



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA-
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

LA MIGRACIÓN VENEZOLANA Y EL ACCESO A LA SALUD

Un estudio de caso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015-2022)

AUTORA: Angerlin Rangel

DIRECTORA:

Doctora Laura C. Yufra

Ciudad de Buenos Aires, 2025

Resumen

Esta tesis se centra en identificar las características de la migración venezolana como fenómeno emergente en la región, atendemos a su llegada a Argentina y al acceso a la salud en la CABA entre los años 2015 y 2022. Realizamos un estudio de caso cualitativo y exploratorio, a partir del cual se define el trabajo de campo desarrollado con información documental, entrevistas en profundidad y observaciones participantes que permiten una mayor contextualización de dicho trabajo de campo. Se aborda el tratamiento político de la migración venezolana, la estructura normativa migratoria actual en Argentina, la producción normativa especialmente dirigida a estas personas, así como también algunos de los rasgos sociodemográficos distintivos de la población venezolana.

En relación con el acceso a la salud, describimos el sistema sanitario argentino, las demandas y la percepción que tienen las personas migrantes venezolanas sobre la atención en los servicios de salud de la CABA. A lo largo del estudio identificamos que la precariedad laboral tiene un doble impacto en esta población; primero, por los bajos salarios y la poca disponibilidad de tiempo que obstaculizan la atención de la salud. Segundo, porque desencadena nuevas patologías que impactan en la demanda de servicios como traumatología y psicología. El material empírico recolectado permite reconocer una tendencia de atenderse en centros de atención médica venezolana. Se advierte que la intersección entre las expectativas, motivaciones económicas para la migración, perfil sociodemográfico y requerimientos laborales no encajan eficientemente. Esto se convierte, entre otros aspectos, en una importante barrera para el acceso a la salud. La investigación abarca el periodo de la pandemia de COVID 19 sobrevenida. En el presente trabajo fue posible reconocer cómo la pandemia agudizó numerosas problemáticas. Desde el punto de vista teórico, el material empírico analizado sobre las razones que las personas entrevistadas esgrimen como motivos de la migración, sugiere que es posible poner en tensión ciertas formas de categorización política del movimiento migratorio venezolano.

Palabras Clave: Migración venezolana – Políticas – Salud – Acceso – Barreras

Abstract

This thesis focuses on identifying the characteristics of Venezuelan migration as an emerging phenomenon in the region, addressing its arrival in Argentina and access to health in CABA (Buenos Aires City) between the years 2015 and 2022. We conducted a qualitative and exploratory case study, from which the fieldwork was defined, developed with documentary information, in-depth interviews, and participant observations that allow for greater contextualization of said fieldwork. The political handling of Venezuelan migration, the current migratory normative structure in Argentina, the normative production specifically aimed at these individuals, as well as some of the distinctive sociodemographic traits of the Venezuelan population are addressed.

Regarding access to health, we describe the Argentine healthcare system, the demands, and the perception that Venezuelan migrant persons have of the care in the health services of CABA. Throughout the study, we identified that job precariousness has a dual impact on this population; first, due to low wages and limited availability of time which hinder health care. Second, because it triggers new pathologies that impact the demand for services such as orthopedics and psychology. The empirical material collected allows for recognizing a trend of receiving care in Venezuelan medical centers. It is noted that the intersection between expectations, economic motivations for migration, sociodemographic profile, and labor requirements do not fit efficiently. This becomes, among other aspects, a significant barrier to health access. The research covers the period of the COVID-19 pandemic outbreak. In the current work, it was possible to recognize how the pandemic exacerbated numerous problems. From a theoretical standpoint, the empirical material analyzed on the reasons that the interviewed individuals claim as motives for migration suggests that it is possible to challenge certain forms of political categorization of the Venezuelan migratory movement.

Keywords: Venezuelan migration- – Policies – Health – Access – Barriers.

Resumo

Esta tese foca em identificar as características da migração venezuelana como um fenômeno emergente na região, atendendo à sua chegada à Argentina e ao acesso à saúde na CABA entre os anos de 2015 e 2022. Realizamos um estudo de caso qualitativo e exploratório, a partir do qual se define o trabalho de campo desenvolvido com informações documentais, entrevistas em profundidade e observações participantes que permitem uma maior contextualização desse trabalho de campo. Aborda-se o tratamento político da migração venezuelana, a estrutura normativa migratória atual na Argentina, a produção normativa especialmente dirigida a essas pessoas, assim como alguns dos traços sociodemográficos distintivos da população venezuelana.

Em relação ao acesso à saúde, descrevemos o sistema sanitário argentino, as demandas e a percepção que as pessoas migrantes venezuelanas têm do atendimento nos serviços de saúde da CABA. Ao longo do estudo, identificamos que a precariedade laboral tem um duplo impacto nesta população; primeiro, pelos baixos salários e a pouca disponibilidade de tempo que dificultam o cuidado com a saúde. Segundo, porque desencadeia novas patologias que impactam na demanda por serviços como traumatologia e psicologia. O material empírico coletado permite reconhecer uma tendência de se atender em centros de atenção médica venezuelana. Adverte-se que a interseção entre as expectativas, motivações econômicas para a migração, perfil sociodemográfico e requisitos laborais não se encaixam eficientemente. Isso se torna, entre outros aspectos, uma importante barreira para o acesso à saúde. A pesquisa abrange o período da pandemia de COVID-19 que surgiu. No presente trabalho foi possível reconhecer como a pandemia agravou numerosos problemas. Do ponto de vista teórico, o material empírico analisado sobre as razões que as pessoas entrevistadas alegam como motivos da migração sugere que é possível tensionar certas formas de categorização política do movimento migratório venezuelano.

Palavras-chave: Migração venezuelana – Políticas – Saúde – Acesso – Barreiras

Aurora, luz de mi ama-nacer. Eres la vida.

Alexander, mi yang. A-mort

A mi familia toda, la propia y la extendida, sostén y regalo.

A quienes nunca se van...

Agradecimientos

Este trabajo solo fue posible gracias al apoyo, la guía y la colaboración de muchas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a cerrar exitosamente esta investigación. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han estado presentes en este camino, lleno de desafíos, aprendizajes y crecimiento.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis, la doctora Laura Yufra, cuya lectura acuciosa y mirada atenta, acompañaron a este texto con su invaluable orientación, paciencia y, sobre todo, confianza en mi trabajo. Gracias Laura por tus conocimientos, críticas constructivas, sugerencias y apoyo constante, han sido fundamentales para el desarrollo de esta investigación. Gracias por creer en mí, aceptar este desafío, guiarme con sabiduría y construir puentes en cada etapa del proceso. Agradezco profundamente los espacios que has abierto.

A mis colegas Carlos Minchala, Imelda González y Bárbara Estanislau, gracias por su compañerismo, colaboración y por hacer que este viaje fuera más llevadero.

A mis amigas queridas, Sonia, Eleonora, Yoli y Janis, gracias por estar en los momentos de estrés. Sus palabras de aliento, risas y compañía han sido un bálsamo en los momentos más difíciles.

Agradezco a mi madrina Tibisay, por haberme sostenido de tantas formas. Gracias por dedicar tu tiempo y pericia. Siempre enriqueces mi vida.

Quiero agradecer a mi familia toda. Gracias Maya y Rodig, son mi equipo y motor. Especialmente agradezco a mi mamá Aurora, por su amor incondicional y por saber disculpar mis ausencias. Ustedes han sido mi pilar en los momentos de duda y mi motivación para reencontrar todos los sentidos. Este logro es también suyo.

El más especial de los agradecimientos es para Alexander, no solo porque tuvo que lidiar con una compañera ensimismada. Sino porque vino a equilibrar las energías. Eres la confianza, la fuerza y la bondad. Gracias por siempre poner tu grano de arena y colocar a mi disposición todas tus

herramientas, técnicas y humanas. Habitas todos los espacios con un amor inconmensurable. Mi vida es esplendida a tu lado.

Finalmente, agradezco a todas las personas que me ofrecieron sus testimonios y me permitieron nuevas posibilidades de encuentros, cuando fue necesario compilar información para esta tesis. Sin su ayuda, este trabajo no habría sido posible. Espero que sus proyectos de vida aquí, allá o en cualquier lugar, sean siempre fructíferos y tranquilos. De ustedes aprendí que, pertenecer es algo más allá del espacio.

Este doctorado ha sido una de las experiencias más desafiantes y enriquecedoras de mi vida. Estoy profundamente agradecida con todos aquellos que han formado parte de este viaje.

Ciudad de Buenos Aires, Febrero 2025.

Indice general

Resumen.....	ii
Abstract	iii
Resumo.....	iv
Agradecimientos	vii
Indice de cuadros.....	xii
Indice de Gráficos	xiii
Introducción	1
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Hipótesis orientadora	11
Estructura de la investigación y resumen de los capítulos.....	12
Primera Parte: Las herramientas teóricas	12
Segunda Parte: El abordaje empírico	14
PRIMERA PARTE	16
CAPITULO I. Conceptos para comprender el acceso en salud de las personas migrantes venezolanas en Argentina	17
1.1 Las movilidades y el proceso migratorio como fenómeno de estudio	17
1.2 Desentrañando la protección social migratoria	21
1.3 Clasificaciones y acceso a la protección social	32
1.3.1 Movilidad con niveles de formación medios y altos	33
1.3.2 ¿Crisis migratoria o migración en contexto de crisis?.....	34
1.3.3 Regularidad migratoria establecida por el MERCOSUR	39
CAPITULO II. Salud y migración intersecciones en disputa	42
2.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	43
2.2 Desigualdades en el acceso a la salud (DS).....	45
2.3 Barreras en salud	51

2.4 Modelo de análisis del sistema sanitario	53
CAPITULO III. Una estrategia cualitativa para analizar el acceso en salud de la migración venezolana.....	58
3.1 El diseño y la estrategia metodológica	60
3.2 Recolección: fuentes y técnicas.....	62
CAPITULO IV. El contexto de la migración venezolana: origen, tratamiento y respuestas	84
4.1 Nuestro caso de estudio	84
4.2 Tratamiento de la migración venezolana en la CABA	92
4.2.1 La transformación histórica de la emigración y de las condiciones para la salida: el origen	94
4.2.2 Declaración de la crisis: desafíos del concepto más allá del caos	107
4.3 La prerrogativa argentina hacia la población venezolana	110
SEGUNDA PARTE.....	115
Capítulo V. Trayectoria y características sociodemográficas de la población venezolana en Argentina	116
5.1 Perfil sociodemográfico: edad, sexo, nivel formativo e inserción laboral.....	117
5.2 Motivaciones, rutas y aspectos de la llegada en Argentina	126
5.3 Condiciones y dificultades para la radicación en Argentina	141
5.4 Aspectos de la inserción laboral en Argentina.....	148
5.5 Valoración del proceso migratorio.....	153
Capítulo VI. El sistema de salud: demandas, barreras y estrategias de la población venezolana	158
6.1 La política en salud desde el contexto nacional	160
6.2 La gestión del sistema sanitario: recursos, cobertura y acceso	165
6.3 Las demandas en salud de la población venezolana.....	181

6.3.1 Tendencias en la demanda de la población venezolana	181
6.3.2 Caracterización del estado de salud: principales patologías y servicios demandados	187
6.3.3 Percepción sobre la atención en salud	195
6.3.4 Barreras en el acceso.....	201
6.3.5 Estrategias desplegadas para superar barreras en el acceso.....	207
CAPITULO VII. Pandemia de desigualdades	213
7.1 Gestión de la política en salud argentina	215
7.2 Impacto sobre la población migrante	219
7.3 Experiencias de la población venezolana en pandemia.....	223
Reflexiones finales	236
Bibliografía	248
Referencias bibliográficas: Introducción.....	248
Referencias bibliográficas: I Parte	253
Referencias bibliográficas: II Parte.....	273

Índice de cuadros

Cuadro N°1. Categorías analíticas relacionadas con el origen de la migración.....	65
Cuadro N°2. Documentos analizados de la normativa argentina implementados hacia la población venezolana	67
Cuadro N°3. Relevamiento de las rondas estadísticas.	69
Cuadro N°4. Variables relacionadas con el acceso en salud	70
Cuadro N°5. Listado de informantes clave	77
Cuadro N°6. Guion de la entrevista	79
Cuadro N°7. Factores para caracterizar la demanda en salud de la población migrante venezolana en la CABA.....	82
Cuadro N°8. Stock de migrantes internacionales en América Latina (2010-2015)	99
Cuadro N°9. Etapas de la migración venezolana: hitos temporales y factores detonante	103
Cuadro N°10. Principales normativas y requisitos	106
Cuadro N°11. Medidas implementadas por los gobiernos.....	107
Cuadro N°12. Medidas implementadas por Argentina	110
Cuadro N°13. Mecanismos implementados hacia la población venezolana	112
Cuadro N°14. Perfil profesional de la población venezolana en Argentina (2019).....	122
Cuadro N°15. Gasto de salud entre el 2017 y el 2020	167
Cuadro N°16. Cobertura de salud por edad/quintiles	174
Cuadro N°17. Necesidades expresadas y servicios solicitados por las personas venezolanas en la CABA	194
Cuadro N°18. Principales barreras percibidas en la atención	205
Cuadro N°19. Principales diferencias establecidas en los relatos entre la atención médica argentina/atención médica venezolana.....	206
Cuadro N°20. Necesidades en salud y barreras identificadas	233

Índice de Gráficos

Gráfico N°1. Modelo de análisis.....	55
Gráfico N°2. Ejes orientadores	94
Gráfico N°3. Las rutas del movimiento venezolano en Latinoamérica	117
Gráfico N°4. Personas venezolanas en Argentina. 2015- 2022	118
Gráfico N°5. Población venezolana en Argentina según el género	119
Gráfico N°6. Población venezolana en Argentina según la edad.....	119
Gráfico N°7. Nivel formativo de la población venezolana en Argentina ..	123
Gráfico N°8. Inserción laboral entre 2019-2022.....	124
Gráfico N°9. Cobertura por categoría ocupacional.....	169
Gráfico N°10. Cobertura de salud por provincia	173
Gráfico N°11. Porcentaje en cobertura de salud según sexo.....	175
Gráfico N°12. Población extranjera en CABA por rango de edad.....	176
Gráfico N°13. Población extranjera en CABA por sexo.....	176
Gráfico N°14. Población extranjera en CABA, por sexo y dependencia del sistema público.....	177
Gráfico N°15. Población extranjera en CABA, por sexo, dependencia pública y comuna	178
Gráfico N°16. Población venezolana en CABA por sexo y comuna	179

Introducción

En el presente trabajo nos proponemos analizar el acceso a la salud de las personas migrantes venezolanas en la CABA, además de las barreras para dicho acceso debido a una serie de aspectos que iremos desglosando a lo largo del texto. Temporalmente abarca desde el año 2015 hasta el 2022 e incluye los años atravesados por la pandemia del COVID-19.

El estudio de caso se manifestó como la herramienta más pertinente, atendiendo a los recursos con los que contamos para el abordaje de un tema tan complejo como vasto. Nuestro estudio se articula, pues, con las discusiones sobre las migraciones internacionales en, desde y hacia Latinoamérica, siendo el caso venezolano uno de considerable relevancia, así como también con los trabajos sobre las protecciones sociales en contextos neoliberales, en particular, con relación a la atención sanitaria.

Específicamente, nuestra investigación busca contribuir a la reflexión sobre las condiciones de desigualdad y las vulnerabilidades que el proceso migratorio genera y, además, de manera concreta sobre la salud de las personas que migran. El análisis lo enmarcamos en la interseccionalidad con otros factores (clase social, edad, formas de inserción laboral, entre otras) y en articulación con las características de la oferta de salud en los contextos de recepción. Reconocemos las particularidades en cuanto al alcance de la política en salud, su gestión, organización, fortalezas y debilidades, así como las formas en que dicha política se instrumentaliza en el nivel asistencial.

A partir del trabajo documental y empírico llevado a cabo, es posible aportar a la discusión teórica y conducir a futuras preguntas de indagación en torno a cuáles serían las formas más pertinentes de protección social para las personas en movimiento, cómo favorecer la universalidad de dicha protección y cómo traducirla en respuestas políticas institucionales de cara a evitar la vulnerabilidad mencionada.

Dicho lo anterior, este estudio se inscribe en las siguientes discusiones que atraviesan diversos campos de investigación:

- **Los estudios migratorios:** correspondiente con las nuevas

dinámicas migratorias que modificaron la geografía de la movilidad en Suramérica, con tendencia intrarregional.

- **Las formas de protección social al migrante:** que retoma la discusión sobre el Estado de Bienestar, sus formas de organización, los programas y prácticas, tomando el caso del acceso a la salud pública de la migración venezolana en la CABA.
- **La intersección entre migración y salud:** dentro de la discusión sobre la protección social al migrante, buscamos responder cuándo la condición migratoria, la clase social, la inserción laboral o las características del sistema sanitario impiden el acceso a la salud en términos de igualdad. Desde este campo, analizamos cómo operan dichas barreras con aspectos culturales, al momento de exponer las respuestas implementadas por la población venezolana para el acceso efectivo.

Abordando la migración venezolana y el acceso a la salud en CABA:

Como es sabido, la migración internacional está estrechamente vinculada a importantes procesos y cambios económicos, políticos, sociales y culturales, relacionados con el aumento de las desigualdades económicas y las intolerancias políticas (Bauman, 2007). Asimismo, los Estados receptores de personas migrantes se enfrentan con la disyuntiva entre el respeto de los derechos humanos y la restricción de la movilidad en nombre de la seguridad nacional y sus recursos. Esta tensión se inscribe en un claro contexto de capitalismo globalizado, que produce enormes desigualdades y con diversas demandas sociales nunca plenamente satisfechas.

América Latina no está exenta de este fenómeno global y hoy abandonó su rol de continente receptor de migraciones europeas, como lo fue hasta principios de siglo pasado, para adquirir un perfil expulsor de personas (Herrera, 2017). Además, el continente es escenario de migraciones en tránsito y de países del mismo continente, que abogan por mejorar sus condiciones de vida entre los numerosos motivos de los desplazamientos. Este fenómeno pone en jaque a las débiles democracias, con economías cada vez más restrictivas, que se hacen eco de las tendencias globales del tratamiento migratorio promoviendo una creciente securitización de las

fronteras (Brumat y Espinoza, 2017; Novick, 2018; Brumat, 2019; Álvarez, 2021).

En el marco de estas disyuntivas y del nuevo mapa intrarregional latinoamericano, se suscribe el giro migratorio venezolano (Koechlin y Eguren, 2018; Stefoni, 2018). Venezuela pasó a convertirse en un país emisor de personas con un movimiento vinculado al deterioro de las condiciones socioeconómicas de dicho país y con la presencia, al menos inicial, de perfiles profesionales y preferentemente marcados por la edad, económicamente activa (Pedone, 2021).

Así pues, la migración intrarregional venezolana en América Latina hoy está claramente consolidada, con la irrupción de un nuevo escenario migratorio que suma a más de siete millones de personas venezolanas que salieron de su país. Para el año 2022, de los 7.10 millones de personas migrantes venezolanas fuera de su país de origen, 5.96 millones, correspondientes a un 84.9%, se radicó en la región latinoamericana (OIM, 2022). En un primer momento con alta presencia en los países limítrofes (ACNUR, 2019).

En este sentido, la migración venezolana nos remite a los esquemas migratorios actuales y a las transformaciones políticas, económicas y sociales a partir de las cuales se han creado nuevas geografías de movilidad donde países como Argentina, Chile, Ecuador, Perú, Brasil y Colombia se transformaron en destinos para esta población que cobró un carácter cada vez más intrarregional (OIM, 2022).

El crecimiento registrado en la región incluye a los movimientos migratorios al momento de la pandemia de COVID-19. Esto quiere decir que, a pesar del cierre de fronteras a nivel mundial acontecido como medida sanitaria para atenuar la difusión del virus, las personas venezolanas continuaron desplazándose. En este momento, además, se profundizaron las desigualdades de todo tipo y se pusieron de relieve las vulnerabilidades preexistentes en las personas migrantes (OECD, 2020; Zapata y Prieto, 2020; Herrera, 2021; Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022; Barria y Baeza, 2023). Así pues, el colectivo migrante se vio más afectado debido a la

precariedad laboral, la falta de acceso a servicios de salud o protección social, lo que agravó su situación de vulnerabilidad.

Adicionalmente, en dicho contexto pandémico se exacerbó la noción de amenaza de las personas migrantes (Hernández y Ramos, 2021; Herrera, 2021) por ser vistas como potenciales difusores del virus (Yufra, 2021). Esta idea nos permite poner foco en los diferentes niveles de acceso y en las barreras que encuentran las personas migrantes al momento de la crisis sanitaria, teniendo a la salud como eje central. Es decir, el acontecimiento pandémico reforzó tendencias excluyentes, preexistentes, otorgándoles una nueva intensidad.

Mientras la idea de amenaza se potencia, la noción de crisis migratoria también. Como es analizado, la migración es vista como un riesgo para la integridad del Estado-Nación y para las identidades nacionales (Margulis, 1998; Benencia, 2010; López, 2012; Zorzoli, 2015; Gallo, 2014). Ahora bien, en el contexto mencionado la idea de amenaza se vincula, no sólo por la excepcionalidad de la situación del COVID-19, sino por el peligro para los sistemas sociales (Gandini, Prieto y Lozano, 2019).

En líneas generales, el escenario pandémico reveló el debilitamiento de la protección estatal, el colapso de los sistemas sanitarios y la fractura del cuidado estatal (Butler, 2020). Entonces, si ya existía la preocupación en torno al acceso de los derechos sociales por parte las personas migrantes, en el marco de la preocupación por la incorporación en los sistemas de protección social, la pandemia puso de relieve la urgencia de su tratamiento.

Por su parte, el caso de la migración venezolana propone el debate teórico y político sobre el estatuto de las nuevas migraciones con carácter intrarregional, que son entendidas con categorías tales como “migraciones temporales”, “de clase media”, “forzadas”, “de retorno” entre países del sur. Dichas categorías, paralelamente, producen formas de intervención sociopolítica. En el caso específico de estudio, existen al menos dos características recurrentes en los análisis sobre la migración venezolana en la región y en Argentina.

La primera tiene que ver con los relevamientos académicos (Cerruti y Parrado, 2015; Pedone y Mallimaci, 2019) que la califican con un perfil cualificado, vinculado con la clase media y profesional venezolana. Caracterización que responde, como analizamos, a una temporalidad específica del movimiento migratorio. En segundo lugar, resalta la connotación política que tomó este tema en la región, con el inherente protagonismo de los distintos organismos internacionales, coordinados para el monitoreo, financiamiento y asistencia humanitaria de este flujo.

Para sumar desde otra mirada y en contraste con la idea de migración forzada o crisis humanitaria, este estudio asume la categorización de migración en contexto de crisis, entendida como una respuesta que amalgama distintos factores sociales, políticos, económicos y ambientales que, aunque puede ser provocada por un evento extremo, las causas son anteriores (Gandini, Prieto y Lozano, 2019). Dichas causas pertenecen a un orden de desigualdad complejo que trasciende lo coyuntural y, reconfigura el grado de vulnerabilidad durante el trayecto migratorio.

Además de lo dicho, en el abordaje de nuestro trabajo es preciso atender a las medidas adoptadas por el Estado argentino para encarar el tema su inserción laboral (OIM, 2019; Sala, 2019; Mercer, 2019). Para ello, resulta fundamental entender que, más allá del dilema de los Estados de bienestar, que radica en sustentar sus recursos en un contexto de gran inflación y tendencias mercantilizadoras de la salud, en el plano de las políticas, el debate sobre la protección social de la migración venezolana en Argentina se transversaliza a partir del enfoque en el acceso efectivo a dicha protección social. Este enfoque se vincula además con la adhesión del país al MERCOSUR y las obligaciones que ello supone, en relación con garantizar recursos, lo cual implica obligaciones en materia de garantizar recursos y derechos a los ciudadanos de los países miembros.

En este orden de ideas y en el campo de los derechos, la salud es reconocida de forma global como un derecho humano universal e inalienable. Además, existe amplia evidencia que demuestra los altos niveles de vulnerabilidad en cuanto a ella, que rodean al fenómeno migratorio (Jelin, 2006; Gottero, 2012; Basualdo, 2017; Cabieses y Oyarte, 2018; Brumatt,

2019; Gavazzo y Penchaszadeh, 2020). De modo que, se abordan las vulnerabilidades en salud de esta población migrante, especialmente aquellas determinadas por los riesgos de un trayecto migratorio permeado por la ir/regularización del movimiento que suma nuevas patologías, vinculadas con una inserción laboral precarizada y con los trabajos que desempeñan. Para el presente análisis se considera también la percepción de la población venezolana en torno al acceso a la salud.

Dicho lo anterior, esta investigación se enmarca, en la dialéctica entre la protección social garantizada por los Estados que varía en cada uno de ellos, apuntalada por distintos actores multilaterales y el acceso efectivo a la salud, que depende de numerosos factores que intentamos establecer. Se ubica en el contexto de un nuevo mapa migratorio suramericano, en el cual algunos países adquirieron perfiles de receptores y otros, se convirtieron en expulsores de nuevos flujos, con demandas hacia las políticas sociales en general, y especialmente de políticas sanitarias.

En este marco, interesa analizar los modos en los que la población migrante venezolana accede a servicios sanitarios en la CABA, en tanto se trata de un componente esencial de los derechos fundamentales de quienes migran. Hacemos especial énfasis en las barreras que imponen la clase social (entendida principalmente en relación con el tipo de profesión/ocupación adquirida en origen) y la condición laboral para el acceso efectivo en salud.

Asimismo, se examinan las respuestas de organización o resolución implementadas por estas personas migrantes como estrategias para saltar dichos obstáculos, en el marco de una tensión entre las condiciones sociales y las desigualdades agudizadas por la pandemia del COVID-19.

De manera particular, importa abordar la salud ya que otros ámbitos de protección social como el trabajo y la educación han sido los más explorados. Es decir, el acceso a la salud representa un espacio teórico por ahondar, permitiéndonos analizar empíricamente cómo se efectiviza este derecho en la población migrante. Para ello, resulta esencial combinar investigaciones que integren la percepción y respuestas que tienen las

personas venezolanas frente al sistema de salud, con el fin de tener una visión amplia y detallada sobre cómo es su acceso efectivo a este derecho.

Dentro de dicho marco de discusión, este enfoque de abordaje no es novedoso para América Latina (OIM, 2019; Mercer, 2019; Sala, 2019); sin embargo, el espacio de vacancia está definido por el objeto o fenómeno de estudio, el acceso de la migración a la salud pública en la CABA observada a partir de la migración venezolana. Primero, porque Argentina representaba uno de los destinos lejanos y menos frecuentes para la emigración venezolana que tuvo un primer énfasis fronterizo, mayoritariamente en Colombia y en menor medida en Brasil. Hoy en día atrapa la atención para el análisis de esta población migrante que cada vez mira más hacia el sur (R4V, 2021).

Además, Argentina posee una Ley de Migraciones¹ con perspectiva de derechos humanos para garantizar el acceso igualitario a los servicios sociales. En estos términos, el acceso está garantizado por el marco normativo y porque la cobertura de algunos servicios, como la salud, es universal y gratuito. También resulta interesante, que durante los primeros años del siglo XXI Argentina y Venezuela compartieron su perfil receptor, es decir, a principios del nuevo siglo, estos países presentaron la mayor atracción migratoria registrada en la región (Martínez y Vono, 2005; Herrera, 2017).

Por su parte, la periodización de este trabajo responde a un factor de relevancia para la configuración de nuestro objeto de estudio. La movilidad venezolana inicialmente se dirigió hacia países cercanos. Luego del 2015, cuando los controles fronterizos se hicieron más restrictivos este flujo se extendió hacia nuevos destinos en el Cono Sur², como Argentina (Koechlin y Eguren, 2018). De este contexto se desprende la elección sobre la periodización a la que se aboca este trabajo.

¹Ley de Migraciones N° 25.871 se puede consultar en el siguiente enlace:

www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/campana_grafica/pdf/Libro_Ley_25.871.pdf.

Al momento de escritura de esta tesis, desde instancias gubernamentales, se ha sugerido la posibilidad de cambiar la citada ley, en un sentido restrictivo.

² Es preciso señalar que, al igual países de Cono Sur como Argentina, Chile y Uruguay, previamente fueron expulsores de población que recibió Venezuela debido a las dictaduras militares padecidas en el continente (Martínez y Vono, 2005).

El período estudiado inicia atendiendo al giro de carácter intrarregional y suramericano que tomó el movimiento, comprende el año en el que se incrementó la presencia de personas venezolanas en Argentina. Abarca la pandemia causada por el COVID-19, así como las medidas sanitarias de aislamiento y distanciamiento definidas por el gobierno argentino durante 2020. Dada la densidad temática que supuso esa situación se decidió abarcar sólo hasta el año 2022.

En general, nuestro enfoque coincide en que la pandemia exacerbó condiciones preexistentes y puso en evidencia la debilidad del sistema de protección social (Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022; Barria y Baeza; 2023). Igualmente, sostiene que, aunque la situación de vulnerabilidad varía según las características de cada movimiento, las personas migrantes están entre las poblaciones más afectadas en términos de acceso a la seguridad social y a la salud.

Lo anterior quiere decir que, si bien la coyuntura pandémica presentó un marco específico para el análisis, sostenemos que los principales desafíos son estructurales y se relacionan con el acceso a la protección social y las condiciones de origen específicas que determinan que dicho acceso sea diferencial. Además, algunas de las caracterizaciones de este grupo indican que se trata de un movimiento de clase media, considerado una migración cualificada cuya condición pudiera reconfigurar las demandas de inclusión subyacentes (Cerruti y Parrado, 2015; Pedone y Mallimaci, 2019; Pedone, 2021). Dentro de las diferenciaciones realizadas a este colectivo, resaltan la activa participación de las asociaciones de venezolanas en Argentina³ y el

³ Nos referimos a los logros expresados por la Asociación Civil “Alianza por Venezuela”, principalmente en el marco del Programa “Bienestar Migrante” que suma las articulaciones entre otras asociaciones venezolanas y la OIM. A través de esta articulación brindan contención psicosocial a las personas migrantes desde el año 2020. Consultar en: <https://alianzaporvenezuela.org/programa-bienestar-migrante/https://alianzaporvenezuela.org/que-hacemos/>.

En el caso de Hola América, es un proyecto sobre innovación social impulsado por 2811 y Ashoka con financiamiento del BID, con el objetivo de fomentar el emprendimiento, apoyo de redes y la empleabilidad de las personas venezolanas en Argentina. Consultar en: <https://holaamerica.org/guia-de-proyectos-que-trabajan-con-la-comunidad-migrante-en-argentina-donde-trabajan-y-que-ofrecen/> y en: <https://www.iadb.org/es/proyecto/RG-T3804>.

respaldo e incentivo que estas reciben por parte de diferentes organismos internacionales⁴.

Otro aporte de la investigación se vincula con la metodología. A diferencia de los estudios etnográficos, de relevamientos cuantitativos o los estudios normativos-institucionales existentes sobre esta migración, se propone un estudio de caso enfocado en la población venezolana radicada en la CABA, a partir de las experiencias en salud, de un grupo igualmente diverso en sus características, pero también en su trayectoria y modo de inserción.

La selección del caso en CABA se fundamenta en que, según los distintos relevamientos y monitoreos estadísticos realizados en el seguimiento de este flujo, casi el 80% de las personas venezolanas migrantes en Argentina, se radica en esta Ciudad (OIM, 2022). De acuerdo con datos censales y reportes oficiales, la CABA tiene más de 3 millones de habitantes, de los cuales el 12 % es población extranjera y aproximadamente el 4% tienen nacionalidad venezolana (EPH, 2021; CENSO, 2022; DNM, 2022; OIM, 2022). El crecimiento demográfico registrado incluye los movimientos migratorios al momento de la pandemia de COVID-19.

⁴ El principal ejemplo de financiamiento ocurre en el 2018 cuando se crea la Plataforma R4V por parte de la OIM y ACNUR, en el marco del El Plan de Respuesta a Refugiados y Migrantes de Venezuela (RMRP). Esta plataforma está conformada por más de 192 organizaciones socias en 17 países de la región e incluye financiamiento de más de 30 donantes del sector privado e institucionales. Ver en:

<https://respuestavenezolanos.iom.int/es/respuesta-regional-la-situacion-de-venezuela>.

Por otro lado, se respalda el relevamiento sobre la población venezolana en Argentina. Por ejemplo, en el año 2022 distintas investigadoras del CONICET presentaron un diagnóstico sobre la inserción social de las personas venezolanas en este país. Dicha investigación fue a pedido y contó con el apoyo de la R4V, OIM, ACNUR, RIOSP-DD, HH y ASOVEN. Consultar noticia en:

<https://www.universidad.com.ar/investigadoras-del-conicet-realizaron-un-informe-sobre-la-situacion-de-la-poblacion-venezolana-en-argentina>.

Por su parte, el Plan de Respuesta definido por OIM y ACNUR para el año 2024, tiene como principal eje a la integración socioeconómica y 2024 y se compone de 187 actividades presentadas por 11 organizaciones socias, con requisitos financieros mayores a 22 millones de dólares. Consultar en:

<https://argentina.iom.int/es/news/acnur-y-oim-junto-mas-de-20-socios-de-la-plataforma-r4v-buscan-fortalecer-la-respuesta-de-proteccion-e-integracion-para-responder-las-necesidades-de-la-poblacion-venezolana>.

Por otro lado, proponemos alejarnos de las conceptualizaciones tradicionales asociadas a las categorías de los éxodos humanitarios, las cuales se fundamentan en cifras y datos que buscan homogenizar el flujo migratorio. Consideramos que estas categorizaciones ofrecen una mirada unísona de la vulnerabilidad en el tránsito de este movimiento en la región.

En nuestro caso, el análisis se centra no solo en la cantidad de personas, sino en un estudio profundo que da lugar a historias y percepciones particulares. Esto permite identificar tendencias en el abordaje de la población migrante y reconocer las diferencias específicas en su trayectoria migratoria, en sus formas de inserción laboral y en el acceso a la salud en el contexto de instalación en la CABA.

Por tales razones de convergencias y diferencias, además tomando en cuenta los últimos avances científicos en la materia, a esta investigación le interesa responder: ¿cuáles son las características de la migración venezolana?; ¿qué particularidades tiene el acceso en la salud pública de las personas venezolanas en la CABA desde 2015 hasta 2022?; ¿cuáles cambios experimentó durante la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19? y ¿qué luces echan las respuestas sobre las capacidades del sistema sanitario para responder demandas diversas?

Específicamente, interesa poner en diálogo la caracterización de esta población y la composición de sus demandas en salud, para determinar si existen condiciones particulares, derivadas del origen de este movimiento, que actúen como barreras culturales, lingüísticas o socioeconómicas para el acceso en salud.

Asimismo, se busca analizar cómo estas condiciones se relacionan con las características del sistema sanitario con el que interactúan. Ante las barreras expresadas, nos interesa identificar las estrategias implementadas por esta población para su acceso efectivo a la atención sanitaria, desde las necesidades expresadas al sistema como demandas de atención, como aquellas iniciativas en las que la propia población venezolana actúa como efector de servicios en el ámbito privado.

Objetivo general

Caracterizar a la población venezolana en CABA, sus demandas en salud, así como también las formas y las modalidades de acceso sanitario entre los años 2015 y 2022.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la migración venezolana a partir del origen del movimiento, el perfil socioeconómico y el lugar de radicación.
2. Examinar la trayectoria de la migración venezolana en cuanto a sus formas de movilidad, su estatus migratorio y las disposiciones que Argentina implementó para facilitar la inserción de esta población.
3. Reconocer las características y formas de organización del sistema sanitario en la CABA, en el marco de la oferta y la demanda en salud de la población migrante venezolana.
4. Mapear los obstáculos, problemas y estrategias empleadas por las personas venezolanas para el acceso al sistema de salud en la CABA.
5. Reconocer la incidencia de la pandemia en las formas y modalidades de acceso a la salud por parte de esta población durante la pandemia del COVID-19.

Hipótesis orientadora

El acceso efectivo a los derechos sociales, como la salud, presenta barreras específicas para la población migrante venezolana en la salud pública en CABA. Está condicionado por los posicionamientos políticos regionales, así como por las valoraciones simbólicas de origen, referidas a los aspectos culturales inherentes, además por criterios como edad, clase social e inserción laboral. El arribo de la pandemia exacerbó las desigualdades preexistentes, entre ellas las formas y modalidades de acceso a la salud.

Estructura de la investigación y resumen de los capítulos

El trabajo se estructura, además de la presente introducción, en siete capítulos y las reflexiones finales. Dichos capítulos están estructurados en dos partes. La primera parte está abocada a la exposición de la perspectiva teórica y metodológica. La segunda se concentra en el abordaje empírico de la tesis. A continuación, presentamos de modo sintético los principales argumentos que incluye el desarrollo de la tesis.

Primera Parte: Las herramientas teóricas

Capítulo I. Marco teórico. Desde lo conceptual, presentamos una revisión sobre el sistema de protección social que los Estados conceden a las personas migrantes, en el marco del proceso migratorio como fenómeno de estudio. Incorporamos el estatus migratorio que inciden en las personas que ingresan al país, quienes, con avatares y cambios, forman parte de los países asociados al MERCOSUR.

Además, existen algunas caracterizaciones realizadas por los organismos internacionales que enmarcan su abordaje político y estatal, de lo cual daremos cuenta. Para abordar la protección social en salud, consideramos el aspecto normativo de las políticas como reconocimiento del derecho, y asumimos la perspectiva sobre las desigualdades y barreras en el acceso al sistema de salud.

Capítulo II. El acceso en salud. Este capítulo presenta el marco de referencia que usamos para comprender las políticas, programas en salud y el acceso a la atención médica por parte de la población migrante en el contexto nacional. De esta manera, exponemos los conceptos que acompañan nuestro análisis, centrándonos en los determinantes sociales y las desigualdades que se convierten en barreras para el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad.

Presentamos el modelo que utilizamos para analizarla política, distribución de recursos y la estructura del sistema sanitario. Dicho modelo nos facilita el análisis del acceso, en términos de oferta de servicios en salud en Argentina y demanda expresada por la población venezolana.

Específicamente lo hacemos desde un enfoque que incorpora aspectos políticos, de gestión y técnicos asistenciales (Tobar, 2015).

Capítulo III. Marco metodológico. Nuestro abordaje se realiza a través de una estrategia metodológica basada en un estudio de caso que incorpora a la población migrante venezolana, como unidad privilegiada para el análisis sobre el acceso a la salud pública en CABA en el período 2015-2022. Este enfoque metodológico busca obtener datos empíricos y específicos que permitan comprender la trayectoria migratoria de la población venezolana y su percepción sobre las barreras o desafíos que enfrentan en el acceso a los servicios de salud en la Ciudad.

