

Barreras de acceso y necesidades insatisfechas en la atención en salud mental para migrantes venezolanos en una región fronteriza del sur de Colombia: Las experiencias de trabajadores comunitarios

John Fitton, Julie Benavides-Melo, Christine Greenhalgh

PLOS Mental Health 3(4): e0000597 (2026)

<https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000597>

[Traducción al español del artículo original en inglés, bajo licencia CC BY 4.0]

Resumen

Este estudio investiga las experiencias de trabajadores comunitarios que apoyan a migrantes venezolanos en el acceso a la atención en salud mental en Nariño, Colombia, un importante enclave migratorio en la frontera sur con Ecuador. El Estado colombiano ha realizado grandes esfuerzos para facilitar el acceso a la atención sanitaria para los 2,86 millones de migrantes venezolanos en el país, pero persisten importantes barreras para el acceso a los servicios. Este estudio cualitativo explora el acceso a los servicios y las necesidades insatisfechas en salud mental para los migrantes en esta región. Se adoptó un enfoque fenomenológico. Los participantes fueron seleccionados de una diversidad de organizaciones comunitarias de primera línea. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de forma remota y se llevó a cabo un análisis temático reflexivo de los datos. El momento en que se realizó este estudio —durante un período de reducción de financiamiento para proyectos humanitarios en la región— permite conocer las preocupaciones de los trabajadores comunitarios que se enfrentan a una brecha crítica en la atención en salud mental para migrantes en situación irregular, en particular la llamativa escasez de servicios para hombres no acompañados en tránsito. Este estudio identifica preocupaciones en torno a la alta prevalencia percibida del consumo de sustancias psicoactivas entre hombres no acompañados en tránsito, lo que plantea una necesidad urgente de investigación adicional. Se encontró que las prioridades socioeconómicas en competencia impiden que los migrantes atiendan su salud mental; asimismo, se reflexiona sobre los retos específicos asociados a la condición de tránsito en esta región fronteriza. Este estudio respalda investigaciones anteriores que han señalado el desconocimiento, por parte de los proveedores de salud, de los derechos legales de los migrantes a la atención sanitaria, y añade complejidad al explorar puntos de vista divergentes sobre las denuncias de discriminación institucional.

1. Introducción

Colombia alberga a 2,86 millones de los 7,77 millones de venezolanos que han dejado su país desde 2015 debido a su crisis económica, política y humanitaria [1]. Se sabe que los migrantes venezolanos experimentan altas tasas de problemas de salud mental, entre ellos depresión, ansiedad y estrés postraumático [2], exacerbados por los desafíos socioculturales y las experiencias de comportamientos discriminatorios y xenofóbicos [3]. Colombia ha sido descrita como un «líder mundial» en su respuesta a la migración venezolana, habiendo «establecido nuevos estándares para la integración de grandes flujos de personas en condiciones de desplazamiento forzado y vulnerabilidad elevada» en el sistema de salud y de apoyo social [4]. A pesar de este logro, siguen existiendo grandes retos para los venezolanos que intentan acceder al sistema sanitario colombiano [5–10]. Este estudio cualitativo investiga el acceso a la atención y las necesidades insatisfechas en

salud mental para los migrantes venezolanos en la región fronteriza sur de Nariño, Colombia, desde la perspectiva de quienes trabajan apoyando a los migrantes en organizaciones comunitarias locales.

2. Antecedentes

La migración es un determinante clave de la salud mental, y los inmigrantes pueden experimentar mayores tasas de depresión, ansiedad y trastornos somáticos que las poblaciones nativas [11]. Sin embargo, los estudios sobre la salud mental de los migrantes en países de ingresos bajos y medios (PIBM) han sido señalados como «gravemente escasos», lo que representa una brecha significativa en la investigación [12]. En Colombia, una encuesta nacional de hogares venezolanos realizada en 2023 encontró que el 82% presentaba síntomas asociados a una mala salud mental (principalmente miedo, ansiedad y depresión) [13]. Los estudios que utilizan herramientas clínicas de detección han reportado altas tasas de depresión significativa en venezolanos en diversos contextos en Colombia [14–16]. Los estudios cualitativos sobre las percepciones generales de salud de los venezolanos en Colombia han reportado evidencias de depresión, ansiedad y estrés, particularmente en relación con el proceso migratorio y el «duelo migratorio» [7,17].

El sistema de salud de Colombia se basa en un régimen nacional de aseguramiento: los ciudadanos colombianos están afiliados a aseguradoras de salud que contratan servicios sanitarios (de atención primaria y especializada) con instituciones prestadoras [18]. Los pacientes pueden acceder a la atención en salud mental acudiendo a un médico de atención primaria, quien puede remitirlos a servicios especializados, acudiendo directamente a urgencias sin necesidad de remisión, o pagando por un servicio privado. La prestación de servicios de salud mental para los ciudadanos colombianos muestra marcadas inequidades, con disparidades geográficas especialmente pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales [19].

Colombia ha introducido numerosas políticas para mejorar el acceso de los migrantes venezolanos a la atención sanitaria, siendo posiblemente la más importante el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV) en marzo de 2021 [4]. Este estatuto proporcionó una regularización acelerada del estatus migratorio para los venezolanos, con un permiso de permanencia de hasta diez años, y la expedición del Permiso de Protección Temporal (PPT), que permite la afiliación a las aseguradoras de salud y el acceso a la gama completa de servicios sanitarios en las mismas condiciones que los colombianos. No obstante, las restricciones del ETPV incluyen que no está disponible para migrantes que ingresaron por rutas informales después de enero de 2021 ni para ningún migrante que ingresó después de mayo de 2023 (con excepción de los niños matriculados en el sistema educativo) [20]. Datos gubernamentales de diciembre de 2023 muestran que, del total de 2,86 millones de venezolanos en Colombia, 1,36 millones habían logrado afiliarse al sistema de salud [21].

Los venezolanos que no pueden afiliarse al sistema de salud —incluidos todos los migrantes en situación irregular— tienen acceso a la atención en salud mental prestada por el Estado únicamente a través de urgencias. Para esta población, las organizaciones humanitarias no gubernamentales —internacionales y nacionales— han desempeñado un papel crucial en la prestación de atención sanitaria, incluida la atención psicológica [6].

