K. R. Page, F. de la Hoz, P. Spiegel, and C. Beyrer, "Venezuelan
596 Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil," *Journal on*
597 *Migration and Human Security*, vol. 7, no. 3, pp. 79–91, 2019, doi:
598 10.1177/2331502419860138.
- 599 [10] A. Mountz, *The Death of Asylum*. Minneapolis: University of Minnesota Press,
600 2020.
- 601 [11] C. Zimmerman, L. Kiss, and M. Hossain, "Migration and Health: A Framework for
602 21st Century Policy-Making," *PLoS Medicine*, vol. 8, no. 5, p. e1001034, May 2011,
603 doi: 10.1371/journal.pmed.1001034.
- 604 [12] C. W. Cange, C. Brunell, C. Acarturk, and F. M. Fouad, "Considering chronic
605 uncertainty among Syrian refugees resettling in Europe," *The Lancet Public Health*,
606 vol. 4, no. 1, p. e14, Jan. 2019, doi: 10.1016/S2468-2667(18)30261-5.
- 607 [13] H. L. Walls et al., "Understanding healthcare and population mobility in Southern
608 Africa: The case of South Africa," *South African Medical Journal*, vol. 106, no. 1,
609 pp. 14–15, 2016, doi: 10.7196/SAMJ.2016.v106i1.10210.
- 610 [14] M. Z. Hossain, "International migration and health: It is time to go beyond
611 conventional theoretical frameworks," *BMJ Global Health*, vol. 5, no. 2. BMJ
612 Publishing Group, Mar. 02, 2020. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001938.

- 613 [15] J. Carling, "Collecting and Analysing Migration Histories," in *Handbook of research*
614 *methods in migration*, C. Vargas-Silva, Ed. Cheltenham: Edward Elgar, 2012, pp.
615 137–163.
- 616 [16] R. F. Belli, "The Structure of Autobiographical Memory and the Event History
617 Calendar: Potential Improvements in the Quality of Retrospective Reports in
618 Surveys," *Memory*, vol. 6, no. 4, pp. 383–406, Jul. 1998, doi: 10.1080/741942610.
- 619 [17] A. R. Tuite et al., "Infectious disease implications of large-scale migration of
620 Venezuelan nationals," *Journal of travel medicine*, vol. 25, no. 1, Jan. 2018, doi:
621 10.1093/jtm/tay077.
- 622 [18] "Home | R4V." <https://www.r4v.info/es/home> (accessed Oct. 18, 2021).
- 623 [19] "Research: Inmigrantes venezolanos, crimen y percep.. | migrationpolicy.org."
624 [https://www.migrationpolicy.org/research/immigracion-venezolana-crimen-](https://www.migrationpolicy.org/research/immigracion-venezolana-crimen-colombia-peru-chile)
625 [colombia-peru-chile](https://www.migrationpolicy.org/research/immigracion-venezolana-crimen-colombia-peru-chile) (accessed Oct. 18, 2021).
- 626 [20] T. C. Crasto and M. R. Álvarez, "Percepciones sobre la migración venezolana:
627 causas, España como destino, expectativas de retorno," *Migraciones. Publicación del*
628 *Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, no. 41, pp. 133–163, Jun.
629 2017, doi: 10.14422/MIG.I41.Y2017.006.
- 630 [21] M. Griffiths, A. Rogers, and B. Anderson, "Migration, Time and Temporalities:
631 Review and Prospect," Oxford, 2013.
- 632 [22] I. Gil Everaert, "Inhabiting the meanwhile: rebuilding home and restoring
633 predictability in a space of waiting," *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2020,
634 doi: 10.1080/1369183X.2020.1798747.
- 635 [23] L. Schockaert, E. Venables, M. T. Gil-Bazo, G. Barnwell, R. Gerstenhaber, and K.
636 Whitehouse, "Behind the Scenes of South Africa's Asylum Procedure: A Qualitative
637 Study on Long-term Asylum-Seekers from the Democratic Republic of Congo,"
638 *Refugee Survey Quarterly*, vol. 39, no. 1, pp. 26–55, 2020, doi: 10.1093/rsq/hdz018.
- 639 [24] "Annual Reports." [https://www.sahrc.org.za/index.php/sahrc-publications/annual-](https://www.sahrc.org.za/index.php/sahrc-publications/annual-reports)
640 [reports](https://www.sahrc.org.za/index.php/sahrc-publications/annual-reports) (accessed Oct. 18, 2021).
- 641 [25] "Human Rights Watch World Report 1998 | Human Rights Watch."
642 <https://www.hrw.org/news/1997/12/03/human-rights-watch-world-report-1998>
643 (accessed Oct. 18, 2021).
- 644 [26] "Costly Protection : Corruption in South Africa's Asylum System – Lawyers for
645 Human Rights." [https://www.lhr.org.za/lhr-resources/costly-protection-corruption-](https://www.lhr.org.za/lhr-resources/costly-protection-corruption-in-south-africas-asylum-system/)
646 [in-south-africas-asylum-system/](https://www.lhr.org.za/lhr-resources/costly-protection-corruption-in-south-africas-asylum-system/) (accessed Oct. 18, 2021)
- 647

ANEXO 6. TCLE (Adulto)

Formulario de consentimiento informado [General]

Estimado Sr. / Sra.

Lo invitamos a participar en la investigación titulada "Movilidad Humana y Salud: Entendiendo las condiciones sociales y de salud de migrantes y refugiados venezolanos", coordinada por Juan-Carlos Cubides, profesional de la Organización Médicos sin Fronteras. Quisiera invitarlo/a a responder un cuestionario para conocer más sobre su vida en Venezuela, la experiencia migratoria suya y de los miembros de su familia y sus planes para el futuro. La entrevista puede durar entre 40 minutos y una hora y media, dependiendo de su historia personal. La organización internacional humanitaria Médicos Sin Fronteras esta llevando a cabo este estudio para comprender la situación actual de los migrantes y refugiados venezolanos y los principales desafíos que enfrentan al llegar a Colombia.

Se garantiza su privacidad y confidencialidad en la información que usted suministre. Su nombre o datos personales no se registrarán en el cuestionario y la correspondencia entre sus respuestas y este consentimiento se hará solo mediante un código. Su nombre no será citado, revelado o utilizado para ningún propósito, ni los nombres de otras personas que por acaso sean mencionadas por usted en esta entrevista. Solo el entrevistador y los coordinadores del estudio tendrán acceso a sus informaciones.

Su participación en la investigación es voluntaria, no recibiendo ningún tipo de recompensa, ya sea financiera o de cualquier otra naturaleza. Del mismo modo, su negativa a participar no causará ningún perjuicio o diferencia en el tratamiento para usted o su familia. Mientras participa en la entrevista, puede negarse a responder cualquier pregunta que pueda hacerle sentir incómodo/a. En el caso de preguntas consideradas personales, usted las escuchará a través de audífonos y las responderá sin la ayuda del entrevistador. Puede negarse a participar en la investigación o puede abandonar el procedimiento en cualquier momento sin penalización o perjuicio. La entrevista puede ser estresante y emocionalmente agotadora. Caso sienta algún malestar físico o emocional, no dude en informar al entrevistador para que se tomen las medidas apropiadas. Tenemos psicólogos a su disposición si siente la necesidad.