La recolección de datos se basa en la entrevista y observación cercana a partir de una triangulación de fuentes que integra al análisis cualitativo, informaciones provenientes de registros institucionales, estadísticas, archivos, cuestionarios, entrevistas y observaciones. Iniciamos con la revisión de fuentes documentales y jurídicas relacionadas con la bibliografía y normativa aplicable a la población venezolana, atendiendo a criterios sobre la regularidad migratoria del MERCOSUR.

Articulamos con datos provenientes de estadísticas oficiales sobre población extranjera en Argentina, publicadas por la DNM, el INDEC, la OIM y ACNUR. Relevamos indicadores que dan cuenta sobre la trayectoria y su impacto en la salud. El tema de salud lo abordamos desde sus tres niveles de análisis: político, gestión y técnico, además a partir de las demandas y percepción sobre la atención sanitaria en la CABA.

Capítulo IV. Marco contextual. A continuación, se describe el contexto histórico en el que surge y se desarrolla el movimiento migratorio venezolano. Presentamos las etapas de la emigración venezolana, marcada por los posicionamientos políticos internacionales a partir de su abordaje como migración forzada, en un primer momento, con un perfil calificado. Describimos el momento en el cual estas categorías toman fuerza, hasta convertirse en banderas del discurso humanitario frente a la idea de crisis migratoria.

Nuestro análisis busca responder a cómo el origen migratorio y la nacionalidad plantean barreras para el acceso a la salud en función de la situación migratoria en su trayecto, cuestión que depende de cada uno de los gobiernos de los países por los que transitan.

Presentamos la idea de que dicho tratamiento contrasta el discurso con la normativa y produce una condición de irregularidad migratoria durante el trayecto de las personas venezolanas hacia Argentina. Consecuentemente, con la promoción de situaciones de desigualdad, vulnerabilidad migratoria y barreras en el acceso a los derechos sociales, específicamente en la salud.

Segunda Parte: El abordaje empírico

Capítulo V. Caracterización del movimiento venezolano. En este capítulo sistematizamos las motivaciones para emprender la migración, las expectativas y las variables que condicionan un ambiente de i-regularización durante el camino recorrido hasta llegar a Argentina. Con las experiencias recabadas en el desarrollo de la investigación, analizamos la trayectoria migratoria del colectivo venezolano hacia Argentina y las estrategias desplegadas para su regularización e inserción laboral, como mecanismos de acceso a otros derechos como la salud.

Avanzamos con una caracterización sociodemográfica de esta población en función del trayecto migratorio, motivaciones de salida y modalidades de inserción en Argentina. Este análisis se enfoca en los procesos de desclasamiento e inserción precaria, que reconfiguran tanto sus condiciones de vida como sus posibilidades de acceso a la salud.

Capítulo VI. El sistema sanitario: demandas, barreras y estrategias de la población venezolana en la CABA. Tomando en cuenta el modelo de análisis propuesto (Tobar, 2019), abordamos el panorama de desigualdades en salud desde un diagnóstico sobre la política, gestión y estructura del sistema sanitario.

Nos apoyamos en datos relevados del Censo 2022, especialmente en indicadores sobre inserción laboral y acceso a la cobertura. Sostenemos que, aunque la salud es un derecho universal garantizado por la normativa, las

condiciones de vida particulares influyen sobre las demandas en salud y son determinantes sociales que impactan en el acceso a los servicios sanitarios.

Con base en los testimonios de las personas venezolanas entrevistadas, caracterizamos sus demandas y mapeamos las diferencias y obstáculos que se identifican como barreras para el acceso en salud. Dentro de los obstáculos, relevamos aquellos inherentes al sistema sanitario, como la falta de información, la limitada oferta de servicios y la focalización de recursos; y también las barreras relacionadas con las condiciones socioeconómicas, laborales y las brechas culturales identificadas en las experiencias de las personas migrantes entrevistadas.

Capítulo VII. El acceso en salud durante el COVID-19. El capítulo se centra en las tensiones del acceso a la salud durante la pandemia del COVID-19. Ante este fenómeno sobrevenido fue ineludible incorporar al análisis las nuevas tensiones surgidas en torno al acceso sanitario, evidenciadas a través de disparidades en salud y de indicadores asociados a la situación pandémica. Estos indicadores se examinan en paralelo con los problemas estructurales vinculados a la protección social y a la infraestructura del sistema de salud pública.

Nuestro relevamiento destaca que, particularmente en el caso de las personas migrantes, la emergencia derivada del COVID-19 acentuó sus vulnerabilidades, debido a las condiciones de trayectorias precarias, indocumentación, retraso de trámites y, los trabajos inestables que constituyeron un proceso migratorio inseguro, con importante deterioro en la salud de las personas migrantes. Luego del presente recorrido finalizamos el trabajo con los aspectos conclusivos que seguramente serán insumos para nuevas investigaciones.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I. Conceptos para comprender el acceso en salud de las personas migrantes venezolanas en Argentina

Con base en una diversidad de corrientes que atienden al proceso migratorio y ofrecen una perspectiva multidimensional sobre migración, salud y protección social de los migrantes, presentamos los ejes, conceptos y categorías que acompañan nuestro estudio, partiendo de la comprensión del propio proceso migratorio.

1.1 Las movilidades y el proceso migratorio como fenómeno de estudio

Las movilidades humanas han sido parte fundamental de la historia, relacionadas con los cambios globales. De allí, el incremento en las investigaciones que, desde el campo académico, han buscado explicar esto que Saskia Sassen (2007) llama “producto social”.

En la actualidad la migración internacional se ha convertido en un tema relevante y complejo que afecta a millones de personas que deciden salir de sus países de origen. Su estudio dentro de las ciencias sociales ha transitado un importante recorrido analítico estrechamente asociado con la globalización económica y los problemas socioeconómicos subyacentes; además con la experiencia estadounidense y europea de la inmigración, consecuentemente, la progresiva securitización fronteriza ante un fenómeno percibido como “peligroso” y “amenazante” (Arango, 2003).

Dentro del escenario de crisis mundial, se incrementaron los desplazamientos masivos y la migración se constituyó como un fenómeno dramático. En este contexto surgieron estudios que pusieron énfasis sobre la gobernanza y las políticas dirigidas a “gestionar” y/o “resolver” dicha problemática. También destacan los temas relacionados con el reconocimiento del derecho a migrar y la protección de los derechos humanos de las personas migrantes (Ceriani, 2012; Novick, 2010; Stefoni, 2018; Domenech, 2017).

Desde el espacio geográfico latinoamericano, se pueden distinguir al menos dos momentos en el debate sobre la migración (Herrera, 2017). El primero tiene su epicentro en las migraciones sur-norte del período 1960-

2010, mismas que profundizaron el carácter emisor del continente. El segundo registra un incremento de los flujos intrarregionales y transcontinentales entre los años 2000 y 2010.

Si bien para Herrera (2017), la diversificación de los patrones migratorios durante el siglo XX en América Latina no se acompañó necesariamente con la evolución de la investigación en este campo; sostiene esta misma autora que, a inicios del siglo XXI resurgió el interés académico en los estudios migratorios en la región ligados, sobre todo, a la diversidad de género y étnica.

En Argentina existe tradición en el estudio de la temática migratoria. Dentro de los innumerables esfuerzos investigativos sobre el tema de la migración, destacan aportes desde los enfoques antropológico, demográfico y normativo; así como también, los debates relacionados con la praxis ciudadana, las trayectorias de personas migrantes, la integración de la inmigración, políticas migratorias y derechos del inmigrante. La mayoría de estos abordajes prestan particular atención en los niños, niñas y adolescentes, así como en las poblaciones de migrantes nacidos en Bolivia, Chile, Paraguay, Perú, Ecuador, Colombia, Corea del Sur, China, y en países de África subsahariana (Novick y otros, 2012; Gottero, 2012; Arias, Castillo y otros, 2012; Pacecca, 2014; Minvielle, 2016; Pérez y Pizarro, 2019; Rodríguez, 2020; González y López, 2022).

Recientemente, junto con una tendencia norte-sur, los estudios académicos han comenzado a enfocarse en los flujos emergentes en la región. Estos incluyen a los desplazamientos intrarregionales desde países como Colombia, Venezuela, Cuba y Haití, y también a migraciones provenientes de Europa, África (como Senegal y Nigeria), y el Medio Oriente, que abarca naciones como Siria, Irán, Irak, Afganistán, Yemen y Palestina (Pedone, 2020). A finales del 2022 distintos medios de comunicación y artículos de opinión hablaban sobre la presencia de “embarazadas rusas que llegan a parir en Argentina”, produciendo una enorme alarma social, y es una muestra patente de la relevancia del debate cruzado entre migración y salud, con posturas académicas y políticas en desarrollo.

En todo caso, los motivos que impulsan la migración pueden ser variados, desde buscar mejores oportunidades económicas y condiciones de vida, escapar de conflictos armados o persecuciones políticas, así como también motivaciones subjetivas. De allí que la migración conlleva desafíos significativos, tanto para las personas migrantes como para las sociedades de acogida. Además, las personas migrantes suelen enfrentar dificultades en materia de empleo, vivienda, acceso a servicios sanitarios y, en muchos casos, discriminación y vulneraciones de sus derechos fundamentales.

Desde este marco, nuestro estudio se centra en la intersección entre salud y migración, reconociendo que el acceso de la población migrante a los servicios de salud está condicionado por diversas barreras que limitan sus posibilidades de atención. Bajo esta premisa, consideramos fundamental analizar los factores propios del sistema de salud al que acceden las personas migrantes, con el objetivo de identificar los detonantes de las desigualdades y evaluar su impacto sobre la población en estudio.

Partimos de la idea de que un sistema de salud, aunque concebido como una respuesta organizada del Estado para satisfacer las necesidades sanitarias mediante programas específicos (Luzuriaga, 2018), también es un término que alude a un conjunto de actores y acciones que abarcan al Estado, la sociedad y lo sanitario (Tobar, 2015).

Por su parte, entendemos como flujos migratorios, “al número de migrantes que entran o salen de un determinado país en un período de tiempo dado, por lo general un año” (OIM, 2019). Asimismo, asumimos el concepto de migrante internacional que alude a cualquier persona que se encuentre fuera de su país de nacimiento o residencia habitual. Este concepto incluye a quienes se trasladan de forma permanente o temporal, regular o con la documentación requerida, y a aquellos que se encuentran en situación irregular (OHCHR, 1950). Con estos conceptos de guía, avanzamos en el análisis de las desigualdades existentes en el acceso a servicios de salud por parte de la población migrante, con atención en las recientes migraciones intrarregionales y especialmente, a la actual migración de personas venezolanas en la CABA.

Si bien nuestra investigación se enfoca en el acceso a la salud, tendremos en cuenta las dinámicas relacionadas con el contexto geopolítico en el que se produce el trayecto migratorio, además de factores como la edad, la clase social e inserción laboral de las personas migrantes venezolanas. Consideramos que todos estos aspectos inciden en las formas de acceso en salud, son condicionantes que producen mayor vulnerabilidad y acentúan las desigualdades en torno a la protección social.

Sobre la protección social es importante tener en cuenta que, el caso del flujo migratorio venezolano se desarrolla en un marco institucional garante de derechos fundamentales, tales como la salud y la educación, conforme a lo establecido por la Ley de Migraciones N° 25.871. Este marco normativo se ve fortalecido por acuerdos regionales que facilitan la regularización migratoria, lo que, en términos prácticos, permite el acceso a derechos reconocidos por el MERCOSUR (Novick, 2010). En Argentina, estos acuerdos aseguran que las personas migrantes provenientes de esta entidad supranacional cuenten con mecanismos que posibiliten su protección social y el ejercicio pleno de sus derechos.

De manera específica, el factor sobre la regularidad migratoria resulta de nuestro interés, debido al condicionamiento que tienen el origen político del movimiento y el estatus migratorio que, es bien sabido, condicionan la inserción sociolaboral y el acceso a la salud por parte de esta población.

Bajo estas premisas, planteamos la discusión sobre la protección social dirigida a las personas migrantes venezolanas, la cual depende, en gran medida, del reconocimiento de Venezuela como parte del MERCOSUR. Este reconocimiento es crucial para garantizar el acceso a la regularidad migratoria y a servicios básicos como atención médica, vivienda, alimentación, educación o empleo.

En general, resulta fundamental comprender el contexto socioeconómico, político y cultural en el que se desarrollan las migraciones para entender los desafíos que enfrentan las personas migrantes en su proceso de integración y acceso a derechos fundamentales.

1.2 Desentrañando la protección social migratoria

En relación con la protección social de las personas migrantes es preciso partir del planteo que sostiene que la única forma de poder abordar, describir e interpretar el fenómeno migratorio es a través de las categorías del pensamiento de Estado, entonces pensar la inmigración es pensar el Estado y es el Estado el que se piensa a sí mismo pensando la inmigración (Sayad, 1999). Dicho esto, nuestro estudio discute cómo las políticas estatales y las estructuras de poder, influyen en las experiencias de las personas migrantes.

Así pues, según la definición estatal de extranjero, es decir quien “no” es nacional, hace que tenga una incidencia, además, en las formas de acceso a la protección social. Es por lo que, aplicar este marco teórico a nuestro análisis sobre la protección social del inmigrante resalta la vulnerabilidad inherente de esta población, derivada de su posición intermedia y excluida de la membresía estatal-nacional. De esta manera, la condición de no pertenencia, de la forma que los estados nación modernos implementaron, afecta los modos de inserción a la protección social, ya que estas personas pueden enfrentarse a barreras legales, económicas y culturales que limitan su acceso a los servicios sociales, como a la atención médica, la educación y el empleo en el país de destino.

En este sentido, el enfoque de Sayad ofrece herramientas analíticas valiosas para comprender las dinámicas de integración, exclusión, además permite retomar el rol del Estado, las políticas de inmigración y responder a cómo la protección social de la población migrante se ve afectada por diversos factores estructurales y socioculturales.

Al retomar el rol del Estado, consideramos que las políticas implementadas reflejan las acciones e inacciones estatales, las cuales evidencian el dilema sobre qué aspectos atender y cuáles no. Este proceso, como señala Cubillos (2017), reproduce o transforma las dinámicas de exclusión. Desde esta perspectiva, incorporamos el análisis de las políticas de salud para interpelar la protección social como una garantía estatal. Asimismo, sostenemos que la protección social de las personas migrantes está

intrínsecamente vinculada con las políticas migratorias, la legislación laboral y las normativas sociales del país de acogida.

Siguiendo a Cubillos (2017), abordamos las políticas estatales desde el contenido normativo que las rige y a partir de allí, analizamos si responden a posturas y a escenarios sociales plurales. Este enfoque teórico nos permite identificar el rol estructurante, productivo y crucial del Estado en términos de reconocimiento, protección y acceso a los derechos.

En el contexto de protección social orientado a atenuar las desigualdades, Fraser (2003) sostiene que el reconocimiento, la redistribución y la participación son elementos fundamentales de las políticas públicas inclusivas dirigidas a sectores históricamente excluidos. Según esta autora, la principal paradoja de la justicia social radica en la tensión entre las medidas destinadas a la redistribución económica y aquellas orientadas al reconocimiento.

El enfoque de Fraser (2003) resalta la complejidad de diseñar políticas que, al mismo tiempo, promuevan la equidad económica y respeten las identidades o particularidades culturales de los grupos excluidos, sin generar nuevas formas de exclusión o marginación. Para Fraser, la paradoja entre redistribución económica y reconocimiento no ha encontrado una solución normativa definitiva, lo que genera un conflicto de legitimidad que da lugar a las luchas emprendidas por las minorías discriminadas. Este enfoque resulta especialmente relevante para analizar el acceso a los derechos y desigualdades que afectan a las personas migrantes, ya que su modelo de "triple R": reconocimiento, redistribución y representación, proporciona un marco teórico integral.

El concepto de reconocimiento aborda la visibilidad y el respeto a la diversidad cultural, las identidades y las diferencias dentro de una sociedad. Por el contrario, la falta de reconocimiento o el reconocimiento distorsionado se manifiestan en formas de discriminación, estigmatización y desvalorización de ciertas culturas, prácticas o idiomas (Fraser, 2003). Para nuestro caso de estudio, esta dimensión contempla los aspectos e identidad cultural, costumbres, y contribuciones dentro de la sociedad destino, como

estrategia de resistencia o como mecanismo de promoción al respeto por las diferencias, además para el acceso a los recursos sociales.

En términos de redistribución, Fraser también argumenta que para entender la desigualdad social es necesario considerar las injusticias económicas y la mala distribución de los recursos. En nuestro contexto de estudio, esta idea se refiere tanto a la distribución de recursos en salud como a oportunidades económicas particulares que afectan el acceso a servicios de salud, educación, y vivienda. Es decir, la dimensión de redistribución discute sobre las condiciones necesarias para el acceso por parte de las personas migrantes, en cuanto a los recursos esenciales en condiciones de igualdad en la sociedad de destino.

La representación implica contar con voz pública y política, con la cual los grupos tienen participación en los procesos políticos y en las decisiones que afectan sus vidas. Si bien no forma parte de un objetivo directo en nuestra investigación, resulta interesante para futuras líneas de estudio relacionadas con la representación política y participación de las personas migrantes en cuanto a organización, militancia y participación en instancias políticas o partidarias vidas en las comunidades receptoras.

En líneas generales, con este enfoque Fraser destaca las interconexiones entre reconocimiento, redistribución y representación como ejes fundamentales para combatir las desigualdades estructurales; en ese sentido, nos permite analizar las experiencias de acceso, en función de las características del sistema al cual acceden y de aspectos como la identidad, los aportes culturales o con los desafíos vinculados a la inserción social, económica y política de las personas migrantes.

Para Thayer y Durán (2015) que basan su estudio en la teoría del reconocimiento expuesta por Honneth (2010), el reconocimiento se da en un contexto permeado por relaciones de poder entre sujetos culturalmente diferenciados. De esta diferenciación deviene el origen de la desigualdad de oportunidades y la principal causa de la exclusión social, la privación de derechos y la lucha por el reconocimiento (Honneth, 2010). De estos autores, tomamos la idea de que las luchas por el reconocimiento tienen lugar en un

mundo de desigualdades materiales con diferente impacto sobre los distintos colectivos.

Desde el punto de vista de Thayer y Durán, la desigualdad se expresa en el recorte de derechos que incluyen el acceso al trabajo asalariado, la educación y la asistencia sanitaria, de los cuales devienen los altos niveles de vulnerabilidad que permean al fenómeno migratorio. Según este criterio, el acceso a la protección social lo podemos analizar desde el aspecto normativo de las políticas; esto es, a partir de su cuestionamiento en términos de reconocimiento (a la diversidad) y también desde el aspecto material, es decir, a partir del acceso desigual a los recursos y derechos por parte de las minorías no beneficiadas.

Estas visiones lejos de ocupar espacios analíticos opuestos se imbrican en la medida en que están institucionalizadas en un Estado que crea el medio legal y regulatorio para el desarrollo de las estrategias sociales; al mismo tiempo, rompe con un núcleo común de protección en el que la población migrante se ubica como uno de los grupos más sensibles (García y Nejamkis, 2018). Sirve este contexto teórico para dar cuenta de procesos como la discriminación y las desigualdades que redundan en brechas u obstáculos para el acceso a los derechos.

De manera simultánea, la falta de reconocimiento y el recorte de derechos son condiciones que tienen mayor afectación en los sectores menos favorecidos. Además, el impacto que tienen dichas formas de desprotección suele manifestarse en la salud de las personas migrantes con importantes “consecuencias en las expectativas de vida y las tasas de enfermedad y mortalidad” (Fraser, 2003). En el contexto argentino, los indicadores de enfermedad y mortalidad reflejan profundas desigualdades estructurales que amplían las brechas en el acceso a la salud, particularmente en relación con las políticas públicas de salud.

En Argentina, las desigualdades se ven exacerbadas porque los planes nacionales epidemiológicos no siempre incorporan las especificidades y necesidades de las poblaciones migrantes. De hecho, aunque las políticas de salud han intentado adaptarse a los cambios demográficos y al crecimiento de

la población migrante, especialmente aquella proveniente de países limítrofes, las personas migrantes frecuentemente quedan al margen de los programas preventivos y de atención primaria, lo que perpetúa su vulnerabilidad en el acceso a servicios esenciales (Gottero, 2012). Bajo esta postura entendemos que, si bien existe un sistema de salud basado en el acceso universal, subyacen barreras como las burocráticas, la falta de documentación y las diferencias culturales, que limitan el acceso efectivo de las personas migrantes a los servicios sanitarios y/o generan una atención desigual.

De esta manera, el enfoque intercultural en salud propuesto por Finkelstein (2017) adquiere relevancia al destacar la necesidad de atender las heterogeneidades culturales asociadas a las migraciones y al desempeño tanto de instituciones como de profesionales de la salud. Este enfoque retoma la discusión sobre el reconocimiento propuesto por Fraser (2003) e interroga las prácticas sanitarias del sistema público argentino, examinando cómo las personas migrantes son percibidas desde el ámbito sanitario.

Acorde con la perspectiva del reconocimiento, la percepción de los migrantes como "predadores" o como "portadores de otra cultura" (Finkelstein, 2017), representa un obstáculo para el acceso a la salud, refuerza dinámicas de exclusión e invalida las identidades culturales y necesidades específicas. Esta desvalorización impacta en la capacidad del sistema de salud para ofrecer una atención equitativa e inclusiva, perpetuando desigualdades estructurales.

De allí que nos resulte pertinente que, para analizar la inclusión, el acceso, la eficacia y la calidad de la atención, se requiere adoptar un enfoque intercultural en salud para comprender las dinámicas entre la salud y las migraciones.

Asimismo, se precisa tener en cuenta que, al hablar de interculturalidad, es crucial advertir sobre el riesgo de que, en ciertos contextos sociohistóricos, los usuarios percibidos como "otros", es decir, pertenecientes a minorías, portadores de diferencias culturales, de género, etnicidad, entre otros, se enfrenten a formas de inclusión subordinada. Estas

dinámicas pueden manifestarse a través de políticas asimilacionistas que buscan adaptar a las minorías a las normas y valores de culturas hegemónicas, en lugar de reconocer y respetar sus particularidades culturales (Baeza, García, Barría y Oviedo, 2024; Finkelstein, 2017).

Es así como el modelo de la asimilación también opera en los análisis sobre la migración. Dicho modelo alude a un modo de integración basado en la uniformidad cultural en el cual quienes son considerados pertenecientes a una cultura minoritaria adoptan los valores, las normas e identidad de la cultura considerada mayoritaria, abandonando las propias. Bajo este paradigma, a menudo para las sociedades que se conciben vinculadas con una única cultura nacional, las minorías les representan una irritación (Beniscelli, Riedemann, Stang, 2019). De tal modo que, este concepto se basa en la ideología de sociedad homogénea como meta.

La política asimilacionista, es aquella que adopta un país cuando busca que las minorías abandonen su cultura de origen para integrarse a la sociedad dominante o receptora. Este enfoque parte de la presunción de que la asimilación cultural es el camino hacia la inclusión plena, permitiendo que las personas asimiladas sean reconocidas como "ciudadanos con plenos derechos" (Giménez y Malgesini, 2000). Sin embargo, esta perspectiva tiende a invisibilizar las identidades y particularidades culturales.

En términos de lo que plantea Sayad, estaríamos hablando de un proceso unilateral de integración, en el cual la cultura dominante ejerce presión sobre las personas migrantes para que asuman sus normas y valores. De este modo, la integración de la población migrante es un proceso que suele estar acompañado de tensiones y conflictos entre la cultura de origen y la cultura receptor.

Para Nicolao, Debandi y Penchaszadeh (2022), la integración se plantea en función de prácticas que los Estados llevan a cabo para determinar la modalidad de incorporación, las características de los colectivos migrantes, sumado al tipo de relaciones que desarrollan con las instituciones y con la sociedad receptora. Según esta postura analítica, las particularidades de un colectivo de migrantes se traducen en formas de integración específicas. Es

decir, se trata de un fenómeno multifacético que involucra aspectos sociales, económicos, culturales y políticos. Por ejemplo, quienes no hablan español pueden enfrentar barreras en la comunicación, el acceso a empleos y a los servicios.

Por su parte, Gil y Yufra (2018) interpelan el concepto de integración, argumentando que retrotrae a los debates políticos eurocéntricos, en los que se vincula a la migración con la pérdida de la identidad nacional y desde donde se desprenden diatribas relacionadas con la inserción de la migración en el contexto europeo. Estas autoras sostienen que los términos integración, inserción, incorporación y acomodación, suelen usarse como sinónimos, aunque en realidad la integración en el campo de la inmigración toma sentido de nociones como adaptación y asimilación provenientes de la idea de Nación de los siglos XIX y XX y de los instrumentos de domesticación e inclusión social que buscan crear una sociedad distintiva, unificada y cohesionada.

La anterior postura cuestiona los mecanismos homogeneizadores, que pretenden “crear que el Estado puede reconstruir la Nación obviando la diversidad social y cultural” (Gil y Yufra, 2018). De manera crítica, este planteamiento expone la idea de asimilación del migrante, que subyace también en las nociones de integración, referida al proceso en el que las personas migrantes deben adoptar cultural, socialmente y lo mismo sucede en relación con la incorporación económica, al lugar asignado por la sociedad de acogida. En este sentido, las personas migrantes cambian su forma de vida, costumbres, valores y comportamientos para adaptarse al nuevo entorno y a la cultura dominante del país receptor.

Con base en la teoría anti asimilacionista del pluralismo cultural, nuestro análisis comparte el enfoque del multiculturalismo, cuyos principios básicos son:

“el respeto y la asunción de todas las culturas, el derecho a la diferencia y la organización de la sociedad de tal forma que exista igualdad de oportunidades, trato y posibilidades reales de participación en la vida pública y social para todas las personas y

grupos con independencia de su identidad cultural, etnoracial, religiosa o lingüística” (Giménez y Malgesini, 2000).

Si bien es una discusión más amplia que contiene sus propias líneas críticas, nuestro objetivo es incorporarlas al debate de protección social y para reflexionar sobre los distintos modelos de tratamiento de la migración, como la asimilación, el multiculturalismo y la integración. También nos parece importante hablar de la inclusión (cuya oposición es la exclusión) de acuerdo con la capacidad y posibilidad que tienen las personas migrantes de acceder a los mismos derechos que los ciudadanos del país de acogida. Al respecto, desde la perspectiva de esta investigación, la inclusión se entiende como el acceso efectivo a los derechos sociales fundamentales, tales como la educación, la atención médica, la vivienda y el empleo. Para ello atenderemos a los procesos de reconocimiento, redistribución y representación, retomando lo arriba señalado por Fraser (2003).

En este orden de ideas, nuestro estudio plantea que la diferencia fundamental entre la asimilación del inmigrante y el acceso a los derechos sociales radica en su enfoque y alcance. Mientras la asimilación se orienta hacia el proceso de adaptación cultural e identitaria del inmigrante en la sociedad destino; el acceso, se enfoca en garantizar la igualdad de oportunidades y servicios para las personas migrantes, especialmente en términos de protección social y acceso a recursos básicos, como la salud. Sin embargo, entendemos que el acceso a los derechos está condicionado por diversos factores que influyen en la integración social de las personas migrantes. Entre estos factores destacan las oportunidades económicas, la interacción con la comunidad local, las políticas estatales vigentes y la implementación efectiva de dichas políticas.

Para el presente trabajo reconoceremos el acceso a la salud en dos registros. El primero, de carácter descriptivo, aborda los aspectos relacionados con la oferta en salud y la demanda de atención médica por parte de las personas migrantes. El segundo, de carácter analítico, interroga la protección social en función de las brechas y desigualdades percibidas en el acceso a estos derechos, buscando identificar las dinámicas estructurales que perpetúan dichas inequidades.

Adicionalmente, en el estudio de la migración también opera el concepto de adaptación, entendido como las estrategias desplegadas por parte de población migrante, en función de la retención o rechazo en la cultura de acogida (Berry, 1992). Sin embargo, dicha perspectiva puede ser limitada al entender a la adaptación como un proceso pasivo o una relación de retención o rechazo de la cultura de la sociedad destino. Aunque, en muchos casos, la sociedad destino es tan hostil que hace imposible su “retención”, más allá de las estrategias desplegadas. A partir de este concepto, se puede ir más allá de él para dar cuenta de la creatividad, la necesidad de modificar y enriquecer aquello que se encuentra, para satisfacer las distintas necesidades y demandas de diversa índole.

En otras palabras, dentro de nuestro marco de análisis el concepto de adaptación ampliado se entiende como el conjunto de estrategias implementadas por la población venezolana para enfrentar los desafíos asociados a la integración social y el acceso en salud. Una de las principales estrategias identificadas es la creación de vínculos sólidos entre compatriotas, que ha facilitado la construcción de redes de apoyo fundamentales para sortear las dificultades del proceso migratorio.

La creación de diversas asociaciones venezolanas es un hecho que ha tenido una notable resonancia pública en Argentina. Estas asociaciones han recibido apoyo de la comunidad internacional, convirtiéndose en un rasgo distintivo de esta población en Argentina.

Entre las organizaciones gremiales y comunitarias que destacan en el contexto argentino están la Asociación de Médicos Venezolanos en Argentina (ASOMEVENAR), la Asociación de Enfermeros Venezolanos en Argentina (ASOENVEAR), Psicólogos Venezolanos en Argentina (PSICOVEN), Asociación Venezolana de Kinesiólogos en Argentina (ASOVEKAR), entre otras como Lazos de Libertad, la Asociación de Venezolanos en Argentina (ASOVEN) y la Fundación para la Integración Cultural de Migrantes y Refugiados en Argentina (FICU).

Dichas organizaciones, emplean mecanismos y proyectos dirigidos a la asesoría de trámites legales, homologación de títulos; además de fomentar

las costumbres venezolanas, las tradiciones, promover la participación en eventos y actividades comunitarias, en su mayoría, dirigidas tanto a la inserción laboral como a la atención en salud (Armas, 2019; Ibarra, 2022).

Es preciso decir que, la inserción laboral constituye uno de los temas prioritarios para las distintas asociaciones y organizaciones de personas venezolanas en Argentina. Esto concuerda con los análisis que identifican al empleo como el principal obstáculo para la integración de esta población migrante.

La falta de acceso a oportunidades laborales adecuadas no solo representa una barrera para la integración económica de la población venezolana en Argentina, también está estrechamente relacionada con las dificultades para la validación de títulos académicos y el reconocimiento de experiencias profesionales previas. Como resultado, muchas personas migrantes venezolanas se ven obligadas a aceptar empleos que están por debajo de su nivel educativo o experiencia, lo que limita sus posibilidades de desarrollo y contribuye a perpetuar su vulnerabilidad. Además, esta situación tiene implicaciones en otros aspectos clave de la integración social, como el acceso al mercado de alquiler, donde la falta de estabilidad económica dificulta la obtención de una vivienda adecuada (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019; Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022).

Lo dicho hasta este punto denota que, la inserción laboral de las personas venezolanas en Argentina ha captado un interés significativo por parte de organismos internacionales. Este interés ha derivado en la creación de espacios de discusión y en el impulso de iniciativas orientadas a fomentar y sostener asociaciones u organizaciones dedicadas a facilitar su protección e inserción social.

Otro aspecto para resaltar está relacionado con la regularidad migratoria y la decisión del estado argentino de darle un tratamiento bajo el acuerdo del MERCOSUR. Este enfoque facilita el acceso a derechos en el marco de dicho Acuerdo. Algunos estudios académicos sugieren que esta decisión está influenciada por el contexto de origen de los migrantes, su perfil sociodemográfico y las motivaciones que impulsaron su desplazamiento,

asociadas a causas políticas, económicas o al reconocimiento internacional de la situación en Venezuela como una crisis humanitaria (Sala, 2020; Linares, 2021). El tratamiento diferencial refleja un intento por abordar las complejidades de la migración venezolana de acuerdo con su perfil académico.

Aunque la categoría de "migrante calificado" aplicada a esta población no puede interpretarse como un mecanismo formal de atracción y recepción migratoria implementado por el Estado argentino, es evidente que se han desarrollado una serie de acciones y políticas públicas que buscan facilitar su integración. Estas incluyen la regularización migratoria, la convalidación de títulos universitarios, el acceso al mercado laboral y el direccionamiento hacia áreas con vacancia laboral en diversas provincias del país (Sala, 2020; Linares, 2021). Dichas medidas reflejan un enfoque pragmático por parte del Estado, orientado a aprovechar el capital humano de la población migrante venezolana.

De hecho, diversos relevamientos sobre el perfil de la población venezolana en Argentina destacan su nivel de escolaridad como una característica clave vinculada con las políticas estatales de inserción laboral. Estos estudios sugieren un interés por parte del Estado argentino en incorporar a una población en edad activa y con grados académicos registrados (Sala, 2019; Pedone y Mallimaci, 2019; Linares, 2021). Sin embargo, sostenemos que las categorizaciones utilizadas en los discursos y políticas relacionadas con este flujo migratorio condicionan significativamente la protección y el acceso a derechos para esta población.

Desde esta perspectiva, afirmamos que el nivel de vulnerabilidad de las personas migrantes venezolanas no está determinado únicamente por su proyecto migratorio, sino que está profundamente influenciado por las dinámicas de protección social. Dichas dinámicas de protección están vinculadas con factores como el contexto sociopolítico venezolano y las posturas políticas adoptadas por los países de destino. Es decir, la percepción y el tratamiento de esta población como migración calificada o como migración forzada, condicionan de manera crucial el acceso a derechos y la inclusión social.

1.3 Clasificaciones y acceso a la protección social

Como hemos sostenido, nuestra línea argumentativa plantea que el acceso a los derechos fundamentales constituye un componente esencial para garantizar la protección social de todas las personas migrantes. En el caso específico de la población venezolana, este debate está atravesado por los distintos posicionamientos internacionales, así como por las políticas y respuestas específicas que buscan garantizar el acceso a dichos derechos.

Entre las medidas implementadas destacan la posibilidad de regularización migratoria establecida por el MERCOSUR, la creación de programas de reasentamiento, el fomento de la organización y las formas de asociación comunitaria. Estas acciones, varían según cómo se califique la migración en cada contexto de destino, ya sea como migración forzada, calificada o económica, lo cual condiciona las oportunidades y el nivel de protección social que reciben.

En este sentido, también nos interesa resaltar que, más allá de las medidas gubernamentales coyunturales, han sido los organismos de las Naciones Unidas quienes han liderado el discurso sobre la protección social hacia la migración venezolana. Esto ocurre a pesar de que, en última instancia, corresponde al Estado diseñar e implementar políticas, así como garantizar, facilitar o restringir el acceso a los distintos derechos. Sin desmerito de lo cual, existe una tutela ejercida por los organismos internacionales que ha contribuido a posicionar distintas categorizaciones como las referidas: éxodo migratorio, migración forzada y crisis migratoria.

Estas categorías permean el tratamiento que los Estados destinan a este colectivo migrante e influyen en las políticas de protección social adoptadas. Al mismo tiempo, dialogan con el perfil de la población venezolana, definido en muchos casos por habilidades calificadas, niveles educativos superiores y experiencia profesional significativa. Este fenómeno plantea tensiones entre la percepción de la migración como una oportunidad y las barreras estructurales que limitan el acceso a los distintos derechos o servicios en los países de acogida.

1.3.1 Movilidad con niveles de formación medios y altos

En el caso de la población venezolana, la categoría de "migración calificada" ha sido utilizada tanto en relevamientos académicos como por organismos internacionales. En el contexto de protección social analizado, esta categoría permite explorar cómo las personas migrantes venezolanas interactúan con el sistema de bienestar social en Argentina. Al incorporar el componente profesional, se evidencian las dinámicas relacionadas con la inserción laboral precaria, identificada como una de las principales barreras para el acceso a la salud.

Aunque la categoría de migración calificada no ha sido formalmente adoptada por el Estado argentino para desarrollar políticas de atracción migratoria basadas en calificaciones laborales, el análisis interactúa con un discurso político de apertura migratoria. Este discurso ha estado acompañado de medidas dirigidas a facilitar la regularización migratoria y la integración en el mercado laboral formal, especialmente en sectores estratégicos como la salud, la educación y la tecnología (RENAPER, 2021; Mercer, 2019; Sala, 2019; Pacecca y Liguori, 2019; Linares, 2020; Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022).

Compartiendo el marco conceptual de Mallimaci (2021) citando a Pellegrino (2001), para que una persona migrante sea considerada calificada, debe contar con atributos personales como educación y experiencia laboral. Desde este enfoque, el nivel de escolaridad se establece como el principal criterio para clasificar a los migrantes calificados. La discusión teórica sobre la migración calificada abarca temas clave como las causas y consecuencias de los movimientos migratorios, las políticas gubernamentales diseñadas para atraer, insertar o retener talento, así como las implicaciones de desarrollo vinculadas con la globalización y la movilidad internacional del talento (Arango, 2003).

Dichas conceptualizaciones resultan útiles para los fines de esta investigación, tanto para analizar las formas de inserción laboral precarizada, como para evaluar las medidas dirigidas a favorecer a este colectivo migrante en un contexto de políticas migratorias que, aunque presentan elementos

restrictivos, han permitido una apertura parcial para facilitar su integración y bienestar social.

Es interesante observar que la definición del perfil como "migrante calificado", según la nomenclatura utilizada por algunos organismos internacionales para describir la migración venezolana, plantea que esta categoría confiere “un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país destino” (OIM, 2019). Siguiendo esta definición de la OIM, la población venezolana tendría un trato especial en Argentina debido a su perfil profesional, pero atendiendo claramente a su nacionalidad y a algunas medidas políticas de trato preferencial que desarrollaremos más adelante.

Sin embargo, el uso de esta categoría permite cuestionar si el supuesto tratamiento preferencial trasciende el discurso de protección y se materializa efectivamente en políticas inclusivas. De allí que este análisis cobre relevancia, principalmente frente a los distintos relatos sobre las barreras que enfrenta esta población, como en la convalidación de títulos profesionales y el reconocimiento de credenciales extranjeras. Estas dificultades impactan de manera directa, en el grado de inclusión o exclusión que experimentan, en el marco de su acceso a beneficios sociales esenciales, como la salud.

Asimismo, al hablar de tratamiento preferencial, es necesario reconocer las múltiples categorizaciones que se han utilizado para describir a la migración venezolana. Estas incluyen términos como “crisis migratoria”, “éxodo humanitario”, “crisis de refugiados” o “migración forzada”, denominaciones promovidas por organismos como la OIM y el ACNUR.

1.3.2 ¿Crisis migratoria o migración en contexto de crisis?

En el año 2018, los organismos internacionales declararon la crisis migratoria venezolana, comparada con la crisis provocada por la Guerra civil de Siria⁵, esta declaración favoreció el despliegue multilateral en torno a explicar las causas de origen y darle el carácter desplazamiento forzoso. Para la OIM (2019), la migración forzada es un concepto que se refiere al movimiento migratorio impulsado por la fuerza, la compulsión o la coerción.

⁵ Welsh, Teresa (19 de septiembre de 2018). “Venezuela crisis is 'onthescaleofSyria,' UNHCR says”. Devex. Consultado el 21 de septiembre de 2018.

