

Accesibilidad a los servicios de salud de las y los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia: una cuestión bioética*

Jaír Eduardo Restrepo Pineda^a

Resumen: El objetivo es identificar los factores que determinan el acceso a los servicios de salud de los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia desde una perspectiva bioética, para lo cual se desarrolló una investigación cualitativa con un enfoque hermenéutico interpretativo. Para la recopilación de la información se utilizaron entrevistas semiestructuradas, se realizaron 55, de las cuales el 60 % fue a hombres cisgénero; el 31 %, mujeres cisgénero, y el restante 9 %, mujeres transgénero; el 89 % de estos no se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Colombia, y solo el 11 % tiene algún tipo de afiliación. El 69 % de los entrevistados se encuentra de manera irregular en el país, solo un 31 % está regularizado. Se identificaron cuatro ámbitos en que se evidencian limitantes para el acceso a los servicios de salud, a saber, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), el institucional, el social y el personal, donde se presentan barreras que van desde la solicitud de documentos de identificación a los inmigrantes para ser atendidos hasta actitudes xenófobas por parte de los profesionales de la salud. Para los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual el estatus migratorio irregular se constituye en la mayor dificultad para el acceso a la salud. Sin embargo, a esta barrera se suman otros aspectos de índole personal, social e institucional que complejizan su situación, especialmente por el estigma y la discriminación vinculados con el ejercicio del sexo transaccional, las prácticas sexuales y la nacionalidad de los inmigrantes.

Palabras clave: trabajo sexual; migrantes; accesibilidad a los servicios de salud; bioética; Venezuela

* Artículo de investigación.

^a Doctor en Análisis y Evaluación de Procesos Políticos y Sociales, magíster en Cooperación al Desarrollo en la Especialidad de Movimientos Migratorios y Codesarrollo, administrador ambiental. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Uniminuto, Bello, Colombia.
Correo electrónico: jair.restrepo@uniminuto.edu; orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3959-4550>

Financiación: este trabajo ha sido financiado por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de Unicef-PNUD-Banco Mundial-OMS, ambos programas copatrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Recibido: 25/10/2022 **Aceptado:** 05/03/2024 **Disponible en línea:** 06/08/2024

Cómo citar: Restrepo Pineda JE. Accesibilidad a los servicios de salud de las y los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia: una cuestión bioética. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 6 de agosto de 2024 [citado 5 de agosto de 2024];24(1):65-79. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/6494>

Accessibility to Health Services for Venezuelan Immigrants Engaged in Sex Work in Colombia: A Bioethical Issue

Abstract: The aim is to identify the factors determining access to health services for Venezuelan immigrants engaged in sex work in Colombia from a bioethical perspective, for which qualitative research was conducted with an interpretative hermeneutic approach. Semi-structured interviews were used for data collection, 55 of which were conducted, with 60 % being cisgender men, 31 % cisgender women, and the remaining 9 % transgender women; 89 % of these individuals are not affiliated with the General System of Social Security in Colombia, with only 11 % having some form of affiliation. 69 % of the interviewees are irregularly present in the country, with only 31 % being regularized. Four areas were identified where limitations to access health services are evident, namely the General System of Social Security in Health (sgsss), the institutional, social, and personal spheres, where barriers range from the requirement of identification documents for immigrants to be attended to xenophobic attitudes from healthcare professionals. For Venezuelan immigrants engaged in sex work, irregular migratory status constitutes the greatest difficulty in accessing healthcare. However, this barrier is compounded by other personal, social, and institutional aspects that further complicate their situation, especially due to the stigma and discrimination associated with transactional sex, sexual practices, and immigrant nationality.

Keywords: Sex Work; Migrants; Accessibility to Health Services; Bioethics; Venezuela

Acessibilidade aos serviços de saúde dos imigrantes venezolanos dedicados ao trabalho sexual na Colômbia: uma questão bioética

Resumo: O objetivo é identificar os fatores que determinam o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes venezolanos dedicados ao trabalho sexual na Colômbia, desde uma perspectiva bioética. Para isso, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com um enfoque hermenêutico interpretativo. Para a coleta de informações, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, totalizando 55 entrevistas, das quais 60 % foram com homens cisgênero, 31 % com mulheres cisgênero e 9 % com mulheres transgênero. Do total, 89 % não estão afiliados ao Sistema Geral de Segurança Social na Colômbia, e apenas 11 % possuem algum tipo de afiliação. Dos entrevistados, 69 % estão de forma irregular no país, enquanto apenas 31 % estão regularizados. Foram identificados quatro âmbitos que apresentavam limitações para o acesso aos serviços de saúde: o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (sgsss), o institucional, o social e o pessoal. As barreiras vão desde a exigência de documentos de identificação para atendimento até atitudes xenófobas por parte dos profissionais de saúde. Para os imigrantes venezolanos dedicados ao trabalho sexual, o status migratório irregular é a maior dificuldade para o acesso à saúde. No entanto, além dessa barreira, outros aspectos de ordem pessoal, social e institucional complicam ainda mais a situação, especialmente devido ao estigma e à discriminação vinculados ao trabalho sexual, às práticas sexuais e à nacionalidade dos imigrantes.

Palavras-chave: trabalho sexual; migrantes; acessibilidade aos serviços de saúde; bioética; Venezuela

Introducción

Los derechos fundamentales sustentan los derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, estos garantizan la autonomía sobre el propio cuerpo en las esferas reproductiva y sexual.

Los derechos vinculados a la sexualidad y la reproducción amparan la facultad de todo individuo de vivir y manifestar de forma libre su sexualidad, un componente esencial de la naturaleza humana que se manifiesta durante toda la vida. Esto abarca las prácticas sexuales, las identidades de género y la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la procreación (1).

En este sentido, y como sostiene Penchaszadeh (2), en América Latina existen unas especificidades en materia de salud que requieren un enfoque bioético particular, entre estas especificidades se encuentran los derechos sexuales y los derechos reproductivos sobre los cuales existen fuertes presiones económicas, sociales y culturales que influyen en su desarrollo en la región. Al respecto, Penchaszadeh manifiesta la necesidad de la defensa de los derechos humanos como base fundamental de la bioética que sustentan su práctica y principios. Estos derechos, que incluyen el derecho a la identidad, la salud, la vivienda, el trabajo, la educación y un entorno saludable, entre otros, son esenciales para garantizar la dignidad y el bienestar de todas las personas (2).

En ciertos contextos sociales, tales como las migraciones internacionales, la violación de los derechos sexuales y reproductivos en las poblaciones migrantes acarrea graves consecuencias, entre ellas la morbilidad y mortalidad materna neonatal evitable; los efectos perjudiciales derivados de los embarazos no deseados, como las muertes por abortos en condiciones de riesgo; así como las secuelas de la violencia sexual tales como embarazos no deseados; el aumento en la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); además de problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y una percepción de pérdida de control sobre la propia vida (3).

Adicionalmente a esto, existen algunos grupos poblacionales que presentan mayor vulnerabilidad

en aspectos referidos a los derechos sexuales y reproductivos, tales como la población diversa por orientación sexual e identidad de género. Los individuos pertenecientes a los sectores poblacionales LGBT (lesbianas, gais, bisexuales y transgéneros) son a menudo estigmatizados debido a sus orientaciones sexuales e identidades de género, lo cual puede originar su discriminación sistemática en determinados contextos socioculturales donde cualquier expresión de sexualidad divergente de la heteronormativa es objeto de persecución y sanción (4).

Por tanto, la población LGBT en contextos de migración internacional podría tener mayores dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, y, en este sentido, las necesidades no atendidas o insuficientemente atendidas en materia de salud sexual y salud reproductiva generan dinámicas que impactan de forma directa los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las poblaciones migrantes. Esto se manifiesta en un incremento de la violencia sexual, un acceso limitado a métodos anticonceptivos, una mayor prevalencia de embarazos no planeados, un aumento en las tasas de abortos inseguros y una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros efectos perjudiciales (3).

En consecuencia, este grupo poblacional se puede ver expuesto a una triple discriminación, en primer lugar, debido a sus orientaciones sexuales o identidades de género, en segunda medida, por su nacionalidad y/o estatus migratorio, y en tercer lugar debido a las condiciones socioeconómicas que estos poseen.

En consecuencia, los migrantes y refugiados requieren una atención en salud con enfoque diferencial, debido a que las barreras socioculturales, tales como la discriminación, el racismo y la xenofobia, así como los obstáculos de tipo administrativo, como la falta de historial médico o un estatus migratorio irregular, suponen limitantes para acceder a servicios de salud adecuados. Estas condiciones de vulnerabilidad plantean importantes retos desde una perspectiva bioética, ya que se entrelazan con los determinantes sociales de la salud y con factores estructurales, sociales y culturales subyacentes (5).

Adicionalmente, si estos hombres y estas mujeres se dedican al trabajo sexual, los factores de vulnerabilidad aumentan, lo que hace necesario un enfoque interseccional que permita analizar las barreras de acceso a los servicios de salud de los inmigrantes, las cuales pueden ser de tipo social, político e institucional. Así pues, la migración constituye un determinante estructural que ejerce una influencia significativa en el estado de salud y el ciclo vital de los individuos. En el contexto de los flujos migratorios es frecuente observar un aumento de las inequidades en el acceso y utilización de métodos anticonceptivos, así como en la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia, la cual se ve gravemente comprometida en estas circunstancias (3).

Si bien no existen datos de cuántos inmigrantes LGBT ni tampoco de cuántos inmigrantes procedentes de Venezuela se dedican al trabajo sexual en Colombia, sí existen reportes de diferentes medios de comunicación y organizaciones sociales que dan cuenta de las problemáticas que enfrenta esta población, las cuales están relacionadas específicamente con sus orientaciones sexuales e identidades de género. En este sentido, la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) hace un llamado para impulsar investigaciones enfocadas en los flujos migratorios de personas LGBTI, con el fin de generar evidencia que permita el desarrollo de protocolos de atención en salud, campañas de concientización pública y mecanismos institucionales orientados a la protección de los derechos de este grupo poblacional (6).

De igual manera, organizaciones colombianas, como Caribe Afirmativo, sostienen que la complejidad de los procesos migratorios y del desplazamiento forzado de la población venezolana demanda generar evidencia documental que visibilice las particularidades y las condiciones de vulnerabilidad específicas que afectan a las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero (LGBT) inmersas en esta crisis humanitaria. En este sentido, se deben identificar las acciones diferenciadas requeridas para abordar esta problemática desde un enfoque centrado en el respeto a la dignidad humana, de conformidad con los roles y responsabilidades de los diversos actores involucrados (7).

Así mismo, según datos del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) se identificó la presencia de 333 migrantes transgénero. Por su parte, el informe de *Salud sexual y psico-social de hombres que tienen sexo con hombres en Colombia* reporta por lo menos 343 inmigrantes venezolanos pertenecientes a esta población residiendo en el país (8). Sin embargo, estos datos siguen siendo marginales para determinar acciones de protección o atención porque no hay información suficiente que evidencie las condiciones de vida de la población de lesbianas, gais, bisexuales y transgénero (LGBT) y de otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Además, la vulnerabilidad de estos grupos poblacionales también está dada por la limitada presencia institucional en zonas de frontera, lo que ha generado estructuras paraestatales que regulan la presencia y comportamiento de los migrantes exigiendo que poblaciones particulares abandonen las zonas que controlan, como es el caso de la población LGBT (9).

Los inmigrantes se enfrentan de manera consistente a la vulnerabilidad, la cual se deriva del conjunto de elementos tanto sociales como culturales, tales como los estereotipos, prejuicios y la discriminación que los afectan tanto en los ámbitos comunitario como institucional que menosprecian al inmigrante (10), que justifican y perpetúan las desigualdades entre los ciudadanos nacionales y los inmigrantes. Por tanto, la vulnerabilidad no es una condición innata del inmigrante, independientemente de su estatus migratorio, ya que la mayor o menor vulnerabilidad está determinada por las trayectorias y los ámbitos en los cuales los inmigrantes se integran en el país de destino, sin ser estos aleatorios. Dentro de estos ámbitos, se encuentran el del sexo transaccional, que genera una nueva dinámica alrededor del inmigrante, y donde se van a cruzar aspectos relacionados con las identidades sexuales, el estatus migratorio y las condiciones socioeconómicas de estos, así como aspectos relacionados con las políticas públicas en salud del país de destino, y la discriminación y la estigmatización social a la cual se pueden ver enfrentados.

En este sentido, el trabajo sexual desarrollado por personas inmigrantes, especialmente el ejercido

por los varones, permanece invisibilizado y estigmatizado socialmente, a esto contribuye la ausencia de servicios especializados y la escasez de información sobre sus derechos. Esto lleva a que las personas inmigrantes que ofrecen servicios sexuales se enfrenten a niveles elevados de riesgo y vulnerabilidad en todos los ámbitos que generalmente aquejan a quienes ejercen esta labor, agravado en algunos casos por un estatus migratorio irregular que les impide acceder a la justicia, ya que las autoridades encargadas de brindar protección son precisamente quienes les amenazan con la deportación (11).

Por lo tanto, las trayectorias de los migrantes se encuentran interrelacionadas y vinculan tanto el país de origen como el de destino, así los modos en los cuales se integran los inmigrantes en los nuevos ámbitos sociales, culturales y sexuales están vinculados a sus experiencias y vivencias en su país de origen. Estas influyen en sus expectativas y su comprensión cultural en el país de destino, ya que la vulnerabilidad surge como resultado de la interacción social entre los inmigrantes y los nacionales del país de destino; en consecuencia, la vulnerabilidad es un proceso endógeno. En consecuencia, las vulnerabilidades vinculadas a los procesos migratorios requieren un enfoque bioético sobre las inequidades en salud, que generalmente comprometen la accesibilidad a los servicios de salud por parte de los inmigrantes (5).

Se debe tener en cuenta que la inequidad en la salud se evidencia en las disparidades sistemáticas y evitables en los estados de salud de diferentes grupos poblacionales, entre ellos los migrantes, disparidades que podrían prevenirse mediante la implementación de medidas razonables. En este sentido, es imperativo desde el punto de vista bioético emprender acciones para contrarrestar las desigualdades sanitarias que subyacen y perpetúan las injusticias sociales (12).

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa con un enfoque hermenéutico interpretativo, que permitió comprender el sentido y significado que los actores sociales asignan a los eventos en sus contextos cotidianos (13, 14).

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó entre los años 2019 y 2020 en el área metropolitana del Valle de Aburrá (Antioquia), la ciudad de Bogotá, D. C., y el Eje Cafetero colombiano, en las ciudades de Pereira, Manizales y Armenia. Las ciudades se seleccionaron debido al número de migrantes de origen venezolano que residían en ellas; así, para el 31 de agosto del 2021, en Bogotá residían 393.716 migrantes; en Antioquia, 264.148; en Risaralda, 27.931, y en Caldas y Quindío residían 12.730 y 10.690 migrantes, respectivamente (15).

Las técnicas de investigación utilizadas fueron las entrevistas semiestructuradas, las cuales estaban organizadas en varios grupos de preguntas sobre salud reproductiva en crisis humanitaria, teniendo como referencia la caja de herramientas desarrollada por el Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). Se realizó una validación de las entrevistas a través de dos medios, el primero de ellos fue la revisión del guion por parte de un grupo de expertos en salud sexual, y el segundo fue una prueba piloto; ambos medios permitieron asegurar la precisión, la consistencia y la claridad de las preguntas. Las técnicas de investigación tenían como objetivo identificar los conocimientos, las conductas, las percepciones y los imaginarios sobre las prácticas sexuales protectoras y de riesgo que tenían los sujetos participantes permitiendo situarlas en las trayectorias sociales en las que estas se producen.

La selección de los sujetos participantes se realizó a través de un muestreo por conveniencia, los criterios de inclusión fueron ser mayores de edad, es decir, 18 años o más, ser inmigrantes de origen venezolano, dedicarse al trabajo sexual sin excluir ninguna de las orientaciones sexuales e identidades de género. El contacto con los entrevistados se realizó en los lugares donde se ofrecían servicios sexuales, ya fueran físicos o virtuales, los primeros se refieren a hoteles, discotecas y bares, entre otros, mientras que los segundos correspondían a páginas web y aplicaciones para dispositivos móviles. Esta estrategia permitió acceder a la población de trabajadores y trabajadoras sexuales, a la cual es difícil de acceder, especialmente en el caso de

los varones, debido a la discriminación por cuestiones de orientación sexual e identidades de género y a los estigmas y prejuicios alrededor del sexo transaccional.

Análisis de los datos

La información se analizó en dos etapas, una primera en la cual se realizó la reducción y categorización de los datos obtenidos en la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, que fueron transcritas y revisadas por el grupo interdisciplinario de investigadores. Posteriormente, las narraciones fueron incorporadas en una matriz de categorías de análisis, para ser codificadas con la ayuda del *software* Atlas.ti. La segunda fase correspondió al análisis de contenido de la información; este análisis permitió comprender las perspectivas que

tienen las personas entrevistadas respecto de sus vidas, experiencias o situaciones expresadas con sus propias palabras (16).

Consideraciones éticas

La investigación contó con el aval del Comité de Ética de Uniminuto y del Comité de Ética de OPS (PAHOERC Ref. No. PAHOERC.0180.01). Se elaboró un consentimiento informado en el cual se brindó información suficiente a los participantes sobre el estudio. Los datos de los entrevistados fueron anonimizados, y se utilizó un seudónimo que consistió en cuadro datos, la letra E seguida del número de la entrevista, la identidad de género del participante, la edad y el municipio donde fue realizada la entrevista, por ejemplo: E32_Mujer_22_Pereira.

Resultados

Tabla 1. Características de los trabajadores sexuales masculinos y femeninos de Venezuela residentes en Colombia

	N = 55	%
Sexo al nacer		
Varón	38	69
Mujer	17	31
En los últimos 12 meses ha tenido sexo con		
Hombres	42	76
Hombres y mujeres transgénero	1	2
Mujeres y hombres	9	16
Mujeres, hombres y mujeres transgénero	3	6
Edad		
20-29	39	71
30-39	13	24
40 o más	3	5
Identidad de género		
Hombre cisgénero	33	60
Mujer cisgénero	17	31
Mujer transgénero	5	9
Estado civil		
Casado(a)	2	3

Divorciado(a)	1	2
Soltero(a)	41	75
Unión/pareja de hecho	11	20
Nivel educativo		
Ninguno	1	2
Primaria	1	2
Educación media	4	7
Bachillerato	28	51
Técnico	7	13
Tecnológico	4	7
Universitario	10	18
Actividad habitual en Venezuela		
Empleado(a)	36	65
Estudiante	8	15
Militar	1	2
Trabajador por cuenta propia	10	18
Ingresos económicos mensuales en Colombia		
Menos de 1 SMLV*	36	65
Entre 1 y 2 SMLV	14	26
Entre 2 y 3 SMLV	5	9
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss)		
Sí	6	11
No	49	89
Estatus migratorio		
Regular	17	31
Irregular	38	69
Tiene hijos		
Sí	21	38
No	34	62

* Salario mínimo legal vigente (SMLV) en Colombia para 2021 es de 908.526 pesos al mes, lo que representaría unos usd 229,45/month.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

El 60 % de los participantes en la investigación son hombres, mientras que el 31 % son mujeres cisgénero, y el restante 9 %, mujeres transgénero. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia, el 89 % de los entrevistados

no se encuentra afiliado y solo el 11 % tiene algún tipo de afiliación al sistema de salud. Adicionalmente, el 69 % de los entrevistados se encuentra de manera irregular en el país, y solo un 31 % posee algún tipo de permiso para residir de manera regular.

A partir de las entrevistas realizadas se identificó una serie de ámbitos donde se presentan ciertas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud por parte de los inmigrantes venezolanos en Colombia (tabla 2), las cuales coinciden con el hecho de que los migrantes venezolanos llegan al

país con múltiples necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva (sssr) y pueden enfrentar barreras en el acceso a la atención en salud, por razones de su situación migratoria, discriminación y desinformación (3).

Tabla 2. Barreras de acceso a los servicios de salud de los trabajadores sexuales masculinos y femeninos de Venezuela residentes en Colombia

Ámbitos	Barreras de acceso
Sistema General de Seguridad Social en Salud	Documentos de identificación
Institucional	Costos de citas
	Costos medicamentos
	Documentos de identificación
	Actitud del profesional
Social	Prejuicios
	Estigma y discriminación
	Información insuficiente
	Redes de apoyo
Personal	Necesidad sentida en salud
	Desconocimiento del sgsss
	Estatus migratorio y movilidad
	Miedo y vergüenza

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (sgsss)

El acceso al sgsss en Colombia está condicionado a la situación administrativa en la cual se encuentre el inmigrante, una participante dice: “Me siento como que desorbitada porque me mandan de un sitio a otro a agarrar una cita, que tiene que tener Permiso Especial de Permanencia (PEP), entonces me tienen todo el día ahí esperando, engañada”, E28_Mujer_30_Pereira.

Los entrevistados hacen referencia exclusivamente a la necesidad de contar con algún tipo de documento de residencia legal en el país para poder acceder a los servicios de salud, entre estos documentos se encuentran la cédula de extranjería

o el Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos (ETPV). Otros estudios concuerdan en que la falta de estos documentos de identificación son la principal barrera para lograr el aseguramiento, sin embargo, esta no es la única, ya que existen múltiples factores asociados a los trámites y a la burocracia que acompaña el proceso de vinculación al sgsss que no permite que esta se haga de manera efectiva por parte de los migrantes (16).

Sin embargo, la Ley 1751 de 2015 establece la necesidad de asegurar el acceso de la población a los servicios de salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad (17), pero como se evidencia en los testimonios de los entrevistados, el acceso real ante una necesidad de salud no concuerda con el acceso potencial, debido a las barreras que se generan en el sgsss y en los procesos de

atención por parte de los prestadores de los servicios de salud; estas barreras son de carácter administrativo y están referidas a la solicitud de diversos documentos para acceder a dichos servicios.

El Estado tiene el deber de garantizar el derecho a la salud y a los demás derechos fundamentales de manera incondicional, sin establecer requisitos adicionales, como aquellos basados en el estatus migratorio de las personas. El derecho humano a la salud debe contemplarse bajo los principios rectores de igualdad y no discriminación, con especial énfasis en la responsabilidad del Estado de atender las necesidades de las poblaciones migrantes que se encuentran en condiciones de particular vulnerabilidad, como aquellas que padecen enfermedades crónicas (18).