Además de la situación migratoria irregular, las principales barreras de acceso a la atención sanitaria para los migrantes venezolanos en Colombia identificadas en investigaciones anteriores incluyen: el escaso conocimiento de los propios migrantes sobre su derecho legal a la atención sanitaria y sobre cómo navegar el sistema [5,8,22], las brechas de conocimiento entre el personal de las instituciones sanitarias [6,10], la discriminación

xenofóbica en las instituciones sanitarias [8,10,23] y la falta de búsqueda de ayuda por parte de los migrantes debido a prioridades socioeconómicas en competencia [7,8,24].

Este estudio tiene como objetivo investigar los retos que enfrentan los trabajadores comunitarios al apoyar a los migrantes venezolanos en el acceso a la atención por problemas de salud mental en Nariño, Colombia. Seguimos la conceptualización del acceso a la atención sanitaria formulada por Levesque et al. [25] como la oportunidad de identificar necesidades de atención, de buscar atención, de alcanzar o utilizar los servicios y de satisfacer una necesidad de servicios. Este enfoque incorpora tanto las características de accesibilidad del servicio (aproximabilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad e idoneidad) como las capacidades correspondientes de la población (para percibir, buscar, alcanzar, pagar y comprometerse). Las barreras de acceso se entienden aquí como los factores individuales, institucionales o sistémicos que impiden a los migrantes acceder a los servicios a los que tienen derecho legalmente. Adicionalmente, al explorar las «necesidades insatisfechas», el estudio investiga las necesidades de salud mental identificadas por los trabajadores comunitarios para las cuales no existen servicios disponibles.

3. Contexto del estudio

Este estudio se sitúa en el departamento colombiano de Nariño, que es un enclave clave en la ruta migratoria al encontrarse tanto en la frontera sur con Ecuador como en la costa del Pacífico. En diciembre de 2023, había 43.500 venezolanos en Nariño, con la mayoría en las ciudades de Ipiales y Pasto [26]. Antes de 2023, el flujo principal de migrantes venezolanos se desplazaba en dirección sur a través de la frontera para salir de Colombia; sin embargo, durante 2023, se produjo un marcado incremento de venezolanos que cruzaban la frontera en dirección norte hacia Colombia con la intención de regresar a Venezuela o de viajar hacia América Central y, en última instancia, América del Norte [26]. Las cifras precisas de migrantes en tránsito por Nariño son difíciles de obtener porque se estima que el 85% ha ingresado a través de cruces fronterizos ilegales [27]. Sin embargo, aproximadamente el 46% de los migrantes irregulares en tránsito en Colombia han ingresado desde Ecuador y, por tanto, probablemente hayan pasado por Nariño [28]. La mayoría de los migrantes en tránsito en Nariño viajan a pie (47%) o en transporte de carga (41%), y solo el 9% utiliza transporte público [29]. La atención humanitaria no gubernamental para los migrantes venezolanos en Nariño ha sido prestada por organizaciones bajo la coordinación del Grupo Interagencial Sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) internacional, e incluye albergues, comedores y alojamientos de apoyo en la ruta de tránsito [26].

La identificación de la pregunta de investigación fue el resultado de una serie de reuniones mantenidas por JF y JBM con partes interesadas en Nariño —incluyendo personas que trabajan en organizaciones benéficas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos gubernamentales— en julio de 2023 y febrero de 2024. A lo largo de este trabajo, reconocimos que hay mucho que aprender de los trabajadores comunitarios de primera línea que han apoyado a un número muy grande de migrantes venezolanos en esta región. Identificamos que ofrecen perspectivas importantes sobre los retos del trabajo con migrantes, incluyendo la navegación por el sistema sanitario, los dilemas éticos y el manejo de los efectos de los cambios de política.

Utilizamos una definición amplia de «trabajadores comunitarios» con el fin de acceder a una variedad de experiencias en lo que es una fuerza laboral relativamente pequeña en Nariño. A los efectos de este estudio, los «trabajadores comunitarios» son personas que trabajan en primera línea con migrantes venezolanos a nivel comunitario. No utilizamos el término para referirnos a un rol o una profesión específica, sino como término general que puede incluir trabajadores de agencias internacionales, ONG y empleados gubernamentales. Los trabajadores comunitarios pueden ser de cualquier nacionalidad, incluida la venezolana (dado que muchas ONG en Colombia están dirigidas por venezolanos residentes). Su

trabajo es de diversa índole, pero consiste típicamente en la detección de necesidades urgentes de salud y sociales (por ejemplo, en puntos de tránsito o en albergues) y en actividades de alcance comunitario orientadas a ayudar a los migrantes a navegar los recursos de salud, financieros y sociales disponibles. Buscamos participantes que trabajaran tanto con migrantes en situación de residencia como en tránsito, porque en la realidad de Nariño la distinción entre estos tipos de estatus migratorio es frecuentemente fluida. Los roles de nuestra muestra final se describen en el apartado 5.1.

También habría sido de nuestro interés entrevistar directamente a migrantes venezolanos sobre sus propias experiencias al intentar acceder a la atención en salud mental. Sin embargo, concluimos que esto no era posible en el presente estudio debido a preocupaciones tanto prácticas (la dificultad de organizar entrevistas en profundidad con una población en rápido tránsito) como éticas (el riesgo de causar daño a través de la retraumatización en una población altamente vulnerable con escasas posibilidades de seguimiento).

4. Metodología

4.1 Declaración ética

La aprobación ética fue obtenida el 9 de enero de 2024 por parte del Comité de Ética de Investigación Proporcional de la Universidad de Manchester (Ref.: 2024-18935-32506), incluida la aprobación del procedimiento de consentimiento (descrito en 4.2).

Este estudio adoptó un enfoque fenomenológico, orientado a comprender el mundo tal como lo experimentan los trabajadores comunitarios, a través de sus perspectivas personales. La investigación cualitativa enraizada en la fenomenología puede explorar, describir e interpretar cómo los participantes dan sentido a su propia experiencia vivida mientras cuestionan supuestos preconcebidos [30]. Además de describir sus propias experiencias, los participantes mostraban con frecuencia interés en narrar relatos de segunda mano sobre las experiencias de los migrantes. Cuando estos relatos de migrantes se incluyen en el análisis, el foco del estudio está en su impacto e implicaciones para los trabajadores comunitarios, vistos a través del prisma de su experiencia vivida.

