



Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana

Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana

[11 al 21 de febrero de 2019]



Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana

Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana

[11 al 21 de febrero de 2019]



Autores:

Rina Mazuera-Arias
Neida Albornoz-Arias
María-Antonia Cuberos
Marisela Vivas-García

Apoyo estadístico:

Jorge Isaac, García Navarro

Diagramación:

Abril Ávila

Recursos Visuales:

 freepik.com www.flaticon.com

Fotos:

Puente Simón Bolívar y sus adyacencias, límite fronterizo entre San Antonio, Municipio Bolívar, Estado Táchira (Venezuela) y La Parada, municipio Villa del Rosario, Departamento Norte de Santander (Colombia). Fotos por Eduardo Ramírez.

Agradecimientos:

Migración Colombia



Proyecto de Investigación apoyado por:

Fundación Magis.

Abril de 2019

Abril de 2019



Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana

Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana

[11 al 21 de febrero de 2019]

Depósito legal: TA2019000006

ISBN: 978-980-7879-01-9

San Cristóbal, 20 de marzo de 2019

Filiación institucional de los autores

Rina Mazuera-Arias (*Universidad Católica del Táchira, Venezuela; Universidad Simón Bolívar, Colombia*). Correo: rmazuera@ucat.edu.ve; r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co

Neida Albornoz-Arias (*Universidad Simón Bolívar, Colombia; Universidad Católica del Táchira, Venezuela*). Correo: n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co; albornoz@ucat.edu.ve

María-Antonia Cuberos (*Universidad Simón Bolívar, Colombia; Universidad Católica del Táchira, Venezuela*). Correo: m.cuberos@unisimonbolivar.edu.co; mcuberos@ucat.edu.ve

Marisela Vivas-García (*Universidad Simón Bolívar, Colombia; Universidad Católica del Táchira, Venezuela*). Correo: m.vivas@unisimonbolivar.edu.co; m.vivas@ucat.edu.ve

Cita sugerida: Mazuera-Arias, R.; Albornoz-Arias, N., Cuberos, M.-A., Vivas-García, M. (2019). Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana. Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana (11 al 21 de febrero de 2019). San Cristóbal: Venezuela: Servicio Jesuita a Refugiados.

El contenido y los puntos de vista son responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de las entidades financiadoras y/o colaboradoras.



1 Introducción

Los Derechos Humanos (DDHH) son universales y buscan proteger a la persona individual y colectivamente resguardando la dignidad humana, además le corresponde a los Estados propiciar el disfrute de los mismos adoptando medidas positivas que garanticen la vida plena de cualquier persona.

El derecho a la salud forma parte de los llamados derechos económicos, sociales y culturales. La Declaración Universal de los DDHH, en el artículo 25 señala: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios”. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se reconoce que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Y en la Constitución Nacional de Venezuela se consagra que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...)”.

4

Este marco de protección pone de relieve que el derecho a la salud es fundamental para cualquier persona y así garantizar su vida, sin discriminación de ningún tipo. No podemos olvidar la necesidad de garantizar el derecho a la salud de los migrantes a través del diseño de políticas públicas garantistas y obliga a los Estados a asegurar el acceso, especialmente de las personas más vulnerables, a los servicios integrales de salud. Los Estados no pueden limitar el disfrute de ninguno de los derechos humanos, ni discriminar a los ciudadanos extranjeros por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha explicado que la referencia a “cualquier otra condición social” indica que esta lista no es exhaustiva y que, por tanto, otros motivos de discriminación, como la nacionalidad,





que impiden a los migrantes ejercer el derecho a la salud y otros derechos humanos, deben ser igualmente prohibidos”¹.

En el caso de nuestra investigación es importante destacar que la nacionalidad no puede utilizarse como motivo de discriminación, para negar la atención sanitaria de los migrantes: “Excluir a los migrantes de un enfoque de salud basado en los derechos es, a todas luces, una mala práctica de salud pública, pues aumenta la vulnerabilidad, crea discriminación y desigualdades sanitarias y las exacerba, genera un mayor gasto sanitario para los migrantes y, en general, viola sus derechos. En cambio, atender las necesidades de salud de los migrantes puede mejorar el estado de salud y los resultados sanitarios; facilitar la integración; evitar gastos sanitarios y sociales prolongados; contribuir al desarrollo social y económico; y, lo más importante, proteger la salud pública y los derechos humanos”².

Consideramos que el derecho a la salud de los migrantes comprende cuatro vectores que ayudan a garantizarlo: “(a) Disponibilidad: un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, así como de programas;(b) Accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), accesibilidad de la información;(c) Aceptabilidad: respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, que tengan en cuenta la edad y el género, y(d) Calidad: adecuados desde el punto de vista científico y médico”³.

El derecho a la salud no es la mera ausencia de enfermedades, por lo tanto, hacemos referencia a la salud en un sentido integral, es decir, a la salud de nuestros cuerpos, mente y entorno social-ambiental. Lo anterior se refleja en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuando reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. La salud integral implica los siguientes aspectos: “Una salud física y mental adecuada; un medio ambiente sano y servicios básicos sanitarios, lo que incluye: acceso a agua potable, evacuación de excretas, recolección de basuras y otros residuos, entre otros; una



alimentación completa y balanceada; acceso a un trabajo digno y bien remunerado, en condiciones higiénicas y seguras; un sistema de seguridad social que cubra nuestras necesidades básicas; una vivienda digna que reúna condiciones sanitarias óptimas; acceso a una educación gratuita y adecuada; acceso al descanso, a la recreación, al deporte, a la vida cultural”⁴.

Nuestra investigación se titula “Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana. Realidades de quienes emigran por la frontera colombo-venezolana (11 al 21 de febrero de 2019)”, en la cual se hace referencia a las condiciones de la salud y la alimentación de los migrantes venezolanos que cruzan la frontera colombo-venezolana por el puente internacional Simón Bolívar que une al Estado Táchira y al Departamento Norte de Santander. Con dicha investigación se busca unir esfuerzos que hagan posible la construcción de políticas públicas y de atienda integralmente a las personas en situación de vulnerabilidad por la disminución del goce del derecho a la salud.

El contenido de la investigación se formula en las siguientes secciones: la migración internacional, la migración forzada, el derecho a la salud y la alimentación en Venezuela y por último los resultados: aspectos sociodemográficos de los emigrantes, condiciones de salud del adulto migrante, condiciones de alimentación del adulto migrante, condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes migrantes, condiciones de alimentación de los niños, niñas y adolescentes migrantes, y las consideraciones finales.

Yovanny Bermúdez, S.J.
Director JRS-Venezuela

2 Las migraciones internacionales

Los movimientos migratorios constituyen un fenómeno social y demográfico multicausal y diversificado, pudiendo comprender migraciones nacionales, internacionales, éxodo rural, desplazamientos de refugiados todos, relacionados con procesos de cambios sociales, económicos o políticos (Abu-Warda, 2007). Estos procesos de movilidad humana pueden tener consecuencias favorables o desfavorables en términos demográficos o pueden mejorar o desmejorar las desigualdades entre las regiones o países involucrados.

Las motivaciones para emigrar están principalmente relacionadas con el deseo de mejorar unas condiciones de vida, de carácter material (bienestar). La migración permanente no es el motivo principal de movimiento para la mayoría de los migrantes internacionales, pues existe una contradicción entre la globalización post-industrial y las migraciones. Además, la movilidad selectiva no se logra en la práctica, por cuanto, y de forma contraria, origina problemas como la migración indocumentada (personas excluidas, sin derechos sociales, económicos, políticos, con derechos humanos y civiles comprometidos), entre otros (Massey, 1988). Sólo a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, las migraciones internacionales adquirieron el carácter de prioridad en las agendas de gobiernos y organismos internacionales, entidades de la sociedad civil y medios de comunicación.

Las principales consecuencias de los procesos de migración son múltiples y variadas, no obstante, entre las principales destaca la vulneración de los derechos humanos, como el derecho a la salud, el trabajo, el acceso a la justicia y a la educación, presentándose con alta frecuencia las situaciones de deserción temporal o definitiva, reprobación, rezago e inasistencia escolar, en la población infantil y adolescente (ONU, 2005). Por ello, y siguiendo lo expuesto por Delgado y Abellana (2009), indistintamente de la situación en la cual viva el migrante o de su estatus migratorio, es importante que pueda integrarse a las



sociedades receptoras, lo cual dependerá de las políticas y planes de migración que tengan los países de acogida, para lograr, así, un impacto positivo en la sociedad.

En consecuencia, la migración ha de ser reflexionada desde la perspectiva de los derechos humanos, ya que cada país, especialmente los del contexto latinoamericano en sus planes de desarrollo, debería adoptar y contemplar el tema migratorio en sus agendas educativas, laborales, ambientales, sociales, culturales, de manera que exista protección legal y social, servicios de salud, desarrollo económico, agrícola y rural, comercio, infraestructura y medio ambiente (Córdova, 2012).

En el caso venezolano, los motivos que han impulsado a hombres, mujeres, adolescentes, niños y niñas venezolanas, están relacionados con la escasez de medicinas, alimentos, la hiperinflación, el hambre, la delincuencia incontrolable, la incertidumbre por lo que va a pasar en el país, por altos niveles de estrés en el día a día, desesperación por lo que sucede o sucederá y por la ausencia de una vida digna (Rights Watch, 2018, Bermúdez, et al. 2018). A esto se le debe sumar la represión del gobierno el cual, al mejor estilo de los regímenes totalitarios de la historia, practica detenciones arbitrarias, incomunicaciones, procesamiento de civiles por tribunales militares y la aplicación de torturas y abusos hacia los detenidos. Como otro agregado, igualmente grave, Venezuela ha alcanzado una tasa de homicidios que se ubica en un 81,4% posicionándose como el país más violento de América Latina (OVV, 2018).

Estos y otros motivos pudieran ser, más que suficientes, una situación de afección para que muchos venezolanos sean reconocidos como refugiados y tengan acceso a asistencia humanitaria urgente, pues afrontarían severos problemas si retornan a Venezuela. Estas motivaciones, para Massey (1988), están relacionadas con el deseo de mejorar el bienestar y están provocadas por la búsqueda de un mejoramiento material, satisfacción simbólica, manejo de riesgos, conexión social y evasión de amenazas.

En este punto, resulta oportuno reconocer que todos los países suramericanos, ante el masivo e inédito éxodo venezolano, han activado distintos mecanismos para facilitar la movilidad y regularización de los venezolanos en los distintos países de acogida, entre ellos los denominados





Permisos Especiales de Permanencia (PEP), los cuales facilitan la incorporación de los migrantes en el mercado laboral y por ende facilita el ejercicio de derechos fundamentales.

En el caso de las medidas aplicadas por el gobierno colombiano —el más afectado por la proximidad con Venezuela— los esfuerzos han sido muy importantes y destacados, pero aún sigue pendiente la sincronización de estos PEP con los requisitos de la banca para la apertura de una cuenta bancaria, pues hasta la fecha, ha resultado imposible la bancarización de los migrantes que logran un contrato laboral y cuyo documento de identidad es el referido PEP. Por ello, resulta indispensable la inclusión laboral formal de la población, por ser el mecanismo que les permite obtener ingresos, contribuir con impuestos y contribuciones en el país de acogida y así también es facilitado el ejercicio de derechos.

Concatenando nuevamente con el análisis de la migración venezolana en el ámbito internacional, desde el enfoque del ejercicio de derechos en el país de origen y país de destino, se han planteado las siguientes interrogantes, con el objetivo de darles respuesta: ¿Cuál es la situación de vulnerabilidad en cuanto acceso a derechos fundamentales: alimentación, y salud de los venezolanos antes de emigrar? ¿Cuál es la situación de salud de los venezolanos inmigrantes en los países de acogida? ¿Cuáles elementos en cuanto a alimentación y salud deben ser considerados en las políticas públicas, agendas de los gobiernos y las acciones de atención e intervención hacia la población migrante venezolana en los países receptores?

3 La migración forzada

La migración forzosa se define como “un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas” (OIM, 2006). Las migraciones forzosas, se caracterizan por ser motivadas por hechos, problemas que limitan el ejercicio de los derechos, como la violencia, inseguridad, escases de bienes esenciales, entre otros (De Zubiría y Balen, 2018).

Por lo general, el migrante es aquella persona que ha decidido migrar libremente por intereses personales y de su familia, que busca mejorar sus condiciones sociales y materiales (OIM, 2006), y en consecuencia no se ve obligado y no tiene la necesidad. El mismo, sólo ejerce su derecho a salir del país cuando quiere y por donde quiere, cumplimiento la normativa interna que exista al respecto, tanto en su país de origen como en el país receptor. Así, se suele indicar que en la migración forzada no se decide libremente, no existe libertad, mientras que en la migración voluntaria sí existe. Eso no significa que en la migración forzada no exista ninguna posibilidad de elegir o posibilidad de actuar, pues cada migrante o grupo de migrantes, aunque tengan su capacidad de elección limitada, decide de una u otra manera emprender el proceso (OIM, 2018).

La migración forzada (refugiados, desplazados internos y otros que dejan sus hogares y país de manera involuntaria) comprende a las personas que huyen o escapan de conflictos armados, violencia extrema, sea por ser víctimas de manera directa o indirecta, huyen de actos de extremismo violentos (OIM, 2018). No obstante, aun cuando no exista actos de extremismo violento en un país, pueden ocurrir hechos que empujan a la persona a migrar, creando una necesidad en la población que empuja a miles de personas a migrar, considerándose en oportunidades migrantes económicos cuando en realidad son migrantes por necesidad, donde tienen muy poca capacidad de elección o prácticamente no tienen, convirtiéndose la migración en una verdadera estrategia de supervivencia.

Si bien se puede considerar que en los grandes movimientos de personas algunos son migrantes económicos, por buscar mejores oportunidades laborales, en la práctica también pueden considerarse migrantes por necesidad cuando la migración es la única salida de conseguir trabajo y un salario que permita una vida digna (Sutcliffe, s/f). De esta manera, en la migración



forzada, al ser una migración por necesidad, las personas por lo general migran sin haber distinción en la edad o nivel educativo de los grupos (Van der Laet, 2017).

Como lo establece la Declaración de Nueva York, es importante que, a los venezolanos, por formar parte de grandes desplazamientos de migrantes o refugiados, se les dé una acogida rápida, humana y digna donde se les proteja sus derechos humanos y los países de acogida puedan dar respuesta a las necesidades humanitarias que requieren los venezolanos en particular las que requieren en salud y alimentación (ONU, 2016).

4 El Derecho a la salud

Definiendo salud

9

Al definir la salud, siguiendo el criterio de Santoro-Lamelas (2016), se presentan tres perspectivas, pues la misma puede enfocarse desde la enfermedad, o que trasciende a esta, o como una capacidad de sobrevivencia, afrontando riesgos y estableciendo nuevas normas. De allí que Canguilhem (1971), definiese inicialmente la salud desde la normatividad. De este modo, se plantean términos vinculados a situaciones de malestar, desajuste corporal o de la mente, o de las relaciones, agrupando componentes orgánicos (biológicos), psíquicos, sociales y materiales (Contandriopoulos, 2006; Seth y Goldsmith, 1975), concibiéndose así, la salud, como el equilibrio logrado por la persona, bien sea en el sentido de organismo o más allá del mismo y que le permite adaptarse al medio.

Sin embargo, la salud trasciende la falta de malestar, en razón de ello se agregan los componentes de bienestar y su valor social. En tal sentido, puede pensarse en la salud cuando no hay sufrimiento, enfermedad; así, la ha considerado la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946) al definir a la misma como el estado perfecto de bienestar físico, mental y social, por consiguiente, no es sólo ausencia de afección o enfermedad. De este modo, la salud se convierte en un valor social que es recurso y resultado de las relaciones tejidas en las estructuras sociales emergiendo un vínculo entre la salud y la sociedad (Bunton, McDonald, 1992).

Por ende, puede decirse que un ser humano es sano cuando se siente bien física, mental y socialmente y posee estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento dentro de los límites aceptados como normales para los demás seres humanos que comparten con él las mismas características y medio ambiente (León y Berenson, s.f.). Así, es de relevancia contar con un contexto físico, ambiental y social pleno de posibilidades que facilite calidad de vida de manera que se presenten condiciones que aseguren la salud.

La salud como derecho en Venezuela

El ser humano para disfrutar de una vida plena, desarrollar sus potencialidades y alcanzar su realización debe contar con salud, pasando la misma, de este modo, a ser una condición indiscutible para lograr una vida digna, un derecho humano como lo establece el artículo 25° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948). Es un derecho inclusivo que se encuentra estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, en particular, con el derecho a la alimentación, vivienda, trabajo, educación, ambiente sano, a la dignidad, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a tratos o penas crueles y degradantes ni a torturas, a la vida privada, al acceso a la información, a la libre asociación y circulación, entre otros.

Este derecho en el caso venezolano, se exige al Estado por razón constitucional pues en el artículo 83° de la constitución venezolana (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, CRBV, 1999) se establece que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” (p. 13). Además, en la Constitución de la



Organización Mundial de la Salud (1946) se declara el derecho a disfrutar de la salud y establece que el Estado debe facilitar a todos sus ciudadanos el goce del grado máximo de salud, sin discriminación alguna. Sin embargo, este derecho humano, como los demás, no solo debe ser reconocido, promovido y garantizado por el Estado sino por cada uno de los ciudadanos convirtiéndose en una responsabilidad que implica velar, acatar y hacer cumplir las acciones favorecedoras de la salud, según lo señala el Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA) (s.f.).

La acción del Estado para promover y proteger la salud está fundamentada en la igualdad, accesibilidad, gratuidad, equidad, participación, garantía del Derecho a la Salud (artículos 84° y 85, CRBV, 1999), ya que no puede existir discriminación de ningún tipo para el disfrute de los servicios de salud. Asimismo, las políticas relacionadas con la salud deben ser asequibles a toda la población considerando sus limitaciones, garantizando el acceso a los bienes, servicios y establecimientos de salud de modo gratuito, fundamentándose en la justicia distributiva, asegurando las mismas posibilidades al derecho a la salud a los sectores más desprotegidos de la población.

Sin embargo, en un Estado social, democrático y de derecho, la comunidad también posee su cuota de participación y compromiso en lo que respecta a la planificación, ejecución, seguimiento, administración y evaluación de las medidas y políticas en salud ya que en su concepción el derecho a la salud, es un bien público y una inversión social, por lo que no es un solo servicio que se presta a la población, sino un compromiso voluntario ante la comunidad internacional de resguardar y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos de sus ciudadanos.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes en Venezuela, se establece el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral por lo que su salud ha de ser protegida, siendo responsabilidad de los padres, representantes garantizar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, el disfrute pleno y efectivo de este derecho; por tal razón, el Estado, mediante políticas públicas, debe asegurar las condiciones para que los padres cumplan con esta responsabilidad, mediante asistencia material y programas de apoyo directo a los niños, adolescentes y sus familias (Artículo 30°, Ley



Orgánica de Protección de niños, niñas y adolescentes, LOPNA, 2007).

Lo que se informa sobre la salud del venezolano

Según el informe sobre la situación del Derecho a la Salud de la población venezolana en el marco de una Emergencia Humanitaria Compleja (Coalición de Organizaciones por el derecho a la Salud y a la Vida, CODEVIDA, 2018), la existencia de la emergencia humanitaria ha conducido en el ámbito de la salud a que se paralicen la mayor parte de los servicios de atención médica en los centros de salud públicos disponibles, además a que hayan reaparecido y propagado epidemias que ya no existían ante las bajas coberturas de vacunación; entre ellas: la difteria, el sarampión y la malaria presentes en varios estados del país. Los reportes informan sobre la muerte de niños y niñas por las dos primeras y, en cuanto a la malaria, se registra el mayor número de casos en América Latina, ante la carencia de medicamentos para esta enfermedad.

La situación mencionada también es enfatizada en el informe conjunto sobre la situación del Derecho a la salud y alimentación en Venezuela (Observatorio Venezolano de la Salud, OVS, y Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, 2018). En este se expresa que la malaria se incrementó en una cifra que alcanza el 365% además de la difteria y el sarampión motivadas al no cumplimiento de los esquemas de vacunación de modo adecuado, pues sólo entre enero y julio de 2016, el 48 % de niños menores de un año recibieron el esquema de vacunación completo. Así, para febrero de 2018 se reportaron 7 muertes de niños de la etnia Warao de los pueblos originarios, los más vulnerables en este caso.

Otro efecto de la emergencia humanitaria ha sido el agotamiento de manera extrema de los inventarios de medicinas, vacunas e insumos básicos utilizados para prevenir y tratar adecuadamente enfermedades y lesiones y atender a personas con condiciones crónicas, problemas de desnutrición, embarazadas y recién nacidos. Por otra parte, en el informe mencionado se plantea el ofuscamiento del gobierno venezolano al negar de plano, cualquier situación de emergencia, así como la negación del mismo para la recepción de asistencia y cooperación internacional, lo que ha acarreado daños irreparables en millones de venezolanos, en su integridad física y mental, así como a la pérdida de miles de vida (CODEVIDA, 2018).

Desde el 2016, el gobierno procedió a la eliminación de las listas de compras públicas de aquellos medicamentos destinados a personas con graves enfermedades como VIH, cáncer, lupus, Parkinson, trasplantes, hipertensión, esclerosis múltiple, entre otras. Alcanzándose unos niveles de escasez de medicamentos que se sitúa en un 85% más el agregado del cierre de,



aproximadamente, 70 farmacias con los efectos de pérdidas de vidas, por lo que los pacientes de estas enfermedades se podrían encontrar, y ya algunos se encuentran, en el umbral de riesgo de muerte, al no conseguir sus medicinas y tratamiento (CODEVIDA, 2018).

También, en lo que concierne a los elevados costos para adquirir seguros de atención médica, los mismos son un efecto de la crisis de la salud existente y, en consecuencia, ya casi un 70% de la población venezolana no lo posee, ubicándose, en este porcentaje, un aproximado del 70% en el quintil más pobre. Por otra parte, se presenta control inadecuado sobre el embarazo o a la ausencia de este en un 4,5%, implicando mayor riesgo en las embarazadas, de donde emerge el elevado indicador de mortalidad materna (Observatorio Venezolano de la Salud, OVS, y Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, 2018).

Ante los planteamientos anteriores se ha buscado conocer las condiciones de salud de los emigrantes venezolanos que salen del país por la frontera San Antonio (Estado Táchira Venezuela) y La Parada (Municipio Villa del Rosario, Colombia) de modo que la información resultante pueda considerarse al momento de planificar políticas públicas sobre migración en los países receptores.

12

Por razón de ello se buscó conocer sobre su estado de salud y el reconocimiento del derecho a esta. Así, se indagó acerca de: padecimiento de alguna enfermedad, asistencia a instituciones de salud ante su existencia, las asistencias a consultas médicas, la realización de exámenes médicos, el acceso a medicinas, posibilidades de hospitalización y razones para ello, tratamientos médicos, disposición de póliza de seguro, así como el proceso de vacunación para los menores de 17 años.

5 El derecho a la alimentación en Venezuela

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se establece el derecho a la alimentación en su artículo 25°, como parte indispensable de la calidad de vida de los seres humanos ya sea produciendo su propio alimento o adquiriéndolo. En consecuencia, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (ONU, 1948).

El derecho a la alimentación adecuada conjuntamente con los derechos al vestido y a la vivienda, a un nivel de vida apropiado para la persona y su familia, a la mejora permanente de las condiciones de existencia, están implícitos en el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre. Aspectos tipificados en el artículo 11° del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966)

Cada Estado debe proporcionar las condiciones para que las personas desarrollen su potencial, cultivando sus propios alimentos o la accesibilidad para adquirirlos, en ambos casos, las personas necesitan de ingresos adecuados, siendo responsabilidad del Estado garantizar políticas salariales y redes de seguridad social que aseguren a los ciudadanos una alimentación adecuada (ONU, 1948).

El derecho a la alimentación está reconocido: a) en el derecho internacional, como lo detallan algunos instrumentos internacionales tales como la Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24°, numeral 2, literal c y 27°, numeral 3 (Convención sobre los Derechos del Niño, 1990); la Convención sobre los Derechos de los discapacitados, art. 25, literal f y 28°, numeral 1 (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006) y la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación en todos sus tipos contra la Mujer, art. 12, numeral 2 (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979); b) en instrumentos regionales, como el Protocolo de San Salvador (OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, 1988), la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales especificados en la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, de 1990; c) el Protocolo en la Carta Africana de Derechos Humanos y de



los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África (2003). Asimismo, existen instrumentos internacionales en materia de derechos humanos no vinculantes, desde el punto de vista legal (recomendaciones, líneas directrices, resoluciones y declaraciones) de gran relevancia para el Derecho a la Alimentación (2004), en apoyo a una Alimentación Adecuada, en el contexto de la seguridad alimentaria nacional definida por el Consejo de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Por otra parte, la Comisión de Derechos Humanos estableció por resolución 2000/10 de 17 de abril de 2000 el mandato del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación (ONU, Consejo Económico y Social, 2003).

En cuanto a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en el bienio 2003-2004 y mediante un Grupo de Trabajo Intergubernamental, llevó a cabo la adopción por parte de 187 Estados miembros del Consejo General de la FAO (2005), una serie de recomendaciones elegidas por los mismos, sobre cómo cumplir con las obligaciones contraídas de conformidad con el artículo 11° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966).

De esta manera el derecho a la alimentación atribuye a todos los Estados ciertas obligaciones con respecto a las personas en sus territorios nacionales y no nacionales. Así el derecho a la alimentación puede considerarse completamente alcanzado, cuando se respeten las obligaciones a escala nacional e internacional.

