



REPORTE SOBRE EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRANSFRONTERIZA EN SALUD

I. Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud, Perú

Orden de trabajo 1, IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID

Mayo 2022

Este documento fue elaborado para su revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development, USAID). Su elaboración estuvo a cargo del Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud (Local Health System Sustainability, LHSS) bajo la contratación gubernamental IDIQ (entrega indefinida – _cantidad indefinida) de Sistemas Integrados de Salud de USAID.

Local Health System Sustainability Project

El Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud (LHSS) bajo la contratación gubernamental IDIQ (entrega indefinida – _cantidad indefinida) de Sistemas Integrados de Salud de USAID brinda ayuda a los países de ingresos bajos y medianos en su transición hacia sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar el acceso a una cobertura médica universal. El proyecto trabaja con países socios y partes interesadas locales a fin de reducir los obstáculos financieros de atención y tratamiento, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Bajo la dirección de Abt Associates, el proyecto de cinco años y de 209 millones de dólares desarrollará capacidades locales para sostener el sólido funcionamiento del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y prosperidad.

Presentado a: Scott Stewart, COR

Office of Health Systems

Bureau for Global Health

Jaime Chang, Especialista en Salud Pública

Oficina de Programas de Migración Regional de Venezuela

USAID/Perú

USAID Contract N°: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Cita recomendada: Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. Mayo 2022. *Reporte sobre el intercambio de información transfronteriza en salud*. Rockville, MD: Abt Associates.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	I
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	II
ACRÓNIMOS	III
NOTA DE POLITICA	I
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO DEL ESTUDIO	4
3. METODOLOGÍA	5
4. SITUACIÓN DE VIH EN VENEZUELA Y EN LOS PAÍSES EN LA RUTA MIGRATORIA	6
4.1 VENEZUELA	7
4.2 COLOMBIA.....	10
4.3 ECUADOR.....	13
4.4 PERÚ	14
4.5 BOLIVIA.....	16
4.6 CHILE.....	17
5. MARCO NORMATIVO Y CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SI) EN LOS PAISES DE LA REGIÓN	18
5.1 VENEZUELA.....	18
5.2 COLOMBIA	20
5.3 ECUADOR.....	22
5.4 PERÚ	25
5.5 BOLIVIA.....	27
5.6 CHILE	28
5.7 RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES DE LA RUTA MIGRATORIA	30
6. OPORTUNIDADES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRANSFRONTERIZA EN SALUD	33
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
8. REFERENCIAS	41
9. ANEXOS	47

Lista de Tablas y figuras

Tabla 1. Tabla resumen de situación regional de VIH	6
Tabla 2. Número de personas en tratamiento Antirretroviral en Venezuela por sexo y grupos de edad, corte 2021	9
Tabla 3. Tratamiento antirretroviral en Venezuela.....	10
Tabla 4. Condiciones para el intercambio de información.....	7
Tabla 5. Tabla resumen de sistemas de Información	32
Figura 1. Casos de VIH diagnosticados en Venezuela en el periodo 1982-2021, informe según el informe GAM de 2020	7
Figura 2. Cobertura del tratamiento antirretroviral en Venezuela en el periodo 2009-2020	8
Figura 3. Número de venezolanos en Colombia por año, en el periodo 2014-2021	11

ACRÓNIMOS

ACCSI	Acción Ciudadana Contra el Sida
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AHF	Aids Healthcare Foundation
CAC	Cuenta de Alto Costo – Colombia
CCF	Cajas de Compensación Familiar – Colombia
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CDVIR	Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia – Bolivia
Cemsida	Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Nacional de Estadística de Colombia
DEM	Departamento de Extranjería y Migración de Chile
DHIS2	District Health Information Software version 2
DIGEMIG	Dirección General de Migración de Bolivia
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios – Colombia
EPHR	Expediente electrónico de historia clínica Electronic Personal Health Record
ETPV	Estatuto Temporal de Protección - Colombia
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
FM	Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GAM	Informe de Monitoreo Global del SIDA (Global Aids Monitoring)
GCTH	Grupos de Coordinación Técnica Horizontal
GIFMM	Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos
HISMINSA	Sistema de Información de Salud MINSA – Perú
HL7	Health Level 7
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas – Chile
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud – Colombia
LHSS	Proyecto de Sostenibilidad del Sistema Local de Salud Local Health System Sustainability Project
MINSA	Ministerio de Salud de Perú
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Netlab	Sistema de información de laboratorios de salud pública – Perú
OBIMID	Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana
OBS MyS	Observatorio de Migración y Salud – Chile
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONMS	Observatorio Nacional de Migración y Salud - Colombia
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
PAIWEB	Programa Ampliado de Inmunizaciones Web – Colombia
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social – Bolivia
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial
PEP	Permiso Especial de Permanencia -Colombia
PPT	Permiso por Protección Temporal -Colombia
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud – Ecuador
PROSUR	Foro para el Progreso e Integración de América del Sur
PVVS	Personas que Viven con VIH/SIDA
R4V	Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
RECHISAM	Red Chilena de Investigación y Migración
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - Colombia
RMRP	Plan de Respuesta a Refugiados y Migrantes
SELA	Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIBO	Sistema de Gestión y Distribución de Medicamentos e Insumos Médicos Simón Bolívar – Venezuela
SIDRA	Sistema de Información de Redes Asistenciales
SIMAULE	Sistema de Información de Salud Maule – Chile
SIMONE	Sistema Informático de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Bolivia
SIS	Seguro Integral de Salud – Perú
SISCO SSR	Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva - Colombia

SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social - Colombia
SIVE	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica de Ecuador
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – Colombia
SUIS	Sistema Único de Información en Salud – Venezuela
TARV	Tratamiento Antirretroviral
UAI	Unidades de Atención Integral
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional United States Agency for International Development
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

NOTA DE POLITICA

Con el objeto de contribuir a facilitar la continuidad de cuidado de los migrantes que viven con VIH, hemos evaluado las políticas, regulaciones y prácticas de los sistemas de información en salud de los países de la ruta migratoria (que inicia en Venezuela e involucra a Colombia, Ecuador, Perú, Chile y Bolivia) así como las iniciativas existentes de agencias supranacionales y ONG para el uso y transferencia de datos en salud entre países.

De dicha evaluación podemos resaltar lo siguiente:

- Existen diversas barreras en los países de la ruta migratoria, que dificultan el intercambio de información transfronteriza:
 - Hay diferentes grados de digitalización de los registros de información clínica de los pacientes. En varios países esta digitalización es aún incipiente, manteniéndose registros en papel.
 - En la mayoría de los países, los sistemas de información no están integrados al interior de sus diferentes niveles, tipos de servicios y/o geográficamente, lo que limita la interoperabilidad tanto dentro del país como potencialmente hacia fuera.
 - Todos los países tienen normatividad de Habeas Data, lo que dificulta la transferencia da través de fronteras.

El camino para resolver estas limitaciones y operativizar acuerdos formales de intercambio de información entre los países es complejo y éstos suponen esfuerzos de largo plazo. Complementariamente, se requiere pensar en una alternativa a corto plazo.

- Otro factor que dificulta la continuidad de tratamiento entre países es la falta de homologación en los esquemas de tratamiento de VIH entre los países. Existe una iniciativa promovida por la OPS para que los países de la región adopten y universalicen el TLD como su esquema de primera línea.
- Los espacios regionales y subregionales, como el ORAS-CONHU y el Proceso de Quito tienen dentro de sus planes de acción acuerdos para facilitar el intercambio de información de migrantes y así asegurar la continuidad de tratamiento, pero a la fecha se ha registrado escaso avance en estas líneas.
- Existen iniciativas de los Organismos y Agencias de Cooperación para el intercambio de información de salud entre fronteras, las cuales todavía se encuentran en etapas de evaluación o implementación piloto, que darán información sobre la factibilidad de implementación de éstas en los países de la región.
- También se ha encontrado un sistema de intercambio de información clínica de migrantes con VIH entre países, funcionando en una red de prestadores privados (AHF).

Ante esta situación, dadas las limitaciones encontradas para el intercambio formal de información entre los países, se debe reorientar el foco de este esfuerzo en facilitar la continuidad del cuidado de los migrantes con VIH a través de fronteras, teniendo como centro a las personas que viven con VIH y se movilizan a otro país. Con este enfoque se recomienda:

- Explorar estrategias de portabilidad de la información clínica por los mismos migrantes con VIH, como en celulares, correos electrónicos, o soluciones de M-Health, que puedan ser implementadas en el corto plazo. De esta manera la información clínica necesaria para el cuidado del paciente llegaría directamente, a través del mismo paciente, de un profesional tratante en el lugar de origen a otro en el lugar de llegada.
- Avanzar en la homologación de tratamiento en los países de la región. De esta manera se facilita la continuación de esquema de tratamiento, lo que aumenta la adherencia al mismo, reduciendo abandonos y, por ende, la transmisión.
- Garantizar acceso irrestricto al tratamiento a los migrantes que viven con VIH en los países de la ruta migratoria. Este acceso no sólo beneficia a los migrantes, sino reduce el riesgo de incrementar la transmisión en la población de acogida
- Consensuar una visión de lo que se podría lograr, razonablemente, en el corto plazo, para lo cual se recomienda:
 - Elaborar una hoja de ruta que detalle los pasos a seguir, las responsabilidades y los plazos estimados en cada etapa.
 - Conformar un subgrupo de trabajo que podría estar en el GCTH con el apoyo técnico de ONUSIDA y otras agencias, quien lideraría este trabajo y haría seguimiento a la implementación.
 - Luego convocar un grupo de organismos de cooperación técnica y financiera para apoyar la implementación de la mencionada Hoja de Ruta.
- Compartir dicha hoja de ruta con el grupo de trabajo de VIH del Proceso de Quito, creado específicamente para atender la problemática de la migración venezolana y conformado por las cancillerías de los países, para que pueda gestionar soporte gubernamental al interior de los países
- Como una alternativa de mediano plazo, se recomienda a las agencias supranacionales y organizaciones intergubernamentales subregionales, seguir de cerca los resultados de estudios y de los pilotos que se están implementando en la región para el intercambio de información transfronteriza en salud, (como el implementado por OIM Ecuador), con la finalidad de poder promover y apoyar la implementación, en mayor escala, de las estrategias más viables y promisorias en los países de la ruta migratoria.

I. INTRODUCCIÓN

El éxodo venezolano ha sido catalogado como uno de los fenómenos migratorios más importantes en la historia reciente de América Latina por su magnitud. Venezuela es el segundo país, después de Siria, con el mayor número de emigrantes (Torrado, 2021). Según cifras de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), al 5 de abril de 2022, se registran en el mundo 6113035 migrantes y refugiados venezolanos, de los cuales 5063560 se encuentran en América Latina y el Caribe, es decir el 82,8% del total de migrantes en el mundo. De este total, en Colombia (1,8 millones), Ecuador (513 900), Perú (1,3 millones), Bolivia (12 400) y Chile (448,100) se encuentra un total de 4114400, lo que supone el 81,3% del total de migrantes procedentes de Venezuela en América Latina y el Caribe y, más aún, el 67% del total de migrantes venezolanos en el mundo. En este contexto, el número de migrantes en la región representa un desafío importante para los países de acogida en términos de inclusión y protección del derecho y acceso la salud, entre otros.

La falta de servicios de salud y de atención médica en su país de origen, sumada a los riesgos que se enfrentan en el trayecto a los países receptores, incrementan la vulnerabilidad en salud de los migrantes. Esto supone un desafío importante para los países de acogida, que, en el marco del ORAS-CONHU aprobaron el Plan Andino de Salud para personas migrantes (2019-2022) a fin de “incrementar los esfuerzos conjuntos para abordar este tema bajo el enfoque de derechos humanos y la relevancia de realizar acciones que mejoren la vigilancia y el monitoreo de la salud, el acceso a los servicios garantizando la protección integral de la salud”¹.

Ahora bien, debido a la escasez de pruebas diagnósticas y ausencia de medicamentos en Venezuela, las personas que viven con el virus VIH/SIDA, enfrentan un mayor riesgo de complicaciones y muerte por esta enfermedad. Esta es una de las causas por las cuales esta población migra en busca de acceder a tratamiento y mejorar su calidad de vida. En ese sentido, es un reto para los países receptores fortalecer las rutas de atención que propicien el acceso, a los servicios de salud, de la población migrante procedente de Venezuela (que incluye a población retornada, población pendular, población en tránsito y con vocación de permanencia, población indígena transfronteriza, entre otras caracterizaciones).

Con el fin de coordinar esfuerzos para la protección de los migrantes en América Latina, en el 2018 se creó la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V). La misión de esta iniciativa es articular una respuesta coordinada de la región ante la crisis migratoria, la cual incluye acciones que buscan mantener y priorizar los servicios de prevención del VIH por parte de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, el Caribe y Centroamérica. (OPS/OMS y ONUSIDA, 2021).

Por otro lado, la Declaración Conjunta de la VI Reunión Técnica Internacional sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región², en su literal f, acuerda “Actualizar un formulario con indicadores elaborados por ONUSIDA, a fin de recoger el estado actual de la región en materia de VIH-SIDA en consulta con las autoridades nacionales respectivas” (p. 3), con lo cual se podrán fortalecer los sistemas de información epidemiológica para el control de la infección y la protección a la salud de la población. Para estos efectos, ONUSIDA cuenta con

¹ Disponible en: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN_DE_SALUD_MIGRANTES_2019.pdf

² Elaborado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, ACNUR, OIM y el Proceso de Quito.

indicadores para el Monitoreo Global del Sida (GAM³, por sus siglas en inglés) que se consignan en reportes periódicos a nivel mundial presentados por país.

En la VII Declaración del Proceso de Quito⁴ se señala la necesidad de realizar acciones que garanticen el acceso a los servicios de salud para tratamientos antirretrovirales, tales como la elaboración de estudios de vigilancia y la realización de diagnósticos rápidos para migrantes y refugiados. Asimismo, es vital generar campañas de sensibilización contra el estigma y la discriminación a la población venezolana con VIH (Zoni, 2021).

El fenómeno migratorio venezolano ha configurado desafíos en los diferentes países receptores en la región y, especialmente, en la inclusión de la población migrante procedente de Venezuela en los sistemas de salud de cada país para garantizar su protección mediante el acceso efectivo a los servicios de salud. Los migrantes venezolanos, en su mayoría, presentan una condición de vulnerabilidad que se ve incrementada para aquellas personas que viven con VIH y otras comorbilidades.

Este estudio surge de la necesidad de asegurar la continuidad de tratamiento para el VIH de los migrantes al moverse entre los países de la región. Para ello, además de hacer una revisión documental y del marco normativo y acuerdos internacionales para el intercambio de información transfronteriza de los registros clínicos en población migrante con VIH, se analizó la epidemia de esta enfermedad en los 6 países de la región, con énfasis en población migrante. Este análisis consideró las características de los sistemas de información y registros clínicos de población migrante venezolana que vive con VIH, y las condiciones, oportunidades y limitaciones para propiciar dicho intercambio de información relacionada con los registros clínicos entre los países.

Lo anterior permitirá a los países revisar y evaluar las diferentes alternativas, escenarios y recomendaciones a fin de facilitar el intercambio de información necesario para el personal asistencial que atiende a la población migrante venezolana que vive con VIH en los diferentes países de la región.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Conocer el estado actual de las políticas, regulaciones y prácticas de los sistemas de información en salud de los países de la ruta migratoria (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile).

Identificar iniciativas existentes de agencias supranacionales y ONG para el uso y transferencia de datos en salud entre países, con énfasis en VIH.