Este término describe el desplazamiento de personas obligadas a abandonar sus lugares de origen debido a conflictos armados, violencia, persecución, desastres naturales u otras circunstancias que amenazan su vida, libertad o integridad física.

El carácter humanitario de la migración venezolana se declaró consecuencia del declive económico en Venezuela, un factor central identificado por Acosta, Blouin y Freier (2019). Este tratamiento incluye diferentes clasificaciones, como solicitantes de asilo, refugiados y emigrantes económicos (OIM, 2019).

Sin embargo, aunque la ACNUR distingue jurídicamente entre refugiados y migrantes, el proceso de clasificación y asignación de categorías está profundamente influido por la nominación que realizan los Estados y las instituciones implicadas. Esto ocurre, a menudo, sobre las trayectorias migratorias y las narrativas personales que los sujetos elaboran acerca de sus propias experiencias (Clavijo y Pereira, 2018).

Clavijo y Pereira (2018) argumentan que la movilidad forzada está intrínsecamente vinculada a la idea de inevitabilidad, es decir, cuando el desplazamiento no es voluntario y las condiciones del lugar de origen se perciben como causas fundadas que obligan a las personas a salir. Estos autores destacan la importancia de distinguir entre migrantes y refugiados, estableciendo una diferencia clave: mientras que un migrante se desplaza por motivos económicos, como la búsqueda de trabajo o situaciones derivadas de hambrunas, pobreza extrema o desastres naturales, un refugiado demanda protección humanitaria debido a amenazas directas a su vida, libertad o seguridad.

Por su parte, Gandini, Prieto y Lozano (2019) introducen el concepto de “migración a causa de las crisis” para describir el fenómeno venezolano. Este enfoque considera la migración como una respuesta compleja que amalgama factores sociales, políticos, económicos y ambientales. Aunque la migración puede desencadenarse por un evento extremo, las causas subyacentes son previas y estructurales. Según esta definición, el movimiento venezolano no solo responde a una coyuntura, sino que refleja dinámicas de

desigualdad profunda y sistémica que determinan el grado de vulnerabilidad de las personas durante su desplazamiento.

Desde la perspectiva de Gandini, Prieto y Lozano (2019), el movimiento migratorio venezolano se caracteriza como una “migración a causa de las crisis”, un concepto que concibe la migración como una respuesta compleja que combina factores sociales, políticos, económicos y ambientales. Aunque en ocasiones puede ser desencadenada por un evento extremo, las causas subyacentes son de naturaleza estructural y anteceden al desplazamiento. Esta definición sitúa el fenómeno migratorio en un contexto de desigualdades sistémicas que trascienden lo coyuntural y que determinan el grado de vulnerabilidad de las personas desplazadas.

Utilizamos este marco para distinguir entre “crisis migratoria” y “migración en contexto de crisis”, conceptos que reflejan dinámicas migratorias distintas. La crisis migratoria se refiere a situaciones donde el flujo de migrantes hacia un país o región aumenta dramáticamente en un corto período, superando la capacidad de los países receptores para gestionar la llegada de manera eficaz y humanitaria. Este tipo de crisis es frecuentemente asociado con factores repentinos, como conflictos armados, violencia generalizada o desastres naturales en los países de origen (Clavijo y Pereira, 2018; Gandini, Prieto y Lozano, 2019).

Por otro lado, la migración en contexto de crisis ofrece una comprensión más matizada al centrarse en las causas estructurales y prolongadas que generan desplazamientos, como la pobreza, la desigualdad y la inestabilidad política, factores que pueden ser exacerbados por eventos puntuales, pero que no se limitan a ellos (Gandini, Prieto y Lozano, 2019). Este enfoque permite analizar a la migración venezolana como un proceso influido tanto por dinámicas históricas como por factores actuales.

Según este argumento, las crisis migratorias se caracterizan por su urgencia y alta visibilidad, lo que atrae la atención internacional debido a su naturaleza repentina. Estas situaciones ejercen presiones inmediatas sobre los recursos y las infraestructuras de acogida, especialmente en áreas como la gestión de fronteras, la provisión de asilo, la integración de refugiados y

migrantes, así como en la cooperación internacional. En consecuencia, dichas crisis requieren respuestas inmediatas en términos de seguridad, asistencia humanitaria y control migratorio.

En contraste, la "migración en contextos de crisis" se refiere a los movimientos de personas que tienen lugar en un marco más amplio de inestabilidad y dificultades, sin derivar necesariamente en una crisis migratoria aguda. Este concepto abarca diversas situaciones en las que la migración es una respuesta o una característica de crisis prolongadas, como la pobreza crónica, la inseguridad alimentaria, el cambio climático o los conflictos de baja intensidad. Entre los aspectos relevantes están la continuidad y la duración, ya que estos movimientos suelen formar parte de tendencias a largo plazo marcadas por la persistencia de las condiciones que impulsan la migración (Gandini, Prieto y Lozano, 2019).

Citando a autores como Menjívar y McAdam, Gandini, Prieto y Lozano (2019) contrastan dos conceptos fundamentales: la migración en contextos de crisis y la crisis migratoria. Tal y como venimos señalando, la primera se entiende como una respuesta racional y planificada frente a un evento desencadenante, sin que implique necesariamente una situación desesperada. Por el contrario, el concepto de crisis migratoria se asocia con un comportamiento percibido como irracional, acompañado de una fuerte presencia fronteriza y con un uso predominante en discursos mediáticos y políticos. Esta última expresión pone énfasis en la inmediatez y en la percepción de amenaza hacia la estabilidad del Estado-nación de los países receptores, concebidos como entidades homogéneas y estables por definición.

Es decir, mientras que las crisis migratorias son eventos agudos y repentinos que exigen respuestas inmediatas, la migración en contextos de crisis representa un fenómeno más prolongado, profundamente vinculado a desafíos estructurales. La intersección entre ambos conceptos radica en la naturaleza de la crisis, la escala del fenómeno y las respuestas requeridas para abordarlo.

Dado que las crisis migratorias irrumpen de manera drástica, desbordan la capacidad de respuesta estatal y desencadenan estrategias

internacionales de emergencia de carácter coyuntural. Su gestión suele centrarse en el control y la regulación de flujos migratorios. Por su parte, la migración en contextos de crisis es un fenómeno más prolongado y arraigado en el tiempo, que demanda enfoques a largo plazo orientados al desarrollo y la integración social de las personas migrantes.

Comprender estas diferencias es esencial para analizar las dificultades que enfrenta la población venezolana durante su trayectoria hacia y dentro de América Latina. Estas dificultades están influenciadas por la percepción que los distintos países tienen sobre el fenómeno migratorio: si es visto como una necesidad de protección humanitaria o como un potencial contribuyente al desarrollo económico de los países receptores. A nuestro juicio, esta diferenciación influye directamente en las condiciones de vulnerabilidad experimentadas durante el trayecto migratorio.

La vulnerabilidad de las personas migrantes venezolanas es consecuencia de los vaivenes geopolíticos que delegan la responsabilidad de protección social al inmigrante en función de los posicionamientos internacionales y de las estrategias adoptadas por los gobiernos de turno. Estas estrategias, a menudo temporales, no se corresponden con la naturaleza prolongada de este fenómeno.

De tal forma que, el acceso a los derechos sociales varía considerablemente según la población migrante, el país de destino, su legislación migratoria y las políticas implementadas para atender a esta población. Esto genera situaciones de vulnerabilidad, desigualdad y exclusión, principalmente debido a obstáculos legales o administrativos que dificultan el acceso a servicios sociales básicos (Gandini, Lozano y Prieto, 2019). Una tensión clave radica entre la identidad jurídica y el respaldo a la seguridad migratoria, dando lugar a barreras originadas por el estatus migratorio de las personas y el tipo de protección social ofrecido por cada país. Estas barreras pueden entenderse en el marco de cualquier elemento que dificulte el acceso a derechos esenciales.

Por lo tanto, resaltamos la importancia del estatus jurídico como factor determinante. Además, subrayamos que la posición que cada país adopta frente a la migración venezolana influye directamente en el manejo político de los flujos migratorios, así como en las vulnerabilidades que enfrentan las personas migrantes durante su trayecto y en su acceso a derechos en las sociedades de destino.

En el ámbito teórico, la regularización migratoria se plantea como una herramienta clave para mitigar las desigualdades y reducir las vulnerabilidades. La irregularidad migratoria dificulta el acceso a la salud y a otros servicios básicos e incrementa el riesgo de abuso, explotación y exclusión social. En el caso venezolano, el reconocimiento de la residencia del MERCOSUR en Argentina ha favorecido el acceso a derechos, especialmente al considerar esta migración como calificada o forzada.

1.3.3 Regularidad migratoria establecida por el MERCOSUR

El tema de la regularidad migratoria no solo tensiona el tránsito de la población venezolana en la región, sino también el de diversas personas migrantes que recorren América Latina. En este contexto, destacan los derechos establecidos por el MERCOSUR en el Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Parte del MERCOSUR, Bolivia y Chile, firmado en 2002⁶.

Este Acuerdo marcó un hito en la integración regional, facilitando la movilidad de personas mediante la acreditación de la nacionalidad de alguno de los países firmantes (Novick, 2010; Ceriani, 2012). Debido a este marco normativo, los ciudadanos de los Estados Parte pueden acceder a la residencia legal con procedimientos simplificados y condiciones que promueven su regularización (Brasilia, 6/12/2002).

⁶ En este escenario, los países de la región avanzaron, con algunos vaivenes, en la sanción de un marco normativo inclusivo donde la migración internacional fuera considerada como un derecho humano que los estados miembros debían garantizar. La normativa representó un hito legal en la gestión migratoria regional, dirigido a facilitar la movilidad de las personas con la acreditación y posesión de la nacionalidad de alguno de los países firmantes (Ceriani, 2012).

Es preciso mencionar que la firma de dicho Acuerdo coincide con el período de crecimiento de la migración intrarregional en el siglo XXI, marcando un giro en el debate sobre seguridad jurídica, protección y acceso a derechos para la población migrante en América Latina (García y Nejamkis, 2018). En este contexto, se fortaleció una perspectiva basada en los derechos humanos, promovida por gobiernos progresistas que impulsaron legislaciones más inclusivas, lo que García (2016) define como una "reciente humanización" de las políticas migratorias.

Por un lado, estas reformas posicionaron a las personas migrantes como sujetos de derechos frente a un Estado receptor. Por el otro, demarcó una relación ambivalente entre lo nacional, lo internacional y la persona migrante (García y Nejamkis, 2018). Además, aunque el Acuerdo representa un avance significativo, persisten vacíos legales en torno a la libre circulación, la movilidad laboral, social y una ciudadanía sudamericana integral.

Acosta y Freier (2015) coinciden en que, si bien existe una apertura hacia un discurso universalista, traducido en legislaciones de carácter innovador en algunos países de la región, estas convergen con dos principales tensiones. Una, respecto a las nuevas migraciones, de carácter intrarregional, más allá de las fronteras. Dos, con la regulación legislativa dirigida específicamente a la migración en situación irregular, ya que son las personas migrantes indocumentadas, quienes tienen mayores dificultades a la hora de acceder a derechos y a un estatus jurídico seguro.

La categoría de regularidad migratoria se define a través de un trámite administrativo que mientras se resuelve, ubica a las personas migrantes al margen de la ley, expuestas a desprotección jurídica. Cabe señalar que, dentro del estudio de los determinantes sociales de la migración, la irregularidad migratoria es rasgo común para la profundización de la vulnerabilidad, en tanto impone una limitación estructural en el acceso al bienestar, la protección social y al goce de los derechos (Acosta y Freier, 2015; García y Nejamkis, 2018; Nicolao, 2019). La irregularidad puede derivar en riesgos extremos como explotación laboral, trata de personas, prostitución o trabajo forzado, especialmente durante el trayecto migratorio.

Adicionalmente, la falta de documentos, tanto del país de origen como del destino, incrementa la posibilidad de abusos y dificulta el acceso al empleo, la justicia y los servicios públicos (Nicolao, 2019; Thayer, Stang y Abarca, 2017). El análisis sobre la regularización migratoria en la región es crucial debido a su convergencia con los mecanismos de cooperación impulsados por el MERCOSUR. Además, porque muchas de las respuestas dirigidas a la atención del flujo venezolano, estuvieron supeditadas por el reconocimiento o no de Venezuela como Estado Parte de este bloque.

Aunque la migración venezolana en Argentina presenta particularidades, persisten desafíos relacionados con la discriminación, la exclusión y la desigualdad durante la trayectoria. Estos problemas están influenciados por factores como el origen de la migración, el nivel académico de las personas migrantes y la existencia de disposiciones específicas para esta población.

Las barreras al acceso a derechos sociales también dependen del marco legal y de la intervención de organismos gubernamentales y no gubernamentales, destacando el papel del Estado en la asignación de derechos diferenciados según el estatus migratorio (Nicolao, 2019). La irregularidad generada por las decisiones discrecionales de los Estados pone en discusión categorías internacionales como "crisis migratoria" y "carácter humanitario". En este marco, la población venezolana enfrenta dificultades que exacerban su vulnerabilidad, impactan su integración, salud y el ejercicio de sus derechos en el país receptor.

CAPITULO II. Salud y migración intersecciones en disputa

El tema de la salud ocupa un lugar central en los debates sobre protección social, migración y acceso de las personas migrantes. La salud es considerada un derecho humano universal, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 1946, 2015: Preámbulo). Esta concepción de la salud está estrechamente vinculada con el contexto de la globalización económica y al surgimiento de nuevos flujos migratorios (Manchola, Garrafa, Cunha y Hellmann, 2017).

Existe consenso en la comunidad internacional sobre la vulnerabilidad y los riesgos para la salud que acompañan el trayecto migratorio, entendido como un tránsito en el que las personas pueden contraer enfermedades, enfrentarse a accidentes laborales, sufrir abuso sexual, participar en sexo transaccional, experimentar violencia o abuso de drogas, entre otros (OMS, 2009).

En este sentido, la salud de las personas migrantes se ve afectada de diversas maneras: pérdida de vínculos familiares, discriminación y xenofobia, limitado acceso a alimentación adecuada, agua potable, vivienda digna, educación y justicia. Dichas dificultades son especialmente notorias en el acceso a recursos sociales en los lugares de tránsito o destino y refuerzan la idea de la migración, entendida como un determinante social de la salud a nivel global (Manchola, Garrafa, Cunha y Hellmann, 2017). Aunque estas características suelen asociarse a trayectos migratorios carentes de planificación y recursos, la concepción de salud abordada en nuestro marco de estudio es amplia. Incluye aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad funcional) y sociales (adaptación e inserción laboral).

Esta perspectiva de abordaje permite superar la tradicional visión binaria salud-enfermedad y reconoce que la intersección entre migración y salud no debe limitarse a la introducción de enfermedades o patologías vinculadas a los inmigrantes (Acevedo, 2013). Desde este enfoque,

entendemos/abordamos la relación entre migración y salud como un proceso multicausal, donde las actividades relacionadas con la salud y las personas migrantes se enmarcan en discusiones sobre protección social y políticas públicas orientadas al acceso universal.

Para ello, nos resulta crucial identificar los factores que actúan como determinantes sociales en el acceso a la salud de las personas migrantes venezolanas, prestando especial atención a las inequidades derivadas del origen, la situación migratoria o la condición socioeconómica. Estas inequidades se traducen en desigualdades que generan barreras para los grupos más vulnerables.

2.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Los determinantes sociales de la salud (DSS) desempeñan un papel clave en el análisis del acceso a los servicios de salud, especialmente en el marco de las políticas públicas orientadas a la protección social de las personas migrantes (Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021). En nuestra investigación, la aplicación de este enfoque permite destacar cómo el contexto social y económico de las personas migrantes influye tanto en su estado de salud como en su acceso a los servicios sanitarios. Por su parte, una definición de la OMS conceptualiza a los determinantes sociales,

“como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021).

En nuestro estudio, para abordar la protección en salud, desagregamos indicadores socioeconómicos y procesos biológicos bajo el concepto de "condiciones sociales de la salud". Asumimos que, estos determinantes a menudo se ven exacerbados durante el trayecto migratorio y por las condiciones del país de acogida.

Desde esta perspectiva, nos centramos en cómo las condiciones económicas, socioculturales y las relaciones de poder impactan el proceso de salud, enfermedad y atención sanitaria. Además, consideramos que los DSS

no son estáticos, en su lugar, son objeto de políticas públicas y pueden ser modificados mediante intervenciones efectivas (Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021).

Piñones, Liberona y Leiva (2021) distinguen dos enfoques teóricos sobre los DSS. El primero, de origen anglosajón, conceptualiza los DSS como las consecuencias en salud derivadas de un contexto social de vulnerabilidad diferencial. Los autores sugieren que este enfoque tiende a invisibilizar las tensiones y relaciones de poder que atraviesan la sociedad; además se limita a describir las condiciones sin profundizar en sus causas estructurales.

La segunda perspectiva, de origen latinoamericano, resulta especialmente adecuada para este estudio, ya que pone de relieve las relaciones de poder y resalta las dinámicas de acumulación de capital como elementos esenciales para entender los procesos de salud-enfermedad. Dichas dinámicas incluyen los patrones de trabajo, consumo y las formas culturales que se manifiestan en diferencias sobre la concepción de la enfermedad según clase social, género o etnia.

Dentro del debate sobre los DSS y su impacto en la migración, surge la perspectiva teórica del transnacionalismo aplicado a la salud. Esta perspectiva busca responder a la pregunta: ¿cómo se incorporan las prácticas de salud de las personas migrantes en el proceso de migración transnacional? Derivando al concepto de vulnerabilidad estructural en salud, que se utiliza para comprender cómo los mecanismos de violencia simbólica, cómo la naturalización de jerarquías sociales y el racismo estructural, se materializan en procesos de irregularización administrativa y producción de entornos sociopolíticos iatrogénicos (Piñones, Liberona y Leiva, 2021).

Nuestro análisis incorpora el concepto de vulnerabilidad estructural, para integrar categorías como clase social entendida a partir de la ocupación en el país de origen, raza/etnicidad (a partir de la atribución de portar cierta “cultura”), género, estatus legal migratorio y nacionalidad. Estas categorías interactúan y operan como formas de opresión que generan vulnerabilidad en salud.

La vulnerabilidad en salud también puede entenderse como la acumulación de DSS que, al combinarse, colocan a una persona o grupo poblacional, en una situación de desprotección. Por ejemplo, la combinación de bajos ingresos, desempleo, discriminación de género y bajos niveles de escolaridad, contribuyen significativamente a crear esta vulnerabilidad (Juárez, Márquez y otros, 2014). Además, la discriminación, exclusión y fragmentación derivadas del estigma, las barreras culturales o comunicativas, generan brechas que se manifiestan como desigualdades en salud (DS).

2.2 Desigualdades en el acceso a la salud (DS)

En sinergia con lo anterior, la existencia de brechas, dificultan el acceso equitativo a los servicios de salud y perpetúan la inequidad entre los grupos más vulnerables. Particularmente, porque se convierten en desigualdades en salud y afectan a las personas migrantes, quienes a menudo enfrentan barreras que limitan su acceso a servicios sanitarios.

Según Mario (2018), las desigualdades en salud se evidencian a través de indicadores relacionados con el tipo de cobertura, las prestaciones disponibles, las prácticas preventivas y la percepción del estado de salud. En Argentina, estas diferencias están marcadas por el nivel de ingresos y la ocupación de las personas. Asimismo, el uso de servicios de salud está mediado por factores como género, edad, clase social, lugar de residencia y creencias culturales relacionadas con el cuidado del propio cuerpo. Desde el punto de vista de este autor, las desigualdades también se analizan mediante los patrones de utilización y acceso a los servicios sanitarios.

Por su parte, Ballesteros (2014), siguiendo el modelo de Andersen (1995), propone analizar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud utilizando la consulta a profesionales sanitarios como indicador principal. Este enfoque, incluye un análisis de las necesidades diferenciales en el uso de los servicios y su relación con factores estructurales y contextuales.

En consideración con ambos criterios sobre las DS, nuestro análisis incorpora indicadores demográficos y de morbilidad, a partir de los datos estadísticos disponibles, así como desde la autopercepción del estado de salud

que obtenemos de las entrevistas realizadas, además de relevar características culturales, económicas, sociodemográficas y territoriales. Al emplear dicha perspectiva respecto a la población migrante, es posible identificar patrones de demanda y utilización de servicios sanitarios que están influenciados por su estructura poblacional, dinámica migratoria y su impacto en la transformación de los sistemas sanitarios.

Dicho de otro modo, nuestro análisis sobre el acceso a la salud por parte de la población migrante desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud se fundamenta en la medida que integra aspectos relacionados con las situaciones de exclusión social respecto a las condiciones estructural del sistema de salud, la distribución de los ingresos y de las condiciones materiales de vida que obstaculizan el acceso efectivo a los servicios de atención. Principalmente, tomando en cuenta que dichos determinantes actúan como desigualdades (DS) que operan como barreras para la atención sanitaria.

Por lo tanto, aplicar el enfoque sobre las desigualdades sociales en nuestro análisis, permite comprender las complejidades y desafíos específicos que enfrentan las personas migrantes en su acceso efectivo en salud, contribuyendo a la identificación de áreas prioritarias para intervenciones y políticas públicas.

En este sentido, utilizamos el término determinantes sociales de la salud para referirnos a las causas estructurales y contextuales que influyen en la salud, tales como los aspectos relacionados con las condiciones particulares de la población, en términos de la educación, las condiciones laborales, los niveles de ingreso, el entorno físico, las redes sociales; así como las características asociadas con el sistema sanitario y los servicios de salud. Mientras que el concepto sobre las desigualdades en salud, por su parte, explica cómo estas condiciones estructurales se traducen en diferencias que afectan el acceso a la salud entre distintos grupos sociales.

Para analizar estas diferencias y los obstáculos que limitan el acceso, adoptamos el enfoque de Andersen, analizado por Ballesteros (2014). Este enfoque nos parece pertinente porque considera las barreras estructurales y

sistemáticas, así como las influencias culturales, socioeconómicas y legales que condicionan el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud. Además, partimos del criterio que postula al acceso en salud como un derecho fundamental, lo que nos permite explorar cómo las desigualdades sociales y económicas restringen dicho acceso.

De acuerdo con Ballesteros (2014), el concepto de acceso puede abordarse desde dos propuestas teóricas principales. La primera, denominada el acceso en un sentido acotado del término, que se enfoca en la previsión de salud y en las características de la oferta de servicios sanitarios. La segunda propuesta es el acceso en un sentido amplio del concepto que propone una combinación entre el enfoque acotado y las características de la población. Este enfoque considera el acceso como el grado de ajuste entre las necesidades, las características de las personas y los recursos disponibles en el sistema sanitario.

De modo que, una definición amplia del acceso a la salud incluye varios elementos clave como: las necesidades de salud, la percepción diferencial de estas necesidades, el proceso de toma de decisiones (como antecedente a la búsqueda de atención), la capacidad para ofrecer respuestas oportunas, la continuidad de la atención y los resultados obtenidos tras el contacto inicial con los servicios sanitarios.

En este marco de discusión también opera el modelo de accesibilidad a los servicios de salud, el cual proporciona un marco para evaluar el acceso a partir de tres factores principales:

1. Factores predisponentes, que incluyen características demográficas, creencias culturales y actitudes hacia la salud.
2. Factores habilitantes, referidos a los recursos económicos, la disponibilidad de seguros de salud y otros medios que facilitan el acceso.
3. Necesidades percibidas o evaluadas aquellas que representan tanto las necesidades subjetivas que las personas identifican, como las necesidades objetivas evaluadas por profesionales de la salud.

La accesibilidad, bajo este enfoque, se entiende como la relación entre los obstáculos que enfrenta la población en la búsqueda, obtención de atención sanitaria, y su capacidad para superar dichos obstáculos (Ballesteros, 2014). Según el paradigma de Andersen (1995), este modelo de accesibilidad implica el ajuste entre la oferta de servicios disponibles y las demandas de la población, es decir, el grado de correspondencia entre las necesidades de salud y los recursos para su atención.

Otro punto de vista lo proporciona Molina (2019), quien cuestiona la noción de accesibilidad, argumentando que esta reduce la garantía de acceso a la premisa de que, si existe una oferta asistencial gratuita, esta será automáticamente efectiva desde el punto de vista sanitario y receptiva en términos culturales. Desde esta perspectiva, la accesibilidad sería un vínculo por construir entre los sujetos y los servicios, que para ser utilizados no pueden desatender las creencias de la población que necesita relacionarse con ellos. Compartimos esta visión, en el sentido de que la atención en salud debe ir más allá de la provisión de tratamientos y medicamentos e implica una relación dialógica entre las creencias, valores y contextos de los destinatarios.

De esta manera, la accesibilidad no puede limitarse a la disponibilidad de servicios; debe analizarse en función de la utilización efectiva de estos. El acceso realizado se traduce en un acceso efectivo que sucede cuando las barreras culturales, económicas y estructurales son superadas, y donde los servicios responden de manera integral a las necesidades de quienes los utilizan. Siguiendo a Molina (2019), una manera de medir el acceso efectivo a los servicios de salud es a través de la relación entre el nivel de cambio en la salud de las personas y el volumen de servicios utilizados.

En nuestro caso de estudio, si bien no se trata de un estudio cuantitativo, para analizar cómo se da este acceso o la utilización de los servicios, consideramos factores clave como la distancia, la disponibilidad de recursos y los tipos de cobertura de salud.

Además, este enfoque que propone Molina (2019), plantea que el impacto del acceso varía según los diferentes servicios y motivos de uso. En estos términos, incorporamos a nuestro análisis la clasificación de los

servicios demandados por la población en estudio, atendiendo a si estos son preventivos, curativos o de rehabilitación, lo que puede analizarse mediante una caracterización detallada de la demanda.

Desde otra mirada Rodríguez, Schiavone, Seoane y Ríos (2015) sugieren analizar el acceso utilizando indicadores objetivos y subjetivos que describen la demanda de los servicios de atención médica. Los indicadores duros u objetivos se construyen sobre la base de los datos obtenidos a partir de los registros especiales: los expedientes médicos de pacientes, los registros del estado civil, las bases de datos mínimas, los sistemas de vigilancia epidemiológica, los censos de salud, entre otros. Esta información proporciona datos relevantes sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, vida útil, entre otros valores cuantitativamente evaluados sobre el estado de salud de una población.

Los indicadores subjetivos son los que se obtienen a través de encuestas o registros obtenidos mediante la percepción de las personas. Entre ellos se encuentran preferencialmente los indicadores de salud percibida, uno de los más ampliamente utilizados para esta función. Este indicador es sumamente completo ya que abarca la clase social, el nivel de educación, ciertos estilos de vida como el tabaquismo y el hecho de haber asistido o no a un médico, entre otros (Rodríguez, Schiavone, Seoane y Ríos, 2015).

Atendiendo a las consideraciones antes mencionadas, atendemos a los indicadores en términos genéricos y sumamos una dimensión política del acceso, que incorpora indicadores comunitarios o contextuales en línea con la propuesta de la salud colectiva latinoamericana (Ballesteros, 2014). Este enfoque sostiene que el acceso a la salud no solo implica la entrada a un sistema preexistente, sino que también se construye mediante la participación y el control social sobre dicho sistema. Desde esta perspectiva, la salud es tanto un derecho individual como un interés colectivo, que debe ser gestionado con un enfoque de equidad y justicia social.

Como ya habíamos dicho, en términos de acceso, las personas migrantes representan uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. A menudo enfrentan condiciones de vida, vivienda y trabajo precarias, además

de barreras relacionadas con la xenofobia, la discriminación y un acceso restringido a los servicios de salud generales.

Estas condiciones refuerzan las desigualdades en salud y limitan significativamente su acceso efectivo al sistema sanitario, exacerbando su situación de vulnerabilidad. En consideración con este aspecto, nuestro análisis del acceso en salud se presenta desde las condiciones del sistema sanitario, la caracterización integral de la demanda de la población migrante entrevistada y los factores que combinan elementos biológicos con mediadores sociales, culturales, comunitarios, económicos.

Para ampliar nuestra comprensión sobre las barreras y los factores que inciden en la salud de las personas migrantes, adoptamos el concepto de desigualdades múltiples (Jelin, 2021). Este concepto resulta útil para explicar las situaciones de desprotección social y la producción de vulnerabilidad, ya que señala la intersección entre la estructura de clases (DSS) y las desigualdades sociales (DS), en conjunto con otras categorizaciones como el género, edad, nacionalidad y la clase social.

Desde esta perspectiva, se reconoce que las barreras de acceso a la salud no se explican únicamente por el estatus migratorio, sino que están influenciadas por una variedad de factores que incluyen el género, la clase social, la orientación sexual, edad, discapacidad, entre otros aspectos (Jelin, 2021). En nuestro caso de estudio, atenderemos principalmente a la condición migratoria, a la clase analizada a partir de su nivel formativo, la edad y la nacionalidad que suele traducirse en términos étnicos.

En otras palabras, al aplicar el concepto de desigualdades múltiples al análisis del acceso en salud de la población migrante, respondemos a cómo diversas formas de desigualdad social y económica se intersectan para modelar las experiencias de las personas migrantes. A partir de este enfoque, podemos desentrañar cómo las múltiples dimensiones de desigualdad afectan la capacidad de la población venezolana para acceder y utilizar servicios sanitarios en la CABA.

Bajo este prisma, nuestra investigación busca ofrecer una comprensión más profunda de las complejidades que limitan el acceso a la

salud en la población migrante estudiada. De manera particular, abordamos el contexto de la pandemia de COVID-19 que expuso y amplificó las desigualdades preexistentes en el acceso y las barreras en la utilización de los servicios de salud (Barria y Baeza; 2023). Por lo tanto, nuestra pregunta orientadora pone en diálogo la caracterización de esta población migrante con la composición de sus demandas en salud y las barreras percibidas para la utilización de los servicios.

2.3 Barreras en salud

Como venimos sosteniendo, entendemos que el acceso a la salud se enmarca en un contexto amplio de factores que afectan tanto la salud individual como colectiva. Estos factores están relacionados con las condiciones de vida y trabajo, el nivel educativo, ingresos, así como el entorno social y comunitario.

Desde esta perspectiva, entendemos las barreras de acceso a la salud como el resultado directo de desigualdades evidenciadas en estos determinantes sociales. Asimismo, hablamos de barreras en el marco de análisis sobre las desigualdades en salud que dificultan el acceso por parte de las personas migrantes a la atención médica. Como explicamos en el apartado anterior, las desigualdades que actúan como barreras pueden atribuirse a determinantes o factores estructurales que incluyen la falta de documentación, la precariedad laboral y la discriminación.

En este sentido, entendemos como barreras aquellos elementos que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud una vez identificada una necesidad. Ejemplos de estas barreras incluyen la disponibilidad del servicio, los tiempos de espera, la distancia geográfica y los costos asociados (Ballesteros y Freidin, 2015).

Entendiendo que las dificultades van más allá de la cobertura de un servicio, nuestra investigación incluye al concepto de barreras de acceso, a todos aquellos factores que dificultan o impiden que la población objetivo, o una parte de ella, acceda a los programas o utilice adecuadamente los servicios de salud ofrecidos. A partir de enfoque hablamos de barreras

estructurales, culturales, sociales y económicas que pueden surgir en distintas etapas del proceso de acceso y utilización de servicios (Solar, 2019).

Otros obstáculos que funcionan como barreras de acceso a la salud incluyen los registros y actitudes estigmatizadores hacia las personas migrantes (Finkelstein, 2017). Desde esta perspectiva, los estereotipos que asocian a las personas migrantes con amenazas, aprovechamiento indebido de los servicios de salud o con la transmisión de enfermedades "importadas" o "exóticas", condicionan negativamente su relación con los servicios sanitarios. Este fenómeno puede reforzar percepciones de los migrantes como portadores de un "peligro sanitario" y limitar su acceso efectivo (Basualdo, 2015).

En el ámbito de esta investigación, identificamos al menos dos enfoques principales para analizar las barreras de acceso. En primer lugar, están las barreras desde los sistemas de salud como los aspectos relacionados con el financiamiento y la organización de los sistemas de salud. Un indicador clave en este análisis es la cobertura sanitaria, que representa una parte fundamental de las barreras financieras y refleja los recursos destinados a políticas de salud.

También se incluye la evaluación de los servicios de atención y la estructura institucional que los respalda. Todos estos indicadores permiten comprender las barreras de acceso desde la perspectiva de la oferta estatal y su capacidad para satisfacer las necesidades de salud de la población (Ballesteros y Freidin, 2015). Este marco de análisis nos ayuda a identificar cómo las estructuras del sistema sanitario, junto con los prejuicios sociales y culturales, afectan la accesibilidad y la calidad de los servicios disponibles para las personas migrantes.

En segundo lugar, identificamos las barreras asociadas con las condiciones sociales en las que se inserta la población migrante, siendo el empleo uno de los indicadores más relevantes. Las condiciones de empleabilidad, en particular el empleo informal, generan barreras significativas para el acceso en salud (Solar, 2019). Atendiendo a este concepto, analizamos la relación entre la inserción laboral y el tipo de

cobertura sanitaria disponible. Esto implica considerar que, más allá de la cobertura ofrecida por el Estado, muchas personas migrantes no cuentan inicialmente con acceso a servicios médicos debido a la ausencia de empleo formal que provea seguridad social.

Por todo lo dicho, la discusión sobre las barreras en el acceso a la salud resalta la necesidad de un enfoque multifacético que considere factores individuales, sociales, económicos y estructurales. Reconocer la complejidad de estas barreras es esencial para atender las necesidades y el contexto de la población migrante en estudio.

En este sentido, resulta crucial analizar el sistema sanitario a la luz de las barreras identificadas por esta población, especialmente aquellas en el marco de la emergencia del COVID-19 y de las medidas adoptadas por el Estado argentino para su atención.

Atendiendo a todos los aspectos mencionados, a los fines analíticos planteamos seguir la propuesta de Tobar (2015) que distingue tres niveles de análisis que abarcan la política de salud, la gestión del sistema sanitario y los aspectos técnico-asistenciales.

El primer nivel, desde una mirada sobre las políticas públicas y las decisiones gubernamentales relacionadas con funcionamiento, estructura, así como los derechos de las personas migrantes. Segundo, a partir de la gestión del sistema sanitario en términos del financiamiento, la distribución de los recursos y la cobertura. En tercer lugar, considerando los aspectos técnicos que se centran en el nivel asistencial y el impacto de la política, para lo cual abordaremos las experiencias de la población migrante al interactuar con el sistema público sanitario.

2.4 Modelo de análisis del sistema sanitario

En línea con lo que venimos señalando, pensadores como Norman Daniels y Amartya Sen (2020), consideran que las barreras en el acceso a la salud son una manifestación directa de las desigualdades sociales y económicas estructurales. De allí que, nuestro estudio se propone examinar las dinámicas del sistema sanitario argentino, tanto a nivel nacional como local, en el marco de su políticas y gestión en salud.

Con este enfoque, apuntamos a identificar las dificultades que se manifiestan como obstáculos en el acceso efectivo a la salud, derivados del sistema y percibidos por parte de la población estudiada.

De manera específica y en articulación con la propuesta de Tobar (2015), se busca comprender cómo funciona el sistema de salud, las políticas que lo regulan, y su relación con indicadores sociales como la pobreza, la educación y la desigualdad de ingresos. De acuerdo con esta propuesta, los componentes que reflejan la estructura y las decisiones que conforman el sistema de salud se manifiestan en tres distintos niveles:

- I. **Nivel macro:** Se centra en la dimensión política, incluyendo a los responsables políticos del sistema y las políticas públicas que definen su funcionamiento y prioridades.
- II. **Nivel meso:** Aborda a los responsables político-administrativos desde la perspectiva de la gestión del financiamiento, considerando cómo se implementan y gestionan los recursos.
- III. **Nivel micro:** Enfocado en el componente técnico, este nivel se relaciona con los profesionales asistenciales y las interacciones directas entre los servicios de salud y las personas usuarias.

El componente político nos permite revisar las prioridades establecidas por el sistema sanitario. Se trata de identificar cómo se organizan y ejecutan las políticas públicas en salud, y cuáles son las áreas prioritarias dentro del sistema.

Por otra parte, el componente económico, incluye la gestión de las formas de financiación y aborda preguntas clave como: ¿cuánto se gasta en salud?, ¿de dónde provienen los recursos?, ¿cómo se asignan estos recursos? Analizar la distribución y gestión de recursos nos ayuda a entender la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población y cómo las decisiones económicas influyen en la equidad y el acceso.

Por último, el componente técnico, que responde al modelo asistencial, se centra en el ámbito sanitario considerando la situación de las

políticas de salud y el estado de los servicios, las condiciones de salud por parte de la población. Este aspecto lo empleamos a partir de un análisis basado en aspectos de la demanda que nos permita entender el impacto de la política en el marco de la cobertura, los servicios usados y la necesidad expresada en la salud por parte de la población.

Según este método, nuestro análisis sobre el acceso en salud se estructura en tres enfoques principales, correspondientes a sus componentes político, económico y técnico-asistencial (Gráfico N°1).

Gráfico N°1. Modelo de análisis



Fuente: Tobar, 2015

Con la implementación de este modelo, distinguimos entre la política en salud que incluye el rol del Estado (nivel macro), la gestión de los recursos (nivel meso) y los aspectos técnicos asistenciales de los servicios sanitarios (nivel micro). Todo en el marco de un sistema de salud en el que confluyen diversos determinantes sociales, abarcando las causas estructurales que generan desigualdades en el acceso y afectan la salud de la población. Estas causas están profundamente influenciadas por factores sociales y económicos.

Para abordar la situación de salud de la población, identificamos a la salud como un indicador social que refleja la respuesta del sistema sanitario, el cual puede involucrar o no, la acción directa del Estado.

Así bien, aunque es común referirse al "sistema de sanitario" exclusivamente como el sistema de atención médica, sostenemos que éste incluye un conjunto de funciones desempeñadas tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto (Tobar, 2015). Por un lado, evidenciamos el papel del Estado como gestor y regulador del sistema de salud. Por otro lado, introducimos una dimensión social que analiza el impacto de las políticas mediante indicadores de morbilidad y sociodemográficos, proporcionando una visión integral sobre las diferencias en el acceso, la demanda y el estado de salud de la población estudiada.

Nuestro análisis combina indicadores de gestión e impacto social, integrando las necesidades y demandas de la población con la oferta, los medios y los recursos disponibles para atenderlas. Esto se desarrolla en un marco de pugna entre intereses y fuerzas sociopolíticas en constante cambio. En este sentido, el sistema de salud está intrínsecamente vinculado y condicionado por el proyecto político y las estructuras gubernamentales que rigen un país en un momento dado (Tobar, 2015; Luzuriaga et al., 2021).

Es importante señalar que, aunque el Estado diseña sus políticas de salud, estas están influenciadas por la cosmovisión y los valores culturales de la sociedad, que determinan cómo el sistema aborda y resuelve las problemáticas sanitarias (Manoukian y Venturini, 2021).