Como un resultado de esta investigación, tenemos la intención de lograr una mejor comprensión de los problemas que los migrantes y refugiados venezolanos enfrentan en sus lugares de origen, durante la ruta y en Colombia. Estos resultados podrían servir para mejorar la atención médica que reciben los migrantes y refugiados venezolanos en los estados fronterizos colombo-venezolanos. Además, la información proporcionada podría utilizarse para futuras investigaciones o análisis posteriores luego de la aprobación apropiada de los comités de ética correspondientes.

En caso de dudas sobre esta investigación, favor entre en contacto con el coordinador del estudio Juan-Carlos Cubides; epidemiólogo Médicos sin Fronteras [juan.cubides@rio.msf.org /+55(21)3527 3650]. Es posible también obtener un resumen de los resultados de la investigación si así lo desea.

Consentimiento informado

Después de haber recibido toda la información y conociendo los procedimientos del estudio, estoy de acuerdo en participar, así como autorizo la divulgación y publicación de toda la información, sin que contengan datos personales. Por lo tanto, firmo este consentimiento, junto con el entrevistador, en dos copias idénticas, una copia para estar bajo mi poder y otra para registro de la investigación.

Lugar:

Fecha: ___ / ___ / ___ |

Firma del participante _____

Firma del entrevistador _____

Firma del coordinador _____

ANEXO 7. TCLE (Tutor)

Formulario de consentimiento informado

[Tutor]

Estimado Sr. / Sra.

El menor bajo su responsabilidad está siendo invitado a participar en la investigación titulada "Movilidad Humana y Salud: Entendiendo las condiciones sociales y de salud de migrantes y refugiados venezolanos", coordinada por Juan-Carlos Cubides, profesional de la Organización Médicos sin Fronteras. Quisiéramos realizar un cuestionario para conocer más sobre la vida del menor en Venezuela, la experiencia migratoria y sus planes para el futuro. La entrevista puede durar entre 40 minutos y una hora y media, dependiendo de la historia personal. La organización internacional humanitaria Médicos Sin Fronteras esta llevando a cabo este estudio para comprender la situación actual de los migrantes y refugiados venezolanos y los principales desafíos que enfrentan al llegar a Colombia.

Se garantiza la privacidad y confidencialidad en la información suministrada por el menor. El nombre o datos personales no se registrarán en el cuestionario y la correspondencia entre sus respuestas y este consentimiento se hará solo mediante un código. Sus datos no serán citados, revelados o utilizados para ningún propósito, ni los nombres de otras personas que por acaso sean mencionadas durante la entrevista. Solo el entrevistador y los coordinadores del estudio tendrán acceso a sus informaciones.

La participación del menor en la investigación es voluntaria, no recibiendo ningún tipo de recompensa, ya sea financiera o de cualquier otra naturaleza. Del mismo modo, su negativa a participar no causará ningún perjuicio o diferencia en el tratamiento para usted o su familia. Mientras participa en la entrevista, el menor puede negarse a responder cualquier pregunta que pueda hacerle sentir incómodo/a. Si el menor desea que usted este presente; esto es posible estando siempre en contacto visual más a una distancia que impida que usted escuche las respuestas dadas por el menor. En el caso de preguntas consideradas personales, el menor las escuchará a través de audífonos y las responderá sin la ayuda del entrevistador. Usted y/o el menor pueden negarse a participar en la investigación o pueden abandonar el procedimiento en cualquier momento sin penalización o perjuicio. La entrevista puede ser estresante y emocionalmente agotadora. Caso el menor sienta algún malestar físico o emocional, puede informar al entrevistador para que se tomen las medidas apropiadas. Tenemos psicólogos a su disposición si surge la necesidad.

Como un resultado de esta investigación, tenemos la intención de lograr una mejor comprensión de los problemas que los migrantes y refugiados venezolanos enfrentan en sus lugares de origen, durante la ruta y en Colombia. Estos resultados podrían servir para mejorar la atención médica que reciben los migrantes y refugiados venezolanos en los estados fronterizos colombo-venezolanos. Además, la información proporcionada podría utilizarse para futuras investigaciones o análisis posteriores luego de la aprobación apropiada de los comités de ética correspondientes.

En caso de dudas sobre esta investigación, favor entre en contacto con el coordinador del estudio Juan-Carlos Cubides; epidemiólogo Médicos sin Fronteras [juan.cubides@rio.msf.org /+55(21)3527 3650]. Es posible también obtener un resumen de los resultados de la investigación si así lo desea.

Consentimiento informado

Después de haber recibido toda la información y conociendo los procedimientos del estudio, estoy de acuerdo con que el menor bajo mi supervisión participe, así como autorizo la divulgación y publicación de toda la información, sin que contenga datos personales. Por lo tanto, firmo este consentimiento, junto con el entrevistador, en dos copias idénticas, una copia para estar bajo mi poder y otra para registro de la investigación.

Lugar:

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del participante _____

Firma del entrevistador _____

Firma del coordinador _____

ANEXO 8. TCLE (Menor)

Formulario de asentimiento informado

[Menor]

Nos gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada "Movilidad Humana y Salud: Entendiendo las condiciones sociales y de salud de migrantes y refugiados venezolanos", coordinada por Juan-Carlos Cubides, profesional de la Organización Médicos sin Fronteras. Quisiéramos realizar un cuestionario para conocer más sobre su vida en Venezuela, la experiencia migratoria y sus planes para el futuro. La entrevista puede durar entre 40 minutos y una hora y media, dependiendo de su historia personal. La organización internacional humanitaria Médicos Sin Fronteras esta llevando a cabo este estudio para comprender la situación actual de los migrantes y refugiados venezolanos y los principales desafíos que enfrentan al llegar a Colombia.

Garantizamos su privacidad y confidencialidad en la información que nos suministre. Su nombre o datos personales no se registrarán en el cuestionario y la correspondencia entre sus respuestas y este consentimiento se hará solo mediante un código. Sus datos no serán citados, revelados o utilizados para ningún propósito, ni los nombres de otras personas que por acaso sean mencionadas durante la entrevista. Solo el entrevistador y los coordinadores del estudio tendrán acceso a sus informaciones.

Su participación en la investigación es voluntaria, no recibiendo ningún tipo de recompensa, ya sea financiera o de cualquier otra naturaleza. Un adulto responsable deberá también autorizar su participación. Del mismo modo, su negativa a participar no causará ningún perjuicio o diferencia en el tratamiento para usted o su familia. Mientras participa en la entrevista, usted puede negarse a responder cualquier pregunta que pueda hacerle sentir incómodo/a. Si lo desea, un adulto responsable puede estar presente; esto es posible estando siempre en contacto visual más a una distancia que impida que el responsable escuche las respuestas que usted nos brinda. En el caso de preguntas consideradas personales, usted las escuchará a través de audífonos y las responderá sin la ayuda del entrevistador. Usted y/o el adulto responsable pueden negarse a participar en la investigación o pueden abandonar el procedimiento en cualquier momento sin penalización o perjuicio. La entrevista puede ser estresante y emocionalmente agotadora. Caso sienta algún malestar físico o emocional, no dude en informar al entrevistador para que se tomen las medidas apropiadas. Tenemos psicólogos a su disposición si siente la necesidad.