Proponer recomendaciones a los Ministerios de Salud y agencias supranacionales acerca de posibles escenarios o alternativas con el fin de implementar un flujo de información sobre VIH y

³ GAM: *Global Aids Monitoring*. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

⁴ El Proceso de Quito es “el nombre que se le ha dado a las reuniones y compromisos establecidos entre países de América Latina para coordinar la respuesta a la crisis migratoria venezolana. [el cual tiene como propósito] intercambiar información y buenas prácticas, con miras a articular una coordinación regional con respecto a la crisis migratoria de ciudadanos venezolanos en la región” (página web del Proceso de Quito. Disponible en: <https://www.procesodequito.org/es/que-hacemos>)

otros servicios prioritarios de atención (como los de tuberculosis) ofertados en los centros de salud a lo largo de la ruta migratoria.

3. METODOLOGÍA

El estudio se diseñó sobre una metodología cualitativa, y se desarrolló en tres fases que permitieron, en el contexto del fenómeno migratorio venezolano de los últimos 7 años, la construcción de un análisis de la situación del VIH, el estado de los sistemas de información en salud de los países de la región (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile) y los mecanismos de captación de registros clínicos y transferencia de información de salud (vigilancia epidemiológica, programas de prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y otros) entre países, con un énfasis en VIH en población migrante venezolana.

Estas fases fueron:

1. Revisión documental: Consistió en la recolección y análisis de documentos que dan cuenta del fenómeno migratorio, la situación de la epidemia de VIH en la región, el estado de los sistemas de información en salud de los países de la región, así como los mecanismos de transferencia de los registros clínicos y de información sobre VIH y migración. Esto se llevó a cabo mediante el análisis textual de los documentos recolectados (Satriano, 2000).
2. Entrevistas con actores clave (Anexo I: listado de entrevistas), las cuales permitieron comprender mejor el fenómeno migratorio, la situación del VIH en la región, en especial en la población migrante, los sistemas de información sobre VIH y migración, así como los mecanismos de transferencia de información sanitaria entre los países de la región. Los datos recabados en esta fase fueron sistematizados en una matriz, la cual permitió su posterior análisis y presentación de forma narrativa. De este modo, los resultados permitieron nutrir el análisis de situación desde la perspectiva de los actores involucrados
3. Fase de análisis de la información recolectada en las fases anteriores, el cual permitió establecer cuadros resumen de la situación del VIH en la población migrante y de los sistemas de información, las plataformas electrónicas de la historia clínica, los registros clínicos, los desarrollos computacionales y la interoperabilidad en cada país. De ello, surgieron algunas conclusiones y recomendaciones para mejorar el intercambio de información transfronteriza y así, propiciar mejores condiciones para propiciar la continuidad del tratamiento a la población migrante con VIH en los países de la región. Estas se exponen al final de este reporte.

4. SITUACIÓN DE VIH EN VENEZUELA Y EN LOS PAÍSES EN LA RUTA MIGRATORIA

A continuación, se presenta el cuadro resumen de la situación del VIH en los países de la región y las principales conclusiones que surgen de esta información. Se hace énfasis en la población migrante cuando se cuenta con dicha información en el país respectivo.

Tabla 1. Tabla resumen de situación regional de VIH

	Tabla de Resumen de situación de VIH							
	Estimado de personas con VIH	Prevalencia VIH población general	Personas recibiendo tratamiento en el país	Tasa de Nuevos Dx (por cada 100.000 habitantes)	Número estimado de personas migrantes con VIH	Prevalencia VIH en población migrante venezolana	Número de migrantes que reciben tratamiento	Esquemas de tratamiento aprobados
Venezuela [1]	98.347	0,53%	≈ 60.000	13	No Aplica	No Aplica	No Aplica	TLD; TDF; 3TC; DTG; ABC;
Colombia [2]	163.000	0,50%	127.000	21,7	14.000	0,80%	5.000-ONG - 2.376 Ministerio	Dolutegravir; Efavirenz; Emtricitabina; Tenofovir; Lamivudina.
Ecuador [3]	45.000	0,30%	78.871	23,9	*	*	2.261	Tenofovir, Lamivudina, Dolutegravir, Emtricitabina
Perú [4]	137.839	0,30%	81.338	13,1	7.200-8.400	0,6-0,7%	4,043	TLD, TDF/3TC/EFV, ABC/3TC+EFV, TDF/FTC+LPV/rv, ABC/3TC+LPV/rv
Bolivia [5]	17.000	0,20%	11.784	21,2	*	*	200	Nevirapina Efavirenz Abacavir Tenofovir Nevirapina
Chile [6]	77.000	0,6%	54.153	35,5	*	*	*	Dolutegravir; Elvitegravir; Zidovudina; Lamivudina; Abacavir; Tenofovir; Emtricitabina.

*En los cuadros que se encuentran vacíos, esta información no fue reportada por el respectivo ministerio.

[1] Datos tomados de: Gobierno Bolivariano de Venezuela y ONUSIDA. (2022). Informe GAM- Monitoreo Mundial del SIDA; PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; ONUSIDA. (2021). Venezuela: Guía práctica. Tratamiento antirretroviral para personas con VIH. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/venezuela-guia-practica-tratamiento-antirretroviral-para-personas-con-vih>

[2] Datos tomados de: PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; informe del Ministerio de Colombia para este reporte; Entrevista con el MSPS de Colombia: El dato de 5.000 personas fue reportado como un estimado de población migrante atendido por Aid for Aids y AHF. Así mismo, el dato de 2.376 fue el dato entregado por el MSPS para este reporte; Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes del MSPS (2021). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-2021-01-2021.pdf>

[3] Datos tomados de: Datos de ONUSIDA (2020) <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>; PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; entrevista al Ministerio de Salud de Ecuador (03/05/2022); Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica. [Archivo PDF] https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf

[4] Datos tomados de: PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; Ministerio de Salud del Perú (2021). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú [Archivo PDF]. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf; entrevista al Ministerio de Salud del Perú (17.05.2022); Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2021. Cuantificación de la demanda de productos de VIH para migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú. Dr.: Abt Associates

[5] Datos tomados de: PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; ONUSIDA (2020) <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/bolivia>; entrevista a ONUSIDA (26.05.2022); Ministerio de Salud (2018). Guía Práctica del Manejo de Coinfección TB/VIH. [Archivo PDF]. https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/Tuberculosis/Guia_de_coinfeccion_TB-VIH_2018.pdf

[6] Datos tomados de: PAHO Core Indicators Dashboard. Latest Indicators: "New HIV diagnoses rate (100,000 pop; total)". Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>; ONUSIDA (2020), con estimaciones de SIDA entre 68.000 a 86.000; ONUSIDA (2020). Este cálculo está hecho con base en los datos de población entre 15 y 49 años.; Entrevista Ministerio de Salud de Chile; Ministerio de Salud de Chile. (2013). Guía Clínica AUG. Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf>

- La epidemia de VIH-SIDA en los países evaluados de la región presenta prevalencias mayores en las poblaciones clave: mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales.
- La cooperación internacional y las ONG han sido claves en el apoyo a la respuesta en salud de la población migrante con VIH en la región, en especial en el acceso al diagnóstico y, en algunos países, al tratamiento.
- La crisis de acceso al tratamiento antirretroviral en Venezuela, en el periodo del 2016 al 2018, incrementó la concentración de población viviendo con VIH en el flujo migratorio hacia los países receptores de la región.
- En Perú y Colombia la prevalencia de VIH es mayor en la población migrante que en la de acogida.

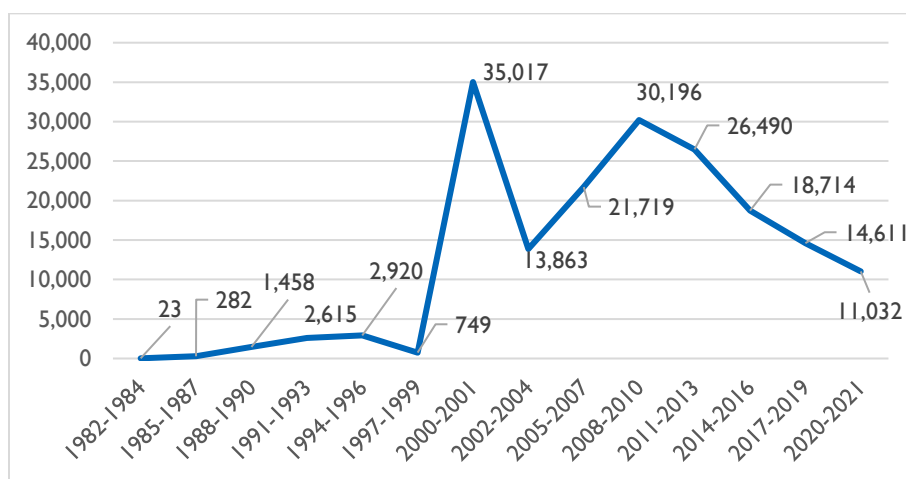
- La mayoría de los países de la región ha tomado acciones para incluir en sus sistemas de salud a la población migrante venezolana.
- La mayoría de los países de la región ha adoptado el TLD en su esquema de tratamiento, incluyendo Venezuela (con apoyo del FM). En Colombia, se presentan limitaciones, pues el TLD se encuentra aún protegido por patente; sin embargo, las ONG en ese país brindan el tratamiento con el apoyo de donaciones de la cooperación internacional.
- En los casos de Ecuador, Perú y Chile, la población migrante tiene acceso al tratamiento en las mismas condiciones que los nacionales. En el caso colombiano, este proceso está condicionado a la situación de regularidad de la población migrante.
- Los estudios impulsados por LHSS-Perú han encontrado que más del 50 % de los migrantes venezolanos que ha iniciado tratamiento en el país fueron diagnosticados en Venezuela: el 26 % había suspendido el tratamiento y el 25% estaba en estadio de sida.

4.1 VENEZUELA

Según las estimaciones de ONUSIDA, en 2021 en Venezuela vivían 98.347 personas con VIH. Asimismo, se estima una prevalencia del 0,53% en la población general.

En la figura I, se muestra la evolución de los casos diagnosticados de VIH en Venezuela por año, entre 1982 y 2021.

Figura I. Casos de VIH diagnosticados en Venezuela en el periodo 1982-2021, basado en el informe GAM del 2022



Fuente: Programa Nacional de SIDA/ITS (Gobierno Bolivariano de Venezuela, informe GAM, 2022)

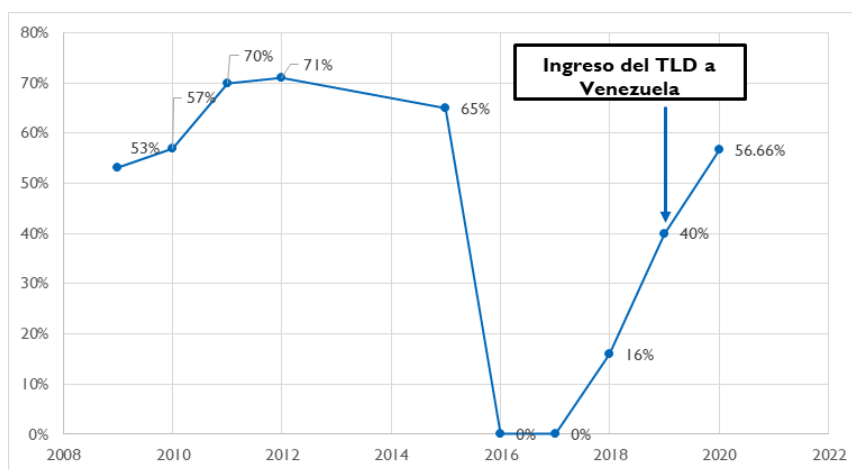
El manejo de VIH en Venezuela ha tenido diferentes momentos claves en el acceso al diagnóstico y al tratamiento de la población afectada, así:

1. En el año 1997 un juez protegió el derecho de personal militar con VIH y ordenó al Ministerio de Defensa garantizar el acceso al tratamiento (ACCSI).
2. El 15 de julio de 1999 el Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela ordena al Ministerio de Salud garantizar lo siguiente:
 - a. “La entrega periódica y regular de todos los medicamentos para tratar el VIH (antirretrovirales) y las infecciones oportunistas derivados de su condición de VIH/Sida”
 - b. “Toda la atención médica que requieran estos/as ciudadanos/as con VIH/Sida y se practiquen todos los exámenes de laboratorio de diagnóstico, control y seguimiento del VIH”
 - c. “Se procure la partida presupuestaria para la prevención, atención y tratamientos del VIH/Sida”
 - d. “Se realice estudio real de las necesidades prioritarias mínimas que requieren las personas con VIH/Sida” (ACCSI, “Demanda legal de ACCSI para garantizar acceso a tratamientos antirretrovirales a personas con VIH y Sida”)

En consecuencia, Venezuela incrementó paulatinamente los recursos destinados por el Estado para mejorar el acceso de la población al diagnóstico y tratamiento integral del VIH SIDA (ver Figura 2).

A continuación, se presenta la gráfica sobre la evolución de la cobertura del TARV en Venezuela entre 2009 y 2020 que se presenta en el informe de ACCSI (2021):

Figura 2. Cobertura del tratamiento antirretroviral en Venezuela en el periodo 2009-2020



Fuente: Informe ACCSI (2021) “Venezuela, continúa el Vía Crucis de las Personas con VIH”

3. Sin embargo, desde el 2009 se empiezan a presentar problemas de desabastecimiento hasta que en el 2016, el Ministerio del Poder Popular para la Salud reconoce no contar con los recursos necesarios para garantizar el acceso al tratamiento. En el 2017, se llega

al punto más álgido de la crisis en el desabastecimiento de antirretrovirales y la población se queda sin financiamiento por parte del Estado para el tratamiento (ver Figura 2).

4. El Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (en adelante FM) formuló una política llamada “*structural funding for countries in crisis*”, con la cual desde el 2019 Venezuela logró acceder a fondos excepcionales para la financiación en la lucha contra la malaria, VIH y tuberculosis. Esto ha permitido que Venezuela esté recuperando gradualmente los niveles de cobertura de tratamiento del VIH que tenía antes de la crisis del 2016.

Al 31 de diciembre de 2021, cerca de 60000 personas en Venezuela accedían a tratamiento antirretroviral a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, lo que representa el 77% de personas que conocen su estado serológico (Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2022).

Los casos de VIH se concentran en grupos poblacionales considerados epidemiológicamente más expuestos: “en estudios de prevalencia y comportamiento realizados durante el año 2019 se mostraron prevalencias de 35,85% en mujeres trans y 22,33% en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). [...] en trabajadoras sexuales, en el 2021, se encontró una prevalencia de 6,07%, [...] también se ha identificado una prevalencia alta (9,2%) en los indígenas Warao.”⁵

En el marco del Programa Nacional de VIH/Sida-ITS del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud del gobierno de Venezuela, se emitió la *Guía práctica de tratamiento antirretroviral para personas con VIH* (ONUSIDA, 2021), la cual establece los siguientes esquemas de tratamiento:

Tabla 2. Número de personas en tratamiento antirretroviral en Venezuela por sexo y grupos de edad, corte 2021

Edad en Años	Masculinos		Femeninos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5	139	0.24%	162	0.28%	301	0.53%
5 - 9	160	0.28%	186	0.32%	346	0.60%
10 - 14	303	0.53%	248	0.43%	551	0.96%
15 - 19	336	0.59%	331	0.58%	667	1.16%
20-24	1,906	3.33%	769	1.34%	2,675	4.67%
25 - 49	25,831	45.07%	8,688	15.16%	34,519	60.23%
50 y más	14,109	24.62%	4,146	7.23%	18,255	31.85%
Total	42,784	74.65%	14,530	25.35%	57,314	100.00%

Fuente: ONUSIDA. (2021). *Venezuela: Guía práctica. Tratamiento antirretroviral para personas con VIH*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/venezuela-guia-practica-tratamiento-antirretroviral-para-personas-con-vih>

⁵ Gobierno Bolivariano de Venezuela, informe GAM, 2022, p.10.

