

Encuesta Bioconductual Sobre El VIH, La Sífilis Y El Estado De Salud De Los Venezolanos Que Viven En Colombia

BOGOTÁ, SOACHA, BARRANQUILLA Y SOLEDAD



Índice de Contenidos

Citación y equipo de estudio	4
Acrónimos	5
Prefacio	6
Resumen Ejecutivo	10
Antecedentes	20
Contexto de la migración y resultados de salud entre los venezolanos	20
Acceso a servicios para el tratamiento del VIH en Venezuela y para los migrantes refugiados en Colombia	20
Tendencias epidemiológicas	21
Objetivos de la investigación	21
Métodos	23
Entorno y muestra	23
Reclutamiento	24
Medidas de la encuesta	25
Pruebas biológicas	25
Servicios médico-legales y vinculación con la atención	26
Tamaño de la muestra	26
Análisis	26
Ética	27
Resultados	29
Población del estudio	30
Datos demográficos	30
Datos demográficos por estatus migratorio	32
Historia y experiencias del desplazamiento	34
Historia y experiencia de desplazamiento por estatus migratorio	37
Historial de salud	41
Atención prenatal	46
Infección por VIH y sífilis	48
Conductas sexuales y riesgos conductuales, estratificados por sitio	48
Conductas sexuales y riesgos conductuales de género	49
Conductas sexuales entre venezolanos con estatus migratorio regular e irregular	51
Historial de pruebas y prevención del VIH	52
Prevalencia de la infección por VIH	54
Infección por VIH diagnosticada y no diagnosticada	55
Correlatos de la infección por VIH	56
Acceso al tratamiento y la atención del VIH para las personas que viven con el VIH	57
Correlatos de la supresión viral	58
Prevalencia de la infección por sífilis	58
Experiencias de discriminación y victimización por violencia	59
Prevalencia y diferencias en la discriminación y victimización por violencia en los distintos sitios	60
Prevalencia y diferencias en la discriminación y la victimización por violencia según el género	63
Prevalencia y diferencias en la discriminación y la victimización por violencia según el estatus migratorio	65
Dificultades y uso de los servicios humanitarios	67
Prevalencia y diferencias en el uso de los servicios humanitarios por sitio	67
Prevalencia y diferencias en el uso de los servicios humanitarios según el estatus migratorio	68
Conclusiones y recomendaciones:	72
Recomendaciones	73
Materiales del apéndice: Tablas que muestran los indicadores demográficos y de salud entre los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad: Bogotá, Soacha, Barranquilla y Soledad	76
Apéndice Gráficos de la red RDS por sitio	88
Referencias:	90

Tablas

<i>Tabla 1</i> Estimaciones de prevalencia del VIH.....	14
<i>Tabla 2</i> Correlación de la supresión viral.....	16
<i>Tabla 3:</i> Características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos por sitio.....	31
<i>Tabla 4:</i> Características demográficas de los venezolanos con estatus migratorio regular e irregular.....	33
<i>Tabla 5:</i> Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por sitio.....	35
<i>Tabla 6:</i> Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por estatus migratorio.....	38
<i>Tabla 7:</i> Características sanitarias de los migrantes y refugiados en los sitios de estudio.....	41
<i>Tabla 8:</i> Características sanitarias de los inmigrantes y refugiados con estatus migratorio regular e irregular.....	43
<i>Tabla 9:</i> Acceso y uso de lo servicios de salud reproductiva y atención prenatal entre las mujeres de los sitios de estudio.....	46
<i>Tabla 10:</i> Conductas sexuales y riesgos conductuales para el VIH, estratificados por sitio de estudio.....	49
<i>Tabla 11:</i> Conductas sexuales y riesgos conductuales entre migrantes y refugiados, estratificados por género.....	50
<i>Tabla 12:</i> Conducta sexual y riesgos conductuales según el estatus migratorio.....	52
<i>Tabla 13:</i> Pruebas y prevención del VIH entre inmigrantes y refugiados en los sitios de estudio.....	53
<i>Tabla 14:</i> Estimaciones de la prevalencia del VIH en general y en determinadas subpoblaciones.....	54
<i>Tabla 15:</i> Características de los participantes con diagnósticos de VIH pasados y nuevos.....	55
<i>Tabla 16:</i> Correlatos de la infección por el VIH entre toda la población del estudio.....	56
<i>Tabla 17:</i> Correlatos de la infección por el VIH en cada categoría de género.....	57
<i>Tabla 18:</i> Correlación de la supresión viral entre los migrantes y refugiados que viven con el VIH.....	58
<i>Tabla 19:</i> Estimaciones de la prevalencia de la sífilis.....	59
<i>Tabla 20:</i> Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por sitio.....	61
<i>Tabla 21:</i> Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por género.....	63
<i>Tabla 22:</i> Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por estatus migratorio.....	66
<i>Tabla 23:</i> Uso de los servicios humanitarios estratificadas por los sitios.....	68
<i>Tabla 24:</i> Uso de los servicios humanitarios estratificadas por por estatus migratorio.....	69

Citación y equipo de estudio

Citación:

Red Somos, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins. Encuesta bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia. *Informe final*. Bogotá y Baltimore. Octubre de 2022.

Equipo del estudio:

Este estudio fue realizado en colaboración por las siguientes organizaciones e investigadores:

Red Somos

José Rafael Guillén, MSc
Miguel Ángel Barriga Talero, MSc
Jennifer Ortiz, MD, MSc
Jhon Jairo López, MSc
Damary Martínez Porras, MSc
Jhon Fredy Ramirez Correa, Esp

Ministerio de Salud y Protección Social

Ricardo Luque Nuñez, MD

Centro de Salud Humanitaria

Centro de Salud Pública y Derechos Humanos
Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins
Andrea L. Wirtz, PhD, MHS
Paul B. Spiegel, MD, MPH
Kathleen R. Page, MD,
Megan Stevenson, MSPH

Agradecimientos a la fuente de financiamiento

Este trabajo ha sido financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés) a través de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número NU2GGH002000-03-01. El contenido de este informe es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente la posición oficial de las agencias de financiamiento.

Agradecimientos

Agradecemos a los miles de migrantes y refugiados venezolanos que han participado en este estudio. Este informe no hubiese sido posible sin su participación y experiencias compartidas. El estudio fue implementado por un equipo dedicado y comprensivo dirigido por Red Somos, el cual incluye a las siguientes personas: Cindy Quijano, Alejandra Vela, Yessenia Moreno, Francisco Rigual, Marlon Stwar Sierra, Luis Pérez, Edwin Ferney Ramos, Edenys Rangel, Karen Marivi Vera, Valentina Calderón Giraldo, Daniel Felipe Durán Mongua, Stefanie Perdomo Martín, Paula Rincón Giraldo, Heriberto Mejía, Luder Fuentes, Jesús Javier Sandoval, Indira Fuentes, Leives Jiménez, Esther María Beltrán, Rocío Pérez, Mayra de la Cruz, Byron Gutiérrez, Oladys Bolaño, Xiomara Barrios, José Amarís Povea, Nayrimi Andreina Valbuena Castillo, Rowel Vera, José Gregorio Nieves, Hendriel Briceño, Omany Ferreira y Jesús Adelvi Rojas. Agradecemos el apoyo y la colaboración de los colegas de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, James Case, Kristin Bevilacqua, Sarah Arciniegas y Wilson Gómez; de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Dante Bugli, Eva Leidman, Horacio Ruiseñor-Escudero, Abu Abdul-Quader, Avi Hakim, Sagarika Das, Wolfgang Hladik, Paul R. Young y Kevin Clarke; y al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Federico Duarte y Saskia Loochkartt.

Acrónimos

ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
ANC	Atención Prenatal
ARV	Antirretroviral
CBO	Organización de Base Comunitaria
CDC	Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
ETP	Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos
GAM	Monitoreo Global del SIDA
IQR	Rango Intercuartil
ITS	Infección de Transmisión Sexual
nPEP	Profilaxis de Postexposición No Ocupacional para Prevenir el VIH
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Cociente de Probabilidades
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PrEP	Profilaxis de Preexposición para Prevenir el VIH
PVVS	Personas que Viven con el VIH
RDS	Muestreo Dirigido por los Participantes
RPR	Reagina Plasmática Rápida para la Sífilis
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
95% CI	Intervalo de Confianza del 95%



FUENTE: ADOBE STOCK

Prefacio

Hay más de 100 millones de personas desplazadas por la fuerza en el mundo, incluyendo refugiados, solicitantes de asilo y desplazados internos.¹ Estas personas han huido de sus hogares por diversas razones, como la persecución, el conflicto, la violencia, las violaciones de los derechos humanos, contextos discriminatorios o por razones socioeconómicas. Los migrantes y refugiados venezolanos se encuentran entre las poblaciones que han abandonado su país huyendo de algunas de estas razones y en búsqueda de mejores horizontes.

En la actualidad hay más de 7,1 millones de refugiados, solicitantes de asilo, y migrantes venezolanos en todo el mundo, la mayoría de los cuales residen en países de Latinoamérica y el Caribe.² El éxodo venezolano se ha convertido en una de las mayores crisis migratorias a nivel mundial.³ Colombia ha sido el país con mayor recepción de nacionales de este país con vocación de permanencia con aproximadamente 2,5 millones, pero también atendiendo a buena parte de los desplazados totales que han atravesado por su territorio de forma transitoria.^{2,4}

A pesar de la dimensión inédita de esta crisis en la región, también lo ha sido la respuesta para atender sus consecuencias, y aunque queda mucho camino por recorrer, el VIH ha estado presente en la agenda humanitaria de respuesta y no solamente desde el punto de vista de las PVVIH sino con crecientes compromisos de impulsar prevención combinada que ayuden a mitigar los riesgos frente al VIH de las o los migrantes.

Las difíciles condiciones de los procesos migratorios pueden aumentar la susceptibilidad a infecciones y complicaciones clínicas. La separación familiar, la interrupción de redes de apoyo y medios de vida, la falta de seguridad alimentaria y barreras para la atención sanitaria o educación exponen al migrantes a un contexto de mayor vulnerabilidad al VIH y a la inversa, el migrante o solicitante de asilo tiene mayor oportunidad de prevenir el VIH si en su país de acogida donde tiene opciones que faciliten de inserción social y laboral, así como acceso a servicios médicos esenciales.

Las respuestas de salud pública al VIH implican abordar las desigualdades de tal forma que a poblaciones en contexto de vulnerabilidad como lo son los migrantes se les garantice los derechos humanos, la protección social y su integración socio económica y cultural, que son determinantes en la salud de las personas. La prestación de servicios de VIH culturalmente apropiados depende de cierta información y datos, como la

prevalencia del VIH en la población, vulnerabilidades y factores de riesgo. Medir la prevalencia del VIH en personas desplazadas que no viven en campos de refugiados es muy difícil y raramente se logra con éxito.

Los autores de este importante informe, titulado “Encuesta de VIH, sífilis y el estado de salud en venezolanos viviendo en Colombia” han adaptado el método de muestreo dirigido por los entrevistados (RDS en inglés), comúnmente empleado para poblaciones sin marcos de muestreo, para utilizarlo en refugiados, solicitantes de asilo y migrantes venezolanos viviendo en Bogotá, Soacha, Barranquilla y Soledad, Colombia. Usando el método RDS, se estiman tasas de VIH no sesgadas que se aproximan a las tasas poblacionales y superan las limitaciones asociadas a otros métodos de muestreo de conveniencia y estimaciones de VIH generadas a través de programas que ofrecen pruebas. El RDS es especialmente adecuado para medir la prevalencia del VIH y otras enfermedades entre poblaciones desplazadas que no viven en campos de refugiados. El objetivo principal del estudio fue estimar la prevalencia del VIH en venezolanos adultos que viven en Colombia desde el 2015. Junto con otros datos importantes, como los medios de vida, salud, y experiencias migratorias y de discriminación o violencia, estos resultados podrán informar a los servicios de salud y la respuesta humanitaria para venezolanos viviendo en Colombia.

Este estudio se convierte en una oportunidad para validar la importancia del principio “de mayor involucramiento a las poblaciones afectadas” MIPA,⁵ pues desde el enfoque investigativo se vinculó a las comunidades. Una gran lección aprendida es la ventaja que tiene asociarse con organizaciones comunitarias para su participación en los diferentes momentos de la investigación, su experticia y vínculo le da mayor peso a la metodología y los resultados, como pilares de la incidencia basada en la evidencia.

No vamos a repetir los resultados del estudio en este prefacio. Más bien, deseamos destacar algunos de los aspectos claves que este estudio ha emprendido con éxito, con la esperanza de que los resultados mejoren la calidad de vida y reduzcan la morbilidad y la mortalidad de los venezolanos viviendo en Colombia. El estudio identifica intervenciones claras que pueden reducir el riesgo de contraer el VIH en venezolanos viviendo en Colombia, incluyendo el fortalecimiento de programas que aumentan la seguridad alimentaria, reducen la discriminación y violencia, y abordan la violencia de pareja. El contexto es importante, y el estudio identificó disparidades según la situación migratoria y la residencia geográfica. En contra a estereotipos, los riesgos de comportamiento para el VIH son relativamente bajos entre migrantes y refugiados, pero el acceso a pruebas y servicios de VIH también limitados. La escasa participación en la casada de atención del VIH demuestra una necesidad importante de aumentar el acceso a las pruebas de VIH, y reforzar los cuidados de salud para los venezolanos en Colombia. En este estudio, algunos venezolanos con VIH llegaron a Colombia sabiendo que vivían con el VIH y otras lo adquirieron en Colombia. Por ello, la planificación programática debe tener en cuenta tanto la continuidad transnacional de la atención como los servicios locales de prevención y pruebas. Por último, los venezolanos con estatus migratorio irregular tienen menor probabilidad de tener la carga viral de VIH suprimida, lo cual demuestra un vínculo claro entre el estatus legal y los resultados clínicos y de salud pública de importancia para el VIH. En conjunto, este estudio proporciona datos valiosos para informar la respuesta al VIH basadas en derechos humanos,⁶ incluyendo el apoyo a leyes y políticas, como el Estatuto de Protección Temporal,⁷ junto con la ampliación de servicios de VIH.

Por último, esperamos que otros estudios de VIH con diferentes poblaciones desplazadas en el mundo se lleven a cabo con el mismo rigor e innovación de este estudio, y con el objetivo de mejorar la vida de los más de 100 millones de personas que actualmente están desplazadas en todo el mundo, solo así tendremos insumos de calidad, mejorando con ello las estrategias de respuesta y no dejando nadie atrás.

Atentamente,

Luisa Cabal

Directora

Equipo de Apoyo Regional para América Latina y el Caribe

UNAIDS



80%
con educación
secundaria o superior.



47%
experimentó estigmas/
discriminaciones
algunas veces por año o
más en Colombia.



8%
con seguridad
alimentaria.



21%
con consumo activo o
peligroso de alcohol.

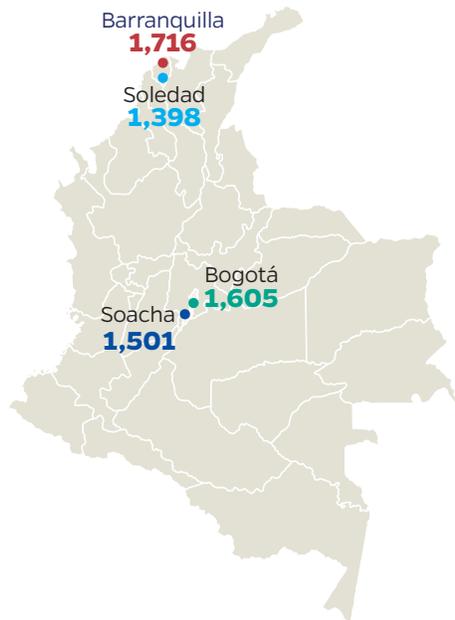


6%
ha sido víctima de
violencia psicológica,
física y/o sexual en los
últimos 12 meses.



21%
ha padecido ansiedad
o depresión de grado
moderado a grave.

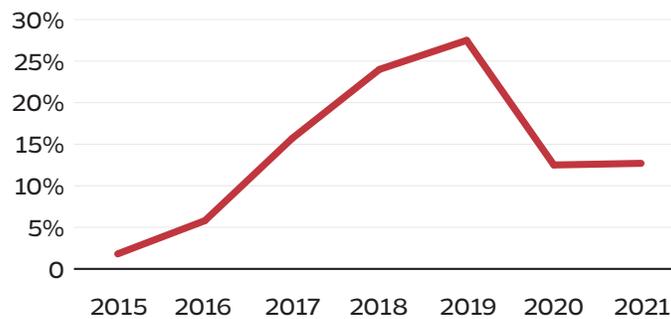
PARTICIPANTES POR CIUDAD



MOTIVO PRINCIPAL PARA SALIR DE VENEZUELA



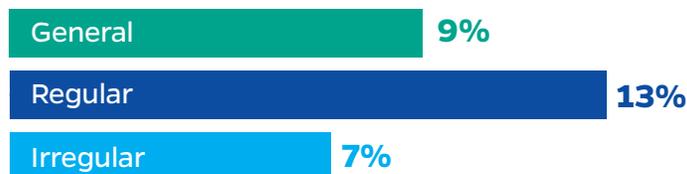
AÑO DE LLEGADA DE LOS MIGRANTES



ESTATUS MIGRATORIO



TRABAJO A TIEMPO COMPLETO POR ESTATUS MIGRATORIO



PREVALENCIA DE LA SÍFILIS

General
5,0% (95%CI: 4,1-6,0)
Bogotá/Soacha
5,0% (95%CI: 4,0-6,4)
Barranquilla/Soledad
4,9% (95%CI:3,6-6,5)



PREVALENCIA DEL VIH

General
0,9% (95%CI: 0,6-1,4%)
Bogotá/Soacha
0,8% (95%CI: 0,4-1,5)
Barranquilla/Soledad
1,2% (95%CI: 0,7-2,0)

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DEL VIH EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Anteriormente diagnosticado **48%**
Recibiendo tratamiento **38%**
Carga viral suprimida **35%**

↓70%

Las personas **con estatus migratorio irregular** tuvieron un **70% menos de probabilidades** de supresión vírica del VIH que las personas con **estatus migratorio regular**.



76%
calificó su salud en general de "buena" a "excelente".

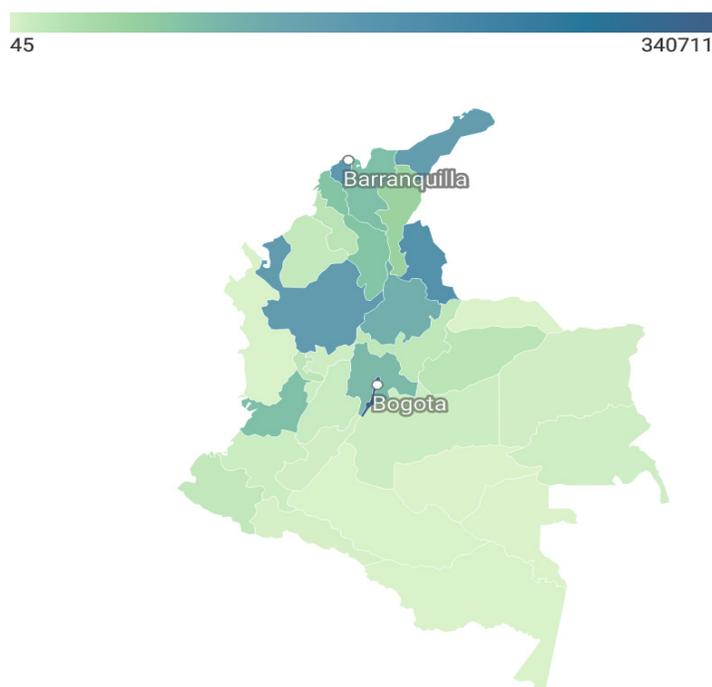
Resumen Ejecutivo



INTRODUCCIÓN

La crisis económica y la inestabilidad política en la República Bolivariana de Venezuela han provocado una migración y un desplazamiento masivo en América, desplazando a más de 7,1 millones de venezolanos hasta septiembre de 2022.² La emergencia humanitaria se ha asociado con el deterioro de la infraestructura sanitaria y el empeoramiento de los resultados de salud entre los venezolanos que viven en el país, así como entre los desplazados a los países vecinos.⁸ Actualmente, Colombia recibe el mayor número de venezolanos desplazados en la región. En septiembre de 2022, aproximadamente 2,5 millones vivían en varios departamentos de Colombia (Figura 1).² Hay pocas estimaciones basadas en la población para evaluar las experiencias y la salud de los venezolanos que viven en Colombia.

Figura 1 Distribución de la población de migrantes y refugiados venezolanos en Colombia para 2021



(Fuente: Departamento de Migración)

En Colombia, el acceso a los servicios de salud, así como al empleo, la educación, la atención sanitaria y la banca, depende en gran medida del estatus migratorio. Las personas con estatus migratorio regular, definido como el ingreso al país a través de vías regulares que se ajustan a las leyes y regulaciones que rigen la salida, el ingreso y la permanencia en el país de destino, o que han pasado por el proceso de obtención de la documentación después del ingreso, pueden obtener un empleo formal y, por lo tanto, inscribirse en el sistema tributario o recibir servicios bajo el sistema nacional subsidiado para personas no aseguradas.^{9,10} No obstante, a partir de marzo de 2021 (antes del inicio de este estudio), el 56% de los 1,7 millones de venezolanos que vivían en Colombia en ese momento tenían un estatus migratorio irregular,¹¹ es decir, no tenían la residencia legal en Colombia. Estas personas no pueden acceder a un empleo formal y, por lo tanto, no pueden acceder al sistema de seguro médico para trabajadores y no son elegibles para el sistema subsidiado.^{9,10} Esto también incluye el acceso al tratamiento del VIH para las personas que viven con el VIH, algunas de las cuales pueden haber migrado a Colombia debido a la escasez de suministros relacionados con el tratamiento antirretroviral y otros cuidados del VIH en Venezuela.¹²

Las donaciones de medicamentos para tratar el VIH han hecho que el tratamiento esté disponible independientemente del estatus migratorio en Cúcuta, una ciudad fronteriza de Colombia con muchos venezolanos que viven allí o que cruzan la frontera temporalmente para acceder al tratamiento, y más recientemente en Bogotá.^{13,14} En otras zonas del país, las opciones de tratamiento para los migrantes y refugiados con estatus migratorio irregular son limitadas, aunque varias organizaciones ofrecen pruebas de detección del VIH y otros servicios de salud y apoyo para los migrantes y refugiados venezolanos. Recientemente, el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETP), el cual entró en vigor en 2021, debía proporcionar protección legal y, por lo tanto, acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales para unos 800.000 venezolanos con estatus migratorio irregular en Colombia.⁷ No existen estimaciones basadas en la población sobre los indicadores de salud y el VIH, pero son necesarias para que los programas de salud pública y la respuesta humanitaria se realicen con base en datos. Se necesitan estimaciones de la carga viral del VIH y otros indicadores de salud que inyecten datos en la elaboración de planes de distribución de tratamiento para futuras donaciones de medicamentos,¹⁵ los programas para el VIH y las políticas de salud pública.

La encuesta bioconductual denominada Bienestar de Venezolanos quienes son Inmigrantes y Refugiados (Proyecto BIENVENIR), se realizó entre adultos venezolanos migrantes y refugiados en cuatro urbes de Colombia. El objetivo principal de este estudio fue estimar la prevalencia del VIH entre los venezolanos adultos en dos sitios (que cubren dos ciudades vecinas por sitio) que han llegado y residen en Colombia desde 2015. Dada la falta de información sobre los medios de vida en general, la salud, las experiencias de desplazamiento y las experiencias de discriminación y violencia, se recopiló información adicional en estos dominios observando su relación con el VIH como determinantes sociales y estructurales de la salud, así como para informar a los servicios locales de salud y humanitarios.

MÉTODOS

Este estudio se diseñó e implementó por medio de un modelo de asociación comunitaria-académica-política, el cual entregó una experiencia integral en todos los aspectos del estudio. Entre los colaboradores se encontraban Red Somos, una organización de base comunitaria que presta apoyo en materia de VIH y servicios jurídicos a los migrantes y refugiados venezolanos en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y la institución de investigación académica Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

Los adultos venezolanos que emigraron desde 2015 y que vivían en las áreas metropolitanas de Bogotá, Soacha, Barranquilla o Soledad fueron muestreados por medio de un muestreo dirigido por el participante (RDS, siglas en inglés de *respondent-driven sampling*), un método de muestreo de remisión en cadena no probabilístico.¹⁶ El tamaño de la muestra objetivo para la inscripción en el RDS fue de 6.200 participantes, lo cual permitió detectar la prevalencia del VIH en cada sitio con un margen de error del 0,005. La elegibilidad se restringió a un miembro por hogar, así como a personas que no tuvieran planes inmediatos de salir de Colombia (es decir, los caminantes, que son los que pasan por Colombia hacia otro país, y los pendulares, que son venezolanos que residen en Venezuela y viajan a Colombia a diario o con regularidad, no eran elegibles para participar).

Los participantes completaron encuestas socioconductuales y pruebas rápidas de detección dual de VIH/sífilis. El SD BIOLINE HIV/Syphilis Duo tiene una sensibilidad del 99,8% y una especificidad del 100% para la detección de anticuerpos contra el VIH y una sensibilidad del 90% y una especificidad del 99,9% para la detección de anticuerpos contra el *Treponema pallidum*.¹⁷ Se realizaron pruebas confirmatorias de laboratorio mediante Western Blot, recuento de CD4 y mediciones de la carga vírica para los participantes con una prueba de VIH reactiva de acuerdo con las directrices nacionales de pruebas de VIH.¹⁸ A los participantes con una prueba rápida de treponema se les proporcionó una prueba de reagina plasmática rápida (RPR) de laboratorio y un título para confirmar la infección por sífilis. A los participantes diagnosticados con VIH o sífilis se les dio asesoría posterior a la prueba con servicios médico-legales integrados para entregar asistencia legal para el acceso sostenido al tratamiento a través del sistema nacional de salud y se les vinculó a la atención. La implementación del estudio fue dirigida por Red Somos. La recolección de datos se inició el 28 de julio de 2021 en Bogotá, el 31 de julio de 2021 en Soacha, el 10 de agosto de 2021 en Barranquilla y el 18 de agosto de 2021 en Soledad. Los participantes se inscribieron hasta febrero de 2022, y el seguimiento final de los participantes con diagnóstico de VIH y/o sífilis se completó a fines de marzo de 2022.

Los datos se revisaron periódicamente a fin de minimizar el sesgo y la falta de datos, así como para verificar que se cumplieran los supuestos en los que se basaba la estimación del RDS. Se usaron estadísticas descriptivas para señalar las características de la muestra y generar estimaciones basadas en la población (ponderadas por el RDS) por medio del estimador de Volz-Heckathorn.¹⁶ Se usaron modelos de regresión logística multivariable para identificar los correlatos de la infección por VIH. Entre los participantes que vivían con la infección por el VIH (previamente diagnosticados o no diagnosticados), llevamos a cabo un análisis descriptivo adicional para estimar la proporción previamente diagnosticada, comprometida con el cuidado del VIH, actualmente en tratamiento ARV y viralmente suprimido para elaborar estimaciones de la continuidad de la atención del VIH de los venezolanos que viven con el VIH en Colombia. Se usaron modelos de regresión logística penalizada para identificar los correlatos de la supresión viral (ARN del VIH <1.000 copias/mL) entre las personas que viven con el VIH. Las estimaciones de la población que no estaban estratificadas por sitio, así como los modelos de regresión multivariable, incorporaron un diseño de encuesta complejo para considerar la agrupación dentro de los estratos del sitio.

Esta sección del Resumen Ejecutivo ofrece un breve resumen de los resultados del estudio, mientras que las tablas detalladas y los resultados del estudio se presentan en su totalidad en los siguientes capítulos.

RESULTADOS

En total, se reclutaron 6.506 personas mediante RDS, de las cuales 6.221 eran elegibles y consintieron en participar y componer la muestra analítica. Los participantes fueron distribuidos uniformemente en las cuatro ciudades. Las mujeres representaron el 65% de la población del estudio y fueron más propensas a inscribirse que los hombres (34%) y los participantes transexuales o no binarios (1%). La mayor inscripción de mujeres que de hombres se explicó anecdóticamente por la restricción de la inscripción a un miembro de la familia por hogar y por las normas de género asociadas a las expectativas de trabajo y participación en los servicios sanitarios (y, por extensión, en la investigación) dentro de una asociación. En general, los participantes fueron una población relativamente joven, con una edad media de 32 años (rango intercuartil [IQR]: 26-41 años de edad).

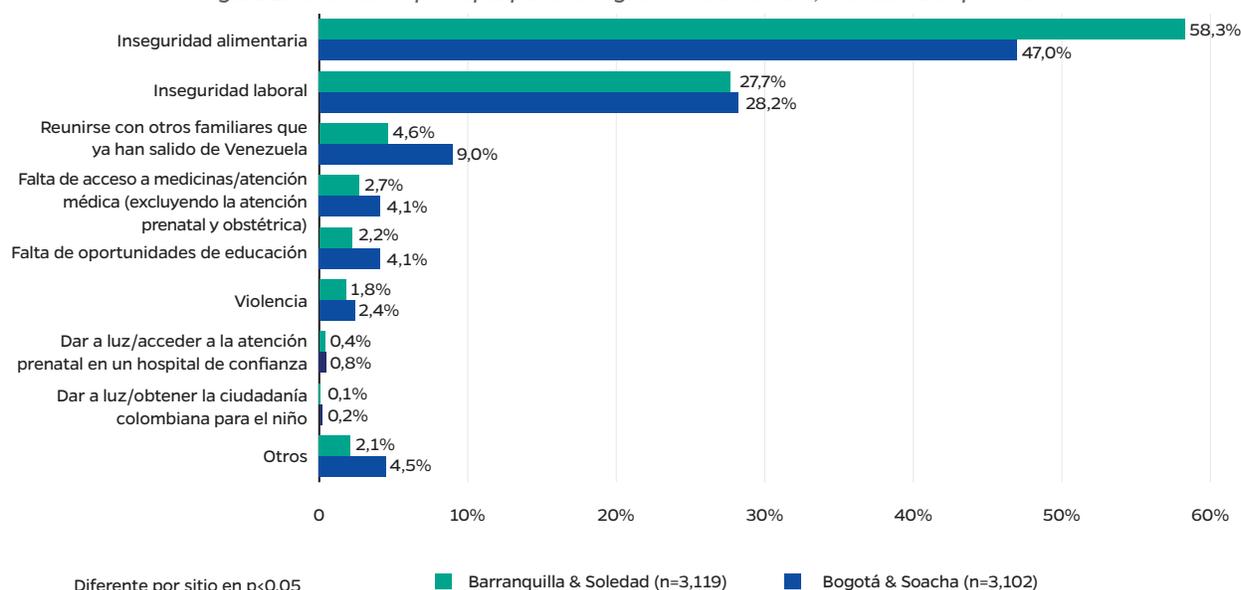
Demografía y desplazamientos: La migración se intensificó en el año 2017 y alcanzó su punto máximo en el periodo 2018-2019, motivada principalmente por la inseguridad alimentaria y laboral. El acceso a la atención sanitaria o a dar a luz no fue una de las principales motivaciones de la migración reportadas con frecuencia (Figura 2). Casi dos tercios de los migrantes y refugiados entraron en Colombia a través de cruces fronterizos informales, la mitad viajó con alguna parte de su familia y el 40% viajó solo.

Los impactos del desastre económico en Venezuela se reflejaron en un nivel educativo incompleto (20% que completó la primaria o menos), altos niveles de desempleo o trabajo informal en Colombia y bajos ingresos. Aunque la inseguridad alimentaria fue una de las principales motivaciones para la migración, más del 90% de los refugiados y migrantes venezolanos cumplían con la clasificación de seguridad alimentaria baja y muy baja en Colombia en el momento del estudio. El 71% de los migrantes y refugiados tenían un estatus migratorio irregular y estos individuos experimentaron frecuentemente más dificultades, como inseguridad alimentaria, menor nivel educativo y menor empleo durante su estancia en Colombia, en comparación con los que tenían un estatus migratorio regular.



FUENTE: ADOBE STOCK

Figura 2: Motivación principal para la migración a Colombia, estratificada por sitio



Salud general: Aproximadamente la mitad de los migrantes y refugiados tuvieron un IMC (índice de masa corporal) consistente con el sobrepeso o la obesidad (definido como ≥ 25) basado en la altura y el peso autodeclarados. La prevalencia del índice de masa corporal bajo ($\leq 18,5$) fue inferior al 10% en general, pero ligeramente más común entre las personas con estatus migratorio irregular. Entre las mujeres sexualmente activas, el 52% reportó que actualmente usa métodos anticonceptivos y más del 28% reportó un embarazo desde que llegó a Colombia. La salud reproductiva y la atención prenatal no fueron generalmente diferentes según el estatus migratorio en términos de actividad sexual, número de nacimientos o uso de anticonceptivos. No obstante, las mujeres con estatus migratorio regular también reportaron marginalmente más visitas de atención prenatal durante su embarazo más reciente en Colombia.

Más del 25% de los inmigrantes y refugiados sospecharon que tenían la infección por COVID-19 en algún momento, basándose en los síntomas y la exposición. Esta sospecha es más frecuente entre las personas con un estatus migratorio regular, que también accedieron con más frecuencia a las pruebas de COVID-19, en comparación con las personas con un estatus migratorio irregular, a pesar de que no hay diferencias en el resultado de la prueba según el estatus migratorio. El 48% informó de que se había vacunado al menos una vez contra el COVID-19, lo que era más frecuente entre los migrantes y refugiados con estatus regular que en situación irregular (55% frente a 44%). Para los migrantes y refugiados irregulares, su estatus migratorio fue la barrera más común para la vacunación, mientras que los conflictos con el trabajo y la imposibilidad de registrarse para recibir la vacuna fueron las barreras más citadas para la vacunación entre los migrantes y refugiados regulares. A pesar de los problemas de salud y los desafíos sociales y estructurales, los migrantes y refugiados informaron en general de altos niveles de estado de salud, con más de tres cuartas partes de la muestra informando de una salud “buena, muy buena o excelente”, sin diferencias de acuerdo al estatus migratorio.

Salud mental y conductual: Más del 20% de los inmigrantes y refugiados informaron de síntomas indicativos de ansiedad y/o depresión moderada o grave y el 21% informaron de síntomas consistentes con un trastorno por consumo de alcohol peligroso o activo. La prevalencia de síntomas indicativos de la ansiedad/depresión fue diferente en todos los sitios, con niveles más altos en Barranquilla y Soledad que en Bogotá y Soacha (29% frente a 16%).

Conductas sexuales e infección por VIH: Casi todos los refugiados y migrantes eran sexualmente activos (96%), con un número medio de una pareja sexual en los últimos 12 meses y casi un tercio informó del uso del preservativo en la última relación sexual. Las poblaciones clave en riesgo de contraer el VIH representaban el 7% de los migrantes y refugiados en general. Esto incluía a los que declararon haber pagado por sexo a lo largo de su vida (1%), sexo transaccional a lo largo de su vida (2%) y uso de drogas inyectables a lo largo de

su vida (2%) entre todos los migrantes y refugiados, así como parejas sexuales del mismo sexo a lo largo de su vida entre los hombres (12%). Casi la mitad no conocía el estado de VIH de su pareja sexual, lo que fue más comúnmente reportado por las mujeres, las personas que residen en Barranquilla y Soledad, y las personas con estatus migratorio irregular, en comparación con sus contrapartes. Solo la mitad de los migrantes y refugiados declararon haberse hecho alguna vez la prueba de VIH, lo cual fue mayor entre quienes vivían en Bogotá y Soacha (56%) en comparación con Barranquilla y Soledad (47%). La historia de la prueba del VIH se reportó más comúnmente entre las mujeres y probablemente se le atribuyó a la prueba durante la atención prenatal. El uso de la profilaxis post-exposición (PEP) y de la profilaxis pre-exposición (PrEP) fue bajo.

La prevalencia del VIH confirmada por laboratorio entre los migrantes y refugiados fue igual a 0,9% (CI 95%: 0,6-1,4) en general y osciló entre 0,8% en Bogotá y Soacha (CI 95%: 0,4-1,5) y 1,2% (CI 95%: 0,7-2,0) en Barranquilla y Soledad (Tabla 1). La prevalencia fue marginalmente mayor entre los hombres (1,6%; CI 95%: 0,9-2,6) que entre las mujeres (0,6%; CI 95%: 0,2-1,2), aunque con intervalos de confianza superpuestos. Suponiendo una prevalencia estable del VIH entre los migrantes y refugiados y un tamaño de la población de 2.477.588 refugiados y migrantes en Colombia, sobre la base de las estimaciones de migración de septiembre de 2022 que incluye todos los estados de migración,² esto equivaldría a 22.298 (CI 95%: 14.865 – 34.686) migrantes y refugiados que viven con el VIH en Colombia y que requieren acceso continuo al tratamiento.

Tabla 1: Estimaciones de prevalencia del VIH

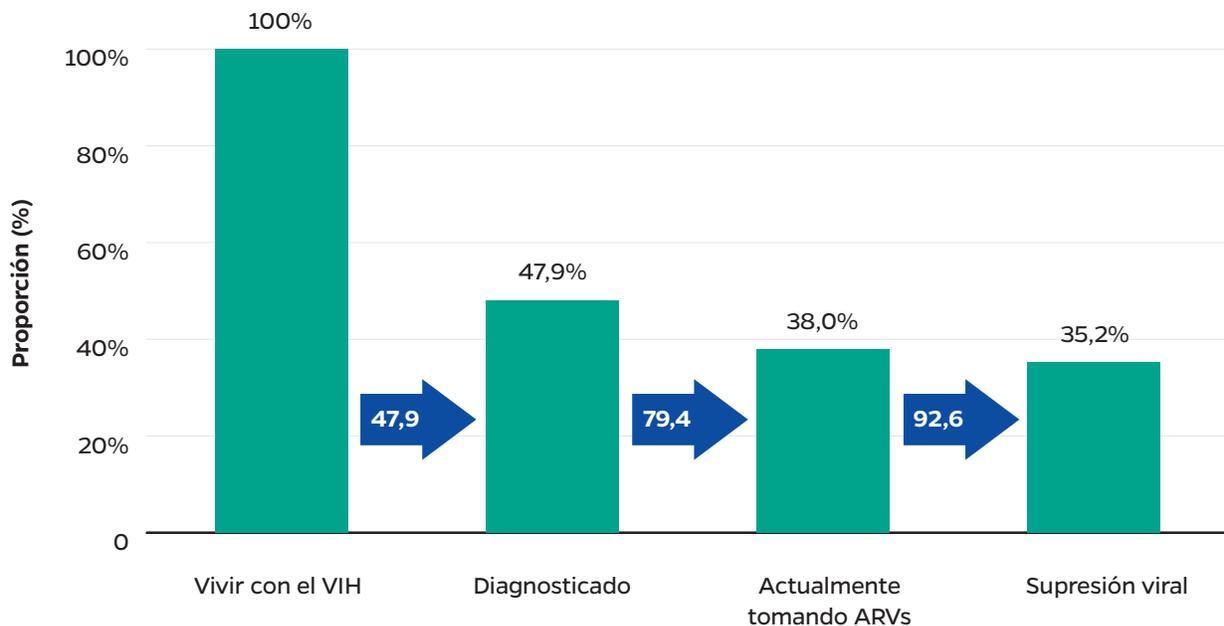
	Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI:
Muestra completa de prevalencia del VIH (N=6220)	71	1,1	0,9	(0,6-1,4)
Sitio**				
Bogotá & Soacha (n=3102)	28	0,9	0,8	(0,4-1,5)
Barranquilla & Soledad (n=3118)	43	1,4	1,2	(0,7-2,0)
Edad				
18 a 29 años (n=2,470)	29	1,2	0,8	(0,5-1,4)
30 a 39 años (n=1,978)	26	1,3	1,1	(0,6-2,2)
40 a 49 años (n=1,024)	9	0,9	0,4	(0,2-0,9)
50 años o + (n=748)	7	0,9	1,5	(0,3-6,6)
Género*				
Hombre (n=2,123)	41	1,9	1,6	(0,9-2,6)
Mujer (n=4,046)	26	0,6	0,6	(0,2-1,2)
Transgénero o No binario (n=47)	4	8,5		
Estatus migratorio				
Regular	26	1,5	1,4	(0,8-2,5)
Irregular	45	1,0	0,7	(0,4-1,4)
Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (n=207)*	23	11,1	9,5	(4,9-17,7)
Alguna vez pagó por sexo * (n=82)	3	3,7	2,2	(0,6-7,7)
Sexo transaccional alguna vez en la vida * (n=106)	7	6,6	3,2	(1,3-7,4)
Uso de drogas inyectables alguna vez en la vida (n=130)	3	2,3	0,8	(0,2-2,7)
Población clave * (n=407)	27	6,7	6,4	(3,5-11,5)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; CI95%: intervalo de confianza del 95%; *Significativamente diferente del grupo de referencia o entre categorías a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; Ref: grupo de referencia no mostrado; Población clave definida como individuos que se identifican como transgénero o no binarios que tienen sexo con hombres, son hombres que tienen sexo con hombres, declaran haber tenido sexo transaccional alguna vez, o declaran haber usado drogas inyectables alguna vez.