Como un resultado de esta investigación, tenemos la intención de lograr una mejor comprensión de los problemas que los migrantes y refugiados venezolanos enfrentan en sus lugares de origen, durante la ruta y en Colombia. Estos resultados podrían servir para mejorar la atención médica que reciben los migrantes y refugiados venezolanos en los estados fronterizos colombo-venezolanos. Además, la información proporcionada podría utilizarse para futuras investigaciones o análisis posteriores luego de la aprobación apropiada de los comités de ética correspondientes.

En caso de dudas sobre esta investigación, favor entre en contacto con el coordinador del estudio Juan-Carlos Cubides; epidemiólogo Médicos sin Fronteras [juan.cubides@rio.msf.org /+55(21)3527 3650]. Es posible también obtener un resumen de los resultados de la investigación si así lo desea.

Asentimiento informado

Después de haber recibido toda la información, conociendo los procedimientos del estudio y con la autorización de un adulto responsable, estoy de acuerdo con que el menor bajo mi supervisión participe, así como autorizo la divulgación y publicación de toda la información, sin que contenga datos personales. Por lo tanto, firmo este consentimiento, junto con el entrevistador, en dos copias idénticas, una copia para estar bajo mi poder y otra para registro de la investigación.

Lugar:

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del participante _____

Firma del entrevistador _____

Firma del coordinador _____

ANEXO 9. Questionario

Cuestionario
Migrantes venezolanos
 Versión [7.0]
 06/02/2020

Identificación del entrevistador				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
1.	Nombre		Texto	
2.	Fecha		Fecha	
3.	Código de localización		Número	

Módulo 1 Características generales				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
4.	¿Cuál fue el sexo asignado al nacer, en su certificado de nacimiento?	1. Hombre 2. Mujer	Respuesta única	
5.	¿Cuál es su fecha de nacimiento?		Fecha DD/MM/AA	
6.	¿Hace parte de una comunidad indígena?	1. Si 2. No	Respuesta única	
7.	¿A qué etnia pertenece?		Texto	
8.	¿Cuál es su nivel educativo?	1. Analfabeta 2. Alfabetizado/sin educación formal 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa/Secundaria incompleta 5. Secundaria completa/Superior incompleto 6. Superior completo	Respuesta única	6=No
9.	¿Cuál es su estado civil?	1. Casado/a-Unión estable 2. Soltero/a 3. Viudo/a 4. Divorciado/a-Separado/a	Respuesta única	
10.	¿Cuál es su nacionalidad?	1. Venezolano/a 2. Colombiano/a 3. Brasileño/a 4. Guyanés/a 5. Otra	Respuestas Múltiples	
11.	¿Qué otra nacionalidad?		Texto	

Módulo 2 Historia de migración [Migración global]				
<i>Hablemos de las ciudades donde ha vivido durante más de 3 meses en los últimos dos años [2018 y 2019]</i>				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
12.1	Lugar		→ Inicio de cuadrícula SIG*	10≠Otra
12.2	Lugar		Texto	
12.3	Fecha [Mes]		Numero	
12.4	Fecha [Año]	1. 2018 2. 2019	Respuesta única	
12.5	¿Cuál de las opciones describe mejor el lugar? <i>[Lea las opciones]</i>	1. Urbano/Ciudad 2. Rural/Campo	Respuesta única	

12.6	¿Cuáles fueron sus principales motivaciones para mudarse?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desalojo 2. Deseo de mejores condiciones de vida 3. Búsqueda de empleo 4. Oportunidades educativas 5. Reunión familiar 6. Cambio de estado civil 7. Para comenzar una nueva familia 8. Conflictos familiares 9. Razones médicas 10. Víctima de la violencia 11. Proceso Político Víctima 12. Víctimas de catástrofes socio-ambientales 13. Inseguridad alimentaria 14. Siguiendo miembro de la familia 15. Deportación 16. Otro 	Respuestas Múltiples	
12.7	¿Qué otro motivo?		Texto	
12.8	¿De los mencionados anteriormente, cual fue el principal?		Numero Fin de cuadrícula ←	

*SIG: Sistema de Información Geográfica

Módulo 3				
Historia de migración				
[Última residencia]				
<i>Hablemos de su última residencia en Venezuela [donde haya vivido más de 3 meses] justo antes de venir a Colombia/Brasil</i>				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
13.	Lugar		SIG	
14.	Lugar		Texto	
15.	Fecha		Fecha MM/AA	
16.1	¿Quién vivió con usted en su última residencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tío/a 2. Hijo/a 3. Hijastro/a 4. Pareja 5. Abuelo/a 6. Sobrino/a 7. Padre/Madre 8. Padrastro/Madrastra 9. Hermano/a 10. Hermanastro/a 11. Esposo/a 12. Cuñado/a 13. Suegro/a 14. Otro familiar 15. No familiar 	→ Inicio de cuadrícula Respuesta única	
16.2	Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Respuesta única	
16.3	Edad [Años]		Numero Fin de cuadrícula ←	
17.	¿Qué tipo de baño usaban usted y los miembros de esa residencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanitario propio 2. Sanitario compartido 3. Letrina privada 4. Letrina compartida 5. Sin instalaciones/Campo 6. Otro 	Respuesta única	
18.	¿Que otro tipo?		Texto	
19.	¿Cuál fue la principal fuente de agua en su residencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acueducto hasta dentro de la casa 2. Acueducto hasta fuera de la casa 3. Grifo público 4. Pozo protegido 5. Pozo desprotegido 6. Río/Arroyo/Dique 7. Otra 	Respuesta única	17≠Otro
20.	¿Cuál otra?			
21.	¿Cuántas habitaciones tenía la residencia?		Numero	19≠Otro

22.	¿Cuántas habitaciones se usaron exclusivamente para dormir?		Numero	
23.	¿Cuántas bicicletas su familia o los miembros de su residencia tenían?		Numero	
24.	¿Cuántos radios su familia o los miembros de su residencia tenían ?		Numero	
25.	¿Cuántos celulares su familia o los miembros de su residencia tenían?		Numero	
26.	¿Cuántas motocicletas su familia o los miembros de su residencia tenían?		Numero	
27.	¿Cuántos carros su familia o los miembros de su residencia tenían?		Numero	
28.	¿Su residencia contaba con acceso propio a internet?	1. Si 2. No	Respuesta única	