Asimismo, el sistema sanitario, la gestión gubernamental e incluso el proyecto político gobernante están en constante interacción con estas concepciones culturales. Este intercambio bidireccional se traduce en prácticas, creencias y actitudes que la población desarrolla respecto a la salud y a los servicios de atención médica.

Por todo esto, entendemos que el acceso a la salud ocurre en un contexto complejo y dinámico, donde la interacción entre el proyecto político, las estructuras de gobierno, los aspectos culturales y las dinámicas sociales determinan cómo se abordan las necesidades sanitarias.

Además, asumimos que la salud no solo es el producto de condiciones genéticas y biológicas, sino también el resultado de relaciones sociales, de la estructura y dinámica de la sociedad. La salud está, por tanto, profundamente influenciada por el momento histórico, las relaciones políticas y la organización del Estado.

Con este enfoque definido, en el siguiente capítulo delineamos el enfoque metodológico adoptado para responder a cómo es el acceso a la salud de la población venezolana en la CABA. Nos basamos en un diseño que combina distintas fuentes cualitativas y cuantitativas, para comprender las barreras estructurales en salud y las experiencias de las personas migrantes venezolanas en su acceso al sistema sanitario argentino.

CAPITULO III. Una estrategia cualitativa para analizar el acceso en salud de la migración venezolana

Nuestra investigación se enmarca un estudio de caso con enfoque cualitativo y de carácter exploratorio, a partir del cual definimos nuestro trabajo de campo, desarrollado con entrevistas en profundidad y observación participante, así como también información documental sobre el acceso a la salud por parte de la población migrante venezolana en la CABA desde el 2015 hasta el 2022.

El enfoque cualitativo contempla un diseño abierto y flexible de técnicas, estrategias perceptivas y reflexivas para interpretar las acciones sociales (Díaz y otros, 2010; Begoña, 2015). A partir de este marco en general, podemos adecuar una combinación de enfoques al momento de estudiar las complejas interacciones en el acceso a la salud, desde las experiencias, percepción y voces de las personas migrantes.

El uso de la investigación cualitativa implica un proceso de indagación interpretativa que se alimenta de distintas tradiciones metodológicas para estudiar los problemas de índoles social o humana (Creswell, 2014). Esta perspectiva se orienta a comprender lo subjetivo y otorga especial importancia a la observación, entendida como una fase heurística de descubrimientos y generalización inductiva (Martínez Carazo, 2006). Además, posibilita la reflexividad del investigador a partir del astuto poder de observación y la alta capacidad interactiva.

Asimismo, mediante la observación y la entrevista podemos explorar las percepciones, significados y los contextos que impactan en nuestro caso de estudio sobre el acceso a los servicios de salud y las barreras identificadas por parte de la población venezolana.

En el enfoque cualitativo, las reflexiones del investigador sobre sus acciones, observaciones, sentimientos e impresiones en el campo se transforman en datos (Vasilachis, 2003). Al aplicar este enfoque, incorporamos nuestras subjetividades con la de todos los actores implicados en el proceso de la reflexividad de la investigación (Bourdieu, 2006). Dicho proceso resulta pertinente para nuestro estudio sobre el acceso a la salud de

las personas migrantes venezolanas, porque busca comprender los fenómenos sociales desde la acción participante y a partir de la perspectiva de quienes los experimentan, poniendo el foco en la interpretación de sus vivencias (Guber, 2011). Cuando identificamos las percepciones, narrativas y contextos socioculturales, obtenemos una visión más profunda de cómo interactúan las personas con el sistema de salud.

Adicionalmente, nuestra investigación contiene un carácter exploratorio, ya que el mismo tiene la finalidad de examinar e indagar un problema o situación para proporcionar una comprensión más profunda del mismo (Guber, 2011). Quiere decir que además de la formulación de nuevas hipótesis, aplicar la metodología cualitativa con enfoque exploratorio, permite la identificación de variables y relaciones clave, que serán fundamentales para análisis posteriores (Flick, 2018; Creswell, 2014).

De manera que, el carácter exploratorio aporta un valioso contexto de análisis, para captar la complejidad de las experiencias de la población migrante, específicamente, ayuda a identificar las particularidades, caracterizar fenómenos y establecer ciertas correlaciones entre variables, aunque no se pueda deducir la causalidad entre ellas (Creswell, 2014).

Si bien no proponemos una cuantificación de variables, la definición de algunas de ellas ayuda a identificar ejes de discusión para abordar los objetivos establecidos en su realización. Así pues, atenderemos a los diferentes factores de las trayectorias migratorias y su vínculo con la salud, sumando las demandas y barreras percibidas en salud por parte de la población venezolana entrevistada.

Desde el punto de vista de la aplicación de los resultados de la presente investigación, pretendemos relevar la estructura del sistema sanitario e indagar en las experiencias de las personas venezolanas para identificar aspectos que pueden intervenir, y que no hayan sido previstos, en su acceso a la salud. Esta postura no significa que vayamos a manejar deliberadamente ninguna de las variables que interactúan.

En su lugar, hacemos un tratamiento que nos permite observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos

(Hernández Sampieri y otros, 2014). De modo que, las variables no son cuantificadas, sino que se abordan como herramientas cualitativas para la obtención de información y el análisis de los datos sobre el acceso en salud.

Dicho esto, dentro del marco de una investigación social, se prevé la caracterización del sistema sanitario y una descripción de las formas en las que personas entrevistadas se relacionan con dicho sistema; asegurando el consentimiento informado, la confidencialidad de la información y el respeto al anonimato (Denzin y Lincoln, 2011; Begoña, 2015). Basándonos en esta lógica, el enfoque cualitativo de carácter exploratorio facilita un entorno valioso para identificar particularidades y promover el desarrollo de nuevas discusiones en el ámbito del acceso a la salud por parte de la población migrante venezolana en Argentina.

Consecuentemente, se abre espacio para la formulación de nuevas hipótesis en el campo de las particularidades de la migración venezolana en la CABA, especialmente, en cuanto a la intersección entre salud y migración. Por ello, presentamos y explicitamos las tres fases llevadas a cabo en este trabajo: el diseño de la estrategia de abordaje, cómo fue la recolección y presentamos el marco analítico en el que señalaremos las variables/ejes a partir de los que organizamos interpretativamente la información que se elaboró.

3.1 El diseño y la estrategia metodológica

Para responder a cómo es el acceso en la salud pública de las personas venezolanas en la CABA desde 2015 hasta 2022, en el marco de la perspectiva cualitativa y exploratoria, se ha optado por la estrategia metodológica basada en un estudio de caso, ya que el mismo comparte el carácter exploratorio, descriptivo y explicativo (Forni, 2010; Martínez Carazo, 2006). Asimismo, el estudio de caso permite modificar, sustituir o incluir nuevas categorías (Yin, 1989) que nos faciliten identificar los aspectos relevantes en la intersección entre migración y salud dentro del presente trabajo.

El estudio de caso es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas complejas en contextos particulares. Es decir, se puede generar análisis detallado sobre casos individuales seleccionados,

comprender las interacciones entre diferentes variables y contextos, e identificar patrones o tendencias emergentes (Forni, 2010). Al mismo tiempo, conserva lo holístico, el sentido característico de los eventos de la vida real (Yin, 1989) y su elección resulta útil para generar hipótesis, refutar o confirmar una teoría.

Por lo tanto, si bien el estudio de caso se centra en ejemplos específicos, los hallazgos pueden revelar patrones y tendencias aplicables a situaciones similares. Se puede seleccionar un caso que sea relevante para profundizar en la comprensión del fenómeno en cuestión y a la vez, este caso puede ser único o representativo de un conjunto más amplio de casos.

Al aplicar esta estrategia, nos enfocamos en la búsqueda y el análisis de los distintos factores del contexto específico, como aquellas variables sociales, económicas y políticas que interactúan en situaciones concretas afectando el acceso a la salud de las personas migrantes. Es decir, entendemos que la salud y el acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas migrantes, son procesos profundamente influenciados por el contexto social, económico, político y cultural.

Paralelamente, incorporamos las narrativas personales sobre las trayectorias migratorias, las demandas en salud y experiencias de discriminación o apoyo percibidas. Además, relevamos los diversos tipos de barreras identificadas y las estrategias implementadas para superarlas, como parte de un enfoque más interpretativo y constructivista del estudio de caso (Stake, 1999).

Siguiendo la propuesta de Stake, nuestro énfasis está en la importancia de la narrativa y la comprensión profunda del contexto. Entendemos que, para lograrlo, los distintos casos deben ser vistos como historias únicas que pueden proporcionar una visión profunda sobre el acceso en salud como fenómeno estudiado.

Una de las características distintivas del estudio de caso cualitativo es que la recolección de datos suele ser variada y flexible. Dicha característica permite profundizar sobre las particularidades y el contexto específico del caso en estudio (Neiman y Quaranta, 2003).

Por lo tanto, el estudio de caso representa una estrategia holística a partir de la cual podemos incorporar las siguientes fuentes: entrevistas semiestructuradas, observación participante, análisis documental, notas de investigación, datos secundarios y fuentes estadísticas que aportan información sobre el contexto y nos permiten contrastar los hallazgos cualitativos para una comprensión integral. Al combinar múltiples fuentes de recolección, es posible triangular la información, aumentando la validez y profundidad de los hallazgos.

Para avanzar hacia la recolección de fuentes, debemos tener en cuenta que, desde el punto de vista territorial, el 70% de la población venezolana en Argentina, está radicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Además, al menos por el momento, este colectivo no se caracteriza, por tener una elevada movilidad interna fuera de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires según un reporte publicado por la Dirección Nacional de Migraciones (DNM, 2022). Entendemos que centrar nuestro estudio en la principal ciudad de atracción de la migración venezolana resulta de especial relevancia, ya que muestra una característica marcadamente urbana en este flujo. Además, ofrece un panorama más claro sobre algunas de las particularidades de este colectivo, en el contexto de las dinámicas de inserción y desigualdades que persisten en el contexto urbano.

3.2 Recolección: fuentes y técnicas

El diseño basado en un estudio de caso destaca por ser una estrategia que facilita la triangulación de datos, la validez y la elaboración de conclusiones sustentadas en la evidencia empírica (Forni, 2010). Por otra parte, si bien se basa en un enfoque cualitativo, igualmente favorece la utilización de métodos mixtos (Yin, 1981). Su uso nos permite combinar técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener la comprensión holística que mencionamos más arriba (Yin, 1989; Forni, 1993; Cantor, 2002; Gallart, 2003; Forni, 2010).

Quiere decir que, aunque nuestra investigación se sustenta en un enfoque básicamente cualitativo, dado que pretende registrar interpretaciones y conductas de personas involucradas en el fenómeno estudiado, para su

análisis se utilizarán datos cuantitativos publicados en censos, encuestas y estadísticas públicas dirigidas a captar las variadas dimensiones de nuestro trabajo y alcanzar los objetivos cognoscitivos que nos planteamos. De esta manera la recolección combina datos cualitativos y cuantitativos, en la que el diseño del caso funciona al mismo tiempo como un asunto de muestreo.

Respecto al muestreo, es preciso aclarar que más que una muestra representativa, lo que nos interesa son los conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes (Yin, 1989; Stake, 1999). En este sentido, utilizamos distintos conceptos que clasificamos con el fin de capturar y entender los significados, las razones y percepciones que envuelven el movimiento migratorio estudiado.

Con base en estos postulados, el registro de los datos en esta investigación se realizó echando mano de una triangulación de fuentes (Cantor, 2002), como técnica dirigida a integrar al análisis cualitativo, informaciones provenientes de registros institucionales, archivos, cuestionarios, entrevistas y observaciones.

Resulta importante tener en cuenta que el proceso cualitativo no es lineal ni lleva una frecuencia como es el caso cuantitativo. Por el contrario, se reconstruyen continuamente durante el desarrollo de esta, en el campo de acciones que se yuxtaponen, son interactivas o recurrentes (Hernández Sampieri y otros, 2014). Al aplicar la técnica de triangulación de diversas fuentes de información (Cantor, 2002), consideramos las contribuciones científicas relacionadas con la temática de la migración y salud, los datos estadísticos, documentos oficiales e institucionales que incluyen a la población migrante. Además, incluimos la entrevista y la observación directa en la población venezolana.

De manera específica realizamos la revisión documental como soporte bibliográfico vinculante al tema de estudio. Dicho soporte lo constituye el marco teórico descripto, sobre el abordaje de la migración venezolana como fenómeno emergente en el marco de los fenómenos migratorios sur-sur, la

relevancia que adquirió para las organizaciones internacionales nacionales, los estudios académicos en diferentes países.

Se prestó atención al acceso a derechos sociales por parte de las personas migrantes, así como el rol de las instituciones y los distintos niveles de acción del Estado en términos de protección social mediante la regularidad del MERCOSUR, el acceso a la salud y las desigualdades o barreras percibidas en el acceso. Asimismo, efectuamos un abordaje exhaustivo de la literatura existente sobre el tema de la migración y la salud e identificamos áreas de vacancia, conceptos clave, teorías y estudios previos que hayan abordado problemas similares.

Con base en estas herramientas teóricas y atendiendo al concepto de acceso amplio (Ballesteros, 2014), entendido como el acceso igualitario a los servicios básicos (salud, educación, vivienda y empleo), así como el reconocimiento, respeto de la identidad cultural y la caracterización del sistema de salud (Tobar, 2015) es que analizamos los relatos obtenidos a través de las entrevistas.

En el relevamiento, nos enfocamos sobre las necesidades de salud, la estructura social, así como los factores demográficos (sexo y edad); biológicos asociados con el estatus social, los recursos y las habilidades para afrontar problemas (nivel educativo, clase social); y culturales (información, creencias, concepción de salud) para lograr una muestra heterogénea y así, considerar las múltiples aristas de la temática que estamos abordando.

Como fue señalado en el capítulo precedente en cuanto a las barreras, asumimos la definición que da cuenta de “la existencia de mecanismos formales o informales que obstaculizan, demoran y problematizan su ejercicio práctico” (Solar, 2019). Es decir, indagamos en todos aquellos aspectos percibidos como desigualdades y que se identifican como formas de exclusión. Así como también las características del sistema de salud.

A continuación, presentamos las categorías a partir de las cuales definimos los criterios específicos a analizar en el contexto de esta investigación. Dichas categorizaciones las utilizamos como una guía para la recolección de datos, la interpretación y procesamiento de nuestro marco

analítico, en torno a la migración venezolana en Argentina y su acceso a la salud en la CABA.

Cuadro N°1. Categorías analíticas relacionadas con el origen de la migración

Categoría	Definición	Criterios para la operacionalización
Calificaciones educativas obtenida en origen	Se refiere a la población que cuenta con calificaciones personales (educativas y laborales)	<p>Nivel escolaridad: Ubicar dentro del nivel educativo (universitaria, posgrado)</p> <p>Ocupación: Identificar la ocupación actual y el sector económico al que pertenece (tecnología, salud, ingeniería, etc.).</p> <p>Condiciones laborales: Relevar las condiciones laborales (remuneración, beneficios, derechos laborales-acceso a seguridad social-prepaga).</p>
Motivos y condiciones de la migración	En el abanico de explicaciones del movimiento migratorio venezolano, identificar la variedad de motivos y las condiciones del movimiento migratorio (que puede involucrar el uso de la fuerza, la compulsión o la coerción. En muchos casos no eligen su destino, sino que se ven obligados a abandonar su hogar para garantizar su seguridad (OIM, 2018; Gandini, L., Prieto, V., & Lozano, F. (2019)	<p>Motivos para migrar: Identificar las razones que llevaron a la migración (conflicto armado, persecución política, desastres naturales, crisis humanitarias) e Indagar sobre la existencia de un proyecto migratorio.</p> <p>Estado legal: Indagar sobre la situación migratoria (refugiados, solicitantes de asilo, desplazados internos).</p> <p>Condiciones de vida: Analizar las condiciones de vida (acceso a servicios básicos, salud).</p> <p>Redes de apoyo: Examinar la existencia e importancia de redes de apoyo (organizaciones, asociaciones, comunidades locales, familias).</p> <p>Valoración del proceso migratorio: Analizar el grado de reintegración en la comunidad de acogida y las estrategias de adaptación utilizadas por los migrantes.</p>

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro N°1, presentamos las categorías aplicadas para la realización de las entrevistas cualitativas, teniendo en cuenta algunas condiciones particulares marcadas por el origen de este movimiento, que actúan como barreras bien sea culturales o socioeconómicas, permeando el tratamiento y el acceso a la atención sanitaria. Estas barreras impactan en la interacción de las personas migrantes con el sistema de salud, además,

condicionan las estrategias de empleadas para saltar obstáculos administrativos y estructurales. En atención a la pluralidad de factores, se interpretan las respuestas obtenidas en la investigación, permitiendo una aproximación más integral a la problemática del acceso a la salud en el contexto migratorio venezolano.

Para estudiar el acceso a partir del reconocimiento incorporamos el factor normativo y cultural (Fraser, 2003). Como principal fuente legal de reconocimiento, tomamos el reconocimiento de la Ley N° 25.871. Luego, exploramos el contenido de las políticas y los programas de salud en el ámbito nacional y local seleccionado (CABA).

Dentro de los documentos oficiales e institucionales relevados, seleccionamos aquellos relacionados con la normativa aplicable a la población venezolana, atendiendo a criterios sobre la regularidad migratoria del MERCOSUR, reconocida en Argentina en términos de la protección que brinda dicho Acuerdo, establecida en la Disposición 594/2018⁷, emitida por la Dirección Nacional de Migraciones.

Asimismo, este relevamiento se sostiene sobre el marco legal vigente durante el período estudiado e integra la normativa y los decretos que impactan en la protección social de este colectivo migrante. Dicho relevamiento vinculado con la normativa lo separamos por ámbitos, nacional e internacional.

Desde el ámbito nacional, incorporamos el comunicado publicado sobre IV Reunión técnica internacional sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región celebrada por la OIM, ACNUR, la Cancillería argentina y la DNM, en la que se define la necesidad de brindar asistencia y nuevas herramientas de integración a la migración venezolana en el continente⁸.

⁷ El Boletín Oficial de la República Argentina sobre Legislación y Avisos Especiales, puede consultarse en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/178907/20180216>

⁸ Avance de la gestión regional sobre la población venezolana, publicado por la Jefatura de Gabinete de ministros, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/avances-en-la-gestion-regional-de-los-migrantes-venezolanos>

Otros instrumentos normativos nacionales relevados son: la Disposición 594/2018 que autoriza medidas operativas y administrativas, sobre los trámites migratorios cuando les falten recaudos documentales exigibles para la regularidad. Aquellos cuyo eje de acción fueron la convalidación de títulos académicos como la Resolución E 230/2018 y la Resolución 232-E/2018.

Además, incorporamos la Disposición 520/2019 que atiende a los acuerdos sobre concesión de residencia o alternativamente visados o mecanismos migratorios laborales. Agregamos la Nota de orientación para la población venezolana/2019 ya que aborda la necesidad de protección bajo la Declaración de Cartagena.

Por último, la Resolución 1891/2021 relacionada con el régimen especial de regularización para niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos, con lo cual realizamos nuestro cierre en cuanto al relevamiento normativo para introducir información proveniente de otras fuentes.

Cuadro N°2. Documentos analizados de la normativa argentina implementados hacia la población venezolana

Momento	Normativa	Medida
I	Disposición 594/2018	Autoriza medidas operativas y administrativas, en torno a los trámites migratorios cuando les falten recaudos documentales exigibles para la regularidad.
	Resolución E 230/2018	Autoriza la convalidación de títulos diplomas o grados académicos universitarios.
	Resolución 232-E/2018	Reconoce estudios de la educación obligatoria provenientes de Venezuela.
II	Disposición 520/2019	Considera acuerdos para la concesión de residencia o alternativamente visados o mecanismos migratorios laborales. Con ello, se activó el Programa de Asistencia a Migrantes Venezolanos.
	Nota de orientación para la población venezolana M3:O132019	Establece el principio de la no devolución y necesidad de protección bajo la Declaración de Cartagena.
III	Resolución 1891/2021	Establece un régimen especial de regularización para niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos.

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, relevamos información publicada por la OIM en donde se resalta y declara la crisis migratoria venezolana la Declaración Conjunta UE, OIM y ACNUR del 2019⁹. También la Resolución 2/18 con la cual CIDH y la OEA incorporan el término de migración forzada y la necesidad de proteger sus derechos humanos en los países de acogida¹⁰.

También, revisamos el Plan de Respuesta Regional de la OIM (2021-2022) en el que se impulsa la idea de crisis migratoria venezolana, sobre el que se basa el diseño de estrategias conjuntas para su abordaje, basado en la asistencia humanitaria, la protección de migrantes y el fortalecimiento de la inclusión social y económica¹¹.

Este relevamiento documental se procesa en articulación con datos estadísticos, de los que principalmente tomamos los proporcionados por la OIM y la DNM.

De la OIM relevamos las distintas rondas estadísticas publicadas en el sitio web oficial de este organismo, con información sobre la migración venezolana en Argentina.

La información se enmarca en el período 2018-2022 y proporcionan caracterizaciones continuas, actualizadas sobre los ingresos al país y las condiciones del desplazamiento.

⁹ En esta Declaración los participantes pusieron de relieve la necesidad de un mecanismo de cooperación que involucre a los Estados donantes, instituciones internacionales financieras y a otros actores relevantes. También reafirmaron el rol de la Plataforma Regional de Coordinación liderada por el ACNUR y la OIM como el mecanismo de coordinación para responder a la crisis de refugiados y migrantes de Venezuela. Se puede consultar en: <https://www.iom.int/es/news/declaracion-conjunta-ue-oim-y-acnur-conferencia-internacional-de-solidaridad-sobre-la-crisis-de-refugiados-y-migrantes-de-venezuela>

¹⁰ La CIDH y la OEA resaltan la grave crisis política, económica y social de Venezuela junto con múltiples y masivas violaciones a derechos humanos como las principales causas de la migración forzada de personas venezolanas. El informe completo está disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-2-18-es.pdf>

¹¹ En este Plan de Respuesta, se define al movimiento venezolano como el mayor flujo de personas refugiadas y migrantes en la historia de la región. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/document/rmrp-2022-espanol>

Cuadro N°3. Relevamiento de las rondas estadísticas.

Ronda	Año	Datos
1	2018	Primera ronda del Monitoreo de Flujo de Población Venezolana, implementada para caracterizar a los migrantes que ingresan al país y las condiciones de su desplazamiento.
2	2019	Se amplió el análisis con un enfoque en las condiciones de vida y necesidades de la población venezolana en Argentina.
3	2020	Continuó la recolección de datos, incluyendo aspectos socioeconómicos y el impacto de la pandemia de COVID-19 en la migración
4	2021	Se enfocó en el monitoreo de flujos migratorios y la situación de salud y bienestar de los migrantes.
5	2021	Profundizó en las características demográficas y socioeconómicas de los migrantes venezolanos en Argentina.
6	2021	Evaluó las rutas migratorias y las necesidades de asistencia humanitaria de la población venezolana, así como el impacto de la COVID-19 en sus condiciones de vida
7	2022	Analizó la situación de los migrantes, centrándose en su integración y acceso a servicios básicos.
8	2022	Continuó con el monitoreo, considerando factores como el empleo y la educación entre los migrantes.
9	2022	Revisó aspectos de la migración forzada y la protección de derechos.
10	2022	Profundizó el tema sobre la situación de vulnerabilidad y los desafíos enfrentados por los migrantes en Argentina.
11	2022	Evaluó el impacto de las políticas públicas sobre la migración venezolana y las respuestas de las comunidades.
12	2022	Analizó los efectos de la situación económica en la vida de los migrantes.
13	2022	Incluyó un alcance territorial más amplio y consideró las características de la migración en diferentes provincias argentinas.

Fuente: Elaboración Propia- OIM 2018-2022

En cuanto al relevamiento estadístico, es preciso señalar que uno de los principales desafíos para el estudio de la migración internacional en general y de la venezolana en particular, es la disponibilidad de datos estandarizados que provean información sobre los patrones o comportamientos de la población migrante. Esto quiere decir, que las fuentes oficiales utilizadas, manejan una nomenclatura e implementan metodologías distintas para el cálculo del flujo migratorio. Por esto, dichas cifras no son

comparables entre sí e incluso la propia categoría “migrante” es operacionalizada de manera diferente.

Por otra parte, incorporamos datos estadísticos que se basan en el relevamiento del Censo 2022¹², bajo las nomenclaturas de población nacional y extranjera. De este Censo, recabamos las cuestiones vinculadas con el sistema sanitario, en cuanto indicadores de la salud en él relevados. Estos datos los analizamos teniendo en cuenta el modelo propuesto por Tobar (2015) que plantea tres niveles de abordaje: nivel político, de gestión y técnico. Primero, referido con las cuestiones sobre las prioridades de política pública y la estructura del sistema sanitario. Segundo, desde el financiamiento, la distribución de recursos y la cobertura. Tercero, a partir de los aspectos asistenciales e impacto del sistema sanitario, en términos de utilización de los servicios por parte de la población venezolana entrevistada (Tobar, 2015).

En el cuadro N°4 incorporamos las variables e ítems a relevar tomando en cuenta cada nivel de análisis propuesto.

Cuadro N°4. Variables relacionadas con el acceso en salud

Nivel de análisis	Variables	Ítems
Político	Regulación/ Control Estatal/Modelo de política	Legislación nacional y local
		Lineamientos políticos inclusión exclusión
		Prioridades y enfoque de la política
		Estructura, organización
Gestión	Financiamiento/Distribución de recursos/ Servicios ofrecidos/Oferta	Recursos
		Programas de salud
		Tipo de cobertura de salud
Técnico	Asistencial/ Demanda/ Estado de salud	Modelo de atención
		Demandas expresadas/servicios utilizados

Fuente: Elaboración Propia- Tobar (2015)

¹² Relevamos los resultados definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (Censo 2022), publicados por el INDEC. Nos enfocamos específicamente en dos apartados: Migraciones/ salud y previsión social. Estos datos están disponibles en: https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_total_pais/

Aunque este modelo tiene el objetivo de evaluar el impacto de la política en salud, en nuestro análisis sobre el acceso nos ayuda a analizar las dinámicas sociales, económicas y de políticas públicas que enmarcan el sistema de salud argentino e impactan en la demanda, uso de atención sanitaria y en la salud de la población estudiada.

A partir de nuestro análisis proporcionamos una lectura sobre el sistema sanitario e incorporamos indicadores sobre morbilidad o estado de salud de la población extranjera. Además, este enfoque metodológico nos permite comprender de manera integral cómo los factores sociodemográficos y culturales interactúan con dichos indicadores e influyen en el acceso y la calidad de los servicios de salud para la población migrante venezolana en la CABA, proporcionando una base sólida para el análisis del sistema sanitario. Principalmente, nos enfocamos en las estadísticas publicadas en las páginas oficiales del gobierno nacional¹³ y de la CABA¹⁴. Es decir, la información cuantitativa la articulamos con distintos datos estadísticos provenientes de fuentes públicas.

Entre otras fuentes que aportan datos cuantitativos, está la encuesta sobre sobre población migrante¹⁵ del año 2020 que tampoco cuenta con representatividad estadística, pero es uno de los pocos relevamientos específicamente dirigidos a la población migrante.

Complementamos la información con otros análisis y procesamientos que contienen información sobre la salud de la población, específicamente, con indicadores sobre la cobertura o la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población en general, especialmente la migrante¹⁶. En este

¹³ Más sobre los Indicadores en Salud, proporcionados en la página web Argentina.gob.ar <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/indicadores>

¹⁴ Estadísticas de salud disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=318>

¹⁵ El documento metodológico de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA) se puede consultar en la web a través del siguiente link: <https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/141/2021/05/Documento-metodologico-ENMA-web.pdf>

¹⁶ Nos referimos al documento elaborado por Renaper y la Dirección Nacional de Población disponible en la web Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/interior/renaper/estadistica-de-poblacion/estudio-sobre-migracion-venezolana-reciente-en-argentina>

marco, tomamos un documento publicado por la DNM (2022) con datos oficiales sobre el acceso a la salud de la migración venezolana¹⁷.

Basados en el diseño metodológico seleccionado, entendemos que “no existe una fuente única en la investigación cualitativa” (Begoña, 2015). En concordancia con lo ya señalado, a través de la triangulación de fuentes (Cantor, 2002), proponemos una aproximación integral y un análisis holístico a partir de la combinación de fuentes y técnicas de recolección que favorecen la observación de campo cercana a la investigación participante. Reiteramos que nuestro enfoque atiende de manera principal, a un ejercicio de interpretación y de cómo ésta se expresa en observaciones, juicios subjetivos, análisis y resúmenes.

Dicha propuesta implica un procedimiento disciplinado en el que nos enfocamos en las diferencias sutiles, la secuencia de acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones personales (Martínez Carazo, 2006; Forni, 2010). Una manera de lograrlo es a partir de la cercanía con el fenómeno de estudio para observar, descubrir, interpretar y comprender la realidad social. Bajo el rol de observador dirigimos preguntas estableciendo relaciones inesperadas o previstas, tomando distancia de la explicación causa y efecto conforme con la dinámica de un estudio de caso, en la que no existe un momento determinado para el análisis.

Las observaciones en nuestro caso consistieron en recopilar información de primera mano sobre la relación entre las personas venezolanas entrevistadas y los servicios de salud. De manera concreta nuestro trabajo observacional se divide en tres momentos. El primero inició a finales del 2019, con la participación de dos actividades de integración desarrolladas por la Institución Fernando Ulloa¹⁸ en conjunto con la Secretaría de Derechos Humanos.

¹⁷ Este estudio sobre la población venezolana aborda a la población arribada entre 2014 y 2020, a partir de la articulación entre los aspectos jurídicos, sociales, económicos, culturales y afectivos. Se puede leer en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/12/estudio_venezuela_202312.pdf

¹⁸ Esta institución es una Asociación Civil dedicada a la Asistencia y a la Docencia en Psicoanálisis abierta a la comunidad. Más información en:

<https://www.institucionulloa.com.ar/institucional/>.

A partir de mi participación como usuario de esta Institución, en dichas actividades nos enfocamos en documentar reacciones subjetivas como emociones, temores, percepciones expresadas en torno al trayecto migratorio, las motivaciones y experiencias relacionadas con la salud. En los distintos momentos presenciados nos concentramos en las interacciones, los comentarios espontáneos y otras impresiones cualitativas, que luego fueron tomadas en cuenta en la instancia de las entrevistas y su procesamiento.

Un segundo momento se lleva a cabo una vez declarada la emergencia sanitaria del COVID-19. Dicha emergencia llevó a que, la selección de estrategias, fuentes y técnicas de investigación se fueran ajustando, conforme al contexto de pandemia y la consecuente etapa de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) que impactaron en las dinámicas sociales en todo el mundo. En ese momento, establecimos algunos ajustes para incorporar el nuevo elemento y avanzar en nuestro estudio de campo con la realización de entrevistas durante el 2020. Al versar sobre la salud, en nuestra investigación fue insoslayable la introducción de la pandemia en el abordaje, por lo cual dedicamos en un capítulo a ello.

Durante el 2020 pudimos participar en varias actividades de integración social y laboral, impulsadas por la OIM y algunas asociaciones venezolanas como Psicoven. Todas estas actividades asumieron un formato digital. Dentro de estos espacios de las plataformas digitales, establecimos vínculos con las personas que luego fueron contactadas por teléfono, vía WhatsApp. Luego formamos grupos de conversaciones relacionados con temas que, si bien exceden el ámbito de esta investigación, permitieron un acercamiento cercano, propicio para establecer canales de confiabilidad previa a la implementación de las entrevistas.

El tercer momento fue durante el 2021, luego de levantadas las restricciones de aislamiento preventivo establecidas durante la pandemia.

De manera específica durante el 2019 este Centro desarrolló un conjunto de actividades de apoyo psicosocial a las personas migrantes venezolanas.
<https://argentina.iom.int/es/news/se-desarrollo-un-ciclo-de-capacitacion-sobre-salud-mental-y-apoyo-psicosocial-para-personas-migrantes>

Aquí retomamos la participación en algunas actividades impulsadas por la OIM y reestablecimos puntos de encuentros con las personas entrevistadas. El objetivo fue retomar las observaciones de campo desde una mirada cercana y contextual, que permitieran aclarar puntos o realizar nuevas entrevistas. Los encuentros fueron variados y con fines diversos, desde las actividades de yoga, reiki desarrolladas por personas migrantes venezolanas en su proceso de crear vínculos y generar espacios de encuentro; hasta talleres de duelo migratorio e inserción laboral organizados por Psicoven y la OIM.

Nuestro registro buscó identificar las dificultades experimentadas por este grupo para acceder a la atención sanitaria, incorporando el contexto de la pandemia. Por ejemplo, prestamos atención en los comportamientos y prácticas que fueran comunes en torno a la atención médica, en la manera y frecuencia en que solicitan turnos, cuales documentos presentaban, la forma de comprender y referirse a las indicaciones médicas. También buscamos precisar cuándo algún factor denotaba alguna expresión o apreciación de dificultad, ya sea en cuanto a la comunicación, los requisitos exigidos, a nivel de prejuicios o en su defecto, aquellos factores percibidos como facilitadores.

En líneas generales, buscamos tener una lectura sobre cómo este grupo se integra, participa en los circuitos de atención y se expresa sobre las barreras que percibe en el acceso a los servicios sanitarios. A lo largo de este proceso, registramos si se mostraban cambios en el estado de ánimo al referirse a la atención médica o algún otro aspecto que, si bien no son transferibles a las entrevistas, sí conforman un insumo valioso para nuestro análisis, pues nos mostraban conductas, percepciones o gestos que revelan similitudes y diferencias respecto de los testimonios recabados. Dichos aspectos ayudan a la comprensión de la experiencia de la población estudiada.

En este sentido, entendemos que al igual que la entrevista, la técnica de observación también ayuda a construir relaciones de confianza para comprender una identidad que se forma y se transforma a través de interacciones sociales (Guber, 2011). De modo que, con la implementación de la entrevista y la observación, nos propusimos indagar, observar y participar activamente en los espacios digitales que se estaban habilitando en

el momento. Dichos canales nos permitían entender las dinámicas sociales, culturales y económicas que enfrenta la población en estudio.

De esta manera tuvimos una inmersión profunda sobre varios asuntos que aquejaban a esta población durante el tránsito de la pandemia. Además, durante las distintas conversaciones pudimos establecer conexiones con el contexto social y cultural que les identifica. Con estas dinámicas, nos introducimos en la reflexividad de Bourdieu (2006), para explicar la manera en cómo el origen social y las experiencias personales influyeron en nuestra forma de interactuar con el grupo estudiado, desde distintos espacios y en diferentes momentos.

Retomar a Bourdieu para aplicar la observación y las entrevistas basadas en nuestra propia participación, nos proyecta con un papel clave de reconocimiento y posicionamiento respecto a nuestro origen, género e incluso, trayectoria académica. También quiere decir que las ideas preconcebidas influyen en el objeto observado y en las interpretaciones de la información obtenida a partir de las entrevistas. Principalmente, el origen venezolano facilitó la inserción en el campo de estudio y la participación de los distintos espacios habilitados, aportando un ejercicio autorreflexivo sobre la condición migrante, el acceso a la salud y los factores migratorios.

La aproximación e interacción con las personas se hicieron dentro del marco de relaciones entre iguales, en el que también se expusieron reacciones, sentimientos y resistencias propias de nuestro ejercicio investigador.

En conjunto, la reflexividad bourdieuana nos llevó a sumergirnos como parte del objeto de estudio y a reconocer que la producción de conocimiento cualitativo no es aséptica ni se reduce a recopilar datos “desde fuera”. Por el contrario, se construye en la interacción y en el acto de reflexionar sobre la propia práctica, las relaciones de poder y los condicionamientos del campo investigado. De este modo, nuestra participación responde a cómo te “estudias a ti mismo” y, en paralelo, reflexionas sobre el contexto y los participantes, con el fin de aportar una comprensión más amplia sobre el caso explorado.

Incorporamos ambas técnicas, la entrevista y observación, como herramientas clave para avanzar en el conocimiento de la trama sociocultural, pero muy especialmente para profundizar en la comprensión de los significados y puntos de vista de los actores sociales, a través de un encuentro dialógico mediante el uso de distintos tipos de preguntas (descriptivas, de ejemplos, de experiencias).

Teniendo en cuenta que gran parte de nuestros encuentros implicaron un formato virtual, en las entrevistas hicimos uso del recurso permanente de pedir aclaraciones, ampliaciones sobre muchos de los aspectos, expresando nuestro interés y permitiendo generar un clima y una dinámica indicada para garantizar la fecundidad del encuentro (Mallimaci y Giménez, 2006).

Con el uso de ambas técnicas de recolección, obtuvimos información detallada sobre las experiencias individuales de las personas migrantes seleccionadas, en relación con el acceso a la salud, además respecto a la pandemia, un contexto en el que el tema de la salud impactaba las subjetividades y movía las fibras de la población en general.

Es importante aclarar que, con la aplicación de un estudio de caso, no proponemos inferir a partir de ellos las características de la totalidad de unidades no estudiadas. Los casos tampoco se leen como unidades de análisis de una muestra, por ello son elegidos debido a su relevancia.

Para definir a nuestro grupo de interés, realizamos una selección que responde al tiempo en el que registra el crecimiento que ha tenido la población migrante venezolana en Argentina y su mayor concentración en la CABA. La muestra seleccionada corresponde a un grupo específico de la comunidad venezolana en Argentina, considerando diferencias significativas en torno a los ejes mencionados.

A su vez, para definir nuestro grupo de interés, identificamos similitudes en dos aspectos clave: su residencia en la CABA y el año de llegada a Argentina entre los años 2015 y 2022 (Cuadro N°5). Además, el instrumento de recolección de datos sistematizó la información en función de variables como edad, género, nivel educativo, estatus migratorio e inserción laboral.

Cuadro N°5. Listado de informantes clave

Id	Edad	Sexo	Nivel educativo/Profesión	Año de llegada	Empleo
1	57	Femenino	Enfermera	2019	Cuidado
2	38	Femenino	TSU RRHH	2016	Informática
3	57	Femenino	TSU RRHH	2019	Ama de casa
4	26	Femenino	Psicología	2017	Estudiante
5	65	Masculino	Matemático	2015	Tareas del hogar
6	38	Femenino	Ingeniería ambiental	2015	Asistente de proyecto
7	28	Femenino	Psicología	2017	Sistemas
8	57	Femenino	Profesora Secundaria	2018	Cuidado
9	40	Femenino	Enfermera	2019	Cuidado
10	31	Femenino	Bioanalista	2018	Estética
11	39	Femenino	Administración de empresas	2018	Cosmetóloga
12	36	Masculino	Traumatólogo	2018	Médico
13	52	Femenino	Psicología	2019	Reclutadora IT
14	54	Femenino	Comerciante	2017	Cuidado
15	59	Masculino	Ingeniería telecomunicaciones	2019	Profesor de inglés freelance
16	28	Masculino	Médico general	2021	Médico
17	30	Femenino	Odontología	2018	Estética
18	52	Masculino	Enfermería	2019	Cuidado
19	39	Femenino	TSU RRHH	2016	Asistente administrativo
20	58	Femenino	Trabajadora Social	2019	Limpieza

Fuente: Elaboración Propia.

Tal como especifica el cuadro N°5, la selección de los participantes basada en los criterios especificados nos permite abordar las diferentes experiencias y percepciones de la población estudiada. La variedad en la selección nos permite explorar aspectos de su trayectoria migratoria, las principales motivaciones y los desafíos particulares en torno a su inserción social y el acceso a los distintos derechos.

Sobre el acceso en salud, recopilamos información en torno a las demandas y necesidades expresadas, los requisitos exigidos, las problemáticas encontradas y la percepción sobre la atención recibida. También se identifican estrategias y modalidades de respuesta por parte de la población migrante estudiada. En este sentido, avanzamos con un muestreo intencional para seleccionar a los participantes del estudio, teniendo en cuenta los criterios descritos en el Cuadro N°5.

Una vez iniciado el trabajo fue interesante reconocer que no sólo se trataba de “usuarios” sino también de “prestadores de salud”. En total se llevaron a cabo 20 entrevistas, mediante contactos establecidos en grupos virtuales, redes sociales y a través del método de bola de nieve. Se contó con el consentimiento informado de las personas entrevistadas, con garantía sobre el anonimato de las fuentes y confidencialidad en los informes y análisis correspondientes.

Para implementar las entrevistas definimos variables dirigidas a captar la percepción y recabar información sobre los obstáculos, las brechas y los requisitos para el acceso. Por lo tanto, el instrumento sistematiza los datos del perfil y registra información a partir de las variables relacionadas con las demandas, necesidades con los obstáculos percibidos por las personas entrevistadas. Se acompañó con una guía de preguntas sobre la percepción que tiene esta población migrante sobre el acceso a la salud pública. La percepción se entiende como la actividad cognoscitiva que se relaciona con el almacenamiento de información y habilidades para: clasificar, seleccionar, simplificar, abstraer, analizar y sistematizar la información recibida (Liberona y Mancilla, 2017).

La percepción se registra como opiniones sobre la disponibilidad de servicios de salud, la asequibilidad económica, la aceptabilidad cultural o social, aunado a cuestiones relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios. Hacemos énfasis en el suministro de información y en la valoración general del servicio, en términos de diferencias percibidas como barreras para el acceso.

Específicamente en la salud, atendemos al concepto de vulnerabilidad estructural antes referido (Juárez, Márquez y otros, 2014), además articulado con las dificultades relacionadas con las condiciones de vida, empleo y aspectos socioeconómicos. También relacionamos la vulnerabilidad estructural, con el riesgo de padecer nuevas patologías asociadas con las condiciones laborales que las personas entrevistadas desempeñan.

A continuación, presentamos el cuadro N°6, en el cual transcribimos el guion de entrevista semiestructurada que aplicamos.

Cuadro N°6. Guion de la entrevista

Guía para la entrevista	
Ítems	Preguntas
Datos personales	Edad: Sexo: Femenino Escolaridad:
Historia migratoria	¿Desde hace cuánto tiempo está en Argentina? ¿Por qué decidió venir para aquí? / ¿qué esperaba encontrar aquí? ¿Cómo llegó Argentina? Captar la diferencia de viajar por tierra o aire. ¿Tenía redes de compatriotas o familiares aquí? ¿Tiene DNI? ¿Cuál es su situación documentaria? ¿Tuvo algún inconveniente durante el trayecto hasta Argentina? ¿Cómo fue el proceso de regularizarse? ¿Tuvo algún inconveniente? ¿Cómo es el proceso de inserción laboral en Argentina? ¿Qué factores facilitan la inserción laboral? ¿Qué factores dificultan la inserción laboral? ¿Es posible que las personas venezolanas sean consideradas de un modo especial cuando son contratadas? ¿Por qué? ¿Cuál es su ocupación actual? ¿es igual o diferente a la ocupación en Venezuela?
Datos de la solicitud de atención y acceso a la salud	¿Su ocupación en Venezuela facilitaba su acceso a salud? ¿Posee algún plan de salud, OS o prepaga? ¿Podría decirme si usted padece algún tipo de enfermedad o condición preexistente que requiera chequeo médico continuo?
Principales demandas de atención en salud	En el último año, ¿acudió a algún servicio de salud? ¿Si NO, preguntar cuál fue la causa para no asistir? ¿A cuál(es) tipos de consulta acudió? ¿Consultó con obra social? ¿Prepaga? ¿Hospital? ¿Cuánto tiempo tarda solicitar un turno de atención?

	<p>Podría decirme cuáles son los requisitos que le han solicitado para ser atendido</p> <p>¿Acudió a alguna consulta de control previa?</p> <p>Lo pudo hacer en el mismo lugar/subsistema?</p> <p>¿Le solicitaron estudios?</p> <p>¿Cómo valoraría la información que le suministraron sobre la enfermedad/padecimiento/tratamiento?</p> <p>¿Recibió información sobre el tratamiento?</p> <p>¿Consiguió los medicamentos en el mismo sitio de atención?</p> <p>¿Cómo valoraría su nivel de comprensión sobre la información que le ofrecieron?</p> <p>¿Cuáles serían las diferencias que usted percibiría entre el sistema de salud argentino y el venezolano?</p> <p>¿Cuáles serían las diferencias que usted percibiría entre la atención médica argentina y la venezolana?</p> <p>¿Cuáles serían las diferencias que usted percibiría entre el acceso a los recursos estudios/cirugías/medicamentos/prótesis entre el sistema de salud argentino y la venezolana?</p>
Obstáculos percibidos	<p>Me gustaría saber si ha encontrado dificultades al momento de requerir atención en algún servicio de salud ¿cuáles?</p> <p>¿Resolvió alguna de las dificultades mencionadas?</p> <p>¿cómo?</p> <p>En general, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para ser atendido?</p> <p>¿Cuáles son las principales problemáticas para atenderse?</p> <p>Durante el proceso de atención, ¿sintió algún tipo de discriminación o prejuicio por su nacionalidad? Si la respuesta es sí, ¿conoce casos de discriminación hacia otras nacionalidades en el sistema de salud? ¿por parte de quién?</p> <p>Podría decirme si percibió alguna diferencia entre la atención dirigida a personas extranjeras (de diversas nacionalidades) y personas argentinas.</p> <p>¿Conoce los derechos de las personas migrantes para el acceso a la salud pública?</p> <p>En general, qué ventajas y desventajas describiría sobre su vida/proyecto/ lo que buscaba al migrar a Argentina su trayectoria de instalación en Argentina, ¿por qué?</p> <p>¿qué balance hace de la migración a Argentina?</p>
Observaciones/Propuestas	<p>¿Cuáles serían las condiciones óptimas al momento de atenderse en el sistema de salud público?</p> <p>¿Le gustaría agregar algún dato o información que considere relevante para esta investigación?</p>

Fuente: Elaboración Propia.

Por su parte, en términos de la caracterización de la demanda, revisamos si existe alguna prevalencia de enfermedades preexistentes, crónico-degenerativas, vinculadas con las principales causas de muerte identificadas en la población argentina (Molina, 2019).

En cuanto a la caracterización de la demanda, tomamos en cuenta los indicadores objetivos y subjetivos (Rodríguez, Schiavone, Seoane y Ríos, 2015) en términos de recursos, cobertura, nivel educativo, condición laboral junto con otros factores contextuales que nos permiten caracterizar la demanda al sistema sanitario argentino por parte de la población entrevistada.

Caracterizar la demanda nos permite entender si el modelo sanitario estudiado, tiene una expresión sobre las enfermedades de las personas migrantes venezolanas, además si dicha demanda se expresa en el uso de servicios sanitarios especializados, o porque requieren procedimientos más costosos.

En su conjunto, el análisis en torno a la demanda en salud nos permitirá identificar barreras administrativas, de regularidad, culturales entre otras que enmarcamos bajo el concepto de las múltiples desigualdades (Jelin, 2021). Asimismo, nos permitirá identificar cuándo el origen, la clase social y la inserción laboral impactan las experiencias de acceso en salud de las personas venezolanas entrevistadas.

Reflexionamos sobre la relación que tiene el tipo de empleo en el acceso a la salud, lo cual representa una barrera que incide tanto en la población nacional como en la extranjera. En el caso particular de la población venezolana, este impacto lo analizamos a partir de la prevalencia de nuevas enfermedades o agudización de patologías preexistentes asociadas con las nuevas tareas desarrolladas en trabajos generalmente precarizados.

En el cuadro N°7 describimos los aspectos que guían el proceso de caracterización de la demanda en salud por parte de la población venezolana.

Cuadro N°7. Factores para caracterizar la demanda en salud de la población migrante venezolana en la CABA

Tipo demanda/ atención	Descripción	Ámbito de análisis
Demanda por condiciones preexistentes/ Atención Médica Especializada	Identificamos la población con patologías preexistentes que requieren tratamiento específico continuo, como enfermedades crónicas como la existencia de condiciones de hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares o condiciones autoinmunes.	Analizamos la capacidad de acceso al sistema de salud argentino, especialmente a través al revisar las opciones de continuidad de los tratamientos.
Demanda preventiva/Atención Preventiva y Asociadas con la Situación Migratoria	Relacionamos este tipo de demanda con la atención primaria y la prevención de enfermedades. En este nivel incorporamos necesidades específicas derivadas del trayecto migratorio o del proceso de adaptación.	Analizamos el carácter de los servicios de atención primaria y la promoción de programas preventivos adaptados a las características de esta población.
Demandas Vinculadas con el Trabajo Informal	Reconocemos el impacto de la precariedad laboral y la falta de regulación en los empleos informales sobre la salud de las personas migrantes trabajadoras.	Analizamos en términos de la ausencia de acceso a seguridad social y la dependencia del sistema público. Las diferencias por tipo de cobertura y condicionamientos por la condición laboral que refuerzan las desigualdades estructurales y aumentan la vulnerabilidad de este grupo.

Fuente: Elaboración Propia.

Las dinámicas analizadas incluyen los patrones de trabajo, las demandas y las formas culturales que se manifiestan en diferencias sobre la concepción de la enfermedad, la salud y la atención. En este caso, aplicamos el concepto de vulnerabilidad estructural (Piñones, Liberona y Leiva, 2021) que integra categorías como clase social, que vinculamos con el nivel formativo, el género, estatus legal migratorio y la nacionalidad.

Nuestro análisis sobre el acceso en salud por parte de la población migrante venezolana en la CABA considera, en primer lugar, que las condiciones particulares de las personas entrevistadas están sujetas a las posibilidades de regularizar su situación migratoria, convalidar sus títulos académicos e insertarse en empleos asociados con sus áreas de formación.

En este sentido, el tema de la irregularidad migratoria se aborda como aquella condición que resulta del tratamiento político que ha recibido la migración venezolana, a partir de variables que denominamos de origen, como la clase social vinculada con su perfil profesional. Dicho esto, nos resulta crucial presentar el contexto en el que se desarrolla esta migración, incluyendo el carácter político que adquirió el fenómeno, el interés que ha suscitado y las respuestas estatales que explican cómo ha sido el tratamiento y las medidas implementadas para abordar dicho flujo migratorio. Con lo cual respondemos a cómo dicho tratamiento agudiza la vulnerabilidad e impacta en su acceso a la salud.

CAPITULO IV. El contexto de la migración venezolana: origen, tratamiento y respuestas

A continuación, presentamos los principales abordajes sobre la población venezolana y discutimos cómo el uso de las distintas categorías toma fuerza en el escenario internacional. Nuestra discusión se basa en las respuestas y acciones desplegadas por los Estados latinoamericanos durante el tránsito de este colectivo por los distintos territorios hasta Argentina.

4.1 Nuestro caso de estudio

La preocupación sobre la emigración venezolana gravita dentro del espacio de debate sobre los procesos migratorios actuales y la migración con carácter intrarregional. La convulsión que produjo este tema se refleja en la memoria de un libro publicado a finales del 2018, titulado “El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración”, un ejercicio que ilustra la complejidad del fenómeno venezolano a partir de su explicación y categorización como “migración forzada” (Koechlin y Eguren, 2018), debido, entre otras cosas, al fracaso del modelo de desarrollo nacional. Según estos relevamientos, este desplazamiento se convirtió en muy poco tiempo, en una crisis de refugiados y asilados a nivel regional.

El libro en comento fue publicado en Perú y cuenta con una importante producción empírica producida sobre la emigración venezolana en distintos países de América Latina y España. La publicación contó con el aporte de la OIM y la Agencia de las Naciones Unidas para las Migraciones (ACNUR). Los artículos de este libro hacen énfasis en los factores de origen de la crisis migratoria. En su análisis destacan el concepto de crisis migratoria, el contexto de polarización e inestabilidad democrática como referencias para la transición de Venezuela hacia un país de emigración (Koechlin y Eguren, 2018).

Desde los distintos relevamientos, se define al movimiento venezolano como una crisis, resultado de la persecución política, la conflictividad social y la radicalización de medidas económicas orientadas a preservar el modelo socialista, cuyas implicaciones negativas se reflejaron en la merma del poder adquisitivo y la pérdida profunda en la calidad de vida

que dieron origen al desplazamiento, como consecuencia de escapar de la pobreza.

Por su parte, el artículo que dentro del mencionado libro analiza este flujo en Argentina (Biderbost y Núñez, 2018), se enfoca en las relaciones históricas entre ambos países cuando compartieron patrones migratorios. También aborda la legislación nacional e internacional que da cobertura a la actual presencia de venezolanos en Argentina, describiendo su comportamiento a partir de cuestiones vinculadas con las trayectorias migratorias y factores de atracción hacia la sociedad de acogida.

El tema de la salud en este libro es abordado en otro caso, específicamente el referido con el impacto de la presencia venezolana sobre el sistema de salud colombiano (Cubillos y Ardón, 2018). En líneas generales, los abordajes realizados en dicha investigación coinciden en enunciar algunas preocupaciones sobre el crecimiento sostenido, la intensidad de la afluencia migratoria de este colectivo en la región, así como la complicación y la poca capacidad de los Estados y de las instituciones para darle respuestas.

Koehlin y Eguren (2018) mencionan entre los principales riesgos de la movilidad a la desprotección, las dificultades en las fronteras, la situación sanitaria, las cuestiones laborales y de formación, entre otros relacionados con actitudes de discriminación por parte de las poblaciones de los países receptores. En este sentido, nuestra investigación comparte el criterio de que las características de conflictividad interna y las condiciones socioeconómicas funcionan como detonantes de la emigración venezolana en América Latina.

Igualmente demostramos que el aumento de los riesgos durante el trayecto, son consecuencia de la polarización internacional en el caso venezolano, como la principal causa para la irregularización de la población venezolana en la región. Por ende, para la vulneración de sus derechos en el desplazamiento.

Otros estudios empíricos de la región sobre este fenómeno emergente, que hoy está claramente consolidado, se pusieron en diálogo en el Coloquio

sobre “Migraciones internacionales en América del Sur: vulnerabilidad y desafíos para la inclusión”, realizado en la ciudad de Quito en mayo del 2019.

En este espacio tuvo lugar la discusión sobre un proyecto titulado: “Crisis y migración venezolana: entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica” el cual se publicó en México durante el 2019 (Gandini, Prieto y Lozano, 2019). Dicho trabajo, presenta una recopilación de las respuestas que los Estados latinoamericanos asumieron en torno al movimiento venezolano. Fue un trabajo cualitativo de estudios de casos múltiples, coordinado por la Red Migrare Migraciones y Movilidades, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México y el Seminario Universitario de Estudios sobre Desplazamiento Interno, Migración, Exilio y Repatriación (SUDIMER) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

A través de esta publicación mexicana, se examinan los marcos jurídicos en materia migratoria que otorgan a la población venezolana, la posibilidad de residencia temporal o permanente, visas humanitarias, o el reconocimiento de la condición de refugiado o asilo político. En el marco de un análisis sobre la inserción laboral y la asistencia social, los artículos se enfocan en comparar las respuestas que han dado los marcos jurídicos disponibles, para definir una migración en contexto de crisis (Gandini, Prieto y Lozano, 2019).

En esta investigación se discute, delimita y establecen diferencias conceptuales entre crisis migratoria y migración en contexto de crisis. A partir de esta diferenciación, sitúan al caso venezolano como una migración en crisis, explicado a partir de los trayectos que enfrentan las personas venezolanas en los contextos de acogida y de tránsito. Específicamente el capítulo que corresponde a Argentina (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019), aborda la cuestión sobre la regularidad migratoria y la posibilidad de residencia del MERCOSUR, como parte de una respuesta teñida por los vaivenes ideologizados de la relación bilateral con Venezuela.

La investigación de Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte (2019), realiza una descripción sobre el contexto normativo argentino y presentan una

caracterización de la población venezolana en Buenos Aires. Dicha descripción se realiza bajo los criterios de sexo, edad, momento de llegada (2008-2018) e inserción laboral. En el análisis, proponen que la población venezolana quedó exenta del giro simbólico que, desde el año 2016 impuso un paradigma basado en el control y la asociación entre delito versus migración. Además, por el contrario, se sancionaron resoluciones especiales para facilitar la integración, como parte de las medidas dirigidas por causas humanitarias.

El relevamiento resalta que, más allá de las medidas excepcionales que favorecerían la inserción de este colectivo, entre los principales hallazgos se encuentran las dificultades para revalidar las titulaciones y algunos/as migrantes se desplazan hacia otras provincias con el objetivo de lograr una inserción laboral cualificada (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019). De manera similar, desde nuestra investigación identificamos la discrepancia entre las políticas adoptadas a facilitar las condiciones para el ingreso de la población venezolana y la convalidación de sus estudios, con los relatos de las personas entrevistadas que dan cuenta de las enormes dificultades que se le presentan.

Hasta este punto, un factor de denominación común identificado desde las distintas caracterizaciones del flujo venezolano resalta el grado de calificación registrado. En un texto titulado “La migración cualificada en América Latina: una revisión de los abordajes teóricos metodológicos y sus desafíos” (Pedone y Alfaro, 2018), se presenta una producción científica que retoma la discusión en torno a la problemática de la migración cualificada en América Latina dentro de la agenda global.

En este trabajo Pedone y Alfaro (2018) proponen nuevos enfoques teóricos-metodológicos para abordar el estudio de la migración cualificada, teniendo en cuenta el contexto histórico, sociopolítico y económico de la región. Este estudio aporta una perspectiva de género y de pertenencia a clase social, ya que discute la mirada institucionalista promovida por los organismos internacionales como la OIM, con una perspectiva individualista y masculina. Por lo tanto, la categoría de migración cualificada se analiza

desde la desigualdad, la precarización laboral, las relaciones familiares y los procesos de descualificación de las personas migrantes con acreditaciones educativas, para acceder a una trayectoria académica de calidad. El análisis se sitúa en la reconfiguración de los flujos migratorios intrarregionales, en cuya problemática descrita mencionan al colectivo venezolano.

En el año 2019 fue publicado en Perú, el libro “Después de la llegada: realidades de la migración venezolana”, una colaboración entre el Instituto de Democracia y Derechos Humanos (IDEHPUCP) y la Asociación Civil THEMIS. Presenta la línea de análisis sobre la migración venezolana bajo su categorización como forzada, reflexiona sobre el origen de este fenómeno migratorio y estudia los factores que influyeron en las decisiones que llevaron a que migren a un país de América Latina. Esta publicación discute la categoría de migración forzada e introduce un debate sobre el proceso de categorización en temas migratorios, en especial con las etiquetas de migrantes versus refugiados. El caso sobre las personas venezolanas en Argentina se analiza a partir de las trayectorias laborales de las personas venezolanas, en el marco de la crisis humanitaria que conllevó a una migración poco planificada (Pedone y Mallimaci, 2019). En esta investigación se describen algunas particularidades de la población venezolana en Argentina.

Dentro de las particularidades del flujo venezolano en Argentina, están la activa movilización de las organizaciones y asociaciones, el grado de calificación, su signo político y el interés por parte de las autoridades argentinas en beneficiar a este flujo migrante en cuanto a facilitar el empleo y los trámites. Además, sostienen las autoras que se trata de una población definida como una buena migración frente a otros colectivos migrantes. Sin embargo, los casos analizados, indican que a pesar de las mayores calificaciones con las que cuentan y de que no tienen inconveniente para conseguir empleo, se insertan en empleos precarizados, con bajo salario y ausencia de registro de la relación laboral (Pedone y Mallimaci, 2019).

Los postulados sobre la inserción laboral de la migración venezolana en América Latina fueron retomados en una publicación del Observatorio

Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo—OBIMID, impresa en Perú en el año 2021. En dicha investigación se da cuenta de las principales características del proceso de incorporación de la migración venezolana en el mercado laboral de diversos países de la región (Koechlin, Eguren y Estrada, 2021). Esta publicación también asume la categorización como migración forzada y el concepto de desafío humanitario. De este texto destacamos que, más allá de la existencia del Plan Regional de Respuesta para las Personas Refugiadas y Migrantes de Venezuela, adoptado por 17 países para dar respuestas coordinadas, los resultados discutidos en los artículos detectan una preocupación sobre el empleo precario al que acceden las personas migrantes.

Lo anterior nos indica que, aunque muchas personas venezolanas registraron estudios universitarios completos, dada la estructura económica y laboral de los países receptores, se insertaron en un mercado laboral informal, con bajos salarios y en jornadas laborales extensas. El capítulo que alude al caso argentino explica que la presencia venezolana es un ejemplo de “braindrain a la latinoamericana”, en el cual Argentina se ha visto beneficiada con el arribo de estos profesionales y que en general, estos inmigrantes se sienten integrados, reconocen el apoyo del Estado, aunque al mismo tiempo, recogen la presencia de signos de discriminación en los entornos laborales (Biderbost, Núñez y López, 2021). Basado en datos estadísticos vislumbra una tensión entre el discurso, las políticas oficiales concomitantes al arribo de esta población altamente calificada y su ingreso en el mercado de trabajo.

Por otra parte, mediante un relevamiento de instrumentos normativos y de acciones de política pública, María Linares (2021) hace un análisis titulado la “Migración venezolana reciente en Argentina: una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo”. Este análisis se enmarca en el giro restrictivo de la política migratoria general de la administración del presidente Macri (2015-2019) y sostiene que la respuesta estatal hacia la población venezolana tuvo dos direcciones.

Por un lado, condenó al gobierno venezolano y promovió su suspensión del MERCOSUR, evaluó, emitió comunicados sobre la situación

financiera de ese país y denunció al gobierno por delitos de lesa humanidad ante organizaciones internacionales, marcando un lineamiento claro de política exterior. Por el otro, declaró su interés y puso a disposición una serie de instrumentos de política pública interna dirigida a beneficiar a la población venezolana que residía en la Argentina. Esta discrecionalidad sería para la autora, la principal distinción entre el flujo venezolano y otros colectivos nacionales; y no exclusivamente por su masividad o por la alta cualificación de los sujetos migrantes.

Durante el año 2021 surgió una publicación de la CLACSO, titulada “Los rostros de la migración cualificada. Estudios interseccionales en América Latina”. Esta investigación da cuenta de los desplazamientos, bajo el paraguas de políticas públicas de atracción del personal altamente cualificado o programas de internacionalización de estudiantes. Las experiencias se abordan a partir del análisis de las desigualdades y los procesos de descualificación o precarización laboral que impactan sobre las trayectorias vitales, migratorias, académicas y de inserción laboral. Incluye un capítulo sobre la población venezolana en Ecuador (Pedone, 2021). Dicho capítulo pone énfasis en el análisis de la migración venezolana, vista como una de las migraciones cualificadas en América Latina.

En el 2022 fue publicado un artículo sobre “Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia” (Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022). Presenta un relevamiento con un enfoque cuantitativo, basado en los resultados de la Primera Encuesta Nacional Migrante de Argentina (2020) y, complementariamente, en los datos provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares de Argentina, entre otras fuentes que aportan información sobre las características de la población venezolana y de cómo, su perfil condiciona sus posibilidades de integración laboral (Debandi, Nicolao y Penchaszadeh, 2021). El relevamiento presta especial atención al impacto de la pandemia y sus medidas asociadas sobre la situación del colectivo analizado. En materia de integración laboral, concluye que, ante la llegada del COVID-19, la población migrante fue una de las primeras en encontrarse bajo una situación de extrema vulnerabilidad.

Las publicaciones antes mencionadas forman parte del esfuerzo a nivel regional, en el marco de la relevancia que cobró este fenómeno como migración forzada y crisis humanitaria para referirse a la migración venezolana. Desde ese espacio, ha sido trabajado particularmente por la Organización Internacional de la Migración (OIM), la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y desde diversos sectores involucrados con el desarrollo de iniciativas y marcos de cooperación en las distintas esferas de la política migratoria internacional. Dicho tratamiento deja entrever el marcado interés político en este flujo debido, también a su grado de calificación.

El interés suscitado tanto en el campo académico como en el político, se resumen en una revisión sistemática de antecedentes sobre la migración venezolana en Sudamérica, publicada en el año 2022 (Baiocchi, 2022). Dicha publicación da cuenta de cómo ha sido el tratamiento de la migración venezolana en el marco de los cambios en los flujos y patrones migratorios en la región, además en el contexto de la pandemia del COVID-19. Atendiendo al contexto pandémico un texto de Biondini (2022) nos da cuenta de cómo las crecientes formas de control e intervención de los organismos internacionales en atención al colectivo venezolano colocan a la madre migrante y a la maternidad, en el centro de las luchas y nudo conflictivo entre migración y fronteras.

Lo hasta aquí descrito denota que el caso venezolano desde el 2018, ha gozado de un importante esfuerzo investigativo desde una mirada institucional-normativa, sobre la calificación del inmigrante y la situación de vulnerabilidad por su carácter de migración forzada, estos estudios se han realizado con el objetivo de generar propuestas para su tratamiento y análisis sobre la caracterización, regularización e inserción laboral de este colectivo.

Con estos postulados de base, en nuestra investigación presentamos cómo una correlación de hechos relacionados con sucesivos intentos de golpes y golpe de Estado, paro petrolero, bloqueos económicos, aéreos y la caída de los precios del petróleo determinaron la dinámica migratoria de este movimiento. Estos hechos aportan un contexto sobre los detonantes de la

salida y condicionamientos en el trayecto que van moldeando las características del flujo al tiempo que le aporta nuevas complejidades.

4.2 Tratamiento de la migración venezolana en la CABA

Los distintos relevamientos abordados, dan cuenta de que las respuestas hacia la población venezolana en su tránsito hacia Argentina han sido abanderadas por un discurso humanitario frente a la idea de crisis migratoria y debido a su perfil cualificado. Sin embargo, esta misma documentación sobre la trayectoria, evidencia el contraste entre el discurso y la normativa, con aquello que en la práctica produce una condición de irregularidad migratoria, consecuentemente, la promoción de situaciones de desigualdad, vulnerabilidad migratoria y barreras en el acceso a los derechos sociales.

Tomando en cuenta dicho marco, pretendemos dar una mirada en torno a lo que, a nuestro criterio, determina la condición de i-regularidad promovida por los Estados. Para ello, identificamos en primer lugar, las causas, etapas u origen de expulsión. De manera más detallada, definimos la situación interna venezolana atravesada por una debacle económica y de polarización política, acorde con los estudios que identifican en ello, los principales detonantes de la salida de una población, inicialmente caracterizada como profesional y altamente calificada.

Luego, avanzamos hacia el relevamiento de las respuestas internacionales que generan situaciones de irregularidad migratoria, como consecuencia de las distintas medidas excepcionales, que evidencian la discrecionalidad de los Estados en cuanto a recepción, protección y acceso a los derechos de las personas migrantes.

Resaltamos dos hechos que consideramos determinantes para entender el tratamiento hacia este flujo: los bloqueos económicos hacia Venezuela y el desconocimiento por parte de muchos gobiernos de la región, de la legitimidad del presidente Nicolás Maduro.

Mostramos cómo los bloqueos económicos dirigidos por los EE. UU. hacia Venezuela impactaron sobre la economía doméstica a través de la escasez de recursos, medicinas y comida, por ende, funcionan como factores

de salida. Además, porque la disminución de casi el 85% en la liquidez de divisas, se expresó en un conjunto de denuncias sobre montos adeudados por parte de Venezuela con algunas de las principales aerolíneas internacionales. Este hecho desencadenó en un bloqueo del transporte aéreo con la decisión de muchas de estas aerolíneas, de no operar desde y hacia este país.

Luego, porque hubo sucesivos pronunciamientos de distintos gobiernos que desconocían a Nicolás Maduro como presidente y otorgaban su reconocimiento al representante opositor Juan Guaidó. Estos pronunciamientos que detallamos más adelante, los denominamos estrategia multilateral y se abordan como determinantes en las respuestas de los gobiernos hacia esta migración, en cuanto a los limbos para la regularidad.

Dicha estrategia multilateral tomó mayor fuerza desde el año 2018 cuando la OIM advierte de la gravedad del movimiento¹⁹ y publica la Declaratoria de Crisis. La declaratoria fue realizada por la UE, OIM y ACNUR, en el marco de la “Conferencia Internacional de Solidaridad sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes de Venezuela”²⁰ del 2019. Desde entonces, los organismos mencionados sentencian la severa y complicada crisis política, socioeconómica y de derechos humanos en Venezuela y la más seria de las situaciones de desplazamiento en todo el mundo. A partir del 2018, estos organismos abanderan los conceptos de la lucha por la democracia, los derechos humanos y posicionan categorías como crisis migratoria, migración forzada, diáspora y éxodo humanitario.

De allí que, en nuestro marco de estudio sostenemos que, en el tratamiento de la población venezolana en Argentina, resalta el protagonismo

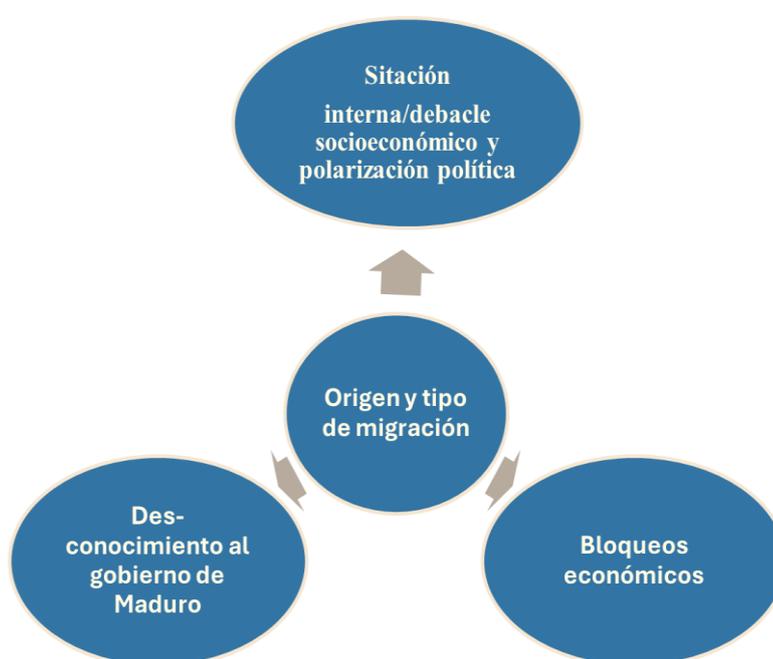
¹⁹ En algunos portales web se advierte que el crecimiento de la migración venezolana adquiere un carácter de crisis exponencial, debido a la rapidez de su crecimiento: <https://www.dw.com/es/oim-advierte-de-la-gravedad-de-la-ola-migratoria-venezolana/a-45217933> /<https://www.iom.int/es/news/los-flujos-de-venezolanos-continuan-constantemente-alcanzando-ahora-la-cifra-de-34-millones#:~:text=Los%20flujos%20de%20venezolanos%20contin%C3%BAan,millones%20%7C%20International%20Organization%20for%20Migration>

²⁰En el 2019 se firma la Declaración Conjunta UE, OIM y ACNUR y se le da el carácter de crisis de refugiados y migrantes venezolanos. Se puede acceder a estas manifestaciones en el sitio de la OIM <https://www.iom.int/es/news/declaracion-conjunta-ue-oim-y-acnur-conferencia-internacional-de-solidaridad-sobre-la-crisis-de-refugiados-y-migrantes-de-venezuela>

de los organismos internacionales, en el marco de las respuestas hacia esta población migrante.

La gestión multilateral en torno a este flujo resalta en términos del peso de estos organismos en el debate público que solicitan medidas de protección e integración social para la población venezolana. Además, propicia una importante presencia de asociaciones y organizaciones de venezolanos en Argentina a partir de poner a su disposición una serie de recursos como se señaló en la introducción.

Gráfico N°2. Ejes orientadores



Fuente: Elaboración propia

4.2.1 La transformación histórica de la emigración y de las condiciones para la salida: el origen

El caso de la emigración venezolana está vinculado con causas económicas y de política interna e internacional que enmarcan el origen, transformación, así como las respuestas que tanto países como organizaciones internacionales dieron a este movimiento. Con este argumento sugerimos que el proceso comenzó siendo selectivo y controlado, compatible con sectores de clase media y alta, principalmente opositora al chavismo, que se dirigió

hacia España, Estados Unidos, Canadá, México y Panamá. A medida que la presión internacional aumentó y la economía interna colapsó, la población de estratos medios y bajos se dirigió hacia países de América Latina (Koechlin y Eguren 2018).

La primera fase se registra entre 2002 y 2003, luego del golpe de Estado en contra del gobierno de Chávez que fracturó a la sociedad venezolana en dos bloques poderosos, con enfrentamiento continuo y una polarización radical que detonó en el paro petrolero (Freitez, 2014). Este paro fue liderado por una porción de militares y civiles, asociados con los principales grupos empresariales del país que desconocían la legalidad y legitimidad del gobierno chavista.

Durante estos años la sociedad venezolana enfrentaba una lucha hegemónica entre actores representantes de dos polos con proyectos políticamente excluyentes, situación que desencadenó en las estrategias insurreccionales por parte de las fuerzas de oposición cuyo objetivo principal era la salida del presidente Chávez (López Maya, 2004). Aunque el paro petrolero, al igual que los sucesivos intentos de golpe de estado, fracasaron, se mantuvo la turbulencia sociopolítica que se agudizó tras el resultado del referendo revocatorio en el año 2004. En estas condiciones de confrontación, gran parte de la población opositora asociada con las estrategias desestabilizadoras del momento y vinculada con los sectores más poderosos del país, comenzaron a irse.

La segunda fase se ubica entre los años 2006 y 2007, con la reelección del presidente Chávez y el planteamiento de un nuevo proyecto de país basado en la premisa del Socialismo del Siglo XXI. Dicha premisa, situó la lucha en el marco de un proyecto sociopolítico que buscaba hegemonía, legitimidad y predominio en la sociedad. Esta idea de hegemonía permite explicar el estadio de polarización en la cual los discursos y las prácticas se orientaron a reforzar identidades nacionales y solidaridades internacionales (López Maya, 2004). En este escenario se identificaron y posicionan a sectores sociales de ingresos altos y medios en el polo de la oposición, mientras los sectores populares en su mayoría se identificaban con el proyecto del gobierno.

Según López Maya (2004), la implementación de una política de “clase” tomó particular relevancia con el dinamismo que mostró el gobierno de Chávez, en términos de composición y estructura social, pues se produjo una especie de desclasamiento de sectores populares que pasaron a conformar la nueva clase media venezolana. La conformación de nuevas identidades se vio favorecida por las políticas de inversión social que, en términos de distribución del ingreso, se vieron sustentadas con el impulso de una geopolítica basada en los altos precios del petróleo que, a lo interno, sostenía las estrategias de desarrollo dirigidas a recuperar el crecimiento y avanzar en la inclusión social.

Durante las dos primeras fases de la migración venezolana, países como España, Estados Unidos, Canadá, México y Panamá recibieron a esta población bajo los mismos requisitos que cualquier otro origen, como el de nacionalidad, profesión y patrimonio personal con los que sostener proyectos de inversión y desarrollo en los países de destino (Acosta, Blouin y Freier 2019). En este contexto inicial resalta, la existencia de obstáculos legales y materiales que justifican la ausencia de percepción de amenaza e inseguridad para algunas políticas internas en los estados destino del norte.

De manera específica se mencionan, la prevalencia de políticas regulatorias que impiden el ingreso y la regulación migratoria de inmigrantes “no deseados”, las barreras físicas como la intermediación de Centroamérica y su propia crisis migratoria con los Estados Unidos o la existencia de un océano entre América Latina y Europa (Acosta, Blouin y Freier 2019). Estos eventos explican cómo por diferentes motivos, geopolíticos, geoGráficos, económicos, este fenómeno se transformó y adquirió una presencia fuertemente intrarregional.

La premisa del Socialismo del Siglo XXI no solo contaba con detractores a nivel nacional. Paulatinamente tomaron impulso las estrategias y acciones de los actores internacionales como la OEA, el Centro Carter y numerosos gobiernos, incluyendo a EE. UU., que mostraron respaldos a favor de la huelga, la denuncia opositora y apostaron a que, con la muerte de Chávez, llegaba la oportunidad de erradicación de ese modelo político (López

Maya, 2004). Para este momento comenzaron a migrar los sectores de clase alta y media que manifestaba sentirse desplazada internamente. En este grupo existían muchos de los profesionales ligados al sector petrolero, quienes una vez tomado el Estado el control y nacionalización del rubro, no encontraron en el país posibilidad para su desarrollo profesional (Freitez, 2019). Los factores relevados sobre los inicios de este movimiento explican que, durante este tiempo, la migración venezolana no fue percibida como amenaza.

En el caso argentino, quizás primaba una razón de orden histórica, en la que Venezuela era considerada y vista como un país de acogida, que junto con Argentina encabezó la lista de países de acogida para la migración regional, en mérito de su nivel de vida y riquezas naturales (Pacecca y Liguori, 2019). Sumado a la idea de que se trataba de una migración forzada por motivos políticos y económicos, que es posible haya sido interpretada como una crisis temporal, fácilmente reversible con el fin del gobierno Chávez y luego con el de Maduro.

Como una réplica de la división interna, la migración comenzó a mostrar a la polarización de la población venezolana fuera del país, en su mayoría conformada por mano de obra calificada y opositora al gobierno, mientras que internamente, se mostraba otro sector de la población que se sentía “cómodo” con las políticas que para ese momento se estaban dando en el país.

Desde el año 2014, surgió una tercera fase del movimiento venezolano, determinada por el acentuamiento de los conflictos políticos luego de la muerte de Chávez, con la llegada de Nicolás Maduro al poder y debido a la sucesiva caída de los precios de petróleo. Dichos acontecimientos marcaron la punta de iceberg de la crisis en la convivencia cotidiana, la pugna por el poder, la desestabilización interna y las presiones internacionales que desencadenaron en el bloqueo económico, consecuentemente, en la situación socioeconómica, sin precedentes, que sirvió como desencadenante de la emigración (Sutherland, 2018). En esta fase, tomó fuerza la migración de este colectivo, así como el carácter y manejo político en atención a este movimiento.

Durante el año 2015 se alertó sobre la presencia de personas venezolanas en países con mínimo intercambio migratorio previo, específicamente del Cono Sur (Pacecca y Liguori, 2019). Este hecho coincide con el pico de la crisis socioeconómica en Venezuela que se expresó entre los años 2015 y 2016, lo cual desencadenó el interés internacional.

Desde el 2016 cuando la migración venezolana se hace más visible en la región, toman fuerza los sucesivos pedidos de intervención política en Venezuela, la sustitución del presidente Maduro y las críticas al sistema político, tildado como modelo arcaico y denunciado por violación a la propiedad privada, la libertad, la autonomía de los capitales y los derechos humanos (López-Maya y Lander, 2009).

Con base en las denuncias mencionadas en el párrafo anterior, durante el año 2017 se creó el Grupo Lima y si bien en el objetivo inicial de la Declaración N°:002/19 mostró preocupación por los migrantes, en su declaración final se describe como el principal interés político, intervenir en la política interna de Venezuela (Cancillería, 2019).

Sin embargo, hasta el año 2017 más allá de las matrices en torno al sistema político venezolano, la migración venezolana era asumida como un asunto poco prioritario, incluso en algunos análisis derivados de la Base de Datos de la División de Estadística de las Naciones Unidas, se ubicaba Venezuela dentro de los países con stock²¹ más alto de migrantes internacionales en América Latina registrado entre el 2010 y hasta el 2019 (ONU, 2020).

Tal como evidencia el cuadro N°8, durante el 2010 y el 2019, desde algunas líneas discursivas se hablaba tímidamente sobre la migración venezolana, señalando “una mínima fluctuación”, relacionada con períodos de salidas puntuales, sobre todo de los sectores altos detractores de la política chavista que se dirigía principalmente a países del norte global.

²¹ Según la operacionalización de la ONU, se entiende por stock de migrantes internacionales al número de ciudadanos extranjeros registrados en el país de residencia.

Cuadro N°8. Stock de migrantes internacionales en América Latina (2010-2015)

País	2010	(%)	2015	(%)	2019	(%)
Argentina	1805957	35.87	2086302	35.32	2212879	27.52
Bolivia	122846	2.44	142989	2.42	156114	1.94
Brasil	592568	11.77	716568	12.13	807006	10.04
Chile	375388	7.46	639724	10.83	939992	11.69
Colombia	124271	2.47	139134	2.36	1142319	14.21
Ecuador	325366	6.46	387513	6.56	381507	4.75
Paraguay	160299	3.18	156462	2.65	160519	2.00
Perú	104706	2.08	154774	2.62	782169	9.73
Uruguay	76303	1.52	78799	1.33	81482	1.01
Venezuela	1347347	26.76	1404448	23.78	1375690	17.11

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DESA-ONU (2019)

En el marco de una estrategia de aislamiento internacional, desde el año 2014 se presentaron sucesivos pronunciamientos por parte de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo y de distintas aerolíneas que manifestaron su decisión de no operar desde y hacia Venezuela. Aunque los argumentos para la suspensión de vuelos internacionales desde Venezuela variaron desde los motivos económicos y deudas impagas por parte del gobierno²²; luego fue atribuida a la inestabilidad política del país²³ y después debido a la necesidad de protección y por motivos de seguridad²⁴.

²² Reuters Staff. 03 de junio 2014. *Venezuela debe jugar limpio y liberar dinero de aerolíneas: IATA*.

<https://www.reuters.com/article/negocios-aerolineas-venezuela-iata-idLTAKBN0EE1D020140603>

²³ Infobae. 05 de diciembre 2017. *La Asociación Internacional del Transporte Aéreo abandona Venezuela "por la inestabilidad política"*.

<https://www.infobae.com/america/venezuela/2017/12/05/la-asociacion-internacional-del-transporte-aereo-abandona-venezuela-por-la-inestabilidad-politica/>

²⁴ BBC Mundo. 15 de marzo de 2019. *"Crisis en Venezuela: American Airlines suspende sus vuelos al país latinoamericano por cuestiones de seguridad"*.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47589544>

El escenario de evidente inestabilidad en el transporte aéreo impactó en la modificación de las rutas migratorias que comienzan a ampliarse cada vez más hacia el sur. De aquí, introducimos la idea de que la población venezolana que se dirige hacia países del Cono Sur también comparte algunas de las características de la clase media opositora al gobierno de Maduro y, además, con un perfil joven y profesional que migra con un proyecto mayormente planificado. Todo ello da cuenta de que el movimiento se produce en un escenario altamente politizado, a partir de un flujo que está lejos de ser un hecho lineal.

En su lugar, esta migración puede ser entendida a través de una estratificación del movimiento, en el cual se diferencia entre quien se dirigió al norte global versus quienes establecieron su destino en América Latina. La estratificación está dada en la medida en que se dan los distintos bloqueos y pronunciamientos hacia la política venezolana, así como también la disponibilidad de recursos y redes. Estos hechos impactan sobre los proyectos migratorios y explican por qué durante este período en estudio, aumentaron las salidas de venezolanos que, aunque su ruta final no eran destinos fronterizos, su trayecto fue mixto e inició por tierra desde Colombia o Brasil.

El trayecto terrestre implicaba la acrobacia de presentar documentación emitida por autoridades del presidente electo (Maduro) pero desconocido a nivel internacional, o simplemente por declarar el no poseer alguna documentación específica de parte de un gobierno sin ninguna jurisdicción, aunque con un presidente avalado internacionalmente (Guaidó). Pues mientras parte de la comunidad internacional (EE. UU., Canadá, U.E, Australia e Israel y el Grupo de Lima: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Paraguay, Guatemala, Honduras y Costa Rica) se pronunciaba a favor de Guaidó²⁵, en estricto rigor, éste nunca contó con la estructura ni los recursos del Estado.

²⁵ En el 2015 la figura de Juan Guaidó adquiere visibilidad pública tras unirse a la huelga de hambre liderada por el opositor de Voluntad Popular Leopoldo López para exigir al Consejo Nacional Electoral la fecha de las elecciones parlamentaria. Diputado electo ese mismo año, acompaña las manifestaciones en contra del Gobierno de Maduro durante el año 2017. En el 2018 es confirmado por los miembros de su grupo político como presidente del órgano legislativo. En enero del 2018 anunció en su discurso anual, el desconocimiento al gobierno de Maduro y el vacío de poder, por lo cual el órgano legislativo se intuyó como el «único

En este contexto, considerar las políticas internas e internacionales dan cuenta de la ruta y redimensionan el perfil del flujo venezolano en la región, transversalizado por la categoría de clase social, en términos de su perfil profesional y ejecución de un plan migratorio. Por ejemplo, la migración que buscaba como destino final a Colombia, muestra unas características acordes con las migraciones fronterizas. En términos históricos, existía una migración pendular colombo-venezolana que formaba parte de las tensiones y la respectiva política exterior entre estos países. Los registros indican que hasta finales del 2016 el 65% de las personas que ingresaron a Colombia eran colombianas y un 35 % eran venezolanas (ACNUR, 2019).

Además de los bloqueos aéreos que impactaron en las rutas migratorias, otros hechos relevantes lo desencadenaron los sucesivos desconocimientos al gobierno de Maduro. Por ejemplo, durante al año 2016 cuando se agudizaron los enfrentamientos gubernamentales con Colombia tras la visibilización de la figura del bachaquero²⁶, mientras el gobierno venezolano denunciaba la falta de controles fronterizos por parte de Colombia, su par colombiano le mostraba respaldo a Guaidó como presidente de Venezuela. La institucionalidad en Venezuela encabezada por el gobierno de Maduro ordenó el cierre de fronteras y se profundizaron los controles por parte de ambos gobiernos.

En medio de sucesivas negociaciones, estos países asumieron compromisos en los asuntos concernientes y sesionaron una mesa de movilidad humana para revisar lo relacionado con las medidas a implementar (Schafenberg, 2016; Cancillería, 2016). Las medidas tenían impacto tanto para la población que se dirigía a Colombia, como a la que transitaba ese país

poder legítimo» y, por ende, el presidente de la Asamblea Nacional —en este caso Juan Guaidó— pasaba a asumir la presidencia interina de Venezuela, según lo establecido constitucionalmente, en los artículos 333, 350 y 233.

²⁶ El fenómeno denominado “bachaqueo” remite a una práctica que tuvo su origen en la década de los años 30 y 40 con el boom petrolero para el contrabando de gasolina desde Venezuela a Colombia. A partir del año 2016, el sector de la economía informal venezolana hizo uso de las fronteras para el traslado ilegal de alimentos y medicinas desde Colombia que luego eran vendidos en Venezuela (Caraballo, González, Porta, & Pozzobon, 2017).

como paso a otros destinos de la región. La postura de Colombia se da en el marco de las diferentes respuestas dirigidas hacia el movimiento venezolano.

La diversidad de respuestas hacia el flujo venezolano ha estado condicionada por los intereses geopolíticos subyacentes y transversalizadas por categorizaciones relacionadas con el origen (forzada) y tipo de migración (calificada). En primer lugar, tras las tensiones entre Colombia y Venezuela, desde el 2016, la parte colombiana implementó la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) que establecía la posibilidad de estancia por siete días en zona de frontera, habilitaba para comprar alimentos o acceder a beneficios de manera gratuita, como las vacunas; pero no regía para propósitos laborales. También se implementó el Permiso Especial de Permanencia (PEP) dirigido exclusivamente para las personas que poseían pasaporte venezolano vigente.

A finales del 2017, el flujo venezolano adquirió mayor connotación pública relacionada con los conflictos y represión fronteriza que sufrió en las fronteras de Colombia y Brasil, que conlleva, en el año 2018, a la creación del llamado Proceso de Quito, dirigido al seguimiento de la migración venezolana en la región, para intercambiar información y articular las medidas dirigidas a la atención de este colectivo.

Desde el 2018 el flujo mostró importantes cambios, creció y mutó hacia un proceso mayormente irregularizado, extendido a los sectores sociales de ingresos más bajos o con salidas en condiciones precarizadas, vía y destino fronteras terrestres. Las posturas de los gobiernos variaron desde las medidas no excluyentes, hasta la visión criminalizante de la migración, con marcos jurídicos promovidos en épocas dictatoriales y condiciones que, en general, impiden la construcción multilateral de una agenda migratoria con enfoque de derechos humanos. Se incrementaron los controles, el flujo trascendió la estrategia fronteriza y se amplió hacia nuevos destinos de la región (Gandini, Lozano y Prieto, 2019).

A finales del 2018, cuando se tenía un estimado de 2.300.000 de migrantes venezolanos viviendo fuera de su país, la ONU hizo la declaratoria de emergencia con la que ratificó su posición sobre la realidad interna venezolana, e instó a movilizar los recursos dirigidos a la gestión de este

proceso migratorio (ACNUR, 2019). En septiembre de este mismo año, la ONU declaró la crisis de la migración y el “sismo humanitario” (OIM, 2018), caracterizado por el aumento de las solicitudes de refugio en los distintos destinos. Desde entonces se denominó “el éxodo humano más grande de la historia de América Latina” (ACNUR, 2018).

En el cuadro N°9 sistematizamos cómo las distintas fases del movimiento venezolano muestran un proceso que efectivamente inicia con perfiles de clase media y alta (con recursos para salir del país e insertarse en destino) y posteriormente se extiende a sectores populares.

Cuadro N°9. Etapas de la migración venezolana: hitos temporales y factores detonante

Fase	Período	Acontecimientos clave	Causas y consecuencias Migratorias
I	2002-2003	<p>Golpe de Estado contra el gobierno de Chávez (2002).</p> <p>Paro petrolero liderado por militares y civiles aliados a grupos empresariales opositores.</p> <p>Fracaso del paro petrolero y referendo revocatorio (2004).</p>	<p>Causas: Debacle económica y de polarización política, como los principales detonantes de la salida de una población inicialmente caracterizada como profesional y altamente calificada.</p> <p>Consecuencias: Salida inicial de sectores opositores con poder económico y político.</p> <p>Migración de opositores asociados con los sectores más poderosos del país que se dirigió hacia España, Estados Unidos y Canadá.</p>
II	2006-2007	<p>Reelección de Chávez</p> <p>Propuesta del Socialismo del Siglo XXI.</p> <p>Refuerzo de identidades nacionales y solidaridades internacionales.</p> <p>Polarización sociopolítica</p>	<p>Causas: Polarización política, interna e internacional.</p> <p>Consecuencias: Migración de sectores medios, principalmente ligados a la industria petrolera.</p> <p>Grupos profesionales que se identifican con la oposición y se reconocen como desplazados que se dirigió hacia España, Estados Unidos, Canadá, México y Panamá.</p>

III	Desde 2014	<p>Muerte de Chávez.</p> <p>Llegada de Nicolás Maduro al poder.</p> <p>Caída de los precios del petróleo.</p> <p>Desestabilización sociopolítica interna.</p> <p>Bloqueo económico.</p>	<p>Causas: Bloqueo económico y crisis socioeconómica</p> <p>Consecuencias: la migración comienza a ser manejada con un enfoque geopolítico. Se vuelve un tema de agenda internacional. Toma un carácter intrarregional. Se dirige hacia América Latina.</p> <p>Estrategia fronteriza: Colombia, Ecuador, Brasil y Perú.</p>
IV	2015-2017	<p>Creación del Grupo de Lima y pedidos de intervención.</p> <p>Desconocimiento del gobierno de Maduro.</p> <p>Nombramiento de Guaidó como presidente de Venezuela.</p> <p>Denuncias de violación de derechos humanos.</p> <p>La Asociación Internacional del Transporte Aéreo abandona Venezuela "por la inestabilidad política".</p>	<p>Causas: Polarización política y reacción internacional. Bloqueo económico y aéreo.</p> <p>Consecuencias: modificación de las rutas migratorias.</p> <p>Mayor salida de población en condiciones precarizadas (vía frontera terrestre, con documentación incompleta o irregular).</p> <p>Migración que se dirige hacia el Cono Sur. Chile y Argentina.</p>
V	Desde 2018	<p>Declaración de crisis humanitaria por parte de la ONU, OIM, ACNUR</p>	<p>Causas: Crisis socioeconómica</p> <p>Consecuencia: ACNUR (2018) describe el fenómeno como "sismo humanitario".</p> <p>Pasa a ser considerada una de las mayores emergencias de desplazamiento en el mundo/ la más grande en América Latina.</p> <p>Abarca regiones del Cono Sur: Argentina y Uruguay.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de López Maya, 2004; Koechlin y Eguren, 2018; Pacecca y Liguori, 2019.

De acuerdo con la transformación del movimiento, desde el 2019, luego de la declaratoria de crisis realizada por la ONU, los organismos internacionales posicionaron conceptos como "migración forzada",

“diáspora” y “sismo humanitario” para referirse al flujo venezolano. En lo académico, el abordaje se instaló principalmente en las causas de expulsión y en las condiciones políticas del país de origen, y también surgieron debates sobre las respuestas de los estados a la migración venezolana. Para abordar la complejidad del caso, este análisis hace referencia a una “migración en contexto de crisis”, siguiendo la propuesta de Gandini, Prieto y Lozano (2019).

Como señalamos en la introducción, las autoras, distinguen entre la “migración en crisis”, las “crisis migratoria” y la “migración en contextos de crisis”. Señalan que debido a la ocurrencia de un “evento crítico” es preciso reconocer la coexistencia de tres elementos: la geografía, la temporalidad y la vulnerabilidad. Es decir, la alta dinámica del flujo a nivel fronterizo, el momento en el que se emprende el proyecto migratorio y las condiciones en las que se desarrolla el movimiento.

Así pues, una estrategia de movilidad fronteriza resulta ser un movimiento poco planificado, desarrollada por personas que se encuentran en las peores condiciones para migrar, bien sea porque se movilizan sin documentos o sin recursos financieros. Claramente bajo estas condiciones, crece el escenario de mayor vulnerabilidad (Gandini, Lozano y Prieto, 2019).

Gandini, Prieto y Lozano (2019) señalan que cuando un flujo migratorio se entiende como una crisis, lleva implícita la idea de evento puntual que conduce a que las respuestas institucionales y políticas se articulen en torno a la inmediatez, focalización y el corto plazo, desconociendo los procesos más profundos de desigualdad que generan y perpetúan la movilidad humana.

Se habilita un acceso a los derechos sociales que varía de acuerdo con los contextos, el perfil de la población y en función de los intereses políticos de los gobiernos de turno.

En el cuadro N°10 se pueden ver las diferencias de las respuestas, agrupadas en dos bloques de países las principales normativas, instrumentos, requisitos y procedimientos frente a la migración venezolana. El primer grupo, conformado por Brasil, Uruguay y Ecuador, decidió extender el

permiso de residencia MERCOSUR. El segundo lo conforma Perú, Chile y Colombia, con la adopción de instrumentos jurídicos “ad hoc”, como el visado o permiso de estancia regular. El resto de los países con menor afluencia de venezolanos, sin cambios en su política migratoria vigente; algunos con sistemas regulatorios más incluyentes, como México; otros, con sistemas más restrictivos, tal es el caso de Trinidad Tobago.

Cuadro N°10. Principales normativas y requisitos

Medida	País	Normativa	Categoría	Requisitos
MERCOSUR	Brasil	Resolución 13.445/17	Permiso residencia temporal (2 años) y luego residencia permanente	Solvencia económica + certificado de antecedentes penales
	Uruguay	Ley de Residencia Permanente (19.254/08)	Residente legal (temporal y permanente).	Declaración jurada de antecedentes.
	Ecuador	Ley de Movilidad Humana (N17año)	Ciudadano sudamericano (residencia temporal por dos años luego permanente)	Antecedentes penales, tasa de visado U\$S 250
Instrumento Ad hoc	Perú	Decreto legislativo 1.350/17	Permiso de Residencia Temporal (PTP) por 1 año.	Antecedentes penales, entrada al país + apostillado y contrato trabajo.
	Chile	-Decreto/Ley de extranjería 1.094/75 - Ley N° 20.430 de 8 abril de 2010	Visado Responsabilidad Democrática por 1 año, prorrogable solo una vez. Luego residencia definitiva o abandono.	Antecedentes penales apostillados + solicitud de visa en Venezuela+ pasaporte vigente 18 meses
	Colombia	-Resol. 5797/17 -Modifica Ley 1873/17 -Crea sistema Migratorio.	Permiso Especial de Permanencia para residencia temporal prorrogable por 2 años y luego permiso migratorio residente	Pasaporte válido+ tramite gratuito

Fuente: Elaboración propia

Como nos resalta el cuadro N°10, las respuestas de los Estados son variadas. Sostenemos que en esa misma medida también variaba la protección del trayecto, sobre todo cuando éste era terrestre. La evidencia sobre la trayectoria de la población venezolana en la región sugiere que este

movimiento pasaba de lo regular a lo irregular, de acuerdo con la ruta y dependiendo de lo cada país consideraba o exigía en términos de ingreso; además si se reconocía o no, el estatuto de ciudadano del MERCOSUR.

Una vez que el tema humanitario adquirió rasgos de preocupación para la región, luego que la ONU declaró la crisis en el año 2018 y se celebra la Conferencia para fijar posición en torno a Venezuela, se comenzó a hablar de migración forzada, diáspora y de éxodo venezolano desde el discurso de la OIM, ACNUR y la OEA.

4.2.2 Declaración de la crisis: desafíos del concepto más allá del caos

Frente al agravamiento de las condiciones socioeconómicas en Venezuela debido al segundo bloqueo estadounidense y el debilitamiento de las instituciones públicas, los gobiernos latinoamericanos endurecieron su política migratoria a través de dos medidas aparentemente contradictorias.

Cuadro N°11. Medidas implementadas por los gobiernos

País	Medidas
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> • Modifica Ley migratoria Decreto 70/2017 (Mauricio Macri). • Permite trámite de identidad con documento expirado • Implementa RADEX para inscripción online
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizó requisitos de ingreso
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Regula residentes ilegales. Decreto 0542, 2018 (Juan Manuel Santos). • Incorpora la Tarjeta de Movilidad Fronteriza sin requisito de pasaporte
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • Restringe visado y residencia por razones humanitaria/20 vetos a la ley de migración N° 13.445/2017 (Michel Temer). • Autoriza la deportación. Ordenanza Administrativa N°666/2019 (Jair Bolsonaro).
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> • Anuló la Tarjeta Andina de Migración, crea corredor humanitario hacia Perú /exige pasaporte vigente (una restricción suspendida por Poder Judicial) 2018 (Lenin Moreno). • Aplica apostillado al certificado antecedente penal. Implementa el llamado Corredor humanitario
Perú	<ul style="list-style-type: none"> • Limita alcance del PTP por fecha de entrada y plazo de solicitud (Decreto 1067/2016 + Resolución 6045/2017). • Exige pasaporte vigente, apostilla, antecedentes penales y trabajo para acceder a residencia una vez vencido el PTP.

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en el cuadro N°11, países como Brasil, Ecuador, Perú, Chile y Panamá buscaron reforzar los controles y regulaciones domésticas, a través de cambios en la normativa o en los procedimientos como decretos, filtros administrativos y nuevos requisitos. Mientras que Argentina, Uruguay y Colombia implementaron medidas excepcionales para ampliar un trato especial a partir de mecanismos más flexibles.

A partir de las diferentes respuestas sistematizadas en el cuadro N°11, también se puede hablar de un patrón o estrategia de acción, relacionada con el manejo y tratamiento político de la migración venezolana. Este manejo fue secundado por las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y a partir de las medidas dirigidas a financiar y gestionar dicho flujo.

La principal acción fue la creación de la Plataforma de Coordinación Regional (R4V) a cargo de ACNUR y OIM, aunque también participan de esta Plataforma otros actores no regionales, como los gobiernos de Europa, Estados Unidos, Japón, Canadá, instituciones financieras internacionales, donantes y organizaciones de la sociedad civil.

Bajo criterios de articulación multilateral se definieron lineamientos dirigidos a coordinar, financiar medidas de atención y gestionar el flujo venezolano en términos de protección a los inmigrantes y solicitantes de asilo. A este respecto, nos llama la atención que, en los relevamientos a través de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes, las categorías migrantes y refugiados se operacionalizan como sinónimos (R4V/Estadísticas)²⁷.

Aunque en todos los casos donde se ha realizado el procedimiento de solicitud asilo en la región, los sistemas burocrático-administrativos se han visto colapsados, mostrando en varios casos, que las tasas de aceptación bajo la condición de refugiado son bajas. Así lo constata ACNUR (2020) en un

²⁷ En esta Plataforma se registran cifras que representan la suma de refugiados, migrantes y solicitantes de asilo venezolanos reportados por los gobiernos anfitriones. No implican identificación individual, ni registro de cada individuo. Podemos observar que las distintas categorías se totalizan.

<https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

reporte sobre la cantidad de solicitudes recibidas y las aprobadas en este período de tiempo.

De todos los países de la región Brasil es el país que ha reconocido al mayor número de personas venezolanas como refugiadas en América Latina. Según información publicada en el portal web de la ACNUR, en julio del año 2020 se registraron más de 130.000 solicitudes de asilo de venezolanos en Brasil y el Gobierno reconoció a 7.787.

Entre el 2016 y el 2020, este país reconoció a aproximadamente 46.000 personas venezolanas como refugiados con la idea de consenso en torno al tratamiento como migración forzada y las demás categorizaciones sobre crisis de refugiados, crecimiento de solicitantes de asilo, desplazados internos y apátridas, principalmente impulsadas por los organismos de las Naciones Unidas (ACNUR, 2020). Con la dinámica que muestran estos datos contrastamos el discurso que impulsa la matriz de crisis humanitaria,

El uso de categorizaciones como crisis migratoria o éxodo humanitario explican la alta necesidad de protección y fragilidad de una población que es definida como migración forzada (OIM, 2019). En torno a esto, la OIM dice que, aunque no es un concepto jurídico internacional, es un término utilizado para describir los movimientos de refugiados, de desplazados e incluso a las víctimas de la trata. De tal modo que la consideración conlleva al despliegue de esfuerzos concentrados en la protección migratoria.

No obstante, como se verá en el siguiente capítulo, del estudio sobre los trayectos de la población migrante venezolana, con rutas latinoamericanas, se desprenden matices de desigualdades que van más allá de las causas o diferencias que permean la decisión de migrar, el desarrollo y modificación del proyecto migratorio.

Dichos matices se observan con la implementación de medidas desplegadas con criterio unilateral, el evidente tratamiento de una gestión politizada que permea los alcances de la protección, el acceso a derechos y aumenta la vulnerabilidad en la trayectoria de este flujo hacia Argentina,

supeditada a las posiciones de los gobiernos con respecto a la situación política venezolana.

4.3 La prerrogativa argentina hacia la población venezolana

Como es posible anticipar atendiendo a lo antes descrito, el fenómeno migratorio venezolano es complejo de caracterizar. Ahora bien, para el estudio de la migración venezolana que se dirigió hacia el Cono Sur es posible reconocer una estrategia mayormente planificada, acorde, con un perfil de clase media que migró con expectativas de desarrollo profesional y crecimiento económico. De esta manera el proyecto migratorio involucra a personas que planificaron su trayecto con ahorros, activación de redes sociales propias o heredadas y con trámites de documentación previstos (Gandini, Lozano y Prieto, 2019). En este contexto, Argentina se caracteriza por haber implementado políticas y respuestas institucionales de apertura frente a la migración venezolana.

Como se detalla en el cuadro N°12, se conservaron los instrumentos vigentes en el marco del MERCOSUR y se flexibilizaron los requisitos para la obtención de documentos nacionales de identidad.

Cuadro N°12. Medidas implementadas por Argentina

Medida	País	Normativa	Categoría	Requisitos
MERCOSUR	Argentina	Ley de Migraciones 25.871/04 (art.23)	<ul style="list-style-type: none"> Residente MERCOSUR. Residencia por razones humanitarias. Residencia temporal por 2 años (extensible hasta 15). Posibilidad de naturalización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sello de salida de Venezuela e ingreso en Argentina. - Documento de identidad - Antecedentes penales (ambos países) - Certificado de domicilio - Tasa de ingreso (\$3100, al 2018)

Fuente: Elaboración propia

Se puede decir que Argentina tuvo un trato especial hacia la migración venezolana tras la expulsión de Venezuela del MERCOSUR, ya que, a pesar de esta situación, la Dirección Nacional de Migraciones (DNM, 2021) sostiene que durante el 2017 los trámites de radicación solicitados por personas venezolanas pasaron a ocupar el tercer lugar, después de colectivos fronterizos tradicionales como el paraguayo y el boliviano. Lo dicho coincide con la información de años posteriores. Algunos datos publicados por la OIM (2018) y la DNM (2021) señalan que en Argentina durante el 2018 y el 2021 se registraron 670.556 radicaciones, de las cuales el 93.6% correspondieron a nacionales del MERCOSUR, en su mayoría de nacionalidad venezolana (40,6%), paraguaya (18,1%) y boliviana (15,1%).

A pesar del carácter restrictivo que asumió la política migratoria del gobierno del presidente Mauricio Macri que el 2017 aprobó el Decreto Nacional de Urgencia (DNU) 70/17 orientado al control, la criminalización de la migración y restricción de los derechos obtenidos en la Ley 25,871, la población venezolana recibió algunas ventajas (Sala, 2020; Linares, 2021). Los cambios sancionados por el DNU 70/17, facilitaban la expulsión y criminalización de ciertos colectivos de migrantes. También redireccionaban el marco normativo argentino hacia la restricción de los derechos de las personas migrantes (García y Nejamkis, 2018).

Dentro del marco restrictivo, la DNM informó que para el año 2018 las personas venezolanas ocupaban el primer lugar, con más de 70.000 radicaciones otorgadas. En este contexto, mientras se agudizaron los enfrentamientos políticos entre este gobierno y el venezolano, también se establecieron disposiciones que paralelamente, buscaban favorecer a la migración venezolana (Gandini, Lozano y Prieto, 2019). Principalmente, las medidas se basaban en la simplificación de los trámites de residencia y a la homologación de títulos profesionales.

En la Disposición 594/2018 de la Dirección Nacional de Migraciones (DNN), se definen los procedimientos especiales para agilizar los trámites de residencia prevista en el acuerdo de residencia del MERCOSUR. Durante el año 2019, de manera excepcional, se les permite la radicación de venezolanos con la presentación de cédulas de identidad y pasaportes vencidos (DNM,

2019). A partir de un relevamiento de perfiles y de acuerdo con las solicitudes de residencias otorgadas durante el año 2019, la DNM informó que los principales perfiles registrados eran ingenieros, empresarios, administradores, contadores y profesionales de la salud.

El dato sobre las profesiones y los perfiles de los migrantes venezolanos, así como las decisiones gubernamentales sobre la temática, posicionan al movimiento como un asunto de política pública. De hecho, en el 2019 se estableció la respuesta gubernamental a través del Programa de Asistencia para Migrantes Venezolanos, implementado por el Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda.

También se establecieron medidas que indirectamente buscaban facilitar su inclusión en el mercado laboral de las personas venezolanas como la Resolución 230-E/2018 dispuesta por el Ministerio de Educación para facilitar la convalidación de credenciales educativas, lo cual expresa una alineación de recursos y políticas en diferentes niveles del Estado.

Cuadro N°13. Mecanismos implementados hacia la población venezolana

Momento	Normativa	Medida
I	Disposición 594/2018	Autoriza medidas operativas y administrativas, en torno a los trámites migratorios cuando les falten recaudos documentales exigibles para la regularidad.
	Resolución E 230/2018	Autoriza la convalidación de títulos diplomas o grados académicos universitarios
	Resolución 232-E/2018	Reconoce estudios de la educación obligatoria provenientes de Venezuela
II	Disposición 520/2019	Considera acuerdos para la concesión de residencia o alternativamente visados o mecanismos migratorios laborales. Se activó el Programa de Asistencia a Migrantes Venezolanos.
	Nota de orientación para la población venezolana M3:O132019	Establece el principio de la no devolución y necesidad de protección bajo la Declaración de Cartagena
III	Resolución 1891/2021	Establece un régimen especial de regularización para niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos

Fuente: Elaboración propia

En este sentido, la respuesta del Estado argentino hacia la población venezolana involucra a un discurso inclusivo que se ve plasmado con el establecimiento de las medidas mencionadas en el cuadro N°13.

Con el advenimiento de la pandemia y debido a las fuertes restricciones impuestas al desplazamiento internacional de personas y el cierre de fronteras, los proyectos migratorios individuales o colectivos de la población venezolana se vieron limitados. Entre los años 2020 y 2021 las principales consecuencias, se expresan en la intensificación del ingreso irregular y terrestre de personas venezolanas desde la frontera norte de Argentina (R4V, 2021).

En virtud de las políticas basadas en el Acuerdo de Residencia del MERCOSUR y las posibilidades de legalización que éste ofrecía, la población venezolana podía optar por obtener su residencia temporal o permanente de manera relativamente fácil, lo que se convirtió en una de las principales causas de atracción de esta población hacia Argentina.

Los requisitos exigidos son: documento de identidad, antecedentes penales apostillados, el certificado de domicilio en Argentina y el pago de las tasas correspondientes. Al momento de la solicitud se otorga un comprobante de residencia precaria que tiene vigencia hasta el día de la cita en el que se renueva la precaria con estatus de solicitud de residencia temporaria (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019).

El trámite de regularización puede tardar de tres a seis meses aproximadamente, desde la solicitud y asignación de la cita, hasta la obtención del DNI. Para acceder a la residencia permanente, uno de los requerimientos es haber gozado de una residencia temporaria de al menos dos años continuos o más, para el caso de los nacionales de los países del MERCOSUR y Estados asociados (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019).

Gandini, Prieto y Lozano (2019) sostienen que Argentina permite a la población venezolana obtener su residencia temporal o permanente, evitando las limitaciones que impone la obtención del reconocimiento de la condición de refugiado, entre ellas, la permanencia en el país donde se otorga, pero

también el estigma que para algunas personas venezolanas les supone dicho estatus, en particular para la población venezolana que ha recibido Argentina.

Como veremos más adelante, en esta prerrogativa normativa, precisamente en los requisitos y en las condiciones para adquirir la documentación, es donde las personas venezolanas entrevistadas encuentran algunos de los principales motivos de atracción para seleccionar Argentina como país destino.

El siguiente apartado se enfoca en el trayecto del grupo entrevistado, para responder a cómo se corresponden sus expectativas y motivaciones de migrar, con la experiencia de traslado e instalación en Argentina. Sin embargo, lo hasta aquí visto nos permite decir que la población venezolana en América Latina y particularmente en el Cono Sur se vio afectada por una gestión politizada que afectó tanto sus rutas migratorias, como los condicionamientos para su abordaje.

Por un lado, la regularidad dependía no solo de la documentación con la que se contaba, sino también, del criterio de cada país de tránsito o destino, con relación a dicha documentación e incluso, respecto a su posición política hacia ambos gobiernos, a cuál otorgaban su reconocimiento. Con este panorama definiremos las formas de desprotección y vulnerabilidad a la que ha estado expuesta la migración venezolana.

SEGUNDA PARTE

Capítulo V. Trayectoria y características sociodemográficas de la población venezolana en Argentina

Este capítulo presenta el contexto en el cual se desarrolla la migración venezolana hacia Argentina, un país con el que compartió el perfil de receptor de migrantes y luego del 2015 cuando este movimiento adquiere un carácter intrarregional y suramericano, se convirtió en uno de los principales destinos para esta población migrante.

Abordamos las trayectorias de esta población, reconociendo que el tratamiento político que se le concedió impactó en la protección social, el acceso a los derechos y en la salud de las personas venezolanas en este país. Asimismo, ponemos en diálogo los detonantes de la salida de las personas venezolanas entrevistadas, con las principales motivaciones para migrar hacia Argentina, las experiencias en el tránsito migratorio y las dificultades al momento de la instalación en el país que impactan en el acceso a la salud.

Sin desmérito del amplio debate sobre las trayectorias migratorias, a los efectos de este análisis el concepto abarca a los elementos que incidieron en las personas entrevistadas para el despliegue de un proyecto migratorio, las causas, motivaciones, las expectativas, el traslado y las estrategias implementadas en el tránsito hasta la instalación en el país destino. Interesa ver cómo se corresponden las expectativas con la experiencia de instalación en este grupo.

Se prestará especial atención en el movimiento en sí mismo, con base al carácter multidireccional que adquirió la movilidad de las personas migrantes venezolanas, en el marco de un contexto de respuestas y tratamientos condicionados por categorizaciones vinculadas a nociones de crisis migratoria, forzada y crisis humanitaria. Para Pizarro y Ciarallo, (2021) el carácter multidireccional abarca a las decisiones subjetivas, los contextos relacionales y los factores estructurales que influyen el hecho de que una persona migrante tome una ruta en lugar de otra. Reiterando que, para nuestro caso de estudio consideramos la variable clase social de origen, en términos de su perfil profesional y ejecución de un plan migratorio.

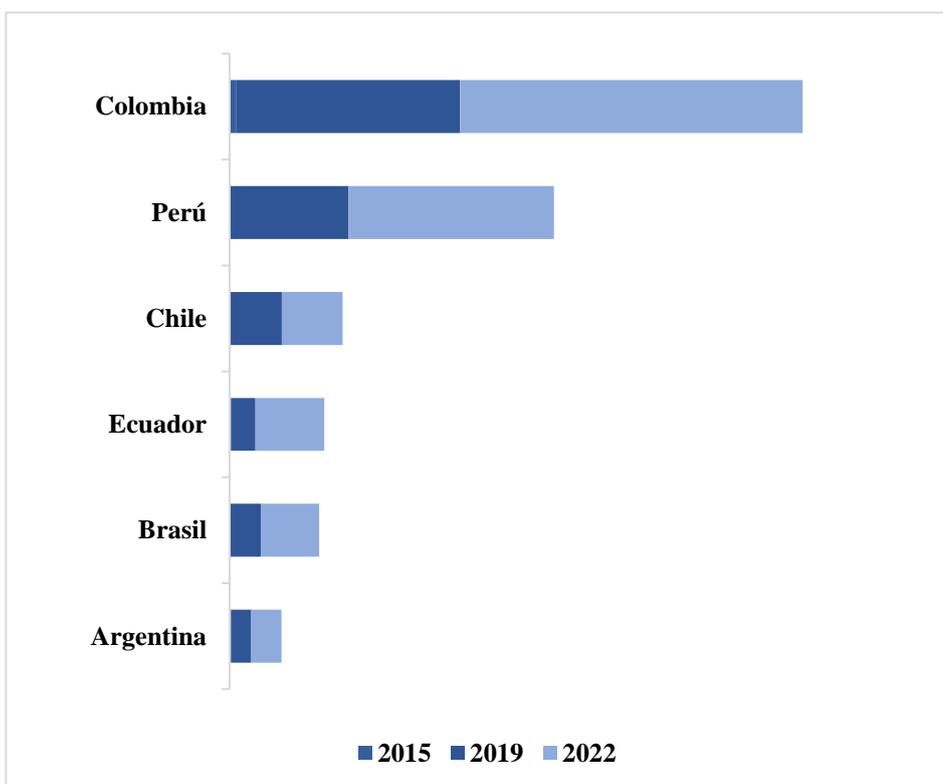
En estos términos, se entenderá como trayectoria migratoria o trayecto de la persona migrante no solo al camino físico que demarca el traslado de una frontera a otra, sino “al camino que realizan estas personas de una posición social a la otra”, en términos de lo que Pedone y Mallimaci (2021) denominan, procesos de desclasamiento social materiales o simbólicos. En este caso el desclasamiento social está vinculado con los proyectos migratorios, la disponibilidad de recursos económicos para migrar y la inserción laboral precarizada que permea el acceso a otros derechos.

5.1 Perfil sociodemográfico: edad, sexo, nivel formativo e inserción laboral

Antes de presentar el trabajo cualitativo, nos interesa aportar algunos datos en cuanto al perfil sociodemográfico de la población venezolana radicada en Argentina.

Argentina se ubica con el sexto país con mayor población venezolana, mientras que la región andina continúa siendo la principal receptora de este movimiento migratorio (OIM, 2021).

Gráfico N°3. Las rutas del movimiento venezolano en Latinoamérica



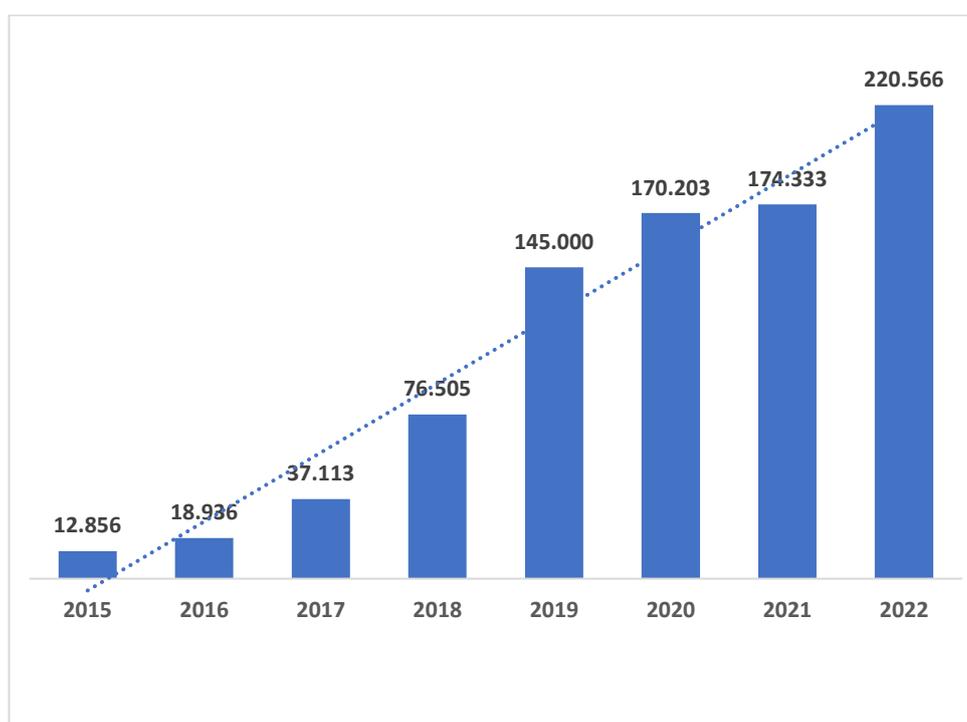
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OIM-R4V

Los datos de la OIM sostienen que para el año 2021, países como Colombia, Ecuador, Perú y Chile registraron el ingreso de 3.6 millones personas venezolanas, seguido de Brasil, con 264.000 y Argentina con más de 174 mil personas venezolanas que en este tiempo, registraron un ingreso irregular a nivel terrestre en el norte del país (R4V, Ronda 10 , 2021).

En consonancia con la información relevada, la población venezolana comienza a tener mayor visibilidad en Argentina a partir del 2015.

En el Gráfico N°4 vemos de manera clara cómo la llegada de personas migrantes venezolanas ha experimentado un crecimiento progresivo entre 2015 y 2022.

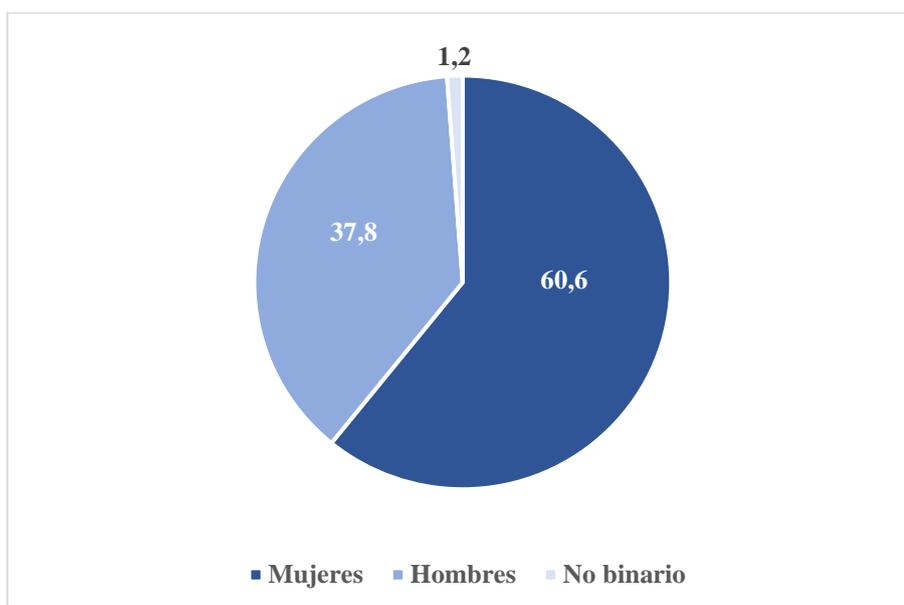
Gráfico N°4. Personas venezolanas en Argentina. 2015- 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OIM- R4V

Una peculiaridad que resalta de la migración venezolana en Argentina es la feminización de esta población (Gráfico N°5). Según reportes de la OIM, esta información contrasta con los datos registrado en países fronterizos. Mientras que en este territorio se registra a un 60,6 % de mujeres, en países fronterizos existe una mayor proporción de varones (OIM, 2022).

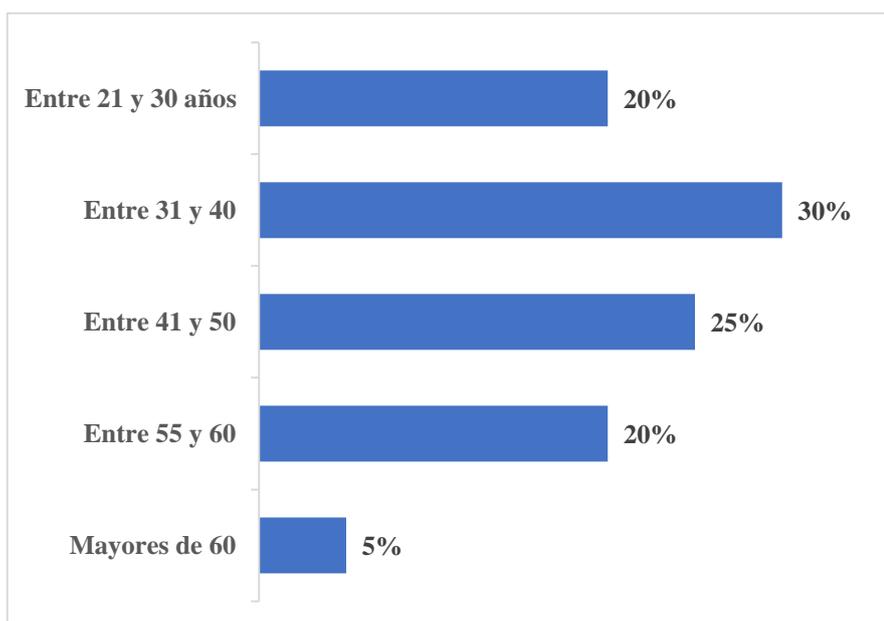
Gráfico N°5. Población venezolana en Argentina según el género



Fuente: Elaboración propia con datos de la OIM-R4V-Ronda 13

Otro aspecto relevante es la edad, pues esta población se concentra en edades económicas activas. Los datos relevados por distintos organismos indican que la mayor proporción de personas venezolanas tienen entre 18 y 35 años (DNM, 2019). Esta información coincide con lo analizado en otros informes que ubican a un 95% entre los 18 y los 60 años (Pacecca y Liguori, 2019).

Gráfico N°6. Población venezolana en Argentina según la edad



Fuente: Elaboración propia.

Considerando las distintas etapas del flujo, se puede decir que el rango etario analizado también incorpora a la población más reciente, relacionada con un proyecto migratorio enfocado en la reunificación familiar, que registra una edad entre los 55 y mayor a los 60 años. Aunque esta característica constituye un flujo más heterogéneo, en cuanto al perfil sociodemográfico, circunstancias y de acuerdo con el contexto de salida, en cuanto a las variables de edad y el género, en el grupo en general destacan en tanto población joven y levemente mayor en mujeres, pues solo el 25% sería población mayor a los 55 años, conforme a lo expresado en el Gráfico N°6.

En cuanto a la distribución de la población venezolana dentro del territorio argentino, ésta atiende principalmente a factores de atracción vinculados con centros urbanos, existencia de oportunidades laborales y presencia de redes de apoyo (Biderbost, Núñez, & López, 2021).

Asimismo, los datos de la OIM señalan que el 70% de la población venezolana en Argentina está radicada en la Ciudad de Buenos Aires y, al menos por el momento, este colectivo no se caracteriza, por tener una elevada movilidad interna fuera de la CABA y Provincia de Buenos Aires.

En una Encuesta de Perfil Migratorio de la Ciudad, realizada entre junio y diciembre de 2015, se encontró que el 49.1% de la población migrante venezolana estaba ocupada, el 31.1% cursa estudios y el 10.4% busca empleo de manera activa, mientras que el 4.9% se desempeña como ama de casa. El promedio de convivientes por hogar para la población migrante del colectivo analizado fue de 3.6 personas, lo que indica un perfil familiar de esta presencia.

El dato más relevante de esta Encuesta traduce a los migrantes residentes en la ciudad en una intensa jornada de actividades. Mientras que el promedio de convivientes por hogar en la Ciudad de Buenos Aires es de 3.1 personas, la cifra se eleva a 3.6 para los extranjeros. Acorde con esta información, también se encuentra que la población migrante venezolana muestra un importante grado de ocupación (Martínez y Carpinetti 2021), evidenciando que se emplea de manera activa, destinando la mayoría de la semana a trabajo

Hasta el año 2022, residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un total de 30.847 personas nacidas en la República Bolivariana de Venezuela. Este número representa un aumento significativo en comparación con años anteriores, evidenciando el crecimiento sostenido de la migración venezolana en Argentina (Gráfico N°4). Es importante destacar que esta migración se caracteriza por liderar los relevamientos sobre la Población Económicamente Activa (PEA), representando más del 70% del total de migrantes en el primer trimestre de 2022.

Con relación al nivel educativo, los resultados preliminares relevados en las entrevistas refieren un perfil profesional, la mayoría con posesión de un título académico universitario, algunos con postgrado, información que está en sintonía con los análisis que sostienen que más del 50% de las personas venezolanas están registradas con estudios terciarios o universitarios, es decir, más del 60% tiene un perfil predominantemente profesional calificado (OIM, 2022).

Dado el nivel de formación académica de la población entrevistada, es posible reconocer rasgos de la migración calificada. La nomenclatura de la OIM establece que esta categoría “recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país destino al suyo”²⁸. Además, para definir a una migración calificada, la OIM considera los criterios de orden académico y los aspectos relacionados con la posición ocupacional que tiene la mano de obra calificada migrante en la estructura del empleo en origen y destino.

Por su parte, un concepto de uso más académico sostiene que el nivel de escolaridad ha sido establecido como el principal atributo para la clasificación de los migrantes calificado (Mallimaci, 2021). Esta información coincide con el estudio de Biderbost, Núñez y López, (2021) en el cual sostiene que el 67 % de las personas venezolanas en Argentina detenta un título universitario o terciario y que tres cuartas partes han realizado estudios de posgrado.

²⁸ Puede recuperarse en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf

Dichos datos concuerdan con un relevamiento sobre los perfiles y las solicitudes de residencias otorgadas durante el año 2019, en el que la DNM informó que los principales perfiles registrados eran ingenieros, empresarios, administradores, contadores y profesionales de la salud.

Cuadro N°14. Perfil profesional de la población venezolana en Argentina (2019)

Profesión / Sector	Cantidad estimada
Ingenieros	Más de 16.000
Empresarios, administradores y contadores	Cerca de 11.000
Profesionales de la salud	4.500

Fuente: Elaboración propia con base en DNM, 2019

Otro estudio de las personas venezolanas en Argentina indica que cerca del 6%, afirmó tener una profesión y oficio vinculado al área de Salud. De estos, un 26% declararon ser psicólogos, seguidos por un 20% de médicos generalistas, un 20% odontólogos, un 18% enfermeros, con más de un 70% del género femenino (Mercer, 2019).

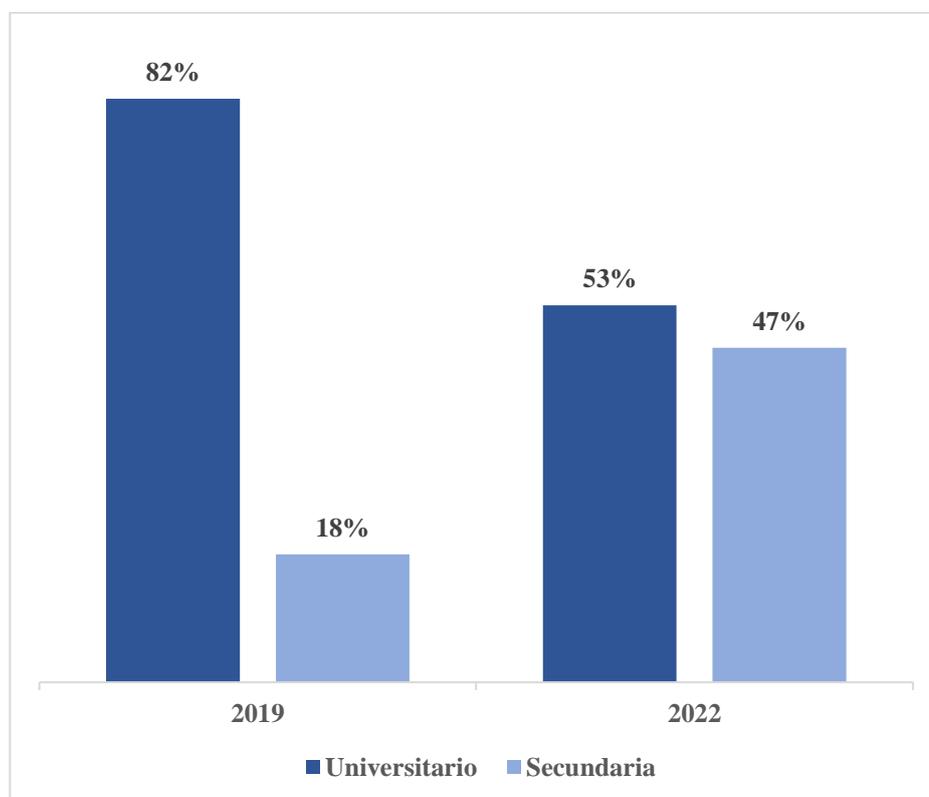
Incluso durante el período de la pandemia, en la composición de los hogares venezolanos se encuentran personas con alto nivel educativo, al mismo tiempo que resaltan las dificultades expresadas para encontrar un empleo formal (ENMA, 2020; DDHH, 2020).

En cuanto al perfil y el grado de calificación, las personas encuestadas reconocen como un obstáculo para la inserción laboral a los trámites burocráticos que implica validar sus títulos y acreditar sus estudios. Relacionado con este motivo y acorde con estos datos, más del 61% de la población venezolana se considera sobrecalificada para el trabajo que realiza en Argentina (ENMA, 2020; Martínez y Carpinetti, 2021).

Si bien se observa una composición levemente heterogénea en el nivel de formación entre quienes arribaron en los últimos dos años, al mismo tiempo los datos advierten que un 90% de las personas que ingresaron posee

un nivel de formación medio o alto y no hay variaciones acerca de la composición por género y edad de la población (OIM, 2022).

Gráfico N°7. Nivel formativo de la población venezolana en Argentina



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OIM-2022

En consideración al nivel de formación, Debandi, Nicolao y Penchaszadeh (2021) señalan que la migración venezolana en Argentina es singular con respecto de su presencia en otros países de la región, pero además con relación a otros colectivos de inmigrantes en el país e incluso con relación a la población nacional. Estas mismas autoras identifican al grado de escolaridad adquirido, como una ventaja comparativa para acceder al mercado laboral y a otros derechos en el país receptor.

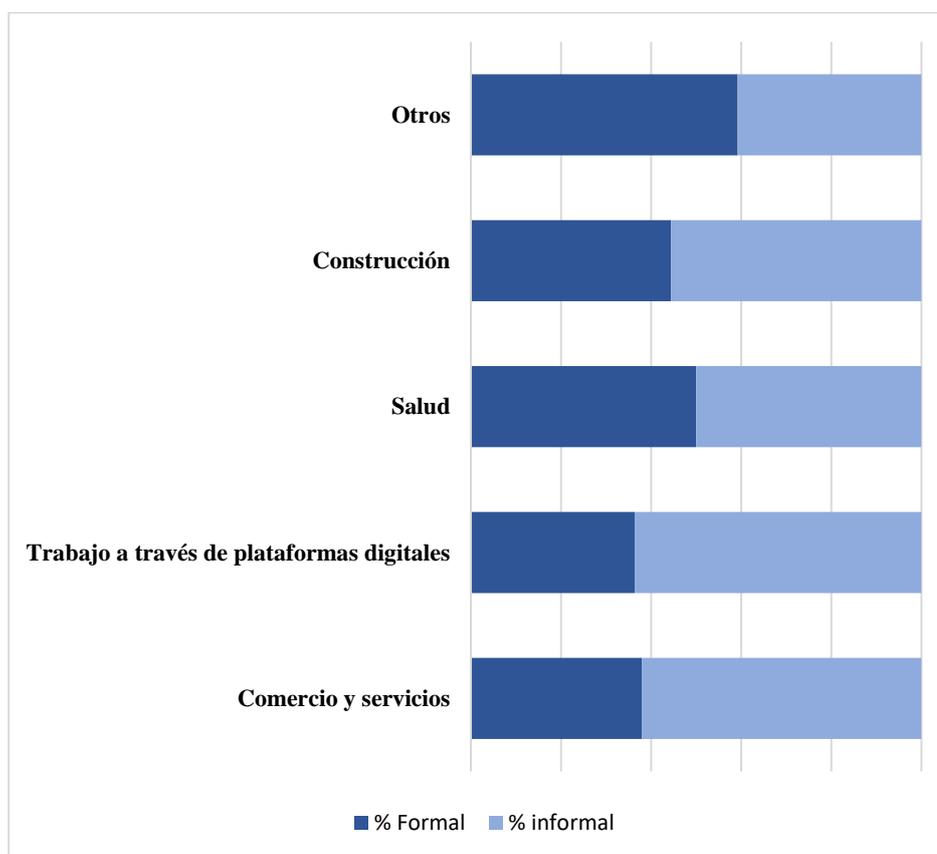
Lo recién dicho, torna más visible la incongruencia entre la inserción laboral lograda por este colectivo y sus aspiraciones de acuerdo con las credenciales educativas alcanzadas.

En un trabajo sobre la migración venezolana en el país Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte (2019) identifican dos perfiles distintos dentro de la población venezolana migrante en Argentina, diferenciados por

su momento de llegada y condiciones de inserción laboral. El primero, considerado pionero, corresponde a migrantes provenientes de clases medias y medias-altas en Venezuela. Este grupo logró una integración relativamente favorable, insertándose en empresas privadas o puestos en empresas privadas y algunas dependencias gubernamentales en la CABA. La trayectoria de este grupo evidencia una ventaja inicial en términos de capital social, educativo y económico, lo que facilitó su transición al nuevo contexto.

Por otro lado, el segundo grupo incluye un perfil de migrantes con llegada más reciente, provenientes de clases medias y medias-bajas. A diferencia del grupo pionero, este colectivo enfrenta mayores barreras de inserción, siendo absorbido mayoritariamente por el sector informal de la economía. Su inserción laboral se caracteriza por trabajos no registrados, con condiciones de precariedad y largas jornadas laborales. Este escenario refleja una vulnerabilidad socioeconómica acentuada con respecto al primero (Pedone, Mallimaci, Gutiérrez y Delmonte, 2019).

Gráfico N°8. Inserción laboral entre 2019-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OIM-R4V- 2022

A partir de estos datos del Gráfico N°8 se puede observar que, la inserción informal de la población venezolana es levemente mayor a la formal. El trabajo informal es mayoritariamente en la rama del comercio (36%). En menor medida, en el sector de la salud (12%), entre otros que incluyen los oficios en el hogar (10.7%) y belleza (10.7%). Por su parte, los trabajos formales son en las áreas de comercio (22.1%), salud (12.3%), informática (9.7%) y plataformas digitales (8.2%). Sin olvidar que en todas las ramas persiste la informalidad laboral²⁹ (OIM, 2022).

Dicho análisis se encuentra en consonancia con los datos recogidos en la plataforma RV4-OIM en su Ronda 13, donde se identifica una relación proporcional entre la regularidad migratoria, la informalidad en la ocupación y el tiempo de residencia. Esta relación se explica cuando quienes registran su llegada en menos de un año, son quienes presentan el mayor porcentaje de informalidad (80.6%). Las personas que tienen entre 1 y 2 años de residencia en el país representan el 50 % de informalidad, mientras que quienes están en Argentina con más de 2 años, registran el 26.4% de empleos informales.

Desde el año 2018, como ya se mencionó, la gestión del trámite migratorio en Argentina conllevó la implementación del Radex, un nuevo sistema de registro online. Una de las justificaciones para su implementación argumentaba que buscaba conectar las competencias de las personas con las necesidades de empleo reportadas en las provincias (Mercer, 2019). De este modo, la política de regularización fue articulada entre la DNM (como órgano rector), la Secretaría de Trabajo, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Educación.

Progresivamente, se coordinaron esfuerzos entre el gobierno argentino y distintos organismos internacionales, para diagnosticar el flujo, identificar perfiles como oferta laboral y elevar propuestas para la inserción de la población venezolana, principalmente en el sector de la ingeniería y la salud, como principales demandantes en el mercado laboral argentino (Sala, 2020).

²⁹ Incluso en el sector de la salud pública ha sido registrada la informalidad laboral, destacando el rol del Estado en la *gestión de la precariedad* (Pedone y Mallimaci, 2019).

En atención a ello, durante el año 2019 se realizó una investigación impulsada por la OIM sobre profesionales venezolanos proveniente de las distintas áreas de la ingeniería. Dicha investigación combinó una base de datos entre la DNM y la Encuesta de la Asociación de IngVenAr cuyos resultados describen las situaciones de desempleo y sobrecalificación como los principales problemas que afectan la inserción laboral en este sector (Sala, 2019).

En el campo puntual de profesionales en salud, Mercer (2019) resumió la estrategia gubernamental para la inserción de enfermeros y médicos en el sistema sanitario argentino, basados principalmente en una política de desconcentración geográfica.

Sin embargo, la distribución geográfica indica una gran concentración en la Ciudad de Buenos Aires (83 %) y la provincia de Buenos Aires (11 %), a pesar de que los sondeos realizados por las asociaciones que les agrupan señalan que un alto porcentaje de estos profesionales estaría dispuesto a trabajar en otras regiones del país (Biderbost, Núñez y López, 2021; Martínez y Carpinetti, 2021).

Pedone, Mallimaci y Delmonte (2019) identifican tres procesos asociados con la inserción laboral de la población venezolana en Argentina: la precarización de las prácticas profesionales, el desclasamiento sociolaboral y la uberización de la inserción laboral migrante. Para constatarlo, presentamos las dinámicas de llegada junto con las motivaciones de salida, las rutas y el transporte empleado, así como las formas de inserción y los desafíos que enfrenta la población migrante venezolana en Argentina.

5.2 Motivaciones, rutas y aspectos de la llegada en Argentina

De acuerdo con la información recabada, la migración venezolana que se dirigió hacia Argentina es una población en gran medida profesional, que ingresó en avión en el marco de un proceso mayormente planificado, con documentos legalizados y establecimiento de redes que sirvieron de vínculos o conexión para facilitar su inserción en el país austral. Dichas características contrastan con una población que realizó un proyecto improvisado bajo duras

circunstancias hasta llegar a destinos como Colombia, Perú, Brasil y Ecuador (R4V, Ronda 4, 2019).

En concordancia con el Gráfico N°4, el incremento de la población venezolana en Argentina a partir de los años 2015 y 2016 evidencia el crecimiento del movimiento y también los avatares del contexto socioeconómico y político que han impulsado esta dinámica.

Luego del 2017 se muestra como un destino de preferencia debido a las políticas argentinas relativamente abiertas, sobre todo en cuanto facilidades para la regularización migratoria a través del Acuerdo MERCOSUR, lo que perfiló Argentina como un destino atractivo para esta población que se dirigió al Cono Sur (Penchaszadeh, Nicolao y Debandi, 2021; Pacea y Liguori, 2019).

Según un informe de la OIM, basado en datos publicados por la DNM en diciembre de 2022, tanto las entradas como las salidas regulares de personas venezolanas hacia y desde Argentina aumentaron un 38% durante el último trimestre de 2022 (Ronda 13-OIM).

Asimismo, para analizar los aspectos de la trayectoria asociados con el tiempo de llegada o permanencia de la población venezolana entrevistada, contrastamos nuestros hallazgos con los datos de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA, 2020). Según estos datos, en cuanto al acceso a la residencia regular, el 22% de las personas venezolanas en Argentina cuenta con residencia permanente, el 59% posee residencia temporaria y el 13% se encuentra en situación precaria. Además, el 1% está nacionalizado y un 7% tiene trámites en curso para la naturalización. Esta información concuerda con el carácter relativamente reciente de la migración venezolana en el país y su establecimiento paulatino.

En consideración con el marco teórico analizado sobre las distintas categorías del movimiento migratorio, identificamos desde las experiencias narradas por las personas entrevistadas, el impacto que dichas categorizaciones tienen en el tratamiento de la población venezolana en Argentina. Teniendo en cuenta que, el 93% de la población venezolana en la Argentina llegó entre el 2015 y el 2020, de ese número un 11% registra

llegada en el 2020, contexto atravesado por la pandemia y el cierre total fronterizo en casi todos los países de mundo y especialmente de Suramérica (Debandi, Nicolao y Penchaszadeh, 2021). Dicha evidencia, demuestra que el movimiento venezolano no se detuvo y tampoco modificó sustancialmente su destino final.

El matiz de las motivaciones se expresa en la estrategia migratoria, la naturaleza del proyecto migratorio, por ejemplo, si éste es individual o familiar, si es planificado o no. Además, dicho proyecto está sujeto a las expectativas y características propias del país de acogida, de las aspiraciones laborales e incluso, de las intenciones de retorno.

“Las posibilidades de regresar se fueron complicando por la situación en Venezuela, así que me fui quedando” (Id 1).

“Hasta que este gobierno no salga de Venezuela será muy difícil regresar” (Id 7).

“Aquí han sido difíciles muchas cosas, pero es lo que toca hasta que podamos por fin regresar a nuestro país” (Id 13).

“A mí se me juntaron muchas cosas, la salud y las malas experiencias laborales. En Venezuela tengo mi casa, mis comodidades, quizás pocas, pero más que aquí, yo en la primera que pueda me regreso” (Id 20).

Por su parte, entre las motivaciones relevadas se pueden observar a los que sostienen que salieron debido a la situación de crisis socioeconómica en Venezuela y la escasez; *“Migré en búsqueda de una mejor calidad de vida”* (Id 8); aquellos que señalaron haber evidenciado una pérdida en su calidad de vida durante los últimos años *“Esperaba encontrar una estabilidad, oportunidad de empleo, progreso”* (Id 7); y quienes sostienen haber migrado debido a la violencia, la inseguridad y la condición sociopolítica:

“Migré para tener una mejor vida. Ya mis 2 hermanos se habían venido para acá por un tema de seguridad y de la facilidad del trámite para legalizarse. Revisamos estadísticas en cuanto a la seguridad, entre otras cosas que consideramos en aquel momento” (Id 2).

Según la información obtenida con la aplicación de las entrevistas, el encuentro de un empleo digno se menciona como una de las razones que indican las personas venezolanas que migran.

“Sabía que había un mejor nivel de desarrollo social del país por sus aspectos económicos. Buen nivel de vida. Como mis hijos vivían aquí, entonces tenía una idea hecha de que era un país bastante bueno” (Id 1).

Las expectativas están básicamente relacionadas con el futuro del entorno económico y las posibilidades de progreso en el país de acogida, así como la posibilidad de regularidad migratoria.

“Migré para tener una mejor vida. (Id 2).

En cualquiera de los casos, las motivaciones de quienes registran su llegada durante los primeros años llevaron implícito la búsqueda de mejor calidad de vida y la necesidad de regularización migratoria.

Entre el 2019 y el 2021, éstas comienzan a verse vinculadas con la reunificación familiar y se menciona el encuentro, inmediato o a mediano plazo, con familiares que llegan a Argentina. Aunque persisten los motivos sobre la facilidad para regularizarse y las expectativas en torno a una mejor calidad de vida.

“Yo vine de visita y cuando llegué me enteré de que iba a tener un nieto. Mi nuera tenía 4 meses de embarazo cuando yo llegué en octubre. El bebé nacería en marzo. Mi plan inicial era irme en enero y volver después a conocer al nieto. Pero se adelantó el parto en diciembre y postergué el regreso, además perdí el vuelo. Mi hijo pidió una prórroga, pero mi nieto nació prematuro y tenía que estar en la UCIN y complicado de salud. Dado mis conocimientos en salud, mi hijo me dijo que no me fuera. Entonces me fui quedando. Primero eran 3 meses más y me comprarían otro pasaje. Resulta que no. Me fui entusiasmando con mi nieto, conseguí un trabajo. Porque yo tampoco quería quedarme aquí sin trabajar, pero fui consiguiendo, vi que tenía posibilidades” (Id 1).

“Mis hijos decidieron venirse y se insertaron relativamente rápido. Dos son ingenieros y una es administradora, por eso estoy aquí” (Id 5).

“Llegué justo antes de la pandemia, voy para 4 años aquí. Decidí venir a Argentina por que tenía familia aquí y ellos me habían contado que el proceso migratorio no era tan difícil” (Id 15).

De los testimonios se desprenden las características de un proyecto planificado, con documentos legalizados y recursos para sostenerse mientras validan títulos o consiguen algún trabajo. También motivados por las altas posibilidades de regularización migratoria, legalización documentaria e inserción laboral.

“Me vine porque mis 2 hermanos que llevan como 10 años aproximadamente acá me orientaron de todos los trámites que tenía que hacer. Apenas llegué me inscribí en la universidad, traje todos mis documentos al día” (Id 4).

“Antes de venirme investigué que este era un país muy seguro con muchas posibilidades para trabajar” (Id 8)

Además de la posibilidad de regularización migratoria también resultaba un atractivo para muchas personas detractoras de la política de Maduro, que algunos gobiernos en la región, como Argentina, se manifestaron en contra del gobierno venezolano y sobre su expulsión de este bloque planteando la posibilidad de un tratamiento jurídico para el reconocimiento de la figura de refugiado. De hecho, en el grupo entrevistado algunas de las personas se expresaron en contra de la política venezolana, acusando a Maduro de la principal causa para salir del país.

“Nos vinimos porque sabíamos que aquí había más democracia, seguridad, todo funciona más organizado, aunque ahora esté muy parecido a Venezuela, la gente aquí no aguanta tanto el desastre” (Id 5).

“Hemos sido una inmigración forzada, nos obligaron a salir, muchos de los que están aquí te dicen que se quieren devolver, de algún modo nos tratan como una migración sentida” (Id 7).

“Mi marido es militar detractor del gobierno de Maduro, eso fue por lo que nos fuimos. De hecho, para venirnos le pagamos a la guerrilla porque no podía salir fichado por Cúcuta como los otros, para que no fuera solicitado” (Id 10).

Haciendo eco de esta postura, hubo quien dijo tener miedo en torno a la política del gobierno de Fernández, expresando temor por los acontecimientos políticos y económicos que les emula la situación inicial venezolana.

“Lo que veo como desventaja es que Argentina se está poniendo como Venezuela. Me da miedo esta gente en el poder, ya la inflación como va que asusta” (Id 5).

Algunos entrevistados hicieron comentarios similares, lo cual nos muestra de que la realidad política venezolana forma parte de los discursos públicos en el contexto de llegada y la población venezolana entrevistada, asume su posicionamiento como sujeto político, también en lo relacionado con la vida pública, política y social argentina, estableciendo paralelismos (y distancias) con respecto a Venezuela.

“Mientras haya de todo, solo te preocupas por tener para pagarlo, pero muy duro cuando tienes dinero y no hay medicinas, no hay comida, no hay nada. Aquí en Argentina revierten rápido a los malos gobiernos. No se aguantan mucho eso como nosotros lo aguantamos (Id 5).

Así pues, encontramos entre las personas entrevistadas referencias a discursos sobre crisis humanitaria, algunos que han asumido rol en delegaciones con asociaciones, organizaciones internacionales, civiles y comunitarias, involucrándose, en diferentes grados y de diferentes maneras en asuntos políticos y sociales que afectan tanto a la comunidad venezolana como a la argentina, con un nivel de entendimiento de sí, como agente de cambio e interlocutor y defensor de derechos.

“Nosotros nos organizamos, creamos vínculos, tenemos los chats, he entrado a las páginas para conocer gente, que si los venezolanos psicólogos, el grupo de meditación, nos organizamos para conseguir

trabajo, recursos, creamos grupos de ayuda, como este de Café con Guáramo, hemos hecho un vínculo” (Id 8).

“Nos organizamos para asesorar en torno a los trámites para el ejercicio de la carrera, también nos hemos organizado para brindar servicios de responsabilidad social. Hacemos jornadas de salud específicamente para empadronar y registrar las demandas de convalidación de los médicos venezolanos” (Id 12).

Asimismo, algunas de las personas entrevistadas indicaron haber venido de visita y luego haber modificado su estadía debido a la pandemia.

“Me vine a visitar a mis hijos que viven aquí, pero por la pandemia me quedé” (Id 3).

“Yo ya había vivido en el exterior. Estudié en Europa donde si es más complicado insertarse. Pero en esta oportunidad mis hijos se vinieron para acá, priorizaron América Latina, así que los seguimos, en reunificación familiar. Todo para regularizarse es más fácil, tiene sus tiempos, pero es un proceso seguro, nunca estás ilegal” (Id 5).

Uno de los aspectos importantes relacionado con el trayecto de la población venezolana que optó por llegar a Argentina tiene que ver con las distintas rutas por las que optó esta población. Por ejemplo, quienes emprendieron la trayectoria vía terrestre, se enfrentaron a desafíos como largas distancias, condiciones climáticas adversas y riesgos de seguridad.

Durante el período analizado, una de las rutas más comunes de la travesía era a través de países como Colombia, Perú y Chile, cada uno con distintas políticas de ingreso. Aunque muchas personas pudieron volar directamente desde Venezuela a Buenos Aires, aprovechando los vuelos comerciales disponibles, igualmente enfrentaron desafíos vinculados con los altos costos de los boletos y la necesidad de obtener visa por los países de escala.

“Mi traslado fue por ruta mixto, primero por tierra Venezuela-Brasil y luego aérea Brasil-Argentina. Era una manera de que saliera más económico, ya que los pasajes de vuelo directo escaseaban y los pocos que había salían más costosos” (Id 1).

La dificultad para el traslado aéreo también estaba relacionada con el llamado de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo de bajar el tráfico de vuelos desde Venezuela; entre los años 2014 y 2017 solo quedaban ocho aerolíneas operativas (Ribas, 2018). Este hecho ocasionó que muchas de las personas que decidieron salir del país hacia Argentina tuvieran que modificar y ampliar sus rutas.

“Viajé en esos últimos vuelos de Conviasa, recuerdo que hubo un lío en el aeropuerto porque había aviones que no podían cargar gasolina, a mi cuñada y a mi nos ubicaron en un hotel, yo duré una semana y me tuve que venir primero con los perros, ella pudo viajar casi un mes después” (Id 2).

En este contexto, los trayectos migratorios se diversificaron significativamente. El transporte dejó de ser exclusivamente aéreo debido a la reducción de vuelos directos y a la pérdida de poder adquisitivo de las personas migrantes. Conforme aumentaba la migración y transformaban las dinámicas de este flujo, muchas personas optaron por rutas terrestres. A su vez, conllevó una diversificación del perfil de las personas migrantes, que desde entonces abarca a todas las clases sociales, que ampliaron sus rutas de destino.

“Mi traslado fue mixto. Primero por tierra de Venezuela hasta Brasil y de Brasil en avión hasta Argentina. Fue un viaje cómodo pues, claro con un poco de nervios en la parte por tierra desde Venezuela, que fue lo más complicado, salir de Valencia hasta Puerto Ordaz y desde ahí fue donde agarré el transporte hacia Brasil, me sentí más segura” (Id 3).

El traslado por rutas terrestres implicaba un menor costo ya que se ahorraban el boleto de regreso, lo cual resultaba atractivo con miras a llegar con mayores recursos a su destino. Sin embargo, escoger traslados más económicos implicaba caminos más arduos. En este tiempo las rutas más comunes incluían cruzar Colombia hasta Ecuador o Perú, y de ahí seguir hacia Bolivia para finalmente Argentina, o bien pasar por Brasil.

“Mi traslado fue mixto. Viajé de mi zona, de donde vivía en Venezuela hacia Brasil, en auto. De Boa Vista a Iguazú en avión, de Iguazú hasta Buenos Aires en colectivo” (Id 8).

Debido a que el traslado fue a través de distintos tipos de transportes haciendo uso de diversas rutas terrestres y áreas, algunos testimonios reflejan una historia de resiliencia y adaptabilidad frente a adversidades múltiples. Dentro de las principales dificultades identificadas está la coyuntura interna venezolana, asociada con la dificultad para agilizar trámites de documentación personal emitida por las autoridades venezolanas, como pasaporte vigente entre uno de los mencionados.

“Yo me fui primero a Colombia porque soy de San Cristóbal, ahí mismo en la frontera, mi hijo ya se había ido a Perú, pero yo no tenía pasaporte para solicitar la visa. En Colombia me salió un carné que hay para venezolanos allá, pero me fui a Perú que estaba mi hijo. Allí fue tan horrible el maltrato, no pude ni sacar el carné que daban, se tardaba mucho y para trabajar sin eso era un lío, porque decían que uno iba a quitarles el trabajo, tardé más de un año cuando decidí venirme para acá” (Id 14).

De acuerdo con estos testimonios, el transporte utilizado en la mayoría de los casos fue mixto, explorando diversas estrategias de movilidad, saliendo por tierra desde Venezuela, para luego continuar su recorrido bien sea por tierra hacia otros destinos fronterizos, o en avión hasta Argentina. Este aspecto nos permite establecer diferencias entre la población que se dirigió a los destinos fronterizos como Colombia o Brasil en condiciones de mayor precariedad económica, y la población que tenía Argentina como destino final (Pacecca y Liguori, 2019).

En este sentido, además de las circunstancias descritas por el grupo entrevistado, en cuanto al tipo de transporte usado, hay quienes nos señalan que la diversificación de rutas es un elemento relacionado con aspectos económicos, pero también se vincula con diversas dificultades políticas y los conflictos con las aerolíneas o el encarecimiento de los boletos aéreos.

En cuanto al trayecto por tierra, de las entrevistas se desprenden un par de experiencias de viaje realizado vía terrestre desde Venezuela hasta Argentina. En la entrevista cuentan que hicieron su trayectoria cruzando fronteras, narran al salir de Venezuela pudieron sellar su pasaporte e ingresar legalmente a Colombia por la frontera de Cúcuta; sin embargo, no pudieron sellar entrada ni salida en países como Ecuador y Perú, por las restricciones de visados que exigían estos países a los venezolanos.

En el primer caso, tenemos el testimonio registrado de una venezolana que salió con destino final a Perú expresó haber vivido distintas dificultades para regularizarse en este país, además de presenciar sucesivas situaciones de discriminación, vividas y reportadas por compatriotas, por lo que decidió venirse con su familia hacia Argentina.

“Cuando llegué a Lima quise regularizarme me dijeron que había que participar en un registro, inscribirse en una lista, te daban un papelito, que lo mostrabas al pedir empleo. Yo comencé a buscar empleo en varias fábricas de costura, donde me decían abiertamente que no aceptaban venezolanas, que nos creíamos los únicos en el mundo, que nos regresáramos a nuestro país donde nos acostumbraron a que todo era regalado y cosas así” (Id 14).

Esta persona cuenta que hizo su trayecto por tierra desde Venezuela hasta Perú, pasando por la frontera de Colombia. Su narrativa permite identificar la improvisación del trayecto y, además, un proyecto migratorio poco específico, incluso, llamativamente considera la idea del regreso.

“Pensé en devolverme a Venezuela o incluso irme a Colombia, pero luego de todo el susto de pasar por esa frontera cuando nos fuimos, además ya sabemos que allá hay mucho peligro, así que escogimos Argentina, porque ya nos habían dicho que era más fácil tener documentos para buscar trabajo legal” (Id 14).

El segundo testimonio da cuenta de que pasó dos años en Perú sin poder obtener un documento y finalmente decidió continuar hasta Argentina, dada la posibilidad de poder establecerse de manera legal.

“Pasé dos años y medio en Perú y bueno, mi estadía en Perú realmente no fue la más bonita, tanto así que no pude legalizarme, decidí salir corriendo y siempre el primer destino que tenía en mente era Argentina. Aparte de que tengo una colega aquí que me recomendó que me viniera porque era fácil estar legal y bueno, no lo pensé, simplemente me vine” (Id 9).

Al profundizar en los testimonios, estas personas nos indicaron que no pudieron sellar su entrada al llegar a Argentina, lo que implicó que antes de cumplidos los tres meses permitidos para el turismo, salieron por la frontera con Brasil y Uruguay, asesorados por redes de venezolanos quienes informaron haber hecho lo mismo, para poder registrar una entrada legal en Argentina y gestionar su DNI.

“Para solicitar la cita tienes que cargar el sello de entrada, así que trabajamos hasta reunir para viajar en buquebus a Colonia que era lo que recomendaban en los grupos de venezolanos que estábamos, así hice y cuando llegamos metí la solicitud del DNI con el sello de entrada de Uruguay” (Id 9).

“Yo hice el viaje para Misiones y crucé la frontera de Brasil de ida y vuelta, me organicé con un grupito que también venían de Chile y Perú. Así pude sellar mi entrada sin problema, ya que ese era un requisito para solicitar el DNI” (Id 14).

Por lo tanto, la estrategia terrestre, implicó mucho más tiempo y costo del planificado, en el sentido de que la selección de la ruta por tierra buscaba abaratar los costos del pasaje aéreo desde Venezuela.

Sin embargo, al llegar a Argentina tuvieron que costear los gastos de salida y entrada por algunas de los países fronterizos como Brasil y Uruguay, de modo de poder entrar a Argentina con el sello del correspondiente país y poder cumplir con el requisito para solicitar el DNI. Esto implicó gastar en un viaje extra que no estaba considerado en el proyecto migratorio. Consecuentemente mayor presión en torno a la inserción laboral.

En cuanto a las rutas y al transporte empleado, se evidencia que estas elecciones reflejan un proyecto migratorio planificado. Aunque las

estadísticas dicen que las opciones de traslado hacia Argentina son predominantemente mixtas, los testimonios nos indican que los ingresos se registraron a través del transporte aéreo. En muchos casos, los migrantes salieron por tierra desde Venezuela y completaron su viaje en avión, partiendo de países vecinos como Brasil, Colombia o Perú.

Por su parte, en todos los casos que registran trayecto terrestre o mixto se identifican algunos obstáculos al pasar de un país a otro sin la documentación requerida, ya que mientras que las políticas argentinas eran flexibles en cuanto a los requisitos para la entrada y estancia de venezolanos, llegar sin tener que pasar por otro (s) país (es) era muy complicado y debían por ejemplo contar con un boleto ida y vuelta.

Adicionalmente, observamos que los términos legal e ilegal fueron repetitivos en las entrevistas vinculados a la regularidad migratoria, especialmente relacionado con la necesidad de contar con documentos para trabajar. Esto resulta más claro en el testimonio de quien hizo un recorrido por países como Colombia, Ecuador y Perú hasta llegar a Argentina.

Cabe resaltar que, en este tiempo ya la OIM había declarado la crisis migratoria venezolana y coexistían las medidas implementadas por algunos gobiernos de la región (cuadro N°11), sobre el manejo de esta migración como crisis migratoria. Dicho manejo, permitía reconocer los motivos humanitarios como las razones principales de la migración y, por lo tanto, se avalaba el uso de canales terrestres regulares y en algunos casos, sin documentos de identidad, al margen de la legalidad. Sin embargo, esta situación, como señalamos, abrió una brecha de vulnerabilidad estructural formada por la discrecionalidad de los Estados en cuanto a requisitos de ingreso.

Por ejemplo, mientras que algunos como Colombia facilitaba el tránsito por sus fronteras, Ecuador y Perú exigían visas tramitadas desde el Consulado de estos países en Venezuela. El tránsito implicaba hacer un largo camino de forma irregular para alcanzar otros.

“Salí de Colombia a Perú sin ningún problema. Cuando pasamos por Ecuador fue terrible, todo el tiempo con la angustia que nos parara

alguna alcabala. No teníamos visa para pasar por Ecuador ni menos para llegar a Perú. Te sientes como un delincuente y al mismo tiempo como un niño asustado que necesita protección” (Id 14).

Se presenta la discrecionalidad estatal como la principal barrera de un trayecto que por estos motivos se vuelve amenazante. Dicha discrecionalidad se encuentra en los posicionamientos de los gobiernos en contra de Venezuela, las dinámicas internas de los países con episodios de xenofobia, y también discursos dirigidos a favorecer al colectivo venezolano, con ayudas económicas y políticas direccionadas a su protección social, mientras a lo interno primaban las medidas administrativas restrictivas.

De esta manera, desde el año 2015 cuando la población venezolana comenzó a adquirir mayor visibilidad en Suramérica y un peso numérico en Argentina, este país se posicionó con su perfil receptor y una política de apertura con énfasis en los temas regulatorios (Pacecca y Liguori, 2019). Su respuesta ante la situación venezolana se expresó en la transformación de la normativa nacional migratoria, estableciendo lineamientos para facilitar la incorporación formal de la población venezolana en el mercado de trabajo (Cuadro N°13). En este escenario, en Argentina se posicionó la idea de estatus preferencial (Sala, 2020; Linares, 2021) debido a las medidas del gobierno de Macri, dirigidas a facilitar la regularización y convalidación de títulos para la inserción laboral de las personas venezolanas.

“Todos dicen que nos tratan como consentidos, pero la verdad es que no tenemos trabajos dignos” (Id 14).

En cuanto a los aspectos a de la llegada a Argentina, como se evidencia en el Gráfico N°4 y en consonancia con la información recopilada en nuestro grupo de estudio, esta se produjo entre los años 2015 y 2022.

“Vine a visitar a mis hijos en septiembre del 2019 y no sabía que sería abuela. Mi nieto nació prematuro en diciembre de ese año así que me quedé un tiempo más, pero luego llegó la pandemia y no fue posible irme” (Id 1).

“En el 2017 porque mi esposo tenía una oportunidad laboral, unos amigos nos informaron que además había una facilidad migratoria en cuanto a documentos y papeleo” (Id 7).

“Llegué en octubre del 2018, cuando decidimos venirnos teníamos dos opciones, Argentina y Estados Unidos, pero tenía mi mejor amiga acá y además para mis papás era más fácil visitarnos aquí” (10).

“Yo llegué el 22 de junio del 2018, tenía un familiar que llevaba un año acá y sabía que era súper rápido la regularización” (Id11).

A partir de estos testimonios podemos resaltar algunos aspectos clave sobre la cronología de llegada de la población venezolana entrevistada. En primer lugar, el ingreso a este país se registró mayormente entre 2015 y 2019. Lo que quiere decir que la permanencia registrada se ubica entre 1 a 5 lo que concuerda, como acabamos de decir con los datos del Gráfico N°4. Adicionalmente, en la mayoría de los casos se emprendió el proyecto con familiares o amigos. En otros casos, las personas expresaron haber realizado el viaje en compañía de familiares.

“Cuando tomé la decisión de venirme había pensado primero en Colombia porque tengo familia allá, pero me hablaron del tema de los documentos y lo pensé mejor. Hablé con uno de mis sobrinos que estaba allá y se vino unos días antes, así que me vine y él ya estaba acá” (Id 15).

“Me vine a Argentina a finales del 2018 porque mi hermano se vino unos meses antes y ya sabíamos cómo era la cuestión del DNI. Yo tenía a la niña chiquita así que mi interés principal era la documentación, darle seguridad” (Id 17).

Como es posible notar, el ingreso en Argentina se denota la planificación del proceso migratorio y la intención de que la permanencia sea regular. Además, los testimonios evidencian la dimensión familiar y/o vincular del proceso migratorio. También podemos resaltar que la mayoría expresó haber viajado con pasaporte y/o cédula de identidad vigentes.

“Yo venía por tres meses, de visita, pero mi hija previendo que me quedaría más, sacó la cita del DNI, me dijo que debía entrar con los antecedentes, así que yo tenía todo cuando llegué” (Id 1).

“Me traje todos mis documentos completos porque mi idea era regularizarme y ejercer” (Id 9).

“Yo me vine con todos mis documentos al día, de hecho, aquí te piden pasaporte y antecedentes penales vigentes. Eso es importante para venir acá” (Id 15).

“Mi vuelo fue directo desde Caracas-Bogotá-Buenos Aires, yo tenía mi pasaporte y todos mis documentos para solicitar el DNI apenas llegara y así hice” (Id 16).

Con todo lo dicho, al relevar aspectos relacionados con el tiempo de llegada, nuestro grupo corrobora la tendencia antes referida. La mayoría de las personas entrevistadas señaló haber iniciado su viaje desde Venezuela entre 2015 y 2019, en menor proporción lo iniciaron entre 2020 y el 2021, lo que se explica con las medidas de cierre debido a la pandemia.

“Viajé en el 2021, llegué en avión, pero desde un vuelo Caracas-Bogotá-Buenas Aires” (Id 16).

De este grupo queremos destacar que, con excepción de una persona, todos indicaron que tenían Argentina como destino final. Por su parte, identificamos que quienes viajaron entre los años 2021 y 2022 lo hicieron bajo cierta estabilización en las rutas de esta migración, en gran medida a través de conexiones aéreas más directas, gracias a la reactivación de la aviación comercial y acuerdos entre líneas aéreas de ambos países.

Las impresiones hasta aquí descritas nos permiten notar que la documentación y las expectativas en torno a tener un DNI, son el factor principal para seleccionar como destino a Argentina. Seguido de que luego de la declaración de crisis migratoria en el año 2018, por parte de los organismos internacionales como la OIM, algunos países asumieron un discurso humanitario, del que Argentina se hace eco empleando la flexibilización de medidas a partir de los estatutos de regularidad del MERCOSUR.

Es preciso señalar que, aunque discursivamente la categoría de refugiado resonó mucho en la esfera pública comunicacional, el tratamiento que se otorgó a la población venezolana en Argentina fue en el marco de una crisis migratoria, basado en medidas excepcionales y momentáneas, más allá de un tratamiento jurídico que contemplara el reconocimiento del refugio.

Asimismo, en términos de categorías jurídicas, en el grupo entrevistado ninguna persona mostró interés en reconocerse como refugiado, aunque si manifestaron la necesidad y dificultad para estar legal durante la trayectoria y en el país destino.

No obstante, los testimonios dan cuenta que más allá de lo discursivo y las medidas dirigidas a facilitar los trámites, en la práctica operaron los mismos mecanismos que dan cuenta en términos de tiempo para la regularización, documentos, además, de poca articulación entre los distintos entes públicos responsables.

5.3 Condiciones y dificultades para la radicación en Argentina

En primer lugar, asumimos el tema de la regularidad migratoria como un denominador común que afecta de manera transversal a toda la población venezolana que se dirige hacia Argentina. Todo ello, referido a la población entrevistada, que identificamos como de clase media con recursos para establecerse y buscar nuevas oportunidades laborales.

“Mis hermanos estaban acá y me dijeron que podían continuar mi carrera de psicología, que había más seguridad y mejores servicios públicos, así que organicé todo y me vine” (Id 4).

“Yo había ahorrado y cuando llegué investigué en qué podía insertarme. En Venezuela tenía un spa, así que mi idea fue replicarlo acá, me preparé con certificaciones en cosmetología emitidos aquí y me funcionó mucho mejor” (Id 11).

“Soy odontólogo y antes de venirnos había investigado más o menos cómo era este país, que debías venirte preparado con algún dinero mientras tenías tu DNI y podías trabajar” (Id 17).

Con relación a la situación documentaria, también es necesario destacar que la regularidad migratoria se relaciona con el acceso a derechos.

“Mi DNI se tardó y mientras te dan un papel que es una precaria, ese documento te dice que estas en trámite de regularizarte y que tu estadía es legal, es decir que estás en la espera de tu DNI temporal y con la precaria es posible trabajar o alquilar. Eso legalmente es así, pero en la práctica, si no tienes DNI no te contratan” (Id 15).

“Para ejercer necesitas tener DNI eso se tarda de tres a seis meses, más los diez u once que puedes tardarte en homologar, estamos hablando de más de un año en ese proceso” (Id 16).

Como es posible identificar en estos testimonios, el no contar con DNI dificulta la inserción laboral, facilita redes de explotación o el acceso a empleos precarizados, además de que es un requisito necesario para la convalidación de títulos académicos (Thayer y Durán, 2015).

“Nosotros llegamos en junio y la cita la teníamos en octubre, no teníamos ni precaria. Yo no iba a trabajar porque tenía la niña chiquita, pero mi esposo sí comenzó a trabajar como vendedor a los a las dos semanas de haber llegado, después fue un tema para que le pagaran, porque no teníamos ni cuenta bancaria, sin DNI no puedes hacer casi nada” (Id 17).

A su vez, al hablar de la regularidad migratoria no podemos evitar la relación que existe entre el tiempo de llegada de esta población y el acceso a una residencia regular.

Dado que en el proceso regulatorio anterior al 2018 permitía solicitar la cita estando fuera de Argentina, el cambio e implementación del nuevo sistema digital, llevó en algunos casos a adelantar la llegada a Argentina para iniciar el proceso de regularización.

Luego del 2018, la gestión del trámite migratorio se hace por medio de la implementación del Radex, un nuevo sistema de registro online, que buscaba conectar información sobre las competencias de las personas y cruzarlas con las necesidades reportadas en las provincias (Ministerio del Interior, 2018).

“Mi proceso fue relativamente rápido, porque cuando yo llegué estaba otro sistema y se podía sacar la cita desde Venezuela. Estaban con el cambio del proceso Radex y todas las citas fueron adelantadas a un mes, por eso me casé apurada y me tuve que venir un mes antes” (Id 7).

Argentina brindaba la posibilidad de acceder a la residencia MERCOSUR y disminuyó los impedimentos para la regularidad migratoria. Entre las valoraciones positivas sobre el nuevo sistema regulatorio resaltan que es proceso rápido, fácil y expedito

“Es un proceso rápido, es fácil, todo es digital y te llega a tu casa el documento. Solamente te vas a tomar la foto y a que te escaneen los documentos porque uno manda en digital las copias y luego lo lleva los originales de manera presencial, te lo escanean y te lo devuelven. Es muy rápido ese proceso” (Id 3).

Conforme a otros relevamientos (Pacecca y Liguori, 2019), entre las problemáticas que se adicionan, están la falta de recursos económicos entre otros problemas vinculados con la tramitación y entrega del DNI que por la época de implementación del sistema estaban aumentando considerablemente.

Es decir, dentro de las dificultades para regularizarse se constata que la mayoría están relacionadas con el cambio del sistema al Radex, ya que implicó algunas demoras en los turnos y la falta de documentación del país de origen retrasaba la carga de requisitos en el sistema.

“El nuevo sistema pide todo digitalizado y si no tienes algún requisito simplemente no puedes generar la solicitud. Por ejemplo, yo salí de Venezuela con mis antecedentes y todo, pero primero estuve en Perú, cuando llegué no tenía los antecedentes vigentes, eso fue todo un tema para que me respondieran la consulta del Radex” (Id 9).

Algunas personas entrevistadas sostienen que, además de la documentación de origen, el proceso de digitalización para la carga de documentos en el nuevo sistema representaba la principal traba, ya que no

existían formas de atender las dudas ni inconvenientes, todo se hacía por la página Web de migraciones, en una sección denominada “Autogestión”.

“Yo tuve un inconveniente porque me intimaron sin informarme, en vista de que no me llegaba el DNI, asistí a migraciones y resulta que a mi certificado de domicilio no le colocaron fecha, pero eso no me lo informaron en el momento que yo fui, me recibieron mi documento, no me dijeron que había ninguna intimación, vine recibiendo mi DNI después de casi un año” (Id 8).

Para ver el curso de la solicitud, se debe acceder a la página donde se actualiza la información y en el caso de haber algún problema con la documentación, se detalla la explicación en un documento con formato PDF llamado “Intimación”.

“La intimación es un procedimiento administrativo que hace el Radex para decirte que algo no está bien con tu trámite, bien se porque tienes algún documento vencido, o ilegible o cualquier cosa que haga falta adjuntar de nuevo, es totalmente online todo” (Id 8).

Con base en los testimonios, constatamos que en el documento “Intimación”, se insta a resolver el inconveniente específico y cargar la documentación bajo el mismo procedimiento inicial. La situación se presentó en el caso cuando la documentación se venció y debía gestionarse/actualizarse la nueva documentación para volver cargar. Esto incluye a la documentación emitida en Venezuela, como los antecedentes penales y la apostilla.

“Mi trámite se tardó mucho. Me intimaron porque mi certificado de antecedentes penales de Venezuela estaba vencido. Eso no lo entendí porque cuando inicié el trámite todos mis documentos estaban en regla, entiendo que la cita se tardó más de lo debido y los antecedentes vencen a los tres meses. Pero no me dijeron nada y resulta que el DNI no me llegaba, yo tenía una intimación sin saber” (Id 13).

En atención a las dificultades que generaba el mecanismo antes descrito, desde el mes de febrero de 2018 se simplifican los trámites de radicación para que la población venezolana en Argentina.

La disposición 594/2018 (DNM, Disposición 594, 2018) estaba dirigida a dar continuidad a los trámites de residencia iniciados por nacionales venezolanos, “cuando razones ajenas a su voluntad impidan o dificulten la obtención o el cumplimiento de presentación de recaudos documentales exigibles” para la adquisición de la radicación.

Aunque la Disposición 594 eximió de la presentación de los antecedentes penales, algunas personas entrevistadas que registraron su trámite entre el 2018 y el 2019, tuvieron que cargar su trámite nuevamente, luego de que fueron intimadas por el vencimiento de los antecedentes penales emitidos en Venezuela y esto alargó los tiempos del proceso.

“Apostillé mis antecedentes penales venezolanos un mes antes de venirme, cuando llegué tarde menos de 15 días en introducir la solicitud, porque tenía que esperar tener una constancia de residencia. Cargué mi solicitud apenas hice el pago, hice el seguimiento por la página, subía un escalón y lo bajaba de nuevo, hasta que por fin me llegó la cita, como dos meses después. Fui a mi cita y me dieron la precaria. Mi trámite no se actualizaba, cuando pasaron los tres meses de la precaria, revisé la página y me la actualizaron, no salía nada de mi trámite, luego envié un correo y me dijeron que tenía los antecedentes vencidos, los de allá y los de aquí, tuve que hacer todo casi desde cero” (ID 15).

Si bien la posibilidad brindada por la residencia MERCOSUR disminuyó los impedimentos para la regularidad migratoria en Argentina, entre las dificultades identificadas por algunas personas venezolanas al momento de regularizarse, estaban relacionadas con el cambio del sistema al Radex que implicó algunas demoras en los turnos, la falta de documentación del país de origen, falta de recursos económicos entre otros problemas vinculados con la tramitación y entrega del DNI.

El no contar con el DNI implicaba entre otras cosas, el no poder introducir trámites de validación o convalidación académica y tener que acceder a trabajos irregulares o mal remunerados, dado que con la precaria era difícil escalar algunos procedimientos administrativos.

Sin detrimento de ello, Argentina mostró una política flexible en torno a la población venezolana, principalmente en términos de la regularidad migratoria del MERCOSUR. Además, porque en este país es necesario obtener un estatus regular migratorio como un paso ineludible para trámites de reconocimiento profesional y, por tanto, un medio para lograr insertarse laboralmente en las áreas de formación específicas.

Con este panorama de base, es posible reconocer una reconfiguración del proyecto profesional de las personas migrantes venezolanas en CABA.

Sobre este aspecto, el trabajo de campo desplegado da cuenta de algunas dificultades para la radicación en Argentina que desencadenan una tendencia hacia la implementación de tareas diferentes a las de sus áreas formativas, así como el desarrollo de otros oficios como el cuidado, la cosmetología y el área de las tecnologías. La reconfiguración de las trayectorias profesionales, en algunos casos, tienen un importante impacto en la salud de las personas implicadas.

Por otra parte, los relatos que nos transmiten las entrevistas además dan cuenta del rol central de las redes de venezolanos/as en Argentina para proveer numerosos recursos, entre ellos, la información.

Además, conforme la comunidad venezolana fue creciendo en Argentina, se formaron y solidificaron redes que facilitaban la llegada, la adaptación de nuevos migrantes, además del flujo de información en torno a los requisitos y modos de inserción social y laboral. Esta característica está relacionada con el perfil de la migración venezolana que llegó Argentina durante el período de estudio. Esta particularidad establece distancias de la población que se quedó en países fronterizos.

“No organizamos en la parroquia Nuestra Señora de Caacupé que está en Caballito, allí organizamos la entrega de los kits de abrigos para el invierno, muchas organizaciones de venezolanos participaron, esta fue una ayuda de la OIM” (Id 1).

“Nosotros participamos desde la Secretaría de Trabajadores/as Migrantes y Refugiados/as en Argentina con ayudas de mercados e

insumos a las personas más necesitadas que más que todo son los que recién llegan, hasta que comienzan a trabajar” (Id 6).

“Como psicóloga sentí la necesidad de apoyar a otras personas que sabía pasaban el mismo duelo que yo, por las redes hablaban mucho de Psicoven y de las organizaciones, ahí establecí los contactos para ayudar” (Id 13).

Así pues, es posible encontrar dificultades de diferente orden, entre las que se destaca la necesidad de contar con DNI ya que es más que una condición legal, es un aspecto crucial que funciona como llave para el acceso a los derechos básicos, como salud, educación y empleo. Además, es un requisito esencial para la convalidación de títulos académicos en Argentina, lo cual es fundamental para poder ejercer la profesión de las personas migrantes, que son la gran mayoría de las personas que entrevistamos, por lo cual es percibido como la principal barrera. Pero también hemos destacado las estrategias y recursos desplegados para superar las dificultades que supone la condición migrante.

En líneas generales, en el marco de las tendencias antes señaladas en torno al asentamiento venezolano en Argentina, consideramos que esta población cuenta con amplias credenciales educativas, además manifiesta expresas motivaciones en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

De hecho, aunque muchas de estas personas se insertaron en trabajos diferentes a sus áreas de formación, sostienen que las expectativas para migrar hacia Argentina están básicamente relacionadas con el futuro del entorno económico, las posibilidades de progreso y la oportunidad de regularizar la situación migratoria, sin mayor riesgo, lo que convirtió a Argentina en un país atractivo para esta población.

Para hablar de las experiencias de inserción laboral de la población venezolana en la CABA, es preciso insistir en la importancia de su estatus socio-jurídico vinculado con el acceso a los derechos sociales. Como fue señalado, las trayectorias laborales resultan del despliegue de estrategias para enfrentar las limitaciones y aprovechar las posibilidades que ofrece el mercado de trabajo y los recursos propios (Sala, 2019).

5.4 Aspectos de la inserción laboral en Argentina

Como se viene sosteniendo, el nivel de formación de esta población es medio y alto. Sin embargo, manifiestan entre las principales dificultades las condiciones definidas para la convalidación, revalidación y homologación de títulos profesionales. Además, porque factores como el tiempo y la disponibilidad de dinero para el pago de las respectivas matriculas, representan obstáculos para que muchos de estos profesionales opten por no iniciar dicho trámite.

“Para mí ha sido duro el tema de la inserción por la convalidación y ese trámite. Primero el tema de pago, hacen 2 años atrás 58 mil pesos, eso era plata y ahorita sigue siendo plata. Eso es un gran factor de que mucha gente no lo haga. Lo otro son los tiempos, por lo menos la UBA te dan los horarios y si te toca en la mañana cómo haces con tu trabajo. Se abrió en La Plata, más lejos para mí, pero hay materias que puedes ver online. Yo en el momento no lo pude hacer cuando me llegó la solicitud porque no tenía el dinero y hoy por hoy no es que no tenga el dinero, ya lo podría pagar, la cosa es que ahora no tengo tiempo, y también las cosas han cambiado mucho, no sé si realmente quiero revalidar” (Id 7).

Quiere decir que, a pesar de las medidas gubernamentales para facilitar las homologaciones de títulos, como acabamos de señalar, los costos y los tiempos del trámite, emergen como una barrera que tiene consecuencias sobre las posibilidades de inserción laboral.

“Hoy por hoy tienes que hacer la reválida, que es estudiar aproximadamente 2 años, dependiendo del ritmo de cada persona, pero el mínimo son 2 años, lo tienes que hacer en una Universidad pública, pero a pesar de que es público tienes que igual pagar y no es tan económico” (Id 13).

Muchas de las dificultades prácticas fueron eximidas en el momento de la pandemia, dada la emergencia que demandaba personal y tras un compromiso de no “saltarse el paso” y validar una vez cubierta la emergencia. Para algunas personas, sobre todo del área de enfermería, representó un acto

de aprovechamiento y dudaron que luego de la coyuntura les permitieran insertarse como personal de nómina en el sector público.

“Con lo del COVID-19 si querían que ejerciéramos sin licencia, pero el gobierno no nos daba garantía de nada, estábamos totalmente desprotegidos, imagínate todos los enfermeros que murieron y el gobierno sin hacer ni decir nada, solo promete que promete, era mucho riesgo, yo no acepté, no creí que después nos contrataran de verdad” (Id 9).

Para quienes lograron insertarse y optaron por la convalidación en el área de la salud, la inserción se hizo en mayor medida dentro del sector privado-venezolano de atención sanitaria.

Por su parte, quienes ejercían la enfermería en Venezuela, se insertaron en actividades vinculadas con el cuidado. Aunque declaran que se desarrollan actividades similares a la enfermería, en general son empleadas no registradas, como monotributistas y sin ningún beneficio de seguridad social.

“Tengo una obra social por el monotributo, tengo un plan básico, porque yo tenía un plan más alto, pero con mi edad, eso me fue subiendo de precio y como yo tampoco tengo patologías crónicas, decidí por consejos de personas mayores que conozco de aquí, me dijeron que me quedara en el plan básico, cuando yo asistiera al médico pagara con un copago, algo insignificante en comparación de lo que iba a pagar anual con el descuento de todos los meses. Por ejemplo, yo me voy con el médico especialista y pago 800 pesos, de copago por la consulta, lo demás lo paga la obra social, y una consulta te cuesta 8 mil pesos” (Id 8).

Varias de estas personas que trabajan como cuidadoras no requirieron capacitación relacionadas a las tareas, su inserción implicó un esfuerzo adicional para compaginar con los códigos, recursos y lenguaje utilizado en el sistema de salud argentino, que, aunque mantiene afinidad y correspondencia con los que se emplean en Venezuela, se identifican como barreras relacionadas con la cultura biomédica.

“Soy cuidadora, aquí se llama asistente terapéutica. Eso se relaciona bastante con la enfermería, aunque yo como cuidadora a veces no tengo solo personas que son adultos mayores y tienen la patología propia de la edad. A veces tienen patologías más complejas” (Id 1).

En el oficio del cuidado, las tareas van desde el suministro de medicamentos, aseo y traslado de paciente, hasta las vinculadas con la limpieza de la casa, hacer compras en el supermercado y muchas veces incluye la compañía terapéutica o contención emocional, en algunos casos con necesidad de pernocta.

“Hay empresas que se aprovechan. Te dan pacientes que no eran adultos mayores por cuidado, si no que eran personas que estaban operadas o que tenían patología severa, por ejemplo, pacientes con heridas y eran diabéticos y requerían curaciones todo el día. Me ponían con ellos porque yo si era enfermera. También me han asignado personas con cirugías, con colostomía y drenaje, es decir pacientes hospitalarios, para atender en casa, sin unidad de atención, esto es delicado, si se presenta una emergencia. Yo hago recomendaciones de lo que más se necesita para ir atendiendo de la mejor manera y minimizar los riesgos” (Id 1).

Este aspecto representa un claro ejemplo de un doble proceso. Por un lado, una descalificación del título de enfermería ya que se desempeña como cuidadora, dentro de una escala de remuneración y contractual con menor jerarquía; por el otro, la demanda del empleo solicita competencias específicas como enfermera, sin reconocer ni el rol, ni la retribución monetaria correspondiente.

Dichos procesos son compatibles con la información obtenida en las entrevistas realizadas en nuestro trabajo de campo, en la cual la situación de precariedad laboral es percibida como una barrera para acceder a otros derechos. Por ejemplo, muchas de las condiciones laborales impiden que las personas puedan acudir a consultas médicas ya que es imposible conciliar los horarios de trabajo con los turnos médicos, mermando las posibilidades de cuidado.

Es preciso tener en cuenta que, para un trabajador informal no sólo implica una dificultad para conciliar la jornada laboral con los horarios de atención en los servicios de salud, sino que además un posible ausentismo podría llegar a significar la pérdida de un empleo diario o incluso su reemplazo (Solar, 2019).

En el contexto de este estudio se identifica a un conjunto de trabajadores con ingresos bajos y medios, con calificación profesional y un reconocimiento de las necesidades de salud futuras, como consecuencia de las condiciones laborales actuales, la falta de cobertura de accidente de trabajo, enfermedades profesionales y el no estar cubiertos por el sistema de previsión social.

“Debido a mi trabajo como cuidadora he tenido que hacer tareas que implican mucho esfuerzo físico, para manipular a pacientes que están postrados en una cama, en Venezuela yo movilizaba pacientes en camas clínicas, aquí son camas normales” (Id 1).

Además de las cuestiones contributivas y financieras o el tipo de cobertura sobre todo a quienes tienen más de 50 años, otras preocupaciones se vinculan con el acceso a la vivienda.

“Pude alquilar una habitación en un hostel, pues no tenía mucho dinero para habitación y comida, yo decía, bueno, cuando llegué mi esposo alquilamos un departamento y nos mudamos. No es así como pensarlo. Debes tener recibos de sueldo y si no, puedes alquilar, pero es todo es más caro, si tienes suerte de que te alquilen sin recibos, que es muy poco probable. De lo contrario, toca como temporario y cada tres meses buscar para alquilar. Con niños, mudarte tan seguido es más complicado” (Id 10).

Las condiciones para acceder a un alquiler implican tener recibos de recibidos de sueldos que sirven como garantías para los alquileres permanentes y no temporarios. Por ello, el tema de los alquileres es percibido como una de las desventajas en los procesos de inserción de esta población en la CABA.

“Las desventajas son en cuanto a las comodidades en la vivienda y en las dificultades para conseguir el alquiler” (Id 8).

De este modo, el tipo de empleo determina la relación con la cobertura de salud, su acceso y es la fuente de recursos e ingresos monetarios que facilita la manutención o el asentamiento estable, por medio del mercado de alquiler. En este sentido, se observa una correlación de dos principales barreras sociales estructurales, el trabajo y la vivienda.

Por otra parte, las personas que declararon estar formadas en el área de psicología detentan las mismas dificultades antes mencionadas, pero en lugar de optar por el cuidado, han sido captados por el sector tecnológico.

“Actualmente soy Tester QA, en Venezuela era coordinadora del área de recursos humanos en una multinacional. Acá cambié totalmente de área, al área de tecnología. Aunque mi primera carrera estaba relacionada con la informática, no la terminé y me cambié a Recursos Humanos. Aquí esta área tiene conceptos distintos. No es igual RRHH en Venezuela que aquí, por eso plantearse revalidar era un proceso muy difícil, era como cursar de nuevo y quizás todo el pensum incorpora o mejor dicho cambia lo que yo estudié, perdió sentido entonces” (Id 2).

El sector de informática y de sistemas resulta muy atractivo, suma a los ingenieros, psicólogos, administradores, entre otros profesionales venezolanos que ven en el mundo de las tecnologías, una posibilidad de desarrollo que trasciende las fronteras nacionales. Este interés cobró mayor fuerza ante la situación de la pandemia de COVID-19, y ante la modalidad de trabajo remoto que asumieron algunas empresas.

“Soy Analista de Testing, trabajo en el área de sistemas. También ejerzo la psicología online, porque sé que no hay ninguna ley que me diga -tú no puedes ejercer, es decir, porque no hay ley para trabajar online” (Id 7).

Desde entonces, dentro de la población venezolana se muestra un importante crecimiento que da cuenta de un desplazamiento académico y laboral.

Adicionalmente, el período en el que se registra una especie de normalización con la reanudación gradual de la movilidad internacional y la reapertura de fronteras, la migración venezolana enfrentó nuevos retos relacionados con una economía en recuperación postpandemia, lo que supuso la adaptación a un mercado laboral que antes del evento pandémico ya era muy competitivo.

5.5 Valoración del proceso migratorio

Más allá de las dificultades expresadas con respecto a la regularización, en el grupo de entrevistados existe una tensión entre el reconocimiento del proceso de descalificación laboral y la valoración positiva del proceso migratorio. Además, hay que mencionar que, para muchas de las personas entrevistadas, Argentina era su primera experiencia fuera del país y es valorada positivamente.

“Como ventaja lo encontré y lo sigo encontrando a pesar de la situación país, es la seguridad, quizás será porque vivo en Capital y de verdad que me siento libre, porque sufrí 3 atracos en Venezuela, me robaron 2 veces el auto, después me atracaron caminando con mi hija y fue una ola de robos consecutivos que ya no quería salir de mi casa. Aquí salgo libremente a la 1, 2, 3, 4 de la mañana en colectivo. Esa es otra cosa, el transporte, es excelente para mí, que a parte que es mi primer país extranjero que conozco porque yo no había viajado al exterior, de repente hay unos que son mejores, pero este es mejor para mí porque es el que conozco, y en esa parte de verdad que me siento muy segura, a pesar de que hay inseguridad, pero generalmente como sabemos todos, es la parte de las provincias, pero aquí en Capital me siento muy segura (Id 8).

Las diferentes opiniones dejan ver un proyecto migratorio indefinido, en el cual se plantea el retorno como una posibilidad cercana, siempre que existan mejoras económicas en Venezuela.

“Nunca me vi viviendo en otro país. Alquilada después de tener mi casa propia. Yo pienso regresar a Venezuela más adelante, porque allá tengo mi casa y mi vida, aquí tratan muy mal a los viejos” (Id 1).

Con respecto a la inserción laboral, se evidencia una marcada tendencia hacia la inserción en sectores feminizados, profundamente condicionados por las percepciones y roles de género, como el trabajo de cuidado. Este tipo de empleo, a menudo caracterizado por la informalidad, la inestabilidad y los bajos ingresos, genera incertidumbre respecto a la posibilidad de mantener un proyecto migratorio estructurado. Dichas condiciones dificultan la planificación a largo plazo, limitan las posibilidades de integración socioeconómica plena y finalmente, aumentan la idea de un posible retorno a Venezuela.

“Es muy difícil ahorrar, todo lo que trabajas es para pagar. Estas inestable todo el tiempo, mientras que en Venezuela al menos tienes tu casa y en todo caso también puedes trabajar para lo mínimo, pero en tu casa” (Id 20).

Aunque se registran dificultades asociadas con el trámite migratorio, desde nuestro trabajo de campo existe una valoración positiva por parte de esta población, sobre las facilidades en términos de regularidad y expectativas previas del país.

“El hecho de que todo sea digital es lo mejor, así tú cargas todo y le haces seguimiento a tu trámite, cuando ya tienes la cita sabes lo que tienes que entregar, es muy fácil el proceso” (Id 2).

“Aunque me intimaron debo decir que desde que me di cuenta, todo fue relativamente rápido” (Id 8).

“Puedo decir que el trámite es relativamente rápido, el problema fue la pandemia, pero nadie te saca del país como un delincuente porque no tienes DNI” (Id 15).

Es posible observar que dentro de los factores mejor valorados están la facilidad para regularizarse, lo cual contrasta con algunas dificultades expresadas en cuanto a los impedimentos del sistema Radex y los tiempos de entrega del DNI.

También, resaltan aspectos positivos en cuanto a la seguridad y el transporte público.

“Es un país seguro y el transporte funciona muy bien” (Id 3).

“Como ventaja lo que encontré y lo sigo encontrando, a pesar de la situación actual del país, es la seguridad, quizás será porque vivo en capital y de verdad que me siento libre y segura” (Id 8).

De igual modo, se valoran el papel de las agrupaciones y redes desplegadas con una amplia variedad de acciones para organizarse.

“Si, yo participo en las organizaciones de ayuda a los venezolanos, sobre todo a los que están llegando que necesitan más información y apoyo” (Id 1).

“Con Psicoven venimos trabajando en el apoyo al duelo migratorio, sabemos que no estamos acostumbrados, pero es hacer sentir que no estamos solos” (Id 7).

“Organizarnos nos permite también estar al día de que debemos hacer para comenzar a ejercer. Las organizaciones están al día con los trámites y todos sabemos que, lo que más nos ayuda es desarrollarnos desde nuestras potencialidades” (Id 13).

“Desde que llegué lo primero que hice fue buscar la asociación de médicos aquí, allí me pusieron al día con los requisitos para homologar, los costos y también de las formas en las que trabajan algunos colegas antes de poder ejercer legalmente” (Id 16).

A partir de esta particularidad de la población venezolana en Argentina, relacionada con las distintas formas de organización y redes de ayuda, sostenemos que se enmarca en un colectivo que construye identidad, comparte intereses y despliega estrategias de interacción con sus pares y a nivel institucional.

En líneas generales, desde nuestro trabajo de campo se identifica que, pese a todas las dificultades mencionadas, existe una valoración positiva por parte de esta población, sobre el proceso migratorio en términos de regularidad y expectativas previas del país. Además, las personas entrevistadas expresan no haber sufrido ningún tipo de discriminación o

prejuicio relacionado con la nacionalidad y que, por el contrario, perciben una actitud positiva hacia las personas venezolanas.

“No la verdad es que no, no he sentido yo directamente alguna discriminación, pero puedo decir que una vez sentí yendo a la kinesiología, me atendieron y no a una persona que estaba antes que yo que era paraguaya” (Id 1).

“Más bien siempre he notado simpatía cuando dices que eres venezolano. Cuando me saqué el DNI me dijeron que los venezolanos siempre llegamos con todo ordenado y tal como lo piden, comparándome con otras nacionalidades” (Id 7)

“No jamás he sentido ningún tipo de discriminación, por el contrario” (Id 8).

“Nunca he sentido ningún rechazo por mi nacionalidad, tampoco hacia otras nacionