

Riesgo, enfermedad y acceso al cuidado para inmigrantes venezolanos en Colombia. Esbozo de una antropología del sufrimiento y abandono social

William Álvarez
Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá
williamlogia@gmail.com

Este artículo presenta un análisis sobre los modos en que la enfermedad y el sufrimiento suelen ser experimentados por un alto porcentaje de inmigrantes venezolanos pobres que residen en Colombia. Comprendemos este problema desde la implementación tardía de dispositivos de clasificación migratorios, pensando al inmigrante desde los márgenes del Estado, describiendo cómo sus cuerpos se tornan vulnerables en los enclaves que habitan, considerados aquí como zonas de abandono social. Se basa en una densa descripción y los resultados de la observación participativa desarrollada en un barrio de inmigrantes en la ciudad de Barranquilla (Colombia).

Palabras clave: venezolanos en Colombia, márgenes del Estado, riesgo, sufrimiento, inmigrantes, enfermedad

This article presents an analysis of the ways in which disease and suffering are commonly experienced by a high percentage of poor Venezuelan immigrants residing in Colombia. We link this problem to the late implementation of migratory classification measures, locate immigrants outside the margins of the state, and describe how their bodies become vulnerable in the enclaves they inhabit, which we consider zones of social abandonment. Our basis is a thorough description and the results of participatory observation developed in an immigrant neighborhood in the city of Barranquilla, Colombia.

Keywords: Venezuelans in Colombia, margins of the state, risk, suffering, immigrants, disease

Introducción

Es sabido que las olas migratorias contemporáneas, en este caso las circunscritas a Latinoamérica, han transformado la demografía, las formas de socialización, la

economía y las ciudades. El objetivo de este artículo es exponer y analizar las condiciones humanitarias que experimentan los inmigrantes, en su mayoría procedentes de la República Bolivariana de Venezuela (en adelante, Venezuela), forzados a transitar o residir en Colombia en los últimos años. Este fenómeno nos llevó a plantearnos la siguiente pregunta: ¿qué sucede cuando un movimiento masivo de inmigrantes ingresa en una sociedad con un sistema de atención médica precario en términos de cobertura y calidad? Inmigración y salud forman parte de una vasta red de aspectos que la literatura especializada ha estudiado por décadas,¹ sin embargo, aún es poco lo que en Colombia se conoce del tema.

La agencia de aduanas Migración Colombia² (2021) cifró que el 31 de enero de 2021, en Colombia se encontraban 1.742.927 inmigrantes venezolanos, de los cuales 983.343 estaban en estado legal regular y 759.584 en situación irregular. En Colombia, a los inmigrantes se les ofrece un permiso de estadía (PEP) que les proporciona canales de atención médica, especialmente para atender emergencias, a diferencia de otros países como Brasil, que ofrece cobertura universal en salud, cobijando incluso a los inmigrantes ilegales.³ Si bien la cobertura de atención médica suele estar limitada respecto a los ciudadanos colombianos, ¿qué se puede esperar de la atención sanitaria para inmigrantes en condición de legalidad o ilegalidad? Buscamos responder a tal pregunta desde una perspectiva antropológica, circundando las interfaces que interpelan al inmigrante en relación con el riesgo de padecer enfermedades, sus precarias condiciones materiales y la forma en que gubernamentalmente se intervienen sus cuerpos.

Teóricamente, analizamos esta coyuntura desde el enfoque político-económico del riesgo, el cual “enfatisa los procesos sociales estructurales e históricos, reafirmando así la inequidad social como los elementos fundamentales para entender la manera en la que los individuos perciben y tratan con el riesgo” (Abadie 2010, 77). Si bien el debate sobre el riesgo atraviesa múltiples disciplinas, su interpretación cultural (Douglas y Wildavsky 1983) ofrece una mirada emic/etic interpelada por lo que Beck (2010) plantea como aquello que da forma al principal elemento de una sociedad del riesgo, esto es, los efectos contraproducentes devenidos de los ajustes estructurales del capitalismo periférico, especialmente cuando se trata de sociedades desprovistas de bienestar social. La diáspora de la población venezolana no produjo únicamente

¹ Podemos encontrar un agudo análisis y síntesis de los aportes en esta subárea de los estudios migratorios en el artículo “Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública” (Cabieses, Gálvez y Ajraz 2018).

² Es la agencia de aduanas de Colombia responsable de monitorear y llevar a cabo el control migratorio en el marco de la soberanía nacional y de conformidad con la ley; depende del Ministerio de Relaciones Exteriores.

³ Véase el artículo “Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil” (Doocy et al. 2019).

una grave crisis humanitaria en Colombia, sino que también amplificó su exposición al riesgo al convertir a los inmigrantes en sujetos desprovistos de reconocimiento jurídico.

Por medio de una extensa observación de campo describimos una serie de elementos externos que interpelan la intervención gubernamental sobre los cuerpos de los inmigrantes. Para Veena Das y Deborah Poole (2008) este proceso se traduce en un acto de legibilidad e ilegibilidad cuando la posición de esos cuerpos se sitúa en los *márgenes del Estado*, aspecto que hace posible la producción de ciudadanías o sus excepciones. Por otra parte, ampliaré la propuesta de ambas académicas introduciendo las categorías: *zona de abandono* (Bielh 2013) y *nuda vida* (Agamben 1998), y a partir de esa matriz conceptual profundizaré en dos aspectos importantes que han emergido desde el inicio de mi inmersión etnográfica: la relación conflictiva entre cuerpo/Estado y la precarización de la condición humana.

Metodología

Nuestra apuesta metodológica se propuso indagar descriptivamente los intersticios, los márgenes y/o bordes que se zanzan en medio de la inmigración y las formas gubernamentales de intervenir estos cuerpos clínicamente, cumpliendo con los mandatos internacionales sobre la garantía de los derechos humanos. Para desarrollar este enfoque empleamos técnicas cualitativas de análisis, lo que algunos autores denominan de etnografía reflexiva.⁴ Los datos empíricos se desprenden de una investigación con mayor envergadura, de tal modo que la información suministrada en este artículo principalmente comprende relatos de vida y entrevistas semiestructuradas logradas luego de extensas jornadas de observación participante en la ciudad de Barranquilla, en una comunidad de inmigrantes venezolanos y colombianos retornados denominada por sus habitantes como Villa Caracas.⁵

Este enclave de inmigrantes constituye uno de los tantos asentamientos informales que han crecido en las periferias de la ciudad de Barranquilla, al igual que en otras ciudades del país, mayormente habitado por población procedente de Venezuela. A diferencia de otros asentamientos irregulares existentes en el Caribe colombiano,

⁴ Con menor incidencia en la antropología que en la sociología, la necesidad de hacer una reflexión sobre los datos recogidos en el campo, insistiendo en la necesidad de volver luego al mismo, le ha facilitado a la antropología desarrollar debates con mayor profundidad, avanzando en el desarrollo de técnicas etnográficas, que aún en sociología no se han dado con igual ímpetu. Sobre las contradicciones que genera volver al campo una y otra vez, la participación observante y, en especial, la elaboración teórica de la etnografía son algunas de las sugerencias que Michael Burawoy aborda en su artículo, "An Outline of a Theory of Reflexive Ethnography" (2003), proponiendo, al igual que Bourdieu y Wacquant (2008), una etnografía reflexiva desde la sociología.

⁵ A la fecha, se estima el número de casas en 800 y la población en 3558 personas.

Villa Caracas se ha construido sobre una falla geológica, terreno declarado en alto riesgo por las autoridades públicas de la ciudad (Fernández Niño et al. 2018). No obstante, estas características no impidieron que cientos de familias se apropiaran del terreno omitiendo sus pésimas condiciones ambientales y sanitarias.

Mi observación participante sobre la comunidad inició en mayo de 2019, extendiéndose hasta mediados de 2020. Por intermedio de un padre católico de la comunidad carmelita accedí a Villa Caracas, primero acompañándolo en sus misas dominicales, luego en sus jornadas de trabajo comunitario durante la semana. Este primer acercamiento me permitió entablar relaciones directas con líderes y lideresas del lugar, quienes me introdujeron en la vida cotidiana de la comunidad. Durante el primer año de inmersión etnográfica,⁶ los riesgos y las enfermedades sobresalían como contingencias principales de la extrema vulnerabilidad y precariedad económica. Una decena de personas me relataron sus padecimientos más severos y comunes: fracturas semiexpuestas, diabetes, infecciones cutáneas y gastrointestinales y presión alta, entre otros.

Estas enfermedades suelen ser comunes en entornos precarios, sin embargo, la crisis migratoria me permitió observar aspectos interseccionales que sumaban complejidad en su ya crítica realidad.⁷ La gran mayoría de personas a quienes entrevisté habían ingresado al país ilegalmente; al tratarse de personas documentadas o indocumentadas, la diferencia respecto al acceso a servicios médicos cambia radicalmente. Este punto de inflexión llevó a que mis entrevistas se construyeran a partir de sus narrativas del dolor. Con base en esto, me detuve a observar las trayectorias de vida de una docena de inmigrantes, situándome en la intersección indocumentado-pobreza material-enfermedad, para luego contrastar dichas trayectorias con la atención médica disponible y/o brindada por el Estado colombiano.

⁶ Para la antropología, la inmersión en el campo presupone un abordaje descentralizado entre el investigador y su objeto, por ello la observación participativa permitió comprender un lenguaje y una mirada que emergen desde los participantes, siendo el observador un intermediario interpretativo. La inmersión también presupone una posición ética que debe mantener a raya al observador de involucrarse en dinámicas que pongan su vida en riesgo o actúen en contra de la ley. Para esta investigación, mi posición ética trató de respetar límites de involucramiento en la comunidad, no obstante, en algunas ocasiones mi posición como investigador fue más allá de la de un observador participante; el intenso dolor o avanzada infección en el cuerpo de algunos de mis interlocutores eran escenas usuales de encontrar, y, a su vez, posibles de contrarrestar. Desde un punto de vista estrictamente disciplinar, el ofrecer antibióticos para reducir el sufrimiento de alguien o prestar asesorías jurídicas para que alguna persona tuviera acceso a un tratamiento médico digno puede ser considerado una falta a la ética del investigador, sin embargo, en contextos de extrema crisis humanitaria, la neutralidad axiológica no tiene cabida; mi posición política busca contribuir positivamente al bienestar de otros.

⁷ Para una mejor comprensión de este fenómeno en la región, recomiendo el valioso informe realizado por Mercy Corps titulado *On the Move. Understanding Venezuelan Refugee and Migrant Decision-Making: Implications for Responses to Protracted Displacement* (2020).

Cuerpos indefensos y márgenes de Estado

En Colombia es obligación para sus ciudadanos contar con una afiliación a la seguridad social, sea por medios privados o públicos.⁸ Tanto el régimen contributivo como el subsidiado tienen un modo de funcionamiento y alcance particular; el sistema privado se rige por categorías económicas en su cobertura, de modo que entre mayor sea su costo, más es su margen de atención. Esto conlleva a que el paciente sea categorizado por su valor social y material, reconfigurando sus derechos como ciudadano dentro de una esfera primero regida por el mercado y segundo por su capital simbólico. Tener o no afiliación a un seguro determina cuál será su nivel de cobertura y atención médica; esto se sintetiza a modo de una interface que gestiona el hacer vivir o dejar morir, lo que se traduce en lo que Michel Foucault (2006) denomina *biopolítica*.⁹

En contextos sociales donde se manifiesta un capitalismo tardío, el riesgo intensifica su eficacia simbólica, promoviendo la implementación de dispositivos de control gubernamentales con el objetivo de extenderse sobre la población, gestionando de ese modo su bienestar. También, tipificando sus variadas manifestaciones por medio de estadísticas, contribuye a visibilizar la compleja variedad de matices sociales. La diáspora venezolana de los últimos años apresuró al Estado colombiano a elaborar sistemas de registros¹⁰ que permitieron al menos cumplir con esta dimensión de reconocimiento al determinar el número aproximado de inmigrantes en un territorio. En un principio, la puesta en marcha de este dispositivo evidenció fallas por su demora e improvisada aplicación, por lo que miles de inmigrantes atravesaron los

⁸ El sistema de salud colombiano se caracteriza por estar formado por dos subsistemas coexistentes: el régimen contributivo (privado) y el régimen subsidiado (gratuito) por medio del Sisbén. Ambos regímenes proporcionan cobertura universal, acceso a medicamentos, procedimientos quirúrgicos, servicios médicos y odontológicos.

⁹ Este concepto es frecuentemente usado para hacer referencia a la relación entre el poder soberano y el cuerpo biológico, siendo una referencia al observar el modo en que el ejercicio de una política de Estado puede interferir en el conjunto de la sociedad para producir una forma de control social. En síntesis, este concepto procura describir la política desde la fórmula "hacer vivir, dejar morir". En este artículo analizamos la gestión sobre la vida y la muerte en clave biopolítica, tomando como referencia el modelo de atención médica que se ofrece en Colombia para los inmigrantes venezolanos.