Módulo 4				
Historia de migración				
[Migración actual]				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
29.1	¿Quién comenzó el viaje actual con usted?	1. Pareja 2. Hijo/a 3. Padre/Madre 4. Otros parientes 5. Amigos 6. Vecinos 7. Conocidos 8. Desconocidos 9. Solo/a	→ Inicio de cuadrícula Respuesta única	
29.2	Sexo	1. Hombre 2. Mujer	Respuesta única	
29.3	Edad [Años]		Numero Fin de cuadrícula ←	
<i>Hablemos de los lugares por los que pasó desde su última residencia hasta llegar aquí a Colombia/Brasil</i>				
30.1	Lugar		→ Inicio de cuadrícula SIG	
30.2	Lugar		Texto	
30.3	Fecha [Mes]		Numero	
30.4	Fecha [Año]		Numero	
30.5	¿Cómo llegó hasta allí ?	1. A pie 2. Autobús 3. Carro 4. Avión 5. Motocicleta 6. Bicicleta 7. Otro	Respuestas múltiples	
30.6	¿Qué otro medio de transporte?		Texto	
30.7	¿Cuál fue la razón principal para ir por este camino?		Texto	
30.8	¿Dónde durmió cuando estaba en este lugar ?	1. Casa/Apartamento propio 2. Casa/Apartamento alquilado 3. Casa/Edificio ocupado 4. Refugio 5. Casa/Apartamento de Familia/Amigos 6. Pensión 7. Centro Parroquial/Iglesia 8. Campamento 9. Calle 10. Otro	Respuestas múltiples	
30.9	¿Qué otro lugar?		Texto Fin de cuadrícula ←	
<i>Hablemos sobre la migración de miembros de su última residencia en Venezuela</i>				
31.	¿Alguien que vivió con usted en su última residencia en Venezuela salió del país durante 2018 y 2019?	1. Si 2. No	Respuesta única	

		3. No sé 4. No quiero responder		
32.1	¿Quien?	1. Tío/a 2. Hijo/a 3. Hijastro/a 4. Pareja 5. Abuelo/a 6. Sobrino/a 7. Padre/Madre 8. Padrastro/Madrastra 9. Hermano/a 10. Hermanastro/a 11. Espos/a 12. Cuñado/a 13. Suegro/a 14. Otro familiar 15. No familiar	→ Inicio de cuadrícula Respuesta única	
32.2	¿Cuál es el sexo de la persona?	1. Hombre 2. Mujer	Respuesta única	
32.3	¿Cuántos años tiene la persona?		Número	
32.4	¿Cuándo salió esta persona de Venezuela? [Mes]		Número	
32.5	¿Cuándo salió esta persona de Venezuela? [Año]	1. 2018 2. 2019	Número	
32.6	¿Sabe dónde está viviendo ahora?	1. Si 2. No	Respuesta única	
32.7	Lugar		SIG	
32.8	Lugar		Texto	
32.9	¿En qué tipo de lugar está viviendo ella/él?	1. Casa/apartamento propio 2. Casa/apartamento alquilado 3. Casa/Edificio ocupado 4. Refugio 5. Casa/Apartamento de Familia/Amigos 6. Pensión 7. Centro parroquial/Iglesia 8. Campamento 9. Calle 10. Otro 11. No se	Respuesta única	
32.10	¿Qué otro lugar?		Texto	
32.11	¿Cuándo fue la última vez que la/lo contactó?	1. Hoy 2. Hace unos días 3. Semana pasada 4. Hace más de 1 semana 5. Hace más de 1 mes 6. No me puse en contacto	Respuesta única Fin de cuadrícula ←	
<i>Hablemos sobre su residencia actual aquí en Colombia/Brasil</i>				
33.	¿En qué tipo de lugar ha vivido aquí?	1. Casa/Apartamento 2. Apartamento/Casa alquilada 3. Casa/Edificio ocupado 4. Refugio 5. Casa/Apartamento de Familia/Amigos 6. Pensión 7. Centro parroquial/Iglesia 8. Campamento 9. Calle 10. Otro lugar	Respuesta única	31#Si
34.	¿Qué otro lugar?			
35.	¿Desde cuándo está viviendo en esa residencia?		Fecha	33#Otro
36.	¿Por qué está viviendo aquí?		Texto	

Módulo 5				
Acceso a atención médica				
[Pasado y presente]				
<i>Hablemos de su estado de salud cuando estaba en Venezuela.</i>				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
37.	¿En su última residencia en Venezuela, tuvo un problema de salud?	1. Si 2. No	Respuesta única	
38.	¿Podría describir brevemente cuál fue ese problema de salud?		Texto	

39.	¿Para ese problema de salud, busco ayuda médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	
40.	¿Conseguí recibir atención médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	
41.	¿Por qué no conseguí recibir atención médica?	1. Hospital/clínica se negó a tratarme a causa de mi condición de migrante 2. Hospital/clínica cobra por tratamiento 3. Hospital/clínica alega que no tiene suficiente espacio 4. Hospital/clínica alega que no tiene empleados suficientes para atenderme 5. No tenía la documentación adecuada para la atención 6. Otro motivo	Respuestas múltiples	
42.	¿Qué otro motivos?			
43.	¿Por qué no busco atención médica?	1. No fue lo suficientemente grave 2. Distancia del hospital/clínica 3. Demasiada espera en la clínica. 4. No cree que la calidad del servicio clínico es buena 5. No le gusta la actitud de médicos y/o enfermeros 6. El hospital más cercano fue deshabilitado 7. No lo pensé 8. Miedo a represalia 9. No tenía seguro de salud 10.No tenía dinero para atención médica 11.No tenía dinero para comprar medicamento 12.Miedo al diagnóstico/enfermedad 13.Otro motivo	Respuestas múltiples	39=No
44.	¿Cuál otro motivo?			
45.	¿Busco otro tipo de ayuda/asistencia?	1. Busqué ayuda de amigos/familiares 2. Busqué ayuda de medicina alternativa 3. Busqué ayuda espiritual 4. Automedicación 5. Nada 6. Otro tipo de ayuda	Respuestas múltiples	41≠Otro motivo OR 43≠Otro motivo
46.	¿Qué otro tipo de ayuda?			
47.	¿A modo general qué tan fácil fue obtener atención médica cuando la necesitó mientras vivía en su última residencia en Venezuela ?	1. Muy fácil 2. Lo suficientemente fácil 3. Difícil 4. Casi imposible 5. Nunca necesitó asistencia médica	Respuesta única	37=No OR 40=Si OR 45≠Otro tipo de ayuda
48.	¿Cuáles fueron sus mayores dificultades de acceso a la salud mientras vivía allí?	1. No había profesionales de salud 2. No había insumos médicos 3. No había medicamentos disponibles 4. Mala actitud de los profesionales de salud 5. Costo de atención de salud 6. Costo de transporte 7. Distancia clínica/hospital 8. Falta de tiempo 9. Falta de permiso para salir del trabajo 10. Nunca hubo dificultad 11. Otra dificultad	Respuestas múltiples	
49.	¿Qué otra dificultad?			
50.	Cuando vivía en su última residencia en Venezuela, ¿con qué frecuencia comía al menos 3 veces al día?	1. Todos los días 2. Algunos días 3. Raramente 4. Nunca	Respuesta única	47= Muy fácil OR Suficiente mente fácil OR 48≠Otra dificultad
51.	Cuando vivía en su última residencia en Venezuela, ¿alguna vez sintió hambre pero no comió porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?	1. Casi todos los meses 2. Unos meses, pero no todos 3. Raramente 4. Nunca	Respuesta única	
<i>Hablemos de su estado de salud aquí en Colombia/Brasil.</i>				
52.	¿Durante su tiempo aquí, ¿Ha tenido algún problema de salud?	1. Si 2. No	Respuesta única	
53.	¿Podría describir brevemente cuál fue el problema de salud?		Texto	
54.	¿Para ese problema de salud, busco ayuda médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	