Tabla 3. Tratamiento antirretroviral en Venezuela

Inicio de tratamiento		
Contexto	Población	Esquema preferente
Personas con diagnóstico reciente (inicio de tratamiento por primera vez)	Adultos y adolescentes de ambos sexos, incluyendo mujeres en edad fértil y embarazadas	TDF/3TC/DTG (TLD co-formulado)
TDF: Fumarato de disoproxilo de Tenofovir, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir		

Fuente: ONUSIDA. (2021). *Venezuela: Guía práctica. Tratamiento antirretroviral para personas con VIH*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/venezuela-guia-practica-tratamiento-antirretroviral-para-personas-con-vih>

La respuesta a la epidemia del VIH en Venezuela está apoyada por la cooperación internacional tanto en el monitoreo como en la garantía del acceso al derecho a la salud. En este sentido, ONUSIDA ha jugado un papel central en el apoyo al “entrenamiento del software de estimaciones Spectrum el cual permite hacer proyecciones a futuro en indicadores básicos de la epidemia en cada país.”⁶ La OPS ha tenido especial incidencia en la capacitación de personal en salud para la atención al VIH en el país. Un ejemplo de ello es la capacitación “al personal del PNSIDA/ITS en esta herramienta”.⁷

Adicionalmente, la cooperación internacional ha tenido un papel importante en términos del abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el país. Así, según el informe GAM de Venezuela (2021) para el año 2020, “las contribuciones de las agencias del Sistema de Naciones Unidas y el FM fue la mayor inversión de ese año con insumos y materiales como TARV para adultos, pruebas diagnósticas para VIH y sífilis, condones masculinos, siendo el aporte de US\$14.752.970”.

En conclusión, la crisis de acceso a tratamiento por VIH en Venezuela en el periodo del 2016 al 2018 habría impactado en el flujo migratorio en los países de la región. Esta habría incrementado la densidad de la población viviendo con VIH en el flujo migratorio hacia los países receptores de la región.

4.2 COLOMBIA

Fenómeno migratorio

Colombia ha sido históricamente un país expulsor de su población, sin embargo, pasó a ser un país receptor de población migrante a partir del año 2014, principalmente de población

⁶ Gobierno Bolivariano de Venezuela, informe GAM, 2022, p. 28

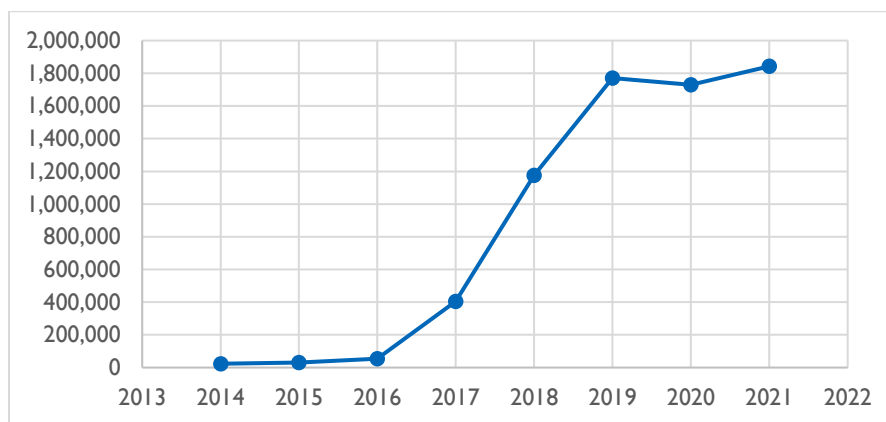
⁷ Gobierno Bolivariano de Venezuela, informe GAM, 2022, p.28.

venezolana. Esta migración se ha considerado como flujos migratorios mixtos y el MSPS de Colombia ha caracterizado estos flujos en 5 categorías:⁸

- Colombianos retornados con sus familias
- Nacionales venezolanos en condición regular, dentro de los cuales se consideran las personas con Permiso Especial de Permanencia (PEP)
- Personas que se encuentran en proceso de regularización con el PPT (Permiso por Protección Temporal) a través del proceso del Estatuto Temporal de Protección para migrantes venezolanos (ETPV)
- Migrantes en situación migratoria irregular; venezolanos en situación pendular
- Pueblos indígenas transfronterizos

En la figura 3, la cual presenta la evolución del número de migrantes venezolanos en el país desde el 2014 al 2021, se observa el rápido incremento de migrantes entre el 2017 y el 2019.

Figura 3. Número de venezolanos en Colombia por año, en el periodo 2014-2021



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de Migración Colombia (2021)

Al 2021 había en el país un poco más de 1.8 millones de migrantes venezolanos, de los cuales 344.688 se encontraban en situación regular, (Migración Colombia, 2021).

Sumado a esto, la plataforma de Coordinación Interagencial para los Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) registró para 2021 cerca de 1,87 millones de personas en situación de movilidad pendular⁹ que cruzan la frontera periódicamente para recibir medicamentos y regresan a Venezuela.

En mayo del 2021 Colombia inicia la implementación del Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV)¹⁰, el cual “es un mecanismo jurídico de protección temporal para las personas refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia, complementario al régimen

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social, Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio (2018).

⁹ Tomado del Regional, Refugee and Migrant Response Plan (RMRP) 2021. Disponible en: <https://www.r4v.info/en/document/rmrp-2021>

¹⁰ El ETPV es regulado por el Decreto No. 216 de 2021, expedido por el Ministerio de Relaciones Exteriores el 1 de marzo del 2021

de protección internacional de refugiados”¹¹ y tiene por objetivo “permitir el tránsito de los migrantes venezolanos que se encuentran en el país de un régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario”¹². Este tendrá una vigencia de 10 años y está dirigido a población migrante venezolana en situación migratoria regular, con salvoconducto, población en situación irregular que haya entrado al país antes del 31 de enero de 2021 y para población venezolana que entre al país entre el 31 de enero de 2021 y el 28 de mayo de 2023 por medio de un puesto de control migratorio¹³. Este mecanismo permitirá a más de 1,8 millones de personas migrantes tener un estatus regular y, para el caso específico de salud, permitiría su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) del país.

La inclusión en el SGSSS es necesaria para acceder al tratamiento del VIH en el sistema de salud colombiano. Sin embargo, es importante aclarar que en Colombia no todas las personas en situación migratoria regular se encuentran afiliadas al SGSSS. Por ello, cabe resaltar que ahí todavía existe una brecha por cubrir en términos del aseguramiento a esta población.

Según el reporte del MSPS en mayo de 2022 habían 738.349 migrantes venezolanos afiliados al SGSSS, cifra que se espera aumente a un total de 1.000.000 de personas en diciembre de 2022. De este universo, 247.590 migrantes venezolanos se encontraban afiliados al régimen contributivo (33,5% del total) y 490.759 al régimen subsidiado (66,5% del total).

Situación del VIH en el país y en la población migrante

En el 2022, el MSPS calculó cerca de 173 000 personas viviendo con VIH en el país, con una prevalencia a nivel general en el país del 0,5%. De esta población, el MSPS señala que alrededor de 127 000 personas se encuentran en tratamiento en el país.¹⁴

En un estudio de prevalencia en la población migrante en Colombia, realizado por la universidad de Johns Hopkins, financiado por el CDC e implementado por Red Somos, se ha encontrado de manera preliminar una prevalencia del 0,8% en población migrante general.¹⁵ En este sentido, se estima que podrían haber alrededor de 14 000 personas migrantes venezolanas viviendo con VIH en el país.

Según representantes de la ONG Aid for Aids,¹⁶ esta organización ha ayudado a más de 2 300 personas migrantes a obtener acceso a tratamiento. Esta acción se complementa con el trabajo de AHF, el cual ha garantizado el acceso a tratamiento a alrededor de 2.500 personas. Es decir, entre las dos organizaciones se habría dado acceso a tratamiento a cerca de 5.000 personas migrantes. Estas dos instituciones brindan tratamiento con TLD. A esto se suman los registros del MSPS en relación con las cifras de cobertura en población migrante, donde según estos datos

¹¹ Tomado de: Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, ACNUR. Disponible en:

<https://help.unhcr.org/colombia/otros-derechos/estatuto-temporal-de-proteccion-para-migrantes-venezolanos/>

¹² Migración Colombia (2021a). Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/ok._esp-abc_estatuto_al_migrante_venezolano-_05mar-2021.pdf

¹³ Tomado de: Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, ACNUR. Disponible en:

<https://help.unhcr.org/colombia/otros-derechos/estatuto-temporal-de-proteccion-para-migrantes-venezolanos/>

¹³ Migración Colombia (2021a). Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/ok._esp-abc_estatuto_al_migrante_venezolano-_05mar-2021.pdf

¹⁴ Entrevista con el MSPS

¹⁵ Informe MSPS para este reporte

¹⁶ Entrevista con la ONG

en el país se registra un total de 2.376 migrantes recibiendo tratamiento en los servicios de salud de Colombia¹⁷.

En Colombia se presentan limitaciones para la continuidad del tratamiento con TLD para la población migrante con VIH debido a que este medicamento se encuentra protegido por patente, (por lo cual solo puede adquirirse el medicamento de marca, de alto costo), por lo que se utilizan se utilizan otros esquemas de tratamiento¹⁸.

Existe una propuesta del FM, en articulación con el MSPS, que pretende brindar acceso a diagnóstico y tratamiento a la población migrante venezolana irregular o en proceso de regularización en el país a través de paquetes básicos, que sean financiados por el Estado y la cooperación internacional.

4.3 ECUADOR

Fenómeno migratorio

De acuerdo con las cifras provistas por R4V, Ecuador es el tercer país receptor de población migrante venezolana. Hasta la actualidad ha recibido aproximadamente 513 903 migrantes.¹⁹ Sin embargo, esta cifra podría ser imprecisa, pues datos provistos por el Ministerio de Salud Pública sugieren que en el periodo comprendido entre el 2020 al 2022, cerca de 600 000 migrantes venezolanos han transitado en Ecuador. Este número se explica dentro del contexto de la pandemia del COVID-19, en el que el cierre de fronteras produjo un aumento del tránsito ilegal de migrantes, tanto de Colombia a Ecuador, como de Ecuador a Perú. La mayor parte de la población migrante que llega al Ecuador se concentra en las provincias más grandes: Guayas (Guayaquil), Pichincha (Quito) y El Oro, en la frontera con Perú, lugar que recibe el mayor número de migrantes (R4V, 2022). Una buena parte de la población que ingresa no se queda en el país necesariamente, sino que continúa su ruta hacia países como el Perú.

Situación del VIH en el país y en la población migrante

ONUSIDA (2022) indica que al 2020 Ecuador contaba con 45 000 personas viviendo con VIH y una tasa de prevalencia de 0,3 %. De esa cifra, 38 000 (84,4%) conocían su estado, y 34 000 (76%) se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral. En cuanto al aspecto demográfico, aproximadamente el 72% era de sexo masculino, y el 28%, de sexo femenino. El grupo etario entre 15 a 49 años era el más afectado por la epidemia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Con la finalidad de hacer frente a la epidemia del VIH y en concordancia con la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida del año 2016, que refleja la estrategia de respuesta al VIH para poner fin a la epidemia del sida hacia el 2030, el Ministerio de Salud Pública (MSP) en conjunto con el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (Cemsida) ha desarrollado el Plan Estratégico Nacional Multisectorial VIH/sida-ITS 2018-2022 (PENM 2018-2022), que

¹⁷ Informe MSPS para este reporte

¹⁸ Los esquemas de tratamiento se pueden visualizar en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2021/>

¹⁹ Datos tomados de R4V (2022), actualizados al 5 de mayo de 2022.

establece los lineamientos a seguir en respuesta a la epidemia del SIDA (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Según el Proyecto de Prevención y Control del VIH/Sida-ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la población migrante con VIH/SIDA que llega al Ecuador, lo hace conociendo su diagnóstico previamente. En ese sentido, la mayoría de los casos de migrantes con VIH en tratamiento no fueron diagnosticados en Ecuador. El Estado reconoce el VIH como un problema de salud pública, por lo que garantiza el acceso y continuidad del tratamiento de la población migrante ya diagnosticada (Ministerio de Salud Pública). La Constitución del país brinda acceso a una atención universal, independientemente de la situación migratoria y los documentos de la persona. De esta forma, todos los migrantes con diagnóstico y/o identificados automáticamente pasan a formar parte del Sistema de Salud Pública de Ecuador.

Como parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS (ENVIH), del Ministerio de Salud Pública (MSP), se ha implementado 50 unidades de atención integral (UAI) en todo Ecuador con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad de personas infectadas, y fortalecer acciones de promoción y prevención. Las UAI brindan servicios médicos especializados para ciudadanos diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual, como el VIH-SIDA (Ministerio de Salud Pública, 2022). Los datos del MSP, indican que en el año 2021 hubo 3 478 extranjeros con VIH siendo atendidos en Ecuador, de los cuales, 2 261 eran migrantes venezolanos, 771 eran colombianos y 92 eran peruanos.

Es importante resaltar que, en la respuesta en salud a la población migrante, la cooperación internacional y las ONG juegan un rol importante. Ejemplo de esto ha sido la labor de Kimirina, que, en colaboración con otras organizaciones, implementa programas de prevención para las poblaciones más expuestas al VIH/Sida, incluidos los migrantes. Dentro de los servicios que ofrecen, se incluye: servicio médico, asesoría en pruebas rápidas de VIH e ITS, orientación y apoyo a vinculación a unidades de salud para PVVS, y vinculación y apoyo a PVVS en situación de movilidad humana.

4.4 PERÚ

Fenómeno migratorio

El Perú es el segundo receptor de migrantes venezolanos en Latinoamérica. De acuerdo con R4V, hasta enero del 2022 un total de 1,3 millones de migrantes venezolanos ha arribado al Perú. Tras salir de Venezuela, existen diferentes rutas que la población migrante sigue para llegar al Perú. Saliendo de Colombia, se puede llegar directamente a través del Puesto de Control Migratorio Fronterizo Puerto Leguizamo por Loreto. Sin embargo, la ruta usual comprende el paso por Ecuador hacia los departamentos de Tumbes o Piura en el Perú, partiendo de los tres puestos fronterizos en Huaquillas, Zapotillo y Macará (R4V, 2022). Según la información recolectada por la OIM (2022), Perú es un país principalmente de permanencia. Aproximadamente un 72% de los migrantes que ingresaron por Tumbes tienen como destino final el Perú, un 26% se dirige hacia Chile, y el 2% restante se divide entre Argentina y Bolivia.

De acuerdo con AHF Perú, existen dos razones por las cuales una gran parte de migrantes opta por quedarse en el Perú. La motivación principal para los migrantes venezolanos es la búsqueda de un mayor ingreso económico que les permita enviar una mayor cantidad de remesas

a sus familias en Venezuela. Por otro lado, el Seguro Integral de Salud (SIS) es universal, lo que posibilita la atención en salud de los migrantes regulares con residencia. A finales del 2019, se emitió el Decreto de Urgencia 017-2019, que “tiene por objeto establecer medidas urgentes para garantizar la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; mediante la afiliación de esta población a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Seguro Integral de Salud IAFAS – SIS”. De esta manera, se permite la cobertura del SIS para asegurar la atención en salud gratuita a la población migrante que posea el documento de residencia.