La investigación formó parte del Máster en Salud Pública de JF en la Universidad de Manchester. JBM, de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Pasto, fue co-supervisora del proyecto. Los hallazgos del estudio se reportan con reconocimiento de la lista de verificación COREQ [31], pero hemos seguido preferentemente las Directrices para la Presentación del Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke (RTARG) [32] para mayor coherencia metodológica.

4.2 Selección y reclutamiento de participantes

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: mayores de 18 años; trabajando (ya sea de forma remunerada o voluntaria) en Nariño en una agencia internacional, ONG u organismo gubernamental; desempeñando un rol que apoya directamente a los migrantes venezolanos en la identificación de sus necesidades de salud o en la navegación de recursos sanitarios, financieros y sociales; y con conexión estable a Internet para realizar una entrevista en línea.

Se excluyeron los posibles participantes que fueran profesionales sanitarios clínicos (médicos, enfermeros y psicólogos), ya que nuestro objetivo era explorar perspectivas no especializadas sobre los retos de la salud mental. (No se excluyeron los no clínicos que habían recibido formación en salud mental como parte de su trabajo, ya que dicha formación es muy común en los roles de primera línea.) No se reclutaron empleados de instituciones sanitarias, ya que nuestra pregunta de investigación abordaba las barreras de

acceso a la atención sanitaria y las necesidades insatisfechas, y no las experiencias de quienes reciben la atención. También se excluyeron las personas que trabajaban en un rol directivo o de supervisión en una organización, sin contacto directo regular con los migrantes.

Seleccionamos intencionalmente a los participantes para obtener puntos de vista ricos en información, con experiencia de trabajo con migrantes tanto en tránsito como en situación de residencia, y de una variedad de tipos de organizaciones, incluidas las de liderazgo venezolano. El reclutamiento contó con el apoyo de porteros que incluían funcionarios de gobiernos locales, representantes de agencias humanitarias y líderes comunitarios venezolanos. El reclutamiento tuvo lugar del 19 de febrero de 2024 al 18 de mayo de 2024. Se envió a los posibles participantes un correo electrónico de presentación (que incluía una hoja informativa para el participante) y se les ofreció una breve reunión explicativa antes de proporcionar el consentimiento informado por escrito. Todos los participantes eran adultos que participaban en su capacidad profesional, por lo que no fue necesaria una evaluación formal de la capacidad de consentimiento. Algunos de los participantes ya eran conocidos para los investigadores a través de reuniones de participación con partes interesadas. Se contactó inicialmente con veinticuatro posibles participantes y se reclutaron doce. De conformidad con los principios del análisis temático reflexivo (ATR), el reclutamiento se dio por concluido cuando los sectores objetivo habían sido representados y cuando se había alcanzado una gran riqueza y relevancia de los datos (en lugar de aspirar a lograr una «saturación» completa de los datos) [33]. Un posible participante declinó explícitamente su participación, alegando falta de tiempo.

4.3 Recogida de datos

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas de aproximadamente 45 minutos (con un rango de 30 a 60 minutos) en línea (por Zoom) en español por un investigador (JF). El audio fue grabado y transcrito automáticamente; posteriormente, las transcripciones fueron revisadas, corregidas, anonimizadas y traducidas al inglés. La guía temática consistía principalmente en preguntas abiertas diseñadas para describir el trabajo del participante y obtener sus experiencias sobre las barreras de acceso a la atención y las necesidades insatisfechas en salud mental. Se elaboraron indicadores adicionales a partir de los temas identificados en la revisión de la literatura y en conversaciones con los porteros; estos incluían el estatus migratorio y la afiliación al prestador de salud, el conocimiento del derecho a la atención sanitaria, la discriminación y las actitudes de los migrantes hacia la búsqueda de ayuda. El consumo de sustancias psicoactivas fue añadido como tema indicador después de que este fuera mencionado repetidamente en las primeras entrevistas con los participantes. La guía temática de la entrevista se adjunta en el Archivo S1.

4.4 Análisis de datos

Utilizamos el ATR tal como lo describen Braun y Clarke [32,33] como método apropiado para comprender las experiencias, la comprensión y la representación de los fenómenos por parte de las personas. Las transcripciones y las notas reflexivas se organizaron con el programa informático NVivo12. Seguimos seis fases de análisis: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y elaboración del informe final. La codificación se realizó línea por línea y siguiendo un proceso abductivo: algunos códigos estaban predeterminados a partir de la guía temática y sobre la base de hallazgos de investigaciones anteriores, mientras que otros se generaron abiertamente a partir de los datos, permitiendo obtener perspectivas nuevas e inesperadas [34]. Una segunda etapa de codificación siguió para clarificar las definiciones de los códigos, amalgamar duplicados y dividir los códigos más extensos. Los códigos se compararon y agruparon para generar temas, definidos como «patrones de significado compartido, unidos por un concepto o idea central» en lugar de «resúmenes de

temas» [33]. La codificación y el desarrollo inicial de los temas fueron realizados por JF; los códigos fueron revisados y discutidos con CG; el desarrollo final de los temas fue discutido entre JF y CG. No buscamos validar formalmente nuestros hallazgos mediante técnicas como la triangulación o la verificación por parte de los participantes, que podrían considerarse metodológicamente «incoherentes» con el ATR [32]. Sin embargo, sí revisamos nuestros hallazgos en el contexto de la evidencia existente, tal como se describe en la sección 6.

4.5 Reflexividad

JF es un investigador británico de sexo masculino cuyo antecedente profesional es el de médico de atención primaria (Médico de Familia) en el Reino Unido, con experiencia adicional en salud mental y abuso de sustancias, e interés en mejorar el acceso a la atención sanitaria para poblaciones marginadas. Habla español con fluidez como segundo idioma. Cuenta con formación a nivel de Máster en métodos de investigación cualitativa. JBM es una investigadora colombiana de sexo femenino que estudió Biología y tiene un Máster en Epidemiología Clínica. Es profesora auxiliar en la Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Pasto, donde lidera proyectos de investigación centrados en la salud de poblaciones vulnerables. CG es una profesora de salud pública británica de sexo femenino en la Universidad de Manchester, con experiencia en la realización y enseñanza de investigación cualitativa. Señalamos la posible influencia del hecho de que la investigación haya sido realizada principalmente por un externo cultural, lo que puede suponer una barrera para el acceso y la conversación franca, pero también puede tener un efecto positivo si el investigador es percibido como independiente de los sistemas sanitarios locales [35]. Existe el riesgo de que los hablantes no nativos de español puedan cometer errores de comprensión o pasar por alto matices [36]; esto se mitigó con la disponibilidad de un hablante nativo (JBM) para asistir en cualquier incertidumbre. JF mantuvo un diario reflexivo para proporcionar un registro auditable de las influencias y decisiones en todas las etapas de la investigación; las notas reflexivas se incluyeron en el análisis de los datos.