La prevalencia del VIH en la población no se calculó para los participantes identificados como transexuales y no binarios debido al escaso número de ellos (n=47). No obstante, la carga viral del VIH fue elevada en este grupo, con un 8,5% (4/47) identificados como infectados por el VIH. La prevalencia del VIH se estimó en un 6% entre los grupos de población clave, incluidos los migrantes y refugiados que declararon haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida, el uso de drogas inyectables, los transexuales que tienen relaciones sexuales con hombres y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En particular, todos los grupos de población clave con VIH fueron hombres que tenían relaciones sexuales con hombres o personas transgénero/no binarias, aunque varios de ellos también informaron de otras conductas de riesgo de adquisición del VIH, como el uso de drogas inyectables o sexo transaccional. No hubo diferencias en el estado del VIH según la situación migratoria ni el año de migración.

Respecto a los resultados del VIH, el descenso más significativo en el continuo de la atención del VIH se observa con el diagnóstico, en el que solo el 48% de las personas que viven con el VIH habían sido previamente diagnosticadas (Figura 3). La falta de conocimiento del propio estado repercute entonces en todas las etapas posteriores del continuo. El 79% de las personas diagnosticadas alguna vez estuvieron actualmente en tratamiento y el 92,6% de las que estaban en tratamiento tenían supresión viral (ARN del VIH-1 <1.000 copias/mL). No obstante, en general, esto representa el 35,2% de las personas que viven con el VIH que estuvieron suprimidas viralmente. El 29% de las personas que viven con el VIH tenían una carga viral indetectable (ARN del VIH-1 <50 copias/mL).

Figura 3: Continuidad de la atención al VIH entre los participantes con infección por VIH confirmada por laboratorio (n=71)



Se usó un modelo de regresión logística multivariable penalizada para identificar los correlatos de la supresión viral (ARN del VIH-1 <1.000 copias/mL) entre los participantes que vivían con el VIH (n=71; Tabla 2). En el modelo multivariable, tener un estatus migratorio irregular comparado con un estatus regular fue asociado con un 70% de probabilidades reducidas de supresión viral (razón de probabilidades ajustada [aOR]: 0,3; IC 95%: 0,1-0,9), mientras que tener una última prueba de VIH en Colombia, comparada con Venezuela, fue asociado con un 90% de probabilidades reducidas de supresión viral (aOR: 0,1; IC 95%: 0,0-0,5). De igual forma, quienes nunca se hicieron la prueba del VIH tuvieron un 80% menos de probabilidades de supresión viral, en comparación con quienes se hicieron la última prueba en Venezuela. La declaración de conductas o la identidad asociada a una población clave y el uso de servicios humanitarios en Colombia se relacionaron con la supresión viral a nivel bivariado, pero dejaron de hacerlo en los modelos multivariados. El género, el tiempo transcurrido desde la migración, el sitio, la edad, los ingresos, la seguridad alimentaria y el IMC no fueron asociados con la supresión viral en los modelos bivariados o multivariados.

Tabla 2: Correlación de la supresión viral

	OR	95%CI	valor p	aOR	95%CI	valor p
Estatus migratorio irregular (Ref: Regular)	0,2	(0,1-0,6)	0,004	0,3	(0,1-0,9)	0,026
Población clave (Ref: Población general)	3,0	(1,1-7,9)	0,029			
País de las últimas pruebas de VIH (Ref: Venezuela)						
Colombia	0,2	(0,0-0,7)	0,015	0,1	(0,0-0,5)	0,008
Nunca se realizó la prueba	0,2	(0,1-0,5)	0,003	0,2	(0,1-0,8)	0,018
Usó servicios humanitarios (Ref: No usó)	2,7	(0,9-7,6)	0,063			

Nota: OR: cociente de probabilidades; aOR: cociente de probabilidades ajustado calculado mediante un modelo de regresión multivariable penalizado para denominadores pequeños; los modelos finales se ajustan con base en las estadísticas de bondad de ajuste y se comprueba la colinealidad.

Antecedentes de ITS y de infección por sífilis actual: En general, el 3% de los migrantes y refugiados informaron de un diagnóstico de ITS a lo largo de su vida, entre los cuales el 81% recibió tratamiento en Colombia o Venezuela.

La infección por sífilis confirmada por laboratorio, determinada por la prueba treponémica rápida y la RPR basada en laboratorio, entre los migrantes y refugiados fue del 5,0% (IC95%: 4,1-6,0) y no fue diferente según el sitio o el estatus migratorio. La sífilis se presentó ligeramente superior entre los hombres (6,5%) respecto a las mujeres (4,1%). Entre la muestra de participantes identificados como transgénero y no binarios, el 14,9% (no ponderado) fue identificado con infección por sífilis. La prevalencia de la sífilis se estimó en un 15,2% entre las poblaciones clave en general y hasta un 18,2% entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Discriminación y victimización por violencia: Usando la escala de Discriminación Diaria¹⁹, casi el 50% de los migrantes y refugiados declararon haber experimentado al menos una forma de discriminación algunas veces al año o con una frecuencia mayor. El 90% atribuyó estas experiencias a su situación migratoria.

En general, el 12% de los migrantes y refugiados sufrieron violencia mientras vivían en Colombia, la que en la mayoría de los casos incluyó abuso psicológico, violencia física, explotación sexual y violencia sexual. Las estimaciones de la prevalencia de la violencia fueron diferentes en los distintos sitios y géneros, al igual que las personas que declararon haber perpetrado la violencia. Por lo general, las mujeres declararon con más frecuencia que sus parejas íntimas habían ejercido la violencia, mientras que los hombres declararon con más frecuencia que la policía, grupos armados y desconocidos habían ejercido la violencia. Las personas con estatus migratorio regular señalaron con más frecuencia a los empleadores como autores de todas las formas de violencia, en comparación con las personas con estatus irregular.

Dificultades y uso de los servicios humanitarios: La inmensa mayoría de los migrantes y refugiados (95%) declararon haber sufrido algún tipo de dificultad material mientras vivían en Colombia, la cual principalmente incluía dificultades económicas (50%), inseguridad alimentaria (20%) e inestabilidad en la vivienda (16%). A pesar de estas dificultades, solo el 17% de los migrantes y refugiados declararon haber usado los servicios humanitarios. Entre quienes usaron estos servicios, a menudo se incluyó la asistencia alimentaria (60%), el apoyo para acceder a los servicios sanitarios nacionales (33%), la asistencia sanitaria (28%) y la asistencia jurídica (18%). No hubo diferencias en el uso general de los servicios humanitarios en distintos sitios, aunque el tipo y el proveedor de los servicios difirieron entre ellos.

Los migrantes y refugiados en situación regular tuvieron más probabilidades de haber informado del uso de servicios humanitarios en comparación con los que estaban en situación irregular, aunque aun menos de uno de cada cinco informó de que había usado dichos servicios. En comparación con los migrantes y refugiados irregulares, los migrantes y refugiados regulares tuvieron más probabilidades de haber informado del uso de la asistencia legal o de registro, así como de la asistencia para acceder a los servicios nacionales de salud, así como de los servicios prestados por el Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), lo que en conjunto puede explicar su obtención exitosa del estatus de migración regular.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Mediante este estudio se logró inscribir a más de 6.200 migrantes y refugiados que viven en dos entornos urbanos de Colombia en un plazo de ocho meses. El éxito de la implementación se atribuye a la confianza de la comunidad en la organización que implementa la investigación de campo, el apoyo al proceso legal para garantizar la vinculación y el acceso sostenido a la atención de las personas diagnosticadas con VIH o sífilis, independientemente de su estatus migratorio, y el uso de la metodología RDS que aprovecha las redes sociales dentro de las poblaciones que carecen de marcos de muestreo. La metodología RDS ofrece la ventaja añadida de producir estimaciones teóricamente sin sesgo que se acercan a las estimaciones de la población y superan las limitaciones asociadas a otros enfoques de muestreo de conveniencia y a las estimaciones del VIH generadas a través de programas de pruebas.

La distribución de la edad y el momento de la llegada que aquí se informa generalmente reflejan lo que informan las agencias de migración para los venezolanos que viven en Colombia²⁰. No obstante, nuestros hallazgos también destacan las vulnerabilidades sociales y estructurales, incluyendo el bajo nivel educativo, los bajos niveles de empleabilidad formal y, por lo tanto, las dificultades materiales, incluyendo los bajos ingresos, la inseguridad alimentaria y la inestabilidad de la vivienda. Esto probablemente refleja los impactos a largo plazo de la crisis financiera en Venezuela, pero también los retos inmediatos a los que se enfrentan los venezolanos en Colombia. Por ejemplo, la inseguridad alimentaria fue la razón más común para la migración desde Venezuela. Sin embargo, la inseguridad alimentaria fue la segunda dificultad más común reportada en Colombia, después de las dificultades financieras.

Hasta donde sabemos, no hay estimaciones de discriminación y violencia reportadas para refugiados o migrantes venezolanos ni para adultos de todos los géneros en Colombia. Encontramos que el 50% de los venezolanos experimentó discriminación y el 12% experimentó alguna forma de violencia psicológica, física o sexual mientras residía en Colombia, lo que puede sugerir la existencia de tensiones sociales entre la comunidad de acogida y la migrante, así como el estrés del desplazamiento dentro de las familias y las relaciones íntimas. Dada la vulnerabilidad social de las poblaciones migrantes, en general, nuestras estimaciones pueden ser más bajas de lo esperado, pero pueden explicarse por la reputación del país de acoger a los venezolanos. No obstante, nuestra investigación formativa y cualitativa encontró evidencias de tensiones más recientes asociadas a la pandemia del COVID-19 y a los impactos económicos, y puede reflejar un cambio en el sentimiento público hacia los venezolanos, el cual puede traducirse en un aumento de la discriminación y/o la violencia en un futuro próximo. Diez por ciento de las mujeres refugiadas y migrantes reportaron experiencias de violencia mientras vivían en Colombia. Aunque no es directamente comparable, esto es similar a las estimaciones nacionales de la violencia de pareja de toda la vida y de los últimos 12 meses reportadas para las mujeres que alguna vez estuvieron en pareja en Venezuela (19% y 8%, respectivamente) y Colombia en 2018 (20% y 12%, respectivamente)²¹. Es posible que la separación de las parejas y las familias durante la migración pueda resultar en menores reportes de violencia íntima e intrafamiliar. Estas formas de violencia también pueden estar infradeclaradas debido al estigma o a la clasificación errónea de forma de violencia menos graves.

En cuanto a los indicadores de salud, el estado de salud autodeclarado entre los migrantes y refugiados fue generalmente alto y puede reflejar la hipótesis conocida como el “efecto del migrante sano”, en el que los migrantes suelen estar más sanos que las comunidades de acogida en una serie de indicadores de salud.²² Otros estudios han apoyado esa hipótesis, aunque también han demostrado que la salud tiende a declinar con la duración de la estancia, normalmente como resultado de las bajas condiciones de vida y de trabajo.²² De hecho, los indicadores de salud mental y conductual de los migrantes y refugiados venezolanos en este estudio fueron notables. Las puntuaciones medias de salud mental en el PHQ-4 entre los migrantes y refugiados fueron considerablemente más altas que las reportadas previamente para la población colombiana en 2014 (3,3 frente a 1,3),²³ con una quinta parte de los migrantes y refugiados reportando síntomas de ansiedad o depresión. La aceptación de las pruebas y la vacunación contra el COVID-19 fue baja, especialmente entre los migrantes irregulares y los refugiados. En particular, esta diferencia por estatus migratorio puede reflejar los criterios de elegibilidad para la vacunación contra el COVID-19, lo cual se interpretó como restringida a los ciudadanos colombianos y a los migrantes/refugiados con estatus regular; los mensajes de salud pública cambiaron en octubre de 2021 para aclarar que las vacunas estaban disponibles para los migrantes y refugiados con estatus irregular. Por último, el 5% de los migrantes y refugiados

presentaron infección por sífilis confirmada por laboratorio. Estas estimaciones son mucho más altas que la prevalencia estimada del 0,7% entre los adultos colombianos en 2016,²⁴ aunque los casos de sífilis han aumentado en el país y en la región desde entonces.²⁵ La alta prevalencia de la sífilis plantea preocupaciones por los riesgos asociados a la sífilis no tratada, la sífilis congénita, entre otros riesgos para los recién nacidos, y la transmisión de la infección.

También cabe destacar la prevalencia del VIH. Las estimaciones de VIH en la población rozaron el 1% (prevalencia global de la población: 0,9%; IC 95%: 0,6-1,4) y fueron más altas en Barranquilla y Soledad (1,2%) que en Bogotá y Soacha (0,8%). La prevalencia del VIH fue del 5% entre las poblaciones clave. La prevalencia del VIH en la población fue más alta que la reportada para Venezuela (0,5%)²⁶ y la observada en Colombia (0,5%).²⁷ El bajo compromiso a lo largo del continuo de atención del VIH, comenzando con un bajo diagnóstico del VIH y, en última instancia, con bajos niveles de supresión viral, señala la necesidad de incrementar la aceptación de las pruebas del VIH y apoyar el compromiso a largo plazo y consistente en la atención para mejorar los resultados de salud individuales, así como para prevenir la transmisión de la infección. Las estimaciones aquí reportadas para los migrantes y refugiados venezolanos se acercan a las definidas desde hace tiempo por ONUSIDA y la OMS como una epidemia generalizada²⁸ y destacan la importancia de mejorar el acceso y la aceptación de la prevención y atención del VIH entre los migrantes y refugiados venezolanos en Colombia. Estos resultados ponen de relieve y apoyan la orientación anterior de que los migrantes y refugiados no son poblaciones clave y los servicios para los migrantes y refugiados no deben proporcionarse a través de programas para poblaciones clave, sino que deben incorporarse a través de programas para la población acogida y a través de los programas humanitarios.²⁹ Dado que la carga viral del VIH fue más alta entre las poblaciones clave, los programas que atienden a las poblaciones clave deben seguir recibiendo apoyos, si fuese posible, mejoras, para proporcionarles servicios a las poblaciones clave, independientemente de la nacionalidad o el estatus migratorio.

Este estudio también identificó notables disparidades según la situación migratoria y la residencia geográfica. El historial clínico y el uso de los servicios sugieren una menor disponibilidad o acceso en Barranquilla y Soledad. Las dificultades financieras fueron las más reportadas en ambos sitios, pero fueron más comunes en Barranquilla y Soledad, mientras que la inseguridad alimentaria y de vivienda fueron las más reportadas en Bogotá y Soacha. Las diferencias se refieren en general al mayor costo de la vida asociado a Bogotá, pero también a la menor disponibilidad de servicios en Barranquilla y Soledad, en comparación con Bogotá y Soacha. Las diferencias entre los sitios también pueden reflejar las diferencias en la situación migratoria de los venezolanos que viven en los dos sitios.

Los refugiados y migrantes venezolanos con estatus migratorio irregular se enfrentaron a una serie de vulnerabilidades sociales, estructurales y sanitarias, en comparación con los que tenían un estatus migratorio regular. El estatus migratorio irregular se asoció con un menor nivel educativo, de empleo, de ingresos, de seguridad alimentaria, de índice de masa corporal y con mayores niveles de depresión y ansiedad, lo que en conjunto puede reflejar el acceso legal al empleo y a otros servicios básicos. Los bajos niveles de uso del preservativo, de conocimiento del estatus de la pareja, de infección por VIH diagnosticada y de supresión viral entre las personas en situación migratoria irregular reflejan la falta de acceso a la cobertura de los servicios de salud y de VIH que están vinculados a la situación migratoria legal. La atención prenatal está disponible independientemente del estatus migratorio, pero observamos un menor número de visitas prenatales entre las mujeres en situación irregular, lo que probablemente refleja otras barreras que pueden estar asociadas con la educación o la discriminación. Inexplicablemente, las personas en situación migratoria irregular también tuvieron menos probabilidades de acceder a los servicios humanitarios. A pesar de estas diferencias, los indicadores sanitarios, sociales y estructurales fueron pobres entre los refugiados y migrantes venezolanos, en general. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de mejorar el acceso a los servicios, además de apoyar a los migrantes y refugiados para que conozcan los derechos y los servicios, sobre todo en el caso de las personas con menor nivel de alfabetización y educación. Para quienes están en situación irregular, los métodos para facilitar el registro para el Permiso de Protección Temporal mejorarían el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales para unos 800.000 venezolanos en Colombia.⁷

Los resultados del estudio sugieren múltiples oportunidades de intervención. Este informe concluye con recomendaciones para los programas y la política de salud pública para apoyar el mejoramiento de la salud y el bienestar de los venezolanos que viven en Colombia.

Antecedentes



Antecedentes

CONTEXTO DE LA MIGRACIÓN Y RESULTADOS DE SALUD ENTRE LOS VENEZOLANOS

La crisis económica y la inestabilidad política en la República Bolivariana de Venezuela Ha provocado una migración masiva en el continente americano. Más de 7 millones de migrantes y refugiados venezolanos han sido desplazados en todo el mundo, con casi 6 millones que permanecen en la región de América Latina y el Caribe, a partir de septiembre de 2022.² Esto representó el mayor desplazamiento humano externo experimentado en América y fue el segundo más grande a nivel mundial a partir de 2021.^{3,4} Colombia recibe actualmente el mayor número de refugiados y migrantes venezolanos en la región. En septiembre de 2022, aproximadamente 2,5 millones vivían en Colombia.^{2,4,8-10}

La emergencia humanitaria ha sido asociada con el deterioro de las infraestructuras sanitarias y el empeoramiento de los resultados de salud entre los venezolanos que viven en el país, así como entre los desplazados a los países vecinos.¹¹ Los contextos de gran movilidad humana, especialmente cuando se produce principalmente fuera de los canales formales de migración o humanitarios, pueden (o no) cambiar la dinámica de transmisión de enfermedades infecciosas tanto para las comunidades receptoras como para los propios migrantes, dependiendo de numerosos factores. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado los problemas de salud pública y ha puesto a prueba la capacidad de los países receptores para satisfacer las necesidades sanitarias de los migrantes y refugiados venezolanos.^{12,13}

ACCESO A SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH EN VENEZUELA Y PARA LOS MIGRANTES Y REFUGIADOS EN COLOMBIA

Se desconoce en gran medida la epidemiología del VIH y el estado de salud de los venezolanos que viven en los países vecinos. Las deficiencias en el diagnóstico y el tratamiento del VIH en Venezuela desde 2015 han limitado la disponibilidad de estimaciones fiables de la carga del VIH. En 2018, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que 69.308 personas que viven con el VIH, el 87% de las cuales estaban registradas para recibir antirretrovirales (ARV), no los estaban recibiendo debido a la escasez de medicamentos en todo el país.¹⁴ Una respuesta coordinada dirigida por la OPS ha mejorado la cobertura de ART,¹⁵ aunque el diagnóstico, el tratamiento y la supresión siguen estando por debajo de los niveles óptimos. ONUSIDA estima que 100.000 personas vivían con el VIH en Venezuela en 2020, con el 71% de las personas que viven con el VIH (PVVS) diagnosticadas, y el 55% de las diagnosticadas recibiendo ART.¹⁶ No hay datos disponibles sobre las tasas de supresión virológica.¹⁶ Menos de un tercio (30%) de las mujeres embarazadas que viven con el VIH habían recibido ARV para la prevención de la transmisión materno-infantil.¹⁶

El acceso al tratamiento del VIH para los venezolanos desplazados en los países receptores es variable y depende de los programas nacionales de salud y de las políticas del país de acogida. Los datos de otros estudios muestran que las poblaciones migrantes, independientemente de la situación o la motivación de la migración, a menudo enfrentan retrasos en la atención y tienen un mayor riesgo de eventos definitorios del SIDA que las poblaciones no migrantes.¹⁷ Las interrupciones del tratamiento, incluido el tratamiento parcial o intermitente, pueden provocar un rebote virológico y aumentar el riesgo de transmisión posterior y de resistencia adquirida.¹¹ Los retrasos en el diagnóstico u otros retrasos en el acceso al tratamiento también pueden provocar una transmisión continua. Estas preocupaciones, junto con un estimado de 25.000 venezolanos que cruzaron la frontera colombiana por día en el apogeo del éxodo,^{18,19} recalcan la importancia de implementar métodos de vigilancia apropiados junto con el acceso al diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para las poblaciones migrantes.

El acceso a los servicios de salud, así como al empleo, la educación, la atención sanitaria y la banca en Colombia depende, en gran medida, de la situación migratoria de cada uno. Las personas con estatus migratorio regular, definido como el ingreso al país a través de vías regulares que se ajustan a las leyes y

regulaciones que rigen la salida, el ingreso y la permanencia en el país de destino, o que han pasado por el proceso de obtención de la documentación después del ingreso, pueden obtener un empleo formal y, por lo tanto, inscribirse en el sistema contributivo o recibir servicios bajo el sistema subsidiado para personas no aseguradas.^{20,21} No obstante, el 56% de los 1,7 millones de venezolanos que se encontraban en Colombia a marzo de 2021 (antes del inicio de este estudio),^{4,22} tenían una situación migratoria irregular, es decir, carecen de estatus legal en Colombia. Estas personas no pueden acceder a un empleo formal y, por lo tanto, no pueden acceder al régimen contributivo, ni son elegibles para el régimen subsidiado.^{20,21} Sin embargo, pueden acceder a los servicios de emergencia y a la atención prenatal. El tratamiento del VIH para los venezolanos en situación migratoria irregular no está disponible a través del sistema nacional de salud, aunque las donaciones de medicamentos han hecho que el tratamiento esté disponible en Cúcuta, una ciudad fronteriza de Colombia donde muchos venezolanos residen o cruzan la frontera temporalmente para acceder al tratamiento, y más recientemente en Bogotá.^{23,24} En otras zonas del país, las opciones de tratamiento para los migrantes y refugiados en situación migratoria irregular son limitadas, aunque varias organizaciones ofrecen pruebas de VIH, servicios de apoyo y prevención para los migrantes y refugiados venezolanos. No existen estimaciones del VIH basadas en la población, pero son necesarias para informar los planes de distribución de tratamiento para futuras donaciones de medicamentos²⁵ y la programación nacional de salud.

TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Las estimaciones de ONUSIDA para Venezuela en 2020 sugieren que la prevalencia poblacional del VIH entre los adultos de 15 a 49 años en Venezuela es de 0,5% (IC 95%: 0,4% - 0,6%) y es similar por género¹⁶. Las estimaciones de prevalencia para adultos en Colombia son similares y se estiman en 0,5% (IC 95%: 0,4% - 0,7%) en 2021, aunque distintas por género (mujeres: 0,2%, IC 95%: 0,2-0,2%; hombres: 0,9%, IC 95%: 0,7%-1,1%).²⁶ No hay una estimación basada en la población para los migrantes y refugiados que viven con el VIH en Colombia, aunque la evidencia anecdótica de los servicios de atención prenatal (ANC) y los proveedores locales sugirió un rango de 0,5% a 1,5% de positividad de la prueba y tan alto como 24% para las poblaciones clave. En particular, se sabe que las tasas de positividad de las pruebas del VIH y de los servicios de atención prenatal son más elevadas que las estimaciones de la población general debido a la inclusión de personas con mayor riesgo de adquisición de oportunidades o que solicitan las pruebas por temor a la exposición. Por lo tanto, se necesitan estimaciones a nivel de población para calcular la carga general del VIH entre los migrantes y refugiados en Colombia y los países vecinos para informar sobre la distribución del tratamiento y los planes de prevención locales y nacionales.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de este estudio fue estimar la prevalencia del VIH entre los venezolanos adultos recién llegados a los entornos urbanos de acogida de Colombia. El estudio fue diseñado para identificar las correlaciones de la infección, así como para proporcionar estimaciones cualitativas del compromiso a lo largo del continuo de atención del VIH entre las PVVS venezolanas. Dada la falta de información sobre los medios de vida en general, la salud, las experiencias de desplazamiento y las experiencias de discriminación y violencia, se recopiló información adicional en estos ámbitos observando su relación con el VIH como determinantes sociales y estructurales de la salud, así como para informar a los servicios sanitarios y humanitarios locales. Las complejas trayectorias migratorias a través de Latinoamérica, así como las intensas tendencias mundiales de migración y desplazamiento que se observan actualmente, sugieren que los resultados del estudio pueden tener una generalización regional y los métodos pueden informar la investigación y la vigilancia mundial de los migrantes y los refugiados, respectivamente.

Métodos



Métodos

Este estudio, conocido localmente como *Bienestar de Venezolanos quienes son Inmigrantes y Refugiados (Proyecto BIENVENIR)*, fue una encuesta socio-conductual transversal para captar las experiencias relacionadas con el historial de desplazamiento, el historial de migración, el acceso a la atención sanitaria, el historial de salud, la salud mental, las experiencias de discriminación y violencia, el acceso a los servicios humanitarios y la participación en el proceso continuo de atención del VIH entre las PVVS.²⁷ El estudio también usó un enfoque híbrido de muestreo y búsqueda de casos, junto con los servicios médico-legales para poner en contacto a las personas con diagnóstico de VIH con el tratamiento y la atención del VIH, independientemente de su situación migratoria. Se llevó a cabo una fase de investigación cualitativa y formativa para evaluar las barreras a la atención del VIH y los servicios de salud en Colombia y para informar sobre los métodos de investigación cuantitativa.

ENTORNO Y MUESTRA

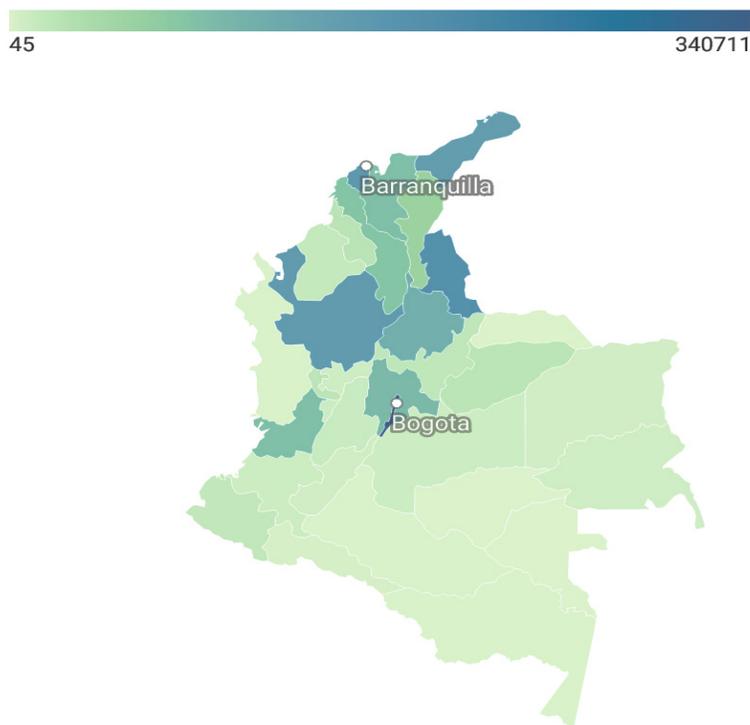
Las actividades de recopilación de datos se realizaron en dos sitios, los cuales abarcan las ciudades vecinas de 1) Bogotá y Soacha, Departamento de Cundinamarca, y 2) Barranquilla y Soledad, Departamento del Atlántico (Figura 4). Las localidades fueron seleccionadas por la distribución y los perfiles heterogéneos de los migrantes y refugiados venezolanos, la accesibilidad a los programas humanitarios y de salud, los planes de distribución de tratamientos y la menor presencia de pendulares, venezolanos que viven en Venezuela, pero que cruzan a Colombia regularmente para acceder a los servicios, y de caminantes, venezolanos que están en tránsito por Colombia hacia otro país. Tomamos la decisión intencional de no realizar un muestreo en Cúcuta, dada la amplia provisión de servicios y tratamiento para los migrantes que viven con el VIH y la alta presencia de pendulares, lo cual pondría un sesgo en las estimaciones para los migrantes y refugiados que siguen residiendo a largo plazo en Colombia.

En el diseño del estudio y el análisis de los datos, las ciudades seleccionadas se acoplaron para crear “sitios” por dos razones. En primer lugar, la estrecha proximidad entre las ciudades acopladas (por ejemplo, Bogotá y Soacha) hace que los residentes se desplacen regularmente entre las ciudades por diversas razones. Esto facilitó la conveniencia para los participantes al permitirles participar en una ciudad donde pueden trabajar o acceder a servicios (por ejemplo, Bogotá) incluso cuando residen en la otra ciudad (por ejemplo, Soacha). En segundo lugar, el tamaño de la muestra se potenció para detectar la prevalencia del VIH dentro de un margen de error específico dentro de cada sitio. Las estimaciones de la muestra y de la población reportadas a lo largo del informe están estratificadas por sitio. No obstante, incluimos las estimaciones de la muestra estratificadas por ciudad de residencia en el Apéndice de este informe.



FUENTE: ADOBE STOCK

Figura 4: Distribución de población de migrantes y refugiados venezolanos en Colombia a 2021
(Fuente: Departamento de Migración).



Todos los venezolanos adultos que habían emigrado recientemente a Colombia eran elegibles para participar. A fin de asegurar la profundidad del reclutamiento en la red de venezolanos, solo un miembro en una familia inmediata era elegible para participar. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Nacionalidad venezolana basada en el autoinforme (no se pidió prueba/documentación de nacionalidad); nacido en Venezuela con base en el autoinforme; mayor de 18 años; haber migrado a Colombia a partir de 2015 o posterior; que residiera actualmente (es decir, que pasara la mayor parte de las noches) en una ciudad del estudio; y que trajera un certificado de estudios válido para realizar la inscripción (excepto los participantes semilla). Quienes tuviesen cualquiera de las siguientes características fueron excluidos de la participación: haber participado anteriormente; tener un familiar inmediato en el mismo hogar que haya participado; residir fuera de Colombia; reportar estar en tránsito por Colombia (es decir, reportar un destino inmediato fuera de Colombia) y/o carecer de capacidad de consentimiento. La doble nacionalidad colombiana u otra doble nacionalidad no afectó la elegibilidad de quienes cumplieran el criterio de la nacionalidad venezolana.

RECLUTAMIENTO

El muestreo dirigido por los encuestados, o RDS, un método de muestreo de referencia en cadena que emplea referencias limitadas dentro de las redes de pares para lograr el tamaño de la muestra objetivo, se utilizó para acumular la muestra del estudio.²⁸ El reclutamiento comenzó con 20 “semillas” (~10 por territorio), individuos con buenas redes de contactos que fueron seleccionados de la población objetivo. Las semillas se seleccionaron deliberadamente por ser muy respetadas e influyentes entre sus compañeros, por tener una red social (conocían al menos a 10 venezolanos fuera de su hogar) y por tener características diversas (por ejemplo, edad, género, residencia geográfica dentro de cada ciudad). Las semillas participaron en todas las actividades del estudio y se les pidió que invitaran a un máximo de cuatro compañeros venezolanos adultos (referenciados) a participar en las actividades del estudio, lo cual constituyó la primera oleada de muestreo. A los referenciados elegibles y participantes se les pidió que refirieran hasta cuatro pares venezolanos más que vivieran en las ciudades del estudio. Los participantes podían referir a compañeros que vivieran en cualquiera de las cuatro ciudades del estudio, independientemente de que fuera diferente de la ciudad en la que residía el compañero que lo refería. Al final de cada visita del estudio, los participantes recibieron una breve formación

sobre cómo distribuir los cupones y remitir a sus compañeros al estudio. Los participantes tenían la opción de usar papel y/o cupones electrónicos a través de SMS o WhatsApp para remitir a sus compañeros. La integración del sistema de gestión de datos permitió enviar recordatorios automáticos via SMS o WhatsApp, según la preferencia, a los participantes para recordarles que debían distribuir los cupones y las próximas visitas del estudio.

Los participantes recibieron una compensación de 30.000 pesos colombianos (aproximadamente 9 dólares estadounidenses) por completar las actividades del estudio. El pago fue en forma de una tarjeta de transporte de 5.000 pesos y una tarjeta de mercado de 25.000 pesos. Además, los participantes recibieron 10.000 pesos (aproximadamente 3 USD) por el reclutamiento de cada compañero elegible, hasta cuatro compañeros (incentivo secundario máximo: 40.000 pesos o aproximadamente 12 USD). Esta compensación consistió en una tarjeta de transporte.

MEDIDAS DE LA ENCUESTA

Las medidas de la encuesta incluyeron dominios individuales, sociales y estructurales, basándose en medidas previamente desarrolladas, según el caso.²⁸⁻⁴³ Los módulos de la encuesta incluyeron los siguientes dominios y se basaron en medidas previamente desarrolladas y validadas, cuando fue posible y relevante para la población: datos demográficos; experiencias de desplazamiento; seguridad alimentaria;⁵⁴ historial de salud, incluidos los síntomas de depresión medidos por el Cuestionario de Salud del Paciente-4 (PHQ-4),^{39,40,44,45} consumo excesivo de alcohol, medido por el Cuestionario de Prueba de Detección de Alcohol (AUDIT-C),^{34,35} y consumo de drogas;⁴¹ síntomas e historial de pruebas de COVID-19; salud reproductiva; conductas sexuales;⁴¹ atención sanitaria; Pruebas, prevención y atención del VIH;^{30,31,41,42} experiencias de victimización por violencia basadas en la herramienta de detección ASIST-GBV desarrollada por el equipo de investigación de la Universidad Johns Hopkins;⁴⁴ discriminación medida mediante la Escala de Discriminación Diaria;³⁶ uso de servicios humanitarios y preguntas sobre el tamaño de la red social usadas para los procedimientos de ponderación del RDS.²⁸ Se incluyeron otros indicadores de salud más allá de las medidas de prevención y atención del VIH con el fin de evaluar el estado de salud general, identificar otros problemas de salud que pueden afectar especialmente a las personas que viven con el VIH (por ejemplo, la desnutrición) y/o identificar las correlaciones de la infección por VIH.

PRUEBAS BIOLÓGICAS

Las medidas biológicas incluyeron la prueba rápida de VIH y sífilis por medio del BIOLINE Duo de Standard Diagnostics (SD) con una muestra de sangre por punción digital.¹⁷ El BIOLINE Duo de SD tiene una sensibilidad del 99,8% y una especificidad del 100% para la detección de anticuerpos contra el VIH y una sensibilidad del 90% y una especificidad del 99,9% para la detección de anticuerpos contra el *Treponema pallidum*.¹⁷ Los resultados de las pruebas rápidas estuvieron disponibles para los participantes en 20 minutos.

A los participantes con un resultado reactivo en una o ambas pruebas se les pidió que proporcionaran una muestra venosa adicional para una prueba de confirmación en el laboratorio. Los resultados preliminares positivos de las pruebas rápidas del VIH se confirmaron mediante una prueba de Western Blot realizada con MP Bio HIV BLOT 2.2, siguiendo las directrices nacionales para las pruebas del VIH.⁴⁶ También se realizó la cuantificación de CD4 y de la carga viral. La infección por VIH que aquí se informa está basada en los resultados confirmados por el laboratorio.

Las pruebas de confirmación de la sífilis se realizaron con la prueba RPR de sífilis de HUMAN Diagnostics con título. La infección por sífilis se definió como una prueba treponémica reactiva, un título RPR >1:8 y el informe del participante de no haber recibido un diagnóstico previo o de haber recibido un diagnóstico y un tratamiento previos a la infección por sífilis.

Las pruebas rápidas y la recopilación de muestras biológicas se hicieron de acuerdo con los requisitos nacionales de Colombia. Todo el personal que llevó a cabo la recogida de muestras biológicas eran técnicos auxiliares de enfermería con formación en la recogida de muestras de laboratorio, flebotomía, administración de pruebas rápidas, asesoramiento posterior a la prueba del VIH y la sífilis, y gestión y transporte de muestras.

Las pruebas de confirmación del VIH y la sífilis, así como la cuantificación de los CD4 y la carga viral, fueron realizadas por los laboratorios del Instituto de Diagnóstico Médico de Bogotá y Barranquilla.

SERVICIOS MÉDICO-LEGALES Y VINCULACIÓN CON LA ATENCIÓN

Todos los participantes identificados con VIH (previamente o recientemente diagnosticados) y/o con infección por sífilis fueron remitidos al personal de Red Somos para completar un triaje legal en el que su situación legal en Colombia fue revisada por el abogado asignado, quien proporcionó apoyo para cualquier registro necesario y se identificaron las vías de atención adecuadas. Red Somos también les ofreció exploración asistencial a estos participantes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra del estudio se potenció para estimar la prevalencia del VIH en cada sitio del estudio. Asumiendo una prevalencia del VIH del 1% entre la población general con base en los informes de los proveedores locales que sugerían un rango de prevalencia del 0,5% al 1,5%, un nivel alfa de 0,05, y un margen de error de 0,005 y un efecto de diseño de dos que se ha sugerido para el RDS,⁴⁷⁻⁴⁹ estimamos que se requirió un tamaño de muestra de 3.043 por sitio para estimar la prevalencia del VIH en la población en cada sitio (ciudades combinadas). Este tamaño de muestra entrega una fracción de muestreo lo suficientemente pequeña según lo requiere la mayoría de los estimadores del RDS,⁵⁰ dado que se estima que las poblaciones migrantes venezolanas superan las 115.000 personas en ambos sitios. Para considerar cualquier exceso de inscripción durante el RDS, nuestro tamaño de muestra objetivo fue de 6.200 en los dos sitios.

ANÁLISIS

La gestión de datos y las técnicas de diagnóstico del RDS se llevaron a cabo a través de la plataforma RDS-Analyst⁵¹ y RDSAT durante el transcurso del estudio para maximizar la calidad de los datos, así como para garantizar que se cumplieran los supuestos del RDS y se minimizara el sesgo en los procedimientos de muestreo y estimación.⁵² Las técnicas incluyeron: la evaluación de la profundidad del reclutamiento, los cuellos de botella, la homofilia y la convergencia a través de variables seleccionadas como el VIH, la edad, el género, el estatus migratorio y otras variables que pueden afectar al reclutamiento.⁵²

Se llevaron a cabo análisis descriptivos para estimar la prevalencia de las principales características demográficas y sanitarias de la población. Todas las estimaciones se estratificaron también por sitio y, cuando fue pertinente, por otras características como el género o el estatus migratorio. Todos los análisis descriptivos incluyeron estimaciones basadas en la muestra no ponderada y en la población ponderada por el RDS para la población general adulta venezolana y se calcularon por separado para cada sitio de estudio u otra característica de interés (por ejemplo, género, estatus migratorio).⁵³ El análisis ponderado por el RDS se hizo a través del software estadístico Stata y el estimador RDS-II (Volz-Heckathorn).⁵⁴ Las estimaciones de la población se calcularon incorporando las ponderaciones de la encuesta RDS con base en el tamaño de la red autorreportada a fin de calcular la prevalencia de la población y los procedimientos de bootstrapping para calcular los intervalos de confianza del 95% asociados. Para las estimaciones globales (es decir, agregadas en todos los sitios), incorporamos un diseño de encuesta complejo para tener en cuenta la agrupación dentro de los sitios. Realizamos un análisis de sensibilidad mediante la estimación de la prevalencia global de la población usando tanto las ponderaciones del RDS-II como una ponderación adicional para tener en cuenta la proporción de refugiados y en las estimaciones de cada sitio. Las diferencias fueron nulas con esta ponderación adicional por el tamaño de la población, razón por lo que solo usamos las ponderaciones del RDS-II para las estimaciones agregadas. Dado el interés por las estimaciones específicas de cada ciudad, calculamos las proporciones de la muestra para todos los resultados del estudio, los cuales se recogen en el Apéndice. No calculamos las estimaciones poblacionales con la ponderación del RDS, ya que el estudio no tenía la capacidad de entregar estimaciones a nivel de ciudad. En todo el informe se ofrecen estimaciones tanto de la muestra como de la población, con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para las estimaciones de la población. Se calcularon las estimaciones de la muestra solo para las variables en las que los

denominadores eran muy pequeños debido a patrones de omisión, análisis de subgrupos o como resultado de muchas opciones de categorías.