Situación de VIH en el país y en la población migrante

Desde la aparición del primer caso de sida en el Perú en el año 1983 hasta el año 2021, fueron notificados un total de 137 839 casos de infección por VIH (MINSa, 2021). De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la prevalencia estimada del virus en la población general es de 0,3%. Asimismo, el 58% de casos de VIH a nivel nacional se concentran en Lima y Callao.²⁰ En ese sentido, hasta junio del 2021, un total de 74 871 personas con VIH recibían tratamiento antirretroviral en uno de los 206 establecimientos de salud que ofrecen TARV en el país.

En la “Estimación del tamaño de la población de migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú” realizada por LHSS (2021), se calculó en la proyección del año 2020 alrededor de 7 200 - 8 400 migrantes venezolanos viviendo con VIH. De acuerdo al Director de Dirección de Prevención y Control de VIH-Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del Ministerio de Salud, actualmente hay 4 043 migrantes venezolanos en tratamiento. Hacia el 2019, eran 1 509 ciudadanos venezolanos los que recibían tratamiento antirretroviral en Perú. Se puede observar una amplia diferencia entre la cifra del 2022 y la del 2019, en la que menos de la mitad de migrantes habían sido incorporados al tratamiento.

Muchas de la población migrante viviendo con VIH llega a Perú en estado deteriorado. De acuerdo a la “Evaluación de los Servicios de VIH para migrantes venezolanos” (LHSS 2021), de la población que llegó a establecimientos de salud TAR en el Perú, el 55% contaba con diagnóstico previo de VIH, el 26% había interrumpido el tratamiento por más de 6 meses, y el 23% ya se encontraba en fase sida. Ya que el movimiento migratorio hacia Perú se hace principalmente por vía terrestre, el seguimiento de tratamiento de los migrantes con sida es sumamente complicado.

En Perú el VIH es una prioridad de salud pública, por lo que las pruebas de diagnóstico son gratuitas y todos los que tienen diagnóstico acceden, gratuitamente, a tratamiento antirretroviral, y a pruebas de carga viral y CD4 periódicas. Esto mismo sucede con los migrantes, sin importar su situación migratoria. Sin embargo, si la persona requiere exámenes de rutina de laboratorio previos al inicio de tratamiento o consultas con especialista o tratamiento de complicaciones, debe pagar de bolsillo si no está afiliado a un seguro de salud.

²⁰ Información obtenida de los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf.

4.5 BOLIVIA

Fenómeno migratorio

De acuerdo con R4V, Bolivia es el octavo país receptor de migrantes venezolanos en Latinoamérica. Hasta enero del 2022 ha albergado aproximadamente a 12 100 migrantes venezolanos. Esta cifra ha aumentado exponencialmente con respecto a cifras de años anteriores. Según Gissi, Aruj y Polo (2021), hasta el 2012, eran solo 596 migrantes.

En cuanto a su distribución en el territorio, los datos indican que la población venezolana se ha focalizado principalmente en los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba (Gissi, Aruj y Polo, 2021). Así, Bolivia se caracteriza por ser un país de tránsito antes que uno de los países principales de destino para migrantes en Latinoamérica, como plantea Polo et al. (2020) “el eje del Pacífico Sur (Colombia-Ecuador-Perú-Chile) es el que concentra el mayor número de migrantes venezolanos”²¹ Debido al mayor control fronterizo entre Perú y Chile (Santa Rosa-Chacalluta), Bolivia termina funcionando como una plataforma de tránsito hacia Chile, pues su frontera tiende a estar menos vigilada debido a las condiciones climáticas y geográficas que presenta (Gissi, Aruj y Polo, 2021).

Situación de VIH en el país y en la población migrante

En cuanto al VIH/Sida en Bolivia, de acuerdo con ONUSIDA, hacia el 2020 se tiene un estimado de 17 000 casos de VIH/Sida en el país y una prevalencia de 0,2%. Actualmente existen 13 Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR) para VIH en Bolivia. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, la atención a PVVS no es integral, ya que existe una estigmatización del VIH en los centros. Además, la respuesta nacional no es descentralizada y no cuenta con los recursos suficientes. En total, entre los 9 departamentos de Bolivia, existen solamente 22 centros que brindan atención integral para VIH y 33 médicos tratantes. Esto sugiere que no existe una oferta suficiente de establecimientos para el número de personas con VIH (2021).

Sin embargo, con respecto a la cobertura de tratamiento para personas con VIH, hasta el 2021 eran 111 establecimientos de salud los que estaban en capacidad de brindar tratamiento antirretroviral (Defensoría del Pueblo, 2021). Así, son 11 784 personas (alrededor del 69% de la población viviendo con VIH en el país) las que reciben tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2020). La cobertura es mayor (al 60%) en los departamentos de Chuquisaca, La Paz, Oruro y Pando. En el departamento de Santa Cruz, que cuenta con el mayor número de personas con VIH, la cobertura es solo del 46% (Defensoría del Pueblo, 2021).

Finalmente, en Bolivia, la información sobre la población con VIH/Sida no está desagregada por nacionalidad. En entrevista con ONUSIDA, se informó que aproximadamente 200 migrantes reciben tratamiento por VIH en el país.

²¹ Polo, S. Gissi, N. Ramírez, J. Ospina, P. Cardoso, B. (2020). Evolución y rutas de la migración venezolana en América del Sur. Migración y seguridad fronteriza, p. 91-108. Madrid: Editorial Dykinson – UAT

4.6 CHILE

Fenómeno migratorio

Chile es el cuarto país de destino de la población venezolana en la región. Según R4V, en enero del 2022 aproximadamente 448 100 personas migrantes procedentes de Venezuela se encontraban en el territorio chileno.

R4V ha identificado que una de las principales razones para migrar al país es la caída de la economía en los países vecinos. La mayoría de migrantes ingresa principalmente por la frontera norte del país de manera irregular, lo cual supone una dificultad para satisfacer las necesidades básicas de alojamiento, salud y alimento. Las ciudades para el asentamiento de la población migrante son principalmente las comunas del área metropolitana de Santiago, seguidas por las regiones de Valparaíso, Bío-Bío y la región del Maule (Cabieses et al. 2022). El Ministerio de Salud prioriza 38 comunas con el mayor número de población migrante venezolana, en estas se enfocan las estrategias y acciones encaminadas a disminuir las barreras de acceso en salud.²²

Situación de VIH en el país y en la población migrante

Respecto a la pandemia del VIH/Sida en el país, ONUSIDA señala que para el 2020, 77 000 personas vivían con el virus en el país. La prevalencia para la población en general es del 0,6%, según informe del Ministerio de Salud. No se cuenta con datos sobre el número de migrantes venezolanos viviendo con VIH en Chile, ni tampoco del número de migrantes que reciben tratamiento.

Para el año 2020, se diagnosticaron 5 000 nuevos casos de VIH, de los cuales el 43% correspondía a la población extranjera, y cerca del 20% eran venezolanos.²³

Referente al tratamiento, en Chile la población migrante puede acceder a tratamiento contra el VIH con la condición de tener diagnóstico confirmado y encontrarse en el país. Se han aprobado diferentes combinaciones de medicamentos para la TAR, a los que se han sumado el Elvitegravir y Dolutegravir. De acuerdo con el Ministerio de Salud, para el 2020, 54 153 personas recibieron tratamiento con TLD. Asimismo, es importante resaltar que el Ministerio de Salud se encuentra desarrollando estrategias para la captación de la información sanitaria en población migrante.

²² Entrevista Ministerio de Salud de Chile

²³ Entrevista Ministerio de Salud de Chile

5. MARCO NORMATIVO Y CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SI) EN LOS PAISES DE LA REGIÓN

5.1 VENEZUELA

En Venezuela, los sistemas de información son fragmentados, con plataformas múltiples aún en proceso de implementación y sin interoperabilidad, tales como el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), el Sistema de Gestión y Distribución de Medicamentos e Insumos Médicos Simón Bolívar (SIBO) y el District Health Information System versión 2 (DHIS2). El país presenta bajas capacidades computacionales, así como limitación de su óptimo desempeño por cortes en el fluido eléctrico en el país. Adicionalmente, no se cuenta con data desagregada por nacionalidad. En el país, se cuenta con normatividad de protección de datos y confidencialidad.

Normatividad

La Ley 36579 de 1998 - Ley Orgánica de Salud, enuncia: “Los pacientes tendrán derecho a una historia médica donde estén todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de la consulta, antecedentes, entre otros.” Además, incluye información relacionada con la normatividad general de la historia clínica.

Caracterización de los SI y registros clínicos

El Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela cuenta con el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), el cual está conformado por una base de los datos en salud de su población que, según el IX Foro Andino de Salud y Economía del 2018, “contribuye directamente con la consolidación, articulación, integración, y control del Sistema Público Nacional en Salud (SNPS)” (p. 8)²⁴.

~~Adicionalmente, también se cuenta con el SIBO en algunos de los centros de salud y hospitales públicos, que soporta la gestión y distribución de medicamentos e insumos médicos. Esta plataforma y el SUIS, se encuentran implementadas únicamente en algunas instituciones de salud y no de manera sistémica.~~

Por otro lado, las limitaciones de hardware e incluso la intermitencia del fluido eléctrico hace prácticamente imposible contar con una historia clínica electrónica, por lo cual, se sigue utilizando la historia clínica y los registros médicos en formato físico.

En suma, el sistema de información en Venezuela presenta bajas capacidades computacionales debido al incipiente desarrollo de las plataformas tecnológicas y a los problemas

²⁴ IX Foro Andino de Salud y Economía. Por la garantía del Derecho a la Salud, mejoremos el financiamiento de los sistemas de salud. Disponible en: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/IX%20Foro%20CASE_2020_Venezuela.pdf

eléctricos que afectan al país. Además, el sistema de información en salud no presenta datos abiertos de manera agregada y tampoco tiene las condiciones adecuadas para que sus subsistemas y plataformas sean interoperables.

Por otro lado, la población venezolana, al no contar con archivos electrónicos de su historia clínica, emigra sin llevar consigo dicha información. Algunas ONG que apoyan en tratamiento, recomiendan que lleven consigo un resumen de historia clínica (epicrisis) que señale el tipo de tratamiento que reciben y los resultados de los exámenes de laboratorio. Además, la organización de la sociedad Civil ACCSI reportó que apoya a las personas que viven con VIH en Venezuela, entre muchos otros servicios, en digitalizar las historias clínicas y órdenes médicas, y así poder tener esta información consignada en su correo electrónico, de modo que puedan portar sus datos clínicos en la ruta migratoria.

Con los fondos de la política *Structural Funding for Countries in Crisis* del FM, existe una oportunidad de mejora del sistema de información para VIH, malaria y tuberculosis. El sistema DHIS2 de información en salud con enfoque en malaria, se encuentra en proceso de implementación. Según el FM: “Sería la primera vez que hay una plataforma con una base de datos para malaria, pero que eventualmente es una ventana de oportunidad para que Venezuela tenga un sistema de información integrado, digitalizado y con todos los estándares de un sistema de información.”²⁵ Este sistema, además, puede ampliar sus posibilidades para lograr un mejor registro de otras enfermedades, como VIH, pues permite también el intercambio de información inter-institucional.

A la fecha, si bien la normativa permitiría el recojo de información sobre VIH, las condiciones del sistema de información en salud no permiten un recojo integral de ésta, ni se realiza intercambio de información la información hacia fuera del país.

²⁵ Entrevista Fondo Mundial.

5.2 COLOMBIA

En Colombia, el sistema de información de salud es fragmentado, con múltiples subsistemas conformados por plataformas múltiples tanto en el nivel nacional y territorial. Entre ellos se destacan a nivel nacional el SISPRO, el SISCO y el SIVIGILA y la Cuenta de Alto Costo. Se dispone de datos abiertos en diferentes temáticas y contienen los datos desagregados por nacionalidad (destacan las del Observatorio Nacional de Migración y Salud, y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA). Se tienen diversas fuentes de información, entre las que se encuentran las ONG y fuentes institucionales (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud/Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a través de los RIPS), lo que dificulta la actualización y la completitud de la misma. Los sistemas de información capturan información nominal que se encuentra protegida por la ley de protección de datos Hábeas Data. La regulación colombiana está orientada a crear la historia clínica electrónica interoperable. En esa área, se han logrado avances importantes en las instituciones públicas de Bogotá. Por último, el sistema de información en Colombia presenta capacidades computacionales intermedias/altas con interoperabilidad parcial entre sus plataformas.

Normatividad

La Resolución N° 273 del 1 de febrero de 2019 guía el registro de casos del VIH en el país, obligando el reporte de diferentes indicadores a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por parte de los prestadores de servicios de salud en el país. Esta resolución contiene un anexo técnico para el registro de variables en VIH, la cual captura 97 variables, cada una con diferentes subindicadores.

Por otra parte, la Ley 2015 “regula la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE, a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes, así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de la persona”.²⁶ Esta ley permite el intercambio de información nominal entre sistemas y facilita el acceso a datos relevantes de salud por parte de prestadores de servicios de salud, además de agilizar el acceso a estos servicios. Asimismo, esta ley contempla la garantía de la protección y reserva del Hábeas Data.

La Ley 2015, a su vez, permite avanzar en la unificación del sistema de información en salud del país, pues facilita el intercambio de información entre las diferentes plataformas y subsistemas que componen el sistema de información en salud, de manera simultánea y en tiempo real. Debido a este avance en la interoperabilidad, Colombia presenta capacidades computacionales intermedias/altas.

Adicional a lo anterior, el Decreto 866 del 2021 “reglamenta el conjunto de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país, atendiendo entre otros, a la política de gobierno digital [...]” Asimismo, adopta el Anexo técnico *Estructura y formato del conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica*²⁷. Este

²⁶ Ley 2015 del 2020 disponible en: <https://federacionodontologiacolombiana.org/wp-content/uploads/2020/02/LEY-2015-DEL-31-DE-ENERO-DE-2020-1.pdf>

²⁷ Tomado del Decreto 866 del 25 de junio de 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20866%20de%202021.pdf

decreto a su vez define la interoperabilidad de la historia clínica como “[la] capacidad de los actores del Sistema de Salud del país para intercambiar información y conocimiento de los datos de la historia clínica, en el marco de los procesos de salud, para interactuar hacia objetivos mutuamente beneficiosos con el propósito de facilitar la entrega de servicios [...] mediante el intercambio de datos entre sus sistemas” (p. 4)²⁸. Este Decreto, además, presenta un Anexo técnico sobre la “Estructura y Formato del Conjunto de Elementos de Datos Clínicos Relevantes para la Interoperabilidad de la Historia Clínica” (p. 13)²⁹.

Caracterización de los SI y registros clínicos

En el país, existen principalmente dos subsistemas de información para el registro y monitoreo de datos en salud de la población en Colombia:

1. El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA
2. El Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO

El primero fue creado con el fin de “realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana” (INS, s.f.).

Por otro lado, el SISPRO³⁰ es un sistema que pretende sistematizar “información oportuna, suficiente y estandarizada para la toma de decisiones del Sector Salud y Protección Social, centrada en el ciudadano. Este está conformado por bases de datos y sistemas de información del Sector sobre oferta y demanda de servicios de salud, calidad de los servicios, aseguramiento, financiamiento y promoción social” (MSPS, s.f.).

En el SIVIGILA, además, se hace la notificación de casos nuevos de VIH a partir del registro que se hace en la historia clínica. Esto registra solo a la población que está afiliada al SGSSS, pero no capta las atenciones de la población irregular.

La Circular 029 del 16 de agosto de 2017 expedida por el MSPS permite registrar, monitorear y reportar los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud (RIPS) que corresponden a la información de las atenciones a la población migrante venezolana en el país. Además, la información condensada a través de estos reportes “se encuentran integrados en la bodega de datos SISPRO”,³¹ lo cual permite “la optimización del uso de datos y en la identificación de aspectos a mejorar en el reporte por parte de las IPS”³².