En el ATR, se invita al investigador a considerar su propio papel en la configuración de la generación del conocimiento [32]. Al realizar las entrevistas, JF registró el sentido de urgencia y la intensidad emocional transmitidos por los participantes, y sintió la presión de sus esperanzas de que la investigación pudiera incrementar la conciencia sobre su situación. Esto ha influido en la generación de temas que pueden parecer un llamado a la acción, tanto en términos de asignación de recursos como de investigación adicional.

5. Resultados

5.1 Descripción de los participantes

La Tabla 1 caracteriza a los participantes por tipo de organización y tipo principal de población migrante con la que trabajan, para facilitar la comprensión de cómo las problemáticas pueden afectar de manera diferente a la población en situación de residencia o en tránsito. Todos los participantes trabajaban en las ciudades de Pasto o Ipiales. Uno estaba empleado por un organismo gubernamental en un rol centrado en ayudar a los migrantes a navegar los servicios. Los once restantes trabajaban en el sector no gubernamental (cinco principalmente en albergues, seis principalmente en programas de alcance comunitario, pero con algunos roles superpuestos). Los detalles individualizados se omiten para preservar el anonimato en una fuerza laboral relativamente pequeña.

Participante	Tipo de organización	Tipo principal de población migrante
--------------	----------------------	--------------------------------------

A-1	Gubernamental	Residente y tránsito
A-2	Local, liderada por venezolanos	Residente y tránsito
A-3	Local, liderada por venezolanos	Residente y tránsito
A-4	Local, liderada por venezolanos	Residente y tránsito
A-5	Local	Tránsito
A-6	Local	Tránsito
A-7	Local	Tránsito
A-8	Local	Tránsito
A-9	Nacional	Residente y tránsito
A-10	Internacional	Residente y tránsito
A-11	Internacional	Tránsito
A-12	Internacional	Residente

Tabla 1. Características de los participantes.

5.2 Tema uno: La reducción de servicios para migrantes en situación irregular

Los participantes describen su experiencia del impacto práctico y emocional de una reducción de financiamiento en los servicios para migrantes en situación irregular en Nariño. Esta reducción se produjo durante el período del estudio, como resultado del cambio en el flujo migratorio dentro de Colombia. Ejemplos concretos fueron el cierre de albergues, puntos de distribución de alimentos y hostales, incluidas instalaciones donde los propios participantes habían trabajado.

Porque las grandes agencias se están yendo y está quedando una población muy grande, desatendida en términos de salud y en términos de salud mental. Entonces, no sé de dónde sacan que ha bajado totalmente la migración. Ha bajado la migración, ha disminuido, pero no ha desaparecido y tampoco ha disminuido en gran escala. Entonces, es una llamada que quiero hacer, que vuelquen sus ojos hacia acá, la frontera sur es una frontera fuerte. (A-2)

Varias entrevistas transmiten un sentido de urgencia y frustración ante la retirada de los servicios para la población irregular, llegando incluso a expresar emociones de desesperación y abandono.

Algunos participantes señalan un cambio en las actitudes oficiales hacia los migrantes en tránsito, identificado en un cambio de terminología:

bueno, también desde el lenguaje que ahora se maneja, ¿no?, de manifestar, decirle que ya no es una migración, sino una cultura de ellos de caminar... Entonces, como ya supuestamente están acostumbrados a caminar, entonces, ya no hay acceso, ya no hay ayudas, ya no hay ningún tipo de servicio. (A-7)

Este tema es crucial porque todos los participantes afirman que las agencias de cooperación humanitaria —y no el Estado colombiano— han sido los principales proveedores de atención sanitaria para los migrantes irregulares en tránsito:

Porque todo ha quedado bajo la respuesta de las agencias de cooperación. Sin la cooperación no hubiera habido una respuesta para esta población. (A-5)

Se discuten numerosos ejemplos del trabajo de las agencias humanitarias, entre ellos las visitas de trabajadores psicosociales a los albergues, la derivación a psicólogos, el apoyo en la ruta de tránsito a través de Nariño y los talleres de formación. Se expresan temores sobre la posibilidad de acceder a la atención si las agencias continúan retirándose y se marchan definitivamente:

si salen todas las organizaciones sociales en la ciudad, para mí va a ser un caos o un desastre. (A-11)

Una preocupación particular es la ausencia de servicios para los hombres no acompañados en tránsito:

dejamos de atender población hombres solos y únicamente nos hemos dedicado o especializado a atender núcleos familiares. El tema es que no tenemos recursos en este momento para hacer respuesta. En todo lo que es el departamento de Nariño o a nivel nacional, no hay recursos para atender esa población. (A-8)

Varios participantes describen el malestar que les genera no poder prestar atención a los hombres no acompañados, debido a las limitaciones específicas impuestas por sus financiadores. Transmiten el reto ético de tener que excluir a un grupo que reconocen como necesitado. Los participantes expresan opiniones divergentes sobre qué grupo de migrantes tiene las necesidades de salud mental más apremiantes, identificando también a mujeres, niños y personas LGBT como grupos de alta vulnerabilidad. En general, y de manera comprensible, los participantes destacan las necesidades del grupo particular con el que trabajan. Este estudio no pretende evaluar la vulnerabilidad relativa de los diferentes sectores de los migrantes en tránsito, y es evidente que toda la población presenta altos niveles de necesidad. Sin embargo, estas entrevistas sugieren que los hombres no acompañados presentan una notable escasez de acceso a la atención.