Otro aspecto relacionado con el acceso al sgsss es la necesidad de reconocer y valorar las acciones que en materia de salud han desarrollado las organizaciones, las asociaciones, y la población civil en general, a través de la respuesta humanitaria que ha permitido avanzar en temas de salud con la población migrante y que en la mayoría de los casos ha logrado superar las barreras de tipo institucional (19), acciones que, sin embargo, no han sido consideradas dentro de las políticas públicas en salud y mucho menos incorporadas como buenas prácticas en el sgsss en Colombia. En este sentido y desde un enfoque bioético, el hecho de involucrar a las comunidades en la toma de decisiones y en las acciones relacionadas con la salud garantizaría que estas sean éticas y que promuevan un sistema de atención en salud más equitativo, centrado en el paciente y que reconozca la diversidad cultural.

Barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud

Las barreras de tipo institucional, es decir, aquellas que se generan directamente en el prestador de los servicios de salud, son de diversa índole, y los migrantes se enfrentan a barreras que limitan su acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, especialmente en los servicios de atención primaria, exámenes diagnósticos y atención farmacológica (20). Uno de los problemas más evidenciados

es el costo económico que deben asumir los inmigrantes para acceder a las citas médicas, el siguiente relato muestra esta situación: “Una vez fui por un dolor y me dijeron, bueno eres venezolano, y me preguntaron ¿tienes EPS?, y yo dije no, bueno tienes que pagar, me respondieron. Yo no tenía en ese momento para pagar, y bueno, normal y me fui”, E52_Hombre_22_Dosquebradas.

Adicionalmente, en algunas ocasiones el inmigrante debe hacerse cargo del pago por los medicamentos, lo cual supondría una barrera para el tratamiento, pero además se constituye como otra limitación para el acceso a los servicios de salud, pues el migrante dejaría de acudir a estos, ya que no dispondría de los recursos económicos suficientes para costear el tratamiento farmacológico; en palabras de los participantes: “En el hospital están cobrando demasiado los exámenes, y los medicamentos en las farmacias son muy caros, fui a un laboratorio y me regalaron el examen de VIH”, E23_Hombre_34_Medellín; “Una sola vez no me pudieron atender porque me cobraban demasiado caro la consulta, no tenía dinero, pero no fue grave”, E32_Mujer_22_Pereira.

Esto reafirma el hecho de que el acceso tanto a servicios de atención médica básica como a cuidados especializados es una de las disparidades más acuciantes en el ámbito de la salud (5).

Otra barrera institucional está referida a la exigencia de un documento de identificación del inmigrante, como el permiso de protección temporal (PPT), cédula de extranjería o el pasaporte, sin embargo, los entrevistados carecen de esta documentación, lo que impide que puedan acceder a los servicios de salud, ya que en la mayoría de los casos solo cuentan con el documento de identificación venezolano, el cual no es válido como identificación en Colombia.

Finalmente, los entrevistados manifiestan que la actitud que tienen los profesionales de la salud cuando consultan se convierte en una nueva barrera que obstaculiza el acceso a estos servicios, una participante relata: “Una doctora me preguntó si yo tenía EPS (entidad promotora de salud), y le dije que no, que yo era venezolana, y me dijo, eh, pues aquí esto no es casa de caridad, yo no regalo mi trabajo a personas como ustedes”, E44_Mujer_33_Bogotá.

Este tipo de actitud por parte del personal sanitario puede propiciar que los inmigrantes no continúen sus tratamientos médicos y opten por otras estrategias para atender sus problemas de salud:

En Venezuela el doctor lo primero que decía: acuéstese, desnúdese y revisaba todo, o sea detallaba todo porque los doctores anteriormente (...) venían y tenían esa preocupación de conseguir realmente cualquier tipo de enfermedad, entonces aquí en Colombia, digamos que si he podido notar el desagrado o el maltrato hacia las personas cuando van a acceder a ese servicio, E2_Hombre_30_Medellín.

Por consiguiente, se hace necesario que los servicios de salud que se presten a los inmigrantes reconozcan sus especificidades sociales y culturales, a través de una atención humanizada que implique reconocer la integralidad de las personas más allá de los diagnósticos clínicos, que identifiquen además las necesidades emocionales y sociales que tengan y que puedan afectar su salud y bienestar (21). Lo anterior se hace indispensable, pues en Colombia se evidencia un elevado grado de deshumanización, no solo en lo concerniente a la prestación de servicios de salud, que lleva a actitudes de insensibilidad, negligencia y omisión ante la condición vulnerable de las personas enfermas, sino también a una indolencia ante las realidades, situaciones, condiciones y circunstancias adversas en las que se encuentran estas poblaciones, factores que exacerban aún más su vulnerabilidad (22).

Así, las diferencias culturales pueden afectar la comunicación para el acceso y la atención médica; por tanto, se deben buscar los medios para garantizar que los inmigrantes comprendan plenamente su atención y tengan la capacidad de participar en decisiones informadas sobre su salud.

Barreras sociales para el acceso a los servicios de salud

En cuanto a las barreras sociales, se puede decir que uno de los rezagos en materia de salud que aqueja a las poblaciones inmigrantes puede atribuirse a las inequidades sociales y económicas a las que se ven expuestas, así como a un proceso deficiente de integración y a los patrones de discriminación prevalecientes en las sociedades

receptoras (23). En este sentido, el acceso a los servicios de salud por parte de los inmigrantes no solo está condicionado por su estatus migratorio, sino también por factores sociales y contextuales adversos, que se manifiestan a través de los prejuicios, el estigma y la discriminación, tal como lo menciona la siguiente entrevistada: “Fui discriminada, me trataron malísimo en la EPS, fui a consultar si el salvoconducto lo aceptaban, primero fue un problema por mi condición (mujer transgénero) y después, que ellos no tenían ningún tipo de conocimiento que no me podían aceptar”, E45_Mujer transgénero_34_Bogotá.