Nuestro análisis primario se centró en la estimación de la prevalencia del VIH confirmada por laboratorio entre la población general de venezolanos que residen en cada una de las dos áreas de muestreo (es decir, potenciada para producir estimaciones de prevalencia del VIH por separado para cada sitio). Además, se estimó la prevalencia del VIH por grupo de edad, género, grupo de riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que declaran tener relaciones sexuales transaccionales y uso de drogas inyectables) y entre la población general o clave en general. Se repitieron análisis similares para estimar la prevalencia de la infección por sífilis confirmada por laboratorio. Se usaron modelos de regresión logística bivariable y multivariable para identificar y estimar las correlaciones y la magnitud de la asociación con la infección por VIH.

Entre los participantes que vivían con la infección por VIH (diagnosticados o no diagnosticados previamente), realizamos un análisis descriptivo adicional para estimar la proporción de personas diagnosticadas previamente, comprometidas con la atención del VIH, actualmente en tratamiento ARV y viralmente suprimidas para elaborar estimaciones de la continuidad de la atención del VIH de los venezolanos que recientemente migraron y que viven con el VIH en Colombia. El estado del diagnóstico se definió como: Diagnosticado, basado en el autoinforme o en el ARN del VIH-1 inferior a 1.000 copias/mL, o no diagnosticado, como sin diagnóstico autoinformado y apoyado por la carga viral (ARN del VIH-1 >1.000 copias/mL). Se usaron modelos de regresión logística penalizada para identificar los correlatos de la supresión viral (ARN del VIH <1.000 copias/mL) entre las personas que viven con el VIH. Los métodos de regresión logística multivariable penalizada reducen el riesgo de sesgo asociado a las muestras pequeñas.⁵⁵

No se incorporaron ponderaciones de RDS en los modelos analíticos, ya que no se recomienda dicha ponderación para el análisis de regresión multivariable. Los modelos multivariados incorporaron el diseño complejo de la encuesta para considerar la agrupación dentro de los estratos del sitio. Se evaluaron los modelos finales para comprobar la bondad del ajuste y la colinealidad.

ÉTICA

Las actividades del estudio fueron revisadas y aprobadas por el Comité de Revisión Ética de la Universidad El Bosque en Bogotá, Colombia, y por la Junta de Revisión Institucional de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. El protocolo también fue revisado de acuerdo con los procedimientos de protección de la investigación en seres humanos de los CDC.

Resultados

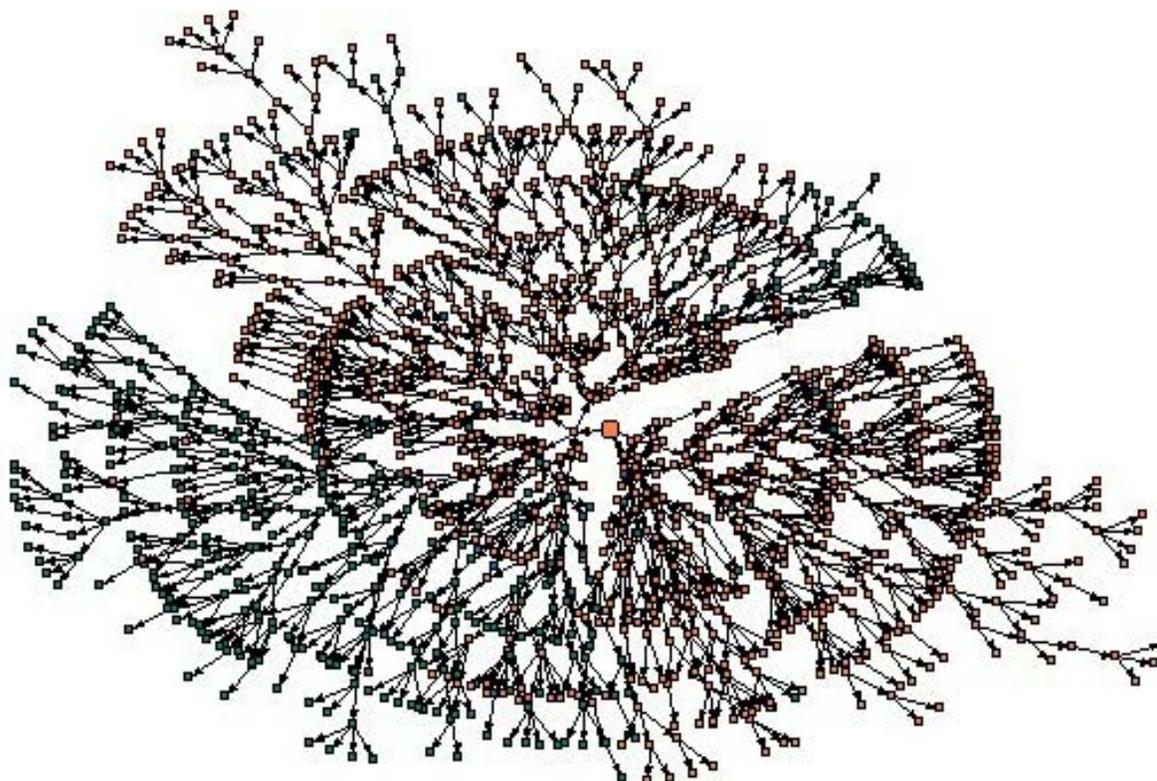


Resultados

La recopilación de datos se inició el 28 de julio de 2021 en Bogotá, el 31 de julio de 2021 en Soacha, el 10 de agosto de 2021 en Barranquilla y el 18 de agosto en Soledad. Los participantes se inscribieron hasta febrero de 2022, y el seguimiento final de los participantes con diagnóstico de VIH y/o sífilis se completó a fines de marzo de 2022.

El muestreo RDS fue iniciado por 21 semillas (10 en Bogotá y Soacha y 11 en Barranquilla y Soledad). Las semillas comenzaron de manera escalonada para asegurar que se pudiera mantener el distanciamiento dentro de los sitios de estudio. De esas semillas iniciales, todas menos una remitieron con éxito a compañeros elegibles y participantes. Esto produjo una profundidad de reclutamiento media y máxima de 9 y 17 oleadas, respectivamente. Se cumplió la convergencia para las variables clave de interés (género, situación migratoria, VIH y sífilis). La Figura 5 muestra una vista ampliada de una red RDS de una semilla de estudio en Bogotá y Soacha. Las figuras 17 y 18 del apéndice muestran los gráficos completos de la red RDS para cada sitio. Cada nodo en el gráfico representa una semilla o participantes referenciados. Las líneas dentro de los gráficos muestran las conexiones de referencia entre los participantes.

Figura 5: Ejemplo de red RDS de una sola semilla, Bogotá y Soacha.



Nota: La semilla está representada por el nodo central grande. La ciudad de residencia está representada por: verde para Bogotá y naranja para Soacha. Esta semilla tuvo una profundidad de reclutamiento de 14 oleadas y fue la fuente de remisión de 1.459 participantes referenciados.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En total, se reclutó a 6.506 individuos a través del RDS, de los cuales 6.221 fueron elegibles y consintieron en participar y componer la muestra analítica. Los participantes se dividieron de forma relativamente equitativa entre los sitios de estudio, ya que el 26% informó que Bogotá era su ciudad de residencia, el 24% residía en Soacha, el 28% en Barranquilla y el 23% en Soledad. Cuatro participantes residían en Soacha, pero participaron en los sitios de Barranquilla o Soledad mientras estaban de visita. Las mujeres representaron el 65% de la población del estudio y fueron más propensas a inscribirse que los hombres (34%) y los participantes trans o no binarios (0,8%). La mayor inscripción de mujeres que de hombres se explicó anecdóticamente por la restricción de la inscripción a un miembro de la familia por hogar y por las normas de género asociadas a las expectativas de trabajo y participación en los servicios de salud (y, por extensión, en la investigación) dentro de una asociación. Una proporción ligeramente mayor de hombres participó en Bogotá y Soacha más que en Barranquilla y Soledad ($p < 0,05$).

DATOS DEMOGRÁFICOS

La tabla 3 presenta las características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos en cada sitio y en general. Los participantes tenían una edad media de 32 años (IQR: 26-41 años). Más de la mitad había completado la educación secundaria, mientras que aproximadamente el 22% no tenía estudios o solo había completado la educación primaria. Otro 22,3% había completado la educación superior a la secundaria, con ligeras diferencias entre los sitios. El empleo fue limitado: El 41,2% declaró tener un empleo informal o por debajo del agua, el cual fue ligeramente superior entre los participantes de Barranquilla y Soledad en comparación a Bogotá y Soacha. Más del 40% estaba desempleado al momento del estudio. Sin embargo, una mayor proporción de migrantes y refugiados en Bogotá y Soacha también declaró tener un empleo formal a tiempo completo, aunque este porcentaje fue del 11% o inferior en todos los sitios.

Los ingresos y la inseguridad alimentaria reflejan la situación laboral. La mayoría informó de ingresos inferiores al salario mínimo, lo que fue más común en Barranquilla y Soledad. Menos del 10% en general contaba con seguridad alimentaria, según la escala de seguridad alimentaria del USDA.⁴⁴ La seguridad alimentaria fue más común en Bogotá y Soacha que en Barranquilla y Soledad (9,9% frente a 4,3%, respectivamente). El resto contó con una seguridad alimentaria baja (26,5%) o muy baja (65,7%) en general.



FUENTE: ADOBE STOCK

Tabla 3: Características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos por sitio

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Edad mediana (IQR)	32	(26-41)			33	(26-41)			32	(26-41)		
Género (n=6217)*												
Hombre	1216	39,3	37,8	(35,0-40,6)	908	29,1	27,1	(24,2-30,1)	2124	34,2	33,9	(31,8-36,0)
Mujer	1858	60,0	61,8	(58,9-64,5)	2188	70,2	72,3	(69,2-75,1)	4046	65,1	65,6	(63,5-67,7)
Transgénero/No binario	24	0,8			23	0,7			47	0,8		
Ciudad												
Bogotá	1605	51,7			0	0,0			1605	25,8		
Soacha	1497	48,3			4	0,1			1501	24,1		
Barranquilla	0	0,0			1716	55,0			1716	27,6		
Soledad	0	0,0			1398	44,8			1398	22,5		
Nivel educativo (n=6218)*												
Sin educación formal	58	1,9	1,6	(1,1-2,4)	69	2,2	3,4	(2,1-5,4)	127	2,0	2,3	(1,7-3,1)
Primaria	494	15,9	17,2	(15,0-19,5)	762	24,4	24,1	(21,3-27,0)	1256	20,2	19,7	(18,8-21,5)
Secundaria	1693	54,6	54,7	(51,8-57,6)	1736	55,7	53,7	(50,2-57,0)	3429	55,1	54,3	(52,0-56,5)
Superior	821	26,5	24,6	(22,2-27,1)	531	17,0	18,3	(15,7-21,1)	1352	21,7	22,3	(20,5-24,2)
Otros	33	1,1	1,9	(1,1-3,1)	21	0,7	0,7	(0,3-1,4)	54	0,9	1,4	(0,9-2,2)
Alfabetización alta (n=6114; ref: baja)*	2801	91,1	90,8	(89,0-92,3)	2204	72,5	72,9	(68,6-75,0)	5005	81,9	84,0	(82,3-85,6)
Empleo (n=6219)*												
Formal a tiempo completo	335	10,8	11,3	(9,5-13,3)	130	4,2	4,6	(3,2-6,7)	465	7,5	8,8	(7,6-10,3)
Formal a tiempo parcial	210	6,8	6,4	(5,1-7,92)	74	2,4	2,4	(1,7-3,3)	284	4,6	4,9	(4,1-5,9)
Informal/por debajo de la mesa	1245	40,2	34,9	(32,3-37,7)	1783	57,2	52,1	(48,7-55,5)	3028	48,7	41,2	(39,0-43,4)
Estudiante a tiempo completo	11	0,4	0,5	(0,2-1,3)	17	0,5	0,6	(0,3-1,1)	28	0,5	0,5	(0,3-1,0)
Jubilado	20	0,6	0,8	(0,4-1,6)	15	0,5	0,5	(0,2-0,9)	35	0,6	0,7	(0,4-1,1)
Desempleado	1213	39,1	43,8	(41,0-46,8)	1070	34,3	38,6	(35,2-42,0)	2283	36,7	41,9	(39,7-44,2)
Otros	66	2,1	2,4	(1,6-3,7)	30	1,0	1,3	(0,6-3,0)	96	1,5	2,0	(1,4-2,9)
Ingresos*												
Menos del salario mínimo (908.526 pesos)	2212	71,3	71,7	(69,0-74,3)	2693	86,3	84,2	(81,3-86,6)	4905	78,9	76,3	(74,3-78,1)
Salario mínimo (908.526 pesos)	684	22,1	22,3	(19,9-24,8)	304	9,7	11,2	(9,1-13,8)	988	15,9	18,2	(16,5-20,1)
Entre 908.526 - 1.817.052 pesos	181	5,8	5,1	(3,9-6,5)	107	3,4	4,1	(2,9-5,8)	288	4,6	4,7	(3,8-5,8)
Más de 1.817.052 pesos	24	0,8	1,0	(0,5-1,8)	15	0,5	0,6	(0,3-1,0)	39	0,6	0,8	(0,5-1,3)
Estado civil*												
Nunca se casó	1240	40,0	44,9	(42,—47,8)	1047	33,6	37,6	(34,3-41,1)	2287	36,8	42,2	(40,0-44,5)
Casado o conviviente	1405	45,3	41,9	(39,1-44,8)	1586	50,8	49,0	(45,6-52,5)	2991	48,1	44,5	(42,3-46,7)
Divorciado o separado	385	12,4	11,1	(9,5-13,0)	427	13,7	11,4	(9,6-13,5)	812	13,1	11,2	(10,0-12,6)
Viudo/a	71	2,3	2,0	(1,5-2,9)	59	1,9	1,9	(1,2-2,9)	130	2,1	2,0	(1,5-2,6)
Mediana del número de personas a cargo (IQR)	4	(3-5)			4	(3-5)			4	(3-5)		
Residencia actual (n=6218)*												
Casa/apartamento/habitación en alquiler o en propiedad	2886	93,1	92,7	(91,1-94,1)	2732	87,6	86,0	(83,2-88,4)	5618	90,4	90,3	(88,8-91,5)
Alojamiento en casa de otra persona	162	5,2	5,6	(4,4-7,1)	251	8,0	8,1	(6,4-10,3)	413	6,6	6,5	(5,5-7,7)
Campamento	7	0,2	0,2	(0,1-0,5)	37	1,2	1,7	(0,9-3,0)	44	0,7	0,7	(0,4-1,2)

Tabla 3: Características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos por sitio, continuada

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Otros (refugio, edificio abandonado, coche, otros)	28	0,9	1,0	(0,5-1,7)	73	2,3	3,4	(2,1-5,4)	101	1,6	1,8	(1,3-2,7)
Sin residencia actual	16	0,5	0,5	(0,2-1,4)	26	0,8	0,8	(0,4-1,5)	42	0,7	0,6	(0,4-1,1)
Número de noches con inseguridad												
Ninguna	2640	85,1	86,4	(84,4-88,2)	2735	87,7	86,1	(83,5-88,4)	5375	86,4	86,3	(84,7-87,8)
1-10	316	10,2	9,6	(8,1-11,4)	249	8,0	8,7	(6,9-10,8)	565	9,1	9,3	(8,1-10,6)
11-30	85	2,7	2,5	(1,7-3,6)	76	2,4	2,8	(1,8-4,3)	161	2,6	2,6	(1,9-3,4)
31-60	28	0,9	0,6	(0,4-1,0)	18	0,6	0,6	(0,3-1,3)	46	0,7	0,6	(0,4-0,9)
Más de 60	32	1,0	0,8	(0,5-1,5)	41	1,3	1,9	(1,0-3,5)	73	1,2	1,2	(0,8-1,9)
Seguridad alimentaria (medida del USDA; últimos 12 meses)*												
Segura	279	9,0	9,9	(8,2-11,9)	135	4,3	4,3	(3,2-5,9)	414	6,7	7,9	(6,7-9,2)
Seguridad alimentaria baja	876	28,2	29,9	(27,2-32,6)	531	17,0	20,6	(17,8-23,6)	1407	22,6	26,5	(24,5-28,5)
Seguridad alimentaria muy baja	1947	62,8	60,3	(57,4-63,1)	2453	78,6	75,1	(71,9-78,1)	4400	70,7	65,7	(63,5-67,8)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas como para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

DATOS DEMOGRÁFICOS POR ESTATUS MIGRATORIO

En general, el 29,3% de los migrantes y refugiados declararon su estatus migratorio como regular y el 70,7% su estatus migratorio como irregular. Las personas con estatus regular presentaban más probabilidades de ser hombres (38,9% frente a 31,8%) y menos mujeres (60,9% frente a 67,6%) en comparación con las personas con estatus irregular (Tabla 4). Las personas con estatus migratorio regular también tuvieron más probabilidades de haber completado estudios superiores (31,7% frente a 18,4%) y de tener un alto nivel de alfabetización (88,7% frente a 82,0%), en comparación con las personas con estatus migratorio irregular. Las personas con estatus migratorio regular tuvieron más probabilidades de tener un empleo formal a tiempo completo (12,8% frente al 7,2%), mientras que las personas con estatus migratorio irregular tuvieron más probabilidades de estar desempleadas (43,9% frente al 37,0%). Las diferencias de ingresos según la situación migratoria reflejan las diferencias en la situación laboral. La seguridad alimentaria también fue menor para los migrantes y refugiados con estatus irregular en comparación con quienes tenían un estatus regular (6,6% frente a 10,9%).

Tabla 4: Características demográficas de los venezolanos con estatus migratorio regular e irregular.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Género* (n=6.217)												
Hombre	715	40,2	38,9	(35,0-43,0)	1409	31,7	31,8	(29,4-34,3)	2124	34,2	33,9	(31,8-36,0)
Mujer	1053	59,2	60,9	(56,9-64,8)	2993	67,4	67,6	(65,0-70,0)	4046	65,1	65,6	(63,5-67,7)
Transgénero/No binario	10	0,6			37	0,8			47	0,8		
Ciudad de residencia* (n=6,220)												
Bogotá	568	31,9			1037	23,3			1605	25,8		
Soacha	470	26,4			1031	23,2			1501	24,1		
Barranquilla	428	24,1			1288	29,0			1716	27,6		
Soledad	312	17,5			1086	24,4			1398	22,5		
Nivel educativo* (n=6218)												
Sin educación formal	17	1,0	1,3	(0,6-2,9)	110	2,5	2,7	(1,9-3,8)	127	2,0	2,3	(1,7-3,1)
Primaria	261	14,7	13,9	(11,4-16,9)	995	22,4	22,1	(20,0-24,4)	1256	20,2	19,7	(18,8-21,5)
Secundaria	937	52,7	50,9	(46,7-55,1)	2492	56,1	55,8	(53,1-58,4)	3429	55,1	54,3	(52,0-56,5)
Superior	547	30,7	31,7	(27,9-35,7)	805	18,1	18,4	(16,4-20,5)	1352	21,7	22,3	(20,5-24,2)
Otros	17	1,0	2,2	(1,1-4,5)	37	0,8	1,0	(0,6-2,0)	54	0,9	1,4	(0,9-2,2)
Alfabetización alta (n=6114; ref: baja)*	1525	86,8	88,7	(85,8-91,0)	3480	79,9	82,0	(79,9-84,0)	5005	81,9	84,0	(82,3-85,6)
Empleo (n=6219)*												
Formal a tiempo completo	177	9,9	12,8	(10,1-16,2)	288	6,5	7,2	(5,9-8,7)	465	7,5	8,8	(7,6-10,3)
Formal a tiempo parcial	100	5,6	5,2	(3,8-7,1)	184	4,1	4,8	(3,8-6,4)	284	4,6	4,9	(4,1-5,9)
Informal/por debajo de la mesa	864	48,6	41,5	(37,5-45,6)	2164	48,7	41,1	(38,6-43,6)	3028	48,7	41,2	(39,0-43,4)
Estudiante a tiempo completo	12	0,7	0,5	(0,3-2,7)	16	0,4	0,5	(0,2-1,2)	28	0,5	0,5	(0,3-1,0)
Jubilado	8	0,4	0,8	(0,3-2,7)	27	0,6	0,6	(0,4-1,0)	35	0,6	0,7	(0,4-1,1)
Desempleado	587	33,0	37,0	(33,0-41,2)	1696	38,2	43,9	(41,3-46,5)	2283	36,7	41,9	(39,7-44,2)
Otros	31	1,7	2,0	(1,0-4,0)	65	1,5	2,0	(1,2-3,1)	96	1,5	2,0	(1,4-2,9)
Ingresos*												
Menos del salario mínimo (908.526 pesos)	1299	73,0	70,4	(66,4-74,1)	3606	81,2	78,7	(76,4-80,8)	4905	78,9	76,3	(74,3-78,1)
Salario mínimo (908.526 pesos)	357	20,1	22,5	(19,1-26,2)	631	14,2	16,5	(14,5-18,6)	988	15,9	18,2	(16,5-20,1)
Entre 908.526 - 1.817.052 pesos	111	6,2	6,6	(4,7-9,2)	177	4,0	3,9	(3,1-5,0)	288	4,6	4,7	(3,8-5,8)
Más de 1.817.052 pesos	12	0,7	0,5	(0,3-1,1)	27	0,6	0,9	(0,5-1,6)	39	0,6	0,8	(0,5-1,3)
Estado civil*												
Nunca se casó	642	36,1	40,2	(36,1-44,4)	1645	37,0	43,1	(40,5-45,8)	2287	36,8	42,2	(40,0-44,5)
Casado o conviviente	877	49,3	45,9	(41,8-50,1)	2114	47,6	43,9	(41,4-46,6)	2991	48,1	44,5	(42,3-46,7)
Divorciado o separado	225	12,6	12,0	(9,5-15,0)	587	13,2	10,9	(9,5-12,5)	812	13,1	11,2	(10,0-12,6)
Viudo/a	35	2,0	1,9	(1,2-3,1)	95	2,1	2,1	(1,5-2,8)	130	2,1	2,0	(1,5-2,6)
Residencia actual (n=6218)*												
Casa/apartamento/habitación en alquiler o en propiedad	1650	92,8	92,2	(89,4-94,3)	3968	89,4	89,5	(87,7-91,0)	5618	90,4	90,3	(88,8-91,5)
Alojamiento en casa de otra persona	86	4,8	4,4	(3,1-6,3)	327	7,4	7,4	(6,1-8,9)	413	6,6	6,5	(5,5-7,7)
Campamento	5	0,3	0,3	(0,1-0,9)	39	0,9	0,9	(0,5-1,6)	44	0,7	0,7	(0,4-1,2)
Otros (refugio, edificio abandonado, coche, otros)	24	1,3	2,4	(1,2-4,8)	77	1,7	1,6	(1,1-2,4)	101	1,6	1,8	(1,3-2,7)
Sin residencia actual	13	0,7	0,8	(0,2-2,6)	29	0,7	0,6	(0,3-1,0)	42	0,7	0,6	(0,4-1,1)

Tabla 4: Características demográficas de los venezolanos con estatus migratorio regular e irregular, continuada.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Número de noches con inseguridad**												
Ninguna	1568	88,1	89,0	(85,9-91,45)	3807	85,7	85,2	(83,3-86,9)	5375	86,4	86,3	(84,7-87,8)
1-10	148	8,3	8,2	(6,1-11,1)	417	9,4	9,7	(8,4-11,3)	565	9,1	9,3	(8,1-10,6)
11-30	32	1,8	1,4	(0,8-2,4)	129	2,9	3,0	(2,2-4,2)	161	2,6	2,6	(1,9-3,4)
31-60	13	0,7	0,5	(0,2-1,1)	33	0,7	0,7	(0,4-1,1)	46	0,7	0,6	(0,4-0,9)
Más de 60	18	1,0	0,9	(0,3-2,6)	55	1,2	1,4	(0,8-2,2)	73	1,2	1,2	(0,8-1,9)
Seguridad alimentaria (medida del USDA; últimos 12 meses)*												
Segura	141	7,9	10,9	(8,2-14,3)	273	6,1	6,6	(5,4-8,0)	414	6,7	7,9	(6,7-9,2)
Seguridad alimentaria baja	458	25,7	26,1	(22,7-29,7)	949	21,4	26,6	(24,3-29,2)	1407	22,6	26,5	(24,5-28,5)
Seguridad alimentaria muy baja	1180	66,3	63,1	(58,9-67,0)	3220	72,5	66,8	(64,2-69,3)	4400	70,7	65,7	(63,5-67,8)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas como para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

HISTORIA Y EXPERIENCIAS DEL DESPLAZAMIENTO

En general, el 29,3% de los migrantes y refugiados declararon un estatus migratorio regular y el 70,7% un estatus migratorio irregular. El estatus migratorio irregular fue ligeramente superior en Barranquilla y Soledad (Tabla 5). Como ya se ha descrito, el estatus migratorio regular se refiere a la posesión de cualquier documento no vencido que permita la estancia en Colombia, cuyas implicaciones incluyen el acceso al empleo formal y el acceso al seguro de salud en Colombia. Por lo tanto, el estatus irregular se refiere a la ausencia de dichos documentos y a las complicaciones para acceder a la asistencia sanitaria y mantener un medio de vida. Las personas que se encuentran en proceso de obtención de documentos pueden reportar un estatus irregular.

Más de la mitad de los migrantes y refugiados llegaron entre 2018 y 2019 con más de dos tercios llegando a través de cruces fronterizos informales. Los migrantes y refugiados que viven en Barranquilla y Soledad también fueron más propensos a informar que llegaron a través de una trocha o un cruce fronterizo informal en comparación con los que viven en Bogotá y Soacha (74,0% frente a 54,3%) y probablemente explica, en parte, la diferencia en el estatus migratorio en estos dos sitios. El 40% de los migrantes y refugiados viajaron solos a Colombia y el resto lo hizo con algunos familiares, amigos u otro grupo. En general, un poco más de la mitad de los refugiados y migrantes declararon haber viajado con miembros de la familia, sin que hubiera diferencias entre los distintos sitios. No obstante, los residentes en Barranquilla y Soledad tenían más probabilidades de haber viajado con todos los miembros de la familia inmediata que los de Bogotá y Soacha (67,0% frente a 49,9%). Esto puede explicarse por la distancia geográfica entre las ciudades del sitio de estudio y Venezuela y el alto costo de vida en Bogotá.

Tabla 5: Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por sitio.

	Sitios											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Estatus migratorio*												
Regular	1037	33,4	31,4	(28,7-34,1)	742	23,8	25,8	(22,9-29,0)	1779	28,6	29,3	(27,3-31,4)
Irregular	2065	66,6	68,7	(65,9-71,3)	2377	76,2	74,2	(71,0-77,1)	4442	71,4	70,7	(68,6-72,7)
País de ciudadanía (seleccione todos)												
Ciudadano venezolano	3102	100,0	100,0		3119	100,0	100,0		6221	100,0	100,0	
Ciudadano colombiano	59	1,9	2,4	(1,5-3,7)	59	1,9	1,1	(0,8-1,7)	118	1,9	1,9	(1,3-2,7)
Otra ciudadanía**	7	0,2			2	0,1			9	0,1		
Año de migración*												
2015	27	0,9	0,7	(0,4-1,4)	114	3,7	3,8	(2,8-5,27)	141	2,3	1,8	(1,4-2,5)
2016	144	4,6	3,9	(2,9-5,2)	338	10,8	9,1	(7,5-11,0)	482	7,7	5,8	(4,9-6,9)
2017	415	13,4	12,4	(10,6-14,7)	712	22,8	21,4	(18,7-24,3)	1127	18,1	15,7	(14,1-17,4)
2018	781	25,2	22,2	(20,0-24,7)	917	29,4	27,1	(24,2-30,1)	1698	27,3	24,0	(22,0-25,9)
2019	883	28,5	28,7	(26,2-24,7)	718	23,0	25,4	(22,4-28,6)	1601	25,7	27,5	(25,5-29,5)
2020	444	14,3	15,7	(13,7-17,9)	172	5,5	6,8	(5,2-8,8)	616	9,9	12,5	(11,1-14,0)
2021	408	13,2	16,3	(14,2-18,7)	148	4,7	6,5	(4,9-8,5)	556	8,9	12,7	(11,2-14,4)
Método de llegada*												
Paso fronterizo formal	1347	43,4	44,3	(41,4-47,2)	731	23,4	25,1	(22,2-28,3)	2078	33,4	37,3	(35,1-39,5)
Trocha o paso fronterizo informal	1714	55,3	54,3	(51,4-57,2)	2362	75,7	74,0	(70,8-77,0)	4076	65,5	61,5	(59,3-63,7)
Otro	41	1,3	1,4	(0,8-2,4)	26	0,8	0,9	(0,5-1,5)	67	1,1	1,2	(0,8-1,8)
Viajó a Colombia con (n=6213; seleccione todos)												
Solo*	1293	41,8	42,4	(39,6-45,3)	1219	39,1	37,7	(34,5-41,1)	2512	40,4	40,7	(38,5-42,9)
Con la familia	1558	50,3	51,0	(48,0-53,9)	1607	51,5	52,4	(49,0-55,8)	3165	50,9	51,5	(49,2-53,7)
Con la familia ampliada	473	15,3	13,7	(11,9-15,6)	404	13,0	12,7	(10,6-15,1)	877	14,1	13,3	(12,0-14,8)
Con amigos*	559	18,1	16,7	(14,6-18,8)	305	9,8	10,8	(8,8-13,3)	864	13,9	14,5	(13,0-16,1)
Viajó a Colombia con un grupo que no conocía bien*	428	13,8	12,7	(10,9-14,8)	231	7,4	8,1	(6,4-10,3)	659	10,6	11,0	(9,7-12,5)
Todos los miembros de la familia viajan con* (Si viajan con la familia; n=3202)	780	49,7	49,9	(45,8-54,0)	1134	69,5	67,0	(62,3-71,5)	1914	59,8	56,3	(53,2-59,4)
Los miembros de la familia inmediata se unieron en otro momento (ref: no; n=4320)*	976	42,2	38,8	(35,7-42,1)	1093	54,4	56,0	(51,7-60,3)	2069	47,9	44,6	(42,0-47,3)
Plan para permanecer en la ciudad actual (ref: no)*	2940	94,8	94,6	(93,0-95,8)	3029	97,1	96,1	(94,2-97,4)	5969	96,0	95,2	(94,0-96,1)
Tiempo que piensan permanecer en la ciudad antes de irse* (n=276)												
Menos de 1 mes	6	3,5			9	8,7			15	5,4		
1 mes - 6 meses	30	17,4			31	29,8			61	22,1		
7 meses-1 año	47	27,3			12	11,5			59	21,4		
Más de 1 año	89	51,7			52	50,0			141	51,1		
Ciudad de destino si planea irse (n=276)*												
Bogotá	82	49,1			7	7,8			89	34,6		
Barranquilla	1	0,6			31	34,4			32	12,5		
Nariño	64	38,3			45	50,0			109	42,4		
Medellín, Cali, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, otra	20	12,0			7	7,8			27	10,5		
Alguna vez ha sido detenido en Colombia por su estatus migratorio (ref: no)	207	6,7	5,5	(4,4-6,9)	178	5,7	5,4	(4,2-7,1)	385	6,2	5,5	(4,6-6,5)

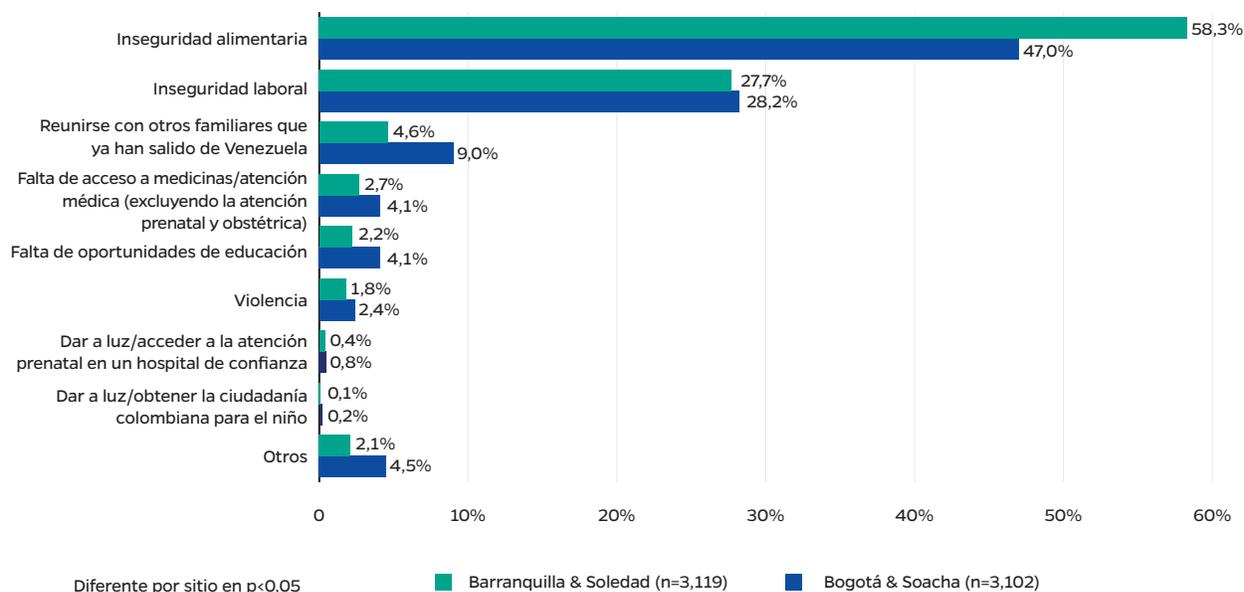
Tabla 5: Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por sitio, continuada.

	Sitios											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Documentación actual en posesión o en trámite (seleccione todos)												
PEP*	793	25,6	22,8	(20,5-25,2)	598	19,2	20,2	(17,6-23,3)	1391	22,4	21,9	(20,1-23,8)
Estatuto Temporal de Protección (ETP) para Migrantes Venezolanos*	392	12,6	12,4	(10,6-14,5)	282	9,0	9,9	(8,0-12,3)	674	10,8	11,5	(10,2-13,0)
Visa Tipo M	14	0,5			12	0,4			26	0,4	0,5	(0,2-1,0)
Estatus de Refugiado*	69	2,2	1,9	(1,3-2,8)	27	0,9	0,8	(0,4-1,53)	96	1,5	1,5	(1,1-2,1)
Salvoconducto*	73	2,4	2,1	(1,4-3,3)	12	0,4	0,5	(0,2-1,1)	85	1,4	1,5	(1,0-2,3)
Sello de estancia permitida*	538	17,3	15,3	(13,4-17,4)	150	4,8	4,8	(3,6-6,5)	688	11,1	11,5	(10,2-12,9)
Sin registro en Colombia	788	25,4	24,4	(22,0-27,0)	768	24,6	25,9	(23,0-29,0)	1556	25,0	25,0	(23,1-26,9)
Poseía lo siguiente antes de que existiera el ETP (de quienes tienen ETP; n=674, seleccione todos)												
PEP	188	47,2	45,3	(37,4-53,4)	125	43,6	43,9	(33,2-55,2)	313	45,7	44,8	(38,4-51,4)
Visa Tipo M	10	2,5			4	1,4			14	2,0		
Salvoconducto antes de ETP	17	4,3			7	2,4			24	3,5		
Sello de estancia permitida antes de ETP*	112	28,2	22,3	(16,8-28,9)	48	16,8	15,5	(9,1-25,4)	160	23,5	20,1	(15,7-25,4)
No tenía ninguno antes del ETP	95	24,0	26,6	(19,4-35,2)	73	25,5	30,5	(20,5-42,7)	168	24,6	27,8	(21,8-34,7)
Tipo de salvoconducto (n=91; selecciones todos)												
Visa Tipo M	4	5,3			0	0,0			4	4,4		
Salvoconducto por estatus de refugiado*	62	83,8			9	50,0			71	77,2		
Posee una tarjeta de movilidad fronteriza*												
No	2520	81,2	82,3	(79,9-84,4)	3023	97,0	97,1	(95,6-98,1)	5543	89,1	87,7	(86,1-89,1)
Sí	293	9,4	9,2	(7,7-11,1)	67	2,1	2,0	(1,2-3,2)	360	5,8	6,6	(5,5-7,8)
Sí, pero he permanecido en el país más de 7 días o ha expirado	289	9,3	8,5	(7,0-10,3)	27	0,9	0,9	(0,4-2,2)	316	5,1	5,7	(4,8-6,9)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

Las principales motivaciones para la migración a Colombia fueron diferentes según el sitio ($p < 0,05$), con más migrantes y refugiados en Barranquilla y Soledad que informaron de la inseguridad alimentaria, aunque este fue, por lejos, el motivo más común para la migración en ambos sitios (Figura 6).

Figura 6: Motivación principal declarada para la migración a Colombia, estratificada por sitio.



HISTORIA Y EXPERIENCIA DE DESPLAZAMIENTO POR ESTATUS MIGRATORIO

Si bien más de la mitad de los migrantes y refugiados llegaron entre 2018 - 2019, los migrantes y refugiados con un estatus regular tendieron a informar que llegaron antes, mientras que un 30% adicional de los migrantes y refugiados irregulares llegaron en 2020 y 2021, en comparación con el 13% de los migrantes y refugiados regulares que llegaron al mismo tiempo (Tabla 6). En concordancia con el estatus migratorio de cada uno, era más común que los migrantes regulares y los refugiados cruzaran por los pasos fronterizos formales y que los migrantes irregulares y los refugiados usaran los pasos fronterizos informales.

Dentro de la categoría de estatus migratorio regular, el 6,5% tenía tanto la nacionalidad venezolana como la colombiana. Algunos migrantes y refugiados en situación irregular habían iniciado el proceso de documentación; parte de esto puede atribuirse a los participantes que habían iniciado el proceso de solicitud de un PTE, el cual había comenzado a aceptar solicitudes en mayo de 2021, pero no comenzó la distribución de documentos hasta 2022.