5.3 Tema dos: El ciclo vicioso del consumo de sustancias psicoactivas

Una preocupación dominante y recurrente de los participantes es el consumo de sustancias psicoactivas por parte de algunos migrantes y su relación con la salud mental. En varias entrevistas, cuando se les preguntaba por la «salud mental», los participantes hablaban inmediatamente del consumo de sustancias antes de mencionar otros síntomas de salud mental. El consumo de sustancias se reporta especialmente entre los hombres venezolanos en situación irregular que no están acompañados por un núcleo familiar y que se encuentran en tránsito a pie. Algunos participantes afirman que en este grupo específico el consumo de sustancias es muy común. Las drogas mencionadas incluyen marihuana, cocaína (y su derivado el basuco), un disolvente inhalado (bóxer) y anfetaminas. Para esta población vulnerable, prácticamente no existe tratamiento disponible para la adicción, salvo urgencias en casos de sobredosis.

El consumo de sustancias se considera un problema de salud en sí mismo, a través de los efectos de la intoxicación y la adicción. Además, es un problema que está vinculado a otros desafíos y los agrava: puede comenzar como respuesta al sufrimiento, pero luego causa sufrimiento adicional al usuario y a otras personas, y los excluye aún más de la posibilidad de recibir apoyo.

Un participante deseaba describir un encuentro que le había afectado profundamente en lo emocional, con un joven de 17 años en tránsito:

Y él me decía que él no era consumidor activo de drogas, sino que empezó a consumir cuando decidió salir de Venezuela de manera como caminante. Él al tener tanto tiempo para llegar al punto donde nosotros estábamos, duró más de un mes y medio caminando, y él decía que ya se había quedado sin recursos, ya no tenía para comer y que era mucho más fácil que alguien, el poder comprar, acceder a la droga que poder comprar un plato de comida. (A-4)

Los participantes afirman que, en la mayoría de los casos, los hombres comenzaron a consumir drogas después de salir de Venezuela, durante el tránsito, como medio de soportar las privaciones físicas como el hambre, el frío y el agotamiento. Además, las sustancias se utilizan para aliviar el sufrimiento emocional: el duelo migratorio, la ansiedad, la incertidumbre y las experiencias de hostilidad. El consumo de drogas se percibe como automedicación, una respuesta a necesidades insatisfechas, una forma de abandonarse y de resistir. Para este hombre, si bien el consumo de sustancias fue adoptado como un medio para hacer frente al sufrimiento, en última instancia lo alejó de los sistemas de apoyo potenciales:

decidió no comunicarse más con su familia mientras él estuviera en tránsito porque no quería que lo vieran como él estaba afectado. (A-4)

Para los participantes, el consumo de sustancias por parte de las personas a su cargo genera dificultades específicas en el desempeño de su trabajo. Los consumidores son descritos como inquietos, habiendo perdido su capacidad de razonar o tomar decisiones, lo que les expone a un mayor riesgo de daño, incluyendo casos reportados de suicidio mientras se encontraban bajo la influencia de sustancias. Algunos participantes en las entrevistas refieren sentirse personalmente en riesgo de violencia y agresión en el lugar de trabajo:

Cada rato se cambia. A veces alguno se pone muy agresivo y también alguno se pone de forma, no puede estar en la casa. Debes querer salir, debes estar en la calle, caminando, dando muchas vueltas. Es decir, no está estable esa persona cuando usa este tipo de sustancia. (A-11)

Los participantes que han trabajado en albergues de tránsito, donde las sustancias no están generalmente permitidas, transmiten frustración y malestar moral ante el hecho de que la adicción sitúe a los migrantes, literal y físicamente, fuera de un posible lugar de seguridad y apoyo psicológico:

Ya, imagínate la la la situación de que ellos prefieren dormir en la calle, pero que van a consumir, a dejar de estar en un lugar, un espacio de protección donde van a recibir alimentación, donde pueden dormir con cobijita o techo. Pero la única circunstancia de que no podían consumir. (A-7)

Los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas van más allá de los usuarios individuales y afectan, por tanto, también a los participantes que trabajan en entornos distintos a los albergues de tránsito. En la población migrante residente, el consumo de sustancias por parte de los hombres en la pareja se identifica como un factor importante en las elevadas tasas de violencia contra las mujeres:

Entonces, cada vez que indagamos sobre la violencia, sale efectivamente el consumo de sustancias psicológicas. (A-12)

Está implicado en el daño a la salud mental de los niños que pueden estar expuestos directamente al consumo de drogas y que son testigos de los efectos de la ruptura familiar y la violencia. En un sentido más amplio, contribuye a los estereotipos xenofóbicos populares sobre los venezolanos como drogadictos y delincuentes; esto, a su vez, agrava la estigmatización y la discriminación que pueden dañar aún más la salud mental.

5.4 Tema tres: Las prioridades en competencia impiden a los migrantes atender su salud mental

Muchos de los participantes trabajan en roles que apoyan a los migrantes en la identificación de sus necesidades de salud y en la navegación de los servicios sanitarios del Estado. Describen el reto habitual que surge cuando la necesidad económica supera la atención a la salud. Para los migrantes en situación de residencia que han logrado afiliarse al sistema de salud, asistir a las citas implica tiempo fuera del empleo remunerado y,

potencialmente, costos para la atención de seguimiento. Las exigencias económicas imponen elecciones en las que atender la salud mental es probable que salga perdiendo:

Es decir, su tiempo va destinado a trabajar en trabajos que seguramente les remuneran muy por debajo de lo que legalmente se debe pagar en Colombia y que tampoco les permite contar con tiempo. Entonces, o van a un psicólogo o comen, o van a un psicólogo o pagan su arrendamiento, o van a un psicólogo o dan de comer y vestir a sus hijos. (A-9)

Los migrantes en tránsito están aún más centrados en obtener lo esencial para la supervivencia:

Entonces, prioridad para ellos es alimentarse y tener alojamiento. Ninguno piensa en su salud mental, no, en mi experiencia no. (A-8)

Para los participantes que trabajan en albergues de tránsito, un obstáculo importante es el sentido de urgencia que se percibe en el impulso de los migrantes de continuar el viaje, incluso a costa de su salud.

Ellos solo están preocupados por llegar, por llegar rápido, eso, sí. O sea, no importa hacia dónde vayan, lo que quieren es llegar rápido... podríamos decir, están pensando en su salud mental también porque, pues, la seguridad es integral, ¿no? Pero, no, ellos lo que piensan es en llegar rápido solamente. (A-6)

No atender la propia salud mental parece ser menos una elección que una consecuencia ineludible de estar en tránsito.