¹⁰ En el caso de los migrantes pendulares, es decir, aquellos que se mueven en la frontera, su situación se reguló a través de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza. Respecto a la migración regular solo es requerido el pasaporte. Los migrantes de tránsito, aquellos que utilizan a Colombia como país de tránsito para llegar a otros países, deben contar con el pasaporte o adquirir la Tarjeta Andina de Migración (TAM). En el caso de los migrantes que entraron de manera regular al territorio, pero que con el paso del tiempo empezaron a tener condición de irregulares, deben obtener el Permiso Especial de Permanencia (PEP) que les permite acceder a servicios de salud y educación, además de autorizar el ejercicio de cualquier actividad económica legal.

controles y rutas migratorias existentes, impidiendo su registro, control y seguimiento a lo largo de las fronteras y territorios conexos.¹¹

La situación en otros países no ha sido muy diferente a la experimentada en Colombia. Acosta, Blouin y Freier (2019) exponen seis categorías de países que ofrecen un marco o respuesta jurídica al fenómeno migratorio. En el primero se ubican Brasil, Argentina, Uruguay y Ecuador, naciones que se ajustan a los tratados de movilidad de Mercosur; el segundo hace mención de los sistemas jurídicos ad hoc implementados recientemente, entre los cuales están Colombia, Perú y Chile; el tercero comprende aquellos que no han implementado ninguna categoría especial para los ciudadanos venezolanos; el cuarto, los que aplican el tratado de Cartagena como lo hace México; un quinto grupo, los que inician procesos de regularización, como por ejemplo Bolivia, Chile y Panamá; por último, un sexto grupo que criminaliza la migración: Trinidad y Tobago y la República Dominicana.

Con excepción del primer grupo, el resto se vio en la necesidad de ajustar sus políticas migratorias para manejar la crisis migratoria, algunos de ellos en menor o mayor medida, tal y como lo representa el segundo grupo. El impacto estructural de este fenómeno implica grandes ajustes en la gestión local/nacional de la crisis, y mientras los sistemas jurídicos ad hoc se equilibran para gestionar supliendo demandas básicas, la población que transita, que procura asilo, refugio o que emigra hacia otra nación, termina por hallar lo que la filósofa Laura Quintana define como: “una vida que se encuentra en el umbral entre lo humano y lo no humano, incluida sólo por exclusión, es decir, exceptuada de la existencia política” (2006, 46).

Los hacedores de estas políticas usualmente no dimensionan la puesta en marcha de los sistemas ad hoc sobre determinadas comunidades migrantes, así como tampoco la existencia de brechas de acceso a las mismas y su compleja implementación o alcance atendiendo minorías de tipo étnicas o de género¹² (Pugh 2021), un aspecto que conlleva a transformar la experiencia de exclusión en lo que Agamben denomina *nuda vida*: “aquello que, al no poder ser incluido de ninguna manera, se incluye en la forma de la excepción” (Quintana 2006, 46).

¹¹ Colombia comparte fronteras terrestres y marítimas con once países, los cuales limitan con trece departamentos y setenta y siete municipios. Históricamente, estas zonas han sido permeables y con intermitencias de presencia política, económica y social, afectando a una población de 3,9 millones de colombianos, de los cuales el 94,5% se concentra en las fronteras con Venezuela y Ecuador (2.759.000 y 969.000 respectivamente). Demográficamente, el 69% de la población fronteriza habita en zonas urbanas, y desde el punto de vista étnico, el 21,9% comprende indígenas, raizales y afrocolombianos.

¹² Especialmente con la comunidad LGBTQI+.

Paradójicamente, los permisos de permanencia (PEP) y otras formas de registro migratorio se han convertido en un problema para los inmigrantes y/o retornados en términos de accesibilidad, principalmente debido a sus condiciones de precariedad monetaria, pero también por el desconocimiento de los trámites, el miedo a ser expulsado o por simple desinterés. En la investigación de campo identificamos decenas de personas que dependen de este documento para ser reconocidas dentro de los beneficios de la jurisdicción migratoria. En casos que hemos registrado, lo más común ha sido identificar el modo en que los inmigrantes movilizan los dispositivos que definen su identidad o nacionalidad; este tipo de reconocimiento, aunque mínimo, implica cambios sustanciales al momento de recibir algún tipo de ayuda gubernamental, y por tal razón, la consecución de este registro se convierte en una actividad frenética y desgastante, pues requiere una amplia movilización de medios materiales con los que, en muchos casos, no cuentan, además de tramitaciones engorrosas y largas esperas, sin que tales acciones conlleven necesariamente a su obtención.

Este reconocimiento determina el alcance movilizador del documento (dispositivo) como agencia, debido a que permite el ascenso en la escala de clasificación social del inmigrante por mínima que sea. Muchos cuentan con la suerte de cruzar con éxito la burocracia estatal, accediendo así a un cambio en su estatus de ciudadano migrante; otros, por el contrario, terminan convirtiéndose en lo que Javier Auyero (2013) denomina "pacientes del Estado", en su doble acepción, bien sea como a) enfermos en tratamientos, o b) víctimas de un sistema sanitario que convierte a la espera en instrumento de dominación y sufrimiento. Según el autor, hacer esperar a los pobres se convierte en una manera de ejercer poder, control y violencia por parte del Estado hacia las poblaciones desposeídas, sean estas migrantes, poblaciones en riesgo, comunidades étnicas o cualquier clase de organización civil. Reubicados entre las márgenes jurídicas, los inmigrantes deben esperar a ser clasificados en alguna categoría que permita su inclusión en los programas ofertados para la protección de sus derechos humanos.

Por aparentemente simples que sean las exigencias, como la solicitud de actas/registros de nacimiento, pasaporte y certificados de identidad, estos documentos representan para muchos un problema desproporcionado, pues define el nivel de atención médica que las instituciones estatales les pueden ofrecer en casos de emergencia. Das y Poole señalan tres aspectos que caracterizan a los individuos situados en lo que comprendemos como los márgenes del Estado: 1) aquellos insuficientemente socializados en los marcos de ley; 2) quienes se ven interpelados por las prácticas de legibilidad o ilegibilidad en sus documentos; y 3) aquellos que encuentran el margen como un espacio entre los cuerpos, la ley y la disciplina. Das y Poole afirman que:

Después de todo, el poder soberano ejercido por el Estado no es ejercido sólo sobre el territorio, sino que también es ejercido sobre los cuerpos. De hecho, uno puede sostener que la producción de un cuerpo biopolítico es la actividad originaria del poder soberano. Muchos antropólogos han utilizado la noción del biopoder para rastrear las formas en las que el poder extiende sus tentáculos por las ramas capilares de lo social. El sitio privilegiado de este proceso ha sido el creciente poder de la medicina para definir lo “normal”. Más aún, el tema principal es cómo la política se vuelve el dominio en el que la “vida” es cuestionada. (Das y Poole 2008, 25)