Es imprescindible la cooperación y el apoyo a nivel internacional en los esfuerzos nacionales en la lucha contra la inseguridad alimentaria y la malnutrición. El éxito dependerá tanto del establecimiento de marcos legales e institucionales a escala nacional y de políticas relativas al respeto del derecho a la alimentación, por ello, se proporcionan algunas indicaciones dirigidas a cooperar con los Estados en la implementación de estrategias a nivel nacional, según la Directriz Voluntaria 3 de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO, 2005), conducentes al cumplimiento de una alimentación adecuada, específicamente en los aspectos de: (a) identificación de las amenazas emergentes al derecho a la alimentación mediante sistemas de supervisión; (b) optimizar la coordinación entre los ministerios competentes a nivel nacional y sub-nacional; (c) establecer los lapsos pertinentes así como las





competencias y responsabilidades que requieran las dimensiones del derecho a la alimentación; (d) permitir a los grupos más vulnerables una participación activa en el proceso; (e) velar por el mejoramiento de los estratos más pobres de la sociedad, incluyendo las niñas y mujeres, la no discriminación y la inclusión específica del acceso a una alimentación balanceada y adecuada tendientes a la reducción del hambre y de la pobreza extrema.

El derecho a una adecuada alimentación en Venezuela

La CRBV (1999), reconoce el carácter normativo del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual en su Observación General 12 (Red Internacional para los derechos económicos, sociales y culturales, observación general N° 12), destaca como aspectos relevantes del derecho a la alimentación: la garantía al acceso de una alimentación adecuada de forma directa o a través de otros medios para obtenerla (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, 1988). La CRBV (1999) establece en su artículo 305° la obligación del Estado venezolano de promover la agricultura sustentable como base estratégica del desarrollo rural integral, a fin de garantizar la seguridad alimentaria de la población, entendida ésta como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a éstos por parte del público consumidor.

14

Para el cumplimiento de tal objetivo se trazaron tres planes de la nación: (1) el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, contenido en el artículo 9° de la Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria (Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Alimentaria, 2008) destinado a lograr el equilibrio económico con énfasis en la producción nacional; (2) el Primer Plan Socialista, Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013 (Primer Plan Socialista, 2007-2013) y 3) el Segundo Plan Socialista, Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (2013).

El derecho de los venezolanos a ser protegidos contra el hambre y la desnutrición

Es inherente al derecho de la alimentación el proveer las raciones necesarias de proteínas, carbohidratos, glúcidos y otros nutrientes específicos que proporcionen las calorías indispensables para el mantenimiento y desarrollo de acuerdo a la edad, sexo y actividad de los ciudadanos. Así, se tiene que los elementos vitales en la alimentación (Consejo Económico y Social. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976) son:

Disponibilidad, se parte del principio primario que las personas tengan a su disposición los alimentos necesarios para subsistir, bien sea a través de fuentes naturales como la recolección de la siembra, caza, pesca, agricultura y ganadería, o disponibles para la venta en mercados y establecimientos.

Accesibilidad, desde el punto de vista económico sugiere que los alimentos puedan ser adquiridos por todas las personas, sin excluir a enfermos, discapacitados, niños y ancianos. Y además comprables sin comprometer otras necesidades como medicinas, servicios básicos, agua, alquiler, entre otros.

Adecuación, referido sobre los alimentos a consumir los cuales deben cumplir con ciertos parámetros: (a) suplir las calorías necesarias de una alimentación balanceada y adecuada, sin poner en riesgo el desarrollo mental y físico de las personas, tomando en cuenta las condiciones de vida, trabajo u ocupación, sexo y edad de las mismas. Ejemplo, según la FAO, OMS y ONU, los niños de 1 a 2 años, 1.200 kcal/día, niñas 1.140 kcal/día, de 9 a 10 años 2.150 kcal/día, 1.880 kcal/día respectivamente. Adolescentes de 16 a 17 años necesita 2.800 Kcal/día, 2.130 Kcal/día en el caso de las adolescentes. En hombres y mujeres de 18 a 30 años las kcal/día se considera de acuerdo al peso y a la actividad que realiza. Así hombres de 60kg, de actividad moderada, requieren de 2.200kg, mujeres 2.850 kcal/día; (b) aptos para el consumo humano, libres de sustancias tóxicas, pesticidas, contaminantes, hormonas o medicamentos veterinarios, procedentes de los procesos industriales, así como alimentos cuya fecha de duración haya expirado. Estos aspectos se encuentran íntimamente vinculados al concepto de seguridad alimentaria.



No obstante, en Venezuela, durante los últimos 15 años, la situación alimentaria ha sufrido una significativa contracción en la producción nacional de alimentos y el uso intensivo de las importaciones, debido al control cambiario y las diferentes tasas de cambio que se han implementado en el país, mostrando una fuerte caída y una permanente escasez, consecuentemente se presenta una situación de alta vulnerabilidad alimentaria, nutricional, hambre y pobreza crítica (Landaeta-Jiménez. et al, 2014).

Esa inestabilidad se ha profundizado en los últimos 5 años, llevando al país a una crisis sin precedentes en los últimos meses. Actualmente el Estado es el responsable tanto del abastecimiento como del desabastecimiento de los alimentos indispensables, para la adecuada alimentación de todos los venezolanos, pues innumerables empresas privadas productoras de alimentos fueron estatizadas disminuyendo su capacidad productiva (Landaeta-Jiménez et al, 2014). De esta manera ha eliminado posibilidades de producción, de libre comercio y de compra-venta productiva que favorezca, la calidad y la oferta de los productos, comprometiendo así la disponibilidad de los alimentos (Landaeta-Jiménez et al, 2014).

Al mismo tiempo se ha afectado seriamente el inventario necesario que garantice la accesibilidad y distribución de los alimentos en el momento apropiado, por lo que se ha comprometido también la adecuación en cuanto al tiempo de duración de los alimentos, ya que en algunos casos el expendio no es apto para el consumo. El Estado ha amenazado consecutivamente a quienes tengan insumos en inventario, con ser sancionados por acaparar productos, causando malestar y angustia en la población (Landaeta-Jiménez et al, 2016). El Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2014), en el marco de la Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (ESCA) desarrolló la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA), durante el segundo trimestre del año 2012 y el segundo y tercer trimestre del año 2013 (INE-ENCA, 2014), con la finalidad de establecer el patrón de consumo real de alimentos de la población de tres (3) años y más, determinando que el 96% de la muestra comía más de tres comidas al día con un consumo promedio de energía de 2.385 kcal y una contribución calórica de: proteínas 12,6%, grasas 20,2% y carbohidratos 67,2%.

La Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimento, ha venido reportando desde el 2012, la caída del consumo de alimentos, mostrando para el primer semestre de 2014, una reducción en el consumo de alimentos como la leche (53%), arroz y harina de maíz (34%), pasta, atún y azúcar (26%), aceite (21%) y pan (17%) entre otros (INE, 2014).



Según la encuesta de Condiciones de Vida de los venezolanos (ENCOVI) trabajada por Landaeta-Jiménez et al, 2016b), el 11,3% comen dos o menos veces al día, de estos el 39% son pobres y el 88,7% de los mismos comentan que sus ingresos no alcanzan para la compra semanal, el 80% en general manifiestan que alimentar a la familia genera estrés. En los anaqueles se nota la ausencia de alimentos que son fuentes de nutrientes indispensables para una alimentación saludable, en consecuencia, la dieta es de baja calidad, pues “en las primeras opciones de compra aparece harina de maíz (10,5%), arroz (9,5%), pan-pastas (8,9%) y grasas visibles (8,7%) y se reduce progresivamente la proteína animal como el pollo (8,6%) y las carnes (8,2%)”. En este mismo orden siguen las hortalizas, azúcar, leche, atún y sardina, queso y huevos, con valores que oscilan entre 4,1% y 5,6%; luego frutas, café, leguminosas alrededor de 3% y otros alimentos con valores nutritivos bajos (Landaeta-Jiménez et al, 2014).

La misma encuesta revela que los diez principales alimentos que se adquieren según nivel socioeconómico son: en la clase baja, los cereales, grasas y azúcares en un 45,4%; carnes: mortadela y pollo, y leche 4,4%. Queso y huevos no aparecen en opción de compra. En los estratos medio y alto, la selección fue más variada, se incorporan huevos, hortalizas y frutas, alimentos indispensables en una dieta saludable (Landaeta-Jiménez, et al. 2014).

16

Para el año 2015, el INE repite el estudio de la ENCA (2012 -2013), hallando algunos cambios en la situación alimentaria, en cuanto al consumo promedio de energía descendió a 2.252 kcal y el porcentaje de la muestra dio como resultado que, quienes comían más de 3 veces al día, descendiera a un 94,1%. La contribución calórica proveniente de las proteínas, grasas y carbohidratos se ubicó en 13,5%, 20,1% y 66,4%, respectivamente.

El Estudio Venezolano de Nutrición y Salud (EVANS), según Hernández (et al, 2017), al referir el consumo de energía y nutrientes, en personas entre 15 y 65 años de edad, de fecha 2017, muestra una caída importante en el consumo de macro y micronutrientes, en especial en los estratos sociales y niveles educativos más bajos y en los adultos mayores el consumo promedio de calorías fue de 1.925 kcal distribuidas en un 16,3% de proteínas, 30,2% grasas, 52,4% carbohidratos y 1,1% de alcohol. Lo cual refleja que el 79,2% de la muestra presenta una dieta diaria inadecuada por déficit en calorías. La mayor deficiencia en minerales se presentó en mujeres: calcio (92,9%), hierro (42,2%) y zinc (76,6%), con el aumento consecuente de las enfermedades por déficit de calorías y nutrientes.

En 2018, los datos preliminares de la ENCOVI (Landaeta-Jiménez et al, 2017) indicaron que la pobreza general había alcanzado el 94% de la población y 63% sólo podía comprar una ración de alimentos a precios subsidiados a los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP).

De acuerdo con la Corporación Educativa Centro de Administración (CENDA, Canasta Alimentaria, 2018), hasta el mes de octubre de 2018, el costo de la canasta básica alimentaria para un grupo familiar superaba el 92% del salario mínimo vigente. El índice de precios estimado por la Comisión de Finanzas de la Asamblea Nacional, debido a la ausencia de cifras oficiales, arrojó que, en el lapso 2016 y noviembre de 2018 (CENDA, Canasta Alimentaria, 2018), la inflación acumulada era de 702.521%, la inflación anual de 1.299.724%, la mensual de 144,2% y la diaria de 3% (Informe mensual de la Asamblea Nacional, 2018).

Para el mes de junio de 2018, el Ministerio de Alimentación informaba que el 84% de los 50 productos esenciales de la canasta básica, no se encontraban en los mercados, entre ellos: café, azúcar, arroz, pasta, frijoles, carne, leche líquida y en polvo, queso blanco, jamón, mayonesa, maíz blanco y amarillo, pollo, pescado, harina de trigo, aceite, además de productos de higiene y aseo personal (Crónica Uno, 2018).

De acuerdo con ENCOVI 2017, un 63% recortó la frecuencia de comidas, 20% no desayunaba y más del 25% no hacía tres comidas al día. Además, 80% de las personas había consumido menos cantidad de alimentos, 78% manifestó no poder comprar los suficientes; 61% se va a dormir descansar de la jornada diaria y laboral con hambre y 64% han perdido un promedio de 11 kg de peso, agudizándose el hambre con relación al 2016, año en el que el promedio de pérdida de peso de los ciudadanos venezolanos fue de 8 Kg.



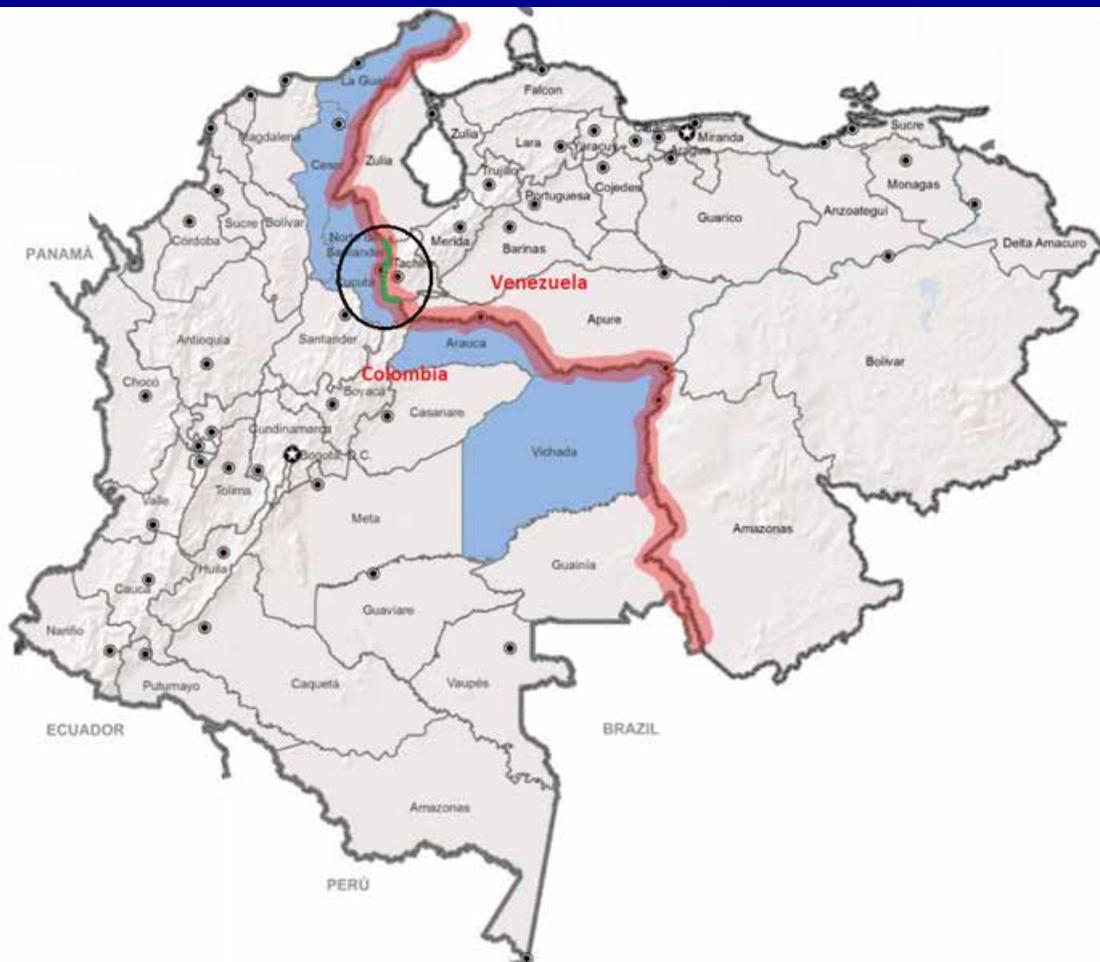
En términos generales la calidad de la dieta alimentaria ha empeorado de manera muy significativa. De acuerdo con los datos presentados por la ENCOVI entre los años 2014 y 2017 (ENCOVI, 2014 a 2016 y 2017) se dio una alimentación rutinaria, de tubérculos, grasas y harinas, sin el consumo de alimentos como: pescado, carnes, huevos, lácteos, frutas y vegetales e incluso granos, valiosos por su gran aporte proteico y de minerales como: hierro, zinc, además de vitamina A y complejo B. Esta dieta no tiene precedentes en toda la historia de la alimentación venezolana, desde el período aborigen o prehispánico, lo cual indica una muy pobre ingesta de calorías, proteínas y de elementos esenciales para el desarrollo mental y fisiológico de hombres, mujeres y niños, situación crítica que pone por igual, en un altísimo riesgo la salud física y mental de las futuras generaciones de un país que, prácticamente parece haber retrocedido, en todos sus aspectos, a las precariedades propias de la Venezuela del siglo XIX.

6 Metodología

17

La frontera entre Colombia y Venezuela comprende 2.219 kilómetros y es la más extensa de las fronteras colombianas. En el lado colombiano se encuentran los Departamentos Norte de Santander, Arauca, César, Boyacá, Guajira, Guainía y Vichada y del venezolano los Estados Táchira, Zulia y Apure. En el límite entre Colombia y Venezuela, está la región fronteriza conformada por el Departamento Norte de Santander (Colombia) y Estado Táchira (Venezuela), donde se realizó el levantamiento de la información primaria del presente estudio (Figura 1) (Carreño, 2014).

Frontera Colombia - Venezuela





Objetivo y variables del estudio

Describir las características sociodemográficas, las condiciones de salud de los adultos, niños(as) y adolescentes que cruzaron caminando el límite fronterizo entre San Antonio del Táchira (municipio Bolívar) del Estado Táchira (Venezuela), hacia el registro del control migratorio en la oficina de Migración Colombia, ubicado en La Parada, municipio Villa del Rosario, Norte de Santander (Colombia).

Las variables en estudio en los adultos son: socio demográficas, de salud (padecimiento de enfermedades, obtención de atención médica u hospitalaria, acceso a medicamentos), de alimentación (acceso y consumo de los alimentos de la canasta alimentaria normativa).

Las variables en estudio en los niños(as) y adolescentes son las características de salud (peso y talla, padecimiento de enfermedades, acceso a atención médica, odontológica u hospitalaria, a medicamentos, vacunas) y las características de alimentación (acceso y consumo de alimentos de la canasta alimentaria normativa).

18

Población objetivo

La población está representada por el flujo de emigrantes venezolanos mayores de edad y acompañantes menores de edad que cruzan caminando el límite fronterizo entre San Antonio del Táchira (municipio Bolívar) del Estado Táchira (Venezuela), hacia el registro del control migratorio en la oficina de Migración Colombia, ubicado en La Parada, municipio Villa del Rosario, Norte de Santander (Colombia). Los emigrantes tienen como destino Colombia u otros países.

El criterio de inclusión de la muestra fue la aplicación del instrumento de recolección de información solo a venezolanos que abandonaban el país; por lo tanto, se excluyeron los venezolanos que ingresaron a Colombia a buscar remesas, comprar alimentos, medicinas o cualquier bien y aquellos que entraron para visitar familiares o de vacaciones en Colombia u otro país, pues todos ellos manifestaban que regresaban y seguirían viviendo en Venezuela.

Diseño muestral

El diseño del marco muestral consideró las dimensiones: temporal y espacial. La dimensión temporal está definida por el número de días de la semana, de lunes a domingo en un período de 2 semanas, desde el 11 al 20 de febrero de 2019. A su vez, cada uno de los días se distribuyó en 4 ciclos de 3 horas cada uno, lo cual totalizó 12 horas diarias para la aplicación del cuestionario. La dimensión espacial es la oficina de Migración Colombia antes referida, donde los venezolanos hacen el trámite de sellado de entrada a Colombia.

Debido a que se desconoce la probabilidad de selección de los sujetos dentro de la población, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, mediante la técnica de muestreo consecutivo, que pretende incluir a todos los sujetos accesibles y disponibles en las dimensiones espacial y temporal. De este procedimiento, resultó un tamaño muestral de lossujetos encuestados, 4.066 personas consultadas (Tabla 1).



Tabla 1. Distribución de la muestra por días de estudio según semanas

| | Semana | | | | | |
|--------------|----------------------------|---------------|----------------------------|---------------|--------------|---------------|
| | Semana 1 11/02 al 17/02 | | Semana 2 18/02 al 21/02 | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Lunes | 390 | 16,2% | 527 | 31,8% | 917 | 22,6% |
| Martes | 418 | 17,4% | 417 | 25,2% | 835 | 20,5% |
| Miércoles | 250 | 10,4% | 369 | 22,3% | 619 | 15,2% |
| Jueves | 499 | 20,7% | 344 | 20,8% | 843 | 20,7% |
| Viernes | 115 | 4,8% | 0 | 0,0% | 115 | 2,8% |
| Sábado | 397 | 16,5% | 0 | 0,0% | 397 | 9,8% |
| Domingo | 340 | 14,1% | 0 | 0,0% | 340 | 8,4% |
| Total | 2.409 | 100,0% | 1.657 | 100,0% | 4.066 | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada del 11 al 21 de febrero de 2019.

1/ Muestreo no probabilístico de tipo: Muestreo consecutivo

2/ ciclo 1: 6 a 9 am; ciclo 2: 9 a 12 am; ciclo 3: 12 a 3 pm; ciclo 4: 3 a 6 pm.

El proceso de recolección de información primaria se planificó para ser realizado durante cuatro semanas consecutivas, iniciando el 11 de febrero de 2019 a las 6 a.m. No obstante, sucedieron acontecimientos que marcaron dos hitos; el primero el 15 de febrero de 2019 que explica el bajo número de instrumentos aplicados ese día y el segundo el viernes 22 y 23 de febrero, hechos que finalmente interrumpieron el levantamiento de información el 21 de febrero de 2019. Por lo tanto, la información recolectada corresponde a 11 días ininterrumpidos, durante el período 11 al 21 de febrero de 2019 (Tabla 1).

El acontecimiento del 15 de febrero de 2019 se refirió a un enfrentamiento entre docentes tachirenses y funcionarios de la Guardia Nacional Bolivariana (GNB), en la Aduana de San Antonio del Táchira (Venezuela) a pocos metros del Puente Simón Bolívar y del límite fronterizo con Colombia; motivado a que los profesores pretendían cruzar la frontera para apoyar el ingreso de la ayuda humanitaria hacia Venezuela. Dicho enfrentamiento ocasionó una situación tensa porque los GNB impidieron el paso de los profesores y demás personas hacia el puente Simón Bolívar; situación que se desarrolló aproximadamente desde las 10 a.m. hasta el final de la tarde, cuando se reanudó normalmente el paso fronterizo entre Venezuela y Colombia (La Nación, 2019).

El segundo hito fue el viernes 22 de febrero de 2019, día previo a la fecha pautada para el ingreso de la ayuda humanitaria a Venezuela; este día celebraron el “Megaconcierto” en la ciudad de Cúcuta (Norte de Santander),

El 23 de febrero de 2019, intentaron el ingreso de la ayuda humanitaria, situación que terminó en caos en plenos puentes Simón Bolívar y Francisco de Paula Santander, culminando con el cierre de la frontera.



6 Resultados

Perfil sociodemográfico del emigrante venezolano

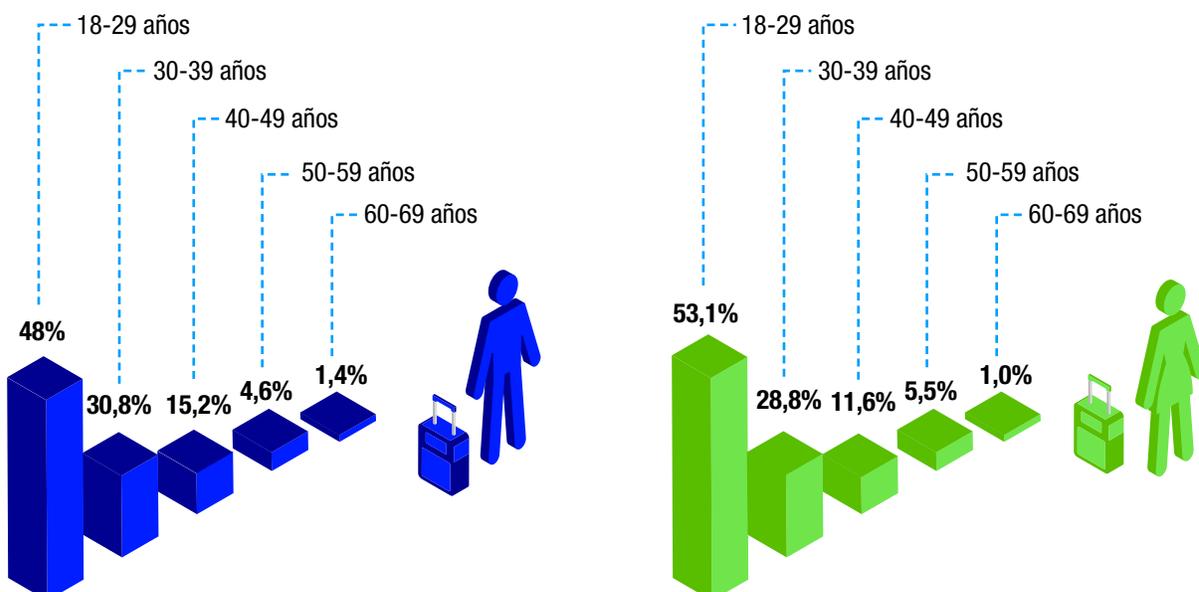
Sexo, edad y estado civil

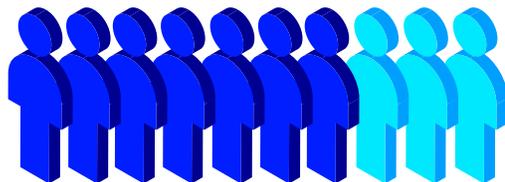
De los 4.066 venezolanos encuestados que emigraron, son:
2.178 mujeres y 1.888 hombres, emigrando en mayor porcentaje las mujeres



20

Por grupo etario sigue emigrando en mayor proporción la población joven. El 80,5% son personas de 18 a 39 años. Continúa aumentando el problema del envejecimiento para Venezuela.

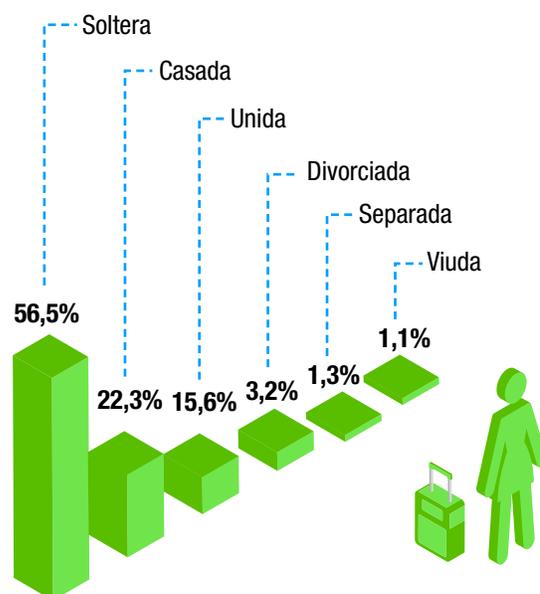
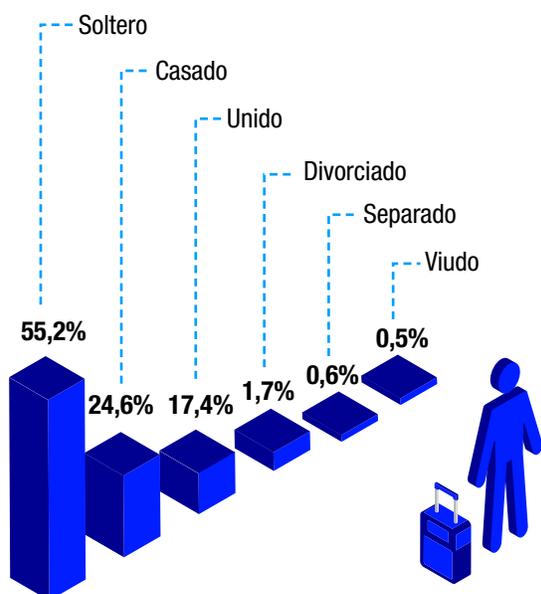




55,9%

Solteros

Lo que puede explicar el bajo número de menores de edad que emigran con estos adultos. De los 4.066 adultos que emigran, solo 131 emigra con menores de edad, emigrando en total 156 menores de edad.



