



SALUD PARA
TOD@s

Derecho a la salud en
comunidades inclusivas
sin discriminación

Barreras de acceso y pertinencia en servicios de salud primaria y comunitaria

Un análisis con enfoque interseccional e inclusivo en la región de Piura



IDEHPUCP



Financiado por
la Unión Europea

**Barreras de acceso y pertinencia en servicios de salud primaria y comunitaria
Un análisis con enfoque interseccional e inclusivo en la región de Piura**

© Pontificia Universidad Católica del Perú
Instituto de Democracia y Derechos Humanos
de la Pontificia Universidad Católica del Perú
Tomás Ramsey 625, Lima 17 - Perú
Teléfono: (51 1) 626-2000, anexos: 7500 y 7501
www.idehpucp.pucp.edu.pe

Investigador principal: Mario R. Cépeda Cáceres
Investigadora: Paola Miranda Cerna

Corrección de estilo: Rocío Reátegui
Diseño y diagramación: Camila Bustamante

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto «Salud para tod@s. Derecho a la salud en comunidades inclusivas sin discriminación» aplicado en Piura y Cusco con el apoyo de la Unión Europea y en alianza con We World, Arariwa y Apurímac ETS.

Primera edición digital: agosto 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2025-08667

ISBN: 978-612-4474-66-8

Contenido

Resumen ejecutivo	4
Siglas y acrónimos	6
1. Problema de investigación	8
2. Aproximación teórica	12
3. Aspectos metodológicos	23
4. Hallazgos del estudio	30
4.1. Determinantes sociales que afectan el acceso a la salud en población migrante y desplazada venezolana en Piura	31
4.2. Impacto de los determinantes sociales en los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para población migrante venezolana en Piura	36
4.3. Estrategias y oportunidades para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para población migrante venezolana en Piura	41
5. Conclusiones	46
6. Recomendaciones	52
6.1. Para el Estado peruano	53
6.2. Para los gobiernos locales y gobiernos regionales	54
6.3. Para las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias	54
Fortalecer y escalar redes de información comunitaria	54
6.4. Para la cooperación internacional	55
6.5. Para la academia e instituciones de formación profesional	55
Bibliografía	57



Resumen ejecutivo

El presente informe analiza los principales determinantes sociales que inciden en el acceso al derecho a la salud de personas migrantes y desplazadas venezolanas en la región Piura, con especial énfasis en los servicios primarios y comunitarios de salud. El estudio se basa en una metodología cualitativa con enfoque etnográfico, desarrollada en tres trabajos de campo que incluyeron entrevistas, observación participante y talleres con autoridades, profesionales de salud, organizaciones de base y niñas, niños y adolescentes (NNA).

Los hallazgos revelan que el acceso efectivo al derecho a la salud está condicionado por una interacción compleja entre factores estructurales —como la precariedad del sistema público— y barreras específicas relacionadas con la condición migratoria. Entre los **principales determinantes estructurales** identificados destacan la escasa disponibilidad de servicios especializados, la fragmentación institucional, la débil articulación intersectorial y la concepción de la salud como un servicio más que como un derecho. Estas barreras afectan tanto a peruanos como a migrantes, pero su impacto se ve **agravado en población venezolana** debido a la falta de documentación, la discriminación institucional y social, y la ausencia de redes de apoyo.

Asimismo, se identificaron **barreras diferenciadas** que solo afectan a la población migrante, como la imposibilidad de acceder a medicamentos psiquiátricos por no estar afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS), el desconocimiento de rutas formales de atención, y experiencias de estigmatización en centros de salud, escuelas y espacios de justicia. Particular preocupación genera la situación de NNA migrantes, quienes enfrentan violencia escolar, exclusión por nacionalidad y escasa protección institucional.

El análisis se estructura en torno a los principios de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (AAAC), definidos por el Comité DESC de las Naciones Unidas. El estudio muestra que estos principios se ven vulnerados de forma sistemática en Piura, tanto por la debilidad estructural del sistema como por la ausencia de enfoques diferenciados para personas en movilidad humana.

Frente a ello, el informe propone recomendaciones dirigidas a distintos actores, tales como: restituir la capacidad comunitaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC); simplificar los requisitos documentarios para acceder a servicios; institucionalizar redes de facilitadores interculturales en salud y educación; capacitar al personal público en derechos humanos e interculturalidad; y promover sistemas de monitoreo participativo desde la experiencia migrante. Asimismo, se destacan experiencias exitosas

—como la del CSMC Las Dalias— que evidencian el potencial de modelos preventivos y comunitarios cuando se permite su autonomía.

En conclusión, garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes requiere abordar simultáneamente las barreras estructurales del sistema público y las exclusiones específicas que enfrentan por su nacionalidad y estatus migratorio. Ello implica reformas institucionales, voluntad política y una mirada interseccional e intercultural que sitúe la salud como derecho humano y no como privilegio administrativo.

Siglas y acrónimos

AAAC	Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad
CEM	Centro de Emergencia Mujer
CHS Alternativo	Capital Humano y Social Alternativo
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitario
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIRESA Piura	Dirección Regional de Salud
DRE	Dirección Regional de Educación
ENPOVE	Encuesta Nacional sobre la Población Venezolana en el Perú
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
IDEHPUCP	Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pacto DESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PNP	Policía Nacional del Perú
PTP	Permiso Temporal de Permanencia
R4V	Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela
SIS	Seguro Integral de Salud
SíseVe	Sistema de Registro de Incidencias de Violencia Escolar
UE	Unión Europea
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local

1. Problema de investigación

El derecho a la salud constituye un componente fundamental del bienestar y desarrollo de toda población.

No obstante, en el caso de las personas migrantes y desplazadas, el acceso a los servicios de salud enfrenta múltiples desafíos derivados de factores administrativos, económicos y sociales (Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018). En América Latina, los Estados miembros del Proceso de Quito —conjunto de reuniones y compromisos establecidos entre diversos países de la región, incluido el Perú, para coordinar la respuesta a la crisis migratoria venezolana— han logrado avances en la garantía del acceso a la atención de emergencias para esta población. Sin embargo, persisten brechas significativas en la provisión de servicios de salud primaria, secundaria y mental (Fernández y Luna, 2018).

En este marco, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay han informado que la atención de emergencias en salud está garantizada independientemente de la nacionalidad o del estatus migratorio. De estos países, siete han señalado que no se requiere presentar documentación o referencias para acceder a estos servicios, mientras que los tres restantes exigen algún tipo de documento de identidad. Asimismo, nueve de los diez países confirmaron que dicha atención es gratuita (OIM, 2022, p. 32).

En cuanto al acceso a la atención primaria y secundaria, las políticas de Colombia y Costa Rica exigen afiliación a un seguro médico para acceder a la atención primaria. Asimismo, Colombia, Costa Rica y Perú requieren afiliación a un sistema de seguro de salud para la atención secundaria. Respecto a la salud mental, estos mismos países solicitan un documento de identidad o afiliación al seguro para acceder a los servicios correspondientes (OIM, 2022, pp. 33-34). Por otro lado, Argentina, Brasil, Ecuador, Guyana, México, República Dominicana y Uruguay brindan acceso gratuito a servicios de salud mental y apoyo psicosocial a personas migrantes y desplazadas venezolanas; y seis de estos países no requieren documentación (OIM, 2022, p. 36).

En el caso del Perú, según la Encuesta de Percepción sobre Migración Venezolana (IDE-HPUCP, 2021), el 69 % de los encuestados respaldó el acceso de personas venezolanas a los servicios de salud públicos; sin embargo, solo el 43 % consideró que el Estado debía garantizar un acceso igualitario a la vacuna contra la COVID-19. Por su parte, la II Encuesta Dirigida a la Población Venezolana (II ENPOVE, 2022) reveló que solo el 27 % de esta población cuenta con un seguro de salud, mientras que el 73 % no posee cobertura. Entre los asegurados, el 20 % está afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), el 5,4 % a EsSalud y el 1,6 % a seguros privados. Entre las principales necesidades identificadas por la pobla-

ción migrante venezolana, la salud (55,8 %) y la alimentación (45,6 %) destacan como las más urgentes. Entre enero y octubre de 2024, se registraron 112 310 atenciones en salud a personas extranjeras en el Perú, incluidas 2958 relacionadas con complicaciones en el embarazo (OPS, 2024, p. 2).

Por su parte, la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2022) indicó que el 47 % de esta población en Lima y Tumbes presenta entre 9 y 18 síntomas de ansiedad y depresión (p. 6). La Organización Internacional para la Migración (OIM) (2023) señaló que la prevalencia de estas condiciones entre personas migrantes venezolanas es tres veces mayor que en la población peruana durante la pandemia. Datos más recientes de CHS Alternativo (2025) muestran que, en los últimos tres años, los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) en el Perú han atendido a más de 15 000 personas migrantes.

El acceso a la salud para personas migrantes y desplazadas en América Latina —particularmente en los países del Proceso de Quito— ha registrado avances importantes en materia de atención de emergencias. Sin embargo, subsisten barreras para el acceso a servicios de salud primaria, secundaria y mental, especialmente en contextos donde se requiere documentación o afiliación al sistema de salud. En el ámbito de la salud mental, si bien varios países garantizan el acceso gratuito, los elevados niveles de ansiedad y depresión entre la población migrante evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de apoyo psicosocial y reducir las barreras administrativas para garantizar un acceso efectivo a estos servicios.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la región Piura, cuya capital es la ciudad homónima, está conformada por 8 provincias y 65 distritos, y posee una extensión territorial aproximada de 35 000 km². En términos de organización territorial, el departamento cuenta con 2599 centros poblados, de los cuales 2498 son rurales, lo que representa el 96,1 % del total. Es relevante señalar que el 20,7 % de la población del departamento reside en estos centros poblados rurales, porcentaje similar al promedio nacional (PCM, 2024).

Según el Censo Nacional 2017, la población de Piura creció de 1 676 315 habitantes en el 2007 a 1 856 809 en el 2017 (PCM, 2024). Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estiman que, para el 2025, la población alcanzará los 2 172 710 habitantes (INEI, 2023, p. 70). Este crecimiento demográfico sostenido, que representa un incremento proyectado del 29,6% entre 2007 y 2025, plantea desafíos significativos para el sistema de salud regional, especialmente considerando que la infraestructura sanitaria debe atender no solo a la población local en expansión, sino también a los flujos migratorios venezolanos que han elegido Piura como destino, intensificando así la presión sobre los servicios de salud disponibles.

En esa línea, el acceso a servicios de salud en Piura presenta diferentes niveles de disponibilidad. Se estima que el 93,69 % de la población se encuentra a menos de 30 minutos de un establecimiento de salud. No obstante, solo el 60,80 % accede en ese tiempo a un

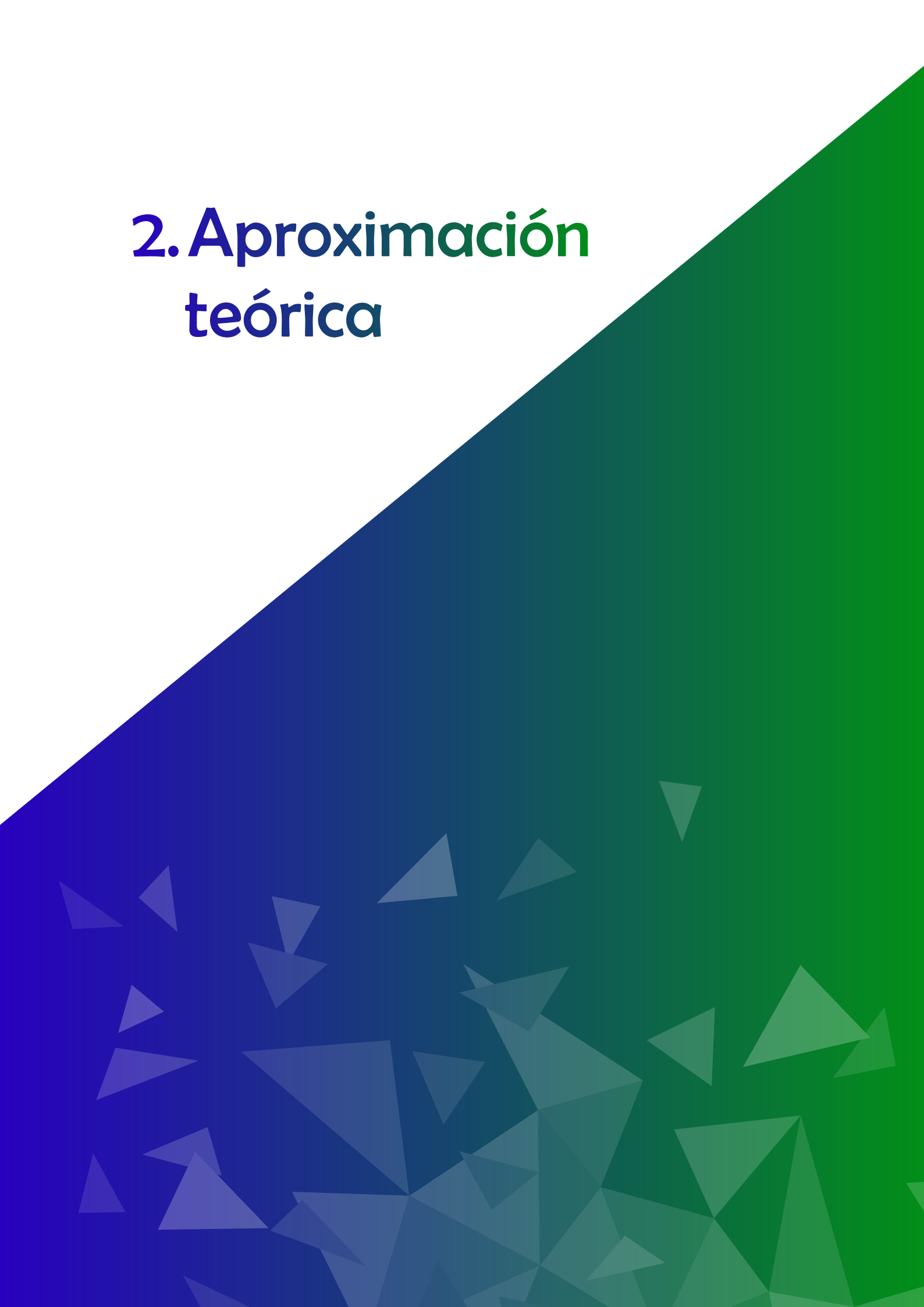
establecimiento de categoría II o III, y únicamente el 29,01 % a uno de categoría III. Asimismo, el 84,22 % de los piuranos reside a menos de 30 minutos de una capital distrital; el 57,59 %, de una capital provincial; y el 25,14 %, de una capital departamental (PCM, 2024).