Se hace evidente, en el caso de los inmigrantes dedicados al trabajo sexual, que existe una discriminación interseccional, donde se reflejan las consecuencias de la interacción entre dos o más formas de discriminación, lo cual sobrepasa una simple yuxtaposición de una multitud de discriminaciones (24); en este caso se interrelacionan el hecho de ser inmigrante, ser mujer transgénero y dedicarse al trabajo sexual. Algunos estudios en Colombia también hacen énfasis en el hecho de que el trabajo sexual masculino está permeado por dinámicas demarcadas por el estigma y el anonimato (25), lo cual invisibiliza a la población de trabajadores sexuales masculinos, lo que los margina socialmente y los conduce a tomar decisiones poco informadas sobre su salud y su bienestar, lo que va en contra de los principios éticos de autonomía y beneficencia. Además, la invisibilidad social de esta población puede dificultar el acceso a servicios de salud adecuados y con un enfoque diferencial, lo que también plantea preocupaciones éticas relacionadas con la justicia y la no maleficencia. Por lo tanto, es indispensable que los prestadores de servicios de salud incorporen en todas sus acciones lineamientos que promuevan el acceso a los servicios de forma efectiva, equitativa y libre de discriminación y xenofobia (16).

De otro lado, algunos autores ponen de manifiesto que los migrantes y refugiados reconocieron no haber tenido la posibilidad de acceder a información clara y oportuna que permita resolver inquietudes específicas relacionadas con el sistema de salud colombiano (20), estas barreras impiden que los migrantes y refugiados puedan

tomar decisiones informadas sobre su atención en salud, vulnerando los principios de información y autonomía. Adicionalmente, los participantes identifican el hecho de que la información sobre los servicios de salud es insuficiente, escasa y de difícil acceso, ya que la mayor parte de la información que se suministra a los inmigrantes dedicados al trabajo sexual está enfocada en el uso del condón, pero no se les brinda información sobre el funcionamiento y la forma de vinculación al sgsss o las rutas de atención en salud para la población migrante, una entrevistada manifiesta: “Allá siempre regalan condones, pero no hablan casi nada, solo cuídense, protéjanse y dan volantes y eso”, E44_Mujer_33_Bogotá, y otro entrevistado señala: “Solamente lo del VIH, cuando hubo la campaña de salud”, E42_Hombre_37_Medellín.

Las narraciones de los entrevistados permiten evidenciar que se hace mayor hincapié en temas de salud sexual debido a que estos se dedican al sexo transaccional, sin embargo, se dejan de lado otros aspectos de la salud física y mental de los inmigrantes que son relevantes para mantener una salud integral, esto coincide con otras investigaciones como la de Roig (26). Por lo tanto, sería necesario ofrecer información y capacitación a las personas trabajadoras sexuales sobre las competencias y conocimientos específicos requeridos para desempeñar su labor, así como las estrategias para mitigar los riesgos laborales inherentes y optimizar los beneficios derivados de su actividad económica (27).

Otro de los obstáculos para el acceso a los servicios de salud es la inexistencia o debilidad de las redes de apoyo social entre los inmigrantes, así, los individuos jóvenes que conforman estos flujos migratorios presentan patrones de comunicación deficientes o prácticamente nulos con sus redes familiares y sociales en Venezuela (28), carecer de este tipo de redes limita el acceso a los servicios de salud, y, por tanto, el único sistema de apoyo al que tienen acceso estos inmigrantes radica en los vínculos establecidos con sus contrapartes, en este caso representados por amistades de nacionalidad venezolana que también residen en Colombia (29). Esto muestra que en las trayectorias migratorias se observa un progresivo deterioro de las redes

de apoyo familiar, a la par que emerge el establecimiento de nuevos vínculos sociales (28). En este sentido, la información con la que contarían los inmigrantes sería escasa e imprecisa, lo que limita la gestión y el acceso a los servicios de salud de forma eficaz.

Sin embargo, el migrante venezolano construye conexiones sociales que adapta según sus necesidades y que responden a su proceso de integración. Estas conexiones son principalmente definidas por las oportunidades laborales a las que se vinculan, específicamente, el trabajo sexual (25), por tanto, a través de estas redes se intercambia información sobre tarifas de los servicios, hoteles, rutas y demás información sobre el sexo transaccional, pero pocas veces información sobre salud o servicios de salud.

Barreras personales para el acceso a los servicios de salud

Las barreras de acceso a los servicios de salud de tipo personal incluyen, en primer lugar, la necesidad sentida en salud, es decir, la percepción individual que tiene el inmigrante de buscar atención en salud, lo cual no solo va a restringir el acceso a los servicios sanitarios, sino que además va a condicionar las estrategias para la búsqueda de este. Así pues, los inmigrantes entrevistados no acceden a los servicios de salud si los síntomas son leves o no sienten que están enfermos, los entrevistados al respecto dicen: “Nunca he asistido a una institución de salud, a pesar de que soy una persona con dolor en la columna”, E29_Mujer_46_Pereira, o “No, para nada, siempre he sido muy sano. No he tenido la necesidad de ir al médico”, E1_Hombre_23_Medellín.

El segundo aspecto personal está vinculado con el desconocimiento que tienen los entrevistados sobre el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), lo cual no permite que los inmigrantes se puedan vincular a este; en este sentido, de los 17 participantes que tienen regularizada su situación migratoria en Colombia, solo siete están afiliados al sgsss, los restantes 10 no lo están, posiblemente por no contar con la información sobre los trámites para acceder

a la cobertura en salud y desconocer que al regularizar su situación migratoria tienen el derecho a esta.

Un tercer elemento tiene que ver con el estatus migratorio de las personas, ya que al no contar con un documento de residencia legal en Colombia, no pueden acceder a los servicios de salud. Uno de los participantes manifiesta: “Fui para que me atendieran, entonces me mandaron que tenía que tener como decir, EPS, y yo no lo tengo porque estoy irregular, y no me atendieron”, E33_Mujer_44_Pereira.