Educación

La migración internacional venezolana es un fenómeno social dinámico y cambiante donde existe olas migratorias que evidencian que emigraron gran parte de la población joven y profesional. En el presente estudio, se trata de una muestra de emigrantes con bajo nivel educativo, pues 43,9% apenas poseen bachillerato completo.

Adicionalmente, antes de emigrar estudiaba 25,1% de las mujeres y 21,7% de los hombres. Si se relaciona por grupo etario el 34% de 18 a 29 años estudiaba antes de migrar afectándose directamente su proceso educativo.

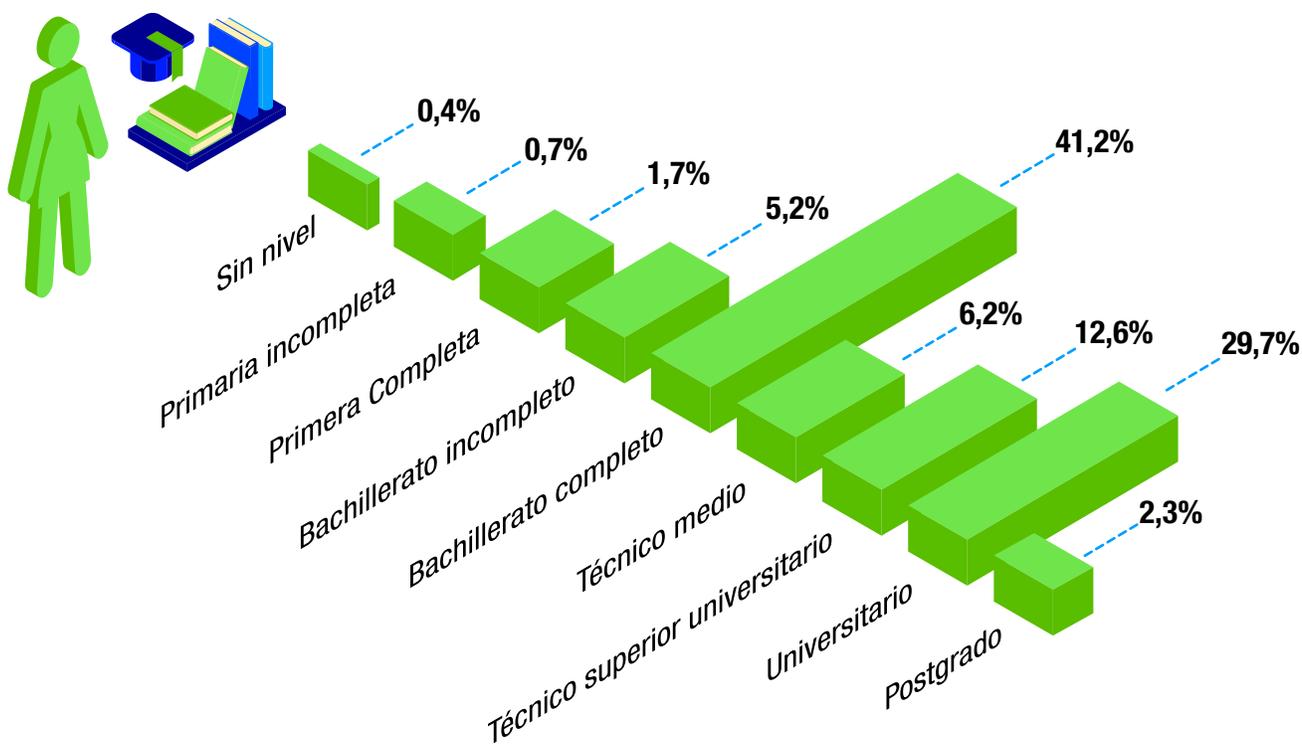
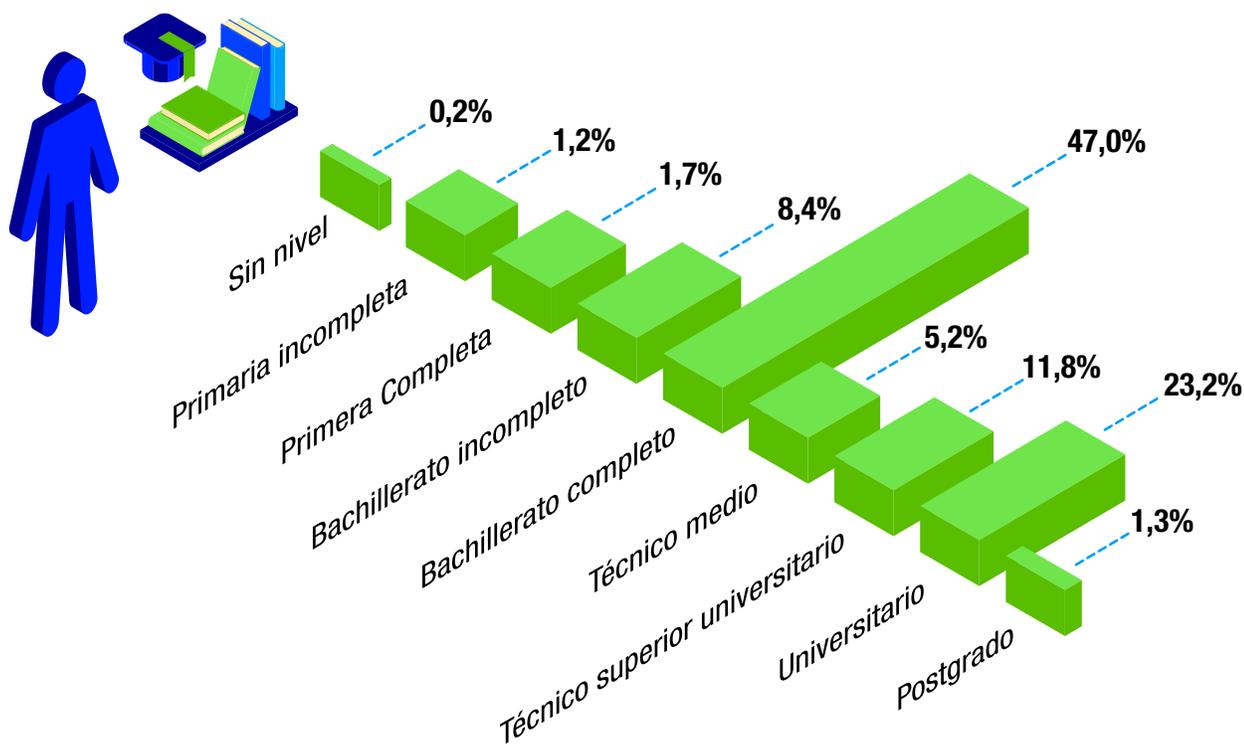


39%

Poseen estudios universitarios incluyendo a los técnicos universitarios



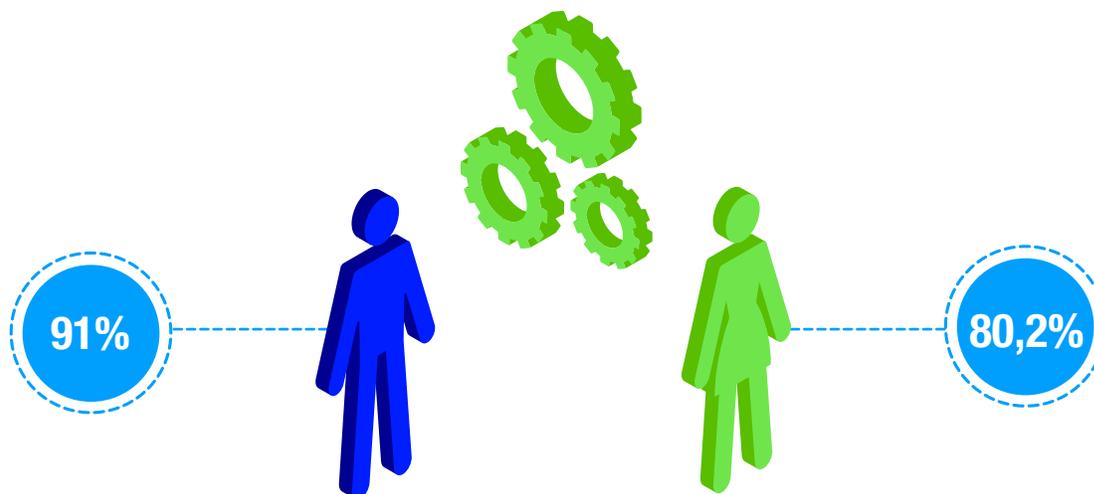
Migrantes por último nivel educativo según género





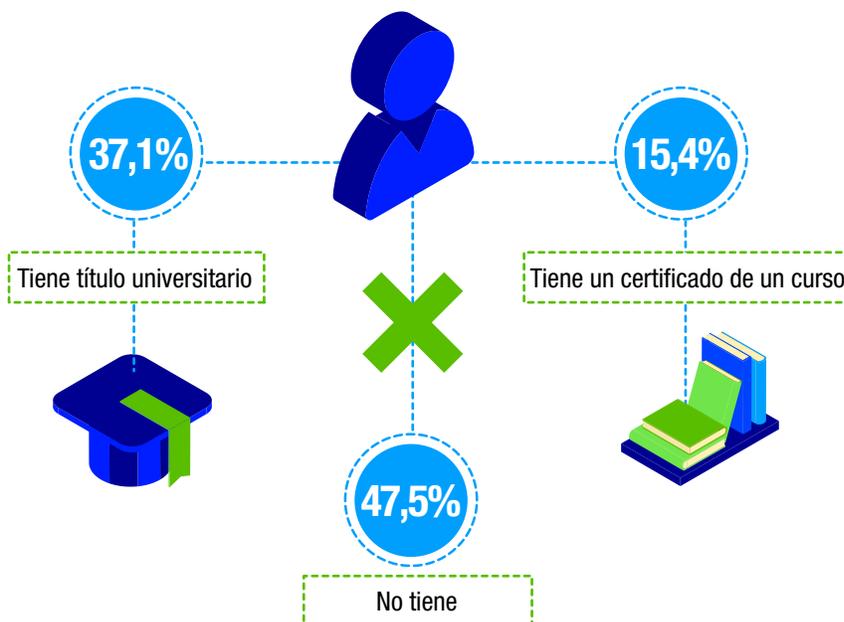
Fuerza laboral

Los venezolanos no emigran por la falta de trabajo, emigran por varias causas y una de ellas es la falta de un salario suficiente que les permita satisfacer las necesidades básicas para lograr una vida digna. El 85,2% trabajaba antes de migrar.



Profesión u oficio

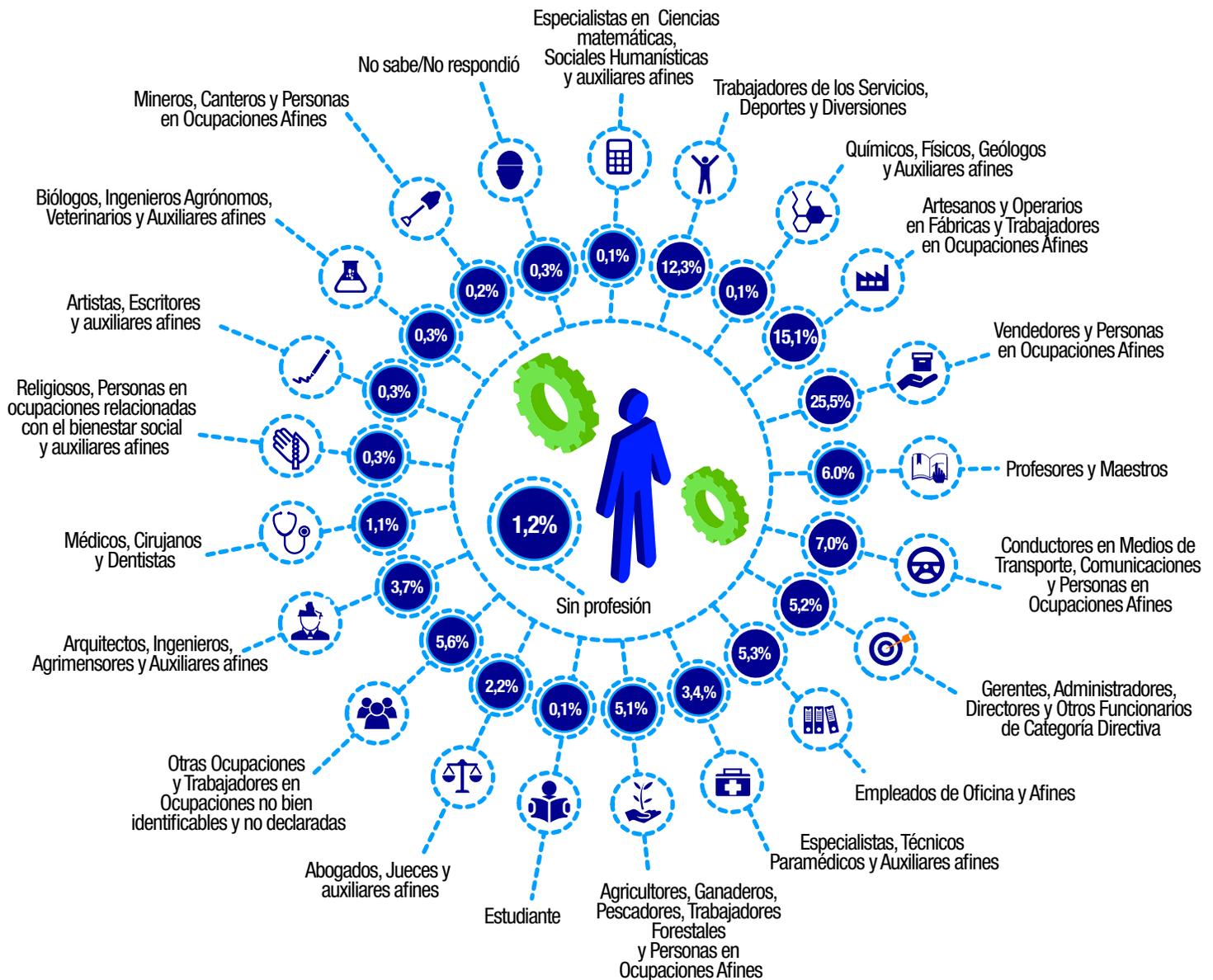
El área de la profesión y oficio en el cual trabajaban en mayor porcentaje, tanto los hombres como las mujeres es venta y ocupaciones afines. En las demás áreas los porcentajes son muy parecidos tanto para hombres y mujeres, salvo aquellos que generalmente realizan las mujeres o los hombres como es el caso de empleados de oficina 15% las mujeres y artesanos y operarios de fábricas y trabajadores afines 15,1% los hombres. Hay unas áreas donde existe un mayor porcentaje de mujeres en comparación a los hombres, como es en profesores y maestros y especialistas, técnicos, paramédicos y auxiliares.





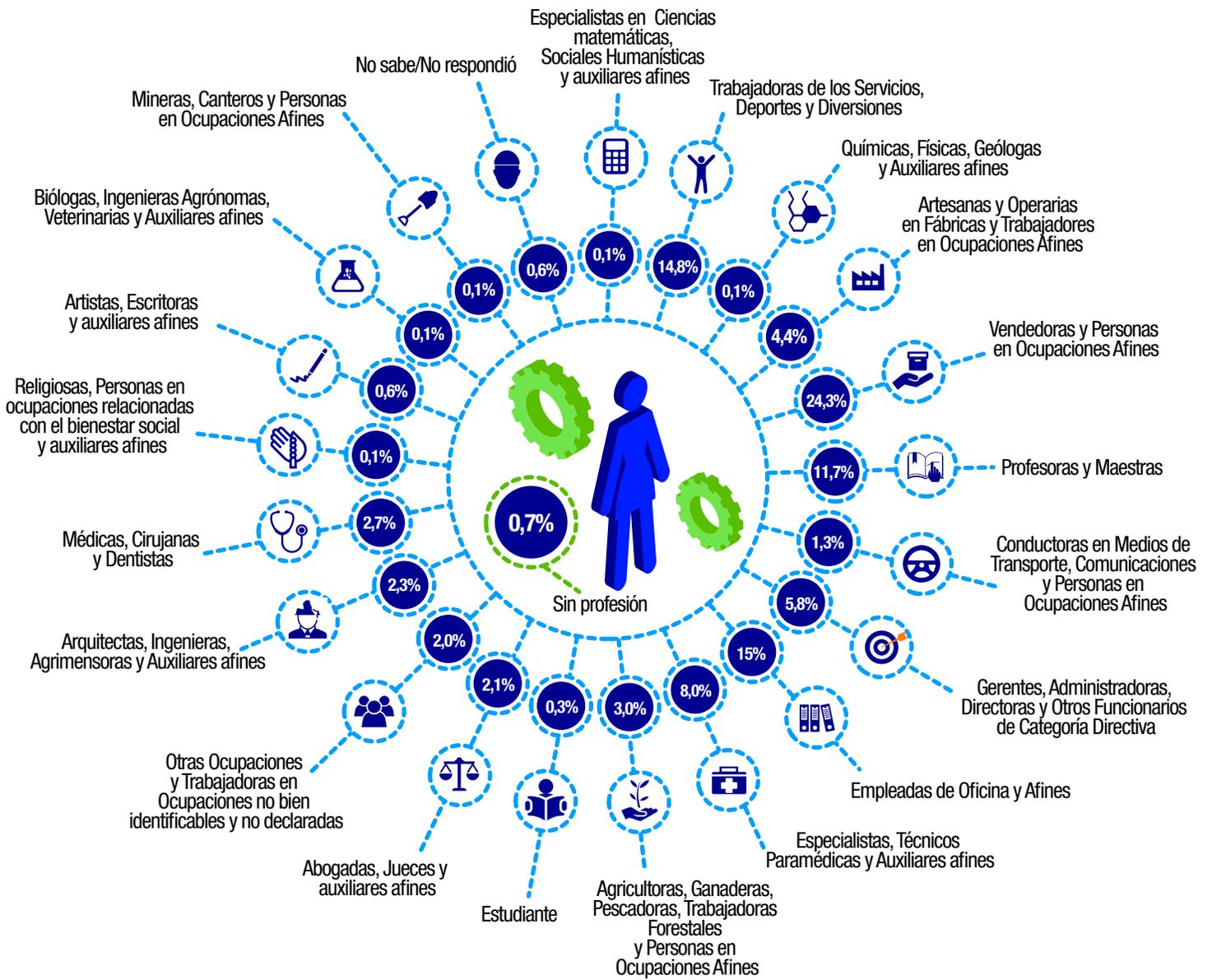
Migrantes por profesión u oficio según género

Hombres





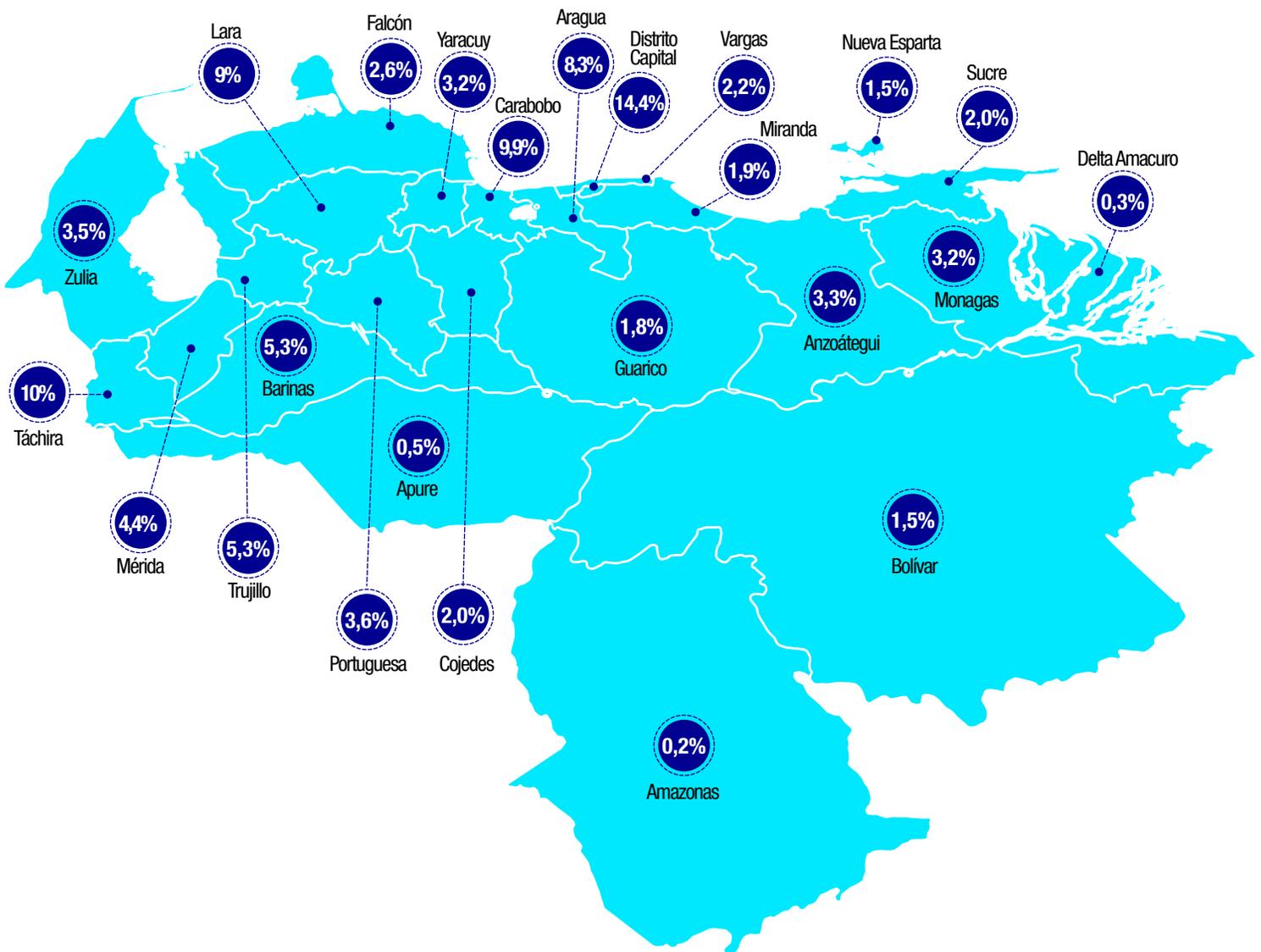
Mujeres





Estados de procedencia y país de destino

Los emigrantes venezolanos proceden de todo el territorio venezolano, desde los 23 estados y el Distrito capital, las personas viajan por el territorio nacional hasta llegar a la frontera y poder emigrar. Siendo el Táchira la salida por excelencia de los venezolanos.





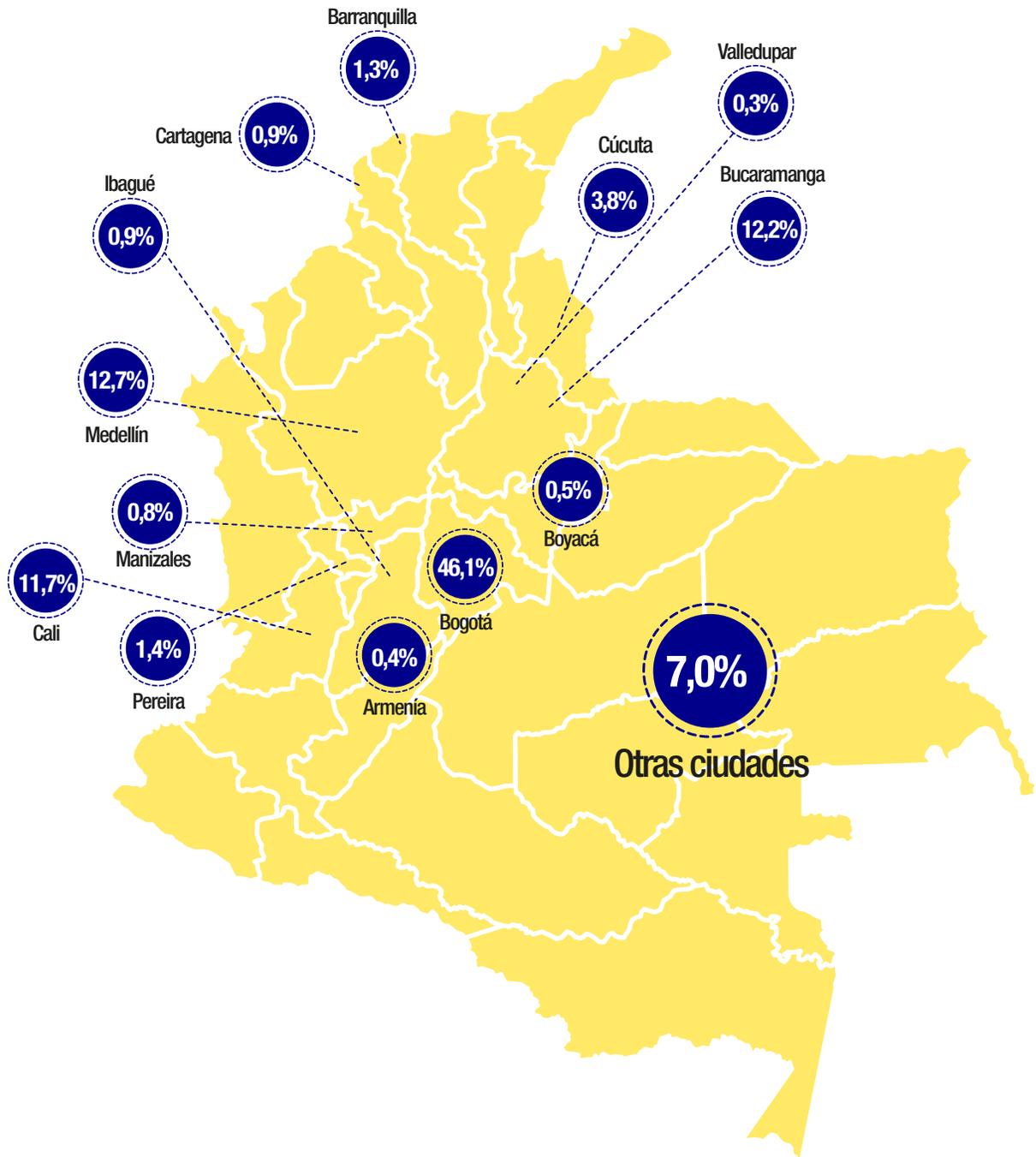
¿Hacia dónde emigran los venezolanos?