En suma, el sistema de información en salud en Colombia presenta data abierta y de forma agregada en diferentes plataformas y formatos. La Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS emite informes periódicos sobre los datos en salud de la población migrante venezolana en el país.

²⁸ Tomado del Decreto 866 del 25 de junio de 2025. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20866%20de%202021.pdf

²⁹ Para ver los 49 elementos y la clasificación por categorías ver el Anexo Técnico del Decreto (pg. 13) en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20866%20de%202021.pdf

³⁰ Sistema Integrado de Información de la Protección Social

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social, p. 5.

³² Ministerio de Salud y Protección Social, p. 5.

Adicionalmente, “todas las atenciones ofrecidas a las personas migrantes por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de Colombia se registran y reportan a los sistemas de información pertinentes (Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS; notificación de nuevos casos de eventos en salud pública al SIVIGILA). En el caso del VIH, los datos de seguimiento a personas afiliadas al sistema de salud (migrantes o no) se hacen a la Cuenta de Alto Costo. Algunas ONG también reportan a estos sistemas de información”³³ (MSPS). Sin embargo, los datos de SIVIGILA no siempre concuerdan con los registros en el SISPRO³⁴.

El MSPS ha señalado que Colombia tiene un Plan Nacional de Infraestructura de Datos y se está trabajando en la construcción de una base de datos que pueda garantizar la unificación del registro por persona,³⁵ entre lo que se incluya la variable “nacionalidad”. Esto está acompañado por un estándar de anonimización y de protección de datos.

Sumado a lo anterior, Colombia cuenta con un esquema de confidencialidad de la información consignado en la Ley Estatutaria 1266 de 2008, de Hábeas Data. Además, en materia de protección de datos, la Ley Estatutaria 1581 de 2021 “por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” (MSPS).³⁶ De esta manera, se ha regulado la protección de los datos de los registros clínicos, estableciendo diferentes niveles de acceso a la información y bajo qué términos. Asimismo, se ha determinado la regulación del manejo de las bases de datos y las obligaciones de los bancos de datos, así como la regulación para presentación abierta de datos agregados con fines estadísticos.

No obstante lo anterior, no existe en Colombia una estrategia para el intercambio de información nominal de los registros clínicos de la población migrante que se encuentra en movilidad con otros países de la región.

5.3 ECUADOR

En Ecuador se está implementando desde el 2008 la HCU, la cual desde el 2018 se ha articulado con la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS). La data proveniente del PRAS es parcialmente abierta, ya que si bien no está publicada como data dinámica, se puede encontrar en ciertos informes elaborados por el Ministerio de Salud del país. Este sistema de información cuenta con registro nominal, data desagregada por nacionalidad y protección/confidencialidad de los datos recopilados. Sin embargo, no interoperara con otros sistemas de información en el país.

Normatividad

Con respecto a la historia clínica, la **Ley Orgánica de Salud** establece, en el literal f del art. 7, que “toda persona tiene derecho a tener una historia clínica única redactada en términos

³³ Informe entregado por el MSPS para el desarrollo de este reporte

³⁴ Entrevista Aid for Aids. Sumado esto, el sistema de salud colombiano tiene un reto en la armonización de ambos sistemas, cuando la interoperabilidad se logre y ambos sistemas logren una comunicación óptima entre sí se disminuirá el subregistro, las distorsiones de datos y brechas en la información.

³⁵ Entrevista MSPS

³⁶ Informe entregado por el MSPS para la elaboración del presente reporte.

precisos, comprensibles y completos”³⁷ la cual, además, tiene carácter de confidencialidad. Se viene trabajando en la elaboración de una historia clínica única (HCU) hace más de diez años, en un proceso que inició en el 2008 con la aprobación de los formularios básicos de la HCU mediante el Acuerdo Ministerial Número 000138 del 14 de marzo de 2008³⁸.

Por otro lado, el numeral “d” del artículo 11 de la Ley Orgánica del Sistema de Nacional de Salud establece “un conjunto común de datos básicos para la historia clínica”³⁹; asimismo, el artículo 77 de la misma ley reglamenta la revisión y actualización de los formularios básicos de la HCU por parte del Ministerio de Salud Pública en su rol de autoridad sanitaria⁴⁰, el 78 enuncia la “obligatoriedad de uso de la HCU” y el 79 determina la responsabilidad, custodia y uso de la misma por parte de los establecimientos de salud⁴¹.

En el 2009 se expidió el Manual de Uso De Los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única⁴² y para el 2010 se expidió la normatividad para que el número de cédula de los recién nacidos sea el identificador de la historia, en el 2014 se dispuso el uso de un solo código de la HCU en todas las unidades de atención del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, la HCU se encuentra aún en proceso de implementación.

En Ecuador la información confidencial del Sistema Nacional de Salud se reglamenta a partir del Acuerdo Ministerial No. 5216 del 2015, el cual tiene por objeto “establecer las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes y sus disposiciones serán de cumplimiento obligatorio dentro del Sistema Nacional de Salud”⁴³ (p. 2).

A partir del 2018 el proceso de implementación de la HCU inició su articulación con la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS)⁴⁴.

Caracterización de los SI y registros clínicos

De acuerdo con la información brindada por el Ministerio de Salud de Ecuador, el sistema de información que se maneja en este país es el PRAS (Plataforma de Registro de Atención en Salud). El PRAS “es una herramienta informática que permite la recolección lógica y ordenada de datos en la atención integral de salud, con consolidación sistemática de información en tiempo

³⁷ Heredia (2021). La historia clínica única lleva más de 10 años en construcción. Diario El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ministerio-salud-historia-clinica-unica.html>

³⁸ Tomado de: Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

³⁹ Tomado de: Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

⁴⁰ Tomado de: Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

⁴¹ Tomado de: Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

⁴² Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

⁴³ Acuerdo Ministerial 5216 de 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Acuerdo-Ministerial-5216.pdf>

⁴⁴ Heredia (2021). La historia clínica única lleva más de 10 años en construcción. Diario El Comercio. Diposnible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ministerio-salud-historia-clinica-unica.html>

real, para su síntesis con fines de optimización de la calidad de atención del paciente, análisis estadístico y de investigación científica” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El objetivo del PRAS es “contar con un software médico que permita el registro ordenado de atención integral a los pacientes de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, permitiendo la obtención en tiempo real de información para el análisis estadístico, investigativo y el mejoramiento de la calidad de atención” (Ministerio de Salud Pública, 2017). Algunos de los beneficios de este sistema son los siguientes: se adapta a las necesidades de cambio del Ministerio, posee una arquitectura escalable que permite el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica, permite tener data en tiempo real de las consultas externas de los establecimientos de salud, disminuye el tiempo de registro por la organización de las variables, y finalmente, posee la facultad de interoperar con otras bases de datos como el Registro Civil, el Instituto Nacional de Seguridad Social, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Asimismo, el sistema se comparte con las entidades de la red complementaria y la red pública integral, que también pueden hacer el seguimiento o notificación desde el sistema informático. Dentro de este proceso, ya se ha iniciado con 3 unidades de atención integral del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social): en Guayaquil, Quito y Cuenca, respectivamente. La información nominal recopilada por el PRAS condensa varios formularios (de registro, de atención, de seguimiento, etc). Para realizar el seguimiento para los casos de VIH, se toma en cuenta todo lo que conlleva la historia clínica con el fin de tener un registro único de las personas extranjeras, lo cual permitiría su identificación en este sistema de información.

Sin embargo, esta información no es compartida con otros países fuera de Ecuador. Desde el Ministerio no ha habido acercamiento para dar continuidad/seguimiento en caso el migrante salga del país. La única forma de seguimiento, actualmente, es la información que el paciente puede proveer⁴⁵. Asimismo, el manual del sistema PRAS indica que esta plataforma tenía la proyección de constituir la Historia Clínica Única Electrónica para el 2017 (Ministerio de Salud Pública, 2017). Sin embargo, no se ha encontrado información que respalde que efectivamente esta haya sido constituida.

⁴⁵ Entrevista Ministerio de Salud Pública

5.4 PERÚ

En Perú, se tiene varios sistemas de información para el VIH. La Vigilancia Epidemiológica la maneja el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Las pruebas de carga viral y CD4 se registran en otra plataforma llamada NetLab. Los casos en tratamiento se registran en los servicios de salud haciendo uso de hojas de monitoreo en formato Excel. A partir de estas, se envía información consolidada al nivel nacional. En Perú, además, se cuenta con normativa de protección/confidencialidad de los datos. Solo en el caso de la hoja de monitoreo se registra la variable de nacionalidad. Sin embargo, no hay interoperabilidad entre los sistemas señalados.

Normatividad

En el Perú, desde el año 1996 se cuenta con la Ley Contrásida (No. 26626), la cual se encarga de establecer los lineamientos para el Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con respecto al VIH/SIDA. En este documento, además, se señala en el artículo N° 5 que la información sobre el resultado correspondiente al diagnóstico de VIH/Sida es de carácter confidencial.

Por otro lado, con relación al manejo de las historias clínicas electrónicas, el Perú cuenta con la Ley N° 30024 desde el año 2013. Esta ley “tiene por objeto crear el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y establecer sus objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad”. Sin embargo, recién a finales de este año (2022) se debería tener en prueba la historia clínica en 29 redes integradas de salud.⁴⁶

Además, se tiene que mencionar que en el 2011 se promulgó la “Ley N° 29733 – Ley de protección de datos personales” que tiene como objeto garantizar la protección de los datos personales, dando directrices para asegurar la seguridad y protección de datos. En base a esta ley, el MINSA emitió en el 2020 la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, que dificulta el intercambio de información considerada personal, en salud, y, especialmente, en el caso del VIH porque, por ejemplo, no permite la construcción de listados nominales que contengan “Datos personales de salud” (DPS) de pacientes, ya sea que reciban tratamiento o no del Estado. Además, la directiva señala que los DPS están disponibles solo y debidamente resguardados en el EESS público, privado y mixto, donde se atendió cada paciente,

Caracterización de los SI y registros clínicos

El sistema de información oficial para la notificación es el del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedad del MINSA. La norma estipula que la notificación de cada caso del VIH/Sida debe ser realizada al responsable de vigilancia epidemiológica y al responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH-

⁴⁶ Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS) del MINSA, en información decalorada en medios de comunicación

SIDA o a las autoridades pertinentes en su centro de salud. Esta notificación se hace de manera semanal siguiendo los flujos y procesos establecidos por la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 “Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública”. La data registrada por cada centro de salud luego debe ser ingresada por el responsable de la Oficina de Epidemiología de la DISA/DIRESA/GERESA al aplicativo informático del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) (D), al NotiVIH, el cual fue actualizado por última vez en el año 2017 (RENACE, 2021). Esta aplicación recibe los datos de las unidades notificantes a nivel nacional sobre los casos de infección por VIH. El objetivo es que estos datos luego puedan ser procesados y visualizados en la Sala Situacional VIH/SIDA en el portal del CDC.

Sin embargo, de acuerdo con la información brindada por la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, si bien el sistema de información formal es el que se indica anteriormente, en la realidad existe un sistema paralelo que se usa efectivamente para consolidar toda la información correspondiente a las personas que viven con VIH en el Perú, en especial a las que están en tratamiento. Se trata de una hoja de monitoreo para pacientes con VIH en formato Excel. Esta hoja de monitoreo contempla una captación de datos más sencilla para el día a día, donde los coordinadores en cada centro de tratamiento al acabar la semana ingresan la información en el formato y cada establecimiento de salud, incluidas las ONG, hace llegar su hoja a la DPVIH del Ministerio de Salud para actualizar los datos al final de la semana. En la entrevista con el Ministerio de Salud se mencionó que actualmente están en proceso de desarrollar un aplicativo web para recoger esta información de manera más sencilla y para mejorar la confiabilidad de la información. Los datos consolidados de esta manera en la DPVIH difieren de los reportados a través del NotiVIH del CDC.

La hoja de monitoreo, a diferencia de la plataforma NotiVIH, recopila la información sobre la nacionalidad. Cabe resaltar, la información que se presenta tanto en el NotiVIH como en la hoja de monitoreo no es la única que se recopila en relación con el VIH. Si bien en el Perú no existe todavía un sistema nacional de historias clínicas electrónicas, el sistema de información de registros de atención ambulatorias por defecto del Ministerio de Salud es el HISMINSa, el cual data de los años 90 y se encuentra desactualizado. Con respecto a la recopilación de datos sobre el VIH/Sida, este sistema capta sólo los datos relacionados al tamizaje y a consejerías para VIH. Por otro lado, existe también la plataforma Netlab, del Instituto Nacional de Salud, donde se registra la información de pruebas de monitoreo de laboratorio de Carga Viral y CD4. Como se puede ver, la captación de la información en Perú se hace de manera fragmentada pero completa. Si bien se capta la información, no existe interoperabilidad entre los distintos sistemas de información que albergan los datos sobre la población con VIH en el Perú.

5.5 BOLIVIA

En Bolivia, existe más de una plataforma informática con baja interoperabilidad. El sistema de información es fragmentado; por un lado, se encuentra el Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) del Ministerio de Salud, y por otro, el Sistema Informático de Monitoreo y Evaluación (SIMONE), de la ONG Hivos, que se enfoca en la data de VIH. La data no es abierta. En el caso de la data provista por el Ministerio, solo se encuentra descrita en informes, más no de manera dinámica. En el caso de SIMONE, si bien maneja la data actualizada sobre VIH en el país, esta tampoco está disponible en la plataforma. La data de VIH proporcionada en estos sistemas está protegida y es confidencial.

Normatividad

En Bolivia, los sistemas de información en salud para el VIH son manejados por entidades privadas como Hivos, una organización de cooperación internacional enfocada en temas de justicia social y ambiental, la cual opera en conjunto con el Ministerio de Salud y Deportes. En agosto del 2007, se proclamó la Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los Derechos Humanos y asistencia integral multidisciplinaria para personas que viven con el VIH-SIDA. Esta ley busca garantizar los derechos y deberes de la población con VIH/Sida, establecer políticas y programas, y priorizar la educación con respecto al VIH/Sida en el país. Así, el Artículo 2 de esta ley establece el principio de la confidencialidad de la condición clínica de las personas que viven con VIH-Sida.

El manejo de la información de los pacientes se rige por la norma técnica para el manejo del expediente clínico publicada en el año 2008, la cual establece la norma y metodología “para la elaboración, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC (expediente clínico), en aras al mejoramiento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Salud y Deportes, 2008).

Caracterización de los SI y registros clínicos

En primer lugar, el SNIS-VE, el Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, se encarga de “regular, normar y administrar la gestión de la información en salud, destinada a la gerencia, la vigilancia de la salud pública y el análisis de la situación de salud para la toma de decisiones en los diferentes niveles del Sistema de Salud” (Ministerio de Salud, 2022). El SNIS-VE “almacena, procesa y difunde información oportuna, útil, confiable y estratégica del sector en el marco del Sistema Único de Información en Salud, promoviendo momentos y espacios de análisis, reflexión y procesos de investigación, con el apoyo tecnológico de sistemas de información y comunicación” (Ministerio de Salud, 2022).

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo de Bolivia (2021), el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA-HV, con base en indicadores programáticos del Plan Estratégico Multisectorial, ha consolidado un sistema de información integrado donde se encuentran comprendidos los 9 programas departamentales, regionales y los centros desconcentrados. De esta manera, las acciones del Programa Nacional (nivel central) se definen desde el ámbito departamental por

medio de los Programas Departamentales/Regionales de ITS/VIH/SIDA, desde los cuales funcionan los previamente mencionados, Centros de Vigilancia, Información y Referencia del VIH/Sida (CDVIR y CRVIR), que son centros de atención de primer nivel adicionales a los centros desconcentrados que brindan atención integral.