En algunos casos los inmigrantes desconocen los procedimientos para obtener el Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos (ETPV), lo cual dificulta su regularización y posterior acceso al sgsss. Además, en el caso de los varones dedicados al trabajo sexual se evidencia que su continua movilidad entre ciudades dificulta el conocimiento y acceso a los servicios de salud en cada una de estas.

La cuarta, y última barrera personal, está referida al miedo y la vergüenza, el miedo está relacionado con el hecho de ser identificados como migrantes irregulares cuando acceden a los servicios de salud, y que por tal razón puedan ser detenidos o deportados, por lo cual limitan buscar atención médica en centros públicos. Con respecto a la vergüenza, esta tiene que ver con el hecho de manifestar a los profesionales de la salud que se dedican al ejercicio del trabajo sexual, situación que afecta de manera específica a los varones, debido a los prejuicios y estigmas sociales que existen sobre el sexo transaccional. Así mismo, al anterior factor se suman los prejuicios que hay alrededor de las relaciones sexuales entre hombres, teniendo en cuenta que algunos de los entrevistados son heterosexuales, pero mantienen sexo con otros hombres a cambio de dinero, lo que aumentaría el sentimiento de vergüenza. En palabras de un par de entrevistados: “Ellos [la familia] saben mi condición sexual, muy poco hablo de eso con mi familia, primero por pena y segundo porque no quiero relacionarlos con la vida que llevo, es que a uno le da pena también cuando va al médico, pues es vergonzoso hablar del trabajo, uno se siente juzgado”, E38_Hombre_22_Manizales; el otro entrevistado:

“Pues hablar de cosas sexuales es más fácil con alguien conocido, porque sí me da pena o no sé, temor a eso, hablar de eso y miedo de que lo tenga, no toco el tema”, E21_Hombre_24_Medellín.

Por lo tanto, se puede decir que, aunque estos hombres se preocupan por su salud, tienen menos disposición a consultar sobre salud sexual, ya que la invisibilidad se convierte en una táctica fundamental para los migrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual, utilizada como una forma de resguardarse del estigma social. Revelar abiertamente su ocupación podría exponerlos al rechazo y la desaprobación, por lo tanto, optan por ocultar su participación en el trabajo sexual como una estrategia para protegerse. Esta invisibilización se convierte en una característica arraigada y aceptada, que a menudo genera situaciones que afectan la salud mental de los individuos (30).

En este sentido, los entrevistados no tienen la intención de reconocer su actividad como trabajadores sexuales y las condiciones en las cuales se desarrolla este (31), ya sea a sus familiares o amigos, y mucho menos a los profesionales de los servicios de salud, lo cual puede generar diagnósticos inadecuados y mayores afectaciones en la salud física y mental de los participantes. Por tanto, la invisibilización del ejercicio de determinadas formas de trabajo sexual fomentan la marginación y vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales, entre ellos, el de los trabajadores sexuales masculinos, ya que se limita su acceso a los servicios de salud o conduce a diagnósticos médicos inapropiados; todo esto originado en construcciones machistas y heteronormativas sobre la sexualidad.

Conclusiones

El acceso a los servicios de salud debería estar garantizado para todos los ciudadanos, de manera que incluya una atención integral para el mejoramiento de su calidad de vida, que trascienda la atención de la enfermedad en un contexto más amplio e integral de la seguridad social. Para cumplir este objetivo es necesario entender que los procesos de movilidad humana son un determinante estructural que influye de manera diferencial en la salud y el ciclo de vida de las personas, ya que

durante las trayectorias migratorias se pueden incrementar las desigualdades en materia de salud, y específicamente en los temas de salud sexual y reproductiva.

Por lo tanto, los inmigrantes se ven afectados por una serie de inequidades en salud, las cuales se encuentran asociadas a desventajas como el hecho de ser pobres, las barreras de acceso a los servicios médicos que incluyen barreras de tipo administrativo, de costos, la discriminación y el mismo hecho de ser migrantes, entre otros factores que condicionan el acceso de estos al sistema de seguridad social. Por consiguiente, se debe tener en cuenta que la accesibilidad a los servicios de salud no depende exclusivamente de las instituciones que prestan estos servicios, sino que en ella confluyen una serie de aspectos que involucran tanto a los individuos, a las instituciones y a la sociedad en general. Se hace necesario abordar cada uno de estos ámbitos para eliminar dichas barreras y asegurar el acceso oportuno y de calidad a la salud tanto a los inmigrantes como al resto de los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad en el país.

En consecuencia, una mirada desde la bioética sobre la accesibilidad a los servicios de salud de los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia permite abordar el asunto de una manera integral, al reconocer entre otros aspectos

la deshumanización como un problema bioético prioritario que se presenta en los servicios de salud, que debe ser abordado de manera interdisciplinar, con reconocimiento de las diversidades sociales, económicas, sexuales, culturales y de otra índole de los migrantes, para humanizar las relaciones entre los diversos actores de los sistemas de salud.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de Unicef-PNUD-Banco Mundial-OMS, ambos programas copatrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Declaración

Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista de Bioética y Derecho*.