A pesar de los inmensos desafíos, algunos participantes describen poderosos momentos de satisfacción profesional cuando pueden proporcionar apoyo psicológico no especializado:

"Yo me voy aquí", dijo, decían mucho, "yo me voy aquí contento porque no solamente me dieron una noche de alojamiento, sino porque me escucharon". (A-7)

Hay una conmovedora descripción de un taller celebrado en un albergue de tránsito:

Incluso ha habido escenarios en donde ellos han podido hablar del dolor que les ha representado la migración para ellos, incluso en llanto. Ya ha habido catarsis y ha sido como un encuentro grupal en donde los hombres solos han podido dialogar frente a los desafíos y riesgos que les ha tocado que vivir... (A-5)

Estos relatos ofrecen perspectivas sobre cómo los trabajadores comunitarios pueden crear espacios, aunque sea de manera breve, para la expresión de emociones. También cuestionan el supuesto de que los migrantes en tránsito no están interesados en atender su salud mental, si tuvieran la oportunidad de hacerlo.

5.5 Tema cuatro: Rechazo en las instituciones sanitarias

Los participantes destacan que los migrantes venezolanos pueden encontrarse rechazados en las instituciones sanitarias al vérselos negada la atención a la que tienen derecho legalmente. Sus relatos combinan la observación directa cuando acompañan a los migrantes a las instituciones sanitarias y los relatos narrados que les cuentan migrantes individuales. Si bien los relatos de segunda mano, en particular, deben interpretarse con cautela, las entrevistas ofrecen perspectivas importantes sobre cómo los trabajadores comunitarios de primera línea perciben las barreras institucionales.

Aunque los migrantes regularizados que poseen el PPT deberían poder acceder a la atención sanitaria de la misma manera que los colombianos, los participantes afirman repetidamente que esta atención puede ser denegada. Dos participantes describen casos en los que la entrada a los centros de atención sanitaria fue bloqueada físicamente a los venezolanos por personal no clínico. Los migrantes irregulares, sin el PPT, solo pueden

acceder a la atención sanitaria a través de urgencias, pero también allí puede denegárseles la atención:

¿Pueden acceder a urgencias? Sí. ¿Que logren ser atendidos? No siempre. (A-9)

Un coordinador de albergue describe cómo supera esta barrera derivando a los migrantes preferentemente a un centro donde es probable que reciban atención, en lugar de a otro donde es probable que se la nieguen.

Los participantes atribuyen esto principalmente a la falta de conocimiento por parte del personal (clínico y no clínico) de las instituciones sanitarias. Varios participantes afirman que muchos empleados no comprenden las implicaciones del PPT ni el derecho de todos los migrantes a recibir atención de urgencias, por lo que los migrantes pueden ser enviados de vuelta sin haber recibido atención médica. El único participante que es empleado gubernamental ofrece una visión de cómo los cambios de política y de personal pueden interactuar para agravar esta situación:

Entonces, por ejemplo, hoy están por un periodo y cuando usted ya ha desarrollado un proceso con estas personas de sensibilización, de capacitación e inclusive, pues, de difundirle la norma y cómo funcionan las cosas, lo cambian. Y hay que volver a empezar un proceso, ¿sí? (A-1)

Sin embargo, además de la falta de conocimiento, se plantea como preocupación la cuestión de la discriminación dentro de las instituciones sanitarias:

A veces uno siente que hay cierta discriminación, sí, en, tal vez, tal vez, tal vez, mmm, siento yo que los funcionarios, algunos sí desconocen toda la normatividad relacionada con la atención a la población migrante. Pero hay cierta discriminación en el sentido de que prefieren, en algunos casos, brindar apoyo a población colombiana y dejar atrás a la población migrante. (A-10)

Existe una vacilación al formular esta acusación, que se observó durante la entrevista y resulta verbalmente evidente en los repetidos «tal vez». Este fue un tema que pareció incómodo para varios participantes, y no surge un consenso claro sobre la existencia de discriminación. Algunos afirman directamente que la xenofobia dentro de las instituciones de salud existe y supone una barrera para la equidad en la atención:

Uff, la xenofobia. O sea, cuando eres venezolano, pues, te mandan a esperar mucho más. (A-3)

Algunos señalan que el tema está fuera de su experiencia personal, por lo que no pueden emitir un juicio. Un líder comunitario venezolano argumenta que la discriminación contra los migrantes en los servicios sanitarios ha sido históricamente un problema importante, pero que se ha reducido significativamente en la actualidad.

Una participante describe su experiencia, al apoyar a mujeres migrantes, de cómo incluso incidentes aislados de discriminación pueden tener efectos más amplios al disuadir a la comunidad migrante de acudir a las instituciones:

Yo he identificado que entre la población migrante tiene unos canales de difusión de información súper rápido... Pero esto hace, pues, que, como la la, este criterio se generalice para todo el hospital, y por eso las mujeres, en muchos casos, dicen, no, yo prefiero realmente no ir antes de que me discriminen, de que me estigmaticen. (A-12)

Este ejemplo vincula este tema con el fenómeno más amplio del rechazo xenofóbico que experimentan los migrantes venezolanos —en la vida cotidiana, fuera del contexto sanitario— que resuena a lo largo de las entrevistas como un factor importante que daña su salud mental.

6. Discusión

6.1 Discusión del tema uno

Una fortaleza importante de nuestro estudio es que ofrece perspectivas sobre cómo los trabajadores comunitarios experimentan las limitaciones e incertidumbres asociadas a los cambios de política y de financiamiento de la atención humanitaria para los migrantes. El estatus migratorio irregular se identifica a nivel mundial como una barrera para el acceso a la atención en salud mental [12]. Para los venezolanos en Colombia, la situación irregular es una de las barreras más significativas para la atención en salud mental, ya que los migrantes irregulares solo pueden acceder a la atención sanitaria del Estado en urgencias o en servicios prestados por organizaciones humanitarias. Si bien Colombia ha proporcionado una mayor oportunidad de regularización a través del ETPV, es fundamental recordar que muchos migrantes no han podido acceder a este proceso, incluidos los que llegaron después de mayo de 2023 (véase el apartado 2) y el gran número que ingresó a través de puntos de entrada ilegales (véase el apartado 3). La reducción de los servicios prestados por el sector no gubernamental, descrita por los participantes de nuestro estudio, probablemente intensificará la barrera de acceso y el grado en que las necesidades de salud mental de los migrantes irregulares permanecen insatisfechas. Desde que se realizó nuestra investigación, esto se ha convertido en una preocupación aún más urgente debido a la decisión de la administración Trump en EE.UU. de reducir la financiación de la ayuda exterior, con graves consecuencias para las ONG que trabajan con migrantes en Colombia [37].