Al reflexionar sobre lo legible e ilegible, aludimos a los documentos, a los medios y/o las formas de comunicar información sobre la dinámica jurídica migratoria. La característica sociocultural en esta dinámica es, quizás, uno de los aspectos menos estudiados al momento de deliberar sobre los motivos que llevan al migrante a optar o no por seguir vías legales o ilegales en su tránsito migratorio, junto al aspecto gubernamental, donde se considera la ampliación de su marginación durante su proceso de normalización. La inteligibilidad de lo escrito establece fronteras y distancias entre los sujetos y las formas de lo estatal debido, en parte, a una baja tasa de escolaridad;¹³ la incapacidad de comprender el lenguaje técnico en las indicaciones legales suele ser reemplazada por el rumor y el *voz a voz* comunitario que pretenden informar pero que, en buena medida, desinforman.

Desde el punto de vista de los inmigrantes, las consecuencias de carecer de documentos suelen ser minimizadas cuando sus vidas se exponen a riesgos críticos, los cuales son asumidos o experimentados según las diferencias generacionales y de género. Este aspecto es importante de resaltar para hacer una distinción entre lo que representa la percepción del riesgo subjetiva y objetiva en la población inmigrante pobre. En el imaginario de los jóvenes, el acceso a servicios médicos tiende a situarse en su última escala de necesidades, mientras que para una franja etaria adulta o discapacitada se ubica entre sus principales demandas. Y, no obstante, un inmigrante que necesite asistencia médica y que no cuente con identificación alguna, por ley en Colombia tiene acceso a recibir atención de urgencias. Sin embargo, lo que he registrado en mi observación contrasta en la práctica, pues los servicios suelen ser recortados o minimizados al extremo por determinados centros de salud, los cuales diagnostican a su conveniencia qué forma adquiere una urgencia.

¹³ Según el estudio *Caracterización de la población en el asentamiento “Villa Caracas” de la ciudad de Barranquilla*, realizado por la Universidad de la Costa durante 2020–2021, se identificó que el 77,48% de la población tiene secundaria o un nivel educativo inferior. Véase Comunidad Ministros de los Enfermos Religiosos Camilos y Universidad de la Costa (2021).

Aquellos que no padecen de enfermedades con necesidades especiales de atención médica, usualmente los jóvenes, muestran un menor interés por resolver su situación migratoria y subjetivamente se justifican en el desconocimiento de las ventajas que implica estar legalizado; por otro lado, el extremo aislamiento urbano que representa habitar en las periferias profundiza su distancia con las instituciones encargadas de facilitar su legibilidad. Sus actividades laborales, además del reducido acceso a recursos, son también un objetivo que limita su interlocución con la figura del gobierno local.

La mayoría de los jóvenes hombres a quienes entrevisté durante mi investigación de campo trabajaban en la calle recolectando materiales para reciclar; día y noche transitan por delimitados circuitos urbanos, por lo que ajustarse al horario formal de oficina y navegar por los centros administrativos de la ciudad conflictúa con sus estrategias de supervivencia. Algo similar, pero a menor escala, sucede con las jóvenes mujeres que trabajan en el servicio doméstico de familias locales, las cuales se enfrentan a extensas jornadas laborales y reducidos salarios, aspecto que también minimiza su acceso a los servicios administrativos, cruciales para su legibilidad. No obstante, una vez esta coyuntura es superada, emerge la siguiente pregunta: ¿qué sucede con aquellas personas que padecen de enfermedades crónicas o sufren de accidentes en estas condiciones de trabajo?

Acumulación social del sufrimiento

Durante mi trabajo de campo observé un fenómeno recurrente escasamente expuesto en los estudios migratorios en Colombia: narrativas de dolor y sufrimiento se despliegan a lo largo y ancho de los enclaves migratorios, mayormente concentrados en barrios marginales o periféricos. El análisis situado de este problema me llevó a reflexionar sobre las enfermedades que sufre un alto porcentaje de inmigrantes como resultado de padecimientos acumulados históricamente. El 15 de julio de 2019 registré en mi diario de campo el siguiente pasaje:

Temprano en la mañana, acompañé al padre Gregorio a dar su acostumbrada misa sabática en las profundidades del barrio, el barro y la basura expedían un desagradable olor, pero para sus habitantes parecía ser imperceptible. Algunas personas se nos acercaron, incluido Camilo, quien sobrepasa los 58 años, llevaba vendada su mano derecha, días atrás se había caído de una moto, fue remitido de inmediato a urgencias, después de intervenirle fue remitido a casa. Le implantaron un clavo quirúrgico, hoy lo tiene expuesto sobre la piel supurando pus. De no ser tratado muy probablemente puede perder la mano o incubarse una gangrena. (Diario de campo)

Cuando le pregunté la razón del por qué no buscaba atención médica, él respondió: “no me la dan, en los puestos de salud te atienden durante el menos tiempo posible, me dieron una ración de antibióticos para una semana, eso es caro, no tengo para comer menos para comprar eso”. La exposición al riesgo de enfermedades aumenta en la población migrante, especialmente en sociedades tardíamente desarrolladas. Individuos como él, con escasa formación escolar, edad avanzada, enfermo e incapacitado, suelen ser excluidos del mercado laboral. ¿Cómo puede sobrevivir un sujeto en esas condiciones, qué posibilidades tiene de recuperarse? Su expresión ante el dolor era mínima, y poco le interesaba tratarse la mano; insistía en que no encontraría una solución rápida para mejorar en salud porque su principal preocupación estaba en resolver sus necesidades básicas del día a día.

En su famoso libro, *La muerte sin llanto*, Nancy Scheper-Hughes (1997) narra la experiencia del dolor de madres ante la muerte de sus hijos en el noreste brasileño, un duelo sin dolor, distante de las emociones humanas o femeninas que se espera culturalmente incorporen. La explicación que ofrece la autora para dar cuenta de tal reacción es que ésta se debe al desgaste emocional crónico que viven por la extrema exposición a las adversidades, las cuales desensibilizan las reacciones psicoafectivas de su vida cotidiana, transformando características humanas que, en otras circunstancias, resultarían dolorosas. Algo similar sucedió con Camilo, para quien cuidar su cuerpo pasó a segundo plano. En estas condiciones de extrema pobreza, los intersticios en los cuales se pueden movilizar estos sujetos tienden a circunscribirse a labores precarias, exponiéndolos aún más al riesgo de adquirir enfermedades, empeorar las que ya tienen o propagar nuevas en sus comunidades.

Cualquier estudio en ciencias sociales que implique analizar el impacto migratorio debe dialogar con aspectos epidemiológicos, medioambientales, de hábitat y políticos, buscando comprender la compleja red de circunstancias que ponen en riesgo a la sociedad receptora, a su vez que a inmigrantes y desposeídos locales. Javier Auyero lo explica de otro modo:

Es crucial poner la (in)justicia medioambiental en el centro de los análisis de la pobreza en América Latina. Junto al ingreso, el empleo, la educación y otras variables convencionales, los análisis científicos de las causas y las manifestaciones de la pobreza urbana deberían considerar la exposición diferenciada a peligros medioambientales. La marginalidad es, para parafrasear al geógrafo Doreen Massey (1994), construida espacialmente, y ese espacio está sobrecargado de contaminación y riesgos en mayor o menor grado. Esta organización espacial de la marginalidad hace una diferencia en cómo funciona y cómo es experimentada. En otras palabras, dado que vivir en peligro permanente y bajo un asalto tóxico que no da tregua deja algunas veces marcas

indelebles en las mentes y en los cuerpos de los pobres, la investigación urbana en América Latina necesita, con urgencia, una geografía social del peligro medioambiental y del sufrimiento. (Auyero 2010, 35)

De modo que el cuerpo de los inmigrantes tiende a sufrir de una triple violencia: simbólica, política y sistémica. El reconocido sociólogo Johan Galtung (2016) define este tipo de sucesos como el efecto directo de una violencia estructural. Esta violencia en el caso de Venezuela redefinió el valor y concepción de la ciudadanía, creando las condiciones óptimas para expulsar sistemáticamente al excedente de población que antaño sostuvo la denominada revolución bolivariana.

Al interior de Villa Caracas, hemos registrado el padecimiento crónico que las restricciones médicas imprimen sobre los cuerpos de inmigrantes pobres, quienes como alternativa de cuidado deben recurrir a la solidaridad de vecinos o de terceros como ONG internacionales, juntas de acción comunal o parroquias locales, que suplen los vacíos de la atención pública. Sin embargo, pese a que estos aportes contribuyen a mejorar sus condiciones de vida, dichas intervenciones atienden sus urgencias de forma superficial, desviándose de las causas que las desencadenan.

Esta acumulación del dolor no puede ser concebida en términos de un sufrimiento singularizado; más bien se cristaliza en el padecimiento que producen enfermedades crónicas del tipo herpes, VIH/SIDA, hepatitis o diabetes. Al interior de este proceso se van agregando otras afecciones médicas que surgen de los efectos colaterales del intersticio jurídico-público del estado de excepción colombiano, en cuanto al reconocimiento de un otro (migrante) que se asume como paciente del Estado (Auyero 2013). En este sentido, desde el enfoque de la economía política del riesgo podemos plantear que son usualmente los pobres y privados de derechos quienes se encuentran bajo un riesgo desproporcionado (Baer, Singer y Susser 2003; Singer y Baer 2009; Singer 2006; Farmer, Connors y Simmons 1996; Farmer 2002).

El riesgo de adquirir infecciones, heridas y demás maltratos físicos da muestra del sometimiento al que el cuerpo del inmigrante pobre se expone en su vida cotidiana y el sufrimiento se incrementa exponencialmente cuando el individuo se niega a sí mismo el cuidado, ocasionando lo que Abadie (2010) llama *tortura moderada*. La vida cotidiana se convierte en una tortura, y en el caso de las mujeres esto es de especial preocupación, pues la falta de acceso a toallas sanitarias, fármacos para mitigar los dolores menstruales, la gestación y el postparto, por ejemplo, incrementa el riesgo de sufrir crisis que repercutan directamente en su salud mental. Cada uno de estos son aspectos de salud pública y mental que necesitan ampliar su rango de estudio, implicando la perspectiva de género. El 29 de junio del 2019, una de las lideresas a quien entrevisté en Villa Caracas, relató una historia particular:

El caso que te comento le pasó a la vecina del barrio, el hijo le nació con problemas, pero aún así le dieron de alta una semana después de nacido, ellos se lo trajeron a la casa sabiendo lo contaminado del lugar, pero ¿para dónde más iban a ir? Son jóvenes, tienen otros dos hijos, ese niño se enfermaba cada nada, ahí tú la veías a ella corriendo de aquí para allá pidiendo ayuda, llamando al padre de la iglesia, al otro, al hospital iban pero no duraba nada, al día siguiente lo mandaban para casa, pobre criatura, sus pulmoncitos no soportaban... una noche ella salió gritando de su casa como loca, pensé lo peor, murió el niño, esa misma noche llamaron al padre para que lo bendijera, ahí mismo lo enterraron, él lo bautizó postmortem. Aquí entre nos, una vecina me dijo que fue ella misma quien lo mató, yo no sé si eso será verdad, pero esa mujer sí que sufría, es que ver sufrir un hijo duele.

¿Qué lleva a que una madre asesine a su hijo, qué aspectos mentales se están descartando en las investigaciones sobre la salud pública en poblaciones doblemente marginalizadas? Lo que nuestra observación de campo demuestra lleva a cuestionar la construcción de una política sobre sus cuerpos que desatiende el dolor físico y el sufrimiento mental/cognitivo de su exposición simbiótica al territorio degradado. La cultura del terror (Taussig 2012) que durante décadas ha contribuido a normalizar la violencia como un aspecto inherente de la salud mental de los colombianos, tiende a invisibilizar el sufrimiento social de los inmigrantes pobres, llegando al punto de reconfigurar la concepción que de lo humano se concibe en las márgenes sociourbanas, sumado a las excepciones que socialmente el Estado y su comprensión de los derechos humanos instan a implementar.

La intervención independiente de las parroquias locales ha logrado mermar la ansiedad, el estrés, las crisis existenciales o mentales que experimentan los inmigrantes en comunidades de extrema precariedad: "La fe es lo único que tienen estas personas, creer en Dios les da esperanza, los mantiene con vida, venir aquí también contribuye a reducir los conflictos, se ven escenas terribles de abuso y violencia en la comunidad", me comentó el padre carmelita el primer día de mi visita al barrio el 25 mayo del 2019. Según el modelo de salud mental de Bhugra (2004), las fases de premigración y postmigración contemplan un fuerte desgaste psicológico que atiende de forma diversa tanto a hombres como a mujeres.

El estudio realizado por Haley Carroll y otros (2020) aplicando una muestra estadística en Colombia, Perú y Chile, demuestra que la ansiedad y la depresión suelen ser los trastornos psicológicos más comunes: la depresión con una prevalencia del 23% y la ansiedad con el 19% de la población estudiada, tendencia que suele afectar más a las mujeres. Aunque la población migrante encuentre estrategias para sobrellevar sus problemas de salud mental, la asistencia de terceros supone un

soporte adicional; sin embargo, este tipo de apoyo merece recibir mayor atención por parte de los sistemas de atención al migrante. En lo que demuestra mi observación de campo se resalta la participación de actores otros que alguna vez pueden derivar en el incremento de los problemas de salud mental de esta población, debido al riesgo que conlleva la aplicación de prácticas terapéuticas inadecuadas o sin la regularidad conveniente para el tipo de trastornos que se padecen.

Sin embargo, estas intervenciones no suelen ser del todo negativas, por ejemplo, las misas dominicales en las cuales participé propiciaban alivio psicoafectivo, generando cohesión social en momentos de extrema conflictividad y carencia material. Lo que he evidenciado con mi participación observante es que la asistencia humanitaria en situaciones de extrema emergencia beneficia a la población vulnerable, aunque provenga de actores no cualificados en el área, pero se debe analizar con cautela la forma en que estas intervenciones son implementadas en las comunidades receptoras.

Zonas de abandono social, intervención y caridad

Una mujer angustiada se acerca a mí: necesito que me ayude con un chico que tiene un problema, pero no quiere decirnos qué tiene, él quiere hablar con el padre Juan, ¿puede usted acompañarlo? Terminada la misa encontramos al joven en la casa de una vecina, sentado, amarillento y débil, le susurró al padre cuál era su dolor, pero le incomodaba la gente. Pidió que fuéramos a su casa, se desplomó en el trayecto, mi amigo José lo sostuvo antes de que se cayera al piso. Su casa es de madera, piso de tierra, nos acomodamos entre los bultos de arena, ropa y colchones sucios, uno extendido y el otro enrollado en medio de la casa. Él entró con esfuerzo tumbándose, pensé en mis adentros: piensa morir. El padre Juan yacía a su lado, lo escuchaba –hice mal... padre, ¡perdóneme! –exclamó con las pocas fuerzas que le quedaban mientras yo observaba esta escena, estremecido. Cuando le quitamos la camiseta vimos sus heridas, el herpes cubría un tercio de su espalda, una parte de su torso y pectoral izquierdo. Hace un par de semanas que lo padecía, pero su cuerpo ya no lo soportaba. El padre lo bendijo –ten fe, hijo, ¡fuerza!– el joven se desmayó. Salimos de su casa. (Fragmento, diario de campo, julio 2019)

El anterior pasaje es solo un ejemplo de una decena de casos que hemos registrado desde el inicio de esta investigación, una muestra del tipo de padecimiento al cual se enfrentan los inmigrantes en su vida diaria (ver fotografía 1). Una semana después de presenciar esta escena el joven se encontraba de pie. Sus condiciones de supervivencia no podrían ser peores, aprisionado dentro de un universo

materialmente precario; una gonorrea maltratada, bajas fuentes alimentarias, entornos contaminados e insalubres, abuso y uso de drogas ilegales. Vivir se convierte casi en sinónimo de morir; el cuerpo incorpora la opresión estructural al que se ve sometido cuando se encuentra desprovisto de redes de soporte comunitarias y de documentos que le permitan acceder a beneficios de atención médica o para la defensa de sus derechos humanos.



Fotografía 1. Sufrimiento corporal

Fuente: Archivo de investigación personal del autor

El sufrimiento que experimenta este tipo de población se extiende en el tiempo sin posibilidad de ser intervenido; sus cuerpos son sometidos a un nivel de estrés que supera la capacidad individual y colectiva por resolver las crisis médicas que se presentan en las familias o comunidades de inmigrantes. El relato de vida de Kike así lo describe: “en los últimos meses he sufrido dos infartos, me hicieron un cateterismo hace poco tiempo, me van a intervenir próximamente porque sufro de obstrucciones en las arterias coronarias”. Todavía espera ser intervenido nuevamente, mientras tanto, le fueron recetados fármacos para disminuir su presión arterial, tratamiento que sigue de manera irregular al no contar con dinero. A finales del 2019 sufrió una isquemia cerebral que lo dejó postrado en cama y sin movilidad en medio cuerpo. Aún en tales condiciones no recibe tratamiento.

Para João Biehl (2013), en este tipo de escenario la gestión humanitaria suele ser intervenida por terceros, quienes se presentan como salvadores carismáticos debido a la baja presencia de instituciones públicas. Kike y el joven recibieron ayuda directa del padre de la parroquia local, de ONGs y organizaciones religiosas que entregan medicina o gestionan su atención junto con instituciones públicas. Los habitantes de estos barrios reconocen sus límites e intereses. La vecina Laura manifiesta su frustración ante lo que sucede en su barrio: "nos sentimos abandonados, la situación es grave, llamé a la OIM,¹⁴ pidiendo ayuda... vienen solo cuando les conviene, a tomarse la foto jactándose de decir que ayudan a los inmigrantes".

La intervención de este tipo de organización contribuye a mejorar considerablemente las condiciones de vida de los inmigrantes. El padre Juan lidera una parroquia en un barrio de las periferias de Barranquilla; su participación en la vida comunitaria ha sido determinante en la gestión de la vida y el dolor de decenas de personas: facilitó medicina, atendió enfermos e intermediaba en las urgencias con los hospitales. Para finales del 2019 enfermó, hecho que lo obligó a retirarse de toda actividad social; conjuntamente, la crisis de enfermos en el barrio aumentó, pues la estructura organizativa de su gestión se desarticuló, evidenciando la frágil red de soportes que la intervención psicosocial y humanitaria puede llegar a desarrollar en estas zonas de abandono social. Biehl lo describe en otras palabras: "in the face of increasing economic and biomedical inequality and the breakdown of the family, human bodies are routinely separated from their normal political status and abandoned to the most extreme misfortune, death-in-life" (Biehl 2013, 38).¹⁵

El abandono social, comprendido desde la esfera de lo público, expresa su retirada en la forma en que es gestionada la seguridad pública. En los enclaves migratorios la policía suele ser la única institución que hace presencia, circulando en los barrios, vigilando y castigando cuando lo vea necesario. Es claro que padecer de esa manera muestra la forma en que el Estado, las instituciones médicas y la ausencia de redes de soporte interactúan en Colombia. El difícil acceso al servicio de salud y sus procedimientos simbióticos hacen que el trabajo de la muerte sea fácil en tanto se ejerce una sistemática negación de su otredad y una furiosa determinación en negarles atributos de humanidad. Humanos o no humanos, ciudadanos o inmigrantes, marginales o pobres, otras formas de vida emergen en la excepción: "Ya sea que se encuentre en un estado de abandono social, adicción o indigencia, la vida que no tiene valor para la sociedad es apenas sinónimo de una vida que ya no tiene ningún valor para la persona que la vive. . . . El lenguaje y el deseo continúan

¹⁴ OIM: La Organización Internacional para las Migraciones de las Naciones Unidas.