Tabla 6: Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por estatus migratorio.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
País de ciudadanía (seleccione todos)												
Ciudadano venezolano	1779	100,0	100,0		4442	100,0	100,0		6221	100,0	100,0	
Ciudadano colombiano	118	6,6	6,5	(4,6-9,2)	0	0,0	0,0	0,0	118	1,9	1,9	(1,3-2,7)
Otra ciudadanía**	5	0,3			4	0,1			9	0,1		
Año de migración*												
2015	50	2,8	1,8	(1,2-2,6)	91	2,0	1,9	(1,3-2,7)	141	2,3	1,8	(1,4-2,5)
2016	206	11,6	9,6	(7,5-12,2)	276	6,2	4,3	(3,4-5,3)	482	7,7	5,8	(4,9-6,9)
2017	461	25,9	23,5	(20,2-27,1)	666	15,0	12,5	(10,8-14,4)	1127	18,1	15,7	(14,1-17,4)
2018	542	30,5	30,2	(26,5-34,1)	1156	26,0	21,4	(19,5-23,5)	1698	27,3	24,0	(22,0-25,9)
2019	359	20,2	22,3	(18,9-26,1)	1242	28,0	29,7	(27,3-32,1)	1601	25,7	27,5	(25,5-29,5)
2020	91	5,1	6,4	(4,6-8,8)	525	11,8	15,0	(13,2-17,0)	616	9,9	12,5	(11,1-14,0)
2021	70	3,9	6,4	(4,4-9,0)	486	10,9	15,4	(13,4-17,5)	556	8,9	12,7	(11,2-14,4)
Método de llegada*												
Paso fronterizo formal	999	56,2	59,0	(54,8-63,0)	1079	24,3	28,3	(25,9-30,8)	2078	33,4	37,3	(35,1-39,5)
Trocha o paso fronterizo informal	754	42,4	39,7	(35,7-43,8)	3322	74,8	70,6	(68,0-73,0)	4076	65,5	61,5	(59,3-63,7)
Otro	26	1,5	1,3	(0,6-2,9)	41	0,9	1,2	(0,7-1,9)	67	1,1	1,2	(0,8-1,8)
Viajó a Colombia con (n=6213; seleccione todos)												
Solo*	768	43,2	42,4	(38,3-46,5)	1744	39,3	40,0	(37,4-42,6)	2512	40,4	40,7	(38,5-42,9)
Con la familia	858	48,3	48,5	(44,4-52,7)	2307	52,0	52,7	(50,1-55,3)	3165	50,9	51,5	(49,2-53,7)
Con la familia ampliada	253	14,,3	12,6	(10,4-15,3)	624	14,,1	13,,6	(12,0-15,4)	877	14,1	13,3	(12,0-14,8)
Con amigos*	284	16,,0	16,5	(13,6-19,8)	580	13,1	13,7	(11,9-15,6)	864	13,9	14,5	(13,0-16,1)
Viajó a Colombia con un grupo que no conocía bien	206	11,6	11,2	(8,9-14,1)	453	10,2	11,0	(9,4-12,8)	659	10,6	11,0	(9,7-12,5)
Todos los miembros de la familia viajan con* (Si viajan con la familia; n=3202)	490	56,7	53,8	(47,8-59,8)	1424	60,9	57,2	(53,6-60,8)	1914	59,8	56,3	(53,2-59,4)
Los miembros de la familia inmediata se unieron en otro momento (ref: no; n=4320)*	588	45,6	41,2	(36,6-46,0)	1481	48,9	46,1	(43,0-49,3)	2069	47,9	44,6	(42,0-47,3)
Plan para permanecer en la ciudad actual (ref: no)**	1719	96,6	97,1	(95,6-98,1)	4250	95,7	94,3	(92,8-95,5)	5969	96,0	95,2	(94,0-96,1)
Tiempo que piensan permanecer en la ciudad												
Menos de 1 mes	7	10,8			8	3,8			15	5,4		
1 mes - 6 meses	14	21,5			47	22,3			61	22,1		
7 meses-1 año	10	15,4			49	23,2			59	21,4		
Más de 1 año	34	52,3			107	50,7			141	51,1		
Ciudad de destino si planea irse (n=276)*												
Bogotá	20	32,3			69	35,4			89	34,6		
Barranquilla	10	16,1			22	11,3			32	12,5		
Medellín	3	4,8			8	4,1			11	4,3		
Cali	1	1,6			7	3,6			8	3,1		
Cartagena	0	0,0			2	1,0			2	0,8		
Cúcuta	1	1,6			4	2,1			5	1,9		
Bucaramanga	0	0,0			1	0,5			1	0,4		
Nariño	27	43,5			82	42,1			109	42,4		

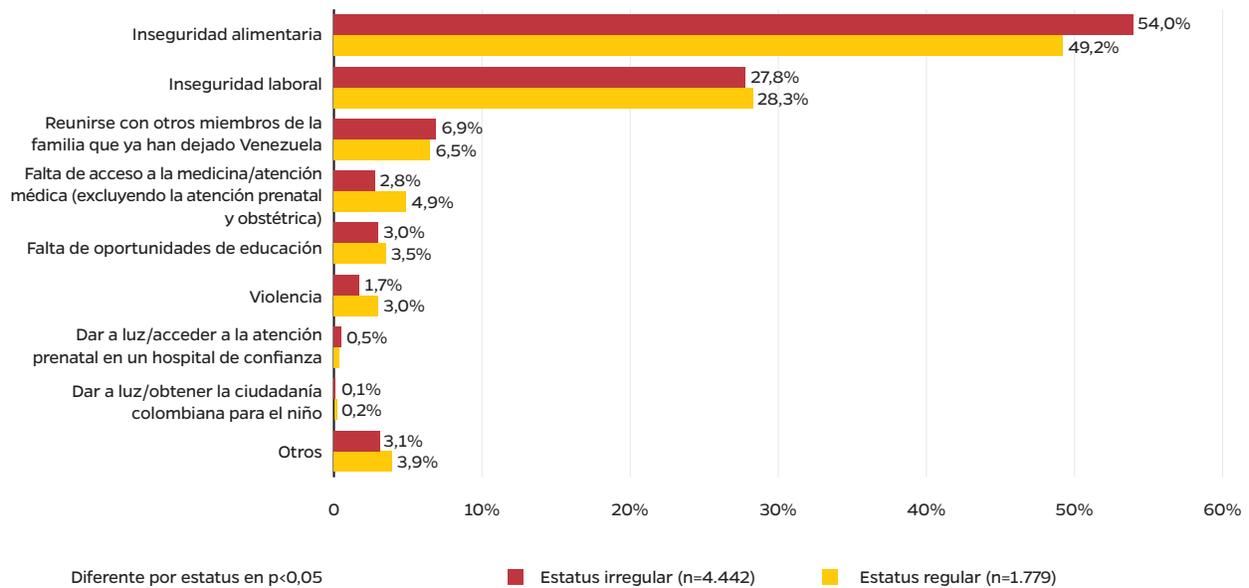
Tabla 6: Historial y experiencias de desplazamiento entre migrantes y refugiados, estratificados por estatus migratorio, continuada.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez ha sido detenido en Colombia por su estatus migratorio (ref: no)**	94	5,3	4,2	(3,0-5,9)	291	6,6	6,0	4,9-7,4)	385	6,2	5,5	(4,6-6,5)
Documentación actual en posesión o en trámite (seleccione todos)												
PEP*	1391	78,2	74,5	(70,6-78,1)	0	0,0	0,0	0,0	1391	22,4	21,9	(20,1-23,8)
Estatuto Temporal de Protección (ETP) para Migrantes Venezolanos*	360	20,2	20,3	(17,2-23,8)	314	7,1	7,9	(6,5-9,5)	674	10,8	11,5	(10,2-13,0)
Visa Tipo M*	16	0,9			10	0,2			26	0,4	0,5	(0,2-1,0)
Estatus de refugiado*	54	3,0	2,5	(1,7-3,6)	42	0,9	1,1	(0,7-1,8)	96	1,5	1,5	(1,1-2,1)
Salvoconducto	51	2,9	2,8	(1,8-4,6)	34	0,8	1,0	(0,5-1,8)	85	1,4	1,5	(1,0-2,3)
Sello de estancia permitida*	594	33,4	33,9	(30,1-37,9)	94	2,1	2,2	(1,6-3,0)	688	11,1	11,5	(10,2-12,9)
Sin registro en Colombia	338	19,0	21,6	(18,3-25,3)	1218	27,4	26,3	(24,1-28,7)	1556	25,0	25,0	(23,1-26,9)
Poseía lo siguiente antes de que existiera el ETP (de quienes tienen ETP; n=674, seleccione todos)												
PEP antes de ETP*	294	81,0	79,1	(69,9-86,0)	19	5,9			313	45,7	44,8	(38,4-51,4)
Visa Tipo M antes	8	2,2			6	1,9			14	2,0		
Salvoconducto antes	16	4,4			8	2,5			24	3,5		
Sello de estancia permitida antes de ETP	147	40,6	37,7	(29,7-46,5)	13	4,1			160	23,5	20,1	(15,7-25,4)
No tenía ninguno antes del ETP	93	25,7	31,3	(22,9-41,1)	75	23,4	24,1	(16,3-34,2)	168	24,6	27,8	(21,8-34,7)
Tipo de salvoconducto (n=91; seleccione todo)												
Visa Tipo M	3	5,6			1	2,7			4	4,4		
Salvoconducto para estatus de refugiado	43	76,8			28	77,8			71	77,2		
Posee una Tarjeta de Movilidad Fronteriza*												
No	1538	86,5	86,1	(82,9-88,8)	4005	90,2	88,3	(86,5-90,0)	5543	89,1	87,7	(86,1-89,1)
Sí	138	7,8	8,3	(6,2-11,1)	222	5,0	5,8	(4,7-7,3)	360	5,8	6,6	(5,5-7,8)
Sí, pero he permanecido en el país más de 7 días o ha expirado	102	5,7	5,7	(4,1-7,8)	214	4,8	5,8	(4,6-7,3)	316	5,1	5,7	(4,8-6,9)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

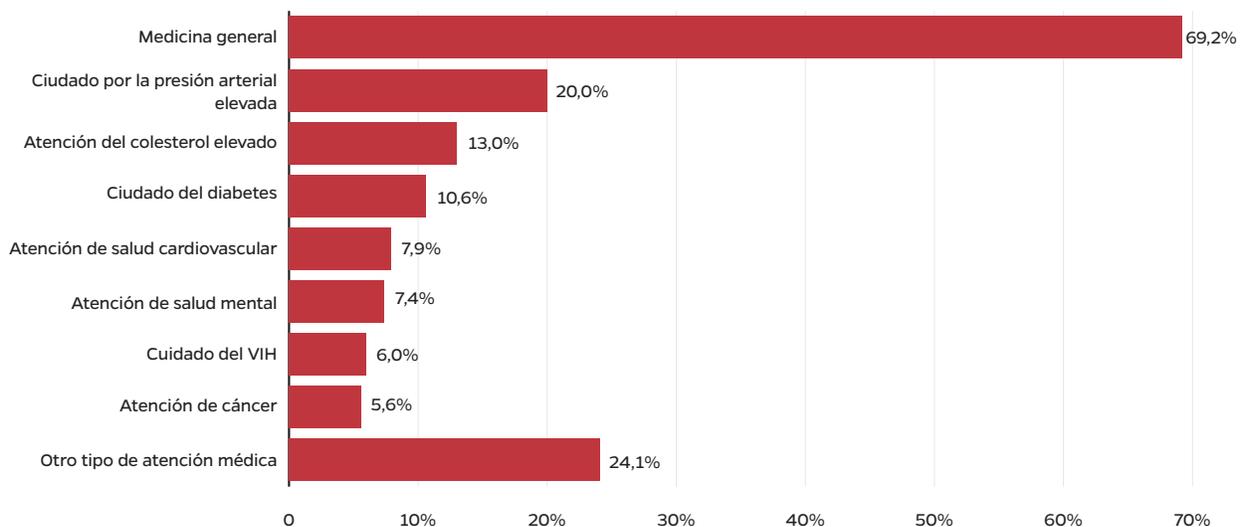
La motivación principal de la migración no varió significativamente según el estatus migratorio, con la inseguridad alimentaria a la cabeza, seguida de la inseguridad laboral y otras razones (Figura 7). En particular, los migrantes y refugiados con estatus migratorio irregular declararon con mayor frecuencia la inseguridad alimentaria como su principal motivación, en comparación con los que tenían estatus migratorio regular (54,0 frente a 49,2%). Los migrantes y refugiados con estatus regular declararon con mayor frecuencia la falta de acceso a los medicamentos (4,9 frente a 2,8) y la violencia (3,0 frente a 1,7) como principales motivaciones para la migración.

Figura 7: Motivación principal de la migración, estratificada por estatus migratorio.



Entre los que declararon que la salud era la principal motivación para emigrar (n=212), la mayoría buscaba atención sanitaria primaria (Figura 8). No hubo diferencias en cuanto a las motivaciones sanitarias declaradas según el lugar o la situación migratoria.

Figura 8: Motivo principal de la migración por motivos de salud entre los que declaran que la salud es el factor principal



HISTORIAL DE SALUD

Los refugiados y migrantes venezolanos informaron de niveles de salud generalmente elevados, con más de tres cuartas partes de ellos informando de una salud “buena, muy buena o excelente” (Tabla 7). Aproximadamente la mitad presentó un índice de masa corporal (IMC) autodeclarado de sobrepeso u obesidad, siendo esta proporción ligeramente superior en Barranquilla y Soledad.

Las puntuaciones medias de ansiedad/depresión fueron de 3,3 (DE: 3,13), con un 20,7% de resultados positivos en la escala PHQ-4 de probable ansiedad y/o depresión moderada o grave. El 29,1% de los migrantes y refugiados de Barranquilla y Soledad informaron de síntomas en comparación con el 15,9% de Bogotá y Soacha. Del mismo modo, el 21,1% detectó un trastorno por consumo de alcohol peligroso o activo. El 2% informó de un historial de uso de drogas inyectables a lo largo de la vida. No obstante, entre quienes presentaban un historial de uso de drogas inyectables a lo largo de su vida, solo el 13% se había inyectado drogas en el último año.

Tabla 7: Características sanitarias de los migrantes y refugiados en los sitios de estudio.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Salud autoinformada* (n=6219)												
Excelente	549	17,7	18,4	(16,2-20,8)	666	21,4	24,0	(21,0-27,2)	1215	19,5	20,4	(18,6-22,3)
Muy buena	455	14,7	14,1	(12,2-16,2)	411	13,2	13,0	(10,7-15,5)	866	13,9	13,7	(12,2-15,3)
Buena	1302	42,0	42,3	(39,4-45,2)	1367	43,9	42,5	(39,2-45,9)	2669	42,9	42,3	(40,2-44,6)
Regular	698	22,5	21,9	(19,7-24,4)	613	19,7	18,2	(15,9-20,9)	1311	21,1	20,6	(18,9-22,4)
Pobre	98	3,2	3,3	(2,4-4,6)	60	1,9	2,4	(1,4-4,0)	158	2,5	3,0	(2,3-3,9)
IMC*												
Bajo peso (<18,5)	177	5,7	7,2	(5,8-9,0)	117	3,8	5,0	(3,5-7,2)	294	4,7	6,4	(5,3-7,7)
Saludable (18,5-24,9)	1379	44,5	47,0	(44,1-50,0)	1250	40,1	38,4	(35,3-41,6)	2629	42,3	43,9	(41,7-46,1)
Sobrepeso (25,0-29,9)	923	29,8	28,6	(26,1-31,3)	996	31,9	31,3	(28,2-34,6)	1919	30,9	29,6	(27,6-31,7)
Obesidad (>=30)	623	20,1	17,1	(15,2-19,3)	755	24,2	25,3	(22,3-28,6)	1378	22,2	20,1	(18,4-21,9)
Ansiedad y/o depresión moderada o grave (PHQ4>=6)*	538	17,3	15,9	(13,9-18,1)	835	26,8	29,1	(26,0-32,4)	1373	22,1	20,7	(19,0-22,6)
Consumo peligroso o trastornos activos por consumo de alcohol (AUDITC>4 para los hombres y AUDITC>3 para las mujeres)*	644	20,8	19,8	(17,6-22,2)	731	23,4	23,4	(20,7-26,5)	1375	22,1	21,1	(19,4-23,0)
Ha consumido drogas alguna vez (ref: no)	148	4,8	4,4	(3,4-5,8)	89	2,9	2,4	(1,6-3,7)	237	3,8	3,7	(2,9-4,6)
Consumo de drogas en los últimos 12 meses	9	5,4			8	8,0			17	6,4		
Alguna vez se inyectó drogas* (ref: no)	85	2,7	2,1	(1,5-2,9)	45	1,4	1,5	(0,8-2,6)	130	2,1	1,9	(1,4-2,5)
Se inyectó en los últimos 12 meses** (durante toda la vida)	8	9,3			10	19,6			18	13,1		
Alguna vez se hizo una transfusión de sangre en Venezuela*	307	9,9	9,0	(7,6-10,7)	253	8,1	7,6	(6,2-9,4)	560	9,0	8,5	(7,4-9,8)
Alguna vez se hizo una cirugía en Venezuela*	1289	41,6	40,1	(37,3-43,0)	1107	35,5	36,1	(32,9-39,5)	2396	38,5	38,6	(36,5-40,8)
Alguna vez se hizo una prueba de tuberculosis* (n=6219)	134	4,3	3,9	(3,0-5,1)	76	2,4	3,2	(2,1-4,7)	210	3,4	3,6	(2,9-4,5)
Alguna vez se le ha diagnosticado tuberculosis (n=210, entre los sometidos a prueba)	12	8,7			10	12,3			22	10,0		

Tabla 7: Características sanitarias de los migrantes y refugiados en los sitios de estudio, continuada.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
País de diagnóstico (seleccione todos, n=22)												
Venezuela	10	83,3			3	30,0			13	59,1		
Colombia	2	16,7			7	70,0			9	40,9		
Otro país	0	0,0			1	10,0			1	4,5		
Alguna vez fue tratado por TB (n=22)	11	91,7			8	80,0			19	86,4		
Terminó el tratamiento de TB (n=19)	10	90,9			8	100,0			18	94,7		
Tratado por TB en Venezuela*	10	90,9			3	37,5			13	68,4		
Tratado por TB en Colombia	2	18,2			5	62,5			7	36,8		
COVID-19												
Cree haber tenido COVID-19 con base en los síntomas (ref: no)	810	26,1	26,6	(24,1-29,3)	793	25,4	26,9	(24,0-30,1)	1603	25,8	26,7	(24,8-28,8)
Se hizo prueba de COVID-19 (n=1603, entre quienes creen haber tenido COVID-19)*	229	28,2	25,7	(21,0-30,9)	174	21,9	25,0	(19,2-31,9)	403	25,1	25,4	(21,7-29,5)
Resultados de la prueba de COVID-19 (n=403, entre quienes se sometieron a la prueba)*												
Negativo	110	48,0	40,3	(30,5-50,9)	91	52,3	49,1	(34,1-64,3)	201	49,9	43,5	(35,0-52,3)
Positivo	107	46,7	57,6	(46,9-67,6)	79	45,4	47,1	(32,2-62,5)	186	46,2	53,8	(44,9-62,4)
No está seguro	12	5,2	2,2	(1,1-4,3)	4	2,3	3,8	(0,8-15,9)	16	4,0	2,8	(1,2-6,2)
Vacunado contra el COVID-19 (ref: no, n=6218)*	1224	39,5	41,3	(38,5-44,2)	1770	56,8	58,2	(54,9-61,5)	2994	48,2	47,5	(45,3-49,7)
País donde se vacunó contra el COVID-19 (entre los vacunados, n=2994)*												
Venezuela	162	13,1			70	3,9			232	7,7		
Colombia	1058	85,3			1708	95,8			2766	91,5		
Perú	7	0,6			2	0,1			9	0,3		
Ecuador	8	0,6			2	0,1			10	0,3		
Otro	5	0,4			1	0,1			6	0,2		
Recibió la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19												
No	618	50,4	50,2	(45,6-54,8)	712	40,2	39,6	(35,3-44,2)	1330	44,4	45,5	(42,3-48,7)
Sí	384	31,3	31,2	(27,1-35,6)	697	39,4	41,2	(36,7-45,9)	1081	36,1	35,7	(32,6-38,9)
N/A	224	18,3	18,6	(15,2-22,6)	361	20,4	19,1	(15,9-22,9)	585	19,5	18,9	(16,4-21,6)
Interesado en la vacuna contra el COVID-19 (entre los no vacunados, ref: no)	1531	80,7	80,6	(77,4-83,5)	1129	81,0	80,6	(76,4-84,2)	2660	80,9	80,6	(78,1-82,9)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

Prevalencia y diferencias en los indicadores de salud según el estatus migratorio

La salud general autodeclarada fue alta y similar según el estatus migratorio (Tabla 8). No hubo diferencias por estatus migratorio en términos de IMC, síntomas autodeclarados indicativos de ansiedad y/o depresión moderada o severa, o consumo de alcohol.

Más del 25% de los inmigrantes y refugiados declararon creer que tuvieron una infección por COVID-19 en algún momento basándose en los síntomas y/o la exposición. Esto fue más comúnmente reportado por aquellos con un estatus migratorio regular, comparado con las personas con un estatus migratorio irregular. No obstante, no hubo diferencia en el diagnóstico de COVID-19 por estatus migratorio. Casi la mitad de la población declaró haber recibido al menos una vacuna contra el COVID-19, lo cual fue declarado con mayor frecuencia por los migrantes y refugiados en situación migratoria regular que por los irregulares (55,2% frente a 44,3%).

Tabla 8: Características sanitarias de los inmigrantes y refugiados con estatus migratorio regular e irregular.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Salud autoinformada* (n=6219)												
Excelente	353	19,8	21,0	(17,7-24,7)	862	19,4	20,2	(18,1-22,4)	1215	19,5	20,4	(18,6-22,3)
Muy buena	274	15,4	16,2	(13,4-19,5)	592	13,3	12,6	(11,0-14,5)	866	13,9	13,7	(12,2-15,3)
Buena	742	41,7	40,9	(36,9-45,1)	1927	43,4	42,9	(40,4-45,6)	2669	42,9	42,3	(40,2-44,6)
Regular	360	20,2	18,5	(15,6-21,8)	951	21,4	21,5	(19,4-23,7)	1311	21,1	20,6	(18,9-22,4)
Pobre	50	2,8	3,5	(2,1-5,8)	108	2,4	2,8	(2,0-3,8)	158	2,5	3,0	(2,3-3,9)
IMC*												
Bajo peso (<18,5)	55	3,1	4,5	(3,0-6,7)	239	5,4	7,2	(5,8-8,9)	294	4,7	6,4	(5,3-7,7)
Saludable (18,5-24,9)	697	39,2	44,3	(40,2-48,5)	1932	43,5	43,7	(41,1-46,3)	2629	42,3	43,9	(41,7-46,1)
Sobrepeso (25,0-29,9)	609	34,2	34,2	(30,4-38,3)	1310	29,5	27,7	(25,4-30,1)	1919	30,9	29,6	(27,6-31,7)
Obesidad (>=30)	418	23,5	16,9	(14,3-19,9)	960	21,6	21,4	(19,3-23,7)	1378	22,2	20,1	(18,4-21,9)
Ansiedad y/o depresión moderada o grave (PHQ4>=6)*	345	19,4	19,1	(16,0-22,6)	1028	23,1	21,4	(19,3-23,6)	1373	22,1	20,7	(19,0-22,6)
Consumo peligroso o trastornos activos por consumo de alcohol (AUDITC>4 para los hombres y AUDITC>3 para las mujeres)*	387	21,8	21,6	(18,4-25,3)	988	22,3	20,9	(18,9-23,1)	1375	22,1	21,1	(19,4-23,0)
Ha consumido drogas alguna vez (ref: no)	69	3,9	4,0	(2,5-6,2)	168	3,8	3,6	(2,8-4,6)	237	3,8	3,7	(2,9-4,6)
Consumo de drogas en los últimos 12 meses	7	8,9			10	5,3			17	6,4		
Alguna vez se inyectó drogas* (ref: no)	37	2,1	1,4	(0,9-2,1)	93	2,1	2,1	(1,4-2,9)	130	2,1	1,9	(1,4-2,5)
Se inyectó en los últimos 12 meses ** (durante toda la vida)	4	10,0			14	14,4			18	13,1		
Alguna vez se hizo una transfusión de sangre en Venezuela*	172	9,7	8,2	(6,4-10,5)	388	8,7	8,7	(7,3-10,2)	560	9,0	8,5	(7,4-9,8)
Alguna vez se hizo una cirugía en Venezuela*	747	42,0	41,7	(37,6-45,8)	1649	37,1	37,4	(34,9-40,0)	2396	38,5	38,6	(36,5-40,8)
Alguna vez se hizo una prueba de tuberculosis* (n=6219)	87	4,9	5,1	(3,6-7,1)	123	2,8	3,1	(2,3-4,0)	210	3,4	3,6	(2,9-4,5)
Alguna vez se le ha diagnosticado tuberculosis (n=210, entre los sometidos a prueba)	6	6,9			16	12,1			22	10,0		

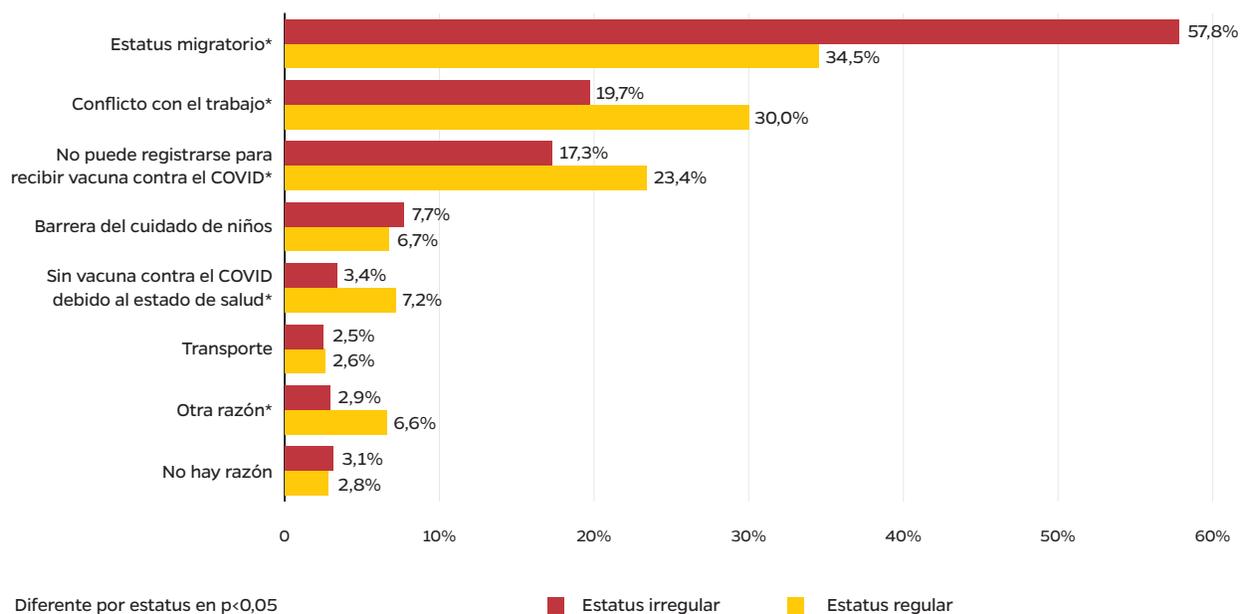
Tabla 8: Características sanitarias de los inmigrantes y refugiados con estatus migratorio regular e irregular, continuada.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
País de diagnóstico (seleccione todos, n=22)												
Venezuela	4	66,7			9	56,3			13	59,1		
Colombia	3	50,0			6	37,5			9	40,9		
Otro país	0	0,0			1	6,3			1	4,5		
Alguna vez fue tratado por TB (n=22)	5	83,3			14	87,5			19	86,4		
Terminó el tratamiento de TB (n=19)	4	80,0			14	100,0			18	94,7		
Tratado por TB en Venezuela*	4	80,0			9	64,3			13	68,4		
Tratado por TB en Colombia	2	40,0			5	35,7			7	36,8		
COVID-19												
Cree haber tenido COVID-19 con base en los síntomas (ref: no)	529	29,7	32,0	(28,1-36,1)	1074	24,2	24,5	(22,3-26,9)	1603	25,8	26,7	(24,8-28,8)
Se hizo prueba de COVID-19 (n=1603, entre quienes creen haber tenido COVID-19)*	158	29,9	26,1	(20,0-33,2)	245	22,7	25,1	(20,5-30,3)	403	25,1	25,4	(21,7-29,5)
Resultados de la prueba de COVID-19 (n=403, entre quienes se sometieron a la prueba)*												
Negativo	81	50,0	49,4	(35,2-63,7)	134	51,7	42,9	(32,6-53,9)	215	51,1	43,5	(35,0-52,3)
Positivo	74	45,7	48,6	(34,4-63,0)	115	44,4	54,1	(43,1-64,7)	189	44,9	53,8	(44,9-62,4)
No está seguro	7	4,3	2,1	(0,8-5,0)	10	3,9	3,0	(1,0-8,7)	17	4,0	2,8	(1,2-6,2)
Vacunado contra el COVID-19 (ref: no, n=6218)*	984	55,3	55,2	(51,0-59,3)	2010	45,3	44,3	(41,7-46,9)	2994	48,2	47,5	(45,3-49,7)
País donde se vacunó contra el COVID-19 (entre los vacunados, n=2994)*												
Venezuela	33	3,3			199	9,8			232	7,7		
Colombia	952	96,0			1814	89,3			2766	91,5		
Peru	3	0,3			6	0,3			9	0,3		
Ecuador	2	0,2			8	0,4			10	0,3		
Otro	2	0,2			4	0,2			6	0,2		
Recibió la segunda dosis (COVID-19)**												
No	422	42,8	43,4	(38,0-49,0)	908	45,2	46,5	(42,5-50,6)	1330	44,4	45,5	(42,3-48,7)
Sí	384	39,0	39,6	(34,1-45,4)	697	34,7	33,7	(30,0-37,5)	1081	36,1	35,7	(32,6-38,9)
N/A	179	18,2	17,0	(13,1-21,7)	406	20,2	19,8	(16,8-23,3)	585	19,5	18,9	(16,4-21,6)
Interesado en la vacuna contra el COVID-19 (entre los no vacunados, ref: no)	653	80,6	78,9	(72,9-83,8)	2007	81,0	81,2	(78,4-83,7)	2660	80,9	80,6	(78,1-82,9)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

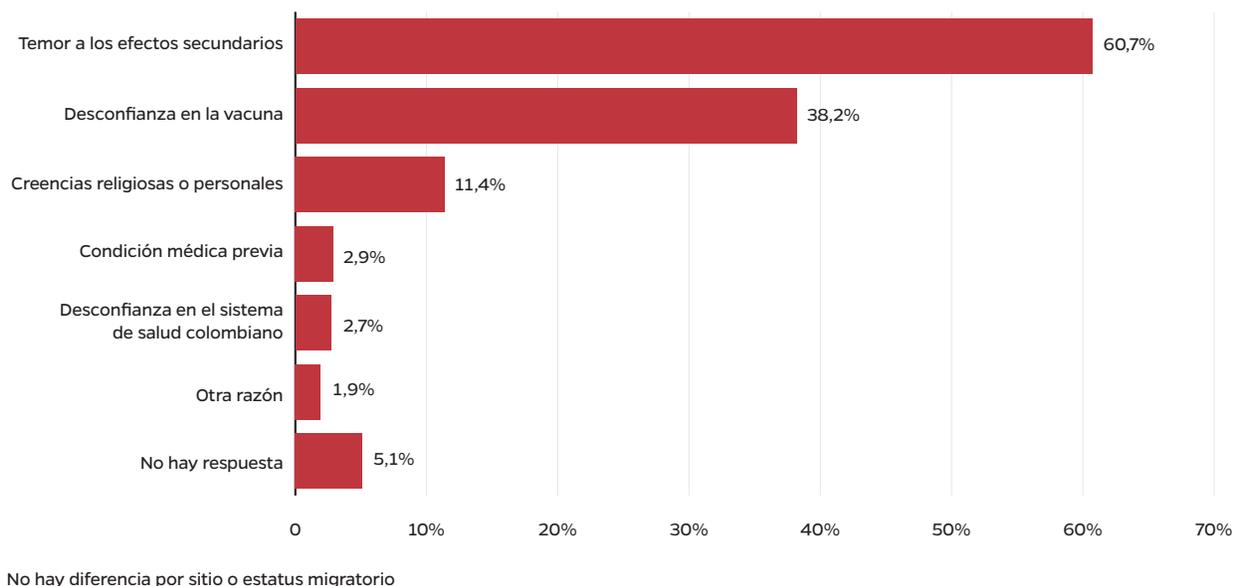
Entre las personas con estatus migratorio irregular, la situación migratoria fue el obstáculo más común para la vacunación, mientras que los conflictos con el trabajo y la imposibilidad de registrarse para la vacuna fueron los obstáculos más citados entre los migrantes regulares y los refugiados (Figura 9). Los migrantes regulares y los refugiados fueron elegibles para la vacunación gratuita al mismo tiempo que los nacionales colombianos, mientras que los migrantes irregulares y los refugiados pudieron hacerlo después de octubre de 2021. La elevada proporción de migrantes irregulares y refugiados que declaran no haberse vacunado debido a su estatus migratorio se debe probablemente a esta política, así como a la falta de conocimiento cuando las vacunas estuvieron disponibles para los migrantes con estatus irregular.

Figura 9: Razones autodeclaradas para no vacunarse contra el COVID-19 entre los migrantes y refugiados en situación regular e irregular.



En general, el 80% de los inmigrantes y refugiados no vacunados manifestaron su interés por la vacunación, sin diferencias por sitio o situación migratoria. En los participantes que declararon no estar interesados en la vacunación (n=584), las dos razones más comunes fueron los posibles efectos secundarios (60,7%) y la desconfianza en la vacuna (38,2%; Figura 10).

Figura 10: Motivo de desinterés en la vacunación contra el COVID-19 entre los no vacunados y los que declaran no tener interés.



ATENCIÓN PRENATAL

Entre las mujeres sexualmente activas, más de la mitad reportó usar actualmente métodos anticonceptivos, lo cual fue ligeramente mayor en Bogotá y Soacha, en comparación con Barranquilla y Soledad. Más del 28% declaró haber estado embarazada en algún momento desde su llegada a Colombia, sin que hubiera diferencias por sitio. No obstante, la recepción de atención prenatal fue menos común en Bogotá y Soacha que en Barranquilla y Soledad, al igual que el número de visitas de atención prenatal (Tabla 9).

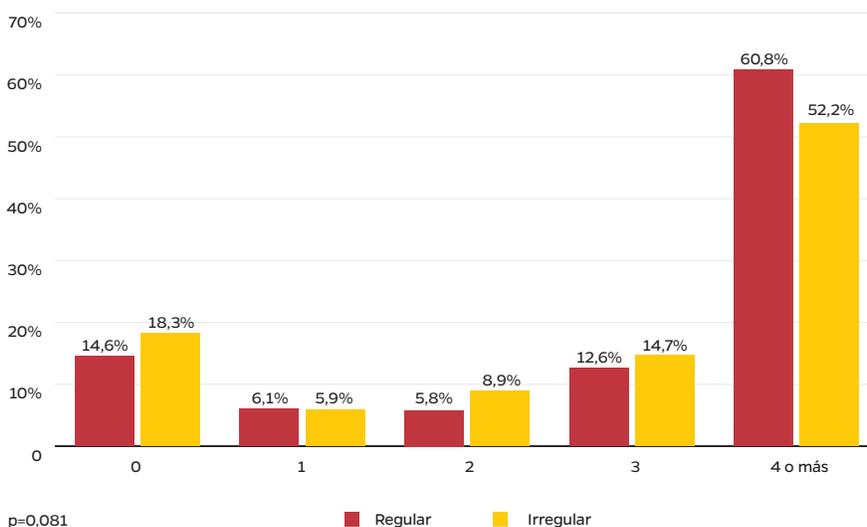
Tabla 9: Acceso y uso de los servicios de salud reproductiva y atención prenatal entre las mujeres de los sitios de estudio.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=1,858)				Barranquilla y Soledad (n=2,188)				Total (N=4,046)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez han sido sexualmente activas (ref: no)	1811	97,5	97,5	(95,8-98,5)	2127	97,2	97,3	(95,6-98,3)	3938	97,3	97,4	(96,3-98,2)
Actualmente usa métodos anticonceptivos (n=3893)*	988	55,3	54,2	(50,4-58,0)	1057	50,2	48,2	(44,0-52,4)	2045	52,5	51,8	(48,9-54,6)
Embarazada desde su llegada a Colombia (ref: no)*	501	27,0	28,8	(25,5-32,5)	655	29,9	28,1	(24,7-31,8)	1156	28,6	28,6	(26,1-31,2)
Embarazada actualmente * (entre quienes informan de algún embarazo después de su llegada)*	82	16,1	16,1	(11,4-22,2)	68	10,2	9,2	(6,4-13,2)	150	12,8	13,3	(10,2-17,2)
Número de nacimientos en Colombia (entre quienes declaran estar embarazadas desde su llegada)*												
0	107	21,2			87	13,2			194	16,7		
1	360	71,4			482	73			842	72,3		
2	24	4,8			72	10,9			96	8,2		
3	8	1,6			13	2,0			21	1,8		
4 o más	5	1,0			6	0,9			11	0,9		
Recibió atención prenatal (entre quienes declararon haber tenido un hijo vivo, n=976)*	288	72,4	68,5	(59,9-76,0)	523	90,5	85,4	(76,9-91,1)	811	83,1	75,4	(69,4-80,6)
Número de visitas prenatales en el último embarazo * (entre las embarazadas desde su llegada)*												
0	115	22,9			86	13,1			201	17,3		
1	36	7,2			33	5,0			69	5,9		
2	53	10,5			41	6,2			94	8,1		
3	75	14,9			89	13,5			164	14,1		
4 o más	224	44,5			409	62,2			633	54,5		

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población.

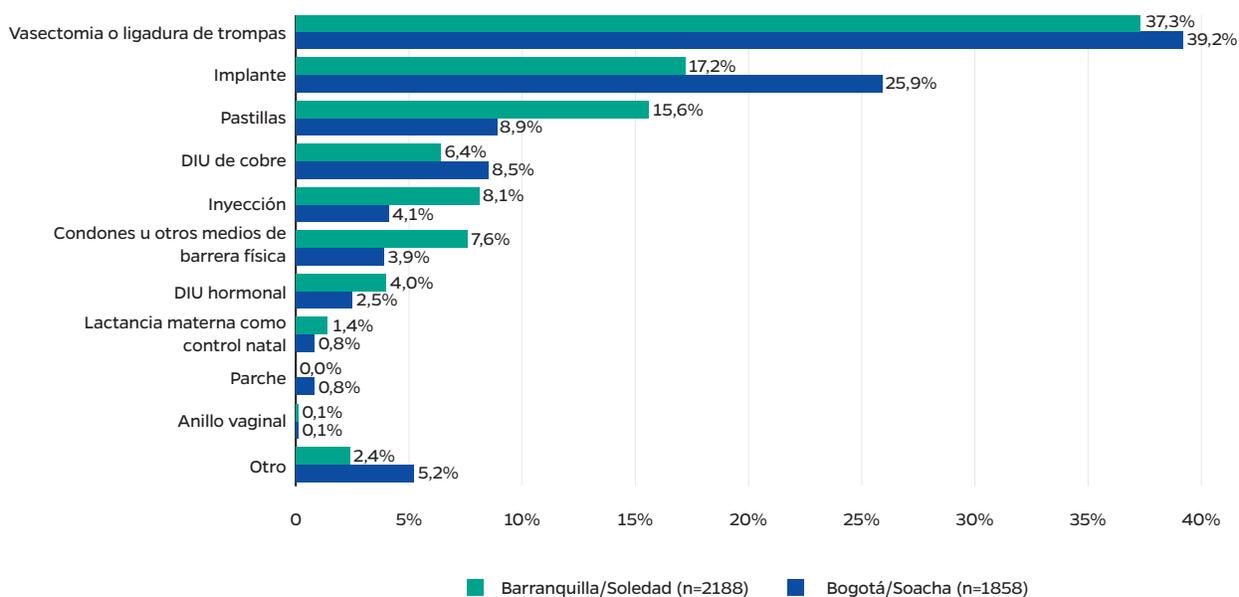
La salud reproductiva y la atención prenatal no fueron, en general, diferentes según el estatus migratorio en términos de actividad sexual, número de nacimientos o uso de anticonceptivos (no se muestra). Sin embargo, entre las mujeres que estaban embarazadas mientras vivían en Colombia (n=1.156), el 14,3% de las mujeres en situación irregular y el 8,7% de las mujeres con estatus regular estaban embarazadas en el momento del estudio (no se muestra). El embarazo actual no fue diferente según el año de llegada. Las mujeres con estatus migratorio regular también informaron de un número marginalmente mayor de visitas de atención prenatal durante su último embarazo en Colombia (Figura 11).