La afirmación de los participantes de que la atención en salud mental para los migrantes irregulares en Nariño es prestada exclusivamente por organizaciones humanitarias y comunitarias —y no por el Estado— está respaldada por un informe reciente sobre el acceso a la atención sanitaria para los migrantes irregulares en todo Colombia [6]. Ese informe también señala los posibles problemas de esta estrategia, incluida su limitada cobertura geográfica y la incertidumbre sobre cómo se prestarán los servicios si las agencias se retiran. Está claro que la financiación de los programas humanitarios en Colombia puede redistribuirse en respuesta a los cambios en el flujo migratorio, y nuestro estudio no pretende evaluar las necesidades relativas de financiamiento de las distintas regiones de Colombia. Sin embargo, las preocupaciones expresadas sobre la falta de atención en salud mental para los migrantes irregulares en Nariño, ante la posibilidad de que las organizaciones humanitarias continúen retirándose, son llamativas.

Los participantes de nuestro estudio identifican a los hombres irregulares no acompañados en tránsito en Nariño como un grupo sin acceso a la atención sanitaria proporcionada a través de los albergues. No poder prestar la atención tan necesaria a este grupo fue una clara fuente de malestar para varios participantes. Esto está respaldado por informes de otras regiones de Colombia que señalan que la ayuda de los donantes se destina a menudo específicamente a proyectos para madres e hijos, dejando potencialmente a otros grupos sin atención [6]. Esto resulta especialmente preocupante dados nuestros hallazgos sobre el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas en los hombres no acompañados. Se ha observado que los hombres migrantes en otros contextos tienen vulnerabilidades de salud específicas [38] y, paradójicamente, son considerados como «menos merecedores» de recibir ayuda [39]. Existe una urgente necesidad de investigación adicional para evaluar las necesidades específicas de salud mental de los hombres venezolanos en tránsito en Colombia.

6.2 Discusión del tema dos

El consumo de sustancias en poblaciones desplazadas ha sido insuficientemente estudiado a nivel mundial: una revisión sistemática de 2016 señalaba que la investigación se ha realizado de manera desproporcionada en países de altos ingresos en lugar de PIBM y se

ha centrado predominantemente en el alcohol [40]. Una revisión narrativa de 2024 encontró lagunas de conocimiento relacionadas con los vínculos entre el desplazamiento, la prevalencia del consumo de sustancias y los distintos patrones de riesgo y resiliencia en diferentes culturas [41].

En Estados Unidos, los jóvenes inmigrantes venezolanos han sido identificados como un grupo de alto riesgo de consumo de sustancias, según intenciones y creencias normativas, con la sugerencia de que el consumo de sustancias está asociado al «estrés cultural» causado por una recepción negativa y discriminación en el país de destino [42]. En Colombia, una encuesta a profesionales que trabajan con migrantes venezolanos identificó el consumo de sustancias psicoactivas como un problema habitual [43]. En el caso de las trabajadoras sexuales inmigrantes venezolanas en Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido identificado como una estrategia de afrontamiento del estrés y la ansiedad encontrados durante el trabajo sexual [44]. Nuestro estudio contribuye a la investigación sobre este tema al enfatizar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas reportado en la población de hombres migrantes no acompañados en tránsito, y al explorar cómo el consumo de sustancias interactúa con otros retos de la experiencia migratoria. El consumo de sustancias se describe como una respuesta al malestar psicológico, que conduce a trastornos de adicción e intoxicación para los que no existe un servicio adecuado para los migrantes irregulares, y actúa como una barrera que impide a los migrantes acceder a otros servicios que podrían beneficiar su salud mental.

Señalamos que es necesario proceder con cautela en la interpretación de nuestros hallazgos. Nuestro estudio reporta percepciones individuales de los trabajadores comunitarios sobre el abuso de sustancias en esta población, y en particular sus efectos emocionales sobre los trabajadores en relación con la percepción del riesgo y la frustración ante la imposibilidad de ayudar. No aportamos los relatos directos de los propios migrantes ni evidencia cuantitativa de la magnitud del problema. Nuestros hallazgos no deben generalizarse a la población migrante ni utilizarse para alimentar estereotipos discriminatorios sobre los hombres venezolanos como consumidores de drogas. Antes bien, sugerimos que existe una urgente necesidad de investigación adicional sobre la magnitud y el posible tratamiento del abuso de sustancias en los migrantes en tránsito.

6.3 Discusión del tema tres

Se ha demostrado que los factores estructurales y logísticos socioeconómicos reducen la búsqueda de ayuda en salud mental entre los refugiados a nivel internacional y en contextos de diversos ingresos [38]. Para los venezolanos en Colombia, la capacidad de acceder a la atención sanitaria en general se ve perjudicada por el empleo precario [7,24], el alojamiento inestable o inadecuado [14,24], el escaso acceso al transporte [5] y la vulnerabilidad socioeconómica en general [8,45,46]. A pesar de los esfuerzos realizados por el Estado colombiano para integrar a los venezolanos en el sistema sanitario y de bienestar social, tal como se describe en el apartado 2, nuestro estudio demuestra que siguen existiendo graves barreras socioeconómicas para los migrantes venezolanos en Nariño.

Este estudio ofrece una visión de las dificultades que enfrentan los trabajadores comunitarios de Nariño al intentar facilitar el acceso a la atención en salud mental para los migrantes en tránsito, identificando la condición de tránsito en sí misma como una barrera fundamental. Se reconoce a nivel internacional que la mayor parte del apoyo en salud mental se desarrolla en contextos que difieren de la realidad de la vida de los refugiados, y que los servicios prestados para las poblaciones en tránsito suelen carecer de continuidad de la atención [47]. La terapia psicológica para los problemas de salud mental implica generalmente un tratamiento prolongado, e incluso los programas más breves «adaptados» para su uso en PIBM tienden a implicar 5–6 sesiones [48]. Nuestro estudio aporta evidencia sobre la impracticabilidad de proporcionar atención psicológica estándar basada en la evidencia a los migrantes cuya principal prioridad es el tránsito rápido.