¹⁵ "Ante el aumento de la desigualdad económica y biomédica y el colapso de la familia, los cuerpos humanos se separan rutinariamente de su estado político normal y se abandonan a la desgracia más extrema, la muerte-en-vida". Traducción mía.

de manera significativa aún en circunstancias de profunda abyección. A pesar de todo, las personas siguen buscando conexiones y formas de perdurar” (Biehl 2016, 236).

Buscar maneras de prosperar, así sea llamando agónicamente a una organización internacional como lo hizo Laura, o incluso acudir a instituciones públicas o a la iglesia, impulsa los mecanismos de resistencia que articula la comunidad para mantener el ánimo, aun cuando sus cuerpos permanezcan abyectos en las zonas de abandono. Comparando reflexivamente las condiciones de vida a las que están expuestos los inmigrantes en otras ciudades, encontramos casi los mismos patrones de intervención interinstitucional, con instituciones que, temporalmente, penetran la vida cotidiana de las comunidades, parcializando su acción bajo determinados intereses, sean académicos (universidades), filantrópicos (congregaciones religiosas), terapéuticos (ONG) o sanitarios (instituciones públicas).

Algunas de estas intervenciones suelen utilizar discursos de fe y esperanza políticamente orientada para aplacar los conflictos internos, la violencia intrafamiliar y sexual, guiando incluso a las comunidades en los modos de resistencia ante intentos de desalojo o titulación de tierras. Pensar que los inmigrantes desconocen la persuasión o carecen de estrategias performativas para instrumentalizar la ayuda externa infantiliza su posición, pues aprovechan cada oportunidad que se les presenta para su beneficio, aludiendo al reconocimiento de sus derechos humanos; en este sentido, su agencia no puede pasar desapercibida. Las lideranzas comunitarias se asemejan a la figura del intelectual orgánico gramsciano (1981), en parte debido a la extrema politización que experimentó una alta proporción de inmigrantes en sus comunidades de base. Especialistas en el tema denominan a este proceso como transperiferismo (Álvarez, Romero y Villadiego 2021). Según este enfoque, la migración no solo incluye la movilidad humana, sino también la transferencia de la cultura urbana, política y popular originada en las periferias urbanas de las comunidades emisoras, lugar de donde proviene la mayor parte de la población inmigrante que habita en Villa Caracas. Por otra parte, la interlocución de los portavoces de la comunidad con las ONGs o las instituciones locales era liderada por mujeres, quienes por intermedio de párrocos locales encadenaron sus peticiones de urgencia con agentes externos.

Ahora bien, debe prestarse atención al modo en que estas instituciones desarrollan su agenda humanitaria. Ante el nulo seguimiento de las instituciones médicas públicas respecto a la atención de las necesidades farmacológicas de los pacientes inmigrantes, algunas organizaciones no gubernamentales ejecutan campañas de

donación de medicamentos que se entregan con o sin receta.¹⁶ El servicio de prestación de salud, tal como se ha establecido, genera más riesgos que beneficios para esta población en Colombia; su atención se traduce en un cumplimiento de tratados y convenciones sobre derechos humanos, mostrando dos aspectos: 1) la pública institucionalización de un discurso humanitario internacional que debe cumplirse sin profundizar en el despliegue de sus formas o mecanismos de implementación; y 2) la gestión privada de tales directrices que mantiene con vida los cuerpos migrantes dentro de su esfera legal, atendiendo y reduciendo clínicamente su sufrimiento. En la esfera pública los efectos de esta gestión codeterminan la degradación de sus cuerpos, otorgándoles el absoluto control en la gestión de su cuidado. El sufrimiento físico de los involucrados en esta investigación representa el ciclo de tortura al que son expuestos: enfermedad-sufrimiento, atención médica-enfermedad-sufrimiento, acumulando dolor en zonas de abandono social (ver fotografía 2).



Fotografía 2. Extremaunción, confesión y dolor
Fuente: Archivo de investigación personal del autor

¹⁶ Estas campañas suelen estar dotadas de equipo y personal médicos. La valoración y la entrega de los medicamentos se hace el mismo día de forma genérica.

Consideraciones finales

En sociedades donde se desarrolla un capitalismo tardío, los procedimientos y la cobertura de atención médica suelen ser limitados, aún peor cuando el acceso a la salud está mediado por el mercado y no se fundamenta como un derecho universal. Colombia es un ejemplo de este modelo, en donde la prestación de servicios de salud para los inmigrantes está delimitada por su costo, reduciendo al mínimo los controles médicos, sin que con ello se incumpla en la salvaguarda de sus derechos humanos. Das y Poole explican esta excepción al hablar de la gestión sobre la vida y la muerte en clave biopolítica y dialogando con Agamben argumentan:

Esta vida es “nuda” porque cualquiera puede tomarla sin ninguna mediación del derecho y sin incurrir en la culpabilidad del homicidio. El *homo sacer* es entonces la persona a la que se puede dar muerte, pero a la que no se puede sacrificar. Agamben cita las palabras de Pompeius Festus: “el hombre sagrado es el único al que el pueblo ha juzgado por un crimen. No está permitido sacrificar a este hombre, pero el que le mate no será condenado por homicidio”. La nuda vida resulta ser entonces algo constituido, en algún sentido, “antes que la ley”. Debido a que el *homo sacer*, esta encarnación de la nuda vida, no puede ser sacrificado, está fuera del ámbito de la ley divina y, dado que aquel que le mate no puede ser acusado de homicidio, está también fuera del ámbito de la ley humana. (Das y Poole 2008, 13–14)

Reconocemos que los dispositivos de identificación son determinantes para brindar mayores opciones de supervivencia de los inmigrantes, pero la demorada implementación de una política integral migratoria en el lapso del mayor auge migratorio en Colombia ha dificultado la planificación de programas con una capacidad de respuesta adecuada para atender las diversas necesidades en términos de salud pública. En una situación crítica como la vivida con la expansión de la pandemia de la COVID-19 en el mundo, miles de inmigrantes venezolanos optaron por retornar a su país, viendo limitadas sus posibilidades de supervivencia en Colombia. Sin ingresos y alimentación, la excepción se hizo norma y, por mucho que las organizaciones humanitarias pretendan proteger sus derechos humanos, en un estado de excepción se ven interpelados, incrementando lo que en un principio situamos como los elementos externos que configuran la economía política del riesgo.

Post scriptum. Una vez concluido este artículo, se han producido varias novedades concernientes a su contenido. En el presente año el gobierno colombiano sorprendió a la comunidad internacional con la implementación de un Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos, el cual tiene como objetivo facilitar el acceso a derechos y regularizar su permanencia en el país por diez años. El principal requisito para que

la población inmigrante sea incluida en este nuevo estatuto los obliga a legalizar su estatus migratorio, de modo que aquellos que no cuentan con permiso de residencia o que ingresaron ilegalmente a Colombia sin ningún tipo de documentos se ven forzados a buscar legalizar su identidad, lo que se resume en salir y volver a entrar a Colombia, o, en el peor pero más común de los casos, permanecer ilegalmente y sin derecho a los beneficios que provee el estatuto temporal de protección. Sin ninguna duda, esta iniciativa mejorará la calidad de vida de cientos de miles de inmigrantes en condiciones de vulnerabilidad, sin embargo, mientras su implementación se ponga en marcha, aquellos que no cuentan con un estatus legal, en otras palabras, una identidad migratoria, se verán más expuestos a padecer riesgos.

William Andrés Álvarez: Doctor en Sociología por la Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), con estancia doctoral en la Universidad de Toronto (Canadá). Mis intereses de investigación se enfocan en aspectos tales como: desigualdades étnico-raciales, pandillas, economías y mercados ilegales, etnografías urbanas, sistemas comparados de criminalidad, teoría decolonial/poscolonial, migraciones y teoría social. Larga trayectoria de investigación etnográfica localizada, multisituada y transnacional en ciudades suramericanas, Norteamérica y Europa.

Referencias

Abadie, Roberto

2010 *The Professional Guinea Pig: Big Pharma and the Risky World of Human Subjects*. Durham: Duke University Press.

Acosta, Diego, Cécile Blouin y Luisa Feline Freier

2019 *La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas*. Documento de Trabajo nº 3. Madrid: Fundación Carolina.

Agamben, Giorgio

1998 *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.

2004 *Estado de Excepción: homo sacer II, 1*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

Álvarez, William, José Romero y Paulo Villadiego

2021 "Transperiferismo, necropolítica y sufrimiento social. Etnografía experimental sobre las condiciones de vida de inmigrantes venezolanos en el Caribe

colombiano". *Revista de Salud Pública* 23 (2): 1–9.

Auyero, Javier

2010 "Infancia en peligro tóxico. Experiencia y negación". *Apuntes de Investigación* 42 (16/17): 23–38.

2013 *Pacientes del Estado. Un reporte etnográfico sobre la espera de la gente pobre*. Buenos Aires: Eudeba.

Baer, Hans, Merrill Singer e Ida Susser

2003 *Medical Anthropology and the World System*. Santa Barbara: Praeger.

Beck, Ulrich

2010 *Sociedade de risco*. São Paulo: Editora 34.

Bhugra, Dinesh

2004 "Migration and mental health". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (4): 243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>.

Biehl, João

2013 *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.

2016 "La etnografía en el camino de la teoría". *Etnografías Contemporáneas* 2 (3): 226–254.

Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant

2008 *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Burawoy, Michael

2003 "An Outline of a Theory of Reflexive Ethnography". *American Sociological Association* 68 (5): 645–679.

Cabieses, Báltica, Piedad Gálvez y Nassim Ajraz

2018 "Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2 (35): 285–291.

Carroll, Haley, Marta Luzes, Luisa Feline Freier y Matthew D. Bird

2020 "The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration". *SSM-Population Health* 10 100551. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100551>

Comunidad Ministros de los Enfermos Religiosos Camilos y Universidad de la Costa
2021 *Caracterización de la población en el asentamiento "Villa Caracas" de la ciudad de Barranquilla*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Das, Veena y Deborah Poole

2008 "El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas". *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, 8 de junio: 1–39.

Doocy, Shannon, Kathleen Page, Fernando de la Hoz, Paul Spiegel y Chris Beyrer

2019 "Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil". *Journal on Migration and Human Security* 3 (7): 79–91.

Douglas, Mary y Aaron Wildavsky

1983 *Risk and Culture*. Berkeley: University of California Press.

Farmer, Paul

2002 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.

Farmer, Paul, Margaret Connors y Janie Simmons, eds.

1996 *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence*. Monroe, ME: Common Courage Press.

Fernández Niño, Julián, Karen Luna-Orozco, Edgar Navarro-Lechuga, Víctor Flórez-García, Jorge Acosta-Reyes, Alma Solano, Elsa Bravo y Eloina Goenaga

2018 "Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas-Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública". *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud UIS* 50 (3): 269–276.

Foucault, Michel

2006 *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Galtung, Johan

2016 "La violencia cultural, estructural y directa". *Cuadernos de estrategia* 183: 147–168.

Gramsci, Antonio

1981 *Cuadernos de la cárcel*. Tomo 2. México: Ediciones Era.

Mercy Corps

2020 *On the Move. Understanding Venezuelan Refugee and Migrant Decision-*

Making: Implications for Responses to Protracted Displacement. 14 de febrero.
<https://www.mercycorps.org/research-resources/on-the-move>

Migración Colombia

2021 “Más de un millón 742 mil venezolanos se encontrarían en Colombia para el 31 de enero de 2021 y podrían acogerse al estatuto temporal de protección”. 3 de marzo. <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/mas-de-un-millon-742-mil-venezolanos-se-encontrarian-en-colombia-para-el-31-de-enero-de-2021-y-podrian-acogerse-al-estatuto-temporal-de-proteccion>

Pugh, Jeffrey

2021 *The Invisibility Bargain: Governance Network and Migrant Human Security*. Oxford: Oxford University Press.

Quintana, Laura

2006 “De la Nuda Vida a la ‘Forma-de-vida’: Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder”. *Argumentos* 19 (52): 43–60.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952006000300003&lng=es&tlng=es

Scheper-Hughes, Nancy

1997 *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Singer, Merrill

2006 *Something Dangerous: Emergent and Changing Illicit Drug Use and Community Health*. Long Grove, IL: Waveland Press.

Singer, Merrill y Hans Baer

2009 *Global Warming and the Political Ecology of Health: Emerging Crises and Systemic Solutions*. New York: Left Coast Press.

Taussig, Michael

2012 *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje. Un estudio sobre el terror y la curación*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.