Respecto a la infraestructura de salud administrada por el Ministerio de Salud (MINSA), en el 2022 esta comprendía 410 establecimientos: 4 hospitales, 85 centros de salud y 321 puestos de salud. EsSalud cuenta con 21 establecimientos (6 hospitales, 3 centros médicos y 12 postas médicas). La Sanidad de la Policía Nacional administra 9 establecimientos, entre los que se incluyen 1 policlínico, 2 centros de salud y 6 puestos de salud. En total, la capacidad hospitalaria del MINSA en la región asciende a 2521 camas hospitalarias (INEI, 2023, p. 113).

En cuanto a la atención en salud mental, entre el 2023 y el 2024, la Dirección Regional de Salud de Piura reportó 378 casos de intentos e ideas suicidas atendidos en los CSMC. El 72 % de estos casos corresponde a mujeres, y destaca un preocupante 27,5 % en jóvenes de 18 a 29 años y un 16,9 % en adolescentes de 12 a 17 años. Actualmente, la región cuenta con 17 CSMC distribuidos estratégicamente, que ofrecen atención en psicología, psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional (DIRESA Piura, 2024). Cabe destacar que en el distrito de Castilla se ubica el primer hospital especializado en salud mental del norte del país, implementado por la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Este hospital, clasificado como establecimiento de salud de Nivel II-E, representa un modelo innovador en la atención en salud mental (Cámara de Comercio y Producción de Piura, 2022).

En este contexto, resulta fundamental analizar la situación del derecho a la salud de la población migrante en la región, para lo cual se han de identificar los principales obstáculos y desafíos con el fin de fortalecer políticas y estrategias que garanticen un acceso equitativo e inclusivo a los servicios de salud. En consecuencia, esta investigación propone profundizar en el caso específico de la región Piura con el objetivo de identificar aspectos críticos, buenas prácticas y oportunidades de mejora que puedan replicarse en otras zonas con alta presencia de población migrante y desplazada.

2. Aproximación teórica



En el marco del Sistema Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto DESC) contiene la disposición más exhaustiva sobre el derecho a la salud en comparación con otros instrumentos internacionales de derechos humanos. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto DESC, los Estados parte reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». A su vez, el párrafo 2 del mismo artículo establece diversas medidas que los Estados deben adoptar para garantizar la plena efectividad de este derecho.

Asimismo, el derecho a la salud está reconocido en otros tratados internacionales, entre ellos: el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; el artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares; y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Tabla 1. Reconocimiento del derecho a la salud en tratados internacionales

Tratado Internacional	Artículo	Disposición normativa
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Art. 5, inc. iv), apart. e)	e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; (...)
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Art. 11, párr. 1, apart. f) y Art. 12	Art. 11, párr.1, apart. f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción. Art.12 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
Convención sobre los Derechos del Niño	Art. 24	1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares	Art. 28	Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Art. 25	Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población; b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores; c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable; f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

A nivel regional, el derecho a la salud se encuentra garantizado en diversos instrumentos, como el artículo 11 de la Carta Social Europea (en su versión revisada), el artículo 16 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este último instrumento ha sido firmado y ratificado por el Estado peruano.

A pesar de estos avances normativos, no existe un instrumento internacional que regule de manera integral los derechos de todas las personas migrantes. Esta fragmentación normativa genera que los derechos de los migrantes se encuentren dispersos en múltiples tratados con enfoques específicos (género, edad, discapacidad, etc.), lo cual dificulta establecer un marco coherente para la interpretación y determinación del alcance de sus derechos, particularmente cuando las situaciones migratorias no encajan perfectamente en las categorías previstas por cada instrumento.

Al respecto, García (2019) sostiene que la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares presenta limitaciones en su alcance, por lo que resulta necesario revisar los tratados de derechos humanos previamente mencionados, así como la interpretación que han desarrollado los tribunales, comités especializados y relatores especiales en relación con el derecho a la salud (p. 155). Asimismo, el análisis de informes y pronunciamientos de otras organizaciones internacionales permite precisar con mayor claridad las obligaciones estatales respecto de la población migrante y desplazada, en especial en lo concerniente a la salud mental.

En esta línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), órgano encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto DESC, ha señalado que el derecho a la salud comprende tanto libertades como derechos, y que no debe entenderse como el derecho a estar sano (2000, párr. 9). Además, el Comité ha desarrollado el concepto de «el más alto nivel posible de salud» —mencionado en el artículo 12.1 del Pacto— considerando las condiciones biológicas y socioeconómicas de las personas, así como los recursos disponibles del Estado. En este sentido, factores como la predisposición genética, las condiciones de vida y los estilos de vida pueden incidir en la salud individual, por lo que el Estado no está obligado a garantizar la ausencia total de enfermedades ni a prevenir todas sus causas posibles (2000, párr. 11).

Por tanto, el derecho a la salud debe entenderse como el derecho al acceso y disfrute de un conjunto de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. En este marco, el Comité DESC ha establecido el contenido normativo del derecho y ha identificado sus elementos esenciales e interrelacionados, que se detallan a continuación:

Disponibilidad. Cada Estado parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención y programas sanitarios.

Accesibilidad. Los servicios deben estar al alcance de toda la población. Esta accesibilidad incluye cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.

Aceptabilidad. Los servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de las culturas de las personas, minorías, pueblos y comunidades.

Calidad. Los servicios deben ser científicamente y médicamente adecuados, y contar con personal capacitado, medicamentos esenciales y equipos hospitalarios de calidad (2000, párr. 12).

A partir de lo anterior, y en relación con la salud mental de personas migrantes y desplazadas, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Relator Especial) ha señalado que «el contenido normativo del derecho a la salud incluye la obligación de facilitar un acceso oportuno, asequible y no discriminatorio a los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, así como información al respecto» (2013, párr. 62).

Aunque su análisis se centra en la salud mental de trabajadores migratorios y sus familias, el Relator reconoce que la migración es una experiencia altamente estresante, debido a los drásticos cambios que implica en el entorno cultural, medioambiental y social de las personas (2013, párr. 63). Estos efectos varían entre individuos, pero pueden verse agravados en el caso de personas migrantes y desplazadas venezolanas en el Perú, quienes en los últimos años han emigrado en condiciones que comprometen su seguridad física y mental.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el derecho a la salud implica «el derecho a acceder a servicios de salud de calidad sin ser objeto de discriminación de ningún tipo» (2023) y a gozar del más alto nivel posible de bienestar físico y mental. Para garantizar este derecho, los sistemas de salud deben proporcionar servicios accesibles, disponibles, aceptables y de calidad para todas las personas, sin distinción de origen o estatus migratorio. De esta forma, el pleno ejercicio del derecho a la salud se ve profundamente influido tanto por factores estructurales del sistema sanitario como por prácticas sociales y patrones culturales.

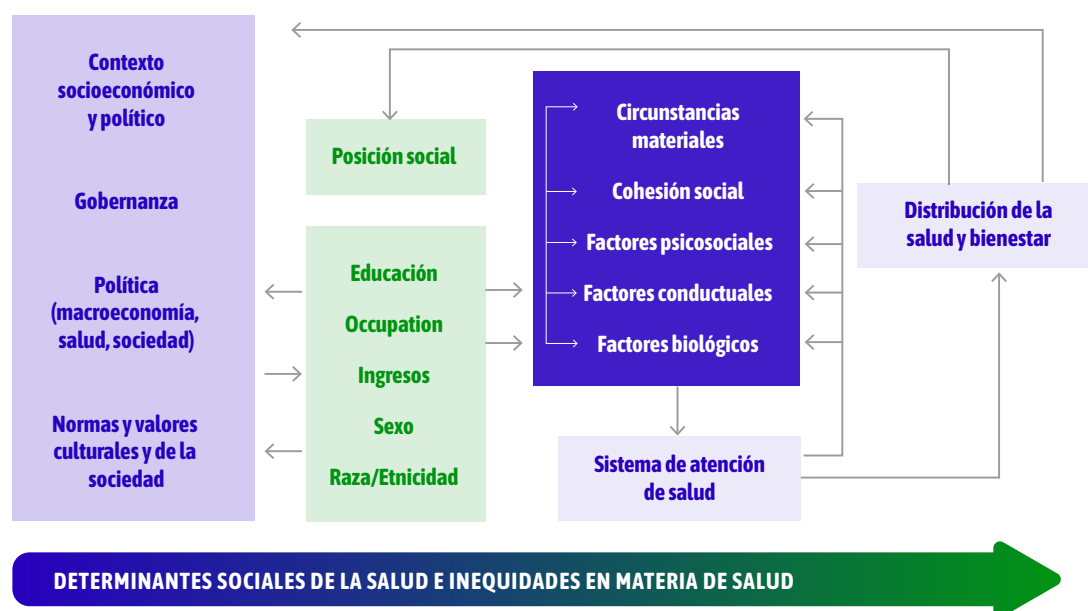
En esta línea, la OMS define los determinantes sociales de la salud de la siguiente manera:

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las

inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (2009, p. 1)

Así, la OMS propone el siguiente marco conceptual de los determinantes sociales de la salud:

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (s.f.).

En suma, diversos factores como la condición migratoria, la falta de información, las barreras económicas y la discriminación social limitan el acceso pleno a los servicios de salud primarios y comunitarios (OPS, 2022). De este modo, las barreras sociales, culturales, económicas y administrativas, junto con la ausencia de políticas públicas adecuadas, afectan el acceso al sistema de atención en salud, lo que genera una fractura entre las instituciones prestadoras de servicios sanitarios y la población migrante.

La xenofobia, la falta de atención a problemáticas específicas dentro de esta población, los obstáculos en la comunicación, las limitaciones económicas y el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud constituyen determinantes clave en la garantía del derecho a la salud de las personas migrantes y desplazadas. En este contexto de creciente movilidad humana, el acceso efectivo a los servicios sanitarios enfrenta múltiples de-

safios, no solo por la sobrecarga de los sistemas de salud, sino también por la desconfianza y estigmatización que pueden experimentar migrantes y desplazados (ACNUR, 2020).

Asimismo, la OIM ha advertido que el proceso migratorio puede implicar riesgos significativos para la salud, tales como travesías peligrosas, factores de estrés, situaciones de maltrato psicosocial, carencias nutricionales, cambios en los estilos de vida, exposición a enfermedades contagiosas y acceso limitado a servicios de atención preventiva de calidad.

Muchos de estos elementos pueden comprenderse bajo el concepto de violencia, entendida esta como el ejercicio deliberado del poder con el fin de imponer la voluntad de unos sobre otros, lo que afecta la vida, la integridad y las libertades de las personas (Segato, 2003). En este sentido, Larizgoitia (2006) sostiene que la violencia constituye un problema de salud pública, ya que fenómenos como la violencia armada, la violencia psicológica y la inseguridad ciudadana tienen un impacto directo en la salud, muchas veces sin quedar registrados en las historias clínicas. Esta problemática se torna especialmente crítica en contextos de crisis social o de transformación de los vínculos comunitarios (Rodríguez-Arenas, Martín-Ríos y Gil-Borrelli, 2018).