55.	¿Consiguió recibir atención médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	
56.	¿Cuánto tiempo pasó experimentar los síntomas y el momento de conseguir atención médica?	1. Menos de 1 hora 2. Entre 1 y 3 horas 3. Más de 3 horas, el mismo día. 4. En el día siguiente 5. Entre 2 y 3 días 6. Más de 3 días	Respuesta única	
57.	¿Cómo calificaría la atención médica que recibió?	1. Excelente 2. Buena 3. Indiferente 4. Mala 5. Extremadamente mala	Respuesta única	
58.	¿Por qué fue mala la atención?		Texto	
59.	¿Tuvo que pagar por la atención?	1. Si 2. No		57#Mala & extremadamente mala
60.	¿Cuánto pago? [Valor]		Número	
61.	¿Cuánto pago? [Moneda]	1. Bolívares 2. Pesos 3. Reales 4. Dólares	Respuesta única	
62.	¿Por qué no recibió atención médica?	1. Hospital/clínica se negó a tratarme a causa de mi condición de migrante 2. Hospital/clínica cobra por tratamiento 3. Hospital/clínica alega que no tiene suficiente espacio 4. Hospital/clínica alega que no tiene empleados suficientes para atenderme 5. No tenía la documentación adecuada para la atención 6. Otro motivo	Respuestas múltiples	55=No
63.	¿Qué otro motivo?			
64.	¿Por qué no buscó atención médica?	1. No fue lo suficientemente grave 2. Distancia del hospital/clínica 3. Demasiada espera en la clínica. 4. No cree que la calidad del servicio clínico es buena 5. No le gusta la actitud de médicos y/o enfermeros 6. El hospital más cercano fue deshabilitado 7. No lo pensé 8. Miedo a represalia 9. No tenía seguro de salud 10. No tenía dinero para atención médica 11. No tenía dinero para comprar medicamento 12. Miedo al diagnóstico/enfermedad 13. Otro motivo	Respuestas múltiples	54=No
65.	¿Qué otro motivo?			
66.	¿Busco otro tipo de asistencia/ayuda?	1. Busqué ayuda de amigos/familiares 2. Busqué ayuda de medicina alternativa 3. Busqué ayuda espiritual 4. Automedicación 5. Nada 6. Otro tipo de ayuda	Respuestas múltiples	62#Otro motivo OR 64#Otro motivo
67.	¿Cuál otro tipo de ayuda?		Texto	

Módulo 6				
Exposición a violencia				
[Pasado y presente]				
Hablemos de los eventos de violencia en Venezuela				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
68.	¿Durante los dos últimos años que vivió en Venezuela; fue alguna vez agredido/a físicamente, ya sea por robo, discusión u otra razón?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Respuesta única	52=No OR 59=No 66#Otro tipo de ayuda OR 61=TODAS
69.	¿Podría describir brevemente lo que pasó ?		Texto	
70.	Después de esta situación , ¿buscó atención médica ?	1. Si 2. No	Respuesta única	

71.	¿Por qué no buscó atención médica ?	1. No fue lo suficientemente grave 2. No tuve tiempo 3. Miedo a las represalias 4. Hospital/clínica demasiado lejos 5. No tenía medios financieros para pagar la asistencia 6. No hay servicio médico disponible 7. Otro	Respuestas múltiples	
72.	¿Qué otro motivo?			
73.	¿Después de esta situación, que buscó el apoyo psicológico?	1. Si 2. No	Respuesta única	70=Si OR 71#Otro
74.	¿Por qué no buscó apoyo psicológico ?	1. No fue lo suficientemente grave 2. No tuve tiempo 3. Miedo a las represalias 4. Hospital/clínica demasiado lejos 5. No tenía medios financieros para pagar la asistencia 6. No hay apoyo psicológico disponible 7. Otro	Respuestas múltiples	
75.	¿Cuál otro motivo?			
76.	¿Sufrió acoso/agresión sexual en su última residencia?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio	68#Si OR 73=Si OR 74#Otro
77.	¿Después de esta situación, ¿buscó atención médica?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio	
78.	¿Después de esta situación, ¿buscó apoyo psicológico?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio	
79.	¿Sufrió discriminación en su última residencia ?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio	76#Si
80.	¿Después de esta situación, ¿buscó apoyo psicológico?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio	
<i>Hablemos de situaciones violentas aquí en Colombia/Brasil</i>				
81.	¿Lo/a han agredido físicamente, ya sea por robo, discusión u otro motivo?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Respuesta única	79#Si
82.	¿Podría describir brevemente lo que pasó?		Texto	
83.	¿Después de ese evento, ¿buscó asistencia médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	
84.	¿Consiguió recibir atención médica?	1. Si 2. No	Respuesta única	
85.	¿Cuánto tiempo pasó entre el momento en que comenzó a sentir los síntomas y el tiempo que recibió asistencia?	1. Menos de 1 hora 2. Entre 1-3 horas 3. Más de 3 horas, el mismo día. 4. En el día siguiente 5. Entre 2-3 días después 6. Más de 3 días después	Respuesta única	
86.	¿Cómo calificaría la atención médica que recibió?	1. Excelente 2. Buena 3. Indiferente 4. Mala 5. Extremadamente mala	Respuesta única	
87.	¿Por qué considera que la atención fue mala?		Texto	
88.	¿Tuvo que pagar por la atención?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Respuesta única	86#Mala & Extremadamente mala
89.	¿Cuánto pago? [Valor]		Número	
90.	¿Cuánto pago? [Moneda]	1. Bolívars 2. Pesos 3. Reales 4. Dólares	Respuesta única	
91.	¿Por qué no recibió ayuda médica?	1. Hospital/clínica se negó a tratarme a causa de mi condición de migrante 2. Hospital/clínica cobra por tratamiento 3. Hospital/clínica alega que no tiene suficiente espacio 4. Hospital/clínica alega que no tiene empleados suficientes para atenderme 5. No tenía la documentación adecuada para la atención 6. Otro motivo	Respuestas múltiples	84=No

		7. No quiero responder		
92.	¿Cuál otro motivo?			
93.	¿Por qué no buscó asistencia médica?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No fue lo suficientemente grave 2. No sabía a dónde ir por ayuda 3. No tuve tiempo 4. Distancia del hospital/clínica 5. Espera demasiado larga en el hospital/clínica 6. No cree que la calidad del servicio médico es buena 7. No le gusta la actitud de los médicos y/o enfermeros 8. No lo pensé 9. No hay atención médica disponible 10. No hay apoyo psicológico disponible 11. No hay asistencia social disponible 12. No hay asistencia legal disponible 13. No tenía documento 14. Barrera del lenguaje 15. Miedo a represalias hacia mi 16. Miedo a represalias hacia mi familia. 17. No tenía seguro de salud 18. Otro motivo 19. No quiero responder 	Respuestas múltiples	83=No
94.	¿Que otro motivo?			
95.	¿Busco otro tipo de asistencia/ayuda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia psicológica 2. Ayuda de familiares/amigos 3. Asistencia farmacéutica 4. Ayuda de un sanador/ medicina tradicional 5. Ayuda espiritual/religiosa 6. Asistencia social 7. Asistencia legal 8. Otra asistencia 	Respuestas múltiples	93≠Otro motivo OR 91≠Otro motivo
96.	¿Cuál otra asistencia?			
97.	¿Como resultado de esa agresión ¿sufre algún tipo de deficiencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad en el uso de la mano/brazo 2. Cojos (dificultad para caminar) 3. Pérdida de audición 4. Pérdida de visión 5. Dificultad para respirar 6. Dificultad para recordar cosas 7. Dificultad para masticar 8. Pérdida de un miembro del cuerpo 9. Paraplejia (cualquier tipo) 10. Extracción de cualquier órgano (o parte de él) 11. Otra deficiencia 12. Ninguna 	Respuestas múltiples	95≠Otra asistencia
98.	¿Qué otra deficiencia?			
99.	¿Ha sufrido acoso/agresión sexual estando aquí?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No quiero responder 	Pregunta de audio	81≠Si OR 97≠Otra deficiencia OR 88≠Si OR 90=TODAS
100.	¿Después de esta situación, ¿buscó atención médica?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No quiero responder 	Pregunta de audio	
101.	¿Después de esta situación, ¿buscó apoyo psicológico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No quiero responder 	Pregunta de audio	
102.	¿Ha sufrido discriminación estando aquí?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No quiero responder 	Pregunta de audio	99≠Si
103.	¿Después de esta situación, ¿buscó apoyo psicológico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No quiero responder 	Pregunta de audio	

Módulo 7				
Enfermedades crónicas				
<i>Teniendo en cuenta su estado de salud, hablemos sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades crónicas.</i>				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
104.	¿Cómo califica su salud en general?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 	Respuesta única	102≠Si
105.	¿Porque cree que su salud es mala?		Texto	

106.	Las enfermedades crónicas son afecciones que requieren cuidado médico y tratamiento continuo como por ejemplo las enfermedades del corazón, hipertensión o diabetes. ¿Sufre usted de alguna de estas enfermedades?	1. Si 2. No 3. No se	Respuesta única	104#Mala & Muy mala
107.1	¿De qué enfermedades sufre? <i>[Lea las opciones]</i>	1. Presión arterial alta/hipertensión 2. Enfermedad del corazón 3. Diabetes 4. Cáncer/tumor 5. Enfermedad respiratoria crónica 6. Colesterol alto	→ Inicio de cuadrícula Respuesta única	
107.2	Si se selecciona cáncer ¿qué tipo?		Texto	
107.3	¿Cuánto tiempo ha estado padeciendo esta enfermedad?		Numero	
107.4	¿Cuánto tiempo ha estado padeciendo esta enfermedad?	1. Semanas 2. Meses 3. Años	Respuesta única	
107.5	Se encuentra en tratamiento con medicamento?	1. Si 2. No	Respuesta única	
107.6	¿Qué medicamento?		Texto	
107.7	¿Ha estado tomando el medicamento regularmente según lo prescrito por el médico?	1. Si 2. No	Respuesta única	
107.8	¿Cuánto tiempo hace que dejó de tomar el medicamento?		Numero	
107.9	Unidad de tiempo	1. Semanas 2. Meses 3. Años	Respuesta única	
107.10	¿Por qué no ha tomado el medicamento?	1. No tengo dinero para medicinas 2. Dificil acceso a la medicina 3. Avance de la enfermedad 4. No recuerdo 5. No creo en el tratamiento 6. Efectos colaterales 7. Otro	Respuestas múltiples	
107.11	¿Cuál otro motivo?		Texto	
107.12	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que fue al médico para seguimiento y control de la enfermedad?		Numero	
107.13	Unidad de tiempo	1. Días 2. Semanas 3. Meses 4. Años	Respuesta única	
107.14	¿Por qué no ha ido al médico regularmente?	1. No me pareció necesario 2. Consulte con un sanador/medicina tradicional 3. Automedicación 4. Distancia al centro de salud 5. Falta de tiempo 6. Dificultades de locomoción 7. No es cómodo/seguro ir a la clínica 8. Mala calidad de la atención en la clínica 9. No podía pagar el tratamiento 10. Otro	Respuestas múltiples	
107.15	¿Que otro motivo?		Texto Fin de cuadrícula ←	

Módulo 8				
Enfermedades infecto-contagiosas				
<i>Hablemos de enfermedades agudas y sus síntomas.</i>				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
108.	Las enfermedades infecciosas son afecciones agudas que aparecen repentinamente como el paludismo, dengue o sarampión. En 2019 sufrió de alguna de esas enfermedades.?	1. Si 2. No 3. No se	Respuesta única	106#Si

109.1	¿Durante el año 2019, sufrió alguna de las siguientes enfermedades infecciosas? [Lea las opciones e indague por otras]	1. Malaria/Paludismo 2. Dengue 3. Zika 4. Chikungunya 5. Tuberculosis 6. Cólera 7. Sarampión 8. Hepatitis 9. Otra	→ Inicio de cuadrícula Respuesta única	
109.2	¿Qué otra enfermedad?		Texto	
109.3	¿Acudió al sistema de salud para ser diagnosticado y tratado?	1. Si 2. No 3. No recuerdo	Respuesta única	
109.4	¿Cuándo fue diagnosticado? [Mes]		Número	
109.5	¿Recibió tratamiento con medicamento específico para la enfermedad?	1. Si 2. No 3. No recuerdo	Respuestas múltiples	
109.6	¿Cuál medicamento?		Texto	
109.7	¿Tomó el medicamento según lo prescrito por el médico ?	1. Si 2. No 3. No recuerdo	Respuesta única	
109.8	¿Por qué no tomó el medicamento recetado por el médico ?	1. No tengo dinero para medicinas 2. Difícil acceso a la medicación 3. Avance de la enfermedad 4. No me acuerdo 5. No creo en el tratamiento 6. Efectos colaterales 7. Otro motivo	Respuestas múltiples	
109.9	¿Que otro motivo?		Texto	
109.10	¿Por qué no acudió al sistema de salud para ser diagnosticado y tratado?	1. No me pareció necesario 2. Consulte con sanador/Médico tradicional 3. Automedicación 4. Distancia al centro de salud 5. Falta de tiempo 6. Dificultad de locomoción 7. No es cómodo/seguro ir a la clínica 8. Mala calidad de la atención en la clínica 9. No podía pagar el tratamiento 10. Otro motivo	Respuestas múltiples	
109.11	¿Qué otro motivo?		Texto Fin de cuadrícula ←	
110.	¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 2 meses?	1. Fiebre 2. Tos continua [5 días o más] 3. Dificultad para respirar 4. Diarrea [heces acuosas más de 3 veces en 12 horas] 5. Sangre en las heces 6. Vómito [más de una vez en 12 horas] 7. Irritación/Erupción de piel [más de 3 días] 8. Incapacidad para beber o comer [más de 24 horas] 9. Incapacidad para beber o comer [más de 24 horas] 10. Ninguno	Respuestas múltiples	108*Si
111.	¿Buscó atención médica debido a los síntomas descritos?	1. Si 2. No	Respuesta única	
112.	¿Le diagnosticaron alguna enfermedad durante el período con estos síntomas?	1. Si 2. No	Respuesta única	
113.	¿Cuál fue el diagnóstico?		Pregunta de texto	
114.	¿Recibió algún tratamiento con medicamento específico para la enfermedad diagnosticada?	1. Si 2. No	Respuesta única	
115.	¿Cuál medicamento?		Texto	
116.	¿Terminó el tratamiento como prescrito por el médico?	1. Si 2. No 3. No recuerdo		
117.	¿Por qué no terminó el tratamiento?	1. No tengo dinero para medicinas 2. Difícil acceso a la medicación	Respuestas múltiples	