Figura 11: Número de visitas prenatales durante el último embarazo en Colombia por estatus migratorio.



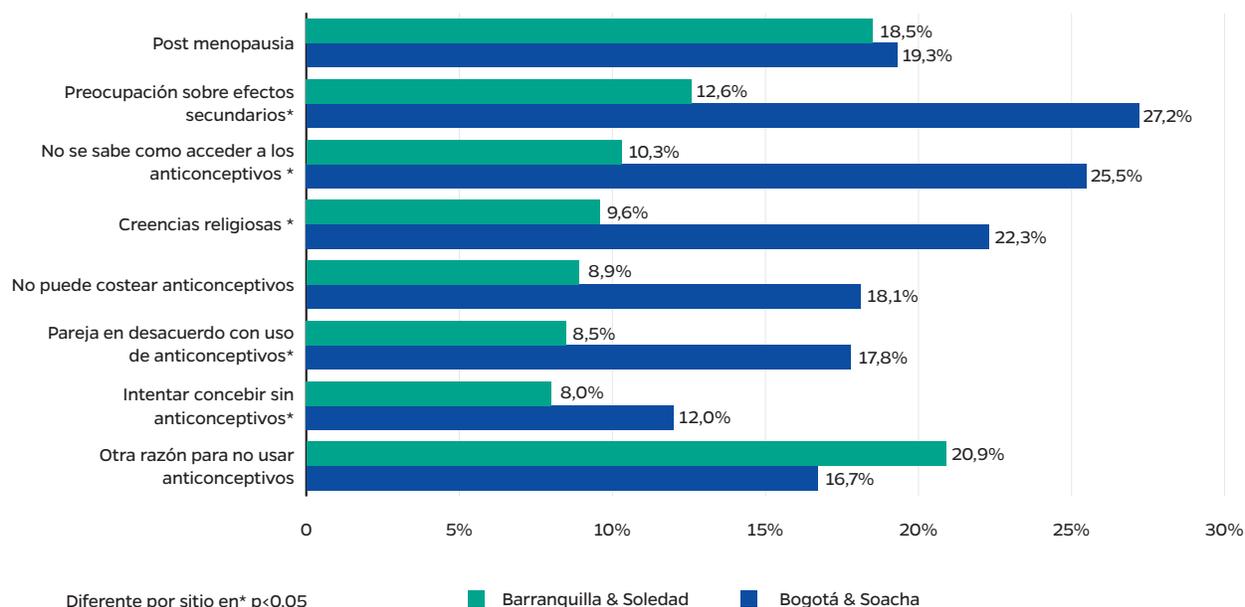
Entre el 50% de las mujeres que reportaron el uso actual de anticonceptivos, la vasectomía o la ligadura de trompas fueron los más comunes, seguidos por el implante (Figura 12). Sin embargo, el uso y el método fueron diferentes entre los sitios, siendo los implantes un método más comúnmente reportado en Bogotá y Soacha, en comparación con Barranquilla y Soledad. En este último sitio, el uso de anticonceptivos orales fue casi tan común como los métodos de implante.

Figura 12: Métodos anticonceptivos usados por las mujeres migrantes en los sitios de estudio.



Entre las mujeres que informaron de que no usaban anticonceptivos (n=1.933), casi el 20% señaló la posmenopausia como la razón para no usarlos. Otras razones fueron la preocupación por los efectos secundarios, la falta de conocimiento sobre cómo acceder a los anticonceptivos, la religión y los costos, y fueron diferentes entre los distintos centros (Figura 13).

Figura 13: Razones para no usar anticonceptivos entre las mujeres que no los usan, por sitio.



INFECCIÓN POR VIH Y SÍFILIS

Casi todos los refugiados y migrantes venezolanos declararon ser sexualmente activos, con una media de 1 pareja sexual en los últimos 12 meses (Tabla 10). Tres por ciento reportó haber sido diagnosticado alguna vez con una ITS en Venezuela o Colombia. De estos, el 81,3% habían sido tratados.

CONDUCTAS SEXUALES Y RIESGOS CONDUCTUALES, ESTRATIFICADOS POR SITIO

Entre las personas sexualmente activas, casi un tercio de la población reportó el uso del condón en la última relación sexual, con más participantes reportando el uso del condón en Bogotá y Soacha que en Barranquilla y Soledad (Tabla 10). Solo el 1,1% de los migrantes y refugiados declararon tener una pareja que vivía con el VIH. No obstante, el 36,9% en Bogotá y Soacha y el 67,7% en Barranquilla y Soledad no conocían la situación del VIH de su pareja sexual actual o más reciente.

Las poblaciones clave representaron una pequeña fracción de los participantes en general (6,8%), incluyendo a aquellos que reportaron un historial de pago por sexo (1,2%), proveer sexo con propósitos transaccionales (1,2%), inyectarse drogas (1,9%, Tabla 7), y hombres que reportaron haber tenido relaciones sexuales con hombres (12,0% de los hombres).

Tabla 10: Conductas sexuales y riesgos conductuales para el VIH, estratificados por sitio de estudio.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez fueron sexualmente activos (ref: no)	2996	96,6	96,2	(94,8-97,2)	3032	97,2	96,5	(94,7-97,7)	6028	96,9	96,3	(95,2-97,1)
Mediana del número de parejas sexuales en los últimos 12 meses (IQR) rango 0-750	1	(1-1)			1	(1-1)			1	(1-1)		
Uso del preservativo en la última relación sexual (ref: no; n=6028, entre los sexualmente activos independiente del sexo de la pareja, no incluye el trabajo sexual)*	985	32,9	34,8	(32,0-37,8)	742	24,5	24,8	(21,9-27,9)	1727	28,6	31,2	(29,1-33,3)
Hombre que tiene sexo con hombres (entre los hombres, n=2124; ref: no)	128	10,5	12,4	(9,5-16,1)	79	8,7	11,1	(7,3-16,5)	207	9,8	12,0	(9,6-15,0)
Alguna vez ha pagado por sexo (ref: no)	40	1,3	1,0	(0,6-1,8)	42	1,3	1,4	(0,8-2,7)	82	1,3	1,2	(0,8-1,8)
Trabajo sexual (ref: no; n=6219)	61	2,0	1,6	(1,0-2,6)	45	1,4	1,5	(0,8-2,7)	106	1,7	1,5	(1,1-2,2)
Trabajo sexual (últimos 7 días; ref: no)	27	0,9	1,1	(0,6-2,1)	19	0,6	0,5	(0,3-1,1)	46	0,7	0,9	(0,6-1,5)
Población clave* (ref: no)	252	8,1	7,6	(6,2-9,2)	155	5,0	5,4	(4,0-7,2)	407	6,5	6,8	(5,7-8,0)
VIH en la pareja (n=6028)*												
VIH-negativo	1850	61,7	63,0	(59,0-64,8)	1028	33,9	31,2	(28,1-34,6)	2878	47,7	50,7	(48,5-53,0)
VIH-positivo	34	1,1	1,1	(0,6-2,1)	20	0,7	1,1	(0,4-2,5)	54	0,9	1,1	(0,7-1,8)
Desconocido	1112	37,1	36,9	(34,1-39,8)	1984	65,4	67,7	(64,3-70,9)	3096	51,4	48,2	(45,9-50,5)
Alguna vez se le diagnosticó una ITS (ref: no; n=6171)	94	3,1	3,5	(2,4-5,0)	97	3,1	2,7	(1,8-4,1)	191	3,1	3,2	(2,4-4,3)
Alguna vez se trató una ITS de las diagnosticadas (ref: no; en Venezuela o Colombia)	65	77,4	84,4	(62,2-92,1)	69	77,5	80,9	(67,2-89,7)	134	77,5	81,3	(68,1-89,8)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de la población; población clave definida como individuos que se identifican como personas transgénero o no binarias que tienen relaciones sexuales con hombres, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, declaran haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida o declaran haber consumido drogas inyectables a lo largo de su vida.

CONDUCTAS SEXUALES Y RIESGOS CONDUCTUALES DE GÉNERO

Hubo poca diferencia significativa en la actividad sexual y el número de parejas sexuales según el género, aunque el uso del preservativo en la última relación sexual fue diferente (Tabla 11). Casi el 60% de los participantes transgénero y no binarios informaron del uso del preservativo en la última relación sexual, mientras que el 38,6% de los hombres y el 27,4% de las mujeres informaron del uso del preservativo en la última relación sexual. En general, el 14,9% de los hombres y el 2,4% de las mujeres declararon tener una conducta o una identidad que se ajusta a una población clave. Las relaciones sexuales con alguien que se sabe que vive con el VIH fueron más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres (2,4 frente a 0,4, respectivamente). No hubo diferencias en el diagnóstico de ITS a lo largo de la vida por género.

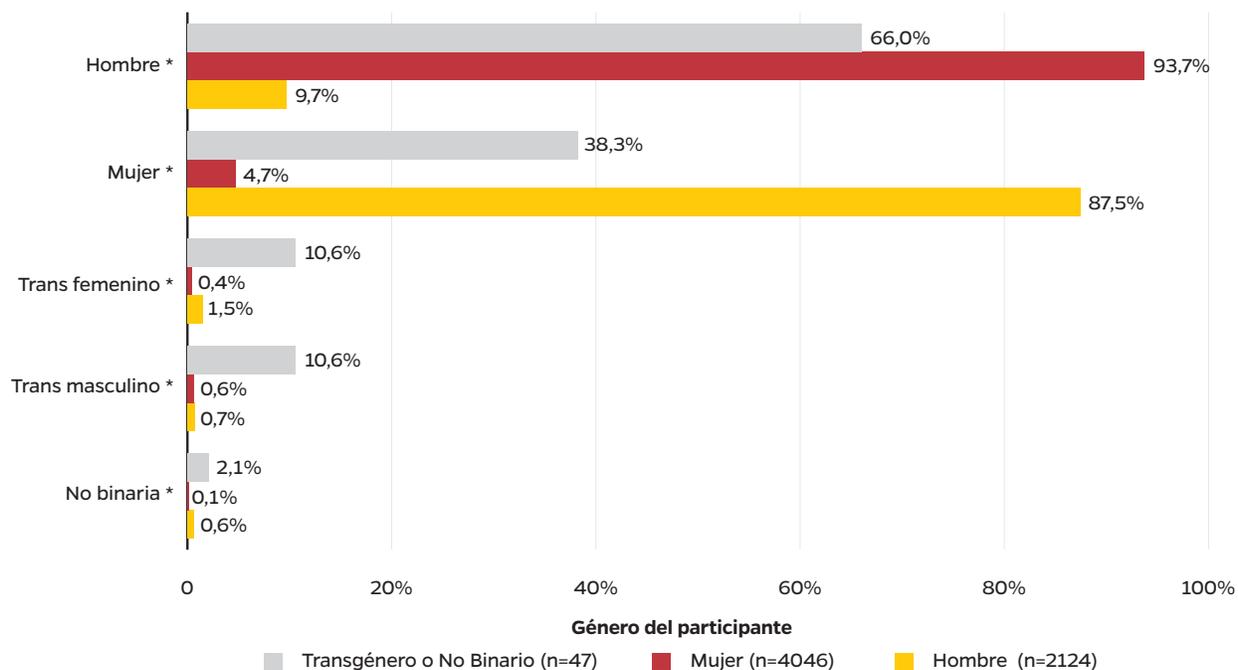
Tabla 11: Conductas sexuales y riesgos conductuales entre migrantes y refugiados, estratificados por género.

	Género															
	Hombre (n=2.124)				Mujer (n=4.046)				Transgénero o No binario (n=47)				Total (N=6.217)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez fueron sexualmente activos (ref: no, n=6216)*	2040	96,1	94,3	(91,9-95,9)	3938	97,3	97,4	(96,3-98,2)	46	97,9			6024	96,9	96,3	(95,2-97,1)
Mediana del número de parejas sexuales en los últimos 12 meses (IQR) rango 0-750	1	(1-2)			1	(1-1)			1	(1-2)			1	(1-1)		
Uso del preservativo en la última relación sexual (ref: no; n=6024, independiente del sexo de la pareja, no incluye el trabajo sexual)*	759	37,2	38,6	(34,9-42,4)	942	23,9	27,4	(24,9-30,1)	26	56,5			1727	28,7	31,2	(29,1-33,3)
Hombre que tiene sexo con hombres (ref: no) *	207	9,7	12,0	(9,6-15,0)									207	9,7	12,0	(9,6-15,0)
Alguna vez pagó por sexo (ref: no)*	53	2,5	1,9	(1,3-2,8)	27	0,7	0,8	(0,4-1,7)	2	4,3			82	1,3	1,2	(0,8-1,8)
Trabajo sexual (ref: no; n=6215)*	38	1,8	1,6	(0,8-3,3)	64	1,6	1,5	(0,9-2,2)	4	8,5			106	1,7	1,5	(1,1-2,2)
Trabajo sexual (últimos 7 días) (ref: no; n=6215)	11	0,5	0,7	(0,2-2,3)	32	0,8	0,9	(0,5-1,7)	3	6,4			46	0,7	0,9	(0,6-1,5)
Población clave*	299	14,1	14,9	(12,3-17,8)	94	2,3	2,4	(1,7-3,4)	47	100,0			407	6,5	6,8	(5,7-8,0)
VIH en la pareja (n=6.024)*																
VIH-negativo	1015	49,8	52,9	(49,1-56,8)	1843	46,8	49,7	(46,9-52,5)	17	37,0			2875	47,7	50,7	(48,5-53,0)
VIH-positivo	35	1,7	2,4	(1,4-4,3)	18	0,5	0,4	(0,2-1,2)	1	2,2			54	0,9	1,1	(0,7-1,8)
Desconocido	990	48,5	44,6	(40,9-48,5)	2077	52,7	49,9	(47,1-52,7)	28	60,9			3095	51,4	48,2	(45,9-50,5)
Alguna vez se le diagnosticó una ITS (ref: no; n=6171)	57	2,7	3,0	(1,8-5,1)	133	3,3	3,3	(2,4-4,6)	1	2,2			191	3,1	3,2	(2,4-4,3)
Alguna vez se trató una ITS de las diagnosticadas (ref: no; en Venezuela o Colombia; n=173)	40	75,5	89,2	(75,8-95,6)	94	78,3	76,6	(58,1-88,5)	0	0,0			134	77,5	81,3	(68,1-89,8)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de la población; población clave definida como individuos que se identifican como transgénero o no binarios que tienen relaciones sexuales con hombres, son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, declaran haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida o declaran haber consumido drogas inyectables a lo largo de su vida.

El gráfico 14 muestra el género de las parejas sexuales. Casi el 90% de los hombres declararon tener relaciones sexuales con mujeres, aunque más del 10% declararon tener relaciones con hombres y/o con parejas transgénero o no binarias. Las relaciones declaradas por las mujeres fueron predominantemente heterosexuales, aunque el 5% declaró tener parejas con mujeres. Los participantes transgénero y no binarios declararon una mayor diversidad de géneros en sus relaciones sexuales.

Figura 14: Género de las parejas sexuales (seleccione todos).



CONDUCTAS SEXUALES ENTRE VENEZOLANOS CON ESTATUS MIGRATORIO REGULAR E IRREGULAR

Los venezolanos con estatus migratorio regular e irregular fueron generalmente similares en términos de conducta sexual y riesgos de conducta para el VIH y las ITS (Tabla 12). Específicamente, no hubo diferencias en términos de actividad sexual, número de parejas sexuales, o historial de sexo transaccional o sexo pagado. No obstante, cabe destacar que el uso del preservativo en la última relación sexual fue ligeramente inferior entre las personas en situación irregular en comparación con la situación de migración regular (29,7% frente a 34,7%). Las personas con estatus migratorio irregular fueron ligeramente más propensas a declarar que no conocían la situación del VIH en su pareja sexual (50,0% frente a 43,9%) en comparación con las personas con estatus migratorio regular.

Tabla 12: Conducta sexual y riesgos conductuales según el estatus migratorio.

	Estatus migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez fueron sexualmente activos (ref: no, n=6220)*	1726	97,0	96,4	(94,2-97,8)	4302	96,9	96,3	(95,0-97,2)	6028	96,9	96,3	(95,2-97,1)
Mediana del número de parejas sexuales en los últimos 12 meses (IQR) rango 0-750	1	(1-1)			1	(1-1)			1	(1-1)		
Uso del preservativo en la última relación sexual (ref: no; n=6024, independiente del sexo de la pareja, no incluye el trabajo sexual)	532	30,8	34,7	(30,7-38,9)	1195	27,8	29,7	(27,3-32,3)	1727	28,6	31,2	(29,1-33,3)
Hombre que tiene sexo con hombres	82	11,5	12,9	(9,3-17,7)	125	8,9	11,6	(8,5-15,5)	207	9,7	12,0	(9,6-15,0)
Alguna vez pagó por sexo (ref: no)	24	1,3	0,9	(0,5-1,5)	58	1,3	1,3	(0,8-2,1)	82	1,3	1,2	(0,8-1,8)
Trabajo sexual (ref: no; n=6219)	29	1,6	1,3	(0,7-2,3)	77	1,7	1,7	(1,0-2,6)	106	1,7	1,5	(1,1-2,2)
Trabajo sexual (últimos 7 días; ref: no; n=6219)	11	0,6	0,5	(0,2-1,1)	35	0,8	1,0	(0,6-1,9)	46	0,7	0,9	(0,6-1,5)
Población clave*	136	7,6	7,3	(5,6-9,4)	271	6,1	6,5	(5,3-8,1)	407	6,5	6,8	(5,7-8,0)
VIH en la pareja (n=6.028)*												
VIH-negativo	895	51,9	54,5	(50,3-58,7)	1983	46,1	50,0	(46,5-51,8)	2878	47,7	50,7	(48,5-53,0)
VIH-positivo	19	1,1	1,6	(0,7-3,8)	35	0,8	0,9	(0,5-1,6)	54	0,9	1,1	(0,7-1,8)
Desconocido	812	47,0	43,9	(39,8-48,1)	2284	53,1	50,0	(47,3-52,7)	3096	51,4	48,2	(45,9-50,5)
Alguna vez se le diagnosticó una ITS (ref: no; n=6171)	63	3,6	4,2	(2,6-6,8)	128	2,9	2,8	(2,0-3,9)	191	3,1	3,2	(2,4-4,3)
Alguna vez se trató una ITS de las diagnosticadas (ref: no; en Venezuela o Colombia; n=191)	43	75,4	88,0	(73,8-95,0)	91	78,4	75,9	(56,3-88,6)	134	77,5	81,3	(68,1-89,8)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de la población; población clave definida como individuos que se identifican como transgénero o no binarios que tienen relaciones sexuales con hombres, son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, declaran haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida o declaran haber consumido drogas inyectables a lo largo de su vida.

HISTORIAL DE PRUEBAS Y PREVENCIÓN DEL VIH

En general, un poco más de la mitad de los refugiados y migrantes se habían sometido alguna vez a la prueba del VIH, lo cual fue más común en Bogotá y Soacha (56,2%) en comparación con Barranquilla y Soledad (46,9%; Tabla 13). Entre los que se habían hecho la prueba alguna vez, la mayoría se la había hecho hace más de un año. Entre los que tenían un historial de pruebas de VIH durante su vida, el 59% se había hecho la prueba de VIH en Colombia y el 40,2% se había hecho la prueba mientras estaba en Venezuela. La mayoría (98,1%) informó de un resultado negativo en la última prueba del VIH. El conocimiento y el uso de la PrEP y la nPEP fueron bajos. Solo 12 participantes en Bogotá y Soacha y 5 en Barranquilla y Soledad informaron del uso de la nPEP en Colombia. El uso de la PrEP en Colombia fue reportado por 9 participantes en Bogotá y Soacha y 5 en Barranquilla y Soledad.

Tabla 13: Pruebas y prevención del VIH entre inmigrantes y refugiados en los sitios de estudio

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez se hizo la prueba de VIH* (n=6219)												
No	1311	42,3	43,1	(40,2-46,0)	1613	51,7	52,6	(49,2-56,0)	2924	47,0	46,5	(44,3-48,8)
Sí	1768	57,0	56,2	(53,3-59,1)	1488	47,7	46,9	(43,5-50,3)	3256	52,4	52,8	(50,6-55,1)
No sabe	23	0,7	0,7	(0,4-1,2)	16	0,5	0,5	(0,3-0,9)	39	0,6	0,6	(0,4-1,0)
Tiempo transcurrido desde la última prueba de VIH* (entre los que se hicieron la prueba)												
En los últimos 12 meses	404	22,8	22,3	(19,3-25,6)	292	19,5	18,9	(15,5-22,9)	696	21,3	21,2	(18,8-23,8)
Hace más de 1 año y menos de 5 años	683	38,5	39,4	(35,6-43,3)	648	43,3	45,0	(40,3-49,8)	1331	40,7	41,2	(38,2-44,3)
Hace más de 5 años y menos de 10 años	369	20,8	21,2	(18,3-24,5)	363	24,3	21,3	(17,8-25,3)	732	22,4	21,3	(18,9-23,8)
Hace más de 10 años	292	16,5	15,7	(13,1-18,7)	182	12,2	13,4	(10,1-17,5)	474	14,5	15,0	(12,9-17,4)
No lo sé	24	1,4	1,5	(0,7-2,8)	10	0,7	1,4	(0,4-4,5)	34	1,0	1,4	(0,8-2,6)
País de la última prueba del VIH*												
Colombia	1081	61,0	61,1	(57,2-64,8)	829	55,5	54,8	(49,9-59,5)	1910	58,5	59,0	(56,0-62,0)
Venezuela	667	37,6	37,9	(34,2-41,8)	659	44,1	45,0	(40,2-49,8)	1326	40,6	40,2	(37,2-43,2)
Perú	10	0,6			1	0,1			11	0,3		
Brasil	0	0,0			1	0,1			1	0,0		
Panamá	1	0,1			0	0,0			1	0,0		
Ecuador	8	0,5			0	0,0			8	0,2		
Otro	5	0,3			3	0,2			8	0,2		
Resultados de la última prueba de VIH**												
VIH negativo	1749	98,9	98,9	(97,5-99,5)	1462	98,0	96,3	(92,8-98,2)	3211	98,5	98,1	(96,7-98,9)
VIH positivo	9	0,5	0,3	(0,1-0,7)	20	1,3	2,3	(1,0-5,4)	29	0,9	0,9	(0,5-1,9)
Indeterminado	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,1	(0,0-0,6)	1	0,0	0,0	(0,0-0,2)
Desconocido	11	0,6	1,3	(0,6-2,7)	9	0,6	1,3	(0,3-4,6)	20	0,6	1,0	(0,4-2,2)
Usó la nPEP en Colombia (entre aquellos con última prueba negativa o desconocida, n=3234)	12	0,7	0,4	(0,2-0,8)	5	0,3	0,2	(0,1-0,5)	17	0,5	0,3	(0,2-0,6)
Lugar donde se obtuvo la nPEP (seleccionar todos, n=17)												
Urgencias	2	16,7			0	0,0			2	11,8		
Hospital	4	33,3			3	60,0			7	41,2		
Clínica privada	1	8,3			0	0,0			1	5,9		
Organización humanitaria	1	8,3			1	20,0			2	11,8		
De la familia	2	16,7			0	0,0			2	11,8		
Usó la PrEP en Colombia*												
No	1723	97,8	97,5	(95,8-98,5)	1458	99,0	99,2	(98,6-99,6)	3181	98,4	98,4	(97,5-99,0)
Sí	9	0,5	0,8	(0,3-2,3)	5	0,3	0,3	(0,1-0,9)	14	0,4	0,3	(0,2-0,6)
No sabe	29	1,6	1,7	(0,9-3,1)	10	0,7	0,5	(0,2-1,0)	39	1,2	1,3	(0,7-2,2)
Lugar donde se obtuvo la PrEP												
Urgencias	1	12,5			2	40,0			3	23,1		
Hospital	5	62,5			4	80,0			9	69,2		
Organización humanitaria	0	0,0			1	20,0			1	7,7		
Organización comunitaria	1	12,5			0	0,0			1	7,7		
Familia	1	14,3			2	40,0			3	25,0		
Otro	2	28,6			0	0,0			2	16,7		
Toma actualmente la PrEP (n=13; ref: no)	0	0,0			0	0,0			0	0,0		

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH

Se identificó un total de 71 participantes con infección por VIH confirmada por laboratorio. Todos fueron informados de los resultados de sus pruebas, se sometieron a un triaje legal y fueron vinculados a la atención del VIH durante el estudio. La prevalencia del VIH confirmada por laboratorio entre los migrantes y refugiados en los dos sitios fue de 0,9% (IC 95%: 0,6-1,4) y osciló entre 0,8% en Bogotá y Soacha (IC 95%: 0,4-1,5) y 1,2% (IC 95%: 0,7-2,0) en Barranquilla y Soledad (Tabla 14). Suponiendo una prevalencia estable del VIH entre los migrantes y refugiados y un tamaño de la población de 2.477.588 refugiados y migrantes en Colombia, basado en las estimaciones de migración de septiembre de 2022 que incluye todos los estatus migratorios,² esto equivaldría a 22.298 (IC95%: 14.865 - 34.686) migrantes y refugiados que viven con el VIH en Colombia y que requieren un acceso continuo al tratamiento.

La prevalencia del VIH también fue mayor entre los hombres (1,6%) en relación con las mujeres (0,6%). La prevalencia del VIH en la población no se calculó para los participantes identificados como transgénero y no binarios debido al pequeño número (n=47). No obstante, la carga del VIH fue alta entre este grupo con un 8,5% (4/47) identificados con infección por el VIH. La prevalencia del VIH se estimó en un 6% entre los grupos de población clave, incluidos los migrantes y refugiados que declararon haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida, el uso de drogas inyectables, los transexuales que tienen relaciones sexuales con hombres y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En particular, todos los grupos de población clave con VIH eran hombres que tenían relaciones sexuales con hombres o personas transgénero/no binarias, aunque varios de ellos también informaron de otras conductas de riesgo de adquisición del VIH, como el uso de drogas inyectables o las relaciones sexuales transaccionales. No hubo diferencias en la condición del VIH según el estatus migratorio ni el año de migración.

Tabla 14: Estimaciones de la prevalencia del VIH en general y en determinadas subpoblaciones.

	Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI:
Muestra completa de prevalencia del VIH (N=6220)	71	1,1	0,9	(0,6-1,4)
Sitio**				
Bogotá y Soacha (n=3102)	28	0,9	0,8	(0,4-1,5)
Barranquilla y Soledad (n=3118)	43	1,4	1,2	(0,7-2,0)
Edad				
18 a 29 años (n=2.470)	29	1,2	0,8	(0,5-1,4)
30 a 39 años (n=1.978)	26	1,3	1,1	(0,6-2,2)
40 a 49 años (n=1.024)	9	0,9	0,4	(0,2-0,9)
50 años o + (n=748)	7	0,9	1,5	(0,3-6,6)
Género*				
Hombre (n=2.123)	41	1,9	1,6	(0,9-2,6)
Mujer (n=4.046)	26	0,6	0,6	(0,2-1,2)
Transgénero o No binario (n=47)	4	8,5		
Estatus migratorio				
Regular	26	1,5	1,4	(0,8-2,5)
Irregular	45	1,0	0,7	(0,4-1,4)
Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (n=207)*	23	11,1	9,5	(4,9-17,7)
Alguna vez se pagó por sexo* (n=82)	3	3,7	2,2	(0,6-7,7)
Sexo transaccional alguna vez en la vida * (n=106)	7	6,6	3,2	(1,3-7,4)
Uso de drogas inyectables alguna vez en la vida (n=130)	3	2,3	0,8	(0,2-2,7)
Población clave* (n=407)	27	6,7	6,4	(3,5-11,5)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IQR: rango intercuartil; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de la población; población clave definida como individuos que se identifican como transgénero o no binarios que tienen relaciones sexuales con hombres, son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, declaran haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida o declaran haber consumido drogas inyectables a lo largo de su vida.

INFECCIÓN POR VIH DIAGNOSTICADA Y NO DIAGNOSTICADA

Entre los 71 participantes con infección por VIH confirmada por laboratorio, se creía que 34 (48%) estaban previamente diagnosticados sobre la base del autoinforme de una última prueba del VIH positiva o de un ARN del VIH-1 <1.000 copias/mL. Entre los participantes con infección por VIH no diagnosticada, el estatus migratorio irregular fue más frecuente que el regular (75,7% frente a 24,3%). Solo el 43,2% de las personas con infección por VIH no diagnosticada se habían sometido alguna vez a la prueba del VIH. El noventa por ciento de quienes tenían un diagnóstico anterior se habían sometido a la última prueba o diagnóstico en Venezuela. El cuarenta por ciento de quienes tenían un diagnóstico pasado aún tenían cargas virales detectables según las directrices colombianas por sobre 50 copias por mL (Tabla 15).

Tabla 15: Características de los participantes con diagnósticos de VIH pasados y nuevos.

	Diagnóstico de VIH					
	Diagnosticado (n=34)		No diagnosticado (n=37)		Total (n=71)	
	n	Col%	n	Col%	n	Col%
Sitio						
Bogotá/Soacha	11	32,4	17	45,9	28	39,4
Barranquilla/Soledad	23	67,6	20	54,1	43	60,6
Edad						
18 a 29 años	11	32,4	18	48,6	29	40,8
30 a 39 años	13	38,2	13	35,1	26	36,6
40 a 49 años	5	14,7	4	10,8	9	12,7
50 años o +	5	14,7	2	5,4	7	9,9
Género						
Hombre	21	61,8	20	54,1	41	57,7
Mujer	11	32,4	15	40,5	26	36,6
Transgénero/No binario	2	5,9	2	5,4	4	5,6
Estatus migratorio*						
Regular	17	50,0	9	24,3	26	36,6
Irregular	17	50,0	28	75,7	45	63,4
Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (ref: no; entre los hombres LHV, n=45)	14	66,7	9	45,0	23	56,1
Ha pagado alguna vez por sexo (ref: no)	2	5,9	1	2,7	3	4,2
Sexo transaccional (ref: no)	4	11,8	3	8,1	7	9,9
Alguna vez se ha inyectado drogas (ref: no)	2	5,9	1	2,7	3	4,2
Población clave	16	47,1	11	29,7	27	38,0
Prueba del VIH a lo largo de la vida*						
No	5	14,7	21	56,8	26	36,6
Sí	29	85,3	16	43,2	45	63,4
País de la última prueba del VIH*						
Colombia	3	10,3	10	62,5	13	28,9
Venezuela	26	89,7	6	37,5	32	71,1
Infección por sífilis	9	26,5	8	21,6	17	23,9
Resultados de laboratorio:						
Recuento de CD4 (células/mm³, n=70)						
Menos de 200	7	21,2	6	16,2	13	18,6
200 a 499	8	24,2	17	45,9	25	35,7
500 y más	18	54,5	14	37,8	32	45,7
Carga viral* (n=70)						
<=50	20	60,6	0	0,0	20	28,6
51 – 1000	5	15,2	0	0,0	5	7,1
>1000	8	24,2	37	100,0	45	64,3

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de la muestra a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi²; ref: grupo de referencia no mostrado; faltan los datos de CD4 y carga viral de un participante que había sido diagnosticado previamente y rechazó más pruebas de laboratorio. Se entregan estimaciones de la muestra dado el pequeño número de eventos.

CORRELATOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Se usaron modelos de regresión multivariable para identificar los correlatos de la infección por VIH entre los inmigrantes y refugiados en general (Tabla 16), así como dentro de cada categoría de género (Tabla 17). Las mujeres tuvieron un 50% menos de probabilidades de infectarse por VIH (aOR: 0,5; IC 95%: 0,3-0,8), en relación con los hombres, mientras que los participantes identificados como transgénero o no binarios tuvieron cuatro veces más probabilidades de infectarse (aOR: 4,1; IC 95%: 1,5-11,2). Asimismo, informar de una conducta o identidad de una población clave en riesgo de VIH fue asociado con casi cuatro veces más probabilidades de infección, en comparación con los identificados como población general (aOR: 3,8; IC 95%: 2,1-6,6). Los migrantes y refugiados que informaron de experiencias de explotación sexual para obtener recursos mientras estaban en Colombia (aOR: 3,1; IC 95%: 1,1-9,1) o que informaron de un diagnóstico de ITS a lo largo de su vida (aOR: 11,3; IC 95%: 6,4-20,1) tuvieron más probabilidades de presentar una infección por VIH confirmada por laboratorio. Por último, la relación de pareja con alguien que se sabía que vivía con el VIH se asoció con un aumento de 15 veces en la infección por VIH (aOR: 15,3; IC 95%: 6,6-35,6). El matrimonio actual o anterior, la inseguridad alimentaria, las relaciones sexuales transaccionales y el uso de preservativo en la última relación sexual se asociaron a la infección por VIH en los análisis bivariantes, pero dejaron de estar asociados a la infección en los modelos multivariantes. La situación migratoria, los antecedentes de uso de drogas inyectables y el número de parejas sexuales no se asociaron con el estado de la infección.

Tabla 16: Correlatos de la infección por el VIH entre toda la población del estudio.

	OR	95%CI	valor p	aOR	95%CI	valor p
Género (Referencia: hombre)						
Mujer	0,3	(0,2-0,5)	p<0,001	0,5	(0,3-0,8)	0,008
Transgénero o no binario	4,7	(1,6-13,8)	0,004	4,1	(1,5-11,2)	0,007
Población clave (Referencia: población general)						
	9,3	(5,7-15,2)	p<0,001	3,8	(2,1-6,6)	p<0,001
Explotación sexual (Referencia: no)						
	8,4	(3,9-18,1)	p<0,001	3,1	(1,1-9,1)	0,038
Diagnóstico de ITS a lo largo de la vida (autodeclarado; Referencia: no)						
	16,1	(9,5-27,3)	p<0,001	11,3	(6,4-20,1)	p<0,001
VIH en la pareja (Referencia: negativo)						
Positivo	41,1	(19,4-87,3)	p<0,001	15,3	(6,6-35,6)	p<0,001
Desconocido	1,5	(0,9-2,5)	0,149	1,4	(0,8-2,4)	0,214

Nota OR: cociente de probabilidades no ajustado; aOR: cociente de probabilidades ajustado calculado mediante un modelo de regresión multivariable; el modelo está ajustado por edad e incorpora un diseño de encuesta complejo para tener en cuenta la agrupación dentro de los estratos del sitio; el modelo final se ajusta según las estadísticas de bondad de ajuste y se comprueba la colinealidad; el tamaño de la muestra del modelo final es de 5.972.

Los correlatos de infección por VIH fueron únicos dentro de cada categoría de género (Tabla 17). Entre los hombres, la infección se asoció de forma independiente con las relaciones entre personas del mismo sexo (aOR: 7,5; IC 95%: 3,4-16,9), el diagnóstico de ITS a lo largo de la vida (aOR: 10,6; IC 95%: 4,5-24,8) y la relación sexual con alguien que se sabe que vive con el VIH (aOR: 9,7; IC 95%: 2,7-35,2). La infección se asoció marginalmente con la explotación sexual en Colombia (aOR: 4,2; IC 95%: 1,0-17,7).

Entre las mujeres, la infección se asoció con el diagnóstico de ITS a lo largo de la vida (aOR: 10,0; IC 95%: 4,3-22,9) y con una relación con alguien que se sabe que vive con el VIH (aOR: 31,4; IC 95%: 10,4-94,8). La regresión multivariable no se modeló para los participantes identificados como transgénero o no binarios dado el pequeño número de participantes. En el análisis bivariante, la infección por sífilis confirmada por laboratorio se asoció con la infección por VIH confirmada por laboratorio (aOR: 7,6; IC95%: 0,8-73,6).

Tabla 17: Correlatos de la infección por el VIH en cada categoría de género.

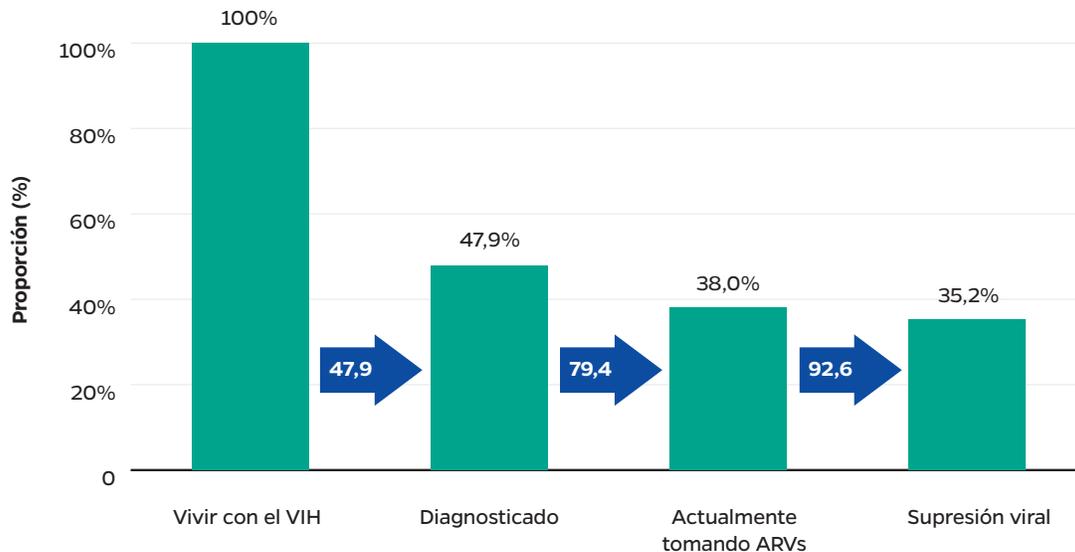
	Hombres						Mujeres						Transgénero o no binario		
	OR	95%CI	valor p	aOR	95%CI	valor p	OR	95%CI	valor p	aOR	95%CI	valor p	OR	95%CI	valor p
Población clave (Referencia: población general)															
HSH (referencia: no)	13,2	(7,0-24,9)	p<0,001	7,5	(3,4-16,9)	p<0,001									
Explotación sexual (Referencia: no)	21,2	(8,4-53,5)	p<0,001	4,2	(1,0-17,7)	0,050									
ITS a lo largo de la vida (autodeclarada; Referencia: no)	25,2	(12,3-51,5)	p<0,001	10,6	(4,5-24,8)	p<0,001	11,3	(4,7-27,5)	p<0,001	10,0	(4,3-22,9)	p<0,001			
Infección por sífilis confirmada por laboratorio (Referencia: negativa)													7,6	(0,8-73,6)	0,079
VIH en la pareja (Referencia: negativo)															
Positivo	28,9	(11,2-74,6)	p<0,001	9,7	(2,7-35,2)	p<0,001	45,9	(11,1-190,0)	p<0,001	31,4	(10,4-94,8)	p<0,001			
Desconocido	1,7	(0,8-3,5)	0,140	1,8	(0,8-3,9)	0,147	1,6	(0,7-3,7)	0,319	1,5	(0,6-3,7)	0,331			

Nota OR: cociente de probabilidades no ajustado; **aOR:** cociente de probabilidades ajustado calculado mediante un modelo de regresión multivariable; no se ajustaron modelos multivariables para los participantes identificados como transgénero o no binarios debido al escaso número de ellos que se identifican como tales; todos los modelos se ajustan por edad e incorporan un diseño de encuesta complejo para tener en cuenta la agrupación dentro de los estratos del sitio; los modelos finales se ajustan sobre la base de las estadísticas de bondad de ajuste y se comprueba la colinealidad; el tamaño final de la muestra del modelo es: 2.008 entre los hombres, n=3.921 entre las mujeres y n=47 entre los participantes transgénero o no binarios.

ACCESO AL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN DEL VIH PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

La Figura 15 muestra el continuo de atención al VIH para los participantes que viven con el VIH. El descenso más significativo en el continuo de atención al VIH se observó con el diagnóstico, en el que solo el 47,9% de las personas que viven con el VIH habían estado conscientes de su infección. La falta de conocimiento de la propia situación afecta a todas las etapas posteriores del proceso continuo. El 79% de las personas diagnosticadas en algún momento estaban en tratamiento y el 92,6% de las que estaban en tratamiento tenían supresión viral (ARN del VIH-1 <1.000 copias/mL). No obstante, en general, esto representa el 35,2% de las personas que viven con el VIH que estaban suprimidas viralmente. El 29% de las personas que viven con el VIH tenían una carga viral indetectable (ARN del VIH-1 <50 copias/mL).

Figura 15: Continuidad de la atención del VIH entre los participantes con infección por el VIH confirmada por laboratorio (n=71).



Entre los 26 participantes que declararon haber recibido alguna vez tratamiento ARV, el 35% (9/26) y el 73% (19/26) habían recibido ARV en Venezuela y Colombia, respectivamente. Entre los 19 participantes que recibieron ARV en Colombia, el 68% (13/19) los habían recibido a través del seguro nacional, el 26% (5/19) a través de permisos humanitarios y el 21% (4/19) de organizaciones comunitarias (no se muestra). Varias participantes también informaron haber recibido tratamiento de otras fuentes, como proveedores privados y redistribución informal de medicamentos. La información sobre las fuentes de tratamiento debe considerarse con cautela debido al pequeño número de personas que declaran haber usado los antirretrovirales durante toda su vida.

CORRELATOS DE LA SUPRESIÓN VIRAL

Se usó un modelo de regresión logística multivariable penalizada para identificar los correlatos de la supresión viral entre los participantes que vivían con el VIH (n=71), en el que la supresión viral se definió como un ARN del VIH-1 <1.000 copias/mL (Tabla 18). Los métodos de regresión logística multivariable penalizada reducen el riesgo de sesgo asociado a las muestras pequeñas. En el modelo ajustado, tener un estatus migratorio irregular comparado con un estatus regular se asoció con un 70% de probabilidades reducidas de supresión viral (aOR: 0,3; IC 95%: 0,1-0,9), mientras que tener una última prueba o diagnóstico de VIH en Colombia, comparado con Venezuela, se asoció con un 90% de probabilidades reducidas de supresión viral (aOR: 0,1; IC 95%: 0,0-0,5). Asimismo, quienes nunca se hicieron la prueba del VIH tuvieron un 80% menos de probabilidades de tener supresión viral, en comparación con quienes se hicieron la última prueba en Venezuela. La declaración de conductas o la identidad asociada a una población clave y el uso de servicios humanitarios en Colombia se asociaron con la supresión viral a nivel bivariado, pero dejaron de hacerlo en los modelos multivariantes. El género, el tiempo transcurrido desde la migración, el sitio, la edad, los ingresos, la seguridad alimentaria y el IMC no se asociaron con la supresión viral en los modelos bivariantes o multivariantes. En el análisis de sensibilidad, usando la carga viral indetectable (ARN del VIH <50 copias/mL) como resultado, no hubo diferencias significativas en los correlatos identificados (resultados no mostrados).

Tabla 18: Correlación de la supresión viral entre los migrantes y refugiados que viven con el VIH.

	OR	95%CI	Valor p	aOR	95%CI	Valor p
Estatus migratorio irregular (Ref: Regular)	0,2	(0,1-0,6)	0,004	0,3	(0,1-0,9)	0,026
Población clave (Ref: Población general)	3	(1,1-7,9)	0,029			
País de las últimas pruebas del VIH (Ref: Venezuela)						
Colombia	0,2	(0,0-0,7)	0,015	0,1	(0,0-0,5)	0,008
Nunca se hizo la prueba	0,2	(0,1-0,5)	0,003	0,2	(0,1-0,8)	0,021
Usó los servicios humanitarios (Ref: Sin uso)	2,7	(0,9-7,6)	0,063			

Nota: OR: cociente de probabilidades; aOR: cociente de probabilidades ajustado calculado mediante un modelo de regresión logística multivariable penalizado para denominadores pequeños; los modelos finales se ajustan según las estadísticas de bondad de ajuste y se comprueba la colinealidad.

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR SÍFILIS

La prevalencia de la infección por sífilis confirmada por laboratorio en migrantes y refugiados fue de 5,0% (IC95%: 4,1-6,0; Tabla 19), sin diferencias entre los sitio, la edad o el estatus migratorio. En particular, el 9,2% de las mujeres que estaban embarazadas en el momento del estudio estaban infectadas de sífilis, aunque las estimaciones para las que estuvieron embarazadas alguna vez mientras vivían en Colombia fueron similares a las de todas las mujeres (4,1%, IC95%: 3,2-5,4, no incluidas en la tabla). Entre la muestra de participantes identificados como transgénero y no binarios, el 14,9% (no ponderado) fue identificado con infección por sífilis. La prevalencia de la sífilis se estimó en un 15,2% entre las poblaciones clave en general y hasta un 18,2% entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Casi una cuarta parte (23,9%) de los participantes con una infección por VIH confirmada por laboratorio presentaron una coinfección por sífilis.

Tabla 19: Estimaciones de la prevalencia de la sífilis.

	Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI:
Prevalencia de la sífilis (global)	324	5,2	5,0	(4,1-6,0)
Sitio				
Bogotá/Soacha (n=3.102)	158	5,1	5,0	(4,0-6,4)
Barranquilla/Soledad (n=3.116)	166	5,3	4,9	(3,6-6,5)
Edad				
18 a 29 años (n=2,470)	124	5,0	4,6	(3,4-6,2)
30 a 39 años (n=1,978)	101	5,1	4,8	(3,4-6,7)
40 a 49 años (n=1,022)	58	5,7	5,5	(3,5-8,6)
50 años o + (n=748)	41	5,5	6,0	(3,6-9,9)
Género*				
Hombre (n=2,123)	127	6,0	6,5	(5,0-8,4)
Mujer (n=4,044)	189	4,7	4,1	(3,1-5,3)
Transgénero o No binario (n=47)	7	14,9		
Mujeres embarazadas (embarazadas al momento del estudio; n=150)	14	9,3	9,2	(2,9-25,4)
Estatus migratorio				
Regular	82	4,6	5,0	(3,4-7,2)
Irregular	242	5,5	5,0	(4,0-6,1)
Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (n=207)*	35	17,0	18,2	(11,4-28,0)
Alguna vez se pagó por sexo* (n=82)	9	11,0	8,4	(3,3-19,6)
Sexo transaccional alguna vez en la vida* (n=105)	13	12,4	10,2	(4,6-21,0)
Uso de drogas inyectables alguna vez en la vida (n=130)	15	11,5	9,1	(4,6-17,2)
Población clave* (n=406)	60	14,8	15,2	(10,5-21,5)
Personas que viven con el VIH* (según los resultados confirmados por el laboratorio; n=71)	17	23,9		

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas de chi2; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

EXPERIENCIAS DE DISCRIMINACIÓN Y VICTIMIZACIÓN POR VIOLENCIA

A los participantes se les formuló una serie de preguntas sobre experiencias de discriminación durante su estancia en Colombia, basadas en la escala de discriminación cotidiana (corta) de 5 ítems.³⁶ Casi la mitad (46,7%) de los migrantes y refugiados declararon haber experimentado al menos una forma de discriminación algunas veces al año o con mayor frecuencia. De ellos, el 90,0% creía que el estigma y la discriminación se dirigían a ellos por su situación migratoria (Tabla 20).

A los participantes también se les hizo una serie de preguntas sobre las experiencias de victimización por violencia psicológica, física y sexual y de explotación sexual mientras vivían en Colombia. A los participantes que informaron de alguna experiencia de violencia se les hicieron preguntas adicionales sobre quién perpetró la violencia y si ésta se produjo en los últimos 12 meses. En general, el 12,2% de los participantes declararon haber sufrido violencia mientras vivían en Colombia, que incluía sobre todo maltrato psicológico (8,3%), violencia física (7,0%), explotación sexual (2,0%) y violencia sexual (1,4%). Las estimaciones de la violencia mientras se vive en Colombia no se *deben* comparar con las estimaciones nacionales de la violencia a lo largo de la vida, dado que la inscripción se restringió a los venezolanos que llegaron desde 2015. Por ende, las estimaciones presentadas aquí representan las experiencias en un máximo de seis años. En general, el 6,2% de los migrantes y refugiados reportaron victimización por violencia en los últimos 12 meses (Tabla 20).

PREVALENCIA Y DIFERENCIAS EN LA DISCRIMINACIÓN Y VICTIMIZACIÓN POR VIOLENCIA EN LOS DISTINTOS SITIOS

Las experiencias de discriminación se reportaron más comúnmente entre los migrantes y refugiados en Bogotá y Soacha que en Barranquilla y Soledad (50,7% vs 42,3%, $p < 0,05$; Tabla 20). Las figuras 16 y 17 muestran las respuestas de la escala a las experiencias de discriminación dentro de cada sitio.

Figura 16: Frecuencia del estigma y la discriminación reportada por los migrantes y refugiados en Bogotá y Soacha.

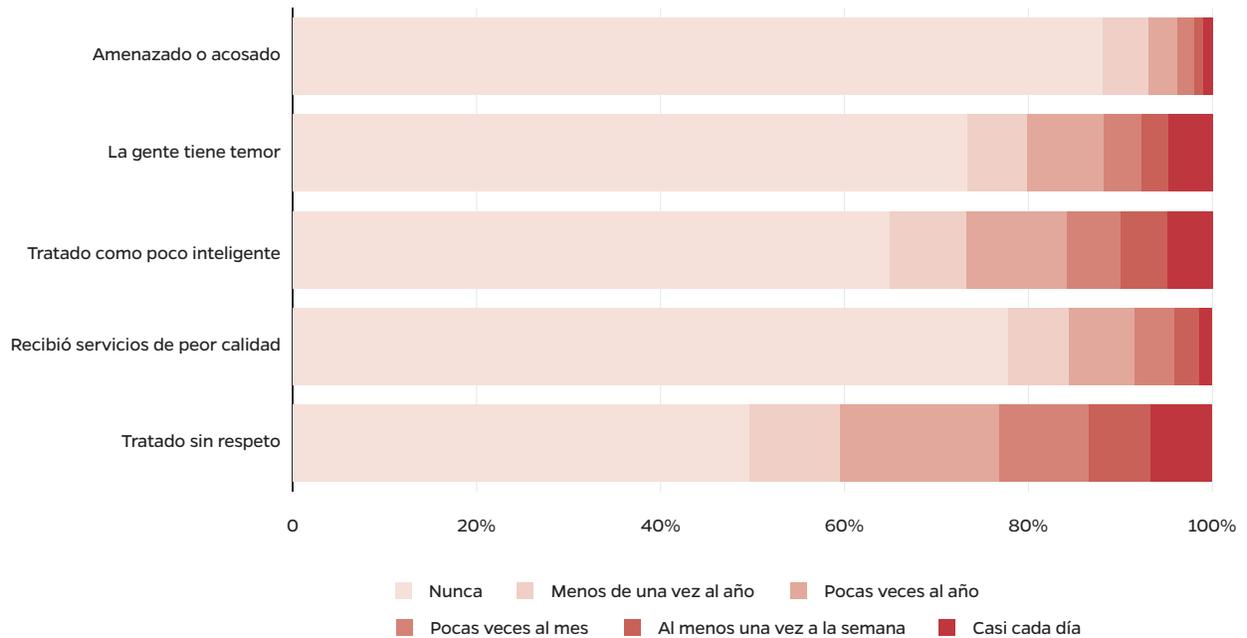
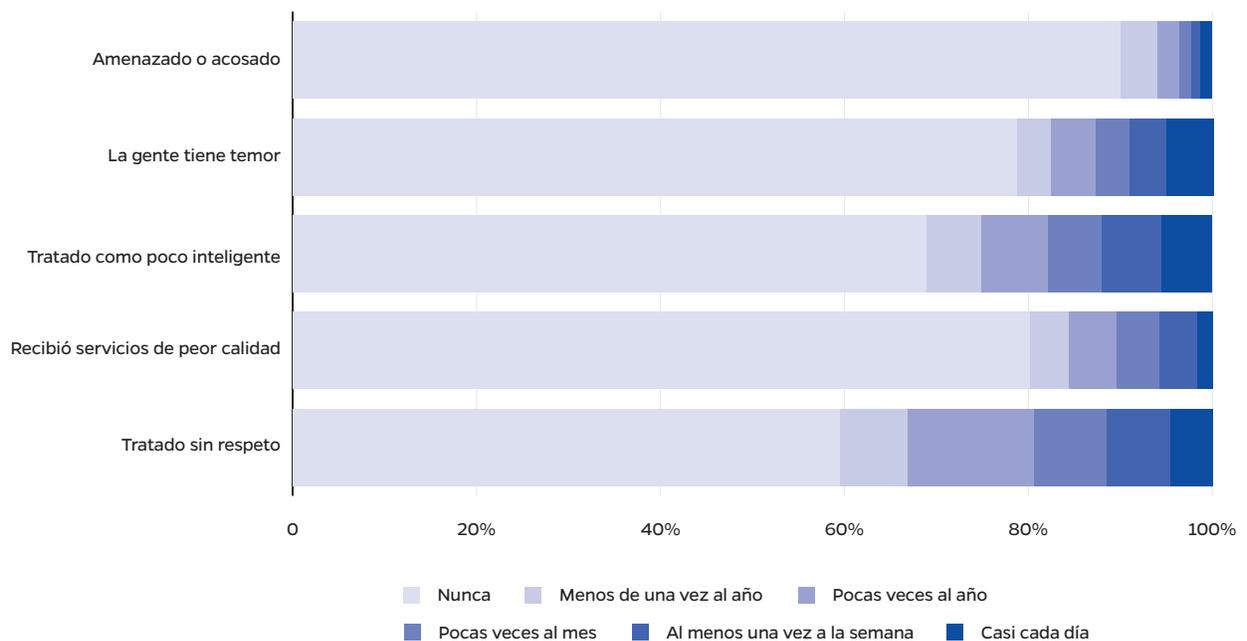


Figura 17: Frecuencia del estigma y la discriminación reportados por los migrantes y refugiados en Barranquilla y Soledad.



En general, el 12% de los participantes informó de haber sufrido violencia mientras vivía en Colombia. La victimización por violencia fue marginalmente mayor en Bogotá y Soacha que en Barranquilla y Soledad (13,6 vs. 9,8% que reportaron alguna forma de victimización por violencia mientras estaban en Colombia, respectivamente; Tabla 20). En particular, las personas que declararon haber perpetrado actos de violencia fueron diferentes en los distintos sitios. En Bogotá y Soacha, los extraños, los empleadores, la policía, los grupos armados, fueron más propensos a ser identificados como perpetradores en todas las formas de violencia que los reportados en Barranquilla y Soledad. Por el contrario, las parejas íntimas y los familiares fueron identificados más comúnmente como perpetradores de violencia en Barranquilla y Soledad.

Tabla 20: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por sitio.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN												
Alguna vez experimentó estigmas o discriminación* (n=6.216)	1574	50,7	48,9	(46,0-51,8)	1318	42,3	42,8	(39,5-46,3)	2892	46,5	46,7	(44,5-48,9)
Debido al estatus migratorio* (n=2892)	1431	91,0	88,4	(85,2-91,0)	1241	94,0	93,3	(90,3-95,4)	2672	92,4	90,0	(87,7-92,0)
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS SE VIVE EN COLOMBIA												
Violencia psicológica en Colombia*	294	9,5	9,2	(7,7-11,1)	159	5,1	6,7	(4,9-9,0)	453	7,3	8,3	(7,1-9,7)
Violencia psicológica perpetrada por: (seleccionar todos; n=453)												
Pareja **	39	13,3			37	22,7			76	16,6		
Familia	16	5,4			11	6,8			27	5,9		
Líder religioso	8	2,7			5	3,1			13	2,9		
Policía	50	17,0			8	5,0			58	12,7		
Grupos armados*	46	15,7			11	6,8			57	12,6		
Trabajador de ONG	8	2,7			3	1,9			11	2,4		
Empleador*	55	18,7			14	8,7			69	15,2		
Desconocido*	225	76,5			100	62,1			325	71,4		
Cliente de trabajo sexual	9	3,1			2	1,2			11	2,4		
Otro	18	6,1			11	6,8			29	6,4		
Violencia física en Colombia*	280	9,0	8,1	(6,6-9,8)	128	4,1	5,2	(3,7-7,4)	408	6,6	7,0	(5,9-8,3)
Violencia física perpetrada por (seleccione todos; n=408)												
Pareja*	49	17,4			35	27,1			84	20,5		
Familia	20	7,1			9	7,0			29	7,1		
Líder religioso	6	2,1			2	1,6			8	2,0		
Policía*	34	12,1			6	4,7			40	9,8		
Grupos armados*	42	15,0			8	6,2			50	12,2		
Trabajador de ONG	4	1,4			1	0,8			5	1,2		
Empleador	20	7,1			6	4,7			26	6,4		
Desconocido*	192	68,6			72	55,8			264	64,5		
Cliente de trabajo sexual	3	1,1			1	0,8			4	1,0		
Otros*	6	2,1			9	7,0			15	3,7		
Sexo forzado en Colombia*	39	1,3	1,9	(1,2-3,1)	19	0,6	0,6	(0,3-1,0)	58	0,9	1,4	(0,9-2,2)

Tabla 20: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por sitio, continuada.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Violencia sexual perpetrada por (seleccione todos; n=58)												
Pareja	9	23,1			8	42,1			17	29,3		
Familia	1	2,6			2	10,5			3	5,2		
Líder religioso	0	0,0			0	0,0			0	0,0		
Policía	2	5,1			0	0,0			2	3,4		
Grupos armados	0	0,0			1	5,6			1	1,8		
Trabajador de ONG	1	2,6			0	0,0			1	1,8		
Empleador	6	15,4			1	5,6			7	12,3		
Desconocido	26	66,7			8	44,4			34	59,6		
Cliente de trabajo sexual	4	10,3			0	0,0			4	7,0		
Otros	3	7,7			2	11,1			5	8,8		
Explotación sexual para obtener recursos	55	1,8	2,2	(1,5-3,3)	44	1,4	1,5	(0,8-2,8)	99	1,6	2,0	(1,4-2,7)
Explotación sexual perpetrada por (seleccione todos; n=99)												
Pareja	10	17,9			9	19,1			19	18,4		
Familia	1	1,8			2	4,3			3	2,9		
Líder religioso	1	1,8			1	2,2			2	2,0		
Policía	1	1,8			1	2,2			2	2,0		
Grupos armados	1	1,8			0	0,0			1	1,0		
Trabajador de ONG	0	0,0			0	0,0			0	0,0		
Empleador**	12	21,8			4	8,9			16	16,0		
Desconocido*	39	70,9			23	51,1			62	62,0		
Cliente de trabajo sexual**	7	12,7			12	26,7			19	19,0		
Otros	5	9,1			1	2,2			6	6,0		
Cualquier victimización por violencia durante su estadía en Colombia*	462	14,9	13,6	(11,7-15,7)	264	8,5	9,8	(7,7-12,3)	726	11,7	12,2	(10,8-13,8)
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES												
Violencia psicológica en los últimos 12 meses* (n=6.219; ref: no)	135	4,4	4,4	(3,3-5,8)	70	2,2	2,7	(1,7-4,3)	205	3,3	3,8	(3,0-4,8)
Violencia física en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.218)	128	4,1	4,4	(3,3-5,8)	51	1,6	2,7	(1,6-4,5)	179	2,9	3,8	(2,9-4,8)
Relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses (ref: no; n=6.215)	13	0,4	0,6	(0,3-1,5)	7	0,2	0,2	(0,1-0,5)	20	0,3	0,5	(0,2-1,0)
Explotación sexual de recursos en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.217)	22	0,7	1,2	(0,6-2,2)	10	0,3	0,6	(0,2-2,2)	32	0,5	1,0	(0,6-1,7)
Cualquier victimización reciente (últimos 12 meses) (ref: no; n=6.219)*	222	7,2	7,2	(5,8-8,9)	105	3,4	4,3	(3,0-6,3)	327	5,3	6,2	(5,1-7,4)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

PREVALENCIA Y DIFERENCIAS EN LA DISCRIMINACIÓN Y LA VICTIMIZACIÓN POR VIOLENCIA SEGÚN EL GÉNERO

Las experiencias de discriminación y victimización por violencia mientras se vivía en Colombia parecieron ser ligeramente superiores entre los hombres que entre las mujeres, aunque con intervalos de confianza superpuestos (Tabla 21). En general, el 14,9% de los hombres y el 10,8% de las mujeres informaron de al menos una forma de victimización por violencia mientras residían en Colombia. En general, las mujeres reportaron más comúnmente que sus parejas íntimas habían perpetrado violencia, mientras que los hombres reportaron más comúnmente perpetración por parte de la policía, grupos armados y extraños. La violencia de pareja y la violencia intrafamiliar pueden ser más bajas de lo previsto, ya sea debido directamente a que las experiencias de violencia son menores por motivo de la separación de la familia durante la migración o debido a que no se denuncian estas experiencias.

Más de la mitad de los participantes transgénero y no binarios reportaron mayores niveles de discriminación (estimación de la muestra: 57,5%), mientras que el 12,8% informó de que había experimentado alguna forma de violencia mientras vivía en Colombia. Las experiencias de violencia sexual y explotación sexual fueron excepcionalmente altas entre los migrantes y refugiados identificados como transgénero y no binarios. Estas estimaciones pueden estar limitadas por el pequeño número de migrantes y refugiados que se identifican como transgénero o no binarios, aunque reflejan los informes mundiales y nacionales sobre las experiencias de discriminación y violencia experimentadas por las personas transgénero.⁵⁶

Tabla 21: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por género.

	Género															
	Hombre (n=2124)				Mujer (n=4046)				Transgénero o no binario (n=47)				Total (N=6217)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Alguna vez experimentó estigmas o discriminación* (n=6.216)	1018	48,0	47,9	(44,1-51,7)	1847	45,7	46,1	(43,4-48,9)	27	57,5			2892	46,5	46,7	(44,5-48,9)
Discriminación debido al estatus migratorio* (n=2893)	926	90,9	87,4	(82,7-90,9)	1721	93,2	91,4	(88,7-93,5)	25	92,6			2672	92,4	90,0	(87,7-92,0)
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN CUALQUIER MOMENTO AL VIVIR EN COLOMBIA																
Psychological violence in Colombia (ref: no; n=6,215)	180	8,5	10,3	(7,8-12,8)	270	6,7	7,4	(6,0-9,0)	3	6,4			453	7,3	8,3	(7,1-9,7)
Violencia psicológica perpetrada por: (seleccionar todos; n=453)																
Pareja*	15	8,3			60	21,9			1	33,3			76	16,6		
Familia	10	5,6			17	6,2			0	0,0			27	5,9		
Líder religioso	7	3,9			6	2,2			0	0,0			13	2,9		
Policía*	39	21,7			19	7,0			0	0,0			58	12,7		
Grupos armados*	38	21,1			18	6,6			1	33,3			57	12,6		
Trabajador de ONG	7	3,9			4	1,5			0	0,0			11	2,4		
Empleador	32	17,8			37	13,6			0	0,0			69	15,2		
Desconocido*	143	79,4			180	66,2			2	66,7			325	71,4		
Cliente de trabajo sexual	4	2,2			7	2,6			0	0,0			11	2,4		
Otro	13	7,2			15	5,5			1	33,3			29	6,4		
Violencia física en Colombia (ref: no; n=6.214)*	196	9,2	9,3	(7,3-11,9)	210	5,2	5,9	(4,6-7,5)	2	4,3			408	6,6	7,0	(5,9-8,3)

Tabla 21: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por género, continuada.

	Género														Total (N=6217)			
	Hombre (n=2124)				Mujer (n=4046)				Transgénero o no binario (n=47)				Total (N=6217)					
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada			
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI		
Violencia física perpetrada por (seleccione todos; n=408)																		
Pareja*	14	7,1			70	33,2			0	0,0			84	20,5				
Familia	9	4,6			20	9,5			0	0,0			29	7,1				
Líder religioso	6	3,1			2	0,9			0	0,0			8	2,0				
Policía*	31	15,8			9	4,3			0	0,0			40	9,8				
Grupos armados*	36	18,4			13	6,2			1	50,0			50	12,2				
Trabajador de ONG	3	1,5			2	0,9			0	0,0			5	1,2				
Empleador	16	8,2			10	4,7			0	0,0			26	6,4				
Desconocido*	156	79,6			106	50,2			2	100,0			264	64,5				
Cliente de trabajo sexual	1	0,5			3	1,4			0	0,0			4	1,0				
Otro	3	1,5			12	5,7			0	0,0			15	3,7				
Sexo forzado en Colombia*	13	0,6	1,2	(0,4-3,1)	42	1,0	1,5	(1,0-2,4)	3	6,4			58	0,9	1,4	(0,9-2,2)		
Violencia sexual perpetrada por (seleccione todos; n=58)																		
Pareja	3	23,1			14	33,3			0	0,0			17	29,3				
Familia	1	7,7			2	4,8			0	0,0			3	5,2				
Líder religioso	0	0,0			0	0,0			0	0,0			0	0,0				
Policía*	2	15,4			0	0,0			0	0,0			2	3,4				
Grupos armados	1	8,3			0	0,0			0	0,0			1	1,8				
Trabajador de ONG	1	8,3			0	0,0			0	0,0			1	1,8				
Empleador	2	16,7			5	11,9			0	0,0			7	12,3				
Desconocido	8	66,7			25	59,5			1	33,3			34	59,6				
Cliente de trabajo sexual	1	8,3			2	4,8			1	33,3			4	7,0				
Otros	2	16,7			2	4,8			1	33,3			5	8,8				
Explotación sexual para obtener recursos* (ref: no; n=6,214)	27	1,3	2,0	(1,0-4,0)	68	1,7	1,9	(1,3-2,7)	4	8,5			99	1,6	2,0	(1,4-2,7)		
Explotación sexual perpetrada por (seleccione todos; n=99)																		
Pareja	6	21,4			13	18,3			0	0,0			19	18,4				
Familia	0	0,0			3	4,3			0	0,0			3	2,9				
Líder religioso	1	3,6			1	1,4			0	0,0			2	2,0				
Policía	1	3,6			1	1,4			0	0,0			2	2,0				
Grupos armados	1	3,6			0	0,0			0	0,0			1	1,0				
Trabajador de ONG	0	0,0			0	0,0			0	0,0			0	0,0				
Empleador	3	10,7			13	19,1			0	0,0			16	16,0				
Desconocido	21	75,0			39	57,4			2	50,0			62	62,0				
Cliente de trabajo sexual*	3	10,7			13	19,1			3	75,0			19	19,0				
Otros	1	3,6			5	7,4			0	0,0			6	6,0				
Cualquier victimización por violencia durante su estadia en Colombia* (n=6.215)	309	14,6	14,9	(12,3-17,9)	411	10,2	10,8	(9,2-12,7)	6	12,8			726	11,7	12,2	(10,8-13,8)		

Tabla 21: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por género, continuada.

	Género															
	Hombre (n=2124)				Mujer (n=4046)				Transgénero o no binario (n=47)				Total (N=6217)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																
Violencia psicológica en los últimos 12 meses* (n=6.215; ref: no)	90	4,2	5,3	(3,7-7,6)	113	2,8	3,0	(2,2-4,19)	2	4,3			205	3,3	3,8	(3,0-4,8)
Violencia física en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.214)	84	4,0	4,6	(3,2-6,6)	94	2,3	3,4	(2,4-4,7)	1	2,1			179	2,9	3,8	(2,9-4,8)
Relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.211)	4	0,2	0,5	(0,1-2,5)	13	0,3	0,4	(0,2-0,9)	3	6,4			20	0,3	0,5	(0,2-1,0)
Explotación sexual de recursos en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.213)	9	0,4	1,1	(0,4-3,1)	21	0,5	0,9	(0,5-1,7)	2	4,3			32	0,5	1,0	(0,6-1,7)
Cualquier victimización reciente (últimos 12 meses)* (ref: no; n=6.215)	147	6,9	8,3	(6,2-10,9)	177	4,4	5,1	(4,0-6,5)	3	6,4			327	5,3	6,2	(5,1-7,4)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado. las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

PREVALENCIA Y DIFERENCIAS EN LA DISCRIMINACIÓN Y LA VICTIMIZACIÓN POR VIOLENCIA SEGÚN EL ESTATUS MIGRATORIO

Las experiencias de discriminación y violencia fueron, en general, similares según el estatus migratorio (Tabla 22). Los refugiados y los migrantes con estatus migratorio regular eran ligeramente más propensos a reportar experiencias de discriminación (48,1% vs. 46,2%) y cualquier victimización por violencia (13,1% vs. 10,9%) mientras vivían en Colombia, en comparación con aquellos con un estatus migratorio irregular. Las diferencias en la victimización por cualquier tipo de violencia se debieron en gran medida a ligeras diferencias en el abuso psicológico, la violencia física y, marginalmente, la violencia sexual. Los desconocidos y las parejas continuaron siendo el grupo que más veces denunció la violencia, sin diferencias por estatus migratorio. Las personas con un estatus migratorio regular denunciaron con mayor frecuencia a los empleadores como autores de todas las formas de violencia, en comparación con aquellas personas con un estatus migratorio irregular. Las personas con un estatus migratorio irregular fueron más propensas a denunciar que los trabajadores de las ONG habían perpetrado abusos psicológicos y violencia física, en comparación con las personas con estatus migratorio regular.

Tabla 22: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por estatus migratorio.

	Estatus Regular (n=1.779)				Estatus Irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Algún evento de discriminación en Colombia*	868	48,8	48,1	(43,9-52,2)	2024	45,6	46,2	(43,5-48,8)	2892	46,5	46,7	(44,5-48,9)
Discriminación debido al estatus migratorio (entre aquellos que experimentaron discriminación; n=2.892)	808	93,1	88,8	(84,1-92,2)	1864	92,0	90,6	(87,8-92,8)	2672	92,4	90,0	(87,7-92,0)
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN CUALQUIER MOMENTO AL VIVIR EN COLOMBIA												
Violencia psicológica en Colombia* (n=6.219)	161	9,1	8,7	(6,7-11,2)	292	6,6	8,1	(6,7-10,0)	453	7,3	8,3	(7,1-9,7)
Violencia psicológica perpetrada por: (seleccionar todos; n=453)												
Pareja	30	18,6			46	15,5			76	16,6		
Familia	11	6,8			16	5,4			27	5,9		
Líder religioso	4	2,5			9	3,1			13	2,9		
Policía	20	12,4			38	12,9			58	12,7		
Grupos armados	22	13,7			35	11,9			57	12,6		
Trabajador de ONG**	1	0,6			10	3,4			11	2,4		
Empleador**	31	19,3			38	12,9			69	15,2		
Desconocido	118	73,3			207	70,4			325	71,4		
Cliente de trabajo sexual	4	2,5			7	2,4			11	2,4		
Otros	12	7,5			17	5,8			29	6,4		
Violencia física en Colombia* (n=6.218)	143	8,0	8,0	(6,0-10,7)	265	6,0	6,6	(5,3-8,2)	408	6,6	7,0	(5,9-8,3)
Violencia física perpetrada por (seleccione todos; n=408)												
Pareja	34	23,8			50	18,7			84	20,5		
Familia	12	8,4			17	6,4			29	7,1		
Líder religioso	2	1,4			6	2,3			8	2,0		
Policía	10	7,0			30	11,3			40	9,8		
Grupos armados	17	11,9			33	12,4			50	12,2		
Trabajador de ONG**	0	0,0			5	1,9			5	1,2		
Empleador	9	6,3			17	6,4			26	6,4		
Desconocido	90	62,9			174	65,4			264	64,5		
Cliente de trabajo sexual	1	0,7			3	1,1			4	1,0		
Otros	5	3,5			10	3,8			15	3,7		
Sexo forzado en Colombia (n=6.216)**	23	1,3	1,8	(0,9-3,5)	35	0,8	1,3	(0,8-2,2)	58	0,9	1,4	(0,9-2,2)
Violencia sexual perpetrada por: (seleccione todos; n=58)												
Pareja	7	30,4			10	28,6			17	29,3		
Familia	1	4,3			2	5,7			3	5,2		
Líder religioso	0	0,0			0	0,0			0	0,0		
Policía	0	0,0			2	5,7			2	3,4		
Grupos armados	1	4,5			0	0,0			1	1,8		
Trabajador de ONG	0	0,0			1	2,9			1	1,8		
Empleador**	5	22,7			2	5,7			7	12,3		
Desconocido	12	54,5			22	62,9			34	59,6		
Cliente de trabajo sexual	1	4,5			3	8,6			4	7,0		
Otros	2	9,1			3	8,6			5	8,8		

Tabla 22: Experiencias de discriminación y victimización por violencia entre migrantes y refugiados, estratificadas por estatus migratorio, continuada.

	Estatus Regular (n=1.779)				Estatus Irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Explotación sexual para obtener recursos (ref: no; n=6.218)	29	1,6	1,9	(1,1-3,2)	70	1,6	2,0	(1,3-3,0)	99	1,6	2,0	(1,4-2,7)
Explotación sexual perpetrada por: (seleccione todos; n=99)												
Pareja	8	26,7			11	15,1			19	18,4		
Familia	0	0,0			3	4,2			3	2,9		
Líder religioso	1	3,3			1	1,4			2	2,0		
Policía	1	3,3			1	1,4			2	2,0		
Grupos armados	0	0,0			1	1,4			1	1,0		
Trabajador de ONG	0	0,0			0	0,0			0	0,0		
Empleador*	8	27,6			8	11,3			16	16,0		
Desconocido	18	62,1			44	62,0			62	62,0		
Cliente de trabajo sexual*	1	3,4			18	25,4			19	19,0		
Otros	3	10,3			3	4,2			6	6,0		
Cualquier victimización por violencia durante su estadía en Colombia* (n=6,219)	244	13,7	13,1	(10,6-16,2)	482	10,9	11,8	(10,1-13,7)	726	11,7	12,2	(10,8-13,8)
EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES												
Violencia psicológica en los últimos 12 meses (n=6,219)**	71	4,0	4,2	(2,8-6,3)	134	3,0	3,6	(2,7-4,8)	205	3,3	3,8	(3,0-4,8)
Violencia física en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.218)	60	3,4	4,6	(3,0-7,0)	119	2,7	3,4	(2,5-4,7)	179	2,9	3,8	(2,9-4,8)
Relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses (ref: no; n=6.215)	8	0,5	0,5	(0,2-1,6)	12	0,3	0,4	(0,2-1,2)	20	0,3	0,5	(0,2-1,0)
Explotación sexual de recursos en los últimos 12 meses* (ref: no; n=6.217)	4	0,2	0,5	(0,2-1,6)	28	0,6	1,2	(0,6-2,2)	32	0,5	1,0	(0,6-1,7)
Cualquier victimización reciente (últimos 12 meses)** (ref: no; n=6.219)	108	6,1	6,6	(4,8-9,1)	219	4,9	6,0	(4,8-7,5)	327	5,3	6,2	(5,1-7,4)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

DIFICULTADES Y USO DE LOS SERVICIOS HUMANITARIOS

En general, la mayoría de los migrantes y refugiados declararon haber experimentado alguna dificultad mientras vivían en Colombia (Tabla 23). Entre ellas, las más comunes fueron las dificultades económicas (50,2%), la inseguridad alimentaria (19,7%) y la vivienda (16,4%). A pesar de estas dificultades, solo el 17,3% de los migrantes y refugiados declararon haber acudido a los servicios humanitarios. Entre los servicios usados, a menudo se incluyó la asistencia alimentaria (59,5%), el apoyo para acceder a los servicios sanitarios nacionales (32,6%), la asistencia sanitaria (27,7%) y la asistencia jurídica (17,9%).

PREVALENCIA Y DIFERENCIAS EN EL USO DE LOS SERVICIOS HUMANITARIOS POR SITIO

Las dificultades financieras fueron la forma más común de dificultades en todos los sitios, aunque fueron ligeramente superiores en Barranquilla y Soledad, mientras que la inseguridad alimentaria fue ligeramente más común en Bogotá y Soacha (Tabla 23). No hubo diferencias en el uso general de los servicios humanitarios en los distintos sitios, aunque el tipo y el proveedor de los servicios difirieron entre ellos, lo cual probablemente refleja el sitio en el que se encuentran las agencias y el tipo de servicios asociados a aquellas agencias.

Tabla 23: Uso de los servicios humanitarios estratificadas por los sitios.

	Sitio											
	Bogotá y Soacha (n=3.102)				Barranquilla y Soledad (n=3.119)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Mayor dificultad como migrante en Colombia* (n=6.218)												
Finanzas	1551	50,0	48,1	(45,2-51,0)	1815	58,2	53,8	(50,3-57,2)	3366	54,1	50,2	(47,9-52,4)
Vivienda	564	18,2	16,0	(14,1-18,1)	484	15,5	17,1	(14,5-20,0)	1048	16,9	16,4	(14,8-18,1)
Alimentación	612	19,7	21,1	(18,8-23,6)	553	17,7	17,4	(15,1-19,9)	1165	18,7	19,7	(18,0-21,6)
Seguridad	66	2,1	2,0	(1,4-2,9)	31	1,0	1,4	(0,7-2,6)	97	1,6	1,8	(1,3-2,4)
Educación	91	2,9	3,4	(2,4-4,8)	92	3,0	3,7	(2,4-5,5)	183	2,9	3,5	(2,7-4,6)
Otros	92	3,0	3,7	(2,6-5,1)	60	1,9	2,7	(1,5-4,7)	152	2,4	3,3	(2,5-4,4)
No hay dificultades en Colombia	126	4,1	5,7	(4,4-7,5)	81	2,6	4,1	(2,7-6,4)	207	3,3	5,2	(4,1-6,5)
Usó recursos humanitarios (ref: no; n=6.218)	598	19,3	16,9	(14,9-19,0)	605	19,4	17,1	(15,9-18,4)	1203	19,3	17,3	(15,8-18,9)
Tipo de servicio usado (seleccione todos, de los que declaran haber usado el servicio, n=1.203)												
Asistencia legal/registrar*	159	25,9	21,5	(16,5-27,6)	76	12,2	11,9	(8,4-16,5)	235	19,0	17,9	(14,4-22,0)
Asistencia para acceder a servicios sanitarios nacionales*	222	36,3	36,3	(30,1-42,9)	191	30,9	34,6	(27,8-42,0)	413	33,6	32,6	(30,9-40,6)
Asistencia sanitaria	162	26,5	29,4	(23,9-35,6)	152	24,6	24,9	(19,2-31,6)	314	25,5	27,7	(23,6-32,2)
Apoyo en materia de violencia de género*	33	5,4	4,7	(2,8-7,6)	13	2,1	2,0	(0,9-4,3)	46	3,7	3,6	(2,4-5,6)
Apoyo psicosocial*	71	11,6	12,1	(8,0-17,9)	43	7,0	7,3	(4,6-11,3)	114	9,3	10,3	(7,4-14,1)
Asistencia en materia de vivienda*	108	17,7	16,8	(13,1-21,2)	52	8,5	7,4	(5,1-10,5)	160	13,1	13,2	(10,7-16,2)
Asistencia alimentaria*	400	65,8	62,7	(56,2-68,8)	344	56	54,3	(46,7-61,6)	744	60,9	59,5	(54,5-64,3)
Seguridad*	41	6,8	6,5	(4,3-9,8)	22	3,6	4,8	(2,4-9,5)	63	5,2	5,9	(4,1-8,3)
Organización que prestó el servicio (seleccione todos, de los que usaron el servicio; n=1.203)												
ACNUR *	196	32,6	31,1	(25,4-37,4)	44	7,2	8,7	(4,9-14,9)	240	19,8	22,6	(18,6-27,1)
AIDS Healthcare Foundation (AHF)	15	2,5	1,4	(0,8-2,8)	13	2,1	2,0	(0,8-4,6)	28	2,3	1,6	(1,0-2,8)
Red Somos*	169	28,1	27,9	(22,3-34,2)	42	6,9	8,5	(4,7-14,7)	211	17,4	20,5	(16,6-25,0)
Profamilia*	67	11,1	9,0	(6,0-13,4)	44	7,2	7,0	(4,3-11,2)	111	9,1	8,2	(6,0-11,2)
Cruz Roja	146	24,3	23,7	(18,9-29,4)	139	22,7	22,5	(17,1-28,9)	285	23,5	23,2	(19,5-27,4)
FUVADIS*	6	1,0	0,5	(0,2-1,3)	36	5,9	7,3	(4,3-12,3)	42	3,5	3,1	(1,9-5,1)
Venezolanos en Barranquilla*	4	0,7	0,7	(0,2-2,6)	25	4,1	4,1	(2,1-7,9)	29	2,4	2,0	(1,1-3,6)
Venezolanos Unidos en Barranquilla*	3	0,5	0,5	(0,1-2,7)	11	1,8	2,7	(1,1-6,6)	14	1,2	1,4	(0,6-3,0)
De Pana Que Sí*	3	0,5	0,2	(0,1-0,8)	47	7,7	8,3	(4,7-14,1)	50	4,1	3,3	(1,9-5,7)
Caribe Afirmativo	3	0,5	0,1	(0,0-0,4)	4	0,7	0,8	(0,3-2,6)	7	0,6	0,4	(0,1-1,0)
Fundacion Eudes*	20	3,3	3,0	(1,6-5,7)	4	0,7	0,8	(0,3-2,3)	24	2,0	2,2	(1,2-3,8)
Fundacion Censurados	5	0,8	0,5	(0,2-1,2)	3	0,5	0,3	(0,1-0,9)	8	0,7	0,4	(0,2-0,8)
Americares*	4	0,7	0,5	(0,1-1,6)	143	23,5	23,3	(17,7-30,0)	147	12,2	9,2	(6,9-12,1)
Comité Internacional de Rescate (IRC)*	81	13,5	10,6	(7,4-15,0)	1	0,2	0,1	(0,0-0,8)	82	6,8	6,6	(4,6-9,4)
Medicos sin Fronteras (MSF)*	17	2,8	1,4	(0,7-2,8)	6	1,0	1,1	(0,4-2,7)	23	1,9	1,3	(0,8-2,2)
AID*	5	0,8	0,4	(0,1-1,1)	15	2,5	2,7	(1,1-6,3)	20	1,7	1,3	(0,6-2,6)
Otros	204	33,9	34,7	(28,5-41,5)	279	45,8	41,9	(34,8-49,3)	483	39,9	37,4	(32,7-42,4)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado; las celdas en gris representan variables en las que las celdas eran demasiado pequeñas para calcular de forma fiable las estimaciones de población

PREVALENCIA Y DIFERENCIAS EN EL USO DE LOS SERVICIOS HUMANITARIOS SEGÚN EL ESTATUS MIGRATORIO

Cuando se les preguntó por la mayor dificultad que tenían, las dificultades financieras continuaron siendo la dificultad más comúnmente indicada en todos los estatus migratorios, aunque fue ligeramente mayor entre aquellos con estatus migratorio regular en comparación con el estatus migratorio irregular (54,5% vs. 48,4%; Tabla 24). Los migrantes y refugiados con estatus irregular fueron ligeramente más propensos a experimentar dificultades relacionadas con la vivienda (17,4% frente a 14,0%) y la educación (4,3 frente a 1,7%) que los migrantes y refugiados en situación regular. No se observaron diferencias respecto a las dificultades relacionadas con la seguridad alimentaria, la segunda dificultad más comúnmente reportada, o los problemas de seguridad.

Los migrantes y refugiados con un estatus migratorio regular tuvieron más probabilidades de haber informado del uso de servicios humanitarios en comparación con los migrantes con estatus irregular (21,9% frente a 15,4%), aunque aun menos de uno de cada cinco informó del uso de dichos servicios. En comparación con los migrantes y refugiados irregulares, los migrantes y refugiados regulares tuvieron más probabilidades de haber usado la asistencia legal o de registro, la ayuda para acceder a los servicios sanitarios nacionales y el apoyo psicosocial, así como los servicios prestados por el ACNUR, lo cual en su conjunto puede explicar la consecución del estatus de migración regular.

Tabla 24: Uso de los servicios humanitarios estratificadas por por estatus migratorio.

	Estatus Migratorio											
	Estatus regular (n=1.779)				Estatus irregular (n=4.442)				Total (N=6.221)			
	Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada		Proporción de la muestra		Población estimada	
	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI	n	%	%	95%CI
Mayor dificultad en Colombia * (n=6.218)												
Finanzas	1039	58,4	54,5	(50,3-58,7)	2327	52,4	48,4	(45,7-51,0)	3366	54,1	50,2	(47,9-52,4)
Vivienda	260	14,6	14,0	(11,3-17,2)	788	17,8	17,4	(15,5-19,4)	1048	16,9	16,4	(14,8-18,1)
Alimentación	318	17,9	18,8	(15,8-22,3)	847	19,1	20,1	(18,1-22,3)	1165	18,7	19,7	(18,0-21,6)
Seguridad	31	1,7	1,8	(1,1-2,9)	66	1,5	1,7	(1,2-2,6)	97	1,6	1,8	(1,3-2,4)
Educación	37	2,1	1,7	(0,9-3,2)	146	3,3	4,3	(3,2-5,7)	183	2,9	3,5	(2,7-4,6)
Otros	33	1,9	2,5	(1,3-4,5)	119	2,7	3,6	(2,6-5,1)	152	2,4	3,3	(2,5-4,4)
Sin dificultades en Colombia	61	3,4	6,7	(4,5-9,9)	146	3,3	4,5	(3,4-5,9)	207	3,3	5,2	(4,1-6,5)
Usó recursos humanitarios* (ref: no; n=6.218)	405	22,8	21,9	(18,6-25,7)	798	18,0	15,4	(13,8-17,1)	1203	19,3	17,3	(15,8-18,9)
Tipo de servicio usado (seleccione todos, de los que declaran haber usado el servicio, n=1.203)												
Asistencia legal/registral*	113	27,1	24,5	(17,5-33,2)	122	14,9	13,9	(10,6-18,2)	235	19,0	17,9	(14,4-22,0)
Asistencia para acceder a servicios sanitarios nacionales*	163	39,2	44,9	(35,9-54,3)	250	30,7	30,1	(25,4-35,3)	413	33,6	32,6	(30,9-40,6)
Asistencia sanitaria	106	25,5	25,8	(18,8-34,2)	208	25,6	28,8	(23,9-34,2)	314	25,5	27,7	(23,6-32,2)
Apoyo en materia de violencia de género	19	4,6	3,4	(1,5-7,2)	27	3,3	3,8	(2,3-6,3)	46	3,7	3,6	(2,4-5,6)
Apoyo psicosocial*	53	12,8	16,7	(10,3-25,7)	61	7,5	6,5	(4,5-9,4)	114	9,3	10,3	(7,4-14,1)
Asistencia en materia de vivienda	55	13,3	10,1	(7,0-14,4)	105	12,9	15,0	(11,7-19,1)	160	13,1	13,2	(10,7-16,2)
Asistencia alimentaria**	264	64,4	60,2	(50,7-69,0)	480	59,1	59,1	(53,5-64,5)	744	60,9	59,5	(54,5-64,3)
Seguridad	26	6,3	7,0	(4,0-11,9)	37	4,6	5,2	(3,3-8,3)	63	5,2	5,9	(4,1-8,3)
Organización que prestó el servicio (seleccione todos, de los que usaron el servicio; n=1.203)												
ACNUR*	110	26,9	29,2	(21,4-38,4)	130	16,2	18,6	(14,6-23,5)	240	19,8	22,6	(18,6-27,1)
AIDS Healthcare Foundation (AHF)**	14	3,4	2,1	(1,1-4,3)	14	1,7	1,4	(0,6-3,0)	28	2,3	1,6	(1,0-2,8)
Red Somos**	83	20,3	25,0	(17,4-34,5)	128	15,9	17,9	(14,0-22,5)	211	17,4	20,5	(16,6-25,0)
Profamilia	40	9,8	6,9	(3,9-11,7)	71	8,8	9,0	(6,1-13,2)	111	9,1	8,2	(6,0-11,2)
Cruz Roja	103	25,2	26,8	(19,8-35,1)	182	22,6	21,2	(17,1-25,9)	285	23,5	23,2	(19,5-27,4)
FUVADIS	14	3,4	2,4	(0,9-6,1)	28	3,5	3,6	(2,0-6,3)	42	3,5	3,1	(1,9-5,1)
Venezolanos en Barranquilla*	15	3,7	3,0	(1,4-6,2)	14	1,7	1,4	(0,5-3,6)	29	2,4	2,0	(1,1-3,6)
Venezolanos Unidos en Barranquilla	5	1,2			9	1,1			14	1,2	1,4	(0,6-3,0)
De Pana Que Sí*	25	6,1	5,7	(2,5-12,3)	25	3,1	1,9	(1,1-3,1)	50	4,1	3,3	(1,9-5,7)
Caribe Afirmativo	4	1,0			3	0,4			7	0,6	0,4	(0,1-1,0)
Fundacion Eudes*	15	3,7	3,7	(1,7-7,9)	9	1,1			24	2,0	2,2	(1,2-3,8)
Fundacion Censurados**	5	1,2			3	0,4			8	0,7	0,4	(0,2-0,8)
Americares*	38	9,4	7,6	(3,9-14,3)	109	13,6	10,1	(7,6-13,3)	147	12,2	9,2	(6,9-12,1)
Comité Internacional de Rescate (IRC)*	25	6,1	5,5	(2,4-12,2)	57	7,1	7,3	(5,0-10,4)	82	6,8	6,6	(4,6-9,4)
Medicos sin Fronteras (MSF)	10	2,5	0,6	(0,3-1,4)	13	1,6	1,7	(0,9-3,2)	23	1,9	1,3	(0,8-2,2)
AID	7	1,7	1,8	(0,5-6,1)	13	1,6	0,9	(0,4-1,9)	20	1,7	1,3	(0,6-2,6)
Other	167	41,1	39,4	(30,7-48,7)	316	39,3	36,3	(30,9-42,0)	483	39,9	37,4	(32,7-42,4)

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; diferencia de muestras a *p<0,05 o **p<0,10 en las pruebas chi2; ref: grupo de referencia no mostrado

Conclusiones y Recomendaciones



Conclusiones y recomendaciones:

Este estudio logró inscribir a más de 6.200 migrantes y refugiados residentes en dos entornos urbanos de Colombia en un plazo de ocho meses. El éxito de la implementación se atribuye a la confianza de la comunidad en la organización que implementa la investigación de campo, el apoyo al proceso legal para asegurar la vinculación y el acceso sostenido a la atención de las personas diagnosticadas con VIH o sífilis, independientemente de su estatus migratorio, y el uso de la metodología RDS que aprovecha las redes sociales dentro de las poblaciones que carecen de marcos de muestreo. La metodología RDS ofrece la ventaja adicional de producir estimaciones sin sesgo que se aproximan a las estimaciones de la población y superan las limitaciones asociadas a otros enfoques de muestreo de conveniencia y a las estimaciones del VIH generadas por medio de programas de pruebas.

La distribución de la edad y el momento de la llegada reportados aquí reflejan en general lo reportado por las agencias de migración para los venezolanos que viven en Colombia.¹⁹ Nuestros hallazgos, sin embargo, también destacan las vulnerabilidades sociales y estructurales, incluyendo el bajo nivel educativo, los bajos niveles de empleo formal y, por lo tanto, las dificultades materiales, incluyendo los bajos ingresos, la inseguridad alimentaria y la inestabilidad de la vivienda. Esto probablemente refleja los impactos a largo plazo de la crisis financiera en Venezuela, pero también los retos inmediatos a los que se enfrentan los venezolanos en Colombia. Por ejemplo, la inseguridad alimentaria fue la razón más común para la migración desde Venezuela. No obstante, la inseguridad alimentaria fue la segunda dificultad más común reportada en Colombia, después de las dificultades financieras.

Las experiencias de discriminación y violencia durante la residencia en Colombia, reportadas por el 47% y el 12% de la población, respectivamente, sugieren la existencia de tensiones sociales entre la comunidad de acogida y la migrante, así como el estrés del desplazamiento dentro de las familias y las relaciones íntimas. No existen estimaciones de discriminación y violencia para los refugiados o migrantes venezolanos ni para los adultos de todos los géneros en Colombia, a efectos de comparación. No obstante, dadas las vulnerabilidades generales de los migrantes y refugiados, nuestras estimaciones pueden ser más bajas de lo previsto y pueden atribuirse a la reputación del país por acoger a los venezolanos. Nuestra investigación formativa y cualitativa encontró evidencia de tensiones más recientes durante la pandemia del COVID-19 y los impactos económicos asociados, lo que puede sugerir un cambio en las actitudes hacia los venezolanos y puede traducirse en un aumento de la discriminación y/o la violencia en el futuro próximo. Diez por ciento de las mujeres refugiadas y migrantes reportaron experiencias de violencia mientras vivían en Colombia; aunque no es directamente comparable, esto es similar a las estimaciones nacionales de violencia de pareja de toda la vida y de los últimos 12 meses reportadas para las mujeres que alguna vez estuvieron en pareja en Venezuela (19% y 8%, respectivamente) y más bajo que lo reportado en Colombia en 2018 (20% y 12%, respectivamente).⁵⁷ Es posible que la separación de las parejas y las familias durante la migración pueda resultar en menores reportes de violencia íntima e intrafamiliar. Estas formas de violencia también pueden estar sub-reportadas debido al estigma o a la clasificación errónea de formas de violencia menos graves.

Respecto a los indicadores de salud, el estado de salud autodeclarado entre los migrantes y refugiados fue generalmente alto y puede reflejar la hipótesis conocida como el “efecto del migrante saludable”, en el que los migrantes suelen ser más saludables que las comunidades de acogida en una serie de indicadores de salud.⁵⁸ Otros estudios han apoyado esa hipótesis, aunque también han demostrado que la salud de los migrantes tiende a disminuir con el tiempo de la estancia, normalmente como resultado de las bajas condiciones de vida y de trabajo.⁵⁸ De hecho, los indicadores de salud mental y conductual de los migrantes y refugiados venezolanos en este estudio fueron notables. Las puntuaciones medias de salud mental en el PHQ-4 entre los migrantes y refugiados fueron considerablemente más altas en este estudio que las reportadas previamente para la población colombiana en 2014 (3,3 frente a 1,3),⁴⁵ con una quinta parte de los migrantes y refugiados en este estudio reportando síntomas de ansiedad o depresión, así como el trastorno por consumo de alcohol. La aceptación de las pruebas de COVID-19 y la vacunación fue baja, particularmente entre los migrantes irregulares y los refugiados, y probablemente refleja las diferencias en el momento de la elegibilidad de la vacuna en estas subpoblaciones, pero también (la falta de) conocimiento de los servicios disponibles en Colombia. Por último, el 5% de los migrantes y refugiados tuvieron una infección por sífilis confirmada por laboratorio. Estas estimaciones son mucho más altas que la prevalencia estimada del 0,7% entre los adultos

colombianos en 2016,⁵⁹ aunque los casos de sífilis han aumentado en el país y en la región desde entonces.⁶⁰ La alta prevalencia de la infección por sífilis supone preocupaciones por los riesgos asociados con la sífilis no tratada, la sífilis congénita entre otros riesgos para los recién nacidos, y la transmisión de la infección.

La prevalencia del VIH también fue algo destacable. Las estimaciones de VIH en la población rozaron el 1% (prevalencia global de la población: 0,9%; IC 95%: 0,6-1,4) y fueron más altas en Barranquilla y Soledad (1,2%) que en Bogotá y Soacha (0,8%). La prevalencia del VIH fue del 6% entre las poblaciones clave. La prevalencia del VIH en la población fue más alta que la reportada para Venezuela (0.5%)¹⁶ y la observada en Colombia (0.5%).²⁶ El bajo compromiso a lo largo del continuo de atención del VIH, comenzando con un bajo diagnóstico del VIH y, en última instancia, con bajos niveles de supresión viral, señala la necesidad de incrementar la aceptación de las pruebas del VIH y apoyar el compromiso a largo plazo y ser consistente en la atención para mejorar los resultados de salud individuales, así como para prevenir la transmisión de la infección. Las estimaciones reportadas para los migrantes y refugiados venezolanos que viven en Colombia se acercan a las definidas desde hace tiempo por ONUSIDA y la OMS como una epidemia generalizada⁶¹ y destacan la importancia de mejorar el acceso y la aceptación de la prevención y atención del VIH entre los migrantes y refugiados venezolanos en Colombia. Estos resultados recalcan y apoyan la orientación anterior de que los migrantes y refugiados no son poblaciones clave y los servicios para los migrantes y refugiados no deben entregarse por medio de programas para poblaciones clave, sino que deben incorporarse a través de programas para la población de acogida y por medio de la programación humanitaria.⁶² Debido a que la carga del VIH fue más alta entre las poblaciones clave, los programas que atienden a estas poblaciones deben seguir siendo apoyados y mejorados para proveer servicios a las poblaciones clave, independientemente de la nacionalidad o el estatus migratorio.

Este estudio también identificó notables disparidades de acuerdo con el estatus migratorio y la residencia geográfica. El historial médico y el uso de los servicios sugieren una menor disponibilidad o acceso en Barranquilla y Soledad. Las dificultades financieras representaron la dificultad más comúnmente indicada en ambos sitios, pero fue más común en Barranquilla y Soledad, mientras que la alimentación y la vivienda fueron las dificultades más comúnmente reportadas en Bogotá y Soacha. Las diferencias se refieren en general al mayor costo de la vida en Bogotá, pero también a la menor disponibilidad de servicios en Barranquilla y Soledad en comparación con Bogotá y Soacha. Las diferencias entre los sitios también reflejan las diferencias en el estatus migratorio de los venezolanos que viven en ambos sitios.

Los refugiados y migrantes venezolanos con estatus migratorio irregular enfrentan una serie de vulnerabilidades sociales, estructurales y sanitarias, en comparación con quienes tienen un estatus migratorio regular. El estatus migratorio irregular fue asociado con un menor nivel educativo, laboral, de ingresos, de seguridad alimentaria, de IMC y con altos niveles de probable depresión y ansiedad, lo que en su conjunto puede reflejar el acceso legal al trabajo y a otros servicios básicos. Los bajos niveles de uso de preservativo, de conocimiento de la condición de la pareja, de infección por VIH diagnosticada y de supresión viral, entre las personas con un estatus migratorio irregular reflejan la falta de acceso a la cobertura de los servicios de salud y de VIH que están relacionados con el estatus migratorio legal. La atención prenatal se encuentra disponible independientemente del estatus migratorio, pero observamos un menor número de visitas prenatales entre las mujeres con estatus migratorio irregular, lo que probablemente refleja otras barreras que pueden estar asociadas con la educación o la discriminación. Las personas con un estatus migratorio irregular también tuvieron menos probabilidades de acceder a los servicios humanitarios. A pesar de estas diferencias, los indicadores sanitarios, sociales y estructurales fueron generalmente negativos entre los refugiados y migrantes venezolanos. Estos resultados recalcan la necesidad de mejorar el acceso a los servicios y apoyar a los migrantes y refugiados para que conozcan los derechos y los servicios, sobre todo en el caso de las personas con un menor nivel de alfabetización y educación. Para aquellos con un estatus irregular, los métodos para facilitar el registro para el Permiso de Protección Temporal mejorarían el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales para unos 800.000 venezolanos en Colombia.⁷

Los resultados del estudio sugieren múltiples oportunidades de intervención. Recomendamos las siguientes estrategias de programación y políticas de salud pública para apoyar el mejoramiento de la salud y el bienestar de los venezolanos que viven en Colombia.

RECOMENDACIONES:

Estos hallazgos destacan varias oportunidades para apoyar la salud, el bienestar y la subsistencia de la población venezolana que vive en Colombia. A medida que se realizan los esfuerzos necesarios para entregar servicios de salud inclusivos para los 2,5 millones de refugiados y migrantes venezolanos en el país, es importante garantizar que las leyes, las políticas y los programas respeten, protejan y cumplan los derechos de todos los refugiados y migrantes, incluida la protección contra la discriminación con base en la nacionalidad, la situación migratoria, el género y la situación del VIH. Además, las políticas y los programas deben diseñarse, aplicarse, supervisarse y evaluarse con la participación de los refugiados y los migrantes.⁶²

La política y la programación para el VIH y la salud sexual y reproductiva pueden considerar:

1. Alentar al gobierno nacional y a los organismos donantes a que les proporcionen a los refugiados y a los migrantes el mismo acceso a la atención del VIH, independientemente de su estatus migratorio, que reciben los nacionales.
2. Considerar el establecimiento de alianzas interinstitucionales (entidades gubernamentales, territoriales, organizaciones humanitarias, organizaciones comunitarias y organizaciones que atienden a los refugiados y migrantes) que faciliten redes de apoyo comunitario que involucren a las organizaciones existentes y a las comunidades de acogida para la difusión de información en materia de salud preventiva, salud sexual y reproductiva y vigilancia de la salud pública.
3. Promover estrategias para el diagnóstico oportuno de VIH, sífilis y otras ITS entre los refugiados y migrantes en los Planes Territoriales de Salud (PTS)⁶³ y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en los territorios de Colombia con mayor densidad poblacional de migrantes, asegurando que los refugiados y migrantes sin seguro sean clasificados como población vulnerable para ser incluidos en estos planes. Estas estrategias pueden incluir acciones para integrar a los migrantes y refugiados venezolanos, independientemente de su estatus migratorio, en los servicios de salud junto con la comunidad de acogida e involucrar a las organizaciones comunitarias que tienen experiencia en el trabajo con estas poblaciones.
4. Implementar una campaña de comunicación y capacitación, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, para reducir el doble estigma y la discriminación que enfrentan los refugiados y migrantes en los contextos de salud por su nacionalidad y su condición de VIH. Estas acciones deben incluir un enfoque específico en esta población a través de una inversión en recursos humanos en salud y campañas de comunicación a la población en general a fin de mejorar la adopción de estos cambios y reducir las barreras de acceso a los servicios.
5. Ejecutar programas de financiamiento público en coordinación con organizaciones cooperantes para invertir y desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de ITS con un enfoque inclusivo y multicultural. Esto debería incluir el paquete de prevención combinada para migrantes y refugiados, incluyendo PrEP, PEP, ART, pruebas rápidas de VIH y sífilis, servicios de pareja, junto con servicios de uso de sustancias y salud mental, junto con otros enfoques basados en la evidencia. El desarrollo de estos programas debería beneficiarse de la experiencia de las organizaciones locales con antecedentes de trabajo con estas poblaciones y de la cooperación interorganizacional.
6. Considerar la revisión del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para garantizar el diagnóstico, la confirmación y el tratamiento inmediato de la sífilis en las personas con resultados positivos de la prueba por medio del seguro proporcionado por el sistema nacional de salud. Hasta que la cobertura del seguro esté disponible, se debe entregar acceso gratuito a las pruebas de sífilis y al tratamiento inmediato para prevenir la transmisión. Este cambio y la subsiguiente reducción de las barreras al tratamiento reducirían el impacto de la sífilis en la salud reproductiva y sexual entre los refugiados e inmigrantes y entre los miembros de la comunidad de acogida que no tienen seguro.
7. Apoyar el aumento del financiamiento de los programas comunitarios proporcionados por la sociedad civil destinados a la prestación de atención médica a los refugiados y migrantes que viven con el VIH, incluyendo el apoyo psicosocial, la ayuda humanitaria y la atención médica, así como el desarrollo de la capacidad técnica para el desarrollo de estos programas, ya que son un canal directo para la población migrante.

8. Apoyar a las organizaciones que proporcionan prevención y autocuidado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del VIH y otras ITS. Las organizaciones deben proporcionar un enfoque multicultural a las poblaciones de refugiados y migrantes, considerando las vulnerabilidades interseccionales que experimentan los hombres homosexuales y bisexuales migrantes/refugiados, las personas transgénero y las personas que practican el sexo transaccional.
9. Garantizar el acceso a métodos preventivos en materia de salud sexual y reproductiva, como la educación, las actividades de prevención y la anticoncepción y los preservativos gratuitos para reducir la transmisión del VIH, otras ITS y/o los embarazos no deseados. Estas acciones pueden desarrollarse a través de la colaboración en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) liderado por las entidades territoriales, las aseguradoras de salud, las organizaciones humanitarias y la sociedad civil.
10. Fomentar el apoyo a la investigación relacionada con los patrones de migración y el VIH para establecer una base de pruebas, supervisar las tendencias y fundamentar las decisiones políticas y programáticas. Esto puede incluir diseños basados en la población y en cohortes para evaluar el VIH, la sífilis, otras ITS, otras enfermedades infecciosas, como el COVID-19, así como el acceso a la atención sanitaria, el tratamiento y la adherencia entre los refugiados y los migrantes.
11. Generar los mecanismos adecuados para que las organizaciones internacionales que prestan servicios de atención al VIH a los migrantes y refugiados que viven con el VIH puedan reportar a los sistemas de información establecidos como el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y la Cuenta de Alto Costo de manera periódica.
12. Entregar los recursos gubernamentales o de cooperación internacional adecuados para realizar estudios de prevalencia de VIH enfocados en la salud de la población migrante venezolana, ampliando la cobertura de los estudios a otras ciudades, y/o repitiéndolos periódicamente. Estos se deben diseñar e implementar para que haya comparabilidad en el tiempo y los resultados puedan servir como insumo para el cálculo de las estimaciones de prevalencia nacional que se reportan al Monitoreo Global del SIDA (GAM) y que se realizan con el apoyo de ONUSIDA por medio de la herramienta Spectrum.²⁶
13. Crear incentivos para que las organizaciones creen políticas, estrategias y planes de atención al VIH para otras poblaciones objetivo y de ese modo, reduzcan el estigma asociado al VIH entre los migrantes y refugiados.

Las políticas y los programas para los problemas de salud general, incluida la salud mental y de la conducta, pueden considerar lo siguiente:

1. Difundir información sobre las vías y los mecanismos de acceso a la atención sanitaria de los refugiados y los migrantes para facilitar la atención médica oportuna y eliminar las situaciones de denegación o discriminación. Esto debe incluir un mejor conocimiento del funcionamiento del Estado, de los derechos de los migrantes y de la disponibilidad de los servicios existentes. Esto puede lograrse a través de redes organizativas que procesen a los migrantes recién llegados, que todavía se encuentren en curso de reasentamiento, así como a los que ya residen en Colombia, para ayudarles a los migrantes en la navegación del seguro y el acceso a los servicios de salud.
2. Incluir componentes de salud mental y vías claras de derivación a los servicios de salud mental en los programas de salud ofrecidos a los refugiados y migrantes.

La política y la programación de los servicios migratorios y humanitarios pueden considerar lo siguiente:

1. Facilitar la inscripción en el Permiso Temporal de Protección (PTE) de los venezolanos con estatus migratorio irregular, lo cual les confiere protección legal y acceso a servicios sanitarios y otros servicios sociales.⁷
2. Apoyar las campañas de comunicación organizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales dirigidas a los refugiados y migrantes que cimenten el derecho al aseguramiento, el acceso a la salud universal, equitativa y oportuna, libre de estigma y discriminación. Estas pueden incluir materiales informativos expuestos y/o distribuidos en los pasos fronterizos, así como materiales más detallados disponibles en los centros de salud, centros comunitarios y otros espacios humanitarios. Estos materiales deben delinear claramente los derechos de los migrantes y refugiados, así como

la información de contacto de las organizaciones que pueden proporcionar apoyo. Deben hacerse adaptaciones para ayudarles a los refugiados y migrantes con baja alfabetización o educación a comprender estos derechos.

3. Entregar apoyo a los programas humanitarios locales y nacionales para proporcionar atención al VIH, incluidas las organizaciones comunitarias, para que puedan prestarles servicios a los refugiados y migrantes con estatus migratorio irregular hasta que puedan acceder a la atención a través del sistema nacional de salud.
4. Capacitar a las organizaciones gubernamentales, a las organizaciones humanitarias y a la sociedad civil para satisfacer las necesidades de los refugiados y los migrantes que acceden a los servicios. La capacitación puede aprovechar la experiencia de las alianzas interorganizacionales, desarrollar procesos de formación con un enfoque en la sensibilidad cultural y las necesidades específicas de género para garantizar los derechos humanos de los refugiados y los migrantes.
5. Involucrar a las comunidades de acogida en los servicios comunitarios para refugiados y migrantes, incluyendo actividades centradas en la integración a través del arte en las que los individuos puedan reflexionar sobre temas como la migración. Los riesgos asociados a la migración pueden reducirse mediante la promoción de información clara y precisa sobre los derechos humanos y los servicios disponibles para los migrantes y refugiados.
6. Apoyar la colaboración de los gobiernos locales y nacionales y de las organizaciones de derechos humanos para asegurar el cumplimiento de las leyes, políticas y programas que protegen y sirven a los migrantes y refugiados, así como a las personas que viven con el VIH.
7. Crear oportunidades para que los migrantes y refugiados se incorporen a la fuerza laboral, incluyendo la validación de los títulos de educación que les permitan a los migrantes y refugiados entrar en la fuerza laboral sobre la base de la formación previa, y posteriormente proporcionar acceso al seguro de salud.
8. Integrar las medidas de protección social en la respuesta migratoria, centrándose en la inseguridad alimentaria y los derechos laborales y su rol como determinantes de la salud. Estas medidas deberían incluir el suministro de alimentos básicos garantizados.
9. Garantizar que los programas mantengan una comunicación continua con los venezolanos que usan sus servicios para recibir comentarios sobre los apoyos humanitarios; monitorear las actualizaciones sobre la situación migratoria, educativa o laboral; y establecer un apoyo psicosocial continuo.

Materiales del apéndice

Tablas que muestran los indicadores demográficos y de salud entre los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad: Bogotá, Soacha, Barranquilla y Soledad



Apéndice Tabla 1: Características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Semilla (ref: referenciado)	6	0,4	4	0,3	6	0,3	5	0,4	21	0,3
Género*										
Hombre	569	35,5	648	43,3	488	28,4	419	30	2124	34,2
Mujer	1022	63,7	839	56	1218	71	966	69,1	4045	65,1
Transgénero/No binario	13	0,8	11	0,7	10	0,6	13	0,9	47	0,8
Educación*										
Sin educación formal	29	1,8	29	1,9	45	2,6	24	1,7	127	2
Primaria	225	14	269	17,9	502	29,3	259	18,5	1255	20,2
Secundaria	890	55,5	806	53,8	897	52,3	836	59,8	3429	55,2
Superior	446	27,8	376	25,1	264	15,4	266	19	1352	21,7
Otros	14	0,9	19	1,3	8	0,5	13	0,9	54	0,9
Alta alfabetización (ref: baja alfabetización)*	1493	93,8	1312	88,3	1087	65,6	1112	80,6	5004	81,9
Empleo*										
Formal a tiempo completo	159	9,9	176	11,7	52	3	78	5,6	465	7,5
Formal a tiempo parcial	106	6,6	104	6,9	29	1,7	45	3,2	284	4,6
Informal/por debajo de la mesa	613	38,2	636	42,4	1060	61,8	718	51,4	3027	48,7
Estudiante a tiempo completo	5	0,3	6	0,4	13	0,8	4	0,3	28	0,5
Jubilado	15	0,9	5	0,3	8	0,5	7	0,5	35	0,6
Desempleado	665	41,5	548	36,5	538	31,4	532	38,1	2283	36,7
Otros	41	2,6	25	1,7	16	0,9	14	1	96	1,5
Ingresos*										
Menos del salario mínimo (908.526 pesos)	1081	67,4	1135	75,6	1455	84,8	1233	88,2	4904	78,9
Salario mínimo (908.526 pesos)	373	23,3	311	20,7	180	10,5	124	8,9	988	15,9
Entre 908.526 - 1.817.052 pesos	133	8,3	48	3,2	72	4,2	35	2,5	288	4,6
Más de 1.817.052 pesos	17	1,1	7	0,5	9	0,5	6	0,4	39	0,6
Estado civil*										
Nunca se casó	574	35,8	670	44,6	573	33,4	470	33,6	2287	36,8
Casado o conviviente	757	47,2	648	43,2	845	49,2	740	52,9	2990	48,1
Divorciado o separado	236	14,7	149	9,9	267	15,6	160	11,4	812	13,1
Viuado/a	37	2,3	34	2,3	31	1,8	28	2	130	2,1
Residencia actual*										
Casa/departamento/habitación en alquiler o en propiedad	1510	94,1	1380	92,1	1473	85,8	1254	89,7	5617	90,3
Se aloja en casa de otra persona	62	3,9	100	6,7	128	7,5	123	8,8	413	6,6
Campamento	5	0,3	2	0,1	35	2	2	0,1	44	0,7
Otros (refugio, edificio abandonado, coche, otros)	18	1,1	10	0,7	61	3,6	12	0,9	101	1,6
Sin residencia actual	9	0,6	7	0,5	19	1,1	7	0,5	42	0,7
Número de noches con inseguridad*										
Ninguna	1357	84,6	1286	85,7	1540	89,7	1192	85,3	5375	86,4
1-10	168	10,5	149	9,9	100	5,8	147	10,5	564	9,1
11-30	49	3,1	36	2,4	37	2,2	39	2,8	161	2,6
31-60	16	1	12	0,8	10	0,6	8	0,6	46	0,7
Más de 60	14	0,9	18	1,2	29	1,7	12	0,9	73	1,2

Apéndice Tabla 1: Características demográficas de los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad, continuada.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Seguridad alimentaria*										
Segura	134	8,3	145	9,7	89	5,2	46	3,3	414	6,7
Seguridad alimentaria baja	450	28,0	426	28,4	283	16,5	248	17,7	1407	22,6
Seguridad alimentaria muy baja	1021	63,6	930	62	1344	78,3	1104	79	4399	70,7

Notas: n: *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 2: Historias y experiencias de desplazamiento entre los migrantes y refugiados venezolanos por cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	Col %	n	Col %	n	Col %	n	Col %	n	Col %
Estatus migratorio*										
Regular	568	35,4	470	31,3	428	24,9	312	22,3	1778	28,6
Irregular	1037	64,6	1031	68,7	1288	75,1	1086	77,7	4442	71,4
Ciudadano venezolano (ref: no)	1605	100,0	1501	100,0	1716	100,0	1398	100,0	6220	100,0
Ciudadano colombiano (ref: no)*	28	1,7	31	2,1	44	2,6	15	1,1	118	1,9
Otra nacionalidad (ref: no)	2	0,1	5	0,3	2	0,1	0	0,0	9	0,1
Año de migración*										
2015	15	0,9	12	0,8	59	3,4	55	3,9	141	2,3
2016	83	5,2	62	4,1	197	11,5	140	10,0	482	7,7
2017	218	13,6	198	13,2	412	24,0	298	21,3	1126	18,1
2018	391	24,4	390	26,0	475	27,7	442	31,6	1698	27,3
2019	448	27,9	437	29,1	403	23,5	313	22,4	1601	25,7
2020	232	14,5	212	14,1	94	5,5	78	5,6	616	9,9
2021	218	13,6	190	12,7	76	4,4	72	5,2	556	8,9
Método de llegada*										
Paso de frontera formal	723	45,0	624	41,6	409	23,8	322	23,0	2078	33,4
Trocha o paso fronterizo informal	866	54,0	852	56,8	1296	75,5	1061	75,9	4075	65,5
Otros	16	1,0	25	1,7	11	0,6	15	1,1	67	1,1
Motivo de la migración*										
Inseguridad laboral	452	28,2	425	28,3	619	36,1	245	17,5	1741	28,0
Inseguridad alimentaria	748	46,6	710	47,3	930	54,2	886	63,4	3274	52,6
Violencia	38	2,4	35	2,3	21	1,2	35	2,5	129	2,1
Falta de oportunidades educativas	52	3,2	77	5,1	23	1,3	45	3,2	197	3,2
Falta de acceso a la medicina/atención médica (excluyendo la atención prenatal y obstétrica)	66	4,1	62	4,1	34	2,0	50	3,6	212	3,4
Dar a luz/acceder a la atención prenatal en un hospital de confianza	6	0,4	11	0,7	4	0,2	7	0,5	28	0,5
Dar a luz/obtener la ciudadanía colombiana para el niño	3	0,2	2	0,1	1	0,1	3	0,2	9	0,1
Reunirse con otros miembros de la familia que ya han salido de Venezuela	158	9,8	120	8,0	50	2,9	94	6,7	422	6,8
Otros	82	5,1	59	3,9	34	2,0	33	2,4	208	3,3
¿Para qué condición(es) buscaba medicina/atención médica? (n=212)										
Atención primaria general	52	76,5	45	68,2	19	54,3	37	71,2	153	69,2
Diabetes	7	10,4	7	10,6	5	14,7	4	8,0	23	10,6
Cáncer	5	7,6	2	3,0	3	8,8	2	4,0	12	5,6
Enfermedades cardíacas	7	10,6	3	4,6	3	8,8	4	8,0	17	7,9
Hipertensión arterial	14	21,2	13	20,0	7	20,6	9	18,0	43	20,0
Hipercolesterolemia**	6	9,1	5	7,7	6	17,6	11	22,0	28	13,0
VIH	4	6,1	3	4,6	3	8,8	3	6,0	13	6,0
Salud mental	6	9,1	3	4,6	2	5,9	5	10,0	16	7,4
Otros	21	31,8	17	25,8	7	20,6	7	14,0	52	24,1

Apéndice Tabla 2: Historias y experiencias de desplazamiento entre los migrantes y refugiados venezolanos por cada ciudad, continuada.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	Col %	n	Col %	n	Col %	n	Col %	n	Col %
¿Con quién viajó a Colombia?										
Solo*	646	40,3	649	43,3	679	39,6	538	38,5	2512	40,4
Con la familia*	836	52,2	724	48,3	911	53,1	694	49,6	3165	50,9
Con la familia ampliada*	241	15,1	232	15,5	158	9,2	245	17,5	876	14,1
Con amigos*	296	18,5	263	17,6	158	9,2	147	10,5	864	13,9
Con un grupo que no conozco bien*	214	13,4	214	14,3	100	5,8	131	9,4	659	10,6
Todos los miembros de la familia emigraron al mismo tiempo (ref: no, n=3165)	402	47,9	380	51,9	671	72,1	461	66,0	1914	59,8
Los miembros de la familia se unieron más tarde (ref: no)*	432	36,0	545	49,0	635	59,5	456	48,6	2068	47,9
Plan para permanecer en el sitio (ref: no)*	1521	94,8	1422	94,7	1659	96,7	1366	97,8	5968	96,0
Tiempo de permanencia en el sitio*										
Menos de 1 mes	4	4,4	2	2,4	4	5,8	5	14,7	15	5,4
1 mes - 6 meses	14	15,6	16	19,3	23	33,3	8	23,5	61	22,1
7 meses-1 año	25	27,8	22	26,5	5	7,2	7	20,6	59	21,4
Más de 1 año	47	52,2	43	51,8	37	53,6	14	41,2	141	51,1
Ciudad de destino (entre quienes tienen planes de mudarse)*										
Bogotá	0	0,0	37	45,7	5	8,6	2	6,5	89	34,6
Barranquilla	45	51,7	2	2,5	0	0,0	13	41,9	32	12,5
Nariño	35	40,2	29	35,8	32	55,2	13	41,9	109	42,4
Medellín, Cali, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Otra	7	8,0	13	16,0	4	6,9	3	9,7	27	10,5
Detenidos durante su estancia en Colombia (ref.: no)*	125	7,8	82	5,5	105	6,1	73	5,2	385	6,2
Tipo de documentación										
PEP*	404	25,2	390	26,0	339	19,8	257	18,4	1390	22,4
ETP*	209	13,0	183	12,2	127	7,4	155	11,1	674	10,8
Visado tipo M	6	0,4	8	0,5	6	0,3	6	0,4	26	0,4
Estatus de refugiado*	32	2,0	37	2,5	11	0,6	16	1,1	96	1,5
Salvoconducto*	39	2,4	34	2,3	6	0,3	6	0,4	85	1,4
Sello de estancia permitida*	290	18,1	248	16,5	78	4,5	72	5,2	688	11,1
Sin registro en Colombia*	470	29,3	319	21,3	270	15,7	497	35,6	1556	25,0
Antes de la PTE, ¿qué documentación tenía? (n=674)										
PEP	97	45,8	91	48,9	54	41,5	71	45,2	313	45,7
Visado tipo M	5	2,4	5	2,7	3	2,3	1	0,6	14	2,0
Estatus de refugiado	3	7,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	4	4,4
Salvoconducto	10	4,7	7	3,8	3	2,3	4	2,5	24	3,5
Sello de estancia permitida	63	29,9	49	26,3	17	13,3	31	19,7	160	23,5
Ninguno	55	26,1	40	21,6	29	22,5	44	28,0	168	24,6
Tiene Tarjeta de Movilidad Fronteriza*										
No	1322	82,4	1202	80,1	1673	97,5	1345	96,3	5542	89,1
Sí	160	10,0	133	8,9	33	1,9	34	2,4	360	5,8
Sí, pero he permanecido en el país más de 7 días o ha expirado	123	7,7	166	11,1	10	0,6	17	1,2	316	5,1

Notas: n: *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 3: Características sanitarias y acceso a los servicios de los inmigrantes y refugiados en cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado de salud general por autoinforme* (n=6.218)										
Excelente	289	18,0	260	17,3	448	26,1	218	15,6	1215	19,5
Muy bueno	221	13,8	235	15,7	181	10,5	229	16,4	866	13,9
Bueno	689	42,9	615	41,0	801	46,7	563	40,3	2668	42,9
Regular	349	21,7	350	23,3	262	15,3	350	25,1	1311	21,1
Pobre	57	3,6	41	2,7	24	1,4	36	2,6	158	2,5
IMC*										
Bajo peso (<18,5)	91	5,7	86	5,7	67	3,9	50	3,6	294	4,7
Saludable (18,5-24,9)	743	46,3	638	42,5	698	40,7	550	39,4	2629	42,3
Sobrepeso (25,0-29,9)	469	29,2	455	30,3	562	32,8	432	30,9	1918	30,8
Obesidad (>=30)	302	18,8	322	21,5	389	22,7	365	26,1	1378	22,2
Ansiedad y/o depresión moderada o grave (PHQ4>=6)*	283	17,6	256	17,1	402	23,4	432	30,9	1373	22,1
Consumo peligroso o trastornos activos por consumo de alcohol (AUDITC>4 para hombres y AUDITC>3 para mujeres, n=6.215)*	282	17,6	363	24,2	408	23,8	322	23,0	1375	22,1
Ha consumido drogas alguna vez* (ref: no)	67	4,2	81	5,4	54	3,1	35	2,5	237	3,8
Ha consumido drogas en los últimos 12 meses (ref: no; n=237)	5	6,3	4	4,5	5	8,3	3	7,5	17	6,4
Alguna vez se inyectó drogas* (ref: no)	42	2,6	43	2,9	28	1,6	17	1,2	130	2,1
Se inyectó en los últimos 12 meses (como en toda la vida)	6	14,0	2	4,7	6	18,2	4	22,2	18	13,1
Alguna vez se hizo una transfusión de sangre en Venezuela* (ref: no)	158	9,9	149	9,9	134	7,8	118	8,4	559	9,0
Alguna vez se ha sometido a una operación quirúrgica en Venezuela*	677	42,2	613	40,8	497	29,0	608	43,5	2395	38,5
Alguna vez se hizo la prueba de tuberculosis*	64	4,0	70	4,7	37	2,2	39	2,8	210	3,4
Alguna vez se le diagnosticó tuberculosis (n=210, entre quienes se sometieron a prueba)	4	6,2	8	10,8	5	12,2	5	12,5	22	10,0
Alguna vez recibió tratamiento para la TB (entre los diagnosticados; n=22)	4	100,0	7	87,5	4	80,0	4	80,0	19	86,4
COVID-19										
Creen haber tenido COVID-19 con base en los síntomas* (ref: no)	416	25,9	396	26,4	316	18,4	474	33,9	1602	25,8
Alguna vez se hizo la prueba de COVID-19* (entre de quienes se sospechosa que puedan estar contagiados; n=1602)	123	29,5	107	27,0	77	24,3	96	20,2	403	25,1
Resultado de la prueba de COVID-19 (entre los examinados; n=403)										
Negativo	62	48,4	56	50,0	48	59,3	49	49,0	215	51,1
Positivo	58	45,3	52	46,4	30	37,0	49	49,0	189	44,9
No sabe	8	6,2	4	3,6	3	3,7	2	2,0	17	4,0
Vacunado contra el COVID-19* (ref: no; n=6.217)	602	37,5	625	41,6	911	53,1	856	61,3	2994	48,2
Recibió la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19* (entre los vacunados; n=2994)										
No	311	51,6	308	49,2	371	40,7	340	39,7	1330	44,4
Sí	176	29,2	210	33,5	385	42,3	310	36,2	1081	36,1
N/A	116	19,2	108	17,3	155	17,0	206	24,1	585	19,5
Interesado en la vacuna contra el COVID-19* (ref: no; entre los no vacunados; n=3288)	784	77,1	748	85,0	676	81,1	452	81,1	2660	80,9

Notas: n: *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 4: Salud reproductiva y acceso a los servicios prenatales de las mujeres venezolanas en cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguna vez ha sido sexualmente activo (ref: no, n=4046)	994	97,3	819	97,6	1185	97,3	939	97,2	3937	97,3
Uso de métodos anticonceptivos (ref: no, n=3937)*	563	57,5	426	52,6	562	47,6	494	53,6	2045	52,5
Método anticonceptivo*										
Píldoras	44	7,3	51	11,0	98	15,2	88	16,2	281	12,5
Parche	8	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,4
Inyección	27	4,5	17	3,7	56	8,7	40	7,4	140	6,2
Anillo vaginal	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,1
DIU hormonal	18	3,0	9	1,9	17	2,6	30	5,5	74	3,3
DIU de cobre	50	8,3	41	8,8	46	7,1	30	5,5	167	7,4
Implante	147	24,5	129	27,7	131	20,3	74	13,7	481	21,3
Preservativos u otros métodos físicos de barrera	26	4,3	16	3,4	55	8,5	35	6,5	132	5,9
Lactancia materna como método anticonceptivo	6	1,0	3	0,6	12	1,9	5	0,9	26	1,2
Vasectomía o ligadura de trompas	231	38,4	187	40,2	219	33,9	223	41,1	860	38,2
Otros	44	7,3	11	2,4	12	1,9	16	3,0	83	3,7
¿Por qué razón no usa métodos anticonceptivos? (n=1932, seleccione todas)										
Intento concebir*	48	10,9	52	13,1	33	5,1	55	12,3	188	9,7
No sé cómo acceder*	116	26,9	94	23,8	66	10,2	46	10,3	322	16,8
No puedo permitirme el lujo de usarlos*.	88	20,5	61	15,4	59	9,2	38	8,6	246	12,9
Me preocupan por los efectos secundarios*	130	30,4	93	23,6	61	9,5	76	17,2	360	18,9
Mi pareja está en contra de la anticoncepción*	83	19,5	63	16,0	48	7,5	44	10,0	238	12,5
Creencias religiosas	91	21,5	91	23,2	45	7,0	59	13,5	286	15,1
Menopausia	76	17,9	82	20,9	116	18,2	83	19,1	357	18,9
Otros*	61	14,5	76	19,3	124	19,6	98	22,7	359	19,1
Embarazada desde que llegó a Colombia (n=3937)**	285	27,9	216	25,7	377	31,0	278	28,8	1156	28,6
Embarazada actualmente (n=1156)*	53	18,2	29	13,4	40	10,4	28	9,9	150	12,8
Número de nacimientos en Colombia (n=1156)*										
0	64	22,2	43	19,9	45	11,8	42	15,1	194	16,7
1	206	71,5	154	71,3	280	73,3	202	72,7	842	72,3
2	10	3,5	14	6,5	48	12,6	24	8,6	96	8,2
3	4	1,4	4	1,9	6	1,6	7	2,5	21	1,8
4 o más	4	1,4	1	0,5	3	0,8	3	1,1	11	0,9
Recibió atención prenatal (ref: no, n=970)*	155	68,9	133	76,9	304	89,1	219	92,4	811	83,1
Número de consultas prenatales (n=811)*										
0	67	23,3	48	22,2	48	12,6	38	13,7	201	17,3
1	19	6,6	17	7,9	18	4,7	15	5,4	69	5,9
2	37	12,9	16	7,4	24	6,3	17	6,1	94	8,1
3	39	13,6	36	16,7	55	14,4	34	12,3	164	14,1
4 ó más	125	43,6	99	45,8	236	61,9	173	62,5	633	54,5

Notas: n: denominador para el subgrupo; *p<0,05; p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 5: Conductas sexuales y riesgos conductuales entre migrantes y refugiados, por ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguna vez ha sido sexualmente activo (ref: no)	1555	96,9	1444	96,2	1674	97,6	1354	96,9	6027	96,9
Uso del preservativo en la última relación sexual (independiente del sexo de la pareja, excluye el trabajo sexual) (ref: no)	498	32,0	488	33,8	400	23,9	341	25,2	1727	28,7
Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (entre los hombres, n=2146; ref: no)*	61	10,7	67	10,3	37	7,8	42	10,2	207	9,7
Alguna vez pagó por sexo (ref: no)	25	1,6	15	1,0	19	1,1	23	1,6	82	1,3
Trabajo sexual	42	2,6	19	1,3	18	1,0	27	1,9	106	1,7
Trabajo sexual (últimos 7 días) (ref: no)	17	1,1	10	0,7	4	0,2	15	1,1	46	0,7
Población clave (ref: no)	129	8,0	123	8,2	72	4,2	83	5,9	407	6,5
VIH en la pareja (n=6027)										
VIH-negativo	986	63,4	866	60,0	400	23,9	626	46,2	2878	47,8
VIH-positivo	22	1,4	12	0,8	13	0,8	7	0,5	54	0,9
Desconocido	547	35,2	566	39,2	1261	75,3	721	53,2	3095	51,4
Alguna vez se le diagnosticó una ITS (ref: no)	47	3,0	47	3,2	65	3,8	32	2,3	191	3,1
Alguna vez fue tratado por una ITS (Venezuela o Colombia) (ref: no, n=191)	33	80,5	32	74,4	48	81,4	21	70,0	134	77,5

Notas: n: denominador para el subgrupo; *p<0,05; p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 6: Pruebas y prevención del VIH entre los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguna vez se ha sometido a la prueba del VIH*										
No	665	41,4	649	43,2	962	56,1	648	46,4	2924	47,0
Sí	927	57,8	842	56,1	745	43,4	741	53,1	3255	52,3
No sabe	13	0,8	10	0,7	9	0,5	7	0,5	39	0,6
Tiempo transcurrido desde la última prueba del VIH (n=3255)*										
En el último 1 año	204	22,0	200	23,7	159	21,2	133	17,9	696	21,3
Hace más de 1 año y menos de 5 años	371	39,9	312	37,0	335	44,7	313	42,1	1331	40,8
Hace más de 5 años y menos de 10 años	185	19,9	185	21,9	164	21,9	197	26,5	731	22,4
Hace más de 10 años	159	17,1	133	15,8	87	11,6	95	12,8	474	14,5
No lo sé	10	1,1	14	1,7	5	0,7	5	0,7	34	1,0
País de la prueba del VIH (n=3255)*										
Colombia	557	60,0	525	62,2	398	53,1	429	57,8	1909	58,5
Venezuela	356	38,3	311	36,8	349	46,6	310	41,8	1326	40,6
Perú	5	0,5	5	0,6	1	0,1	0	0,0	11	0,3
Brasil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
Panamá	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Ecuador	5	0,5	3	0,4	0	0,0	0	0,0	8	0,2
Otro	5	0,5	0	0,0	1	0,1	2	0,3	8	0,2
Resultados de la prueba del VIH (n=3255)*										
VIH negativo	909	98,1	841	99,8	729	97,5	731	98,5	3210	98,5
VIH positivo	8	0,9	1	0,1	14	1,9	6	0,8	29	0,9
Indeterminado	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Desconocido	10	1,1	1	0,1	4	0,5	5	0,7	20	0,6
Usó la nPEP en Colombia (n=3255)										
No	901	97,9	828	98,3	726	98,8	723	98,2	3178	98,3
Sí	8	0,9	4	0,5	3	0,4	2	0,3	17	0,5
No sabe	11	1,2	10	1,2	6	0,8	11	1,5	38	1,2
¿Dónde obtuvo la nPEP? (n=17, seleccione todos)										
Urgencias	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Hospital	2	25,0	2	50,0	2	66,7	1	50,0	7	41,2
Clínica privada	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Organización humanitaria	0	0,0	1	25,0	1	33,3	0	0,0	2	11,8
Organización comunitaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
De la familia	1	12,5	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Usó la nPEP en Colombia (n=3255)*										
No	894	97,2	830	98,6	728	99,0	728	98,9	3180	98,4
Sí	5	0,5	4	0,5	2	0,3	3	0,4	14	0,4
No sabe	21	2,3	8	1,0	5	0,7	5	0,7	39	1,2
¿Dónde obtuvo la nPEP? (n=14, seleccione todos)										
Urgencias	1	20,0	0	0,0	1	50,0	1	33,3	3	23,1
Hospital	4	80,0	1	33,3	2	100,0	2	66,7	9	69,2
Clínica privada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Organización humanitaria	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	7,7
Organización comunitaria	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	7,7
De la familia	1	25,0	0	0,0	1	50,0	1	33,3	3	25,0
Otro	1	25,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	16,7
Toma actualmente PrEP (ref: no, n=14)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 7: Experiencias de violencia y discriminación entre los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cualquier experiencia de discriminación en Colombia* (ref: no)	842	52,5	736	49,0	620	36,1	693	49,6	2891	46,5
Discriminación por el estatus migratorio* (ref: no; n=2892)	770	91,6	665	90,4	588	94,5	648	93,5	2671	92,4
Violencia psicológica en Colombia (ref: no)*.	158	9,8	136	9,1	88	5,1	71	5,1	453	7,3
Violencia psicológica perpetrada por (n=453, seleccione todos)										
Pareja**	18	11,4	21	15,4	20	22,5	17	23	76	16,6
Familia	8	5,1	8	5,9	5	5,6	6	8,2	27	5,9
Líder religioso	5	3,2	3	2,2	3	3,4	2	2,7	13	2,9
Policía*	28	17,7	22	16,2	4	4,5	4	5,6	58	12,7
Grupos armados**	21	13,4	25	18,4	4	4,5	7	9,7	57	12,6
Trabajador de ONG	4	2,5	4	2,9	2	2,2	1	1,4	11	2,4
Empleador*	26	16,5	29	21,3	8	9	6	8,3	69	15,2
Desconocido*	122	77,2	103	75,7	54	60,7	46	63,9	325	71,4
Cliente de trabajo sexual	7	4,4	2	1,5	1	1,1	1	1,4	11	2,4
Otro	11	7	7	5,1	7	7,9	4	5,6	29	6,4
Violencia física en Colombia * (ref: no)	143	8,9	137	9,1	82	4,8	46	3,3	408	6,6
Violencia física perpetrada por (seleccione todos; n=408)										
Pareja**	32	22,2	17	12,4	24	29,3	11	23,4	84	20,5
Familia	9	6,3	11	8	8	9,8	1	2,1	29	7,1
Líder religioso	2	1,4	4	2,9	1	1,2	1	2,1	8	2
Policía**	16	11,2	18	13,1	2	2,4	4	8,5	40	9,8
Grupos armados**	15	10,5	27	19,7	3	3,7	5	10,6	50	12,2
Trabajador de ONG	2	1,4	2	1,5	0	0	1	2,1	5	1,2
Empleador	12	8,4	8	5,8	4	4,9	2	4,3	26	6,4
Desconocido*	93	65	99	72,3	43	52,4	29	61,7	264	64,5
Cliente de trabajo sexual	3	2,1	0	0	0	0	1	2,2	4	1
Otro*	4	2,8	2	1,5	5	6,1	4	8,7	15	3,7
Sexo forzado en Colombia (ref: no)*	25	1,6	14	0,9	7	0,4	12	0,9	58	0,9
Violencia sexual perpetrada por: (n=58, seleccione todos)										
Pareja	7	28	2	14,3	3	42,9	5	41,7	17	29,3
Familia*	1	4	0	0	2	28,6	0	0	3	5,2
Líder religioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Policía	2	8	0	0	0	0	0	0	2	3,4
Grupos armados	0	0	0	0	0	0	1	9,1	1	1,8
Trabajador de ONG	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Empleador	4	16	2	14,3	1	14,3	0	0	7	12,3
Desconocido	16	64	10	71,4	3	42,9	5	45,5	34	59,6
Cliente de trabajo sexual	4	16	0	0	0	0	0	0	4	7
Otro	3	12	0	0	0	0	2	18,2	5	8,8
Explotación sexual para obtener recursos	34	2,1	21	1,4	24	1,4	20	1,4	99	1,6

Apéndice Tabla 7: Experiencias de violencia y discriminación entre los migrantes y refugiados venezolanos en cada ciudad, continuada

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Explotación sexual perpetrada por (n=99, seleccione todos)										
Pareja	9	25,7	1	4,8	7	25	2	10,5	19	18,4
Familia	1	2,9	0	0	2	7,4	0	0	3	2,9
Líder religioso	1	2,9	0	0	0	0	1	5,3	2	2
Policía	1	2,9	0	0	1	3,8	0	0	2	2
Grupo marginal armado	1	2,9	0	0	0	0	0	0	1	1
Trabajador de ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Empleador	5	14,7	7	33,3	4	15,4	0	0	16	16
Desconocido	24	70,6	15	71,4	13	50	10	52,6	62	62
Cliente de trabajo sexual	5	14,7	2	9,5	3	11,5	9	47,4	19	19
Otro	4	11,8	1	4,8	1	3,8	0	0	6	6
Victimización por violencia a lo largo de la vida (ref: no)*	244	15,2	218	14,5	154	9	110	7,9	726	11,7
Violencia psicológica en los últimos 12 meses* (ref: no)	62	3,9	73	4,9	36	2,1	34	2,4	205	3,3
Violencia física en los últimos 12 meses* (ref: no)	54	3,4	74	4,9	29	1,7	22	1,6	179	2,9
Sexo forzado en los últimos 12 meses (ref: no)	10	0,6	3	0,2	4	0,2	3	0,2	20	0,3
Explotación sexual a cambio de recursos últimos 12 meses	13	0,8	9	0,6	5	0,3	5	0,4	32	0,5
Cualquier victimización reciente (últimos 12 meses; ref: no)*	106	6,6	116	7,7	57	3,3	48	3,4	327	5,3

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Tabla 8: Uso de los servicios humanitarios en cada ciudad.

	Ciudad									
	Bogotá (n=1605)		Soacha (n=1501)		Barranquilla (n=1716)		Soledad (n=1398)		Total (n=6221)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mayor dificultad en Colombia*										
Finanzas	824	51,3	729	48,6	1036	60,4	777	55,7	3366	54,1
Vivienda	298	18,6	266	17,7	271	15,8	213	15,3	1048	16,9
Alimentación	303	18,9	311	20,7	277	16,1	273	19,6	1164	18,7
Seguridad	31	1,9	35	2,3	16	0,9	15	1,1	97	1,6
Educación	42	2,6	49	3,3	48	2,8	44	3,2	183	2,9
Otros	44	2,7	48	3,2	27	1,6	33	2,4	152	2,4
Sin dificultades en Colombia	63	3,9	63	4,2	41	2,4	40	2,9	207	3,3
Usó recursos humanitarios (ref: no)	288	17,9	311	20,7	348	20,3	256	18,4	1203	19,4
Tipo de servicio humanitario usado (n=1203, seleccione todos)										
Servicios jurídicos y/o regularización*	79	26,6	81	25,5	46	12,8	29	11,2	235	19
Apoyo para acceder al sistema nacional de salud*	89	30,1	133	42	120	33,6	71	27,4	413	33,6
Asistencia sanitaria*	72	24,3	90	28,4	66	18,5	86	33,2	314	25,5
Apoyo en caso de violencia de género*	15	5,1	18	5,7	6	1,7	7	2,7	46	3,7
Apoyo psicosocial*	36	12,2	35	11	20	5,6	23	8,9	114	9,3
Ayuda a la vivienda*	48	16,3	60	18,9	28	7,9	24	9,3	160	13,1
Asistencia alimentaria*	187	63,8	214	67,7	203	57,3	140	54,1	744	60,9
Seguridad	27	9,2	14	4,5	14	4	8	3,1	63	5,2
Organización que prestó estos servicios (n=1203, seleccione todos)										
ACNUR*	87	30	109	34,8	27	7,7	17	6,6	240	19,8
AIDS Healthcare Foundation	11	3,8	4	1,3	6	1,7	7	2,7	28	2,3
Red Somos*	64	22,1	105	33,5	22	6,3	20	7,7	211	17,4
ProFamilia*	41	14,1	26	8,3	17	4,8	27	10,4	111	9,1
Cruz Roja*	38	13,1	108	34,5	89	25,3	50	19,3	285	23,5
FUVADIS*	6	2,1	0	0	24	6,8	12	4,6	42	3,5
Venezolanos en Barranquilla*	4	1,4	0	0	13	3,7	12	4,6	29	2,4
Venezolanos Unidos en Barranquilla	3	1	0	0	7	2	4	1,5	14	1,2
De Pana que Sí*	3	1	0	0	33	9,4	14	5,4	50	4,1
Caribe Afirmativo	3	1	0	0	3	0,9	1	0,4	7	0,6
Fundación Eudes*	13	4,5	7	2,2	3	0,9	1	0,4	24	2
Fundación Censurados	3	1	2	0,6	2	0,6	1	0,4	8	0,7
Americares*	3	1	1	0,3	57	16,3	86	33,2	147	12,2
Comité Internacional de Rescate*	21	7,3	60	19,2	1	0,3	0	0	82	6,8
Medicos sin Fronteras	9	3,1	8	2,6	4	1,1	2	0,8	23	1,9
Aid for AIDS**	4	1,4	1	0,3	10	2,9	5	1,9	20	1,7
Otro*	115	39,7	90	28,8	174	49,9	104	40,2	483	39,9

Notas: n: denominador para el subgrupo; N: población total del estudio; *p<0,05; **p<0,10; ref: grupo de referencia no mostrado; las proporciones son estimaciones de la muestra.

Apéndice Gráficos de la red RDS por sitio

Figura 18: Gráfico de la red RDS de Bogotá y Soacha, por ciudad.

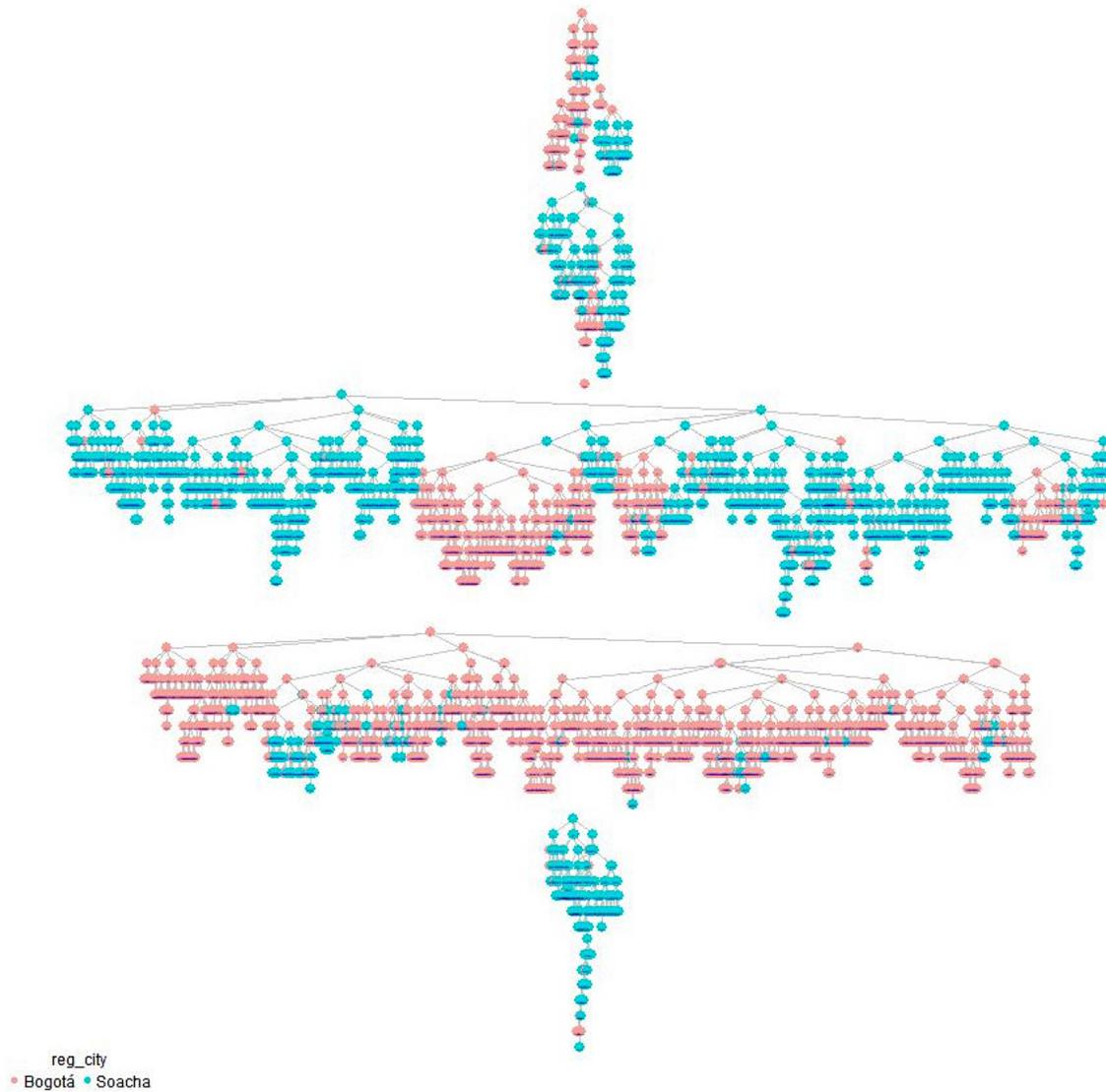
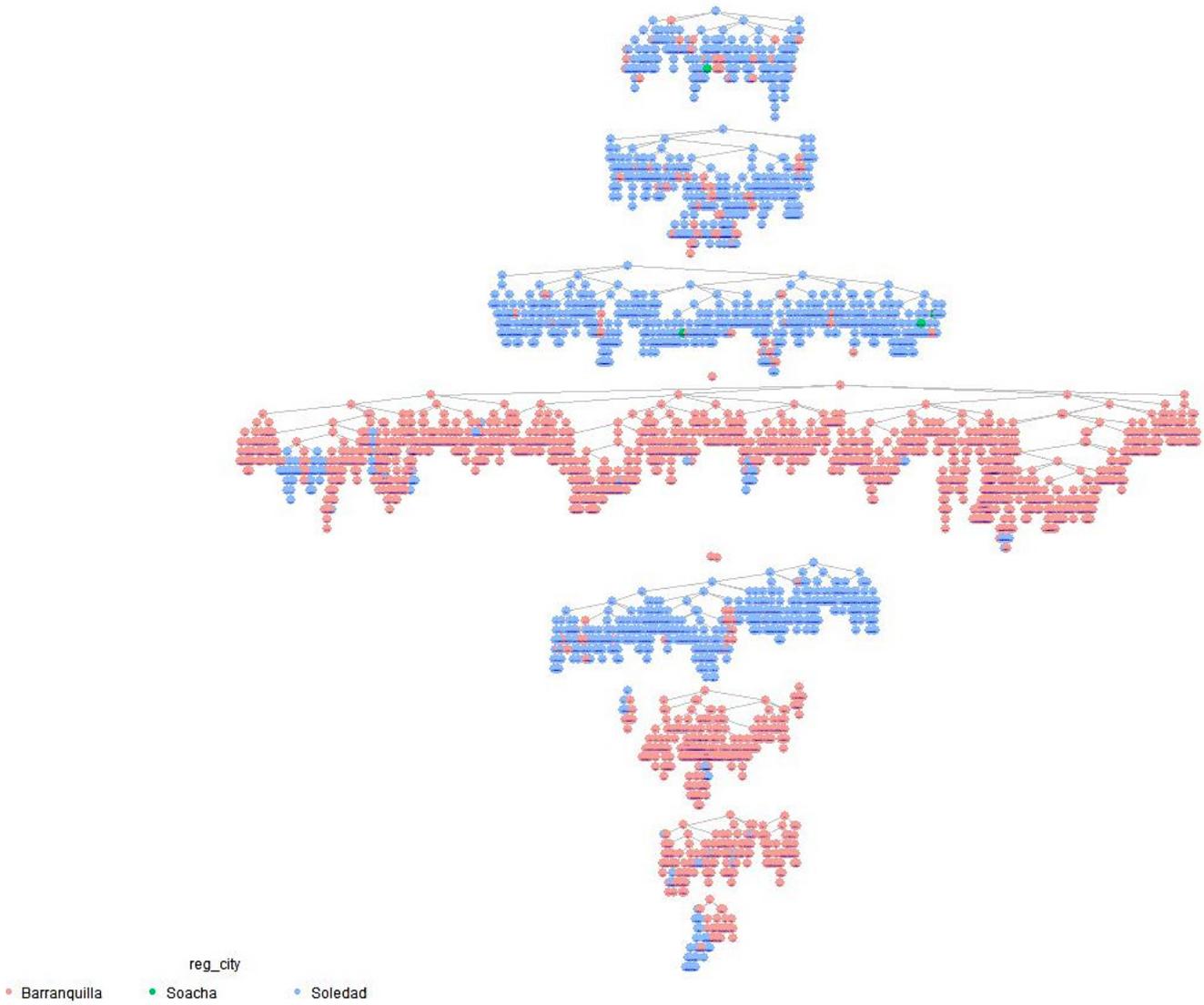


Figura 19: Gráfico de la red RDS de Barranquilla y Soledad



Referencias

1. UNHCR. Global displacement hits another record, capping decade-long rising trend. Geneva, 2022.
2. R4V. Refugees and Migrants from Venezuela. 05 Sept 2022 2022. <https://www.r4v.info/en/refugeeandmigrants> (accessed Oct 2022, .
3. UNHCR. Venezuela Emergency. 9 July 2021. <https://www.unhcr.org/en-us/venezuela-emergency.html#:~:text=Over%204%20million%20Venezuelans%20have,world's%20biggest%20recent%20displacement%20crises>.
4. R4V. Venezuela: Key Figures. 2022. <https://www.r4v.info/en2022>).
5. UNAIDS. From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS. Geneva, 1999.
6. United Nations Human Rights Council. Human Rights and HIV/AIDS, 2022.
7. R4V. Support Plan 2021, Colombia - GIFMM Support Plan for the Implementation of the Temporary Protection Status for Venezuelans. June 2021. <https://reliefweb.int/report/colombia/support-plan-2021-colombia-gifmm-support-plan-implementation-temporary-protection>.
8. UNHCR. Operational Portal: Venezuela Situation. 2019. <https://data2.unhcr.org/en/situations/vensit> (accessed 12 June 2019).
9. UNHCR. UNHCR IOM Welcome Colombia's Decision to Regularize Venezuelan Refugees and Migrants. 2021. <https://www.unhcr.org/en-us/news/press/2021/2/60214cf74/unhcr-iom-welcome-colombias-decision-regularize-venezuelan-refugees-migrants.html2021>).
10. Ministerio de Relaciones Exteriores. Distribución de Venezolanos en Colombia. Bogota: Migración Colombia, 2021.
11. Page KR, Doocy S, Reyna Ganteaume F, Castro JS, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis: a regional emergency. *The Lancet* 2019; **393**(10177): 1254-60.
12. Paniz-Mondolfi AE, Sordillo EM, Marquez-Colmenarez MC, Delgado-Noguera LA, Rodriguez-Morales AJ. The arrival of SARS-CoV-2 in Venezuela. *Lancet* 2020; **395**(10236): e85-e6.
13. Zambrano-Barragan P, Ramirez Hernandez S, Freier LF, et al. The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. *J Migr Health* 2021; **3**: 100029.
14. PAHO, WHO, UNAIDS, Gobierno Bolivariano de Venezuela. Plan maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública, 2018.
15. Pan American Health Organization. Proposal for Increasing Health Care Coverage for Venezuelan Refugees and Migrants Living with HIV: Update in response to the COVID-19 pandemic. Washington DC,: PAHO, UNAIDS, 2021.
16. UNAIDS. Country Factsheet: Venezuela 2020. Geneva, 2020.
17. Antiretroviral Therapy Cohort C, Shepherd BE, Jenkins CA, et al. Higher rates of AIDS during the first year of antiretroviral therapy among migrants: the importance of tuberculosis. *AIDS* 2013; **27**(8): 1321-9.
18. UNHCR. Displaced Colombians open their doors to Venezuelan refugees and migrants. 14 Dec 2018. <https://www.unhcr.org/en-us/news/stories/2018/12/5c12bbae4/displaced-colombians-open-doors-venezuelan-refugees-migrants.html> (accessed 14 Jun 2019).
19. Relief Web International. 25,000 Venezuelans Cross the Colombian Border Every Day, 2019.
20. Angeleri S. Access to health care for Venezuelan irregular migrants in Colombia: between constitutional adjudication and human rights law. *The International Journal of Human Rights* 2021: 1-27.

21. Fernández-Nino JA, Bojorquez-Chapela I. Migration of Venezuelans to Colombia. *The Lancet* 2018; **392**(10152): 1013-4.
22. Ministerio de Relaciones Exteriores. Distribución de Venezolanos en Colombia. 03 Marzo 2021. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>.
23. Reuters. U.S. to Pay for Thousands of Doses of HIV Drugs for Venezuelan Migrants. The New York Times. 2019 28 Aug 2019.
24. AIDS Healthcare Foundation. AHF Colombia. <https://www.aidshealth.org/global/colombia/2021>.
25. Reuters. U.S. to Pay for Thousands of Doses of HIV Drugs for Venezuelan Migrants. 28 Aug 2019 2019. <https://www.reuters.com/article/us-colombia-usa-health/u-s-to-pay-for-thousands-of-doses-of-hiv-drugs-for-venezuelan-migrants-idUSKCN1VI2LQ>.
26. UNAIDS. Country Factsheet Colombia. 2021. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/colombia>.
27. Wirtz AL, Page KR, Stevenson M, et al. HIV Surveillance and Research for Migrant Populations: Protocol Integrating Respondent-Driven Sampling, Case Finding, and Medicolegal Services for Venezuelans Living in Colombia. *JMIR Res Protoc* 2022; **11**(3): e36026.
28. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations*. *Social Problems* 2014; **44**(2): 174-99.
29. Ballard T, Coates J, Swindale A, Deitchler M. Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide. Washington DC: Tufts University; FHI 360, 2011.
30. Kozak M, Zinski A, Leeper C, Willig JH, Mugavero MJ. Late diagnosis, delayed presentation and late presentation in HIV: proposed definitions, methodological considerations and health implications. *Antiviral therapy* 2013; **18**(1): 17-23.
31. Mugavero MJ, Amico KR, Horn T, Thompson MA. The state of engagement in HIV care in the United States: from cascade to continuum to control. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 2013; **57**(8): 1164-71.
32. Vu A, Wirtz A, Pham K, et al. Psychometric properties and reliability of the Assessment Screen to Identify Survivors Toolkit for Gender Based Violence (ASIST-GBV): results from humanitarian settings in Ethiopia and Colombia. *Confl Health* 2016; **10**: 1.
33. Wirtz AL, Glass N, Pham K, et al. Comprehensive development and testing of the ASIST-GBV, a screening tool for responding to gender-based violence among women in humanitarian settings. *Confl Health* 2016; **10**: 7.
34. de la Espriella Guerrero RA, Rodríguez V, Rincón CJ, Morales DC, Rodríguez SJ, Gómez-Restrepo C. [Alcohol Consumption in the Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey]. *Rev Colomb Psiquiatr* 2016; **45 Suppl 1**: 76-88.
35. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine* 1998; **158**(16): 1789-95.
36. Williams DR, Yan Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *J Health Psychol* 1997; **2**(3): 335-51.
37. Demographic and Health Surveys. Colombia: Standard DHS, 2015. 2015. <https://dhsprogram.com/methodology/survey/survey-display-476.cfm> (accessed 22 Sept 2021).
38. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Public Health* 1990; **80**(4): 446-52.

39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; **50**(6): 613-21.
40. Kocalevent RD, Finck C, Jimenez-Leal W, Sautier L, Hinz A. Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry* 2014; **14**: 205.
41. WHO, CDC, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioral survey guidelines for Populations at Risk for HIV. Geneva: World Health Organization,, 2017.
42. PEPFAR. Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide, 2019.
43. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS care* 2000; **12**(3): 255-66.
44. Economic Research Service, USDA. USDA Guide to Measuring Household Food Security. 2000. <https://www.ers.usda.gov/media/8279/ad2012.pdf>.
45. Kocalevent R-D, Finck C, Jimenez-Leal W, Sautier L, Hinz A. Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry* 2014; **14**(1): 205.
46. Minsalud, UNFPA. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. Bogota, 2014.
47. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *J Urban Health* 2006; **83**(6 Suppl): i98-i112.
48. Wejnert C, Pham H, Krishna N, Le B, DiNenno E. Estimating design effect and calculating sample size for respondent-driven sampling studies of injection drug users in the United States. *AIDS and behavior* 2012; **16**(4): 797-806.
49. Johnston LG, Hakim AJ, Dittrich S, Burnett J, Kim E, White RG. A Systematic Review of Published Respondent-Driven Sampling Surveys Collecting Behavioral and Biologic Data. *AIDS and behavior* 2016; **20**(8): 1754-76.
50. Wirtz AL, Mehta SH, Latkin C, et al. Comparison of Respondent Driven Sampling Estimators to Determine HIV Prevalence and Population Characteristics among Men Who Have Sex with Men in Moscow, Russia. *PLoS One* 2016; **11**(6): e0155519.
51. Handcock M, Fellows I, Gile K. DeducerRDSAnalyst: graphical user interface to the RDS package for respondent-driven sampling. *Los Angeles, California* 2012.
52. Gile KJ, Handcock MS. Respondent-Driven Sampling: An Assessment of Current Methodology. *Social Methodol* 2010; **40**(1): 285-327.
53. Volz E, Heckathorn DD. Probability based estimation theory for respondent driven sampling. *Journal of official statistics* 2008; **24**(1): 79.
54. Schonlau M, Liebau E. Respondent-driven sampling. *The Stata Journal* 2012; **12**(1): 72-93.
55. Discacciati A, Orsini N, Greenland S. Approximate Bayesian Logistic Regression via Penalized Likelihood by Data Augmentation. *The Stata Journal* 2015; **15**(3): 712-36.
56. Zea MC, Barnett AP, Río-González AMD, et al. Experiences of Violence and Mental Health Outcomes among Colombian Men who have Sex with Men (MSM) and Transgender Women. *J Interpers Violence* 2021: 886260521997445.
57. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet* 2022; **399**(10327): 803-13.

58. Sserwanja Q, Kawuki J. Migrant Health: Healthy Migrant Effect and the Need to Prioritize Migrant Health. *Asian Journal of Medicine and Health* 2020; **18**(6): 11-6.
59. Korenromp EL, Ríos C, Apolinar ALS, et al. Prevalence and incidence estimates for syphilis, chlamydia, gonorrhea, and congenital syphilis in Colombia, 1995-2016. *Rev Panam Salud Publica* 2018; **42**: e118.
60. Minsalud. Minsalud amplió criterios para prueba y tratamiento de sífilis congénita y gestacional. Bogotá, 2020.
61. Brown T, Peerapatanapokin W. Evolving HIV epidemics: the urgent need to refocus on populations with risk. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2019; **14**(5): 337-53.
62. UNAIDS. Policy Brief : HIV and Refugees. Geneva, 2007.
63. Minsalud. Planes Territoriales de Salud 2020-2023. 2022. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx>.