En la misma línea, Velarde y Miranda afirman que «los incidentes de odio, además de ser atentados contra los derechos humanos, afectan la salud de quienes los sufren, y estos requieren una atención que va más allá del tratamiento de las lesiones físicas» (2025, p. 114). Desde esta perspectiva, la xenofobia no solo constituye una forma de violencia, sino también un problema de salud pública que vulnera derechos fundamentales. Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada en relación con otros derechos, como el de la educación, en diversas regiones del norte del Perú (Velarde y Miranda, 2025).

Entre las distintas manifestaciones de la violencia, resulta fundamental prestar atención específica a la violencia basada en género. La OIM define este fenómeno como

La violencia basada en género es un término que cubre cualquier acto dañino que se perpetra contra la voluntad de una persona y que se basa en diferencias socialmente atribuidas a hombres y mujeres (es decir, de género). Puede ser físico, sexual, emocional, verbal, financiero y/o psicológico. Puede ocurrir en público o en privado y las personas de todos los géneros pueden ser víctimas. Afecta desproporcionadamente a las mujeres, las niñas y las personas con identidad de género diversa u orientación sexual diversa (LGBTI) debido a las desigualdades de género subyacentes. En todo el mundo, se estima que una de cada tres mujeres sufrirá abuso físico o sexual en su vida. (s.f.)

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que

la violencia contra las mujeres y las niñas constituye una forma de relación cotidiana en la vida afectiva y familiar. La violencia como forma de negación de derechos de las mujeres y las niñas se asocia a los lugares subordinados que ocupan en las relaciones sociales de poder, tanto en el espacio familiar

como en los diferentes espacios públicos, tales como la escuela, el trabajo, la calle o el sistema de salud. (1993, p. 3)

En el caso específico del contexto de movilidad humana, la OIM remarca que

La migración no causa VBG [violencia basada en género]. Sin embargo, durante su viaje, algunas personas migrantes enfrentan situaciones en las que son más vulnerables a la violencia. Numerosos factores influyen en los riesgos y vulnerabilidades de una persona a lo largo de su viaje de migración. Junto con el género, un factor clave es si la ruta de migración es segura y regular. [...] Las rutas de migración inseguras o irregulares aumentan los riesgos de violencia basada en género, incluida la trata de personas. Las mujeres migrantes, las niñas y las personas LGBTI son seleccionadas como blanco de manera desproporcionada por tratantes de personas. [...] En su destino y para aquellos que regresan a sus países de origen, otros factores influyen en su vulnerabilidad a la violencia de género, incluyendo la inseguridad financiera, el conocimiento de sus derechos legales y las habilidades de idiomas. (s.f.)

Frente a esto, la OPS sostiene que

Una concepción integral de salud da cuenta de la complejidad de factores de diferente naturaleza biopsicosocial que impactan la calidad de vida de los seres humanos. Esta concepción no es solo reparativa o centrada en el tratamiento de la enfermedad; se dirige a intervenir en los vínculos sociales que los seres humanos establecen entre sí y con el ambiente que impacta la salud y la calidad de vida. (1993, p. 4)

De igual manera, esta organización agrega que

La violencia contra las mujeres y las niñas es una violación de los derechos humanos y un importante problema de salud pública en las Américas. Aunque cualquier mujer puede sufrir violencia, algunos grupos se enfrentan a un mayor riesgo de violencia y a obstáculos para acceder al apoyo. En particular, los contextos humanitarios y de emergencia tienen un mayor riesgo de violencia debido a la disminución de la seguridad como resultado de la ruptura de las redes sociales y de protección. (s.f.)

En ese sentido, la violencia en general, y en particular la violencia basada en género, debe entenderse como un problema de salud pública. Por ello, el sistema de salud desempeña un rol fundamental en la atención a las víctimas, no solo desde un enfoque biomédico, sino también mediante una comprensión integral del impacto comunitario de la violencia. Así lo sostiene la OPS al señalar que «El sistema de salud puede proporcionar evaluación y derivación a servicios adicionales, como la atención complementaria de

salud mental, así como la derivación a servicios de apoyo en otros sectores, por ejemplo, refugios, asistencia legal y servicios de protección» (s.f.).

Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez (2009), así como Rodríguez y Sedano (2022), han subrayado la importancia de aplicar estrategias metodológicas propias de la salud pública para comprender la prevalencia de la violencia en grupos vulnerables y diseñar políticas efectivas que mitiguen sus efectos. En este sentido, Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez destacan la necesidad de adaptar los niveles primario, secundario y terciario de atención para prevenir y abordar la violencia en estas poblaciones.

Asimismo, Fernández y otros (2024) enfatizan el papel estratégico de los sistemas de salud no solo en la atención a las víctimas, sino también en la prevención y el acompañamiento continuo. Rodríguez y Sedano (2022) complementan esta perspectiva al señalar que, desde la epidemiología incluyente, el reconocimiento de la determinación social de la salud permite incorporar una dimensión espacio-temporal situando los procesos de salud, enfermedad y muerte dentro de contextos históricos y territoriales específicos (p. 83).

En lo que respecta a la intersección entre movilidad, violencia y salud, el caso peruano representa un contexto particularmente relevante. El país se ha convertido en el segundo mayor receptor de ciudadanos venezolanos en situación de movilidad, con más de 1,5 millones de personas que han ingresado bajo diversas modalidades y que se encuentran en situaciones migratorias heterogéneas (R4V, 2024). Frente a esta realidad, resulta imperativo que el Estado peruano consolide una institucionalidad robusta, capaz de implementar sistemas de acogida, protección e integración que respondan a la creciente demanda de atención por parte de la población migrante y desplazada.

Esta necesidad se torna aún más apremiante si se considera que, según la II Encuesta a la Población Venezolana Residente en el Perú (ENPOVE), el 75,3 % de las personas venezolanas encuestadas manifestó su intención de establecerse de manera permanente en el país (INEI, 2022). En regiones como Piura, estos desafíos se ven agudizados por limitaciones estructurales en la gestión pública, lo cual dificulta la inclusión de poblaciones en situación de vulnerabilidad y amplifica los riesgos para su salud y bienestar (Céspedes, 2025).

En este marco, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar cómo los determinantes sociales de la salud —como la violencia, la discriminación y la condición migratoria— afectan el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana en la región Piura, con especial énfasis en el acceso y uso de los servicios de salud primarios y comunitarios.

Para ello, se buscará identificar los principales determinantes sociales que inciden en dicho acceso, para lo cual se prestará especial atención a la violencia estructural, la xenofobia y la discriminación. Asimismo, se examinarán las dinámicas de acceso y la calidad de la atención brindada en estos servicios, considerando la influencia de dichos factores en las experiencias de atención sanitaria. Finalmente, se propondrán estrategias

y oportunidades de mejora en los sistemas de salud primarios y comunitarios, orientadas a garantizar un ejercicio más equitativo y efectivo del derecho a la salud para la población migrante y desplazada en Piura.

A lo largo del estudio, se analizará el derecho a la salud en diálogo con los estándares internacionales en derechos humanos y con las disposiciones de organismos como la OMS; se pondrá especial énfasis en el modo en que los determinantes sociales inciden en el acceso a servicios de salud de las personas migrantes y desplazadas. Para ello, dichos determinantes se examinarán en relación con los cuatro elementos esenciales propuestos por el Comité DESC: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Este enfoque permitirá identificar barreras estructurales y factores de vulnerabilidad que obstaculizan la garantía efectiva del derecho a la salud. En consecuencia, los hallazgos de esta investigación contribuirán a formular estrategias y recomendaciones orientadas a fortalecer la respuesta del sistema de salud; para ello se promoverán enfoques inclusivos y equitativos que aseguren el acceso universal a servicios sanitarios, sin distinción de nacionalidad o condición migratoria.

3. Aspectos metodológicos



La presente investigación se planteó como un estudio de tipo exploratorio, en respuesta al vacío de información basada en evidencia identificado en las secciones previas.

En este marco, se propuso analizar en profundidad el caso de la región Piura con el propósito de identificar cuellos de botella, buenas prácticas y oportunidades de mejora en el acceso a los servicios de salud por parte de personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana.

Para alcanzar este objetivo, se empleó una metodología cualitativa con enfoque etnográfico, la cual permitió aproximarse de manera directa a las experiencias de los distintos actores involucrados (Guber, 2001). La construcción del conocimiento se fundamentó en testimonios y vivencias de personas migrantes y desplazadas, autoridades regionales y locales, así como personal de salud de distintos niveles. En consecuencia, la estrategia metodológica priorizó el trabajo de campo y la interacción directa con los participantes, y se orientó hacia la construcción de una descripción densa (Geertz, 2003), que posibilitó identificar tanto las prácticas como los imaginarios de los actores analizados.

El enfoque etnográfico adoptado no se limitó a una observación superficial de las dinámicas sociales, sino que permitió profundizar en los significados culturales, institucionales y simbólicos que subyacen a las prácticas observadas, así como en los discursos recogidos a través de entrevistas y testimonios. Esta aproximación metodológica buscó, por tanto, comprender de manera profunda e inmersiva la problemática abordada, particularmente en lo que concierne al impacto de la violencia en escenarios ocultos, silenciados o difíciles de aprehender mediante enfoques tradicionales.

No obstante, es necesario señalar que, si bien el enfoque etnográfico enfatiza la construcción relacional del conocimiento con los sujetos en el campo (Guber, 2004), esta investigación no desarrolló una etnografía en sentido estricto, ni este informe presenta las características propias de un trabajo etnográfico exhaustivo. Esta decisión responde a diversas limitaciones, entre ellas el tiempo y los recursos disponibles, que impidieron la realización de un trabajo de campo sostenido, tal como lo exige la etnografía como método. Además, por su orientación, este informe está dirigido a la incidencia en tomadores de decisiones y al fortalecimiento de asociaciones de base, más que a la elaboración de un documento académico detallado desde una perspectiva disciplinar clásica.

Tabla 2. Matriz metodológica**Pregunta principal**

¿De qué manera los determinantes sociales de la salud, tales como la violencia, la discriminación y la condición migratoria, inciden en el derecho a la salud de las personas migrantes y desplazadas, con énfasis en la nacionalidad venezolana, en la región Piura, con especial atención en los servicios primarios y comunitarios de salud?

Preguntas secundarias

¿Cuáles son los principales determinantes sociales de la salud que afectan el acceso a los servicios primarios y comunitarios de salud de la población migrante y desplazada en la región Piura?

Información o recurso	Actores	Lugares / Espacios	Técnicas	Instrumentos	Herramientas
Experiencia migratoria y de desplazamiento en la región Piura de personas de nacionalidad venezolana	NNA de educación secundaria de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Colegios	Dinámica participativa	Guía de dinámica participativa	Cuaderno, lapicero, papelógrafo, cartulinas de colores, plumones
Determinantes sociales de la salud de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura	Personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
Situación de los servicios primarios y comunitarios de salud en la región Piura a donde asisten personas de nacionalidad venezolana	Autoridades regionales y provinciales de la región Piura involucradas en los temas de salud y desarrollo social	Oficinas públicas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
	Personal de salud de los centros primarios y comunitarios de atención de la región Piura a donde asisten personas de nacionalidad venezolana	Centros primarios y comunitarios de atención	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz

¿Cuáles son los principales determinantes sociales de la salud que afectan el acceso a los servicios primarios y comunitarios de salud de la población migrante y desplazada en la región Piura?

Información o recurso	Actores	Lugares / Espacios	Técnicas	Instrumentos	Herramientas
Experiencia migratoria y de desplazamiento en la región Piura de personas de nacionalidad venezolana	NNA de educación secundaria de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Colegios	Dinámica participativa	Guía de dinámica participativa	Cuaderno, lapicero, papelógrafo, cartulinas de colores, plumones
Determinantes sociales de la salud de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura	Personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz

Situación de los servicios primarios y comunitarios de salud en la región Piura a donde asisten personas de nacionalidad venezolana	Autoridades regionales y provinciales de la región Piura involucradas en los temas de salud y desarrollo social	Oficinas públicas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
	Personal de salud de los centros primarios y comunitarios de atención de la región Piura a donde asisten personas de nacionalidad venezolana	Centros primarios y comunitarios de atención	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz

¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención de los servicios primarios y comunitarios para esta población?

Información o recurso	Actores	Lugares / Espacios	Técnicas	Instrumentos	Herramientas
Situación de disponibilidad y accesibilidad a la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura	Padres, madres y cuidadores de NNA de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
	Docentes y autoridades educativas responsables de NNA de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Colegios, oficinas públicas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
	Personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
Dinámicas de aceptabilidad de la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura		Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
Dinámicas de aceptabilidad de la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura		Centros primarios y comunitarios de atención	Observación no participante	Guía de observación + Consentimiento de uso de imagen	Cuaderno, lapicero, cámara fotográfica
Percepciones sobre la calidad de la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura					

Considerando los determinantes sociales que afectan a la población migrante y desplazada en la región Piura, ¿qué estrategias y oportunidades de mejora se pueden implementar para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios primarios y comunitarios de salud?

Información o recurso	Actores	Lugares / Espacios	Técnicas	Instrumentos	Herramientas
Estrategias de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad a la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura	Autoridades regionales y provinciales de la región Piura involucradas en los temas de salud y desarrollo social	Oficinas públicas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
	Personal de salud de los centros primarios y comunitarios de atención de la región Piura a donde asisten personas de nacionalidad venezolana	Centros primarios y comunitarios de atención	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz
Sugerencias sobre la calidad de la atención en los servicios de salud primarios y comunitarios por parte de personas de nacionalidad venezolana en la región Piura	Personas migrantes y desplazadas de nacionalidad venezolana residentes en la región Piura	Asociaciones y viviendas	Entrevistas en profundidad	Guía de entrevista + Consentimiento informado	Cuaderno, lapicero, grabadora de voz

Paralelamente, dado que el estudio analiza las barreras que enfrentan personas migrantes en el ejercicio de su derecho a la salud en un contexto de alta vulnerabilidad a la violencia, la estrategia metodológica se enmarcó también en la propuesta de epidemiología incluyente, desarrollada por Berenice Rodríguez y Ana Sedano (2022). Según estas autoras, dicho enfoque permite analizar el impacto de la violencia en la salud individual y colectiva a partir de los siguientes principios:

- Estudia procesos y no solamente enfermedades o muertes
- Estudia el daño evitable y sus efectos colectivos y territoriales
- Analiza contextos desde la multidimensionalidad
- Reconoce la desigualdad y la exclusión como referentes
- Estudia escenarios de riesgo en lugar de factores de riesgo
- Estudia modos de vida y no solo estilos de vida
- Se refiere a los espacios como lugares en movimiento, como espacios creadores
- Reconoce la importancia de conocer la dimensión histórica en los fenómenos sociales que se están estudiando
- Identifica la causalidad estructural
- Propone no solo la identificación de los riesgos y daños, sino también las acciones para limitarlos

Desde esta perspectiva, la epidemiología incluyente no solo permite comprender la violencia como un problema de salud pública, sino también identificar los determinantes sociales que configuran la salud de individuos y colectividades. Esta mirada posibilita contrastar las experiencias locales con los principios normativos que sustentan el derecho a la salud, y contribuye así a una comprensión más integral del fenómeno.

En este marco, la investigación se planteó las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿De qué manera los determinantes sociales de la salud, tales como la violencia, la discriminación y la condición migratoria, inciden en el derecho a la salud de las personas migrantes y desplazadas, con énfasis en la nacionalidad venezolana, en la región Piura, con especial atención en los servicios primarios y comunitarios de salud?

Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son los principales determinantes sociales de la salud que afectan el acceso a los servicios primarios y comunitarios de salud de la población migrante y desplazada en la región Piura?
- ¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención de los servicios primarios y comunitarios para esta población?
- Considerando los determinantes sociales que afectan a la población migrante y desplazada en la región Piura, ¿qué estrategias y oportunidades de mejora se pueden implementar para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios primarios y comunitarios de salud?

A lo largo del estudio se mantuvieron altos estándares éticos, dado que el proyecto implicó el trabajo con personas en situación de vulnerabilidad. En tal sentido, se observó el cumplimiento riguroso de los principios fundamentales de la ética en investigación con seres humanos, entre ellos: el respeto por las personas, la beneficencia y no maleficencia, la justicia, la integridad científica y la responsabilidad. Estos principios están establecidos por el Comité de Ética de la Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Oficina de Ética de la Investigación e Integridad Científica, 2017).

Asimismo, se siguieron los lineamientos propuestos por el Departamento de Ciencias Sociales de la misma universidad, referidos a la ética en investigaciones interdisciplinarias, particularmente aquellas orientadas a la acción social (Ames y Merino, 2019).

Para garantizar la protección de los participantes, se empleó un formato de consentimiento informado que detallaba sus derechos e incluía el resguardo de su identidad al momento de compartir sus testimonios, salvo en los casos en que se solicitara y autorizara expresamente lo contrario. Durante el proceso de consentimiento, se explicaron los

objetivos y alcances del estudio, su duración y la naturaleza de la información que sería recopilada.

La participación fue completamente voluntaria en todo momento, al igual que la autorización para grabar entrevistas. Además, se respetó el derecho de cada persona a retirarse del estudio si así lo deseaba, sin necesidad de justificación. En el caso de NNA, se utilizaron formatos de asentimiento informado, los cuales fueron complementados con el consentimiento por parte de sus padres, madres o cuidadores responsables.

4. Hallazgos del estudio



4.1. Determinantes sociales que afectan el acceso a la salud en población migrante y desplazada venezolana en Piura

Según la información recopilada durante las entrevistas y observaciones realizadas, así como durante los talleres sobre violencia escolar desarrollados, los principales determinantes sociales de la salud que inciden en el acceso a servicios por parte de la población migrante y desplazada venezolana en Piura se agrupan en dos grandes categorías: determinantes estructurales y determinantes de las condiciones de vida.

DETERMINANTES ESTRUCTURALES

- **Estatus migratorio y documentación**

Las integrantes de la Asociación Venezolana Líderes Resilientes señalaron que existen barreras significativas para acceder a servicios de salud, especialmente cuando no se cuenta con documentos migratorios regulares (como el carné de extranjería o el SIS). Esta barrera administrativa constituye un impedimento formal y estructural que restringe el acceso al sistema público de salud. Los hallazgos del trabajo de campo refuerzan esta problemática: en el Centro de Salud Mental Comunitario Las Dalias, se identificó que los medicamentos solo se entregan a pacientes con SIS porque debe generarse un registro en el sistema, y se excluye directamente a los migrantes sin documentación del acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales.

- **Gobernanza y políticas públicas**

La debilidad institucional y la fragmentación de servicios se evidencian en que los sistemas existentes responden de forma principalmente reactiva a los problemas (como la violencia o la salud mental). Por ejemplo, en el ámbito judicial, la Fiscalía Especializada en Violencia contra la Mujer enfrenta limitaciones críticas de infraestructura, con espacios inadecuados para la toma de declaraciones y solo dos cámaras Gesell disponibles en toda la región, lo que genera demoras de meses para programar declaraciones. Mientras que en términos de estrategias preventivas la situación tampoco difiere; así, en el sector salud mental, los CSMC operan con restricciones administrativas que fueron planteadas por la Resolución Ministerial N.º 574-2017-MINSA de fines de 2023, las cuales limitan su capacidad de intervención directa, pues requieren derivaciones obligatorias que contradicen su mandato comunitario original.

- **Conceptualización de la salud como servicio y no como derecho**

Uno de los entrevistados observó que, a diferencia de la educación —percibida por el personal docente como un derecho universal—, la salud se concibe más como

un servicio que como un derecho. Esta diferencia conceptual se manifiesta concretamente en las restricciones burocráticas identificadas en el trabajo de campo. Los CSMC, que inicialmente atendían casos derivados de distintas instituciones sin solicitar documentación, fueron posteriormente limitados por la Resolución Ministerial 574-2017-MINSA a atender únicamente derivaciones de centros de salud de primera línea, lo que restringía el enfoque de derecho que caracterizaba su trabajo inicial.

- **Desarticulación interinstitucional**

El trabajo de campo evidencia una fragmentación crítica entre instituciones. No existe un documento de cooperación entre el Hospital de Paita, único hospital de la región con una Unidad de Salud Mental y Adicciones (con solo cinco camas en dicha área) y el hospital especializado San Juan de Dios en Piura, lo que limita las opciones de derivación para casos graves. Asimismo, en el ámbito judicial, la nueva Ley N.º 32291, *Ley que modifica el Decreto Legislativo N.º 1186, Decreto Legislativo que regula el uso de la fuerza por parte de la Policía Nacional del Perú, para precisar el uso de armas letales y no letales e incorporar el uso de armas de fuego en caso de flagrante delito*, ha generado retrasos en investigaciones preliminares debido a la obligatoriedad de la presencia fiscal en acciones policiales, lo cual evidencia la falta de coordinación intersectorial.

DETERMINANTES DE LAS CONDICIONES DE VIDA

- **Condiciones socioeconómicas precarias**

Las zonas donde se realizaron las entrevistas presentan altos niveles de pobreza, informalidad y vulnerabilidad. Estas condiciones afectan tanto a la población local como a las personas en situación de movilidad, aunque con un impacto potencialmente mayor en estas últimas. Las limitadas condiciones materiales de vida —como el empleo informal y precario— restringen el tiempo y los recursos disponibles para acceder a servicios de salud. El trabajo de campo reveló que en los CSMC existe un reconocimiento diferenciado e insuficiente de pagos (12 soles por visita domiciliaria), lo que sobrecarga innecesariamente a los trabajadores y limita la sostenibilidad de la atención comunitaria.

Los talleres realizados revelan cómo las condiciones socioeconómicas precarias se manifiestan como causas estructurales de violencia escolar. Los estudiantes de secundaria identificaron que las «familias pobres», «no les [a sus hijos] dan comida en su hogar» y «el agresor sufre maltrato en su casa», hechos que constituyen factores determinantes en la generación de dinámicas violentas. Esta percepción estudiantil confirma la interrelación entre precariedad socioeconómica familiar y manifestaciones de violencia que posteriormente impactan en la salud mental de NNA.

- **Déficit de información accesible y oportuna**

De acuerdo con las entrevistas a organizaciones de base, la mayoría de la información útil para acceder a servicios proviene de redes comunitarias o de organizaciones no gubernamentales (ONG), lo que evidencia la debilidad de los canales oficiales de información sobre derechos y servicios disponibles. Esta carencia afecta particularmente a personas recién llegadas o con redes sociales limitadas, y constituye un determinante social vinculado a la distribución desigual del conocimiento como recurso para la salud. Los hallazgos del trabajo de campo muestran que existe una fuerte estigmatización hacia los servicios de salud mental. Esta comienza dentro del mismo sector salud y se extiende a la población, que no reconoce las enfermedades mentales como tales, lo que evidencia la necesidad de estrategias informativas especializadas.

- **Violencia basada en género**

Aunque no se reportó una incidencia diferenciada en la población migrante, la violencia de género se identificó como un problema significativo. Los Centros de Emergencia Mujer (CEM) mantienen vínculos con organizaciones de la sociedad civil que intentan suplir la falta de voluntad política y la debilidad institucional. El trabajo de campo aporta una perspectiva crítica sobre la respuesta institucional. Aunque la Fiscalía Especializada en Violencia contra la Mujer reporta «buenas coordinaciones» con la Policía Nacional del Perú (PNP), se identifican sesgos problemáticos en la percepción de casos, como la atribución de decisiones «impulsivas» a las mujeres víctimas y la sugerencia de que deberían «esperar al menos un día» para decidir sobre su denuncia.

Los talleres realizados evidencian manifestaciones tempranas de violencia de género en entornos educativos. Los estudiantes de 4.º de primaria identificaron en las imágenes situaciones donde «un niño le jala el cabello a una niña», y asociaron estas conductas con patrones aprendidos en el hogar: «ven que su papá le jala el cabello a su mamá». Esta percepción infantil revela la normalización intergeneracional de violencia de género y su reproducción en espacios educativos, lo cual constituye un determinante social que requiere intervención preventiva temprana.

- **Ausencia de enfoques de derechos humanos e interculturalidad**

Las capacitaciones brindadas al personal de salud y a promotores comunitarios se han centrado exclusivamente en temas biomédicos, sin incluir enfoques de derechos humanos, género o interculturalidad. Esta limitación se confirma en el trabajo de campo, donde el personal de salud mental carece de capacitaciones en enfoques diferenciados. Asimismo, la rotación constante del personal policial, que requiere capacitaciones continuas, evidencia la falta de institucionalización de estos enfoques en la formación profesional.

El trabajo de campo revela la ausencia de enfoques interculturales en la comprensión estudiantil de la violencia escolar. Los estudiantes identificaron como causas de exclusión y violencia factores como «color de piel», «hablan diferente», «puede

ser de otro país» y «por su nacionalidad». Estos evidencian la presencia de discriminación por origen nacional, lo que afecta particularmente a la población migrante venezolana. Esta perspectiva estudiantil confirma la necesidad de implementar enfoques interculturales tanto en la formación docente como en las estrategias de convivencia escolar.

- **Violencia en entornos educativos**

Las entrevistas revelan un panorama preocupante respecto a la violencia escolar. El sistema de denuncias SíseVe es percibido como insuficiente: no ofrece orientación técnica ni apoyo especializado, y suele utilizarse solo por cumplimiento; no facilita una verdadera prevención o intervención. Esta situación se ve agravada por la falta de seguimiento por parte de la Dirección Regional de Educación y las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL), lo que deja la gestión de los casos de violencia en manos de las propias escuelas, sin acompañamiento técnico ni emocional.