Los CDVIR y CRVIR entonces se rigen por los SEDES (Servicio Departamental de Salud), y funcionan como “brazos operativos de los programas departamentales” (Defensoría del Pueblo 2021, p. 45).

El Sistema de VE-M&E regular, “Sistema de Información de la Respuesta Nacional a las ITS/VIH/ SIDA” reporta trimestralmente y se conforma por “un sistema de notificación de casos, un sistema de seguimiento al paciente y un sistema consolidado de indicadores” (Defensoría del Pueblo 2021, p. 45). El mecanismo del funcionamiento se da de abajo hacia arriba, desde el nivel local hacia el nacional.

Por otro lado, de acuerdo con la información brindada por el Fondo Mundial - Bolivia, la organización Hivos gestiona todo el sistema de información para el VIH, mediante su plataforma SIMONE (Sistema Informático de Monitoreo y Evaluación), creada en el 2012 por parte del apoyo del Fondo Mundial al Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Este sistema incluye los módulos de notificación, seguimiento al paciente y producción de servicios implementados en la red. Esto quiere decir que el sistema que provee la información del VIH en Bolivia es manejado por una ONG que trabaja en conjunto con el Ministerio de Salud del país.

5.6 CHILE

Chile tiene un sistema de información fragmentado con múltiples plataformas para el registro clínico, entre las que destacan el Sistema de Información de Salud Maule (SIMAULE) y el Sistema de información de Redes Asistenciales (SIDRA), que capturan información de fuentes diversas que varían desde los organismos comunitarios, las ONG y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas. No presentan datos en salud desagregados por nacionalidad. Los datos capturados de la población se encuentran protegidos por la Ley N° 19.628 de 1999 y el Decreto Supremo 41/2012 de Salud que contiene la reglamentación sobre Fichas Clínicas. Chile presenta capacidades computacionales intermedias-altas con poca

Normatividad

Con respecto a la protección de datos de la historia clínica, la Ley N° 19.628 de 1999 “sobre la protección de la vida privada” protege los datos en salud de los pacientes, entre otros datos sensibles (Muñoz, 2017). Sumado a esta, la Ley N° 20.584 de 2012, “regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, reconoce expresamente la reserva de la información contenida en la ficha clínica junto a los otros derechos, tales como la seguridad en la atención de salud, la dignidad en el trato, el derecho a la información, y el ejercicio de espacios de autonomía de las personas en un contexto de asistencia” (Muñoz 2017, p. 60). Adicionalmente, es importante resaltar que, complementario a las leyes

anteriormente mencionadas, el Decreto 41 de 2012 que regula el registro de historias clínicas en el país.

Caracterización de los SI y registros clínicos

En Chile, se cuenta con el Proyecto SIDRA (Sistema de información de Redes Asistenciales), plataforma que busca automatizar la información de la red hospitalaria en salud (Comisión Nacional de Productividad, 2020). Adicionalmente, se cuenta con el Sistema de Información de Salud Maule (SIMAULE), en la región del Maule, el cual tiene como objetivo la creación de una ficha clínica electrónica, en donde se busca fortalecer, el registro clínico, estadísticas de atención primaria de salud y estadísticas hospitalarias. Sin embargo, según lo informado por el Ministerio de Salud, no se cuenta con plataformas que recojan la información de la población migrante en salud de manera desagregada. Por ello, no existe el registro que reporte la variable “nacionalidad” en el país. Ahora bien, referente a las historias clínicas, el Decreto N° 41 de 2012 regula la historia clínica electrónica, su diligenciamiento, almacenamiento, administración, protección disponibilidad y confidencialidad.⁴⁷

Por otro lado, según lo informado por el Ministerio de Salud es importante resaltar que los informes del Departamento de VIH y las estadísticas del Ministerio de Salud, son reportes de datos cerrados, en el marco de la Ley de Protección de datos y confidencialidad y no se publica información discriminada de casos de extranjeros, ya que esto supone una discriminación de la población. Sin embargo, los únicos reportes que cuentan con la información desagregada por nacionalidad son los resultados de los exámenes de VIH, los cuales son cargados a las plataformas de los sistemas locales. Asimismo, el Instituto de Salud Pública lleva un registro de los resultados de los exámenes positivos en donde se cuenta con información de la nacionalidad.

Actualmente la interoperabilidad de los sistemas de información se encuentra en construcción, con el fin de lograr la trazabilidad de la información que permita obtener registros sistematizados de la información a nivel nacional⁴⁸, con lo cual Chile se clasifica dentro de los países con capacidad computacional intermedia/alta.

Dentro de estos esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de información en salud – en concreto de la interoperabilidad de sus subsistemas y plataformas– se encuentra el apoyo de *Health Level Seven (HL7)*⁴⁹ y el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS)⁵⁰ al Ministerio de Salud de Chile. El capítulo Chile “nace para impulsar el correcto uso de los estándares de interoperabilidad en salud con el fin de mejorar la capacidad de intercambiar,

⁴⁷ Para un análisis en profundidad sobre la Ficha Clínica y la Protección de Datos en Salud consultar: Muñoz, G. (2017). La ficha clínica y la protección de datos de salud en Chile. *Revista chilena de salud pública*, 21(1), 59-67. Disponible en:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiqj77m-5T4AhXImnIEHeFbCPAQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Frevistasaludpublica.uchile.cl%2Findex.php%2FRCSP%2Farticle%2Fdownload%2F47665%2F50037%2F&usg=AOvVaw2A4pAbovVX-UDNCw7wq_HU

⁴⁸ Entrevista con el Ministerio de Salud de Chile

⁴⁹ El HL7 es una “organización sin fines de lucro que desarrolla estándares que permiten intercambiar información asociada a salud, eliminando la incompatibilidad entre sistemas de información, permitiendo mejor manejo de información entre sistemas heterogéneos, independientemente de la tecnología con la cual han sido implementados.” Disponible en: <https://hl7chile.cl>

⁵⁰ El CENS es una “corporación sin fines de lucro, formada por la Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Talca y Universidad de Concepción, financiada por CORFO, Anid, sus socios y sus miembros” la cual tiene como misión “contribuir al fomento y adopción de tecnologías de información en salud, impulsando en forma colaborativa el desarrollo de capital humano y dinamizando el ecosistema de innovación, para mejorar la atención de salud de las personas.” Disponible en: <https://cens.cl/sobre-cens/>

procesar y gestionar información en el sistema de salud chileno⁵¹ mediante la implementación de la plataforma *Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)*, lo que permitirá fortalecer los estándares de interoperabilidad de los subsistemas de información de salud en Chile.

Chile proyecta, para el año 2025, tener un sistema de información en salud cuyos subsistemas y plataformas sean interoperables al punto de que “al menos un 50% de los hospitales públicos puedan gestionar y tomar decisiones basadas en historiales clínicos digitales e interoperables.”⁵² Sin embargo, al ser una estrategia en desarrollo, aún no hay avances en materia de VIH ni en materia migratoria; no obstante, es un primer paso que eventualmente permitirá fortalecer los sistemas de información en Chile en VIH y migración.

Finalmente, en lo relacionado con la articulación de los sistemas de información, el Ministerio de Salud de Chile ha realizado acercamientos con el ORAS-CONHU y con el Proceso de Quito para la transferencia de la información de la población portadora del VIH-SIDA. Sin embargo, el marco legal chileno no permite dicha transferencia de información, debido a la confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes.

5.7 RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES DE LA RUTA MIGRATORIA

En base en las entrevistas realizadas a los ministerios de salud y en la revisión documental relacionada, se ha podido detectar la heterogeneidad del desarrollo de los sistemas de información en los países de la ruta migratoria en la región. En la tabla siguiente se resume las condiciones evaluadas para el intercambio de información entre los países seleccionados

Tabla 4. Condiciones para el intercambio de información

	Marco Legal permite recoger datos Migrantes	Se recoge datos Migrantes	El recogo de la información del paciente es automatizada			La normativa permite compartir la información HC
			Total	Parcial	Manual	
Venezuela					X	No
Colombia	Si	Si	X			No
Ecuador	Si	Si		X		No
Perú	Si	Si			X	No
Bolivia	Si	No		X		No
Chile	Si	No	X			No

Fuente: Elaboración propia

En general, el marco normativo existente en los países permite recoger la información de las PVV, y los países la recogen. Sin embargo, hay normas relacionadas a la confidencialidad de los datos clínicos y, en especial a la relacionada al diagnóstico de VIH, que en algunos casos dificulta

⁵¹ Tomado de HL7 Chile. Disponible en: <https://hl7chile.cl>

⁵² Tomado de El Mostrador. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2021/06/03/interoperabilidad-en-sistemas-de-salud-podria-reducir-listas-de-espera-tras-la-pandemia/>

el intercambio de información aún dentro del mismo país. En todos los países existe normatividad de protección de Habeas Data.

Hay experiencias aisladas de intercambio de información entre países, que se explican en la sección siguiente; no son iniciativas de los gobiernos sino de agencias de cooperación directamente o a través de ONG internacionales.

Si bien se registran avances en la implementación de la historia clínica electrónica en cada país, la característica general es la existencia de múltiples plataformas que no siempre cuentan con un nivel avanzado de interoperabilidad, salvo en Chile y Colombia, en donde se logran registrar avances importantes en ese sentido; Ecuador y Perú, con desarrollos intermedios y Bolivia y Venezuela con esfuerzos incipientes. Lo anterior también se refleja en los desarrollos computacionales al interior de las instituciones de salud. La mayoría de los países no presentan data abierta, sin embargo, cuentan con registro nominal y algunos con data desagregada por nacionalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que actualmente los países no tienen los marcos legales y sistemas de información suficientemente sólidos para asegurar la continuidad de tratamiento a través de fronteras.

Será necesario que los países decidan incluir este propósito en las agendas binacionales y multipaís a través de los mecanismos de integración y cooperación técnica existentes, tales como: OPS/OMS, ONUSIDA, el Proceso de Quito, los GCTH, PROSUR, ORAS-CONHU y el apoyo de agencias de cooperación internacional como el Fondo Mundial, OIM, ACNUR, etc. Para ello, además de nuevos acuerdos específicos se requiere la definición de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de los pacientes migrantes viviendo con VIH en los países de la región y plataformas para los registros clínicos que cuenten con parámetros subregionales de interoperabilidad.

La Tabla 5 presenta el cuadro resumen y las principales conclusiones a las que se ha llegado con respecto al análisis de los sistemas de información y registros clínicos en los países de la región. De dicha tabla puede señalarse:

- Todos los países cuentan con normatividad relacionada con la protección de datos y confidencialidad de la información clínica de los pacientes, lo cual dificulta la posible transferencia de información transfronteriza.
- El intercambio transfronterizo nominal de registros clínicos electrónicos en general y, en particular, en la atención de la población migrante con VIH no cuenta con regulación necesaria para tales efectos. Por lo tanto, es aún una posibilidad limitada en los países de la región.
- Los sistemas de información en salud en los países de la región son heterogéneos, fragmentados, con niveles insuficientes de estandarización, plataformas múltiples y baja interoperabilidad dentro de los subsistemas y plataformas al interior de cada país.
- Las capacidades computacionales en la red de prestación de servicios tienen desarrollos diferentes: en algunos países aún es baja y, por lo tanto, sigue vigente la HC en formato de papel. Colombia y Chile presentan avances destacables en términos de sus capacidades computacionales, aunque mantienen niveles intermedios de desarrollo.

Tabla 5. Tabla resumen de sistemas de información

Tabla resumen situación de sistemas de información en la región										
	Sistema Fragmentado (Si/No)	Plataforma y reporte	Data abierta (Si/No)	Fuente y captura de datos	Alcance y funcionalidad*	Registro Nominal	Data desagregada por nacionalidad	Protección de datos y confidencialidad	Capacidades computacionales	Interoperabilidad de los sistemas
Venezuela	Sí	Múltiple: HC en papel SUIS, SIBO; DHIS2	No	Institucional/ Comunitario/ONG: reg agregado.	Dx VIH	Sí	No	Sí	Baja	Ninguna
Colombia	Sí	Múltiple (SISCO, SIVIGILA, SISPRO), Cuenta de Alto Costo, entre otros.	Sí	Institucional/ Comunitario/ONG: reg agregado/formato estándar/manual de captura	Dx VIH	Sí	Sí	Sí	Intermedia/Alta	Parcial [1]
Ecuador	Sí	Múltiple (PRAS) / Geosalud Versión 3	Parcialmente (registros en informes pero no datos dinámicos)	Institucional/ Comunitario/ONG: reg agregado/formato estándar/manual de captura	Dx VIH	Sí	Sí	Sí	Intermedia	No
Perú	Sí	Múltiple: HC en papel (HISMINS, Hoja de Monitoreo, CDC); Obs MyS/Netlab	No	Institucional/ Comunitario/ONG: reg agregado/formato estándar/manual de captura	Dx VIH	Sí	Sí	Sí	Intermedia	No
Bolivia	Sí	Múltiple: HC en papel (SNIS-VE), SIMONE (ONG Hivos)	No	Institucional/ONG	Dx VIH	Sí	No	Sí	Baja	No
Chile	Sí	Múltiple - Sistema de información de salud Maule (SISMAULE) / SIDRA (sistema de información de redes asistenciales); Obs Mys	No	Institucional/ Comunitario/ONG: reg agregado/formato estándar/manual de captura	Dx VIH	Sí	No	Sí	Intermedia/Alta	No

* Diagnóstico (Dx) de VIH

[1] La interoperabilidad de la historia clínica está regulada por la Ley 2015 de 2020 cuya implementación será de un plazo de cinco años a partir de su entrada en vigencia.

Fuente: Elaboración propia

- Los datos capturados de los sistemas de información en salud son abiertos en la mayoría de los países, aunque algunos de ellos mantienen registros cerrados y presentados parcialmente en informes o boletines epidemiológicos (Ecuador, Bolivia, Venezuela).
- Todos los países de la región cuentan con un registro nominal de los pacientes que viven con VIH, aunque no necesariamente integrado. Tres países (Colombia, Ecuador y Perú), recopilan la data desagregada por nacionalidad o tipo de población (por ejemplo, población migrante) y otros tres no lo hacen (Venezuela, Bolivia y Chile).
- El estudio de factibilidad del EPHR realizado por OIM-Ecuador, que involucra la posibilidad de intercambio de información nominal de pacientes entre Colombia y Ecuador, sin duda será un hito en el avance en el intercambio transfronterizo de los registros clínicos. Este será descrito más adelante en este reporte.

6. OPORTUNIDADES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRANSFRONTERIZA EN SALUD

Mandatos regionales y mundiales que promueven el intercambio de información en salud entre países

Múltiples acuerdos globales y regionales han promovido el intercambio de información sanitaria y en especial información agregada con el ánimo de fortalecer la vigilancia epidemiológica y las políticas y estrategias de salud pública y frente al VIH-SIDA, Entre ellos, se pueden destacar los siguientes:

- Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular
- Reglamento Sanitario Internacional
- Global Aids Strategy 2021-2026. End Inequalities. End AIDS. ONUSIDA
- Monitoreo Global del SIDA 2022. ONUSIDA 2021
- Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave para América Latina y el Caribe

Los países de la región a través de su participación en diversos foros, mecanismos, convenios tales como el Proceso de Quito, ORAS-CONHU, PROSUR y otros específicos, como el de los directores de los programas de VIH, Grupo de Coordinación Técnica Horizontal (GCTH) apoyados por ONUSIDA y OPS, han establecido diversos planes de acción conjunta para fortalecer el intercambio de información en salud entre los países y, en particular, con relación a la población migrante con VIH en la región.

En primer lugar, la “Propuesta para incrementar la cobertura de salud de las personas refugiadas y migrantes con VIH de la República Bolivariana de Venezuela” (2021), iniciativa de OPS y ONUSIDA, que tiene por objetivo “proporcionar orientaciones prácticas para incrementar la cobertura de salud a las personas refugiadas y migrantes, apoyando la prestación y el acceso equitativo a servicios de calidad en las esferas de prevención y control del VIH, a fin de propiciar con ello la continuidad del tratamiento, en especial para las personas refugiadas y migrantes con VIH” (p. 7). Esta propuesta plantea cinco líneas de acción estratégicas, de las cuales tres son de gran relevancia en función del intercambio de información de salud entre países, a saber:

Línea estratégica 1: “Fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información y el monitoreo”;

Línea estratégica 3: “Mejorar la comunicación y el intercambio de información” a fin de contrarrestar la xenofobia, la estigmatización y la discriminación, en especial contra las personas con VIH y las poblaciones clave.

Establecer canales de comunicación, en especial con los países vecinos, sobre la situación de salud de las personas refugiadas y migrantes con miras a generar acciones transfronterizas de atención de salud con hincapié en el VIH y las ITS, para la población en movimiento y las comunidades de acogida incluido el intercambio de experiencias positivas, buenas prácticas, instrumentos de políticas, herramientas exitosas y lecciones aprendidas, en la promoción y la

protección del VIH en las personas refugiadas y migrantes, incluyendo a los organismos de cooperación o a otros actores relevantes

Línea estratégica 4: “Fortalecer las alianzas, las redes y los marcos multinacionales con el fin de comprender la situación migratoria, y de promover y proteger la salud de las personas refugiadas y migrantes. Crear o reactivar sociedades y alianzas transfronterizas para fortalecer los esfuerzos y abordar asuntos de salud relacionados a la movilidad humana y el VIH” (OPS/ONUSIDA, 2021).

Estas líneas estratégicas forman parte de la agenda actual de trabajo de ambos organismos con los países, y se encuentran en fase de diálogo para su desarrollo e implementación. En este sentido, “ONUSIDA y OPS se han propuesto trabajar articuladamente con los gobiernos para generar una respuesta efectiva al VIH, la cual debe ser revisada en función de los desafíos del contexto actual, y que contribuiría a solucionar uno de los múltiples problemas de salud que deben atender los entes estatales en los países de acogida”⁵³

Ahora bien, el ORAS-CONHU elaboró y aprobó en el 2019, el “Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022” el cual tiene como propósito “Promover acciones coordinadas y mecanismos a nivel subregional para responder a las necesidades de salud de las personas migrantes, con un enfoque de derechos y conforme a las normativas vigentes en cada uno de los países miembros del ORAS - CONHU” (p. 22). Específicamente, en su Objetivo Estratégico 3 se plantea “Fortalecer los sistemas de información en salud, mejorar el intercambio de información y la gestión del conocimiento relacionado con el fenómeno migratorio entre los países andinos” (p. 26). Sin embargo, este plan fue afectado en su ejecución por la pandemia y actualmente, se encuentra en proceso de redimensionamiento para su ejecución

Sumado a esto, en el marco del Foro para el Progreso e Integración de América del Sur-PROSUR en la reunión de ministros de Salud de febrero del 2021, se planteó la necesidad de “la creación de una red regional de observatorios epidemiológicos con énfasis en movilidad humana para apoyar en la implementación y evaluación de políticas públicas regionales en la materia” (p. 12), así como para la generación de conocimiento con respecto al fenómeno migratorio y sus necesidades en salud. En ese sentido se resaltan los avances del MSPS de Colombia en la implementación del Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS) que tiene por objetivo: “Configurar un escenario de conocimiento sobre migración y salud en Colombia desde la observación sistemática, el análisis, la investigación, la transferencia de conocimiento y la colaboración interinstitucional, como insumo para la identificación de necesidades y toma de decisiones en clave de política pública.”⁵⁴

Asimismo, se destaca la iniciativa de la creación del Observatorio Peruano de Migración y Salud (OPEMS) en alianza entre el Ministerio de Salud del Perú y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) apoyadas por el programa LHSS Perú de USAID, el cual se presenta como un “espacio democrático, abierto a las instituciones públicas y privadas que lo requieran, como un servicio y mecanismo de generación y sistematización de información para la acción a través de la recolección, sistematización y disseminación de datos sanitarios en el tema migratorio, que contribuya en el diseño de políticas que permitan el acceso a la salud, la identificación rápida de las brechas en la salud de la población migrante, especialmente venezolana, y la vigilancia social

⁵³ Cita tomada de: <https://www.procesodequito.org/es/vih-sida>

⁵⁴ Cita tomada de: Observatorio Nacional de Migración y Salud de Colombia: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Quienes-somos.aspx>

de la sociedad civil comprometida con esta temática.”⁵⁵; este último se encuentra en proceso de desarrollo.

Por otro lado, el Proceso de Quito es “el nombre [del mecanismo] que se le ha dado a las reuniones y compromisos establecidos entre países de América Latina para coordinar la respuesta a la crisis migratoria venezolana.” Este tiene como objetivo “intercambiar información y buenas prácticas, con miras a articular una coordinación regional con respecto a la crisis migratoria de ciudadanos venezolanos en la región”,⁵⁶ lo cual resalta su importancia para la respuesta en salud del fenómeno migratorio en la región. En este marco, una de las áreas de trabajo del Proceso de Quito es la de VIH-SIDA, liderada por Argentina con el apoyo técnico de ONUSIDA, donde se ha propuesto el “Plan de acción transfronterizo para brindar atención en VIH/SIDA”, en el que se resalta la importancia de “formular un plan de acción transfronteriza que coordine los servicios de salud para proporcionar atención debida a la población refugiada y migrante con VIH/Sida.” Con este, se busca garantizar la atención regional a los afectados de VIH/Sida.”⁵⁷ Para lo cual se definirán acciones en las próximas reuniones del Proceso de Quito .

La OIM ha logrado un avance muy concreto en este 2022 al realizar un estudio de factibilidad para la implementación de un *Electronic Personal Health Record* (EPHR) para el intercambio de la información en salud de la población migrante entre Colombia y Ecuador. De este proyecto, se espera resultados a mediados del año. Esto se presenta como un gran primer paso en el proceso de intercambio de información transfronteriza de registros clínicos en pacientes migrantes con VIH.

De la misma manera, el FM está apoyando la implementación de la plataforma web de código abierto *District Health Information Software, version 2- DHIS2* en Venezuela, experiencia que al tener características de código abierto podría ser muy útil en el proceso de armonización de las capacidades tecnológicas en los países de la región y por lo tanto, mejoraría las condiciones para el flujo de información clínica transfronteriza. Estas dos últimas experiencias se describen más adelante

Experiencias relevantes de sistemas de información en la región

De otra parte, se pudieron detectar algunas experiencias de desarrollos informáticos y plataformas que podrían propiciar el intercambio de información de los registros clínicos entre el personal asistencial de los diferentes países. Este intercambio tiene como fin garantizar la continuidad del tratamiento y seguimiento de la población migrante con VIH en la ruta migratoria. Algunas de ellas, incluyendo una propuesta propia, se exponen a continuación:

a. Estudio de factibilidad para la implementación del Electronic Personal Health Record (EPHR)

Bajo el liderazgo de OIM Ecuador se está realizando un estudio de factibilidad sobre la viabilidad de implementación de la plataforma EPHR (*Electronic Personal Health Record*) entre

⁵⁵ Cita tomada de: Observatorio Peruano de Migración y Salud: <https://opems.org.pe/nosotros/>

⁵⁶ Cita tomada de: <https://www.procesodequito.org/es/que-hacemos>

⁵⁷ Las palabras entre llaves [] son propias para articular el sentido de las citas, las cuales fueron tomadas de: <https://www.procesodequito.org/es/plan-de-accion-transfronterizo-para-brindar-atencion-en-vih-sida>

Colombia y Ecuador, la cual ha sido previamente utilizada en Europa para el registro en salud de las poblaciones migrantes africanas que llegan a ese continente. Esta es una plataforma que permite el registro unificado de información de personas migrantes en los países de la ruta migratoria, facilitando el seguimiento de la condición de salud de estas poblaciones para garantizar la continuidad de su cuidado y tratamiento (OIM, s.f.). Esta, además de ser una plataforma de registro en sí misma, tiene óptimos niveles de interoperabilidad, lo cual permite el intercambio de información con aquellas plataformas de los diferentes países que así lo permitan.

Sumado a esto, la plataforma permitiría el análisis de información agregada para el análisis y el monitoreo de la salud de las personas migrantes en la ruta migratoria, con el objetivo de propiciar el diseño de políticas, planes y estrategias para la protección en salud de la población migrante. Adicionalmente, el registro de historia clínica en la plataforma será propiedad de la persona que recibe tratamiento y, más aún, deberá atender a la normativa de Hábeas Data de cada país.

Se proyecta que la plataforma pueda configurarse a través de diferentes niveles de permiso. En principio, quienes pueden acceder a ella es el paciente y el personal médico que lleva la atención en salud de la persona. Sin embargo, hay algunos otros datos que pueden acceder entidades y otros actores del sistema de salud (ej. instituciones que entregan medicamentos, para llevar este monitoreo). Esta plataforma fortalece la vigilancia epidemiológica local y transfronteriza y permite mejorar la capacidad de respuesta.

b. Plataforma web de código abierto District Health Information Software, version 2- DHIS2

Este es “una plataforma web de código abierto comúnmente utilizada como sistema de gestión de información de salud. Actualmente, DHIS2 es la plataforma más utilizada como sistema de información de salud en el mundo, en uso en 73 países de nivel de renta media. Aproximadamente, 2,4 billones de personas viven en países que utilizan DHIS2. Si incluimos programas a cargo de las ONG, DHIS2 se usa en más de 100 países” (Página web DHIS2). Adicionalmente, se considera un “bien público global que transforma la gestión de la información sanitaria en todo el mundo, desarrollado por el Centro HISP.” (Página web DHIS2).

Su desarrollo ha sido producto de “una colaboración global gestionada por el Centro HISP de la Universidad de Oslo (UiO). HISP es una red global compuesta de 17 organizaciones locales y regionales que proporcionan apoyo directo a los ministerios de Salud e implementaciones locales de DHIS2.” (Página web DHIS2).

Como se mencionó anteriormente, el FM está promoviendo su implementación para el registro y monitoreo de malaria especialmente en Venezuela. De esta experiencia el FM plantea la posibilidad de ampliar su aplicación para VIH.

c. Plataformas de registros clínicos de ONG: una alternativa para el intercambio de información transfronteriza

En las entrevistas con AHF y Aid for Aids, se dio a conocer que cada organización tiene su propio sistema de información para el registro y seguimiento de los registros clínicos de las personas a quienes atienden, incluyendo el tratamiento contra VIH que brindan en sus sedes.

AHF está empezando a implementar en sus centros un registro electrónico con la finalidad de que la información recogida pueda ser compartida con sus sedes en los diferentes países. Así, se busca que el paciente con VIH/Sida pueda migrar con su expediente electrónico, sin perder el registro de su tratamiento y sin la necesidad de que estas poblaciones se transporten con su historia clínica en papel. A su vez, esto permite la garantía de la continuidad de su tratamiento y también el intercambio de información nominal entre el personal de salud con acceso a la historia clínica del paciente. Adicionalmente, AHF también se encarga de proveer personal médico de apoyo y promotores comunitarios para garantizar el seguimiento de los pacientes migrantes a través de la frontera.⁵⁸

Cabe resaltar, que este sistema de información es un sistema cerrado y solo el personal de salud encargado del paciente tiene acceso a la información. Los datos recopilados por el sistema son reportados a los respectivos ministerios de Salud, de acuerdo con la normatividad vigente en cada país.

En conclusión, al tener sistemas de información propios para el registro de información clínica y con el objetivo de garantizar la continuidad de tratamiento, las ONG y organismos internacionales y de cooperación suponen una oportunidad clave para construir alianzas desde los ministerios de Salud de cada país. Se podría capturar la información de estas poblaciones a través de estos sistemas. Para ello, sería recomendable considerar la posibilidad de impulsar alianzas público-privadas entre los ministerios y las respectivas ONG que trabajan con población migrante viviendo con VIH para el intercambio de información transfronteriza, que facilite la continuidad de la asistencia médica para esta población.

d. Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica - RACSEL

La Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica es un organismo internacional que busca, a través del intercambio de información, el diálogo y la colaboración entre países y organizaciones, fortalecer los mecanismos de información digital en salud en América Latina y el Caribe. Actualmente, la red se encuentra integrada por nueve países dentro de los cuales se encuentran: Argentina, Costa Rica, Colombia, Paraguay, Uruguay, El Salvador, Chile, Perú y Surinam⁵⁹. Tres de los países objeto de este reporte se encuentran en esta iniciativa, Colombia, Chile y Perú y, en entrevista con el ministerio de salud de Colombia, se constató que próximamente se estará sumando Ecuador.

Dentro de las organizaciones que soportan las actividades de RACSEL se encuentra la Organización Mundial de la Salud, HL7 Internacional, la Organización Panamericana de la Salud, el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. La red está liderada por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID, que ha desarrollado guías técnicas para recopilar la información y experiencias de cinco países en la adopción de la historia clínica digital como elemento fundamental para la garantía de la asistencia médica y la toma de decisiones por parte

⁵⁸ Entrevista AHF

⁵⁹ Información tomada de: <https://racsel.org/Miembros/>

del personal médico⁶⁰. Estas guías tienen como objetivo buscar la interoperabilidad de los sistemas de información en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe⁶¹.

Así mismo, RACSEL adelanta la iniciativa LACPASS, la cual tiene como objetivo conectar los países latinoamericanos hacia el cuidado de la salud de la región. Dentro de los avances, se busca implementar un certificado de vacunación digital en la región, con el consenso de los países, para a la adopción de los estándares para su interoperabilidad⁶².

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró que tres de los países objeto de este reporte - Colombia, Perú y Chile- hacen parte de RACSEL por lo que, a través de los ministerios de salud de estos países se podría solicitar el apoyo del BID para canalizar los avances de la Red, por ejemplo, los “Estándares de interoperabilidad en salud”⁶³ entre países y otros avances de la misma, que pueden fortalecer el proceso de intercambio de información transfronteriza en salud.

⁶⁰ Información tomada de: <https://racsel.org/Miembros/>

⁶¹ Los documentos técnicos están disponibles en: <https://racsel.org/Gu%C3%ADas-Técnicas/>

⁶² Información tomada de: <https://racsel.org/LACPass/>

⁶³ Este documento está disponible en: <https://socialdigital.iadb.org/es/resources/health/kits-de-herramientas/271/274>

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se han identificado diversas barreras en los países de la ruta migratoria, que dificultan el intercambio de información transfronteriza:
 - Existen diferentes grados de digitalización de los registros de información clínica de los pacientes. En varios países esta digitalización es aún incipiente, manteniéndose registros en papel.
 - En la mayoría de los países, los sistemas de información no están integrados al interior de sus diferentes niveles, tipos de servicios y/o geográficamente, lo que limita la interoperabilidad tanto dentro del país como potencialmente hacia fuera.
 - Todos los países tienen normatividad de Habeas Data, lo que dificulta la transferencia da través de fronteras.

El camino para resolver estas limitaciones y operativizar acuerdos formales de intercambio de información entre los países es complejo y éstos suponen esfuerzos de largo plazo. Complementariamente, se requiere pensar en una alternativa a corto plazo.

- Otro factor que dificulta la continuidad de tratamiento entre países es la falta de homologación en los esquemas de tratamiento de VIH entre los países. Existe una iniciativa promovida por la OPS para que los países de la región adopten y universalicen el TLD como su esquema de primera línea.
- Los espacios regionales y subregionales, como el ORAS-CONHU y el Proceso de Quito tienen dentro de sus planes de acción acuerdos para facilitar el intercambio de información de migrantes y así asegurar la continuidad de tratamiento, pero a la fecha se ha registrado escaso avance en estas líneas.
- Existen iniciativas de los Organismos y Agencias de Cooperación para el intercambio de información de salud entre fronteras, las cuales todavía se encuentran en etapas de evaluación o implementación piloto, que darán información sobre la factibilidad de implementación de éstas en los países de la región.
- También se ha encontrado un sistema de intercambio de información clínica de migrantes con VIH entre países, funcionando en una red de prestadores privados (AHF).

Recomendaciones

Dadas las limitaciones encontradas para el intercambio formal de información entre los países, se debe reorientar el foco de este esfuerzo en facilitar la continuidad del cuidado de los migrantes

con VIH a través de fronteras, teniendo como centro a las personas que viven con VIH y se movilizan a otro país. Con este enfoque se emiten las siguientes recomendaciones:

- Se debe explorar estrategias de portabilidad de la información clínica por los mismos migrantes con VIH, como en celulares, correos electrónicos, o soluciones de M-Health, que puedan ser implementadas en el corto plazo. De esta manera la información clínica necesaria para el cuidado del paciente llegaría directamente, a través del mismo paciente, de un profesional tratante en el lugar de origen a otro en el lugar de llegada.
- Se debe avanzar en la homologación de tratamiento en los países de la región. De esta manera se facilita la continuación de esquema de tratamiento, lo que aumenta la adherencia al mismo, reduciendo abandonos y, por ende, la transmisión.
- Los países deben garantizar acceso irrestricto al tratamiento a los migrantes que viven con VIH. Este acceso no sólo beneficia a los migrantes, sino reduce el riesgo de incrementar la transmisión en la población de acogida
- Para consensuar una visión de lo que se podría lograr, razonablemente, en el corto plazo se recomienda:
 - Elaborar una hoja de ruta que detalle los pasos a seguir, las responsabilidades y los plazos estimados en cada etapa.
 - Conformar un subgrupo de trabajo que podría estar en el GCTH con el apoyo técnico de ONUSIDA y otras agencias, quien lideraría este trabajo y haría seguimiento a la implementación.
 - Luego convocar un grupo de organismos de cooperación técnica y financiera para apoyar la implementación de la mencionada Hoja de Ruta.
- La hoja de ruta debería ser compartida con el grupo de trabajo de VIH del Proceso de Quito, creado específicamente para atender la problemática de la migración venezolana y conformado por las cancillerías de los países, para que pueda gestionar soporte gubernamental al interior de los países
- Por último, como una alternativa de mediano plazo, se recomienda a las agencias supranacionales y organizaciones intergubernamentales subregionales, seguir de cerca los resultados de estudios y de los pilotos que se están implementando en la región para el intercambio de información transfronteriza en salud, (como el implementado por OIM Ecuador), con la finalidad de poder promover y apoyar la implementación, en mayor escala, de las estrategias más viables y promisorias en los países de la ruta migratoria.

8. REFERENCIAS

- ACCSI. (2021). Venezuela continúa el Vía Crucis de las personas con VIH. Disponible en: https://issuu.com/accsi_vih sida/docs/accsi_rvg_venezuela_contin_a_el_v_a_crucis_de_las
- ACCSI. (s.f.). Demanda legal de ACCSI para garantizar acceso a tratamientos antirretrovirales a personas con VIH y Sida. Disponible en: <https://accsi.org/derechos-humanos-y-vih/demanda-legal-de-accsi-en-contra-del-ministerio-de-salud-para-garantizar-acceso-a-tratamientos-antirretrovirales-a-personas-con-vih-y-sida/>
- Acuerdo Ministerial N° 5216. Reglamento de información confidencial en sistema nacional de salud. 29 de enero de 2015.
- Aguilera Eguía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360.
- Andina (15 de abril de 2022) Migrar o morir: los venezolanos con VIH que llegan a Perú. <https://andina.pe/agencia/noticia-migrar-o-morir-los-venezolanos-vih-llegan-a-peru-748541.aspx>
- Cabieses, B., Larenas, D., Oyarte, D. y Darrigrandi, F. (2021). La Respuesta sanitaria de Chile ante la migración venezolana. En: J. Arroyo-Laguna, A. Portes, B. Cabieses, I. Torres, A. Cubillos (Eds.), *La Migración Venezolana en los Andes: La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <https://www.fondoeditorial.pucp.edu.pe/categorias/1267-la-migracion-venezolana-en-los-andes.html>
- Cancillería de Colombia. (2021). Abecé del Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos. Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/ok_esp_abc_estatuto_al_migrante_venezolano_05mar-2021.pdf
- Comisión Nacional de Productividad de Chile. (2020). Informe Anual de Productividad 2020. Disponible en: <https://www.comisiondeproductividad.cl/estudios/informe-anual-de-productividad-2020/>
- Collave, Y. (12 de enero de 2022). Historia clínica electrónica en el Perú: ¿Cuándo se implementará y cómo cambiará la atención de los pacientes? *El Comercio*. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/historia-clinica-electronica-en-el-peru-cuando-se-implementara-y-como-cambiara-la-atencion-de-los-pacientes-noticia/>
- Cuenta de Alto Costo. Fondo de Enfermedades de Alto Costo. (2021). Día Mundial del VIH y SIDA. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/dia-mundial-del-vih-2021/>
- DANE. (2021). Población migrante venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul-2021-nota-estadistica-poblacion-migrante-venezolana-panorama-con-enfoque-de-genero.pdf>

Decreto 216 del 2021. Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos bajo Régimen de protección temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria. 1 de marzo del 2021. Disponible en: https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20216%20DEL%201%20DE%20MARZO%20DE%202021.pdf?TSPD_101_R0=0883a32c4dab2000f1e80b4fd0560cc1edecdc6cc946f5a44e2eafa2342fd215e70a53f6a67c67085f3e28b91450003a409dc4d4012d01c5fdf2ace9eb41135e28f856f9f497cab5c03cfe5499f66c962c694aefc11d5e27899b2394b0f967354ab11fe81cb3270f926771a22725a14d20359dc45902d99f3fd02767522311

Decreto de Urgencia 017-2019. Que establece medidas para la cobertura universal en salud. 28 de noviembre de 2019.

Defensoría del Pueblo de Bolivia (2021). Informe defensorial: Evaluación de los servicios de tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA [Archivo PDF]. <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/evaluacion-de-los-servicios-de-tratamiento-de-las-personas-que-viven-con-vih-sida.pdf>

DHIS2. (s.f.). Acerca de DHIS2. Disponible en: <https://dhis2.org/es/about/>

El Mostrador. (2021). Interoperabilidad en sistemas de salud podría reducir listas de espera tras la pandemia. Disponible en <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2021/06/03/interoperabilidad-en-sistemas-de-salud-podria-reducir-listas-de-espera-tras-la-pandemia/>

Fundación Acción contra el Hambre y Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido- CCEFIRO. (2020). Reporte sobre la vulnerabilidad y situación de las personas que viven con el VIH/Sida. Migrantes y peruanas en el marco de la Pandemia de la COVID-19. Primera ed. Digital, abril 2021. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/202104_ACH_CCEFIRO_Reporte%25202020%2520sobre%2520vulnerabilidad%2520VIH.pdf

Gissi, N. Aruj, R. Polo, S. (2021). Políticas migratorias y cooperación regional en el Cono Sur: gestión institucional de la migración venezolana en Argentina, Chile y Bolivia. *Revista Sociedade e Estado*, 36(3), 1015-1035. <https://www.scielo.br/j/se/a/GfLkfWzvrM6Z36VYQhXmwgp/?format=pdf&lang=es>

Gobierno Bolivariano de Venezuela; ONUSIDA. (2022). Informe GAM- Monitoreo Mundial del SIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

HL7. (s.f.). *Health Level Seven Chile*. <https://hl7chile.cl>

Instituto Nacional de Salud. (s.f.). SIVIGILA. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>

Ley 30024 de 2013. Que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. 22 de mayo del 2013. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-crea-el-registro-nacional-de-historias-clinicas-elec-ley-n-30024-940383-2/>

Ley 3729 de 2007. Para la prevención del VIH-SIDA, protección de los Derechos Humanos y asistencia integral multidisciplinaria para personas que viven con el VIH-SIDA. 08 de agosto del 2007. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_ley3729_bol.pdf

- Lubo, O. D. M. (2022). Efectos de la migración venezolana sobre la notificación de casos de VIH en Colombia. *Revista Salud Uis*, 54(1), 12.
- Martínez, M. (2018) Una oportunidad de vivir: la travesía de los refugiados y migrantes venezolanos con VIH/SIDA. La Agencia de la ONU para los refugiados ACNUR. <https://www.acnur.org/noticias/historia/2018/11/5c0193344/una-oportunidad-de-vivir-la-travesia-de-los-refugiados-y-migrantes-venezolanos.html>
- Migración Colombia. (2021). *Distribución de venezolanos en Colombia – Corte 31 de agosto de 2021* [Infografía]. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-agosto-de-2021>
- Migración Colombia. (2021b). *Distribución de Venezolanos en Colombia – Corte 31 de Agosto de 2021*. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/43istribuci3n/43istribuci3n-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-agosto-de-2021>
- Migración Colombia. (2022). *Visibles*. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/visibles>.
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, ACNUR, OIM y Proceso de Quito. (2020). Declaración Conjunta de la VI reunión técnica internacional sobre movilidad humana de ciudadanos venezolanos en la Región. Capítulo de Santiago. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/FOTOS2020/quito_vi.pdf
- Ministerio de Salud de Bolivia (2018). *Guía Práctica del Manejo de Coinfección TB/VIH*. [Archivo PDF]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/Tuberculosis/Guia_de_coinfeccion_TB-VIH_2018.pdf
- Ministerio de Salud de Bolivia (2022). SNIS-VE Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica. <https://snis.minsalud.gob.bo/37-noticias-snis-ve/noticias-principales>
- Ministerio de Salud del Perú (2015). *Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú* [Archivo PDF]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2021). *Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú* [Archivo PDF]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2017). *PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCIÓN EN SALUD (PRAS)* [Archivo PDF]. Disponible en: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/MSP-Manual%20PRAS-08-11-2017.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018). *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños,*

- adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica. [Archivo PDF] Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021). Boletín anual de VIH/sida Ecuador – 2020 Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (9 de febrero de 2022). MSP implementa Unidad de Atención Integral para personas con VIH. <https://www.salud.gob.ec/msp-implementa-unidad-de-atencion-integral-para-personas-con-vih/>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2008). Norma técnica para el manejo del expediente clínico [Archivo PDF]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/64%20Norma%20expediente%20clinico.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-agosto-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). ¿Qué es SISPRO?. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
- MINSA (2021). Acceso a los servicios de salud de las personas viviendo con VIH durante la pandemia COVID-19 [Archivo PDF]. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/public/journals/1/imagenes/Simposio/2021-1/Acceso_servicios_salud_personas_VIH.pdf
- Muñoz, G. (2017). La ficha clínica y la protección de datos de salud en Chile. *Revista chilena de salud pública*, 21(1), 59-67.
- OIM (2022). Monitoreo de flujo de población venezolana reporte I4 | Perú [Archivo PDF]. Disponible en: https://displacement.iom.int/sites/default/files/public/reports/OIM_PERU_INTERAGC_DP2354_DTM%20FMS%2014_Tumbes_13Abr2022.pdf
- OIM. (s.f.). Electronic Personal Health Record (EPHR). Disponible en: <https://eea.iom.int/electronic-personal-health-record-e-phr>
- ONUSIDA y OPS. (2021). Venezuela: Guía práctica de Tratamiento antirretroviral para personas con VIH. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/venezuela-guia-practica-tratamiento-antirretroviral-para-personas-con-vih>
- ONUSIDA. (2022). Bolivia. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/bolivia>

- ONUSIDA. (2022). Ecuador. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
- OPS/OMS y ONUSIDA. (2021) Propuesta para incrementar la cobertura de salud de las personas refugiadas y migrantes con VIH de la República Bolivariana de Venezuela. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54912/OPSONUSIDACDECOVID-19210013_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ORAS-CONHU. (2019). Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019-2022.
- Paredes, F. (2018). La migración venezolana reciente en la República Dominicana a la luz de las teorías contemporáneas sobre las migraciones internacionales. En J. Koechlin y J. Eguren. *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*. Vol. Colección OBIMID. Lima. pp. 273-292.
- Polo, S. Gissi, N. Ramírez, J. Ospina, P. Cardoso, B. (2020). Evolución y rutas de la migración venezolana en América del Sur. *Migración y seguridad fronteriza*, p. 91-108. Madrid: Editorial Dykinson – UAT
- Proceso de Quito. (2021). Plan de Acción transfronterizo para brindar atención en VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.procesodequito.org/en/node/1586>
- PROSUR. (2021). Informe de Gestión PROSUR 2021. Disponible en: <https://foroprosur.org/wp-content/uploads/2022/01/PROSUR-Informe-de-Gestión-2021-v8.pdf>
- Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. (2021). Evaluación de los Servicios de VIH para migrantes venezolanos: Recomendaciones para mejorar el reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH/Sida en el Perú. Maryland, Abt Associates.
- Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. (2021). Informe de estimación del tamaño de la población de migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú, Dr.: Abt Associates.
- R4V. (2021). GTRM Ecuador Grupo de Trabajo para refugiados y migrantes. <https://www.r4v.info/en/node/255>
- R4V. (2021). GTRM Ecuador: Mapa de Rutas. <https://www.r4v.info/es/document/gtrm-ecuador-mapa-de-rutas>
- R4V. (2021). Preguntas y Respuestas -Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos (ETPV). Disponible en: <https://reliefweb.int/report/colombia/preguntas-y-respuestas-estatuto-temporal-de-proteccion-para-venezolanos-etpv>
- R4V. (2022). América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región - Enero 2022. <https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-enero-2022R4V>. *Refugiados y Migrantes de Venezuela*. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Satriano, C. R. (2000). Importancia del análisis textual como herramienta para el análisis del discurso. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (9).
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, 2, 194-216.

Torrado, S. 2021 (junio del 2019). El éxodo venezolano es el más grande que ha visto América Latina en la época moderna. *El País*. <https://elpais.com/internacional/2021-06-19/en-latinoamerica-hay-un-enfoque-humanitario-y-solidario-mas-fuerte-que-en-otras-regiones.html>

Zoni, I. (2021). HIV/AIDS axis moves towards regional articulation. Disponible en: <https://www.procesodequito.org/en/hivaids-axis-moves-towards-regional-articulation>

9. ANEXOS

ANEXO I Listado de entrevistas

Grupos de Discusión Ministerios de Salud	Fecha
Ecuador	3-May
Colombia	9-May
Perú	17-May
Chile	20-May

Entrevistas con Organismos	Fecha
	21-Abr
ORAS-CONHU	5-May
Programa Comunidades Saludables-USAID	29-Abr
	2-May
OPS - Responsable regional de VIH	4-May
	17-May
OPS Perú	4-May
ACNUR / Representante regional	6-May
	16-May
Fondo Mundial de la Lucha contra el sida, tuberculosis y malaria	13-May
Observatorio de Migración y Salud de la UPCH	16-May
OIM Ecuador: EPHR	26-May
OIM/Representante regional en VIH	26-may
ONUSIDA/Responsable regional en VIH	

ONGs	Fecha
Aid for aids	22-Abr
	27-Abr
Aids Healthcare Foundation Perú -AHF	5-May
	10-May
ONUSIDA Venezuela	19-May
Fondo Mundial - Bolivia	25-May
Fondo Mundial Latino América	25-May