Referencias

1. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Los derechos sexuales de las personas migrantes, derechos humanos aún por cumplir [Internet]. 2019. Disponible en: <https://unaf.org/los-derechos-sexuales-de-las-personas-migrantes-derechos-humanos-aun-por-cumplir/>
2. Penchaszadeh V. Bioética y salud en América Latina. Presentación ante el Congreso Internacional Universitario de Bioética, Universidad del Azuay [Internet]. 3-5 octubre de 2018, Cuenca, Ecuador. Disponible en: <https://bioetica.uazuay.edu.ec/sites/bioetica.uazuay.edu.ec/files/public/uazuay-bioetica-presentacion-victor-penchaszadeh.pdf>
3. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
4. CEAR. Cuadernos de Teoría de CEAR-Euskadi. El derecho de asilo y los derechos sexuales y reproductivos. Bilbao: CEAR-Euskadi; 2008.
5. Penteado A, Rocha T, Guiotoku S. y Moysés S. Accesibilidad de los migrantes haitianos a la salud pública: una cuestión bioética [Internet]. *Revista Bioética*, 2020,28(2): 384-389. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020282400>

6. Organización Internacional de las Migraciones, OIM. Migración y poblaciones lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) [Internet]. 2016. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/migracion-y-poblaciones-lesbianas-gays-bisexuales-trans-e-intersexuales-lgbti>
7. Caribe Afirmativo. Situación de las personas LGBT migrantes de Origen Venezolano en Territorios Fronterizos de Colombia [Internet]. 2018. Disponible en: <http://caribeafirmativo.lgbt/wp-content/uploads/2019/06/Situación-de-las-personas-LGBT-migrantes-de-Origen-Venezolano-en-Territorios-Fronterizos-de-Colombia.pdf>
8. Restrepo Pineda JE y Mejía Toro WA. Salud sexual y psicosocial de hombres que tienen sexo con hombres en Colombia. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2021.
9. Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo [Internet]. 2018. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/131472SP.pdf>
10. Restrepo Pineda JE y Jaramillo J. Percepción de líderes sociales y representantes de organizaciones públicas y privadas sobre la migración y los inmigrantes venezolanos en el municipio de Maicao (La Guajira, Colombia). *Migraciones* [Internet]. 2020;(49):119-145. doi: <https://doi.org/10.14422/mig.i49.y2020.005>
11. NSWP, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual. Guía comunitaria, personas migrantes que ejercen el trabajo sexual. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/migrant_sex_workers_bp_spanish_final.pdf
12. Bórquez B. Las otras inequidades en salud: un reto para la bioética, *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2014;29(2):112-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.004>
13. Creswell J. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. California: SAGE; 2014.
14. Vázquez ML, Ferreira M, Mogollón A, Fernández MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
15. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Distribución venezolanos en Colombia; Bogotá: Migración, Ministerio de Relaciones Exteriores. [Internet]. 2021. [Consultado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: https://unidad-administrativa-especial-migracion-colombia.micolombiadigital.gov.co/sites/unidad-administrativa-especial-migracion-colombia/content/files/000112/5575_distribucion_venezolanos_2022_octubrepdf.pdf
16. Calderón-Jaramillo M, Murad R, Cifuentes A, Ariza JS, Sánchez M, Rivillas-García JC. Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019. [Internet]. *MÉD.UIS*. 2021;34(3):47-59. doi: www.doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021005
17. Rodríguez Vargas J M, Vargas-Valle ED, López Jaramillo AM. La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2021;18(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/446/44668223007/html/>
18. Dejusticia. Las barreras administrativas constituyen discriminación institucional indirecta a los migrantes venezolanos [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/litigation/las-barreras-administrativas-constituyen-discriminacion-institucional-indirecta-a-los-migrantes-venezolanos/>
19. Pinto LA, Baracaldo Amaya P, Aliaga Sáez F. La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espacio Abierto*, 2019; 28(1):199-223.
20. Ariza Abril JS, Cifuentes AM, Calderón Jaramillo M, Rivera D, Rivillas García JC. Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana. *Salud UIS*. 2020;52(4):392-401. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020006>
21. Pan American Health Organization / World Health Organization (OPS/OMS). 2019. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4400:salud-para-todos-ops-oms-peru-organiza-seminario-sobre-humanizacion-de-la-salud&Itemid=0.
22. Andino C. La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética* [Internet]. 2018;13(2):68-68. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/download/1945/1905/5538>
23. Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya. [Tesis doctoral]. Barcelona: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
24. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista de estudos feministas*, 2002; 1: 78-99.

25. Fúquene, JP y Barrera JA. Migración y trabajo sexual masculino. El caso de hombres venezolanos en Bogotá (2017-2018). *Revista Colombiana de Sociología*. 2020;43(1):61-82. doi: <https://doi.org/10.15446/rcs.v43n1.79112>
26. Roig M. Los invisibles. Una aproximación al trabajo sexual masculino en Barcelona desde la educación social. *Revista de educación social*. 2016;22:302-330.
27. Overs C y Longo P. *Making Sex Work Safe*. London, United Kingdom: Russell Pres; 1997.
28. Ortiz-Ruiz N, Díaz-Grajales C, López-Paz Y, Zamudio-Espinosa DC, Espinosa-Mosquera L. Necesidades en salud sexual y reproductiva en migrantes de origen venezolano en el municipio de Cali (Colombia). *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47:e4. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.4>
29. Restrepo Pineda J y Villegas S. Vulnerabilidad frente al VIH/sida de los inmigrantes venezolanos que residen en Colombia. *Revista Salud(i)Ciencia* [Internet]. 2020;24:80-85. Disponible en: https://www.academia.edu/44601385/Vulnerabilidad_de_los_inmigrantes_venezolanos_frente_al_VIH_sida_que_residen_en_Colombia
30. Zaro Rosado, I.; Peláez Murciego, M. y Chacón García, A. *Trabajadores masculinos del sexo: Aproximación a la prostitución masculina en Madrid*. Madrid: Fundación Triángulo; 2006.
31. Restrepo Pineda JE, Villegas Rojas S. Uso de sustancias psicoactivas (SPA) en el ejercicio del trabajo sexual de hombres y mujeres cisgénero y mujeres transgénero inmigrantes venezolanos en Colombia. *Salud Uninorte*, 2023;39(2):392-404. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.39.02.980.916>