Este contexto impacta directamente en el bienestar socioemocional de NNA migrantes, quienes pueden estar expuestos a una mayor vulnerabilidad. La violencia en entornos educativos constituye un determinante social crítico, especialmente si se considera que muchos docentes no cuentan con capacitación adecuada para identificar ni manejar situaciones de riesgo en el aula, como señaló el representante de Plan International en Piura.

Los talleres del trabajo de campo proporcionan evidencia directa sobre las características y consecuencias de la violencia escolar desde la perspectiva de los propios estudiantes. Los hallazgos revelan una comprensión sofisticada del fenómeno por parte de NNA, quienes identifican múltiples modalidades de violencia: física (empujones, peleas), psicológica (burlas, humillación), exclusión social y *ciberbullying*. Particularmente significativo es que los estudiantes reconocen consecuencias graves de la violencia escolar, entre las que se incluyen «suicidio», «depresión», «baja autoestima» y «maltrato psicológico». Es evidente que estas tienen un impacto directo en la salud mental.

Los estudiantes también demuestran conocimiento sobre estrategias de intervención al proponer «avisar a la directora o profesor», «hablar con los papás», «defenderlo» y «contarle a un adulto». Sin embargo, la recurrencia de estas respuestas sugiere que, pese a conocer los canales formales, los estudiantes requieren mayor orientación sobre mecanismos efectivos de prevención y respuesta. Los talleres evidencian que la violencia escolar constituye un determinante social complejo que requiere un abordaje integral, pues se considera que afecta de manera diferenciada a estudiantes migrantes, quienes enfrentan factores adicionales de vulnerabilidad.

Este escenario se torna más preocupante debido a los hallazgos del segundo trabajo de campo, que revelan una perspectiva inquietante desde el sector justicia. La Fiscalía reporta que, cuando los casos de violencia escolar son denunciados por adolescentes, estos frecuentemente no quieren continuar el proceso. Ello se

interpreta como posibles «venganzas» contra tutores o auxiliares, y evidencia una comprensión limitada de las dinámicas de poder y vulnerabilidad en contextos educativos.

- **Limitaciones en salud mental comunitaria**

El segundo trabajo de campo identifica determinantes específicos que afectan el acceso a servicios de salud mental. Los CSMC enfrentan desabastecimiento farmacológico, problemas de infraestructura (incluidos sistemas eléctricos deficientes que afectan la conservación de medicamentos), falta de personal especializado (trabajadores sociales, personal de admisión y limpieza) y restricciones para internamientos que generan listas de espera en el único hospital disponible (Paíta).

El tercer trabajo de campo aportó una perspectiva crítica sobre las limitaciones en salud mental desde la experiencia estudiantil. Los talleres revelan que NNA poseen conocimiento sobre consecuencias psicológicas de la violencia (depresión, baja autoestima, pensamientos suicidas), pero sus estrategias de respuesta se centran principalmente en figuras de autoridad (directores, padres, profesores) y no mencionan servicios especializados de salud mental. Esta brecha evidencia la desconexión entre las necesidades de salud mental identificadas por los propios estudiantes y la disponibilidad o el conocimiento sobre servicios especializados. Esto confirma las limitaciones estructurales de acceso a atención psicológica en el ámbito educativo.

Estos determinantes configuran un escenario complejo y multidimensional, en el que el acceso a servicios primarios y comunitarios de salud para la población migrante venezolana se ve comprometido por factores estructurales y condiciones de vida interrelacionadas que operan desde el nivel normativo hasta la implementación concreta de servicios especializados. Los hallazgos del tercer trabajo de campo confirman que la violencia en entornos educativos constituye un determinante social crítico que impacta directamente en la salud mental de NNA, con efectos diferenciados para la población migrante que enfrenta factores adicionales de vulnerabilidad y discriminación.

4.2. Impacto de los determinantes sociales en los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para población migrante venezolana en Piura

Los determinantes sociales de la salud identificados en ambos trabajos de campo guardan una relación directa y significativa con el cumplimiento de los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAC) en la atención de los servicios de salud primarios y comunitarios dirigidos a la población migrante venezolana. Esta relación pone en evidencia cómo los factores estructurales y las condiciones de vida inciden de manera concreta en la experiencia cotidiana de acceso y atención en salud.

DISPONIBILIDAD

La relación entre los determinantes sociales estructurales y la disponibilidad de servicios se evidencia principalmente en las limitaciones para asignar recursos a programas clave como los CEM y el área de Convivencia Escolar de la Dirección Regional de Educación. El segundo trabajo de campo profundiza esta problemática revelando restricciones críticas en múltiples sectores. En salud mental, los CSMC enfrentan desabastecimiento farmacológico sistemático, falta de materiales, equipos de cómputo, personal especializado y medicamentos esenciales. La disponibilidad de servicios de internamiento es extremadamente limitada, con solo cinco camas disponibles en el Hospital de Paita para toda la región, lo que genera listas de espera permanentes.

Los talleres realizados revelan una limitación crítica en la disponibilidad de servicios especializados de salud mental en el ámbito educativo. A pesar de que los estudiantes demuestran conocimiento sofisticado sobre las consecuencias psicológicas de la violencia escolar (identifican depresión, baja autoestima, pensamientos suicidas), sus estrategias de respuesta se centran exclusivamente en figuras de autoridad (directores, padres, profesores); no mencionan servicios especializados de salud mental. Esta brecha evidencia la desconexión entre las necesidades de atención psicológica identificadas por los propios estudiantes y la disponibilidad real de servicios especializados en el sistema educativo, lo que confirma las limitaciones estructurales que afectan particularmente a estudiantes migrantes.

La dependencia histórica de ONG para cubrir brechas en la oferta pública se ha visto comprometida por el cierre de organizaciones como CARE Perú, tras el cierre del programa USAID. Ello ha debilitado aún más la capacidad instalada para brindar atención especializada.

ACCESIBILIDAD

Los determinantes sociales vinculados a la distribución del poder, los recursos y las condiciones de vida inciden de manera directa en las diversas dimensiones de la accesibilidad a los servicios de salud.

- **Accesibilidad jurídica**

La normativa nacional establece que el acceso al sistema de salud pública requiere documentación migratoria regular, lo que constituye una barrera jurídico-administrativa que excluye formalmente a quienes no cuentan con carné de extranjería u otros documentos oficiales requeridos por la legislación vigente. Esta restricción legal se materializa en procedimientos administrativos específicos que afectan particularmente los servicios de salud mental, donde los medicamentos psiquiátricos solo se dispensan a pacientes registrados en el SIS, excluyendo automáticamente a migrantes sin documentación regular del acceso a tratamientos farmacológicos esenciales, independientemente de la urgencia médica de su condición.

- **Accesibilidad geográfica y temporal**

Las restricciones de derivación en salud mental limitan el acceso geográfico, especialmente para casos que requieren internamiento. Asimismo, la no obligatoriedad de presencia fiscal en acciones policiales, establecida por la nueva ley de función policial, genera barreras temporales adicionales para el acceso a la justicia.

- **Accesibilidad informativa**

La dependencia de redes comunitarias y de ONG para obtener información sobre los servicios disponibles pone en evidencia las deficiencias en los canales oficiales de comunicación. Esta situación limita el conocimiento necesario para ejercer el derecho a la salud, especialmente entre quienes recién llegan al país o carecen de redes de apoyo. El trabajo de campo revela que la estigmatización hacia la salud mental comienza dentro del propio sector salud, lo que crea barreras informativas específicas. Los pacientes expresan resistencia a ser diagnosticados («vengo para no enfermarme»), lo cual evidencia la necesidad de estrategias comunicativas especializadas para población migrante.

El trabajo de campo muestra limitaciones específicas en la accesibilidad informativa sobre derechos y servicios de protección para estudiantes migrantes. Los talleres revelan que, aunque los estudiantes conocen estrategias básicas de intervención ante violencia escolar («avisar a la directora», «hablar con los papás»), existe una brecha significativa entre este conocimiento y el acceso a información sobre derechos específicos, mecanismos de protección especializada y servicios de atención integral. Esta limitación informativa afecta particularmente a estudiantes migrantes, quienes requieren información especializada sobre protección contra discriminación y xenofobia.

- **Accesibilidad económica**

Las condiciones de precariedad socioeconómica —determinadas por la informalidad laboral, la inestabilidad de ingresos y la vulnerabilidad habitacional— reducen la capacidad de las personas migrantes para costear servicios privados cuando la oferta pública resulta insuficiente o inaccesible. De esta manera, en múltiples entrevistas se menciona como una “suerte” o “privilegio” tener algún tipo de vínculo laboral formal que permita el acceso a seguros privados. De igual manera, las

personas entrevistadas identifican como un costo exorbitante el acceso a seguro privados de salud. Finalmente, si bien en un número menor, diversas personas mencionan como una opción más económica, frente a los costos de atención en salud en el Perú, el retorno a Venezuela.

- **No discriminación**

La discriminación hacia personas venezolanas en centros de salud constituye una barrera simbólica y práctica para el acceso equitativo a los servicios. Este obstáculo, de carácter cultural y estructural, revela cómo las relaciones de poder y los estigmas sociales pueden materializarse en prácticas de exclusión dentro del sistema de salud.

Los talleres realizados proporcionan evidencia directa sobre manifestaciones de discriminación en entornos educativos que limitan el acceso equitativo a una educación libre de violencia para estudiantes migrantes. Los participantes identificaron la exclusión y violencia hacia compañeros por factores como «color de piel», «hablan diferente», «puede ser de otro país» y «por su nacionalidad», lo cual evidencia barreras discriminatorias que comprometen el acceso a espacios educativos seguros y, por extensión, a servicios de salud mental escolar para población migrante venezolana.

ACEPTABILIDAD

La relación entre los determinantes sociales de carácter cultural y político y la aceptabilidad de los servicios de salud se manifiesta, en primer lugar, en la ausencia de enfoques interculturales en la atención. Esta carencia responde a que las capacitaciones al personal de salud se centran exclusivamente en contenidos biomédicos, lo cual limita la capacidad institucional para ofrecer servicios culturalmente pertinentes y sensibles a las particularidades de la población migrante.

Asimismo, la aceptabilidad de los servicios de salud mental se ve comprometida por la convergencia de tres factores interrelacionados que operan desde el nivel conceptual hasta la implementación práctica. En primer lugar, la concepción de la salud entendida predominantemente como un servicio y no como un derecho establece un marco conceptual restrictivo que orienta las políticas y prácticas institucionales, lo que limita la aceptabilidad de la atención desde una perspectiva de derechos humanos.

Este marco conceptual se materializa concretamente en las restricciones administrativas impuestas a los CSMC desde fines del 2023, las que eliminaron su capacidad de intervención directa comunitaria y los limitaron a atender únicamente derivaciones. Ello conllevó a contradecir los principios de atención comunitaria en salud mental y a reducir la aceptabilidad de los servicios desde una perspectiva de derechos.

Esta problemática estructural se ve agravada por la estigmatización sistemática hacia los servicios psiquiátricos y psicológicos, que constituye una barrera cultural significativa

originada dentro del propio sector salud y que compromete la aceptabilidad de estos servicios para toda la población, con un impacto potencialmente mayor en población migrante, que enfrenta vulnerabilidades adicionales y puede experimentar estas barreras de manera amplificada.

Por otro lado, la aceptabilidad de los servicios se ve comprometida por un abordaje fragmentado e inadecuado de la violencia, que opera tanto en el nivel educativo como judicial, lo que evidencia la ausencia de enfoques de derechos humanos en la respuesta institucional integral. En el ámbito educativo, el manejo de situaciones de violencia en entornos escolares recae casi exclusivamente en las propias escuelas, muchas veces apoyadas de manera informal por practicantes de psicología o voluntarios. Esta forma de abordaje, desvinculada de un acompañamiento institucional sostenido y técnico, resulta poco aceptable desde un enfoque de derechos de la niñez y adolescencia, lo cual afecta particularmente a los NNA migrantes que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad.

Adicionalmente, los talleres realizados evidencian limitaciones específicas en la aceptabilidad de las respuestas institucionales ante violencia escolar desde la perspectiva estudiantil. Aunque los estudiantes reconocen la importancia de «hablar con los niños para que no lo hagan» y proponen estrategias como «jugar con la niña e interactuar» para promover inclusión, sus recomendaciones revelan una brecha entre las expectativas de respuesta integral y la oferta institucional disponible. Los estudiantes de secundaria mencionaron la necesidad de «cursos de psicología», «charlas para todos», «confianza entre todos» y «afiches en el aula», lo cual evidencia demandas por estrategias preventivas y de acompañamiento que no encuentran respuesta adecuada en el sistema educativo actual, especialmente para estudiantes migrantes que enfrentan discriminación adicional.

Esta problemática se reproduce y amplifica en el nivel judicial, donde los sesgos identificados en el discurso fiscal (atribución de «impulsividad» a las decisiones de mujeres víctimas, cuestionamiento a la calidad técnica de los CEM e interpretación de las denuncias de adolescentes como posibles «venganzas» contra tutores o auxiliares) evidencian marcos conceptuales que comprometen la aceptabilidad de los servicios de justicia desde enfoques de género y derechos humanos. La desconexión entre ambos niveles de respuesta genera un sistema de desprotección que afecta especialmente a los NNA migrantes, quienes pueden experimentar violencia en contextos educativos sin recibir una respuesta adecuada desde el sistema escolar y, posteriormente, enfrentar barreras adicionales de comprensión y aceptabilidad en el sistema de justicia.

CALIDAD

Los determinantes sociales impactan directamente en la calidad de los servicios de salud a través de múltiples dimensiones. Uno de los principales hallazgos es la identificación de un trato deficiente y generalizado por parte del personal de salud física, situación que

se agrava en el caso de la población migrante venezolana, quienes reportan experiencias de desatención y discriminación. Además, la ausencia de un enfoque integral que incorpore dimensiones psicosociales, culturales y de derechos humanos en la atención compromete seriamente la calidad de los servicios, y reduce su capacidad para responder a las necesidades complejas de una población en situación de vulnerabilidad.

En salud mental, la falta de medicamentos para contrarrestar efectos secundarios conocidos de fármacos psiquiátricos compromete directamente la calidad técnica de la atención. Los problemas de infraestructura (sistemas eléctricos deficientes que afectan la conservación de medicamentos refrigerados) representan riesgos para la calidad farmacológica. Asimismo, los problemas de personal identificados en los CSMC (falta de trabajadores sociales, personal de admisión, personal de limpieza) comprometen la integralidad de la atención; la sobrecarga administrativa (documentación extensa para pagos de visitas domiciliarias) desvía recursos profesionales de la atención directa; y las limitaciones de derivación y la falta de coordinación interinstitucional (ausencia de convenios entre hospitales especializados) comprometen la continuidad de la atención, especialmente para casos complejos que requieren seguimiento especializado.

Los talleres del revelan limitaciones específicas en la calidad de la respuesta educativa ante violencia escolar que afectan particularmente a estudiantes migrantes. A pesar de que los estudiantes demuestran comprensión sofisticada sobre las dinámicas de violencia y sus consecuencias (identifican correctamente el **bullying** físico, psicológico, la exclusión social y el **ciberbullying**), la calidad de la respuesta institucional se ve comprometida por la ausencia de enfoques preventivos integrales. Los estudiantes proponen estrategias de convivencia positiva como «no hacer desorden», «no fastidiar a las demás personas», «dibujar con mis compañeros» y «hablando con mis compañeros», lo que evidencia la necesidad de intervenciones que promuevan la inclusión y el respeto a la diversidad, especialmente relevante para estudiantes migrantes que enfrentan discriminación por origen nacional.

La calidad de la atención también se ve comprometida por la falta de seguimiento especializado en casos de violencia escolar. Los estudiantes identifican consecuencias graves como «suicidio», «depresión», «baja autoestima» y «maltrato psicológico», pero la respuesta institucional se limita a derivar estos casos a figuras de autoridad sin un acompañamiento psicosocial integral que considere las particularidades culturales y de vulnerabilidad de la población migrante.

En ese sentido, la respuesta predominantemente reactiva en lugar de preventiva, evidenciada tanto en salud como en justicia y a nivel educativo, compromete la calidad integral de los servicios. El caso exitoso reportado en el CSMC Las Dalias (paciente con esquizofrenia que logró tener una vida independiente) ilustra el potencial de intervenciones comunitarias integrales que actualmente se ven limitadas por restricciones administrativas. En el ámbito escolar, esto se evidencia principalmente al no abordar de forma efectiva los factores que afectan el bienestar socioemocional de NNA, especialmente aquellos en situación de movilidad.

Los talleres confirman esta problemática al evidenciar que, aunque los estudiantes proponen estrategias preventivas como «hacer campañas sobre cómo tratar el *bullying*» y «diálogo», la implementación de estas estrategias carece de un marco integral que considere las necesidades específicas de estudiantes migrantes, quienes enfrentan factores de riesgo adicionales por discriminación, barreras idiomáticas y procesos de adaptación cultural.

En conjunto, esta relación evidencia cómo los determinantes sociales identificados configuran un escenario en el que los principios de AAAC se ven comprometidos de forma sistemática para la población migrante venezolana en Piura, lo que limita el ejercicio pleno y efectivo de su derecho a la salud en el nivel primario y comunitario. Los hallazgos del trabajo de campo confirman que las limitaciones en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios impactan de manera particular en el ámbito educativo, donde estudiantes migrantes enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios de salud mental escolar, información sobre derechos, protección contra discriminación y respuestas integrales ante violencia, y comprometen así su derecho a la salud en su dimensión más amplia.

4.3. Estrategias y oportunidades para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para población migrante venezolana en Piura

Basándonos en las evidencias obtenidas de ambos trabajos de campo, se identifican a continuación una serie de estrategias y oportunidades de mejora orientadas a garantizar la plena implementación de los principios de AAAC en los servicios primarios y comunitarios de salud para la población migrante en Piura.

DISPONIBILIDAD

- **Fortalecimiento institucional de servicios clave**

Una estrategia crucial consiste en fortalecer, tanto presupuestaria como institucionalmente, los servicios esenciales de salud, justicia y educación, especialmente aquellos enfocados en la prevención y atención de la violencia en todas sus formas. Esto implica una mayor inversión en infraestructura, personal capacitado y estrategias de atención integrales que garanticen la accesibilidad y la calidad de los servicios para la población migrante.

En salud mental, es necesario garantizar el abastecimiento farmacológico sistemático de los CSMC, resolver los problemas de infraestructura (especialmente sistemas eléctricos para la conservación de medicamentos refrigerados), asignar el personal especializado faltante (trabajadores sociales, personal de admisión y limpieza) y

aumentar la capacidad de internamiento en salud mental más allá de las cinco camas disponibles actualmente en el Hospital de Paita. En el ámbito judicial, se requiere ampliar significativamente la infraestructura especializada: expandir de dos a un número suficiente de cámaras Gesell para eliminar las demoras de meses en la toma de declaraciones, así como crear nuevas fiscalías dedicadas exclusivamente a casos de violencia.

- **Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas**

Dado que la sociedad civil, las organizaciones de base y las ONG desempeñan un papel fundamental en suplir las brechas dejadas por el Estado, se propone institucionalizar esta colaboración mediante convenios formales. Estas alianzas podrían expandir la disponibilidad de servicios, optimizar recursos, evitar la duplicación de esfuerzos y garantizar una atención más coordinada y accesible para la población migrante. En ese sentido, es prioritario que se firme un convenio entre el Hospital de Paita y el Hospital San Juan de Dios para ampliar las opciones de derivación en salud mental. Asimismo, se requiere revisar la implementación de la nueva ley sobre función policial a fin de eliminar las demoras generadas por la obligatoriedad de presencia fiscal en acciones policiales.

- **Ampliación de la red de promotores comunitarios**

Aprovechando la experiencia de los promotores comunitarios y los comités de vigilancia existentes, se podría expandir esta red incorporando específicamente a personas migrantes capacitadas. Esta ampliación permitiría no solo fortalecer la cobertura de salud y educación, sino también mejorar la sensibilidad cultural en la atención, lo que favorecería un entorno más inclusivo y respetuoso para las personas migrantes.

ACCESIBILIDAD

- **Simplificación de requisitos documentarios**

Dado que las barreras administrativas vinculadas a la falta de documentos migratorios regulares dificultan el acceso a los servicios de salud, se propone implementar un mecanismo de identificación alternativo, por ejemplo, una directiva interna que venga acompañada de una oportuna sensibilización del personal. Este sistema permitiría a las personas migrantes acceder a servicios básicos de salud y medicamentos esenciales de salud mental mientras se regulariza su situación migratoria, y se garantizaría que el acceso a la atención no dependa de trámites burocráticos, sino del derecho fundamental a la salud.

- **Revisión de restricciones administrativas contraproducentes**

Los hallazgos evidencian que las restricciones impuestas a los CSMC desde fines del 2023, que eliminaron su capacidad de intervención directa comunitaria, contradicen los principios de atención comunitaria en salud mental. Se propone revisar la Resolución Ministerial 574-2017-MINSA para restaurar dicha capacidad, espe-

cialmente para población migrante que requiere enfoques flexibles de atención debido a su situación de vulnerabilidad particular en la que se intersectan diversas variables de riesgo.

- **Creación de un sistema de información interconectada**

Para superar las deficiencias en los canales oficiales de información, se sugiere el desarrollo de una estrategia formal de comunicación que utilice diversos medios — radiales, digitales y comunitarios—. Esta estrategia debería ser accesible para toda la población migrante, difundir información sobre los servicios disponibles de manera oportuna y permitir la interconexión entre instituciones, redes comunitarias y organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, se recomienda desarrollar campañas comunicacionales especializadas que incluyan componentes para eliminar estigmas y promoción de derechos en salud mental, y que estén especialmente dirigidas a superar la estigmatización originada dentro del propio sector salud.

- **Formación intercultural en salud y educación**

Dado el contexto diverso de la población migrante, es esencial capacitar a miembros de dicha comunidad para que actúen como facilitadores del acceso a servicios de salud y educación. Organizaciones como Líderes Resilientes ya vienen realizando un trabajo valioso en este sentido. Esta estrategia podría extenderse mediante una red intercultural de apoyo en dos niveles: facilitadores comunitarios interculturales que orienten a las familias sobre rutas de atención en salud y protección ante la violencia, y mediadores estudiantiles interculturales que promuevan la inclusión en el ámbito escolar cotidiano.

Los talleres realizados en instituciones educativas confirman la viabilidad de este modelo híbrido. Los estudiantes demostraron capacidades para identificar violencia por origen nacional («por su nacionalidad», «puede ser de otro país») y proponer soluciones inclusivas, especialmente los de primaria, con enfoques colaborativos («jugar con la niña e interactuar»), y los de secundaria, con mayor conciencia sobre dinámicas discriminatorias. Sin embargo, sus estrategias se limitan a «avisar a la directora o profesor», lo que evidencia la necesidad de facilitadores adultos que conviertan estas comunicaciones en intervenciones efectivas, mientras se aprovecha el potencial natural de los estudiantes como mediadores entre pares para la prevención en tiempo real.

ACEPTABILIDAD

- **Fortalecimiento de capacidades institucionales en derechos humanos e interculturalidad**

Los hallazgos de los trabajos de campo evidencian la necesidad urgente de fortalecer las capacidades institucionales en derechos humanos, migración, género e interculturalidad, especialmente en sectores clave como salud, educación y justicia. No basta con la incorporación de mediadores o facilitadores adicionales; se requie-

re una transformación más profunda en las competencias del personal que presta servicios directos a la población migrante.

En el ámbito de la justicia, se identificaron sesgos institucionales que afectan negativamente la atención de casos de violencia de género, niñez y adolescencia. Por ello, resulta imprescindible implementar procesos de formación especializada para el personal fiscal, orientados a comprender las dinámicas específicas de estas formas de violencia, así como las vulnerabilidades diferenciadas que enfrentan las personas migrantes.

De manera complementaria, es fundamental que el personal de salud y educación cuente con herramientas de comunicación intercultural y con protocolos adaptados culturalmente. Esto garantizaría una atención más pertinente, respetuosa y efectiva, capaz de responder a las necesidades particulares de la población migrante en contextos de alta diversidad y desigualdad estructural.

- **Desarrollo de protocolos específicos para casos de violencia**

Dado el abordaje fragmentado identificado entre los niveles educativo y judicial, se propone desarrollar protocolos integrales que conecten ambos niveles de respuesta, y eliminar así la situación de desprotección que afecta especialmente a la población migrante. Esta necesidad se ve reforzada por los hallazgos del trabajo de campo en instituciones educativas, donde se evidenció que los estudiantes tienen una comprensión clara de las dinámicas de violencia, pero sus estrategias de respuesta son muy limitadas. Asimismo, los estudiantes identificaron consecuencias graves de la violencia escolar, como «suicidio», «depresión», «baja autoestima» y «trastornos alimenticios», lo que confirma la urgencia de desarrollar protocolos que no solo conecten los niveles educativo y judicial, sino que también incorporen componentes de salud mental.

CALIDAD

- **Implementación de un sistema de monitoreo participativo**

Se propone implementar un sistema de monitoreo participativo que involucre activamente a la comunidad migrante en la evaluación continua de la calidad de los servicios de salud y educación. Este enfoque permitiría identificar áreas de mejora de manera constante y asegurar que las necesidades específicas de la población migrante se tomen en cuenta en las decisiones sobre la prestación de servicios, lo que fomentaría un sistema más inclusivo y accesible.