		3. Avance de la enfermedad 4. No me acuerdo 5. No creo en el tratamiento 6. Efectos colaterales 7. Otro motivo		
118.	¿Cuál otro motivo?		Texto	
119.	¿Por qué no buscó atención médica?	1. No me pareció necesario 2. Consulte con el sanador 3. Automedicación 4. Distancia al centro de salud 5. Falta de tiempo 6. Dificultad de locomoción 7. No es cómodo/seguro ir a la clínica 8. Mala calidad de la atención en la clínica. 9. No podía pagar el tratamiento. 10. Otro motivo	Respuestas múltiples	111=No
120.	¿Cuál otro motivo?		Texto	

Módulo 9				
Salud sexual				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
121.	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su vida sexual ¿Está bien?	1. Si 2. No	Respuesta única	110=Ninguno OR 112=No OR 114=No OR 116=Si OR 117#Otro motivo OR 119#Otro motivo Filtro de modulo
122.	¿Ha oído hablar del VIH/SIDA?	1. Si 2. No	Respuesta única	
123.	¿Me puede decir brevemente que es el VIH/SIDA?		Texto	
124.	¿Me puede decir brevemente como alguien puede contraer el VIH/SIDA?		Texto	
125.	¿Se ha realizado alguna vez en su vida la prueba/examen del VIH?	1. Si 2. No 3. No recuerdo 4. No sé 5. No quiero responder	Respuesta única	
126.	¿Cuándo se hizo la prueba/examen de VIH por última vez?		Fecha MM/AA	
127.	¿Dónde se realizó la prueba/examen de VIH la última vez?		SIG	
128.	¿Dónde se realizó la prueba/examen de VIH la última vez?		Texto	
129.	¿Puedo preguntarle cuál fue el resultado del examen de VIH? No hay problema, si no quiere compartir esta información.	1. Positivo 2. Negativo 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	
130.	¿Está tomando medicamento antiretroviral para VIH?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	
131.	¿Alguna vez se ha hecho una prueba de sífilis ?	1. Si 2. No 3. No recuerdo 4. No sé 5. No quiero responder	Respuesta única	122=No OR 125#Si OR 129#Positivo
132.	¿Cuándo se hizo la prueba/examen de sífilis por última vez?		Fecha MM/AA	
133.	¿Dónde se realizó la prueba/examen de sífilis la última vez?		SIG	
134.	¿Dónde se realizó la prueba/examen de sífilis la última vez?		Texto	
135.	¿Puedo preguntarle cuál fue el resultado del examen de sífilis? No hay problema, si no quiere compartir esta información.	1. Positivo 2. Negativo 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	
136.	¿Recibió algún medicamento/tratamiento para sífilis?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	

137.	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses ?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	131≠Si OR 135≠Positivo
138.	La última vez que tuvo relaciones sexuales con alguien en los últimos 12 meses, ¿usó condón?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	
139.	¿Ha usado un condón en cada relación sexual que ha tenido en los últimos 12 meses?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	
140.	Sexo	1. Hombre 2. Mujer		137≠Si Filtro de modulo
141.	A veces, los hombres tienen fluidos anormales que salen de su pene que no son orina o semen. En los últimos 12 meses, ¿Ha sentido esto?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	Género específico
142.	A veces los hombres tienen una llaga o úlcera cerca del pene. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido una llaga o úlcera en o cerca de su pene?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	Género específico
143.	A veces las mujeres tienen fluidos anormales que salen de la vagina y huelen mal. En los últimos 12 meses, ¿Ha sentido esto?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	140=Mujer Género específico
144.	A veces las mujeres tienen una herida o úlcera en la zona vaginal. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido una herida o una úlcera en la zona vaginal?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	Género específico
145.	¿Procuró ayuda médica ante la situación descrita anteriormente?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Pregunta de audio - Respuesta única	142=TODAS

Módulo 10				
Historia reproductiva				
[Solo mujeres]				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
146.	Sexo	1. Hombre 2. Mujer		121=No OR 144≠Si Filtro de modulo
147.	¿Está embarazada actualmente?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Respuesta única	
148.	¿Cuántos hijos usted ha tenido, incluyendo aquellos que no viven con usted o aquellos que murieron después del nacimiento?		Número	
149.	¿Cuántos de sus hijos están vivos, incluidos los que no viven con usted?		Número	
150.	¿Cuántos de sus hijos nacieron en Venezuela ?		Número	
<i>Último embarazo [Solo para aquellas que estuvieron embarazadas hace menos de 5 años]</i>				
151.	¿Ha tenido algún embarazo en los últimos 5 años?	1. Si 2. No 3. No quiero responder	Respuesta única	Filtro de modulo
152.	En su último embarazo ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando acudió por primera vez al profesional de la salud ?		Número	
153.	¿Cuántas veces durante su último embarazo visitó a un profesional de la salud ?		Número	
154.	¿Por qué no ha consultado más a menudo?	1. No me pareció necesario 2. Mi pareja no lo consideró necesario 3. Consulté con el sanador/Médico tradicional 4. Distancia al centro de salud 5. Prohibición por vivir en el lugar de trabajo 6. Falta de tiempo 7. Dificultad de locomoción	Respuestas múltiples	

		8. No es cómodo/seguro ir a la clínica 9. Mala calidad de la atención en la clínica 10. Otro motivo 11. No quiero responder		
155.	¿Que otro motivo?		Texto	
156.	¿Le ofrecieron la prueba de VIH en alguna de las citas?	1. Si 2. No 3. No me acuerdo	Respuesta única	153>6 OR 154≠Otro motivo
157.	¿le entregaron el resultado del examen ?	1. Si 2. No 3. No me acuerdo	Respuesta única	
158.	¿Dónde dio a luz?	1. En casa 2. Granja/lugar de trabajo 3. Clínica/Hospital 4. Otro lugar 5. No quiero responder	Respuesta única	156≠Si
159.	¿En qué otro lugar?		Texto	
160.	¿Tuvo que pagar por el parto?	1. Si 2. No	Respuesta única	158≠Otro lugar
161.	¿Tuvo alguna complicación durante el parto ?	1. Si 2. No	Respuesta única	
162.	¿Podría contarme lo que pasó?		Texto	
163.	Después del nacimiento, ¿cuántos meses amamanto exclusivamente al bebé?		Número	161=No
164.	¿Por qué dejó de amamantar a su bebé?	1. Bebé estaba destetando 2. La leche sola no satisfizo al bebé. 3. Problemas de lactancia materna 4. Baja cantidad de leche 5. Necesité volver al trabajo 6. Otro motivo 7. No quiero responder	Respuestas múltiples	
165.	¿Que otro motivo?		Texto	
Planificación familiar				
166.	¿Planea quedar embarazada pronto?	1. Si 2. No 3. No quiero responder		148=0 OR 151≠Si OR 163>6 OR 164≠Otro motivo
167.	¿Está usted o su pareja utilizando algún método para prevenir o retrasar el embarazo ?	1. Si 2. No 3. No quiero responder		146=Hombre
168.	¿Cuál método?	1. Esterilización femenina 2. Esterilización masculina 3. DIU 4. Inyectables 5. Implantes 6. Pastilla 7. Anticoncepción de emergencia (PDS) 8. Ritmo 9. Lactancia 10. Coito interrumpido 11. Otro método		
169.	¿Cuál otro método?			
170.	¿Hay alguna razón por la cual no está usando un método para prevenir o retrasar el embarazo?		Texto	167≠Si

Módulo 11				
Uso de alcohol				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
171.	¿Con qué frecuencia bebe algo que contiene alcohol?	1. Nunca 2. Mensualmente 3. 2-4 veces al mes 4. 2-3 veces a la semana 5. Cuatro o más veces a la semana 6. Prefiero no contestar	Respuesta única	166=Si OR 168≠Otro método
172.	¿Cuántas unidades de alcohol toma en un día típico cuando está bebiendo ?	1. 0 - 2 2. 3 - 4 3. 5 - 6 4. 7 - 8 5. 10 o más 6. No sé	Respuesta única	

		7. Prefiero no contestar		
173.	¿Cuántas veces durante el último año se dio cuenta de que no podía dejar de beber después de comenzar?	1. Nunca 2. Menos que mensualmente 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. Diariamente o casi diariamente 6. Prefiero no contestar	Respuesta única	
174.	¿Cuántas veces durante el año pasado necesitó alcohol en la mañana para continuar sus actividades después de una borrachera?	1. Nunca 2. Menos que mensualmente 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. Diariamente o casi diariamente 6. Prefiero no contestar	Respuesta única	
175.	¿Cuántas veces durante el año pasado tuvo un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	1. Nunca 2. Menos que mensualmente 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. Diariamente o casi diariamente 6. Prefiero no contestar	Respuesta única	
176.	¿Usted o alguien ha resultado lesionado como resultado de su consumo de alcohol ?	1. No 2. Sí, pero no el año pasado 3. Sí, el año pasado 4. Prefiero no contestar	Respuesta única	

Módulo 12					
Salud mental					
<i>Ahora, hablemos de cómo se ha sentido las últimas dos semanas.</i>					
Salto → 171=Nunca OR Prefiero no contestar					
Nº	Pregunta	Nunca	Casi nunca	Algunos días	Casi todos los días
177.	Poco interés o placer en hacer las cosas.				
178.	Sentirse deprimido/a o sin esperanza				
179.	Problemas para conciliar el sueño o dormir demasiado				
180.	Sentirse cansado/a o con poca energía				
181.	Poco apetito o comer en exceso				
182.	Sentirse mal consigo mismo/a, que es un fracaso o se decepciona a si mismo/a, o incluso a su familia				
183.	Se mueve o habla tan lentamente que otras personas lo notan. O tan inquieto/a que se mueve más de lo habitual				
184.	Pensamientos de estaría mejor muerto/a o pensamientos de lastimarse				
185.	Sentirse ansioso/a o nervioso/a				
186.	No poder detener o controlar las preocupaciones				
187.	Preocuparse demasiado por cosas diferentes				
188.	Dificultad para relajarse				
189.	Estar tan inquieto/a es difícil quedarse quieto				
190.	Volverse fácilmente irritable				
191.	Sentir miedo, como si algo terrible pudiera pasar				

Módulo 13				
Mecanismos de afrontamiento				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
192.	¿Qué hace para lidiar con el estrés cuando se siente muy ansioso/a o nervioso/a?	1. Converso con mis amigos o familiares acerca de cómo me siento 2. Paso tiempo solo/a en un lugar tranquilo 3. Duermo 4. Intento sacar el problema de la cabeza 5. Practico ejercicio 6. Rezo 7. Consumo Bebidas/uso sustancias 8. Utilizo técnicas de respiración 9. Sueño/Pienso en mejores situaciones 10. Trabajo/Hago actividades voluntarias 11. Hago actividades de ocio 12. Hablo con cualquier persona 13. Hago planes sobre la forma de salir de la situación 14. Nada 15. Prefiero no responder 16. Otra actividad	Respuestas múltiples	
193.	¿Qué otra actividad?		Texto	
<i>Por favor, dígame cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones</i>				
194.	Confío en que varias personas me ayuden a resolver mis problemas.	1. Estoy completamente en desacuerdo 2. No estoy de acuerdo	Respuesta única	192≠Otra actividad

		3. Estoy de acuerdo 4. Estoy totalmente de acuerdo		
195.	Cuando me siento solo, hay varias personas con las que puedo hablar	1. Estoy completamente en desacuerdo 2. No estoy de acuerdo 3. Estoy de acuerdo 4. Estoy totalmente de acuerdo	Respuesta única	
196.	No hay nadie con quien me sienta cómodo hablando de asuntos íntimos	1. Estoy completamente en desacuerdo 2. No estoy de acuerdo 3. Estoy de acuerdo 4. Estoy totalmente de acuerdo	Respuesta única	

Módulo 14				
Planes futuros				
Nº	Pregunta	Alternativas	Tipo	Salto
197.	¿Es este su destino final? ¿Piensa radicarse aquí?	1. Si 2. No 3. No sé 4. Prefiero no responder	Respuesta única	
198.	¿Qué lo/a motiva a quedarse aquí?	1. Mejores condiciones de vida 2. Mejores oportunidades educativas 3. Mayores oportunidades laborales 4. Reunirse con miembros de la familia 5. Libre de preocupaciones de deportación 6. Razones médicas 7. Otro motivo 8. Prefiero no responder	Respuestas múltiples	
199.	¿Conoce cuál es su destino final donde desea radicarse?	1. Si 2. No 3. No sé 4. Prefiero no responder		197#Si
200.	¿Cuál es su destino final previsto?		SIG	
201.	¿Cuál es su destino final previsto?		Texto	
202.	¿Cómo planea llegar allí ?	1. A pie 2. Bus 3. Carro 4. Avión 5. Barco/Lancha 6. Motocicleta 7. Bicicleta 8. Otro medio 9. No sé 10. Prefiero no responder	Respuestas múltiples	
203.	¿Que otro medio para llegar?		Texto	
204.	¿Por qué quiere llegar/radicarse allí?	1. Mejores condiciones de vida 2. Mejores oportunidades educativas 3. Mayores oportunidades laborales 4. Reunirse con miembros de la familia 5. Libre de preocupaciones de deportación 6. Razones médicas 7. Otro motivo 8. Prefiero no responder	Respuestas múltiples	202#Otro medio
205.	¿Cuál otro motivo?		Texto	
206.	¿Dónde planea ir inmediatamente después de aquí?		SIG	199#Si OR 204#Otro motivo
207.	¿Dónde planea ir inmediatamente después de aquí?		Texto	
208.	Final de modulo		Texto	198=ODAS