La cuestión de cómo proporcionar apoyo en salud mental en el contexto del tránsito sigue siendo un tema de investigación activo con falta de consenso entre los expertos [47]. Nuestros participantes identifican las intervenciones psicológicas informales en el entorno de un albergue de tránsito —como brindar a los migrantes la oportunidad de compartir sus experiencias— como un posible facilitador de la atención. Si bien nuestro estudio no pretende determinar la eficacia de ninguna intervención específica en los albergues de tránsito, ofrece una visión del mundo real de lo que puede lograrse a pesar de los retos logísticos.

6.4 Discusión del tema cuatro

Una limitación importante de nuestro estudio es que no entrevistamos a empleados de instituciones sanitarias, por lo que nuestras conclusiones sobre la discriminación o la falta de conocimiento dentro de esas instituciones deben extraerse con cautela y considerarse en relación con la evidencia existente. Lo que ha emergido, a través del ATR, es una comprensión de cómo perciben estas barreras los trabajadores comunitarios de primera línea.

La falta de conocimiento por parte del personal de las instituciones sanitarias sobre los derechos legales de los migrantes se reporta como una barrera para la atención sanitaria en otras investigaciones [6,10]. El ejemplo específico descrito por dos participantes de nuestro estudio —el bloqueo físico de la entrada de una institución sanitaria a los venezolanos por parte de personal no clínico— también ha sido reportado en investigaciones recientes de otras ciudades colombianas [6]. Nuestro estudio aporta evidencia adicional que sugiere una deficiencia importante en la formación dentro de las instituciones sanitarias colombianas que corre el riesgo de obstaculizar el acceso a los migrantes. Esto puede reflejar fallos a nivel sistémico, más que por parte del empleado individual.

Se han reportado niveles significativos de xenofobia hacia los migrantes venezolanos en varios países sudamericanos, entre ellos Colombia, Perú y Ecuador [49]. La discriminación experimentada específicamente en los entornos sanitarios ha sido señalada como una barrera para la atención en salud mental de los migrantes a nivel mundial [12] y ha sido reportada repetidamente en Colombia [6,8,10,23]. Sin embargo, existen hallazgos contradictorios: un estudio reciente con trabajadores comunitarios que apoyan a migrantes en una región rural de Colombia señala que ninguno de sus participantes reportó que la xenofobia afectara a la calidad de la atención sanitaria [5]. Es importante destacar que el acceso a los servicios de salud mental puede ser muy difícil para los propios ciudadanos colombianos [19] y que el miedo al colapso de los servicios locales ha sido reportado como subyacente a algunas actitudes discriminatorias hacia los migrantes [49]. Una fortaleza de nuestro estudio es que capta la complejidad del fenómeno de la discriminación, transmitiendo una variedad de opiniones sobre esta cuestión, incluida la sugerencia de una reducción reciente del problema. No pretendemos demostrar en qué medida puede estar produciéndose dicha discriminación, pero este estudio contribuye a la percepción de un problema continuo que requiere atención a nivel nacional.

7. Limitaciones

Una limitación importante de nuestro estudio es que los participantes representaban predominantemente a ONG y al sector humanitario, con solo un empleado gubernamental incluido. Esta no fue la intención de nuestros criterios de selección de participantes, sino el resultado del hecho de que la mayoría de los posibles participantes que cumplían los criterios de inclusión no trabajaban en el sector estatal. Además, optamos por no entrevistar a personas que trabajaran en instituciones sanitarias, por quedar fuera del alcance de este estudio. Esto introduce el riesgo de un posible sesgo contra el sistema sanitario estatal colombiano, lo que resulta importante al considerar los temas controvertidos de las lagunas

de conocimiento institucional y la discriminación. Mitigamos este riesgo intentando explorar puntos de vista divergentes y matizados sobre este tema. Si bien nuestro estudio aporta datos valiosos de un sector importante de la fuerza laboral, la inclusión de otras perspectivas permitiría una comprensión más amplia de los fenómenos descritos. Las investigaciones futuras sobre este tema podrían incluir entrevistas con personal de instituciones sanitarias y líderes estratégicos de organismos estatales.

El uso de entrevistas remotas permitió flexibilidad en la programación, pero introdujo posibles limitaciones. En primer lugar, aunque todas las entrevistas se completaron según lo previsto, en algunos casos la calidad de la conexión a Internet fue variable, causando retrasos e interrupciones que pueden haber afectado a la franqueza de la conversación. En segundo lugar, durante el reclutamiento, se observó que algunos posibles participantes expresaban aprensión ante la conectividad a Internet, lo que entrañaba el riesgo de la infrarrepresentación de las organizaciones con menor financiación y menos recursos tecnológicos. Este riesgo se mitigó finalizando la recogida de datos solo cuando los sectores objetivo de la fuerza laboral habían sido incluidos.

8. Conclusión

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio cualitativo basado en entrevistas en Nariño sobre las experiencias de los trabajadores comunitarios en el apoyo a los migrantes venezolanos para acceder a la atención por problemas de salud mental. Nuestro uso del ATR aporta perspectivas importantes sobre las experiencias vividas de los trabajadores comunitarios en esta región de especial interés en la frontera sur de Colombia, particularmente cuando se enfrentan a una reducción en la prestación de servicios de salud para los migrantes. Describimos hallazgos llamativos relacionados con el problema generalizado del consumo de sustancias psicoactivas por parte de hombres migrantes no acompañados en tránsito y con el grado en que las necesidades de salud mental de los hombres migrantes no acompañados en tránsito permanecen insatisfechas: estos son temas que requieren investigación adicional urgente. Los resultados contribuyen al cuerpo de evidencia más amplio sobre las barreras experimentadas dentro de las instituciones sanitarias y los factores que compiten con la atención sanitaria como prioridad para los migrantes. Sugerimos que existe una necesidad continua de que las instituciones prestadoras de salud aborden las necesidades de formación de su personal sobre el derecho legal de los migrantes venezolanos a la atención sanitaria y desafíen cualquier actitud discriminatoria.

Referencias

Las referencias se conservan en su formato original (inglés). Para acceder a ellas, consulte el artículo original en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000597>