- **Fortalecimiento del enfoque preventivo**

Para superar la tendencia reactiva observada en los sistemas actuales, es fundamental desarrollar un enfoque preventivo robusto. Esto implicaría implementar estrategias que conecten los ámbitos de salud, educación y justicia, y enfocarse en la prevención antes de que los problemas se agraven. En el ámbito educativo, sería

necesario implementar estrategias efectivas de prevención de la violencia escolar, adaptadas a las edades y con un enfoque integral que articule los niveles educativo, familiar y comunitario. Este enfoque ayudaría a superar las limitaciones del sistema SíseVe, que actualmente solo se utiliza de forma obligatoria, no responde adecuadamente a las necesidades de NNA, y no contribuye a la intervención efectiva ante situaciones de violencia.

- **Participación activa de NNA en prevención**

Los hallazgos del trabajo de campo en instituciones educativas demuestran que los estudiantes poseen capacidades importantes para identificar y prevenir la violencia escolar. Su capacidad para proponer soluciones centradas en el diálogo, la inclusión y la intervención temprana sugiere que las estrategias de prevención serían más efectivas si incorporaran su participación activa como agentes de cambio, especialmente si se considera que identificaron la violencia intrafamiliar como un factor que se reproduce en el ámbito escolar. Esta participación podría fortalecerse mediante programas de mediación entre pares, espacios estructurados de diálogo intercultural que aprovechen la capacidad natural de los estudiantes para generar soluciones inclusivas, así como consultas y estrategias desarrolladas junto con los municipios escolares.

- **Aprovechamiento y replicación de buenas prácticas**

El caso exitoso reportado en el CSMC Las Dalias (paciente con esquizofrenia que logró tener una vida independiente) ilustra el potencial de intervenciones comunitarias integrales, que actualmente se ven limitadas por restricciones administrativas. Se propone sistematizar y replicar estas experiencias, para lo cual habría que adaptarlas a las restricciones normativas actuales.

Estas estrategias, basadas en la evidencia integrada de ambos trabajos de campo, ofrecen un marco integral y sistemático para mejorar los principios AAAC de los servicios dirigidos a la población migrante venezolana en Piura. Las propuestas abordan tanto los determinantes estructurales identificados como las manifestaciones específicas de estos determinantes en la implementación cotidiana de servicios, y reconocen que la mejora de la atención a población migrante requiere intervenciones que fortalezcan los sistemas de salud, educación y justicia en su conjunto para así promover la inclusión y el ejercicio efectivo de los derechos de la población migrante en la región.

5. Conclusiones



Los hallazgos etnográficos y los análisis realizados a lo largo del presente estudio permiten establecer conclusiones respecto al impacto que ejercen los determinantes sociales de la salud en el acceso efectivo de la población migrante y desplazada venezolana a los servicios primarios y comunitarios de salud en la región Piura.

Lejos de tratarse de barreras aisladas, estos determinantes configuran un entramado de exclusión estructural que compromete de forma sistemática el ejercicio del derecho a la salud en sus dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAC), tal como lo ha señalado el Comité DESC (2000).

Primero, en el plano estructural, la condición migratoria irregular opera como una barrera legal y administrativa crítica. La falta de documentos como el carné de extranjería o el PTP excluye automáticamente a muchas personas migrantes del acceso a servicios básicos, incluidos tratamientos psiquiátricos esenciales en los CSMC. Esta exclusión jurídica revela un vacío en la implementación del principio de universalidad que debiera guiar la política pública en salud, en contradicción con lo planteado por organismos como la OMS y la OIM, que reconocen la necesidad de garantizar atención sin discriminación por nacionalidad o estatus.

Segundo, las condiciones materiales de vida —marcadas por la precariedad laboral, la inestabilidad habitacional y la informalidad— limitan severamente la capacidad de la población migrante para acceder a servicios privados cuando el sistema público es insuficiente, lo que convierte a la pobreza en un determinante social clave que agrava la exclusión sanitaria. Esta situación es consistente con los planteamientos de la epidemiología incluyente, que enfatiza la centralidad del contexto socioeconómico en la producción de desigualdades en salud (Rodríguez y Sedano, 2022).

Tercero, la violencia y la discriminación actúan como determinantes relacionales, y afectan de forma transversal la salud física, mental y emocional de las personas migrantes. Se identificaron múltiples formas de violencia simbólica y estructural —desde la estigmatización en centros de salud hasta la exclusión en entornos escolares— que afectan especialmente a mujeres y NNA venezolanos. Como sostienen Velarde y Miranda (2025), este tipo de incidentes no solo vulneran derechos fundamentales, sino que deben entenderse como problemas de salud pública con consecuencias psicosociales profundas.

Los hallazgos también permiten diferenciar entre dos tipos de barreras que afectan el acceso a la salud. Por un lado, la población migrante venezolana comparte con amplios sectores de la población peruana las limitaciones propias de un sistema de salud público precarizado: escasa disponibilidad de personal e infraestructura, desabastecimiento de medicamentos, sobrecarga institucional, débil articulación intersectorial y ausencia de

enfoque preventivo. Estas barreras estructurales afectan de forma generalizada a quienes viven en condiciones de pobreza, especialmente en zonas rurales y periféricas. Sin embargo, además de estas restricciones compartidas, las personas migrantes enfrentan barreras diferenciadas vinculadas a su condición de extranjería y movilidad: dificultades legales para afiliarse al SIS por falta de documentación, prácticas institucionales discriminatorias, ausencia de protocolos culturalmente pertinentes, y experiencias de xenofobia explícita o simbólica en centros educativos y de salud. Estas formas de exclusión, que emergen por su nacionalidad o estatus migratorio, configuran un escenario de desigualdad múltiple, donde las personas venezolanas enfrentan obstáculos adicionales al intentar ejercer su derecho a la salud.

Cuarto, se evidencia una desconexión crítica entre el marco normativo y los marcos operativos de los servicios públicos. A pesar de que el Perú ha suscrito compromisos internacionales que promueven el derecho a la salud de toda persona —independientemente de su nacionalidad o situación migratoria—, persisten prácticas institucionales que reproducen una lógica asistencialista, fragmentada y predominantemente reactiva. Esta falta de articulación entre niveles de atención, sumada a la escasa formación en enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad del personal de salud y justicia, reduce la pertinencia cultural y la aceptabilidad de los servicios.

Quinto, el estudio revela cómo los principios de AAAC son vulnerados de forma sistemática:

La disponibilidad de servicios se ve comprometida por el desabastecimiento de medicamentos, la falta de infraestructura especializada (por ejemplo, solo dos cámaras Gesell en la región) y la escasez de personal capacitado, particularmente en salud mental.

La accesibilidad es limitada por barreras jurídicas, económicas, geográficas e informativas. La imposibilidad de acceder al SIS, los altos costos de transporte, la desinformación sobre rutas de atención y la dependencia de redes informales reflejan la profunda desigualdad en la distribución de los recursos y del poder institucional.

La aceptabilidad se ve afectada por la falta de protocolos culturalmente pertinentes, la estigmatización de los servicios psiquiátricos, y la persistencia de sesgos en el sistema educativo y judicial. La atención sigue centrada en contenidos biomédicos, sin abordar los marcos culturales y experiencias específicas de la población migrante.

La calidad de los servicios es deficiente debido a la sobrecarga de tareas administrativas, la ausencia de acompañamiento psicosocial integral, la falta de protocolos de prevención de violencia escolar, y la escasa articulación entre salud, educación y justicia. Esta situación ha generado un escenario de desprotección sistemática, especialmente para NNA migrantes.

Este estudio demuestra que los determinantes sociales de la salud no actúan de forma aislada, sino que se intersecan y refuerzan entre sí, lo que genera un «entramado de exclusiones» que impide el ejercicio pleno del derecho a la salud en los niveles primarios y comunitarios. Este entramado debe entenderse como una forma de violencia estructural (Segato, 2003), que opera desde la negación institucional de derechos y que reproduce desigualdades históricas en el acceso a servicios esenciales.

Por lo tanto, la población migrante y desplazada de nacionalidad venezolana en Piura enfrenta múltiples barreras para ejercer su derecho a la salud, que se expresan de manera particularmente aguda en los servicios primarios y comunitarios. Estas barreras no solo reflejan deficiencias estructurales del sistema de salud peruano, sino también condiciones específicas de exclusión relacionadas con la nacionalidad, el estatus migratorio, la discriminación y la ausencia de enfoques interculturales.

Tabla 3. Resumen de hallazgos sobre el acceso a la salud de población migrante venezolana en Piura

Categoría	Hallazgos principales	Principio afectado (AAAC)	Condición de afectación
Condición migratoria	Falta de documentación impide afiliación al SIS y acceso a medicamentos psiquiátricos.	Accesibilidad (jurídica)	Específica (migrantes sin documentación regular)
Infraestructura en salud mental	CSMC con escasez de personal, desabastecimiento, restricciones para intervenciones comunitarias.	Disponibilidad, Calidad	General, pero con impacto agravado en población migrante
Gobernanza y políticas públicas	Falta de articulación entre salud, justicia y educación; ausencia de estrategias preventivas.	Disponibilidad, Calidad	General (estructural), pero afecta más a casos complejos
Concepción institucional de salud	Se concibe como servicio y no como derecho, lo que restringe el enfoque comunitario e inclusivo.	Aceptabilidad, Calidad	General, reproduce exclusión institucional
Discriminación en servicios	Casos de estigmatización hacia personas venezolanas en centros de salud y escuelas.	Accesibilidad (no discriminación), Aceptabilidad	Específica (xenofobia y prejuicio institucional)
Violencia escolar	Exclusión por nacionalidad, color de piel, forma de hablar; docentes sin formación en convivencia.	Accesibilidad, Calidad, Aceptabilidad	Específica (violencia simbólica a estudiantes migrantes)

Categoría	Hallazgos principales	Principio afectado (AAAC)	Condición de afectación
Violencia basada en género	Respuesta judicial con sesgos; CEM subvalorados; instituciones sin protocolos integrales.	Aceptabilidad, Calidad	Afecta tanto a migrantes como a peruanas (interseccional)
Déficit de información	Migrantes dependen de redes comunitarias y ONG para saber cómo acceder a servicios.	Accesibilidad (informativa)	Específica (migrantes recién llegados o sin redes)
Ausencia de enfoque intercultural	Personal sin formación en interculturalidad y derechos humanos; protocolos inadecuados.	Aceptabilidad, Calidad	Específica (población en movilidad humana)
Condiciones socioeconómicas	Informalidad, bajos ingresos, inseguridad alimentaria limitan el acceso incluso si hay servicios disponibles.	Accesibilidad (económica), Calidad	General (estructural), con impacto más severo en migrantes
Estigmas sobre salud mental	Resistencias culturales y desinformación impiden la búsqueda de atención oportuna.	Aceptabilidad, Accesibilidad	General, pero más grave en migrantes sin acompañamiento

Así, si bien varias de las barreras identificadas responden a deficiencias estructurales del sistema de salud —como el desabastecimiento de medicamentos, la falta de personal especializado o la escasa articulación intersectorial—, las personas migrantes enfrentan estos obstáculos en condiciones de mayor vulnerabilidad. La precariedad afecta a amplios sectores de la población peruana, pero su impacto se amplifica en el caso de la población migrante venezolana debido a factores como la irregularidad migratoria, la discriminación institucional y social, la carencia de redes de apoyo y el desconocimiento de rutas formales de atención. Al mismo tiempo, se constataron barreras específicas y diferenciadas asociadas a la nacionalidad, al estatus migratorio o a la xenofobia, que generan formas particulares de exclusión que los ciudadanos peruanos no enfrentan, incluso dentro del mismo sistema precario. Estas barreras, que van desde el rechazo en centros de salud hasta la violencia simbólica en entornos escolares, expresan dinámicas de racialización, estigmatización y otras formas de desigualdad estructural que se superponen a la precariedad institucional. No obstante, también se identificaron respuestas positivas y experiencias prometedoras, como el caso del CSMC Las Dalias, que muestra el potencial de los modelos comunitarios de salud mental cuando se les permite operar con autonomía, enfoque preventivo y sensibilidad territorial. Estas prácticas constituyen puntos de apoyo valiosos para fortalecer una atención más inclusiva y efectiva.

Las conclusiones aquí presentadas permiten sostener que mejorar el acceso a la salud de la población migrante venezolana en Piura no solo requiere reformas técnicas o administrativas, sino también una transformación estructural que aborde los factores de fondo: la concepción restrictiva de la salud como servicio, la desarticulación entre instituciones, la ausencia de formación con enfoque de derechos y la reproducción de estigmas sociales hacia la población migrante. Solo un enfoque interseccional, intersectorial y basado en derechos puede revertir estas condiciones de exclusión y garantizar un acceso justo, equitativo y digno a la salud para todas las personas, sin discriminación por su nacionalidad o situación migratoria.

6.Recomendaciones





6.1. Para el Estado peruano

RECONOCER Y CORREGIR LAS LIMITACIONES ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DE SALUD CON ENFOQUE DE EQUITAD

Muchas de las barreras que enfrentan las personas migrantes también afectan a la población peruana, especialmente en contextos rurales y periféricos. Sin embargo, su impacto es mayor para las personas en movilidad humana debido a la irregularidad migratoria, la falta de redes, la discriminación y la violencia estructural. En ese sentido, urge que el Estado deje de tratar la atención a migrantes como un tema exclusivamente humanitario y la asuma como parte de la política pública nacional con enfoque universalista e interseccional.

FORTALECER INSTITUCIONALMENTE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Se debe revertir la eliminación de la capacidad de intervención comunitaria directa de los CSMC (según la Resolución Ministerial 574-2017-MINSA), para lo cual se ha de restablecer su rol preventivo y territorial. Además, se requiere asegurar el abastecimiento permanente de psicofármacos, infraestructura adecuada para su conservación y el incremento del personal especializado (trabajo social, limpieza, recepción, etc.).

SIMPLIFICAR LOS REQUISITOS DOCUMENTARIOS EN SALUD PÚBLICA

Debe establecerse un mecanismo de identificación alternativo o flexible que permita a las personas migrantes sin documentación regular acceder al SIS y a tratamientos esenciales, particularmente en salud mental. Esta medida debe reconocerse como una garantía del derecho a la salud, y no como una excepción temporal.

PROMOVER UNA POLÍTICA INTERSECTORIAL PARA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, EDUCACIÓN Y JUSTICIA

Se necesita articular protocolos conjuntos entre sectores (Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio Público) para la atención integral de situaciones de violencia, salud mental y discriminación, especialmente en NNA migrantes. Las instituciones deben contar con guías unificadas que contemplen la derivación, el acompañamiento y el seguimiento psicosocial, respetando principios de interculturalidad, género y niñez.

INVERTIR EN INFRAESTRUCTURA ESPECIALIZADA Y ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL

La brecha en la infraestructura crítica —por ejemplo, la escasez de cámaras Gesell o las limitaciones para internamiento en salud mental— debe ser atendida con carácter prioritario. Además, deben firmarse convenios interinstitucionales urgentes (entre el Hospital de Paita y el Hospital San Juan de Dios) para habilitar vías de derivación eficientes en salud mental.



6.2. Para los gobiernos locales y gobiernos regionales

PROMOVER REDES DE FACILITADORES INTERCULTURALES EN SALUD Y EDUCACIÓN

Los gobiernos subnacionales pueden canalizar recursos hacia el fortalecimiento de promotores de salud y mediadores escolares con formación en derechos, salud mental y cultura migrante. Estos actores permitirán tender puentes entre servicios públicos y comunidades migrantes, y serán clave en entornos escolares para prevenir la violencia y promover la inclusión.

INSTITUCIONALIZAR ESPACIOS DE CONSULTA Y PARTICIPACIÓN MIGRANTE

Se recomienda establecer mesas de trabajo con organizaciones migrantes para identificar barreras, evaluar servicios y construir de manera conjunta soluciones. Esto puede articularse con el sistema de vigilancia comunitaria en salud y con los municipios escolares.



6.3. Para las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias

FORTALECER Y ESCALAR REDES DE INFORMACIÓN COMUNITARIA

Dado que gran parte de la información que circula sobre derechos y servicios proviene de redes informales, las organizaciones comunitarias deben ser reconocidas como agentes de salud pública y aliadas clave para promover el derecho a la salud. Esto incluye elaborar guías impresas, contar con espacios de orientación legal y llevar a cabo campañas sobre acceso a salud mental sin estigmas.

SISTEMATIZAR Y VISIBILIZAR BUENAS PRÁCTICAS

Experiencias exitosas como el caso del CSMC Las Dalias deben documentarse, sistematizarse y difundirse para mostrar el potencial de intervenciones comunitarias integrales cuando estas operan con autonomía y enfoque preventivo.

MONITOREAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DESDE LA EXPERIENCIA MIGRANTE

La implementación de sistemas de evaluación participativa, que incorporen las voces de usuarios migrantes en la mejora continua de servicios, puede ser una estrategia poderosa para visibilizar discriminaciones, identificar vacíos y fortalecer la rendición de cuentas institucional.



6.4. Para la cooperación internacional

SOSTENER EL FINANCIAMIENTO DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS E INTERSECTORIALES

La retirada de actores como CARE y USAID dejó brechas críticas en atención especializada. Es imprescindible que la cooperación internacional priorice la financiación de modelos comunitarios, servicios de salud mental, acompañamiento a NNA y fortalecimiento institucional, particularmente en regiones fronterizas o de alto flujo migratorio.

PROMOVER LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS EN TODOS LOS PROYECTOS

Los programas financiados deben exigir la incorporación de enfoques de derechos humanos, interculturalidad, género e interseccionalidad en los servicios de salud, educación y justicia, y promover estándares de protección internacional para personas en movilidad humana.

APOYAR PROCESOS DE FORMACIÓN TÉCNICA Y POLÍTICA PARA PERSONAL PÚBLICO

La cooperación puede ser un aliado estratégico en la formación continua de funcionarios/as en temas como derechos de la niñez migrante, violencia basada en género, salud mental comunitaria, prevención de la xenofobia y gestión participativa de servicios.



6.5. Para la academia e instituciones de formación profesional

INCLUIR EL ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE MOVILIDAD HUMANA EN LOS CURRÍCULOS

Es urgente actualizar los planes de estudio de las carreras de Medicina, Psicología, Trabajo social, Educación y Derecho para incorporar contenidos relacionados con salud, migración, racismo estructural y atención intercultural, como parte del desarrollo de competencias profesionales.

DESARROLLAR INVESTIGACIONES APLICADAS CON ENFOQUE DE DERECHOS

Se recomienda fomentar estudios participativos que acompañen a comunidades migrantes, evalúen intervenciones públicas y formulen recomendaciones para la mejora de políticas, con base en metodologías éticas y horizontales.

GENERAR PROCESOS DE FORMACIÓN CONTINUA CON ENFOQUE PRÁCTICO

Desde diplomaturas hasta cursos cortos, es necesario ofrecer capacitaciones para personal en ejercicio que atienda población migrante, con enfoque territorial, trabajo interdisciplinario y sensibilización sobre discriminación y racismo.

Estas recomendaciones no solo buscan responder a barreras estructurales y específicas, sino también transformar los servicios públicos en espacios inclusivos, accesibles y culturalmente pertinentes, para garantizar así que el derecho a la salud se ejerza de manera plena, sin discriminación y con especial atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Bibliografía

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2020). *Guía sobre racismo y xenofobia: cómo ACNUR puede abordar y responder ante situaciones de racismo y xenofobia que afectan a personas bajo su mandato*. <https://www.refworld.org/es/ref/manual/acnur/2020/es/134515>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1969). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Ames, P. y Merino, F. (2019). *Reflexiones y lineamientos para una investigación ética en Ciencias Sociales*. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP); Departamento de Ciencias Sociales; Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA). Cabieses, B., Gálvez, P. y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285-291. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Cámara de Comercio y Producción de Piura. (2022). Primer hospital especializado en salud mental de Piura. https://www.camcopiura.org.pe/template/noticias/01-08-2022/primer_hospital_especializado_en_salud_mental_de_piura.html
- Capital Humano y Social (CHS Alternativo). (2025). Reporte n.º 302. Salud mental y migraciones, la agenda pendiente. <https://chsalternativo.org/reportealternativo/2024/11/11/no-302-salud-mental-y-migraciones-la-agenda-pendiente/>
- Centro de Ayuda Psicosocial (CAPS). (2022). Diagnóstico sobre la situación de salud mental de los refugiados y migrantes venezolanos en Lima y Tumbes. https://www.r4v.info/es/document/CAPS_Diagnostico_Salud_Mental_Refugiados_Migrantes_Lima_Tumbes_Ago2022?utm_source=chatgpt.com
- Céspedes, M. (2025). Introducción: Sobre política y desafíos para la población migrante venezolana en el norte del Perú. En M. Céspedes (Ed.), *Del desplazamiento a la integración: política y desafíos para la población migrante venezolana en el norte del Perú* (pp. 17-36). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://doi.org/10.18800/978-612-4474-64-4>
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, CESCR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

- Consejo de Derechos Humanos. (2013). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. A/HCR/23/41. <https://docs.un.org/A/HRC/23/41>
- Dirección Académica de Responsabilidad Social (DARS). (2022). *Investigación con impacto social desde la PUCP: Conceptos, análisis y perspectivas en diálogo con la responsabilidad social universitaria*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Dirección Regional de Salud Piura (DIRESA Piura). (2024). Diresa Piura atiende 378 casos de intento de suicidas y refuerza atención integral de salud mental. <https://www.gob.pe/institucion/regionpiura-diresa/noticias/1020253-diresa-piura-atien-de-378-casos-de-intentos-suicidas-y-refuerza-atencion-integral-en-salud-mental>
- Fernández, J. y Luna, K. (2018). Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública. *Salud UIS*, 50(1), 6-7. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/7992>
- Fernández, M., Salvador, L., González, M. y Escribá-Agüir, V. (2024). La respuesta necesaria de los servicios de salud ante la violencia de género: atención integral y prestación de servicios integrados. *Atención Primaria*, 56(11), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102858>
- García, C. (2019). El derecho a la salud de las personas migrantes: un análisis a partir de los derechos humanos. En C. Blouin (Coord.), *Después de la llegada. Realidades de la migración venezolana* (pp. 151-167). IDEHPUCP, Themis.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Norma Editorial.
- (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Gupta, A. y Ferguson, J. (Eds.), (1997). *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science*. University of California Press.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2022). *Condiciones de vida de la población venezolana que reside en el Perú*. INEI. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3847970-condiciones-de-vida-de-la-poblacion-venezolana-que-reside-en-el-peru-2022>
- (2023). *Piura. Compendio estadístico*. INEI. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5955052/5278465-compendio-estadistico-piura-2023.pdf>
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP (IDEHPUCP). (2021). Encuesta de percepción sobre migración venezolana en Perú. Boletín n.º 2. <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2021/06/04151552/Boletin-02-links.pdf>

Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 63-70. <https://doi.org/10.1157/13086028>

Oficina de Ética de la Investigación e Integridad Científica. (2017). ¿En qué consiste la ética de la investigación con seres humanos? Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/71120>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f.). ¿Qué hace que las personas migrantes sean vulnerables a la violencia basada en género? <https://lac.iom.int/es/blogs/que-hace-que-las-personas-migrantes-sean-vulnerables-la-violencia-basada-en-genero>

— (2020). *Migración y salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd12616/files/documents/mhd_position_paper_sdgs_02.09.2020_es.pdf

— (2022). *Acceso a los servicios de salud para personas migrantes y refugiadas de Venezuela en los Estados Miembros del Proceso de Quito durante la pandemia de COVID-19*. <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/2023-04/Acceso%20a%20los%20servicios%20de%20salud%20para%20personas%20migrantes%20y%20refugiadas%20de%20Venezuela.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

— (2023). Estudio de OIM Perú revela situación de las personas migrantes que viven con VIH en el país. <https://peru.iom.int/es/news/estudio-de-oim-peru-revela-situacion-de-las-personas-migrantes-que-viven-con-vih-en-el-pais>

— (s.f.). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

— (2023). *Derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Fortalecimiento de las respuestas del sistema de salud a la violencia contra las mujeres y niñas migrantes y refugiadas. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer/fortalecimiento-respuestas-sistema-salud-violencia-contra-mujeres>

— (1993). La violencia contra las mujeres y las niñas: Análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44856>

— (2022). Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima Metropolitana. . <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56311>

- (2024). *Reporte de situación. Salud y migración en la Región de las Américas*. . <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-01/sitrep-migracion-salud-oct-2024.pdf>

- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V). (2024). Personas refugiadas y migrantes venezolanas. <https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-may-2024>

- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (2024). Piura: Información territorial. <https://www.gob.pe/institucion/pcm/campa%C3%B1as/4346-piura-informacion-territorial>

- Rodríguez-Arenas, M., Martín-Ríos, M. y Gil-Borrelli, C. (2018). Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 114-116. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.013>

- Rodríguez, B. y Sedano, A. (2022). Cartografías del dolor, violencia letal y salud pública. Una aproximación al caso del estado de Morelos desde una perspectiva epidemiológica incluyente. *Andamios*, 19(50), 77-108. <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i50.946>

- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes.

- Valdez-Santiago, R. y Ruiz-Rodríguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública de México*, 51(6), 505-511. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000600009>

- Velarde, J. y Miranda, P. (2025, en imprenta). La educación de niñas, niños y adolescentes migrantes de Venezuela: desafíos y oportunidades encontrados en el norte del Perú. En M. Cépeda (Ed.), *Del desplazamiento a la integración: política y desafíos para la población migrante venezolana en el norte del Perú* (pp. 115-150). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://doi.org/10.18800/978-612-4474-64-4>



SALUD PARA
TOD@s

Derecho a la salud en
comunidades inclusivas
sin discriminación



IDEHPUCP



Financiado por
la Unión Europea