La mayoría de los venezolanos encuestados emigran en primer lugar para Colombia y en segundo lugar para Perú. La cercanía de Venezuela con Colombia facilita el proceso migratorio y el poder mantener comunicación con su familia.





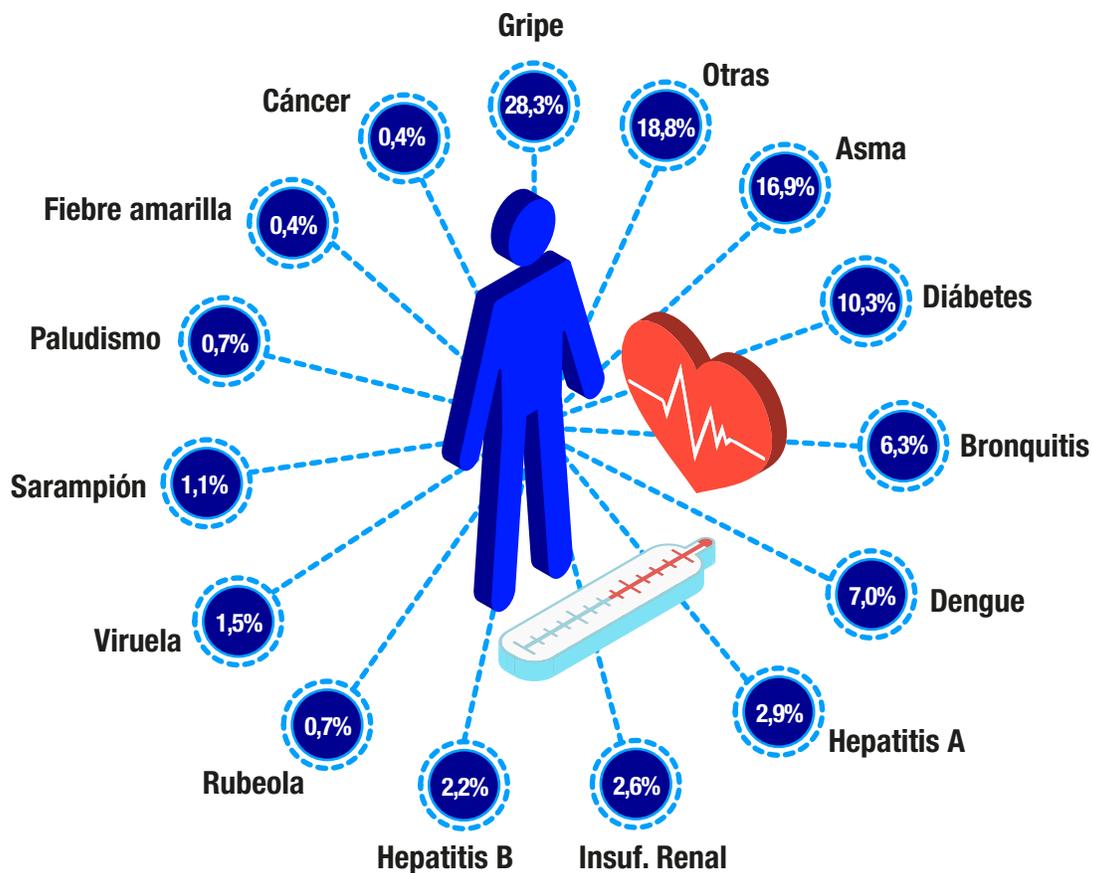
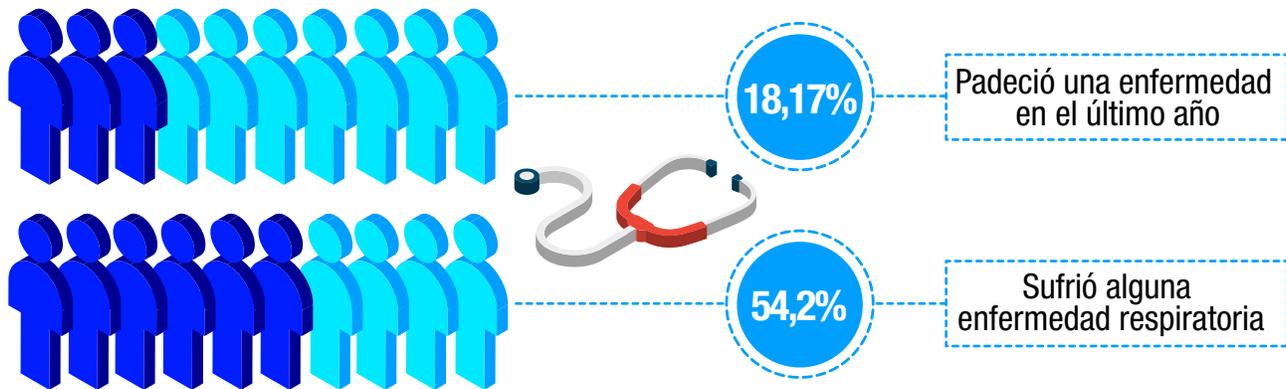
Y quienes deciden hacer una nueva vida en Colombia, se dirigen principalmente para la capital del país.

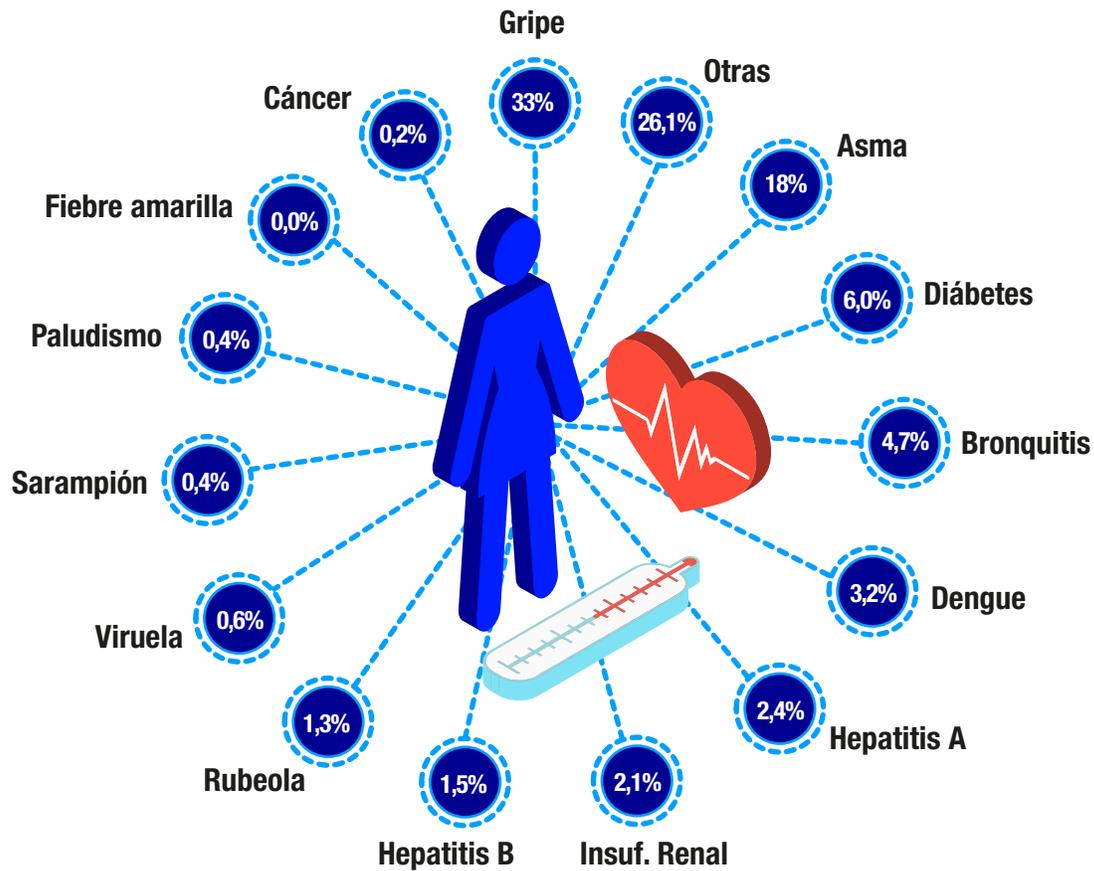




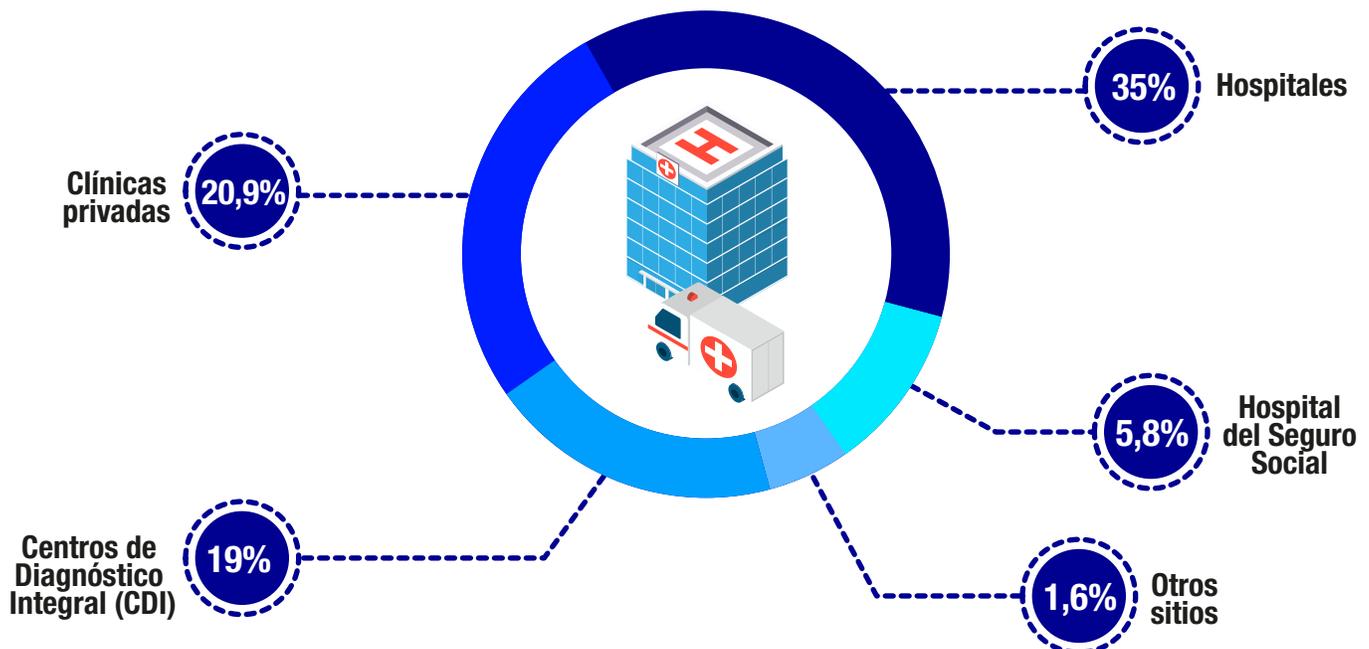
Características de Salud del Adulto

No existe casi diferencias entre hombres y mujeres, salvo el caso de la diabetes y el dengue que ha sido mayor en los hombres.



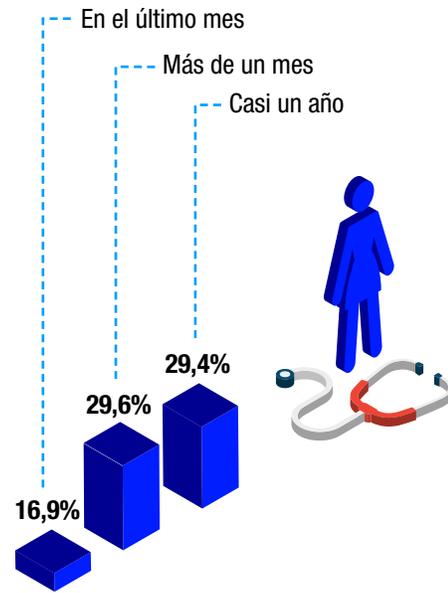
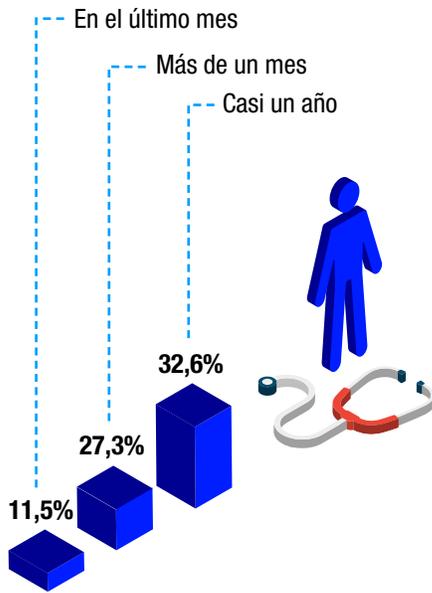


Si bien no todos manifiestan haberse enfermado, del total 82,3% han requerido atención médica. Distribuyéndose este porcentaje de esta manera:

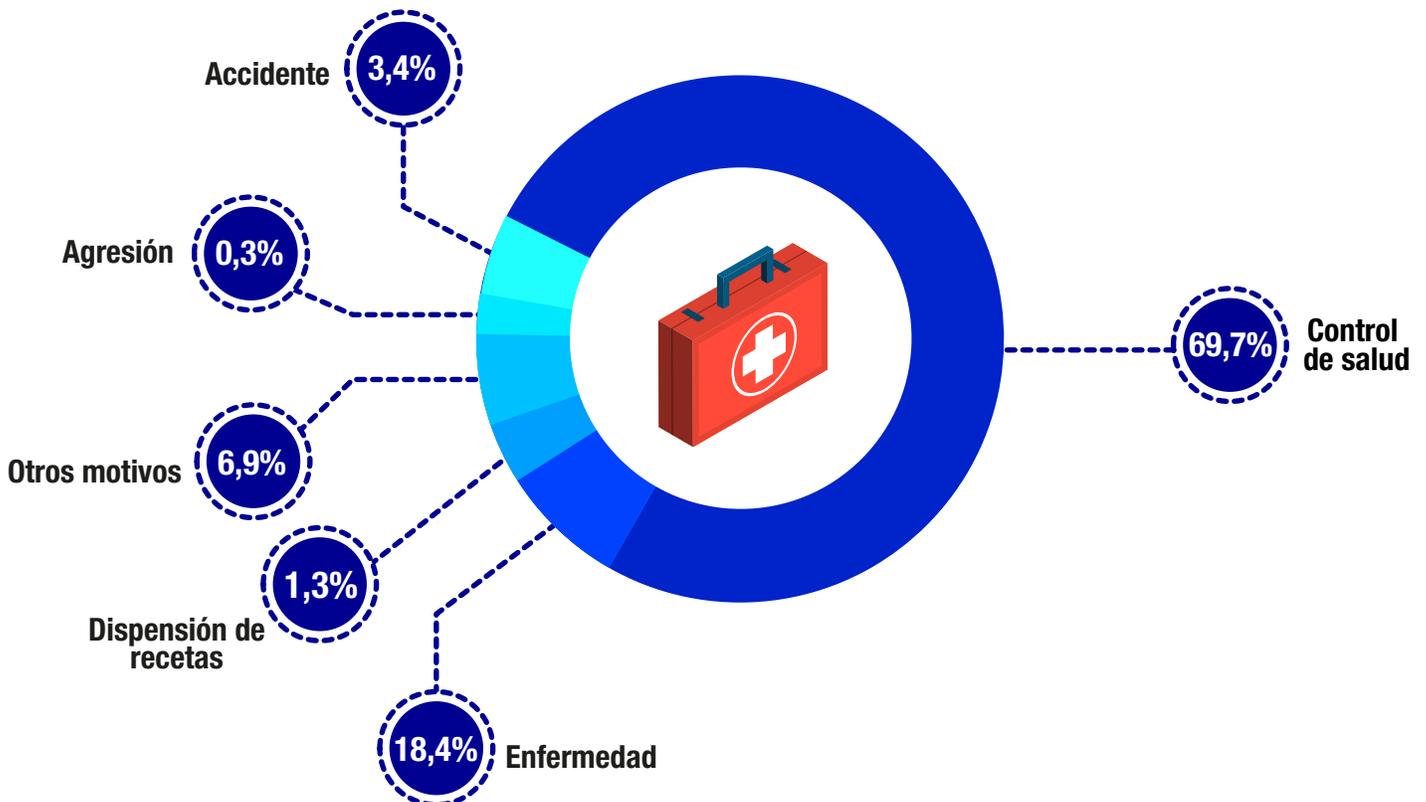




De los 4.066 venezolanos, solo el 26,2% no tuvo necesidad de consultar a un médico en el último año. Consultaron al médico:



Los emigrantes asisten al médico por:



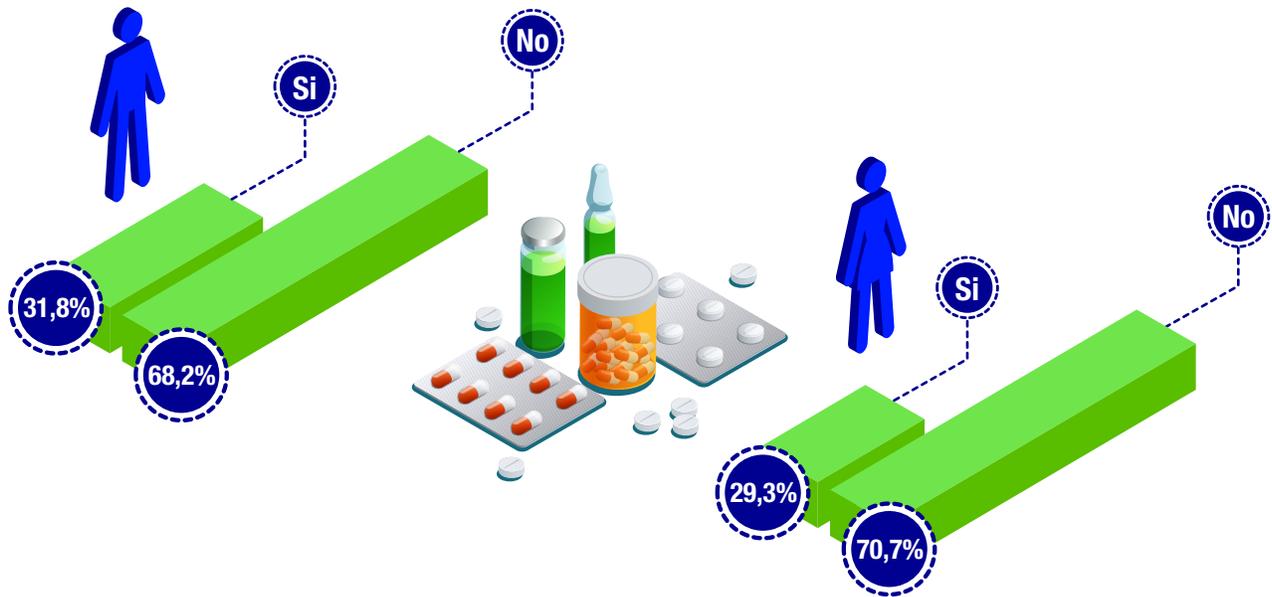


A quienes les ordenaron algunos exámenes médicos como resonancia magnética, radiografía, ecografía y pruebas de laboratorio:

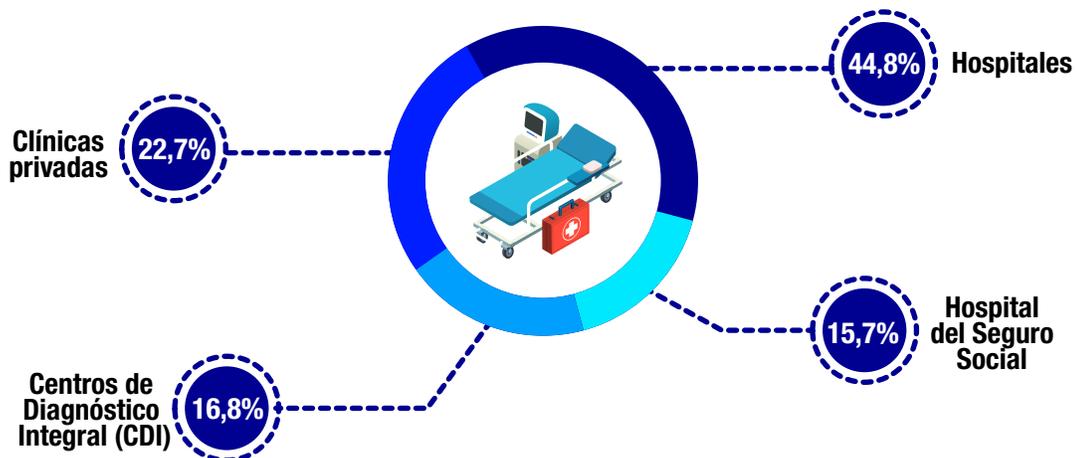


De este último porcentaje que no pudieron realizarse el examen, el 60% por ser muy costosos, 29,6% por estar dañados los equipos y 10,4% por otras razones.

Solo el 30,5% del total, ha tenido acceso a las medicinas cuando las ha necesitado:



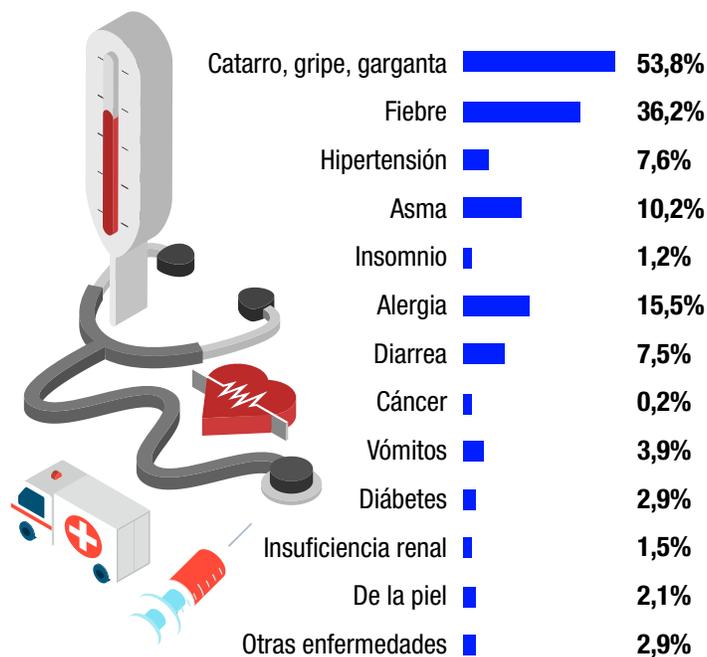
El 95,8% no ha estado hospitalizado en el último año, el 4,2% si. Estando hospitalizados en:



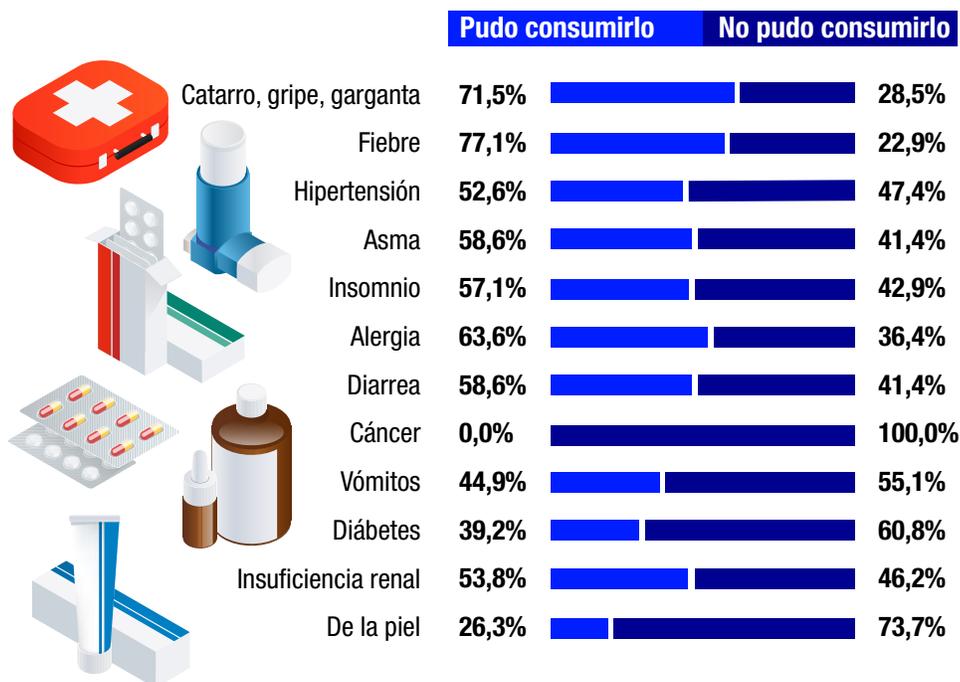


Han estado hospitalizados el 26,2% por intervención quirúrgica y el 16,3% por estudios médicos para diagnóstico. El 85,4% del total, no cuenta con seguro privado, el 14,6% sí lo posee. El grupo de 60 años y más cuenta en mayor porcentaje (29,8%) con una póliza de seguro en comparación a los demás.

Del total de venezolanos encuestados 2.575 manifiestan haber recibido tratamiento médico por alguna de las siguientes enfermedades:



Dependiendo de la enfermedad puede encontrarse hasta más del 50 % de pacientes que no pudieron consumir el tratamiento médico.





Y no pueden consumir el tratamiento médico por las mismas dificultades que se viven en el país en materia de salud, no hay medicinas o son muy costosas para el poder adquisitivo de los venezolanos. En la mayoría de las enfermedades indicadas no se consiguen los medicamentos en todo el territorio nacional, pues hay que recordar que los migrantes provienen de todos los estados de Venezuela.

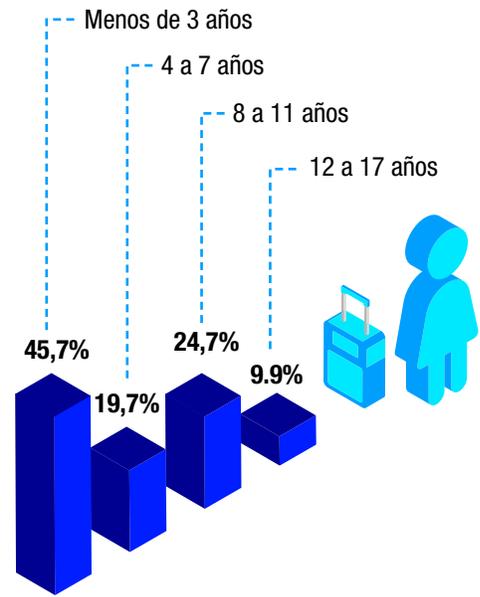
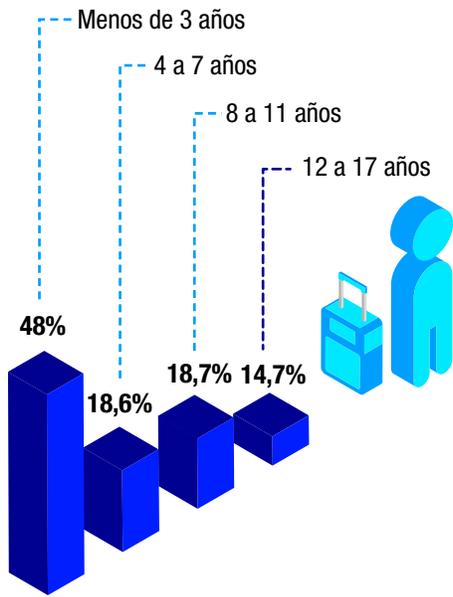


Características de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes

Datos sociodemográficos

De los 4.066 venezolanos que emigran, 131 emigra con hijos, emigrando 156 menores de diecisiete años.

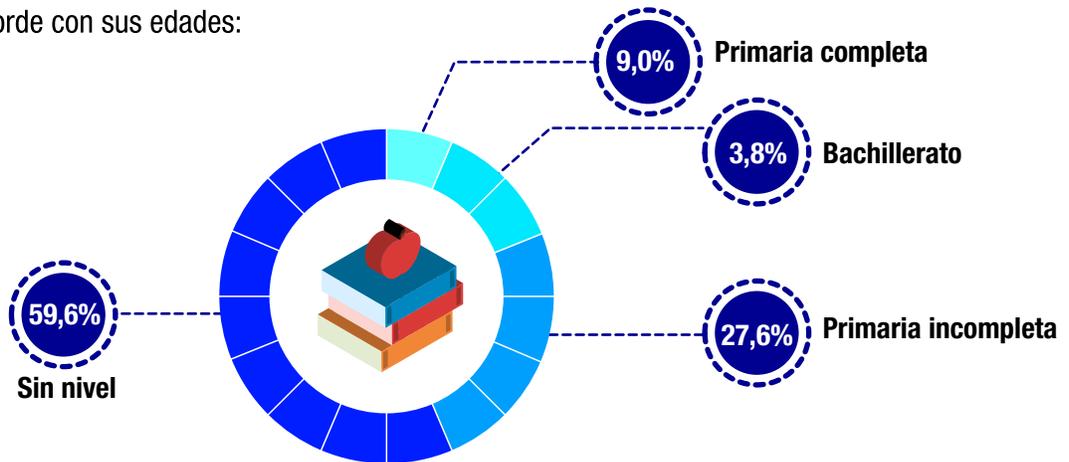




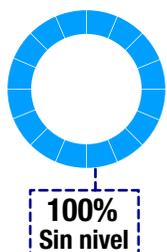
El 94,9% son hijos, 3,2% nietos y 1,9% sobrinos de los adultos que emigran.

Nivel Educativo

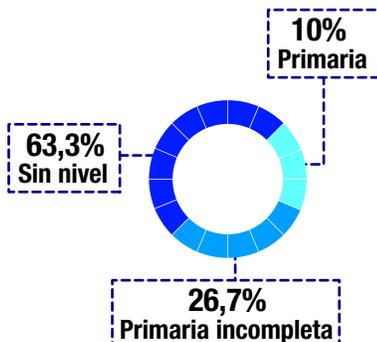
El nivel educativo está acorde con sus edades:



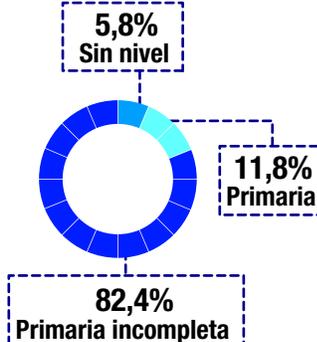
Menos de 3 años



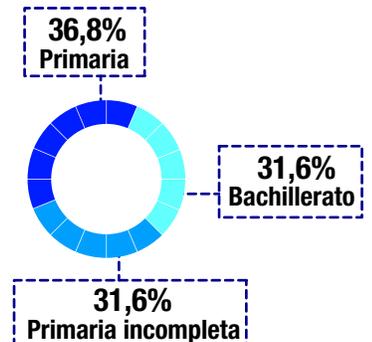
4 a 7 años



8 a 11 años

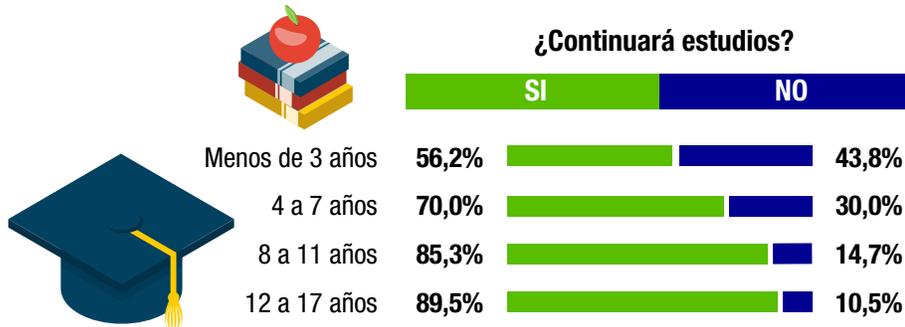


12 a 17 años



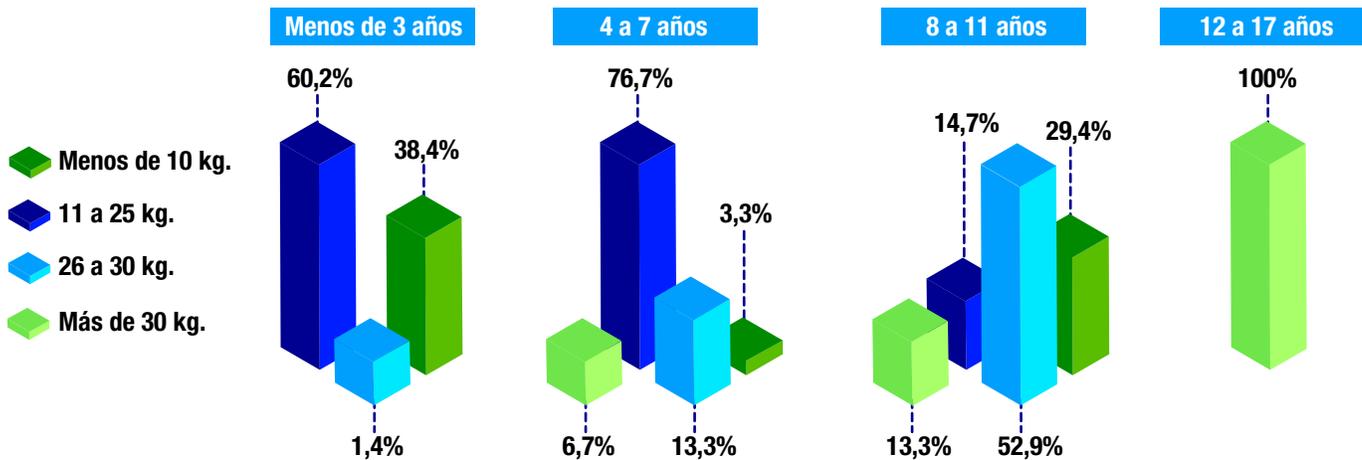


El 30,8% no continuará por ahora sus estudios, siendo una situación grave para el desarrollo de estos menores en particular en los niños y adolescentes.

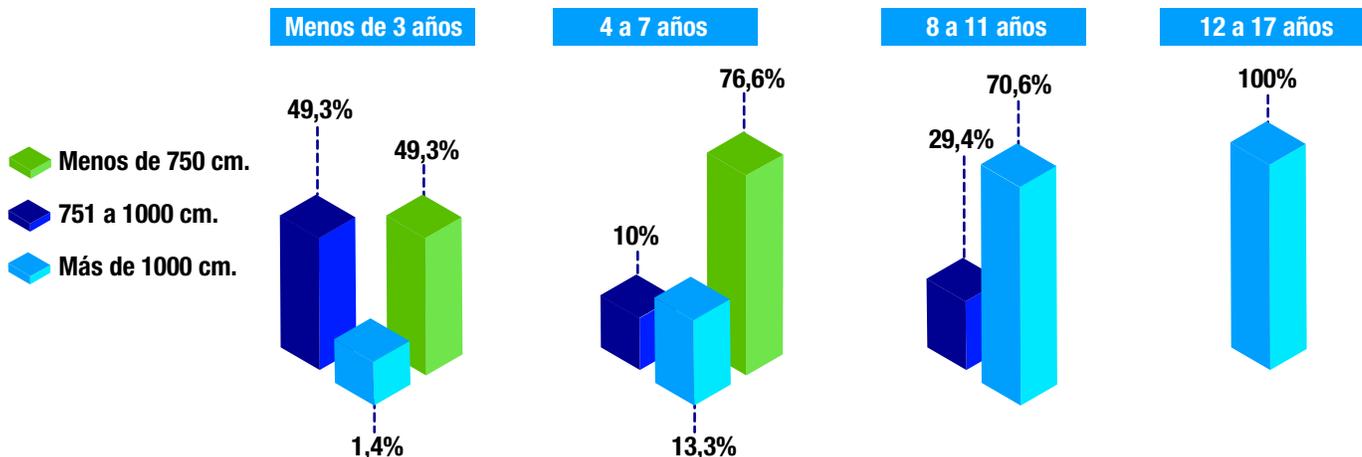


Peso y talla de los menores según los grupos de edad

De los 156 menores encuestados; entre los menores de 3 años el 60,3% tienen menos de 10 Kg de peso corporal; entre aquellos con edades entre 4 y 7 años el 76,7% se encuentran entre 11 y 25 kg; los que están entre los 8 y 11 años el 52% se encuentran entre 26 y 30 kg y todos los menores entre 12 y 17 años están por encima de 30 kg.



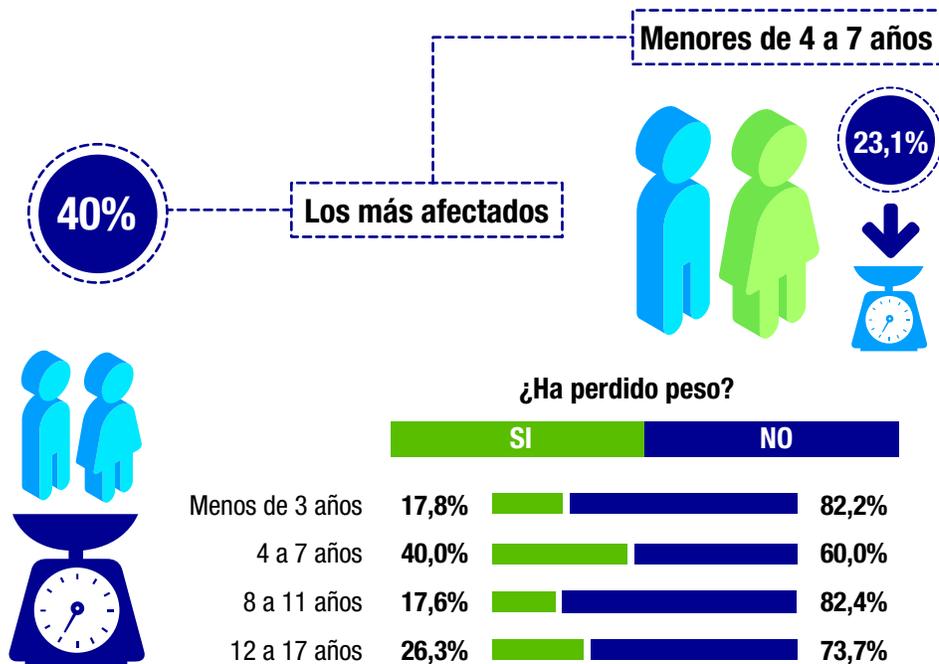
De los 156 menores encuestados; entre los menores de 3 años el 49,3% miden menos de 750 cm y 49,3% entre 751 y 1000 cm; entre aquellos con edades entre 4 y 7 años el 76,7% miden entre 721 y 1000 cm; los que están entre los 8 y 11 años el 70,6% miden más de 1000 cm y todos los menores entre 12 y 17 años están por encima de 1000 cm.



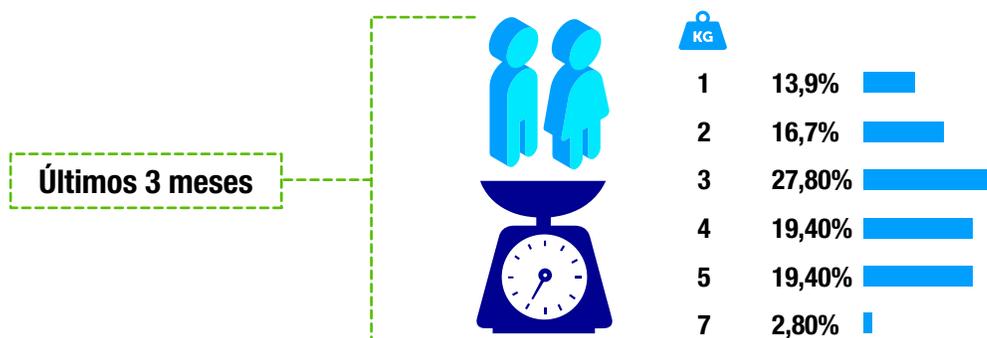


Datos de Salud

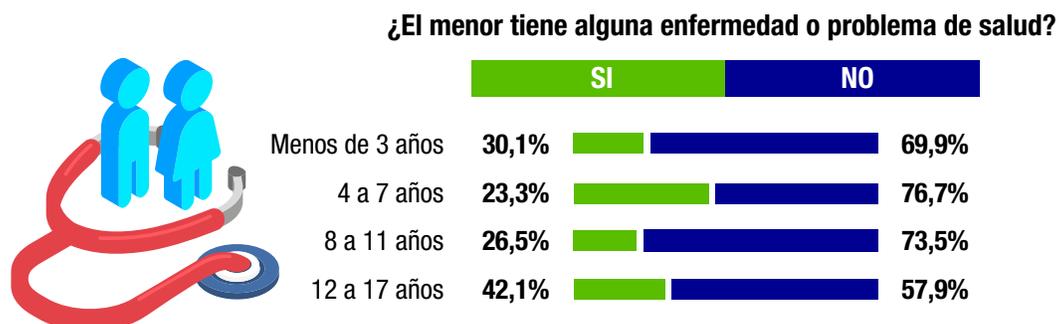
En los últimos años, algunas fuentes han indicado que los venezolanos pierden peso debido a la crisis que se vive en Venezuela.

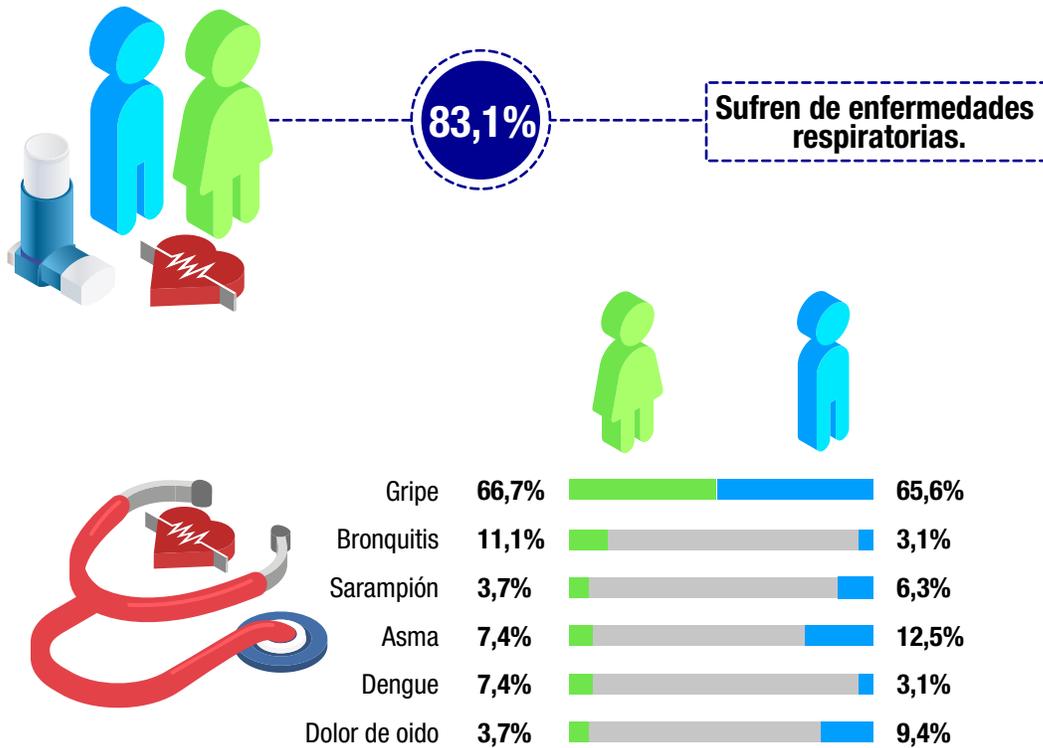


Perdiendo desde 1 hasta 7 kilos en los últimos meses

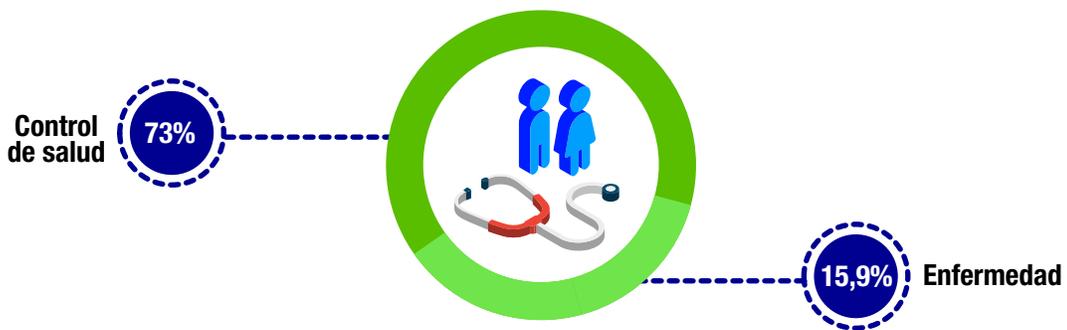


29,5% de los menores que emigran tienen una enfermedad o problema de salud, siendo las niñas y las adolescentes las más afectadas.

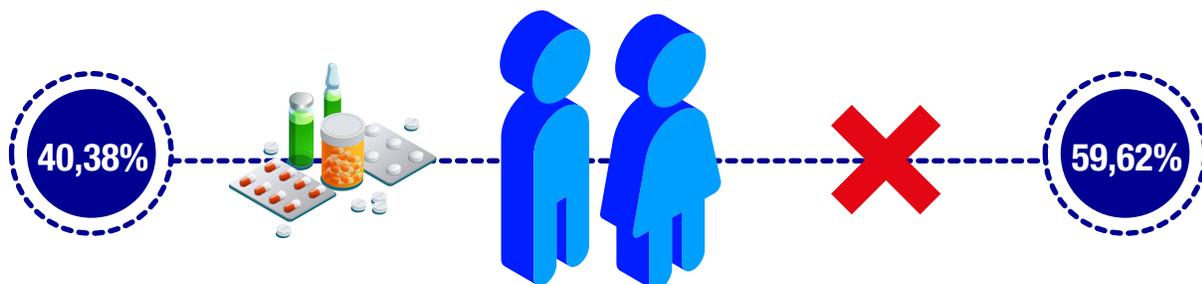




No obstante, del total de niños, niñas y adolescentes 80,7% fueron llevados a consulta médica. De estos:

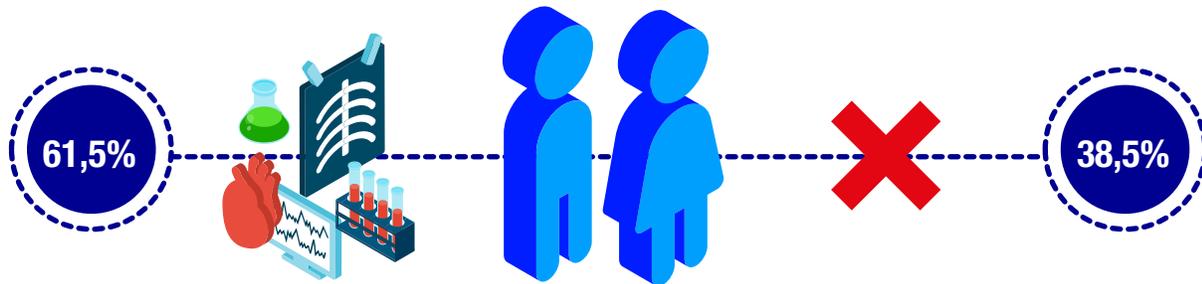


Igualmente, del total de menores que emigran solo el 40,38% han podido consumir la medicina requerida cuando han padecido algún problema de salud, el otro 59,62% no han podido consumirla; de ellos 39,78% por ser muy costosas, 52,68% por no conseguirse y el 7,52% por otras razones.

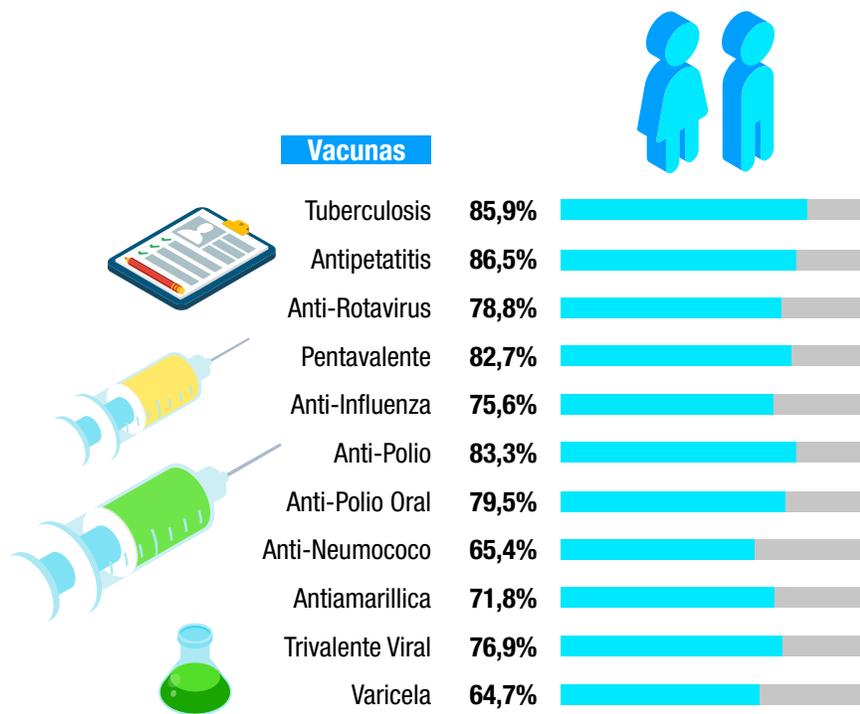




Al 46,15 % de los menores que emigran le han ordenado exámenes como: pruebas de laboratorio (84,7%), radiografía (12,5%), ecografía (1,4%) y resonancia magnética (1,4%).



De estos últimos, quienes no se realizaron los exámenes, 64% no pudieron por ser muy costosos, 12% por estar dañados los equipos y el 24% por otras razones. Otro aspecto fundamental en la salud de los menores de edad es el de las vacunas, el 94,2% tienen las vacunas correspondientes a sus edades de acuerdo con lo manifestado por sus padres, abuelos o tíos. En relación al cuidado de los dientes para lograr una salud dental, el 67,9% no tenían atención dental regular.



Esos resultados revelan porcentajes – aunque bajos - de niños y adolescentes migrantes, vulnerables a ciertas enfermedades por la omisión de las vacunas. Constituyen un problema de salud pública que tiene que ser atendido por las entidades de salud en los países de acogida.

Las edades en las que deben suministrarse las vacunas varían de acuerdo con el tipo de enfermedad de la cual se desea librar al niño. En este sentido, la vacuna contra la tuberculosis es necesaria en edad escolar; la anti-hepatitis antes de 1,5 años ya el niño debió recibir las 3 dosis correspondientes; la anti-rotavirus debe colocarse a niños antes de los 6 meses de edad; la quinta dosis de la pentavalente debe recibirla el niño antes de los 7 años; la tercera dosis de la anti-influenza antes de los 15 meses y luego 1 vez al año; la anti-polio (IPV), antes de los 15 meses la tercera dosis correspondientes y entre los 3 y 7 años la cuarta dosis; la anti-polio oral antes de los 14 meses la tercera dosis correspondientes; cuarta dosis de anti-neumococo antes de los 15 meses; antes de los 9 meses la anti-amarillica y luego cada 10 años; la vacuna trivalente viral entre los 10 y 15 meses y los 3 y 7 años la segunda dosis; la primera dosis de la varicela entre los 6 y 15 meses y la segunda dosis entre los 3 y 7 años.



Características de la alimentación de los emigrantes venezolanos

En este estudio fueron considerados los alimentos que componen la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos del Instituto Nacional de Nutrición (INN) de Venezuela. La referida canasta permite monitorear los patrones de consumo relacionados con la ingesta de los rubros alimenticios: proteína animal, hidratos de carbono, proteína vegetal y frutas. Estos rubros representan el 100% de la referida canasta alimentaria.

El consumo de alimentos de los emigrantes venezolanos (considerando 4.066 adultos encuestados), indica que el peso de cada rubro sobre el total de la canasta alimentaria es: proteína animal 43,5%; carbohidratos 40,1%; proteína vegetal (leguminosas) 14,1% y frutas 2,3%. Mientras que el consumo de alimentos de los emigrantes venezolanos (considerando 156 niños, niñas y adolescentes (NNA) que viajaban con los adultos), indica que el peso de cada rubro sobre el total de la canasta alimentaria es: proteína animal 38,5%; carbohidratos 43,6%; proteína vegetal (leguminosas) 14,1% y frutas 3,8%. A continuación, se describen las características de la alimentación por rubros.

Distribución de los alimentos de la canasta alimentaria normativa en los últimos 30 días



Adultos

| Consumo | % en la cesta |
|------------------------|---------------|
| Huevos de gallina | 7,2% |
| Queso | 6,8% |
| Arroz | 6,8% |
| Harina de Maíz (arepa) | 6,4% |
| Carne de pollo | 6,0% |
| Carne de res | 6,0% |
| Lenteja | 5,9% |
| Caraotas | 5,4% |
| Plátano | 5,3% |
| Yuca | 5,2% |
| Papa | 5,2% |
| Pasta | 5,2% |
| Leche líquida | 3,6% |
| Frutas | 2,6% |
| Bagre | 2,6% |
| Arveja | 2,5% |
| Embutidos | 2,4% |
| Pan de trigo | 2,2% |
| Apio | 2,1% |
| Sardina fresca | 2,1% |
| Carne de cerdo | 2,1% |
| Sardina enlatada | 1,4% |
| Atún fresco | 1,2% |
| Atún enlatado | 1,2% |
| Avena | 1,0% |
| Yogurt | 0,8% |
| Cereales procesados | 0,8% |



Niños, niñas y adolescentes



| % en la cesta | Consumo |
|---------------|------------------------|
| 6,9% | Arroz |
| 6,5% | Harina de Maíz (arepa) |
| 6,2% | Huevos de gallina |
| 6,1% | Caraotas |
| 6,0% | Pasta |
| 5,8% | Queso |
| 5,7% | Carne de pollo |
| 5,5% | Carne de res |
| 5,4% | Plátano |
| 5,3% | Lenteja |
| 5,1% | Papa |
| 4,2% | Yuca |
| 3,9% | Frutas |
| 3,8% | Leche líquida |
| 3,4% | Pan de trigo |
| 2,7% | Apio |
| 2,6% | Arveja |
| 2,6% | Carne de cerdo |
| 2,0% | Embutidos |
| 1,7% | Bagre |
| 1,7% | Avena |
| 1,7% | Cereales procesados |
| 1,5% | Sardina fresca |
| 1,2% | Yogurt |
| 1,0% | Atún enlatado |
| 0,9% | Atún fresco |
| 0,6% | Sardina enlatada |



Distribución porcentual de las personas según alimentos consumidos



Adultos

| Consumo | % personas |
|------------------------|------------|
| Huevos de gallina | 86,0% |
| Queso | 81,3% |
| Arroz | 80,9% |
| Harina de Maíz (arepa) | 76,1% |
| Carne de pollo | 72,1% |
| Carne de res | 71,6% |
| Lenteja | 70,6% |
| Caraoatas | 64,5% |
| Plátano | 62,9% |
| Yuca | 62,5% |
| Papa | 61,8% |
| Pasta | 61,5% |
| Leche líquida | 43,5% |
| Frutas | 31,0% |
| Bagre | 30,9% |
| Arveja | 29,4% |
| Embutidos | 28,3% |
| Pan de trigo | 26,5% |
| Apio | 25,2% |
| Sardina fresca | 24,9% |
| Carne de cerdo | 24,7% |
| Sardina enlatada | 17,2% |
| Atún fresco | 14,4% |
| Atún enlatado | 14,1% |
| Avena | 12,1% |
| Yogurt | 9,3% |
| Cereales procesados | 9,0% |

Niños, niñas y adolescentes



| % personas | Consumo |
|------------|------------------------|
| 97,3% | Arroz |
| 92,0% | Harina de Maíz (arepa) |
| 88,0% | Huevos de gallina |
| 86,7% | Caraoatas |
| 84,0% | Pasta |
| 81,3% | Queso |
| 80,0% | Carne de pollo |
| 77,3% | Carne de res |
| 76,0% | Plátano |
| 74,7% | Lenteja |
| 72,0% | Papa |
| 58,7% | Yuca |
| 54,7% | Frutas |
| 53,3% | Leche líquida |
| 48,0% | Pan de trigo |
| 38,7% | Apio |
| 37,3% | Arveja |
| 36,0% | Carne de cerdo |
| 28,0% | Embutidos |
| 24,0% | Bagre |
| 24,0% | Avena |
| 24,0% | Cereales procesados |
| 21,3% | Sardina fresca |
| 17,3% | Yogurt |
| 14,7% | Atún enlatado |
| 13,3% | Atún fresco |
| 8,0% | Sardina enlatada |

Consumo de proteína animal (adultos)

Las proteínas de los alimentos son indispensables para fortalecer los huesos, músculos y la piel, por lo tanto, es importante la adecuada ingesta de este rubro en la dieta diaria. El consumo de proteínas de origen animal por adultos en los últimos 30 días está representada en la Figura A-1, donde puede observarse que los alimentos de mayor consumo son los huevos de gallina y el queso y los de menor consumo yogurt, atún enlatado, atún fresco y sardina enlatada.

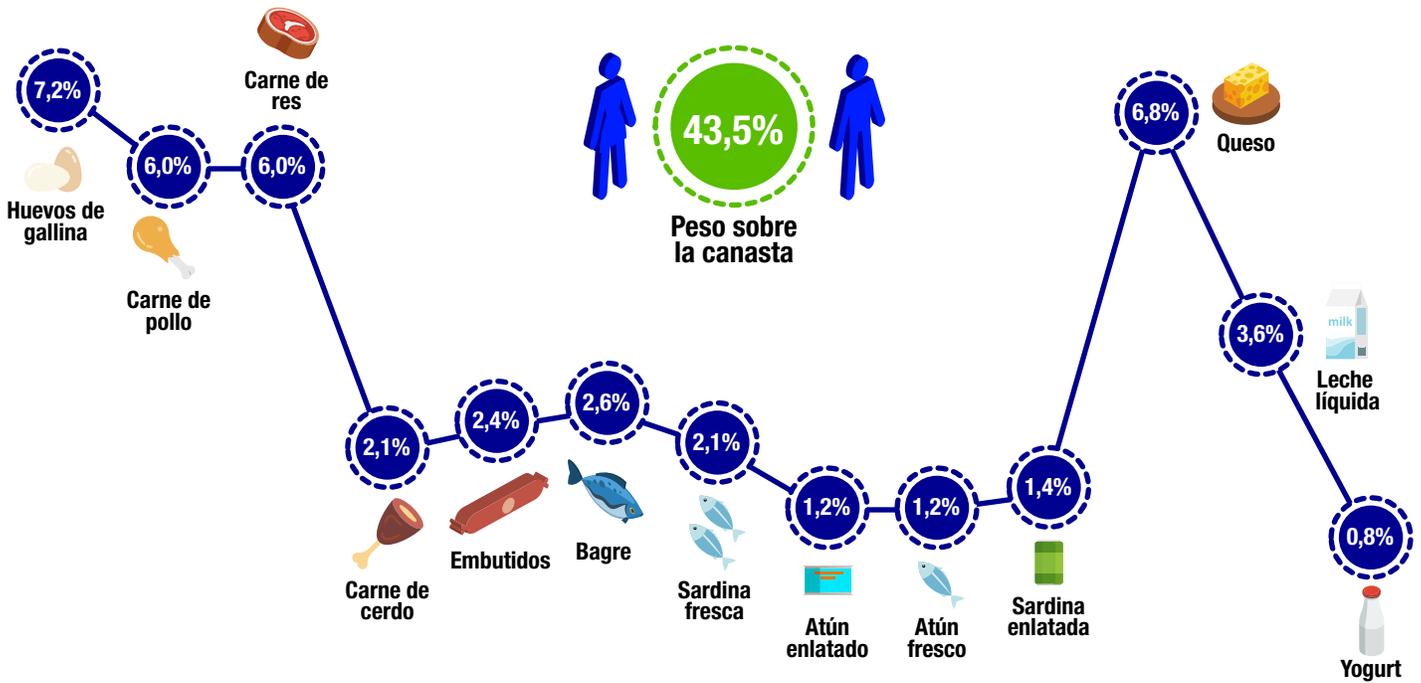


Figura (A-1). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de proteína animal por adultos migrantes, últimos 30 días.

En el consumo de proteína animal por adultos durante los últimos treinta días y discriminados por sexo, se destacan los alimentos: huevos de gallina, queso, carne de pollo y carne de res, las mujeres reportan un ligero mayor consumo que los hombres (consumo medido según lo establecido en la Encuesta de Seguimiento del consumo de alimentos del INN) (ver Figura A-2).

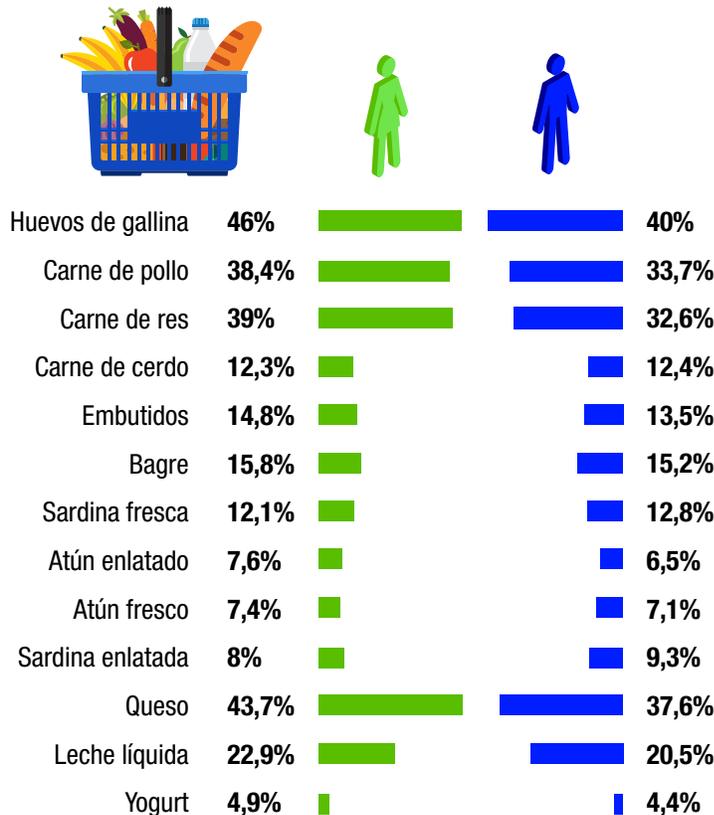


Figura (A-2). Patrón de consumo de proteína animal, adultos migrantes últimos 30 días, según sexo.



Con respecto al consumo promedio de proteína animal según sexo (g/persona/día), se observa en la figura (A-3), que el mayor consumo en gramos de atún enlatado, sardina fresca, atún fresco, carne de res, queso, carne de pollo, leche, yogurt, corresponde a la mujer.

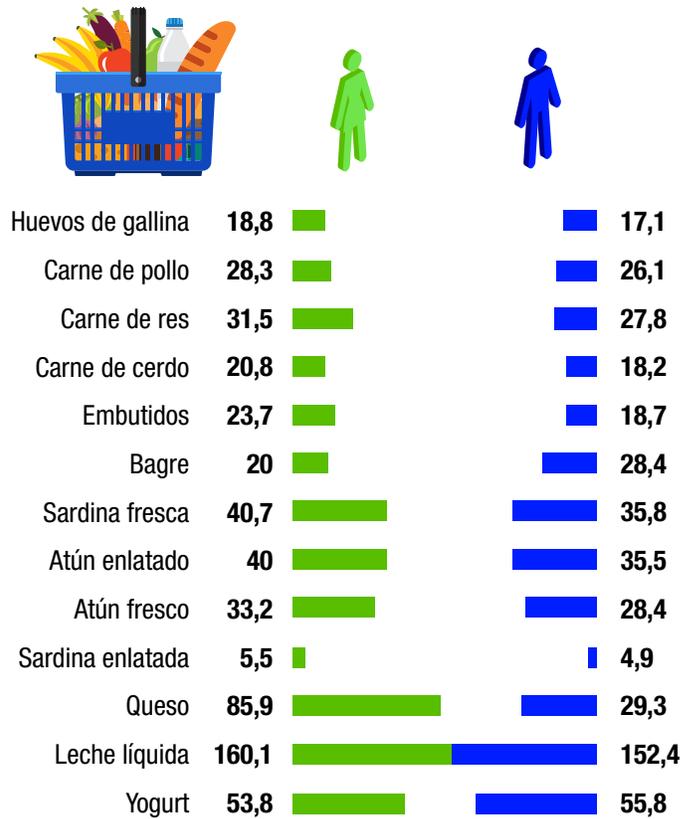


Figura (A-3). Patrón de consumo de proteína animal, adultos migrantes últimos 30 días, según sexo.

Consumo de proteína animal (niños, niñas y adolescentes - NNA)

Por su parte, el consumo de proteína animal por los niños, niñas y adolescentes (NNA) en los últimos 30 días está representada en la Figura (A-4), y puede observarse que los alimentos de mayor consumo en NNA es similar al consumo de los adultos: huevos de gallina y el queso y los de menor consumo yogurt, sardina enlatada y atún (fresco y enlatado).

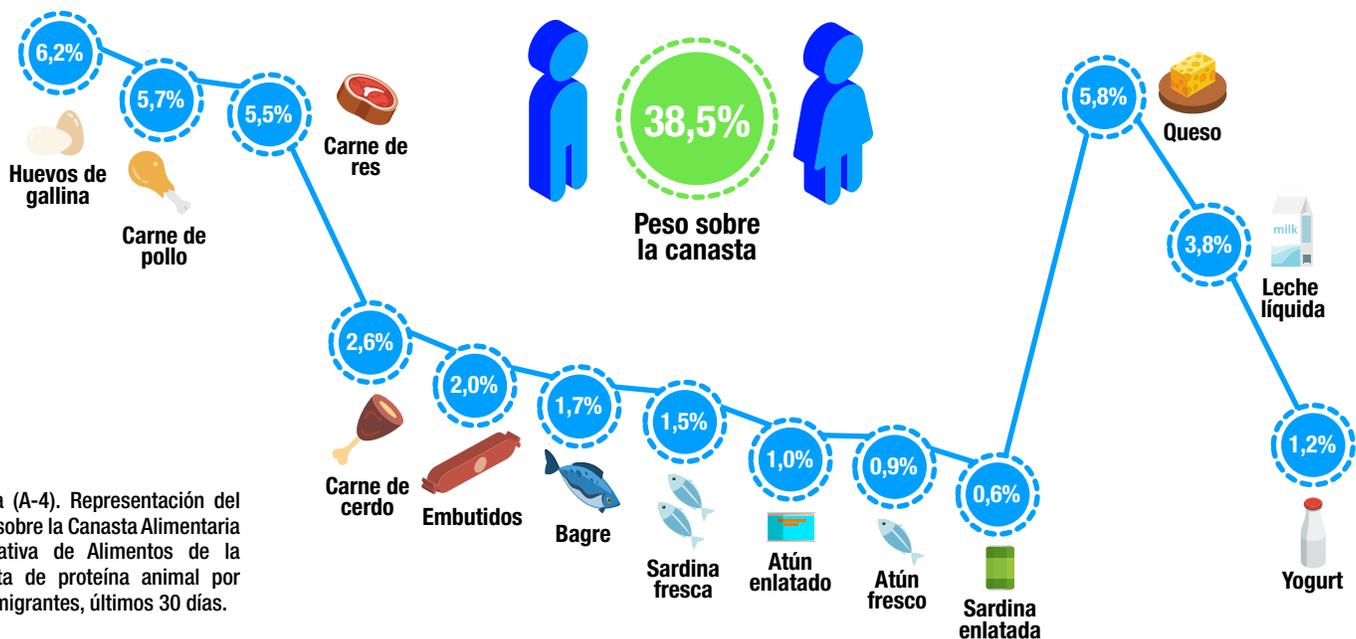


Figura (A-4). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de proteína animal por NNA migrantes, últimos 30 días.



Al observarse la ingesta en los últimos 30 días, de alimentos de proteína de origen animal, entre los grupos etarios de los NNA, (Figura A-5), es el grupo entre 8-11 años el que más consumió huevos de gallina, carne de pollo, carne de res, queso y leche líquida, mientras que el consumo mas bajo de estos alimentos corresponde al grupo entre 12-17 años. En aquellos alimentos que son menos consumidos y que integran la proteína de origen animal (atún enlatado, atún fresco y sardina enlatada) son los niños entre 4-7 años los que más los consumieron.

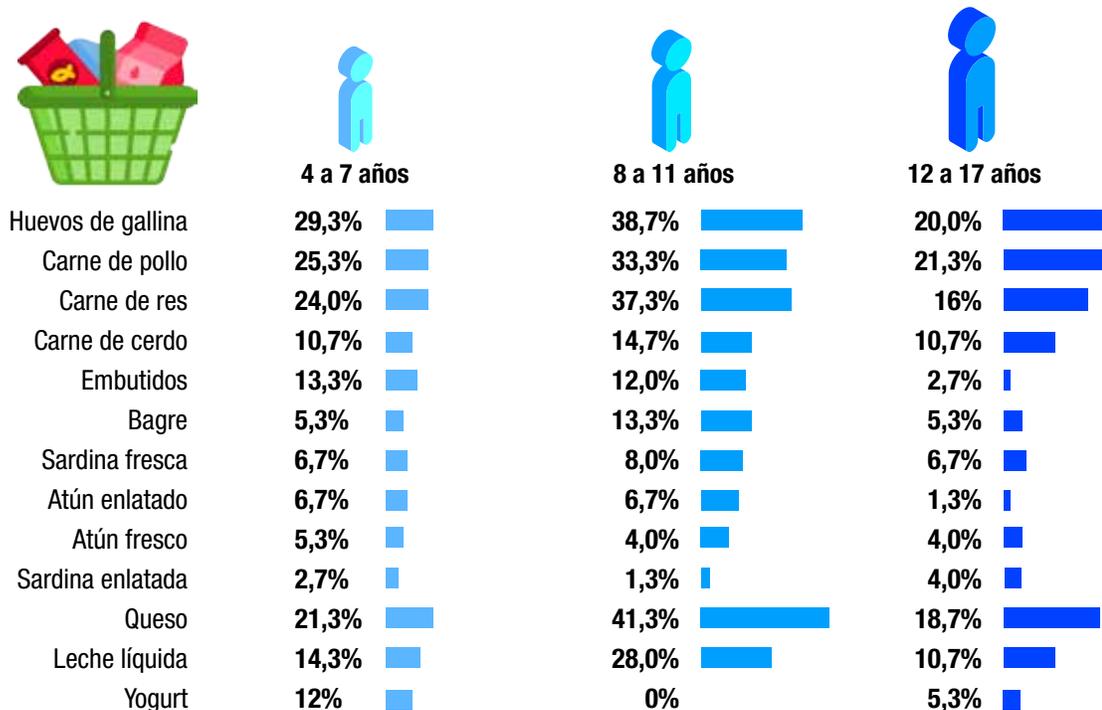
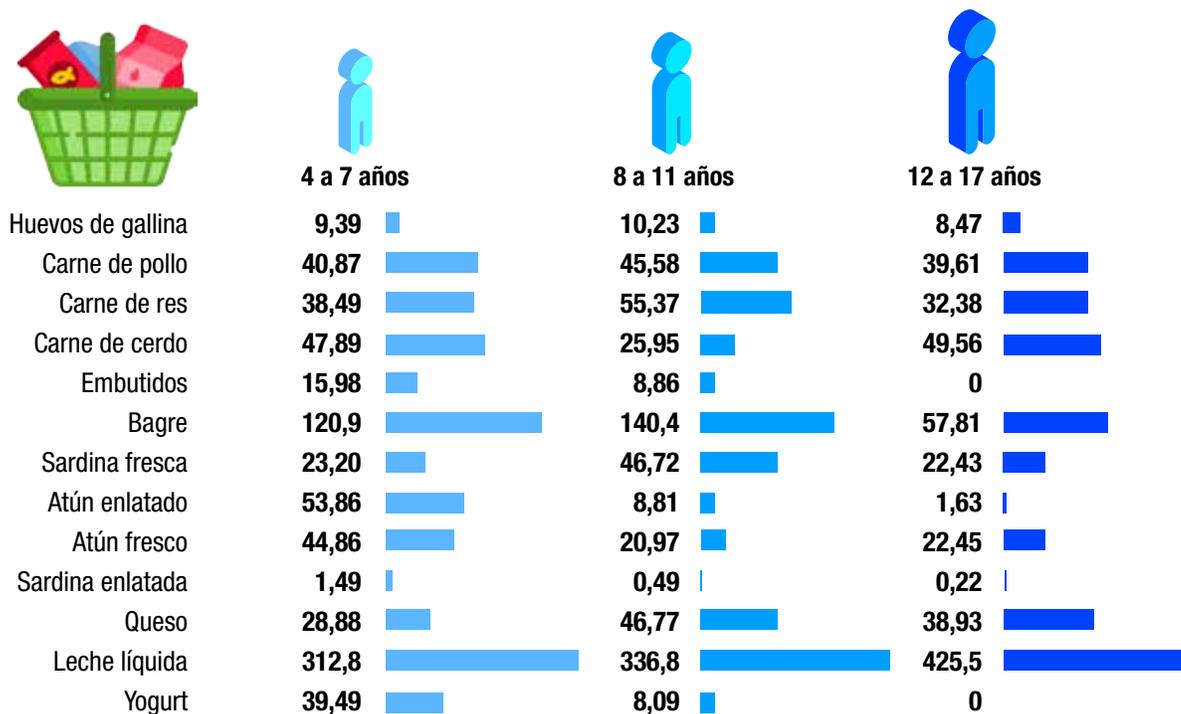


Figura (A-5). Patrón de consumo de proteína animal, NNA migrantes últimos 30 días, según grupos etarios.

No obstante, al relacionar los gramos de masa de alimentos fuente de proteína animal que eran consumidos al día por los NNA, se determinó que es en la leche en donde mayor cantidad de masa fue consumida, siendo el grupo de 12 a 17 años los que consumen mayor cantidad de gramos/día, seguidos por el grupo de 8 a 11 años (Figura A-6). También puede verse que los niños de 4 a 7 años en cuanto al consumo de huevos de gallina, carnes de pollo y res, bagre y queso se vinculan como los menos consumidores, mientras que el grupo de 8 a 11 años consumió estas proteínas en mayor cantidad.



(Figura A-6). Consumo promedio de proteína animal según grupos de edad (g/persona/ día).



Con respecto al patrón de consumo de alimentos contentivos de proteína de origen animal, considerando el sexo, son las mujeres quienes consumieron mayor cantidad que los hombres, solo en la sardina fresca y enlatada existe paridad de consumo.(Figura A-7).

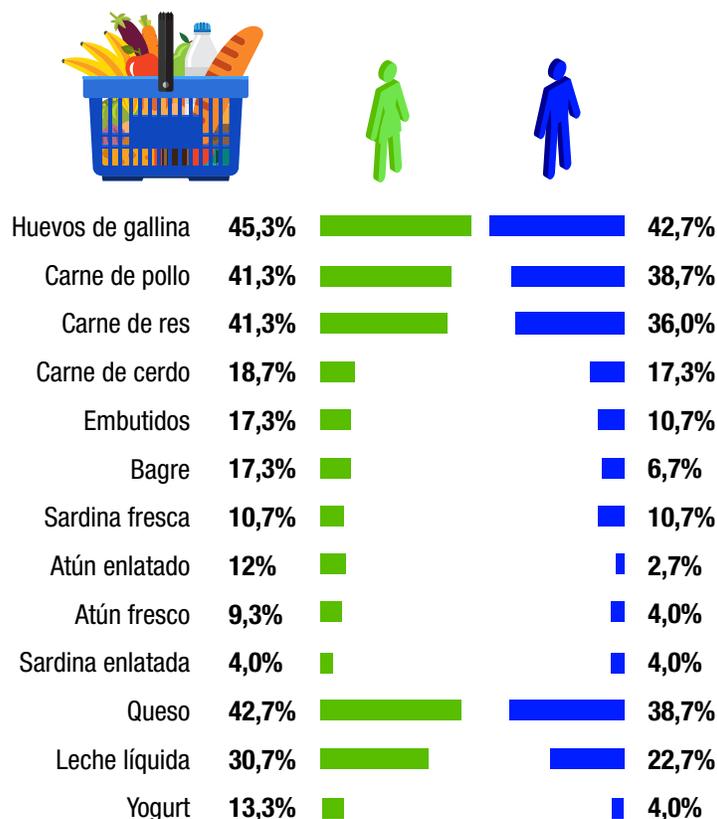


Figura (A-7). Consumo promedio de alimentos que poseen proteína de origen animal (según sexo) de NNAM.

Los hallazgos en cuanto a consumo de proteína de origen animal, tanto en el caso de adultos como en NNA, revelan que en la sardina enlatada que, en épocas pasadas, tenía un consumo preponderante entre la población, su ingesta ha caído de manera pronunciada debido a la escasez, alto costo, baja producción e incluso inoperatividad de empresas de procesamiento.

Consumo de hidratos de carbono (adultos)

Los carbohidratos o hidratos de carbono son indispensables porque proveen la energía al organismo. El consumo de carbohidratos por adultos en los últimos 30 días está representada en la figura A-8, donde puede observarse que los alimentos de mayor consumo son arroz, harina de maíz (arepa) y plátano y los de menor consumo los cereales procesados y la avena. De igual manera, los plátanos, yuca, papas y pastas presentan porcentajes importantes que sobrepasan el 60% de consumo.

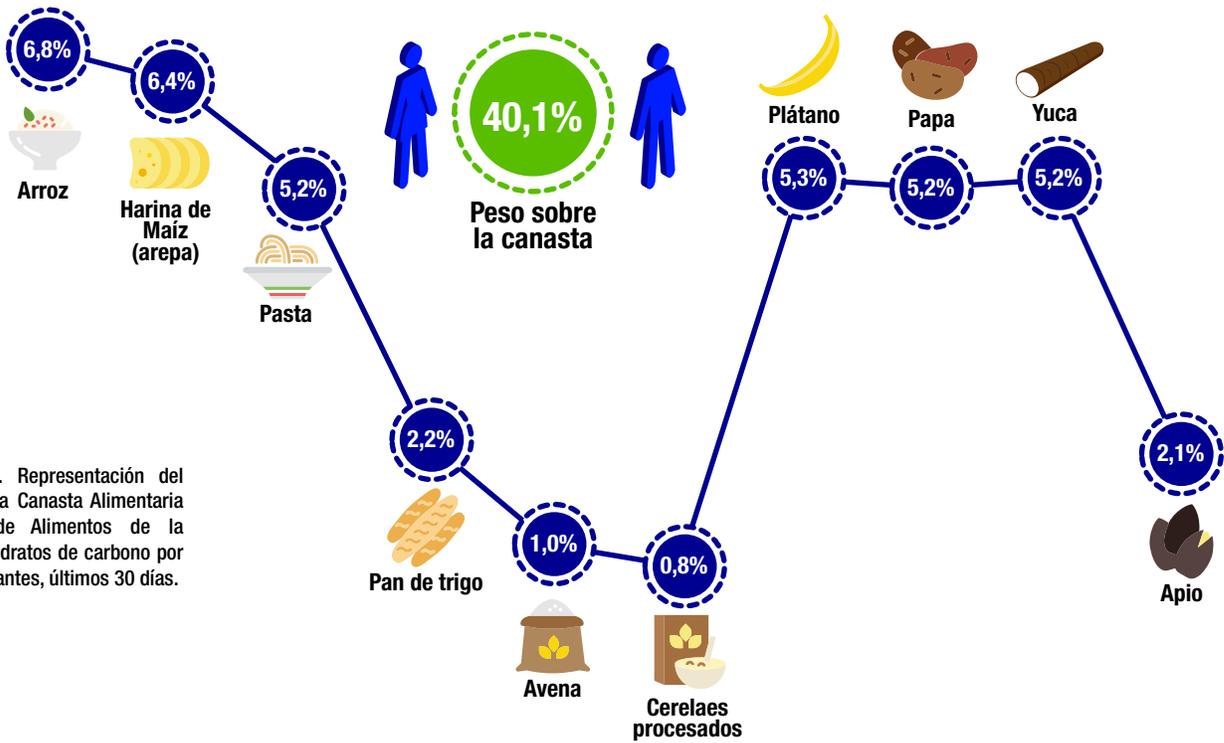


Figura (A-8). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de hidratos de carbono por adultos migrantes, últimos 30 días.

El consumo promedio de hidratos de carbono, consumidos durante los últimos 30 días en Venezuela por los emigrantes, discriminados por sexo, está representado en la figura A-9 y refleja que las mujeres son quienes han consumido en mayor proporción los carbohidratos.

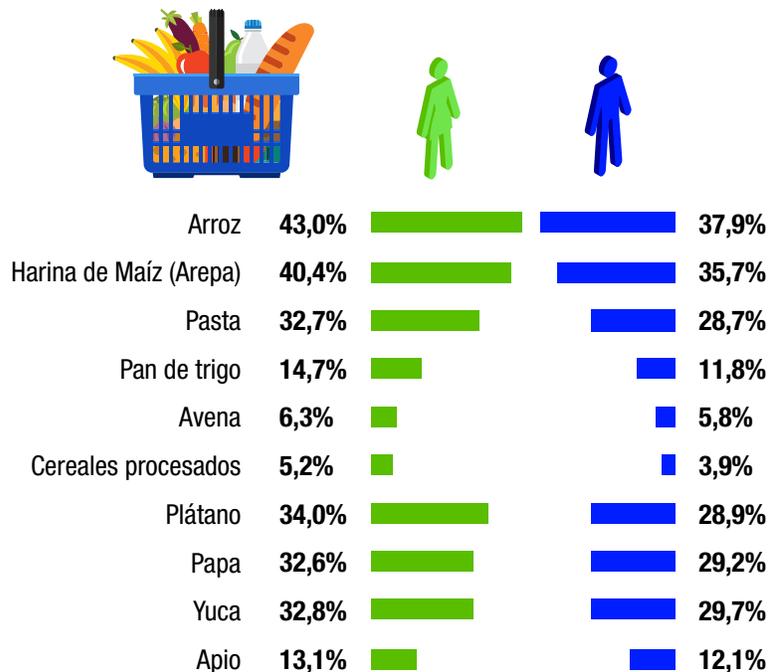


Figura (A-9). Patrón de consumo de hidratos de carbono, adultos migrantes últimos 30 días, según sexo.



La figura A-10, representa el consumo promedio de carbohidratos de emigrantes, según sexo, durante los últimos 30 días, donde puede observarse que la mujer demuestra mayores promedios de consumo excepto en la ingesta de yuca.

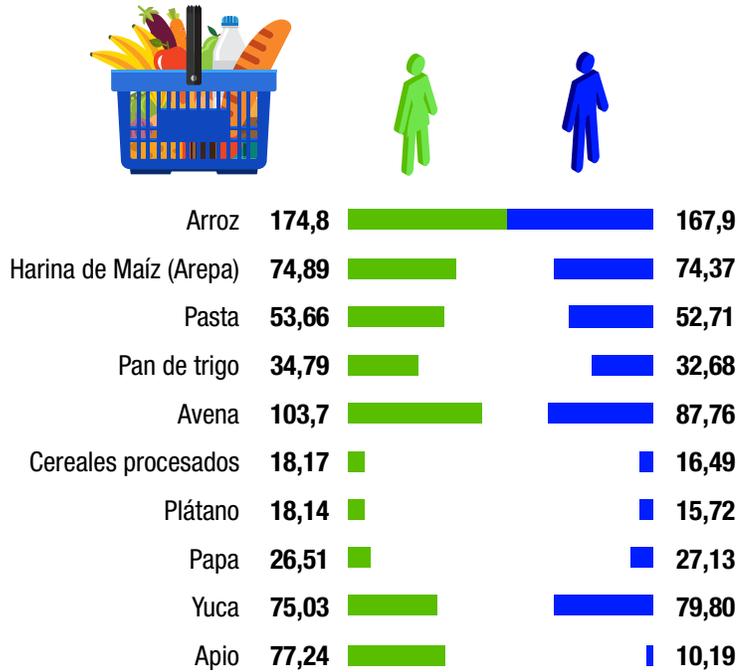


Figura (A-10). Consumo promedio de hidratos de carbono según sexo (g/persona/ día) .

Consumo hidratos de carbono (niños, niñas y adolescentes - NNA)

El consumo de carbohidratos por NNA en los últimos 30 días está representada en la figura A-11, donde puede observarse que los alimentos de mayor consumo son arroz y harina de maíz (arepa) consumidos por el 97% y 92% de los NNA respectivamente; seguido de pasta, plátano y papa consumidos por el 84%, 76% y 72% de los NNA respectivamente. La avena y cereales procesados son los alimentos de menor consumo.

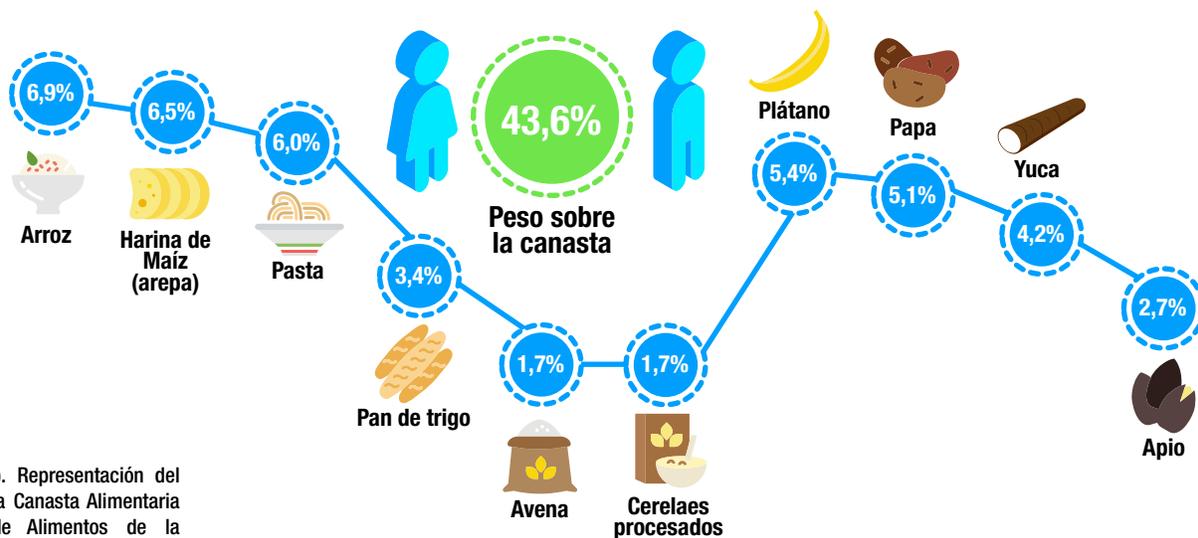


Figura (A-11). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de hidratos de carbono por NNA migrantes, últimos 30 días.



La ingesta de carbohidratos por NNA en los últimos 30 días (Figura A-12), vuelve a presentarse que el grupo etario de 8 a 11 años es el mayor consumidor (arroz, harina de maíz (arepa), pasta, plátano y papa); y el grupo etario de 12 a 17 años es el que menos consume estos alimentos. Asimismo, para los alimentos con menor consumo, es el grupo etario entre 4 a 7 años quien más los ingirieron (caso avena y cereales procesados).

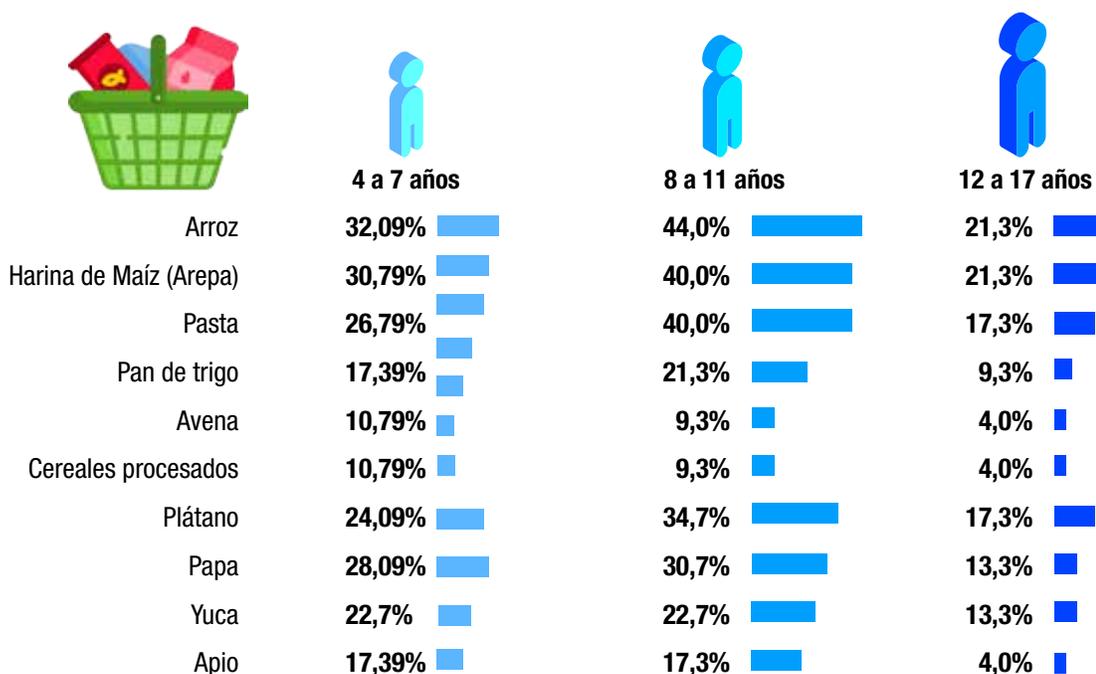
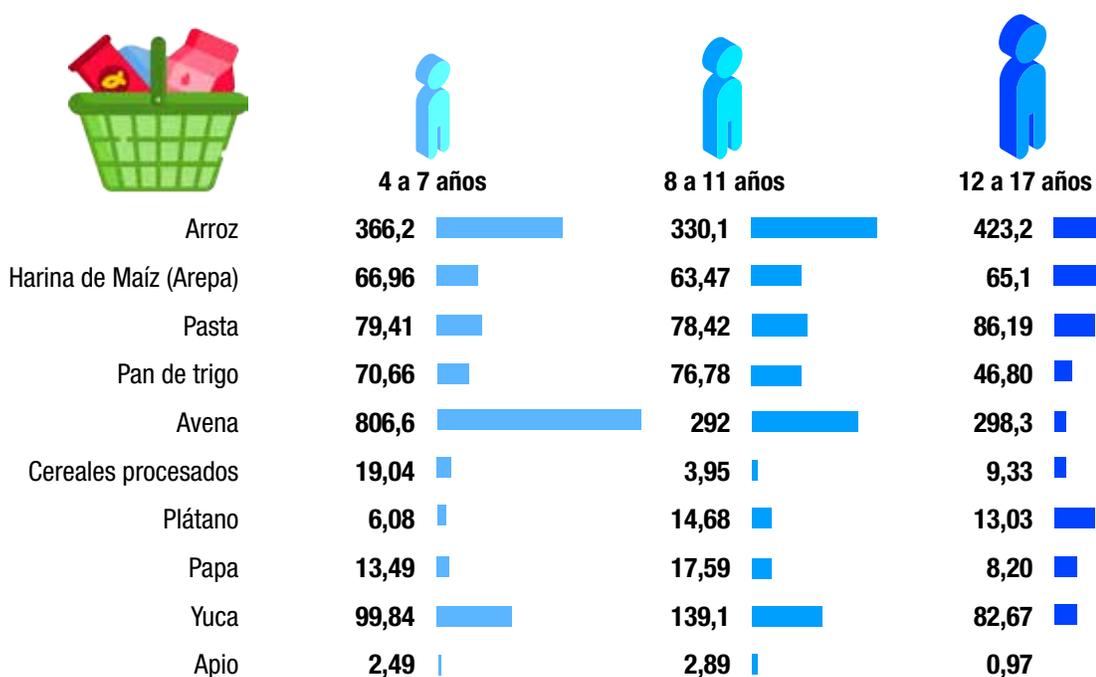


Figura (A-12). Patrón de consumo de hidratos de carbono, NNA migrantes últimos 30 días, según grupos etarios.

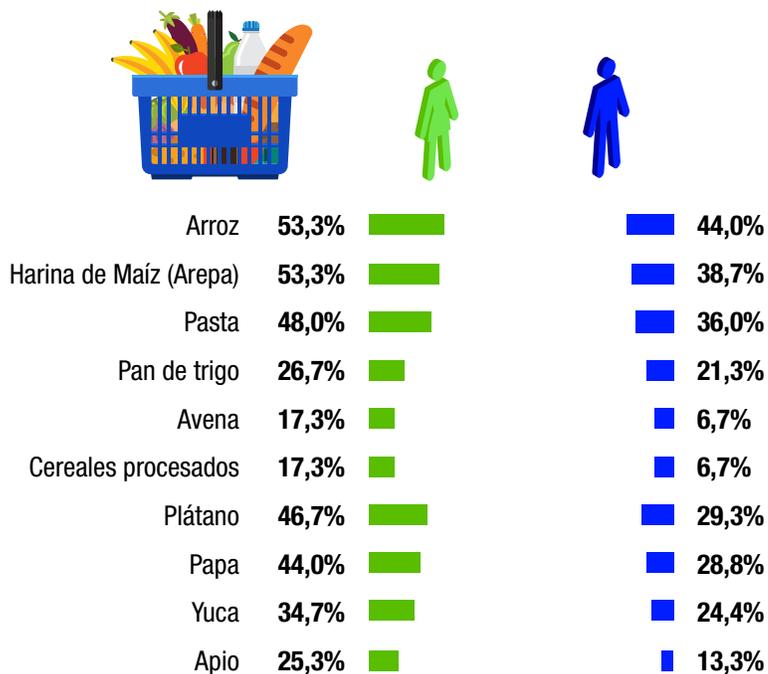
En los NNA (Figura A-13), en el grupo etario de 4 a 7 años se observa el consumo de carbohidratos más alto, en gramos/día, en los últimos 30 días; representado por la avena. Mientras el arroz fue consumido en mayor cantidad en gramos/día por los NNA entre 12 a 17 años. En cuanto a la harina de maíz (arepa) los tres grupos etarios consumieron una cantidad muy parecida; por el contrario, el consumo de plátano y papa es bajo en los tres grupos de edad.



(Figura A-13). Consumo promedio de alimentos relacionados con hidratos de carbono según grupos de edad (g/persona/día).



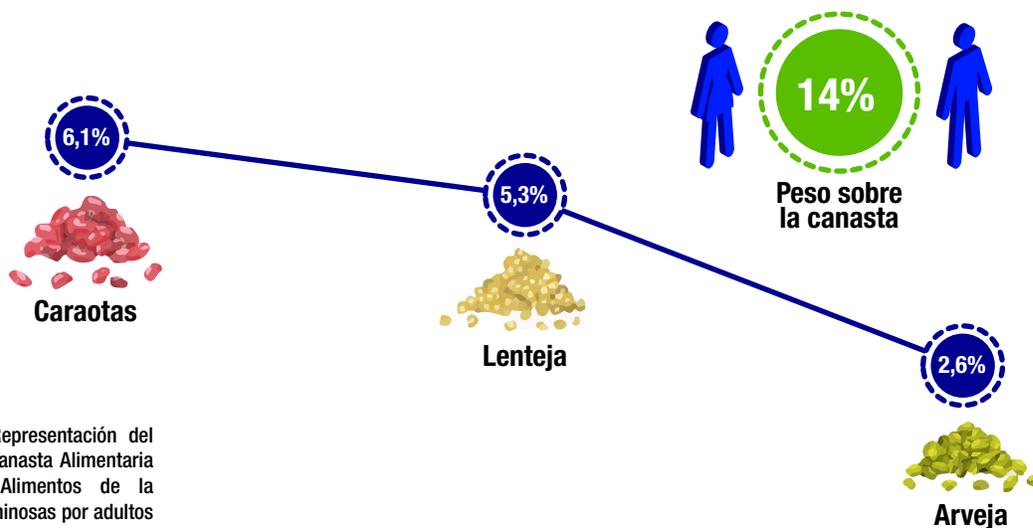
Con respecto al consumo de hidratos de carbono, en el caso de los NNA por sexo, se presenta igual situación que con los alimentos de proteína animal (Figura A-14), son las niñas las mayores consumidoras.



(Figura A-14). Consumo promedio de alimentos contentivos de hidratos de carbono (según sexo) de NNAM.

Consumo de leguminosas o proteínas de origen vegetal (adultos)

Este rubro comprende los alimentos vegetales con importante contenido de proteína como son las arvejas, lentejas y caraotas. El consumo de leguminosas por adultos en los últimos 30 días está representada en la figura A-15, donde puede observarse que el alimento de mayor consumo son las caraotas y lentejas consumidas por el 64,5% y 70,6% de los adultos, lo cual puede explicarse en parte de la población que recibe las cajas de alimentación de los Clap (Comité Local de Abastecimiento y Producción) en todo el país, pues estos alimentos están incluidos. Los Clap se refiere a un trabajo que ha venido adelantado el gobierno venezolano, mediante el cual vende a los ciudadanos, a precios regulados, alimentos de la canasta básica alimentaria; teniendo que importar gran parte de estos.

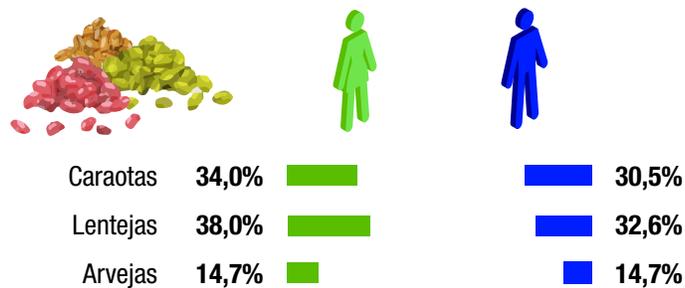


(Figura A-15). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de leguminosas por adultos migrantes, últimos 30 días.



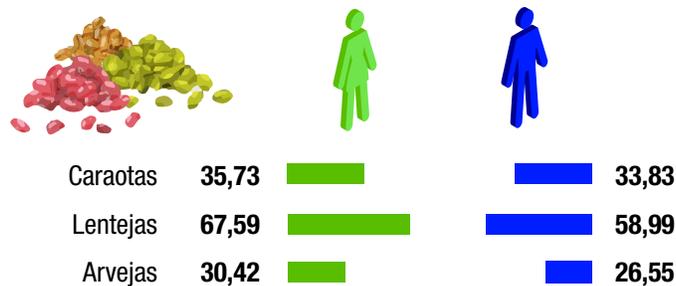
El consumo de proteína de origen vegetal, consumidos en los últimos 30 días por los emigrantes venezolanos, están representados en la figura A-16, discriminados por sexo, donde vuelve a observarse un leve mayor consumo por parte de las mujeres.

(Figura A-16). Patrón de consumo de leguminosas (proteína vegetal), adultos migrantes últimos 30 días, según sexo.



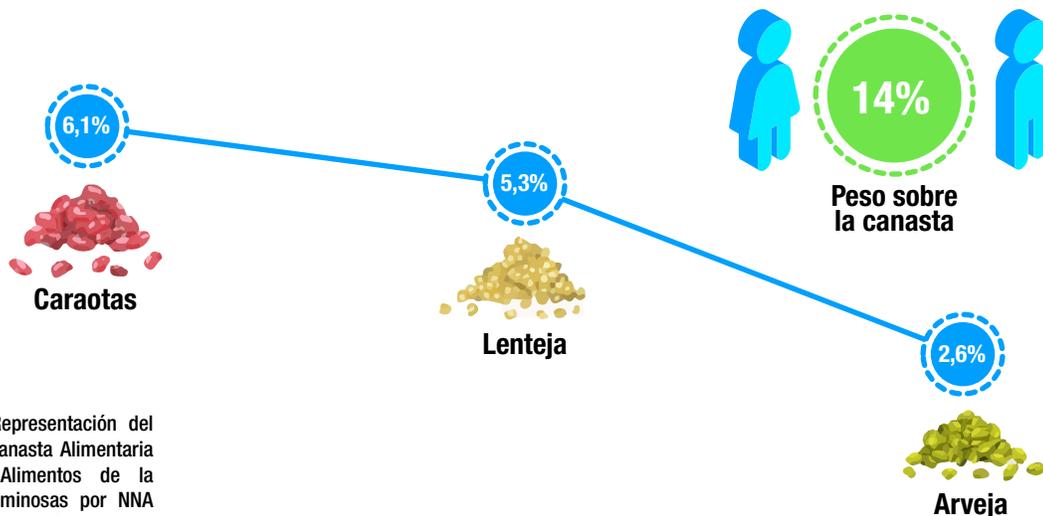
En la figura A-17, muestra que la mayor cantidad de gramos/persona/día, en cuanto a las proteínas de origen vegetal con más porcentaje de proteína, le corresponden a la mujer en los tres alimentos allí representados.

(Figura A-17). Consumo promedio de leguminosas (proteínas de origen vegetal) según sexo (g/persona/ día). Fuente: Elaboración propia.



Consumo de leguminosas o proteínas de origen vegetal (NNA)

El consumo de leguminosas por NNA en los últimos 30 días está representada en la figura A-18, donde puede observarse que el mayor consumo se encuentra en la caraota y lenteja, consumidas por el 86,7% y 74,7% de los NNA respectivamente.

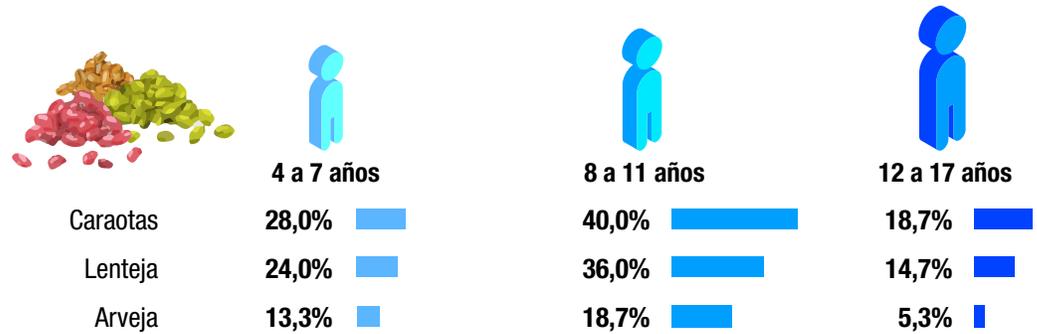


(Figura A-18). Representación del peso sobre la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos de la ingesta de leguminosas por NNA migrantes, últimos 30 días.



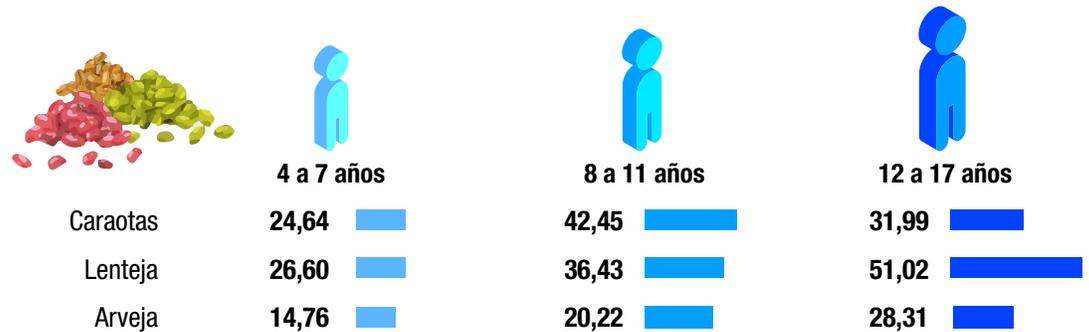
El consumo de leguminosas por NNA en los últimos 30 días (Figura A-19), muestra que el grupo etario de 8 a 11 años fueron quienes más consumieron las tres leguminosas (caraotas, lentejas y arvejas) y el grupo etario de 12 a 17 años consumieron menos.

(Figura A-19) Patrón de consumo de leguminosas (proteína vegetal), NNA migrantes últimos 30 días, según grupos etarios.



El consumo de leguminosas según gramos/persona/día, la lenteja y arveja, muestran un consumo mayor en el grupo de 12 a 17 años (Figura A-20), el grupo de NNA de 8 a 11 años consumen la mayor cantidad de gramos/día de caraotas y los más pequeños de 4 a 7 años ingirieron en todo caso la menor cantidad de estos alimentos.

(Figura A-20) Consumo promedio de alimentos relacionados con leguminosas según grupos de edad (g/persona/ día) NNA emigrantes.



Consumo de frutas (ADULTOS Y NNA)

Con relación al consumo de frutas por adultos durante los últimos 30 días, el promedio representa 2,6% en la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos; rubro que fue consumido solo por 31% de los emigrantes. Dicho consumo es mayor en las mujeres (16,5%) con respecto a los hombres (14,5%).

Mientras que el consumo de frutas por NNA en los últimos 30 días, el promedio representa 3,8% en la Canasta Alimentaria Normativa de Alimentos. Se observó que el grupo etario de 8 a 11 años son quienes ingirieron más frutas según ingesta por gramos/persona/día (182,03), seguido por el grupo etario de 12 a 17 años (79,75) y el grupo de 4 a 7 años (64,96). Observando la ingesta de frutas según gramos/persona/día según sexo, los NNA (hombres) consumieron mayor cantidad (162,4) frente a las mujeres (99,89).

Por consiguiente, según los resultados se presenta un desbalance en la ingesta de alimentos por los migrantes considerados en el estudio. Tanto los adultos como los NNA consumen en mayor cantidad hidratos de carbono, con lo cual pueden haber aumentado de peso corporal, aunque ante la poca ingesta de frutas, proteínas de origen vegetal y animal, se compromete el aporte de vitaminas y nutrientes con lo que puede complicarse su salud.



Patrón de consumo diario de alimentos de la canasta



Adultos

| Consumo | % en la cesta |
|------------------------|---------------|
| Carne de pollo | 10,2% |
| Carne de res | 13,9% |
| Carne de cerdo | 5,6% |
| Huevos de gallina | 33,1% |
| Embutidos | 16,4% |
| Bagre | 9,9% |
| Sardina fresca | 12,5% |
| Sardina enlatada | 6,4% |
| Atún fresco | 10,2% |
| Atún enlatado | 5,3% |
| Leche líquida | 29,5% |
| Yogurt | 17,7% |
| Queso | 35,7% |
| Arroz | 56,2% |
| Harina de Maíz (arepa) | 66,4% |
| Avena | 18,1% |
| Pasta | 17,8% |
| Cereales procesados | 16,8% |
| Pan de trigo | 28,3% |
| Papa | 28,0% |
| Yuca | 28,2% |
| Plátano | 30,0% |
| Apio | 31,8% |
| Caraotas | 22,3% |
| Arveja | 25,8% |
| Lenteja | 27,2% |
| Frutas | 17,0% |



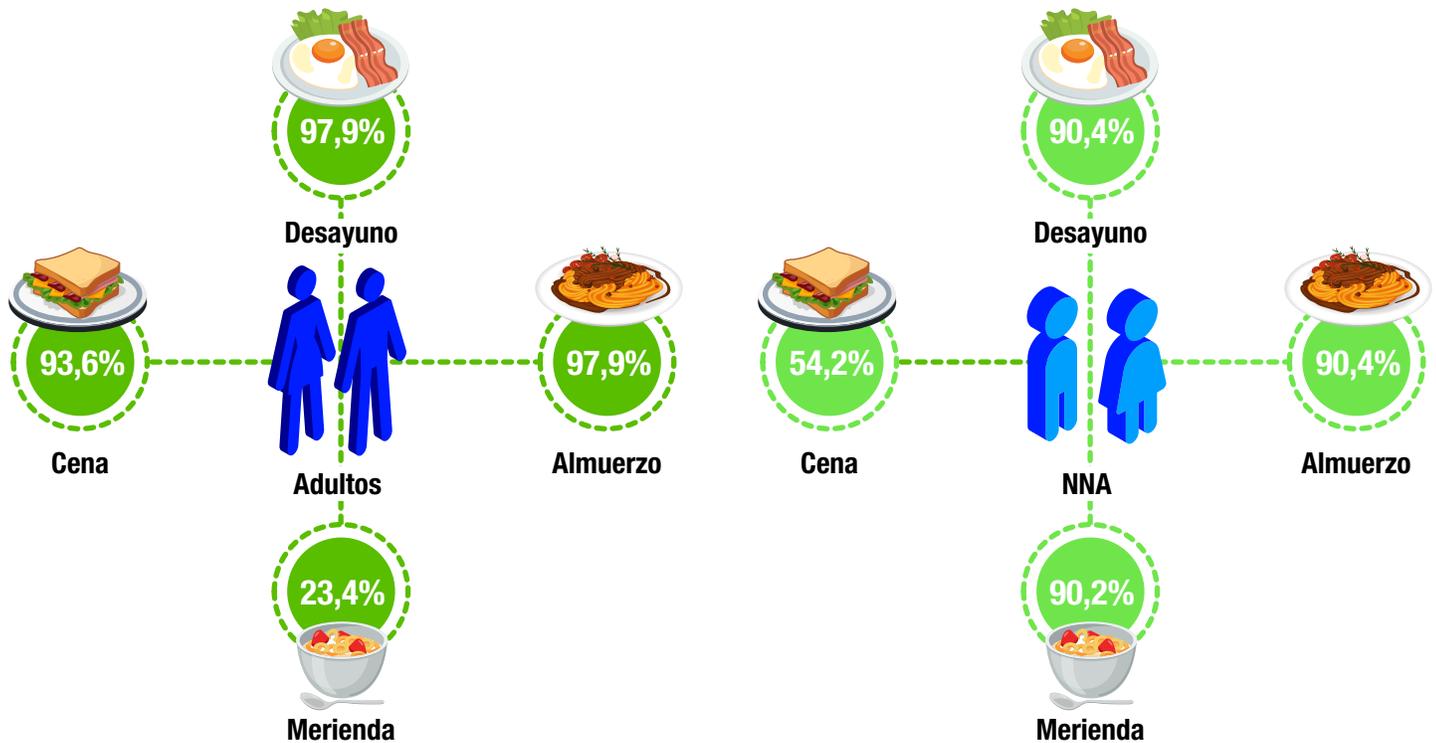
Niños, niñas y adolescentes



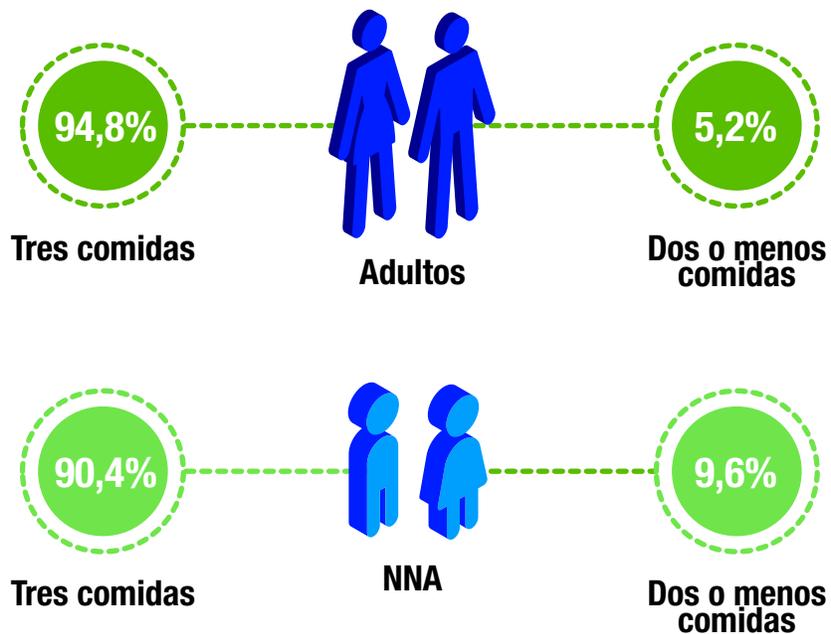
| % en la cesta | Consumo |
|---------------|------------------------|
| 4,0% | Carne de pollo |
| 3,6% | Carne de res |
| 0,0% | Carne de cerdo |
| 34,5% | Huevos de gallina |
| 0,0% | Embutidos |
| 0,0% | Bagre |
| 0,0% | Sardina fresca |
| 0,0% | Sardina enlatada |
| 0,0% | Atún fresco |
| 0,0% | Atún enlatado |
| 52,4% | Leche líquida |
| 0,0% | Yogurt |
| 41,9% | Queso |
| 45,5% | Arroz |
| 66,7% | Harina de Maíz (arepa) |
| 0,0% | Avena |
| 13,3% | Pasta |
| 0,0% | Cereales procesados |
| 50,0% | Pan de trigo |
| 21,7% | Papa |
| 29,4% | Yuca |
| 23,1% | Plátano |
| 23,1% | Apio |
| 20,0% | Caraotas |
| 21,4% | Arveja |
| 14,8% | Lenteja |
| 34,8% | Frutas |



Comidas que hacen diariamente



Distribución de participantes según el número de comidas diarias





7

Disposiciones finales

Sigue migrando la población joven de Venezuela en mayor porcentaje, favoreciéndose los demás países de una fuerza laboral joven, lo que significa un problema para la recuperación del país. Emigran venezolanos con diferentes niveles educativos, ya no es una migración calificada en mayor porcentaje, porque miles de profesionales ya se fueron del país, los que quedan planifican irse y emigran y, otros siguen luchando en Venezuela.

Un 20% de los adultos manifiestan haber estado enfermos, más del 80% indican que han tenido que recurrir al médico por haber presentado alguna dificultad de salud. Los datos demuestran que el principal problema en materia de salud es la falta de medicinas para las principales enfermedades no es posible conseguir medicamentos y quienes los encuentran no pueden comprarlos debido al alto costo; representando esta situación una vulneración a su derecho a la salud. La falta de medicinas ocurre en todo el país, no es una cuestión de un estado o región en particular.

54

Adicionalmente, no se cuentan con seguro privado, por lo cual más del 85% de los migrantes tienen que recurrir a instituciones de salud pública, lo que implica una mayor vulneración al derecho a la salud, por las condiciones de deterioro del actual sistema de salud público.

En el caso de los menores de edad, es grave que un porcentaje de estos no inicien o continúen sus estudios al llegar al país de acogida, pues serían menores no escolarizados a los cuales se le vulnera su derecho a la educación. En su mayoría son menores sanos, y aquellos que han estado enfermos, fueron atendidos por médicos y consumieron sus medicamentos. Sin embargo, existen menores de edad que no han podido recibir su tratamiento médico por el alto costo o no encuentran los medicamentos.

Es necesaria y urgente una acogida humanitaria para los migrantes venezolanos, muchos de ellos migran con un estado de salud inadecuado, donde se evidencia la necesidad de acceder a atención médica, medicinas y una alimentación balanceada. La inestabilidad en la oferta de alimentos que experimenta Venezuela en los últimos años se ha profundizado llegando a niveles de crisis aguda durante el 2018 y el primer trimestre del año en curso.

Existe una situación precaria en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, adecuación y abastecimiento de alimentos que supla las necesidades de la población venezolana, acentuada desde el año 2015.

La suma de estos aspectos ha afectado seriamente el inventario que garantizaba la distribución de alimentos en el ámbito nacional, en el tiempo adecuado, de tal manera que los supermercados y expendios carecen de los alimentos para la venta. En cuanto al consumo por parte de los adultos, de alimentos que proveen: proteína animal, los más consumidos fueron: los huevos de gallina y el queso y el menos consumido fue el yogurt y la ingesta de proteína animal representa el (43,5%) del peso total sobre la canasta normativa. La organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda entre (40-70), gramos de proteína/persona/día, para hombres y mujeres adultos. En este caso, la sardina fresca, el atún enlatado y la leche se ubican en el límite inferior establecido por la OMS. Los demás alimentos proveedores de proteína animal, no se acercan al límite inferior. Lo que permite concluir que hay muy poco consumo de proteína animal.

Con respecto a la proteína vegetal, están representadas por el consumo de las leguminosas y las más consumidas fueron: lentejas, caraotas y arvejas. Estos alimentos representan 13,8% del peso sobre la canasta alimentaria normativa. Tomando en cuenta que las mujeres pueden consumir entre (50-63) g/día de proteína vegetal según límites sugeridos por la OMS, están por encima del consumo, con las lentejas (67,59 g/día); en el caso de los hombres, el consumo de proteína vegetal está dentro de los límites establecidos (63-74 g/día) por la OMS



Los hidratos de carbono representan el 40,1% sobre la canasta normativa. En este caso, los alimentos más consumidos fueron: el arroz y la harina de maíz. La OMS, recomienda para hombres y mujeres un consumo mínimo por g/persona/día entre (120-130 g) para mantener las funciones vitales, en este caso tanto los hombres como las mujeres sobrepasan los límites establecidos al consumir: 167,91 y 174,86 gramos de arroz al día, respectivamente. Los demás productos alimenticios proveedores de carbohidratos, están por debajo del rango establecido por la OMS, no superan los 90 gramos.

La mujer tiene el más alto porcentaje de consumo con respecto al hombre, en alimentos que poseen proteína animal, proteína vegetal, carbohidratos y frutas. Estas últimas consume el 16,5%, mientras que el hombre el 14,5%. Las frutas representan el 2,6% del peso sobre la canasta normativa y fueron consumidas solo por el 31,0% de los emigrantes adultos.

Un exceso de hidratos de carbono en la alimentación habitual incrementa progresivamente el peso corporal. Pues son una fuente energética y su exceso es transformado y acumulado por el organismo en forma de grasas.



8 Referencias

Abu-Warda, N. (2007). Las migraciones internacionales. *Ilu, Revista de Ciencias de las Religiones*, 33-50. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/ILUR/article/viewFile/ILUR0707550033A/25848>

Bermúdez, Y., Mazuera Arias, R., Albornoz Arias, N., Morffe Peraza, M.A. (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]. San Cristóbal: Venezuela: Servicio Jesuita a Refugiados (SJR) de Venezuela. Recuperado de <https://cpalsocial.org/documentos/570.pdf>

Bunton, R. y McDonald, G. (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Londres: Routledge.

Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990) en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Documento en línea] [Consultado el 3 de febrero de 2019]. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8025.pdf>

56

CENDA. Canasta Alimentaria (2018). El salario mínimo vigente desde el 01 de septiembre de 2018 era de 1.800 Bolívares Soberanos (BsS), y el costo de la Canasta Alimentaria se estimaba para octubre de 2018 en 22.515,79 BsS, el cual había aumentado 84,4% respecto de su costo el mes anterior. [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de: <http://cenda.org.ve/noticia.asp?id=179>

Coalición de organizaciones por el derecho a la salud y a la vida, CODEVIDA (2018). Informe sobre la situación del Derecho a la Salud de la población venezolana en el marco de una Emergencia Humanitaria Compleja. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999).

Contandriopoulos, A. P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de Salud. *Ruptures Revista Interdisciplinaria de Salud*, 11(1), pp. 86-99.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Asamblea General. Resolución 34/180. Entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27 (1). [página en internet] [consultado 3 de marzo de 2019]. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

Convención sobre los Derechos de los discapacitados y su protocolo facultativo (2006). [página en internet] [consultado 3 de marzo de 2019] Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Convención sobre los Derechos del Niño (1990). Adoptada por la Asamblea General. Resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. [Página en línea] [Consultado 3 de marzo de 2019]. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>

Córdova A., R. (2012). Rutas y dinámicas migratorias entre los países de América Latina y el Caribe (ALC) y entre ALC y la Unión Europea. Bruxelles: OIM. Disponible en: http://publications.iom.int/bookstore/free/Rutas_Migratorias_Final.pdf (2014-25-05).

Crónica Uno: “Ministro de Alimentación señala que hay 16% de abastecimiento de 50 rubros básicos”. 27 de junio de 2018. [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019]. Recuperado de: <http://cronica.uno/ministro-alimentacion-senala-hay-16-abastecimiento-de-50-rubros-basicos/>

De Zubiría, N. y Balen, M. (2018). Vacíos de Protección y Delineación de una Política Migratoria Justa: A Propósito de la Crisis Colombo-venezolana. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/37904/TESIS%20CORREGIDA%20Documento%20final%20BALEN%20Y%20DE%20ZUBIRIA%20copia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Delgado de S., Y. y Abellana Ch., M. (2009). Venezuela y migración: el trabajo como agente de cambio. *Anuario*, 32, 227-244. Recuperado



de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc32/art8.pdf>

Hernández et al (2017). Estudio Venezolano de Nutrición y Salud: Consumo de energía y nutrientes. Grupo del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud; 30(1), 17-37.

HumanRightsWatch (2018). El Éxodo Venezolano. Urge una respuesta regional ante una crisis migratoria sin precedentes. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.hrw.org/es/report/2018/09/03/el-exodo-venezolano/urge-una-respuesta-regional-ante-una-crisis-migratoria>

Informe de la Asamblea Nacional (2018): Inflación de noviembre se ubicó en 144,2%. [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de: http://www.el-nacional.com/noticias/economia/asambleanacional-inflacion-noviembre-ubico-1442_262825

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015-2016) Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. ENCA 2015, Caracas. 2016.

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos, ESCA, Venezuela, Primer semestre 2014. [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/ConsumodeAlimentos/pdf/informeEsca.pdf>.

Landaeta-Jiménez M, Herrera-Cuenca M., Ramírez G. y Vásquez M. “La Alimentación y nutrición de los venezolanos”, en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI, 2015). [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2016/1/art-4/>

Landaeta-Jiménez M, Herrera-Cuenca M., Ramírez G. y Vásquez M. “La Alimentación de los venezolanos”, en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI, 2014). [Documento en internet] [Consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de: <https://encovi.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ucv-ucab-usb-encovialimentacion-2017.pdf>

Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Ramírez G, Vásquez M. (2016). “La Alimentación de los Venezolanos”, en Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016. Anales Venezolanos de Nutrición 2017; 30(2): 99 - 111. Recuperado de: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2017/2/art-4/>

Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez G. (2016b). “La alimentación de los venezolanos”, en: Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI 2016. Freitas A (coord.). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Colección Visión; pp. 51-75. Disponible en:

<https://encovi.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/encovi-2016-venezuela-lacaída-sin-fin-hasta-cuando.pdf>

Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Alimentaria. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.889 del 30 de julio de 2008: Venezuela.

Massey, D. S. (1988). International Migration and Economic Development in Comparative Perspective. *Population and Development Review* 14 (3), 383–414.

Observatorio Venezolano de la Salud (OVS) y Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición (2018). Informe conjunto sobre la situación del Derecho a la Salud y Alimentación en Venezuela. Fecha de la consulta: 07 de febrero de 2019. Recuperado de <https://www.ovsalud.org/noticias/2018/situacion-derecho-salud-qlimentacion-venezuela/>

OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” [documento en línea]. Tratados multilaterales, Washington DC: OEA. Departamento de Derecho Internacional, 1988 [consultado el 5 de febrero de 2019]. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

OIM (2018). Organización Mundial para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo, 2018.

Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (2003). “El derecho a la alimentación”. Informe del Relator Especial E/CN.4/2003/54 [página en internet] [consultado el 5 de febrero de 2019]. Recuperado de:

http://www.observatoriopoliticasocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=776&Itemid=319



Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general [documento en internet] [consultado el 3 de marzo de 2019].

Organización de las Naciones Unidas (2005). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y La Cultura (UNESCO). Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All, Paris. UNESCO.

Organización de las Naciones Unidas (2016). Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016.

Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Fecha de la consulta: 03 de febrero de 2019]. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO (2005). Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional. Roma. 42 pp. [documento en línea] [consultado el 3 de febrero de 2019]. Recuperado de: http://www.fao.org/fileadmin/templates/righttofood/documents/RTF_publications/ES/RightToFood_Guidelines_ES.pdf

58

Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2006). Derecho Internacional sobre Migración N°7 - Glosario sobre Migración.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
OVV (2018). Informe Anual de Violencia 2018. Observatorio Venezolano de Violencia. [documento en línea] [consultado el 3 de febrero de 2019]. Recuperado de: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/ovv-lacso-informe-anual-de-violencia-2018/>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Resolución 2200 A (XXI). “El derecho a una alimentación adecuada” (artículo 11º) [página en línea] [consultado 3 de marzo de 2019]. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Primer Plan Socialista, Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013 [consultado el 3 de marzo de 2019] Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos92/proyecto-simon.../proyecto-simonbolivar.sht>.
Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA). La salud es un Derecho Humano. [documento en línea] [consultado el 13 de febrero de 2019]. Recuperado de <https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/Derecho-a-la-salud.pdf>

Protocolo en la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África (2003). XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, [documento en línea] [consultado el 3 de febrero de 2019]. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf?view=1>

Red Internacional para los derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N° 12: “El derecho a una alimentación adecuada” (artículo 11º). Recuperado de: <http://www.escr-net.org/docs/i/425978> [documento en línea] [consultado el 3 de marzo de 2019].

República Bolivariana de Venezuela, Constitución (1999). Gaceta Oficial N° 36860. 30 de diciembre de 1999. Asamblea Nacional Constituyente, Caracas.

República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA). Gaceta Oficial N° 5859 (Extraordinaria) del 10 de diciembre de 2007. Asamblea Nacional. (Ley en línea). Fecha de la consulta: 01 de febrero de 2019. Recuperado de <http://www.mp.gob.ve/LEYES/Ley%20Org%C3%A1nica%20para%20la%20Protecci%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os,%20Ni%C3%B1as%20y%20Adolescentes/28.%20Ley%20Org%C3%A1nica%20para%20la%20Protecci%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os,%20Ni%C3%B1as%20y%20Adolescentes.html>



Santoro-Lamelas, Valeria (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional *Revista Salud Pública*. 18 (4): 530-542. [documento en línea] [consultado el 8 de febrero de 2019]. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47854> <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n4/v18n4a03.pdf>

Segundo Plan Socialista, Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación. [documento en línea] [consultado el 3 de marzo de 2019]. Recuperado de: https://www.academia.edu/23388877/Segundo_Plan_Socialista_de Desarrallo_Econ%C3%B3mico_y_Social_de_la_Naci%C3%B3n_20132019_Publicado_en_Gaceta_Oficial_de_la_Rep%C3%ABlica_Bolivariana_de_Venezuela_N_o_6.118_Extraordinario_4_de_diciembre_de_2013_Plan_de_la_Patria.

Seth B Y Goldsmith, S B (1975). "The Status of Health Status Indicators. *Health Service Reports*, 87(3), 212-220.
Sutcliffe, B. (s.f.). "Nacido en otra parte. Un ensayo sobre la migración internacional, el desarrollo y la equidad. Universidad del País Vasco. Hegoa. [documento en línea] [consultado el 3 de febrero de 2019] Recuperado de: http://www.bantaba.ehu.es/obs/files/view/Nacido_en_otra_parte_Parte_1.pdf?revision_id=54745&package_id=54707

Van der Laat, C. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas. [documento en línea] [consultado el 3 de marzo de 2019]. Recuperado de http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Índice

| Capítulo | Pág. |
|---|------|
| Introducción | 4 |
| Las migraciones internacionales | 6 |
| La migración forzada | 8 |
| El derecho a la salud | 9 |
| El Derecho a la alimentación en Venezuela | 12 |
| Metodología | 17 |
| Resultados | 20 |
| Perfil sociodemográfico del emigrante venezolano | 20 |
| Características de Salud del Adulto | 29 |
| Características de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes | 34 |
| Características de la alimentación de los emigrantes venezolanos | 40 |
| Disposiciones finales | 54 |
| Referencias | 56 |



Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana

Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana

[11 al 21 de febrero de 2019]



Abril de 2019



Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana

Realidades de quienes emigran por la frontera colombo venezolana
[11 al 21 de febrero de 2019]



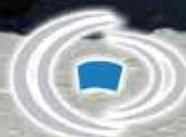
JRS

Servicio Jesuita a Refugiados

Venezuela

acompañar • servir • defender

ODISEF
Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera



Fundación Centro
GUMILLA

UCAT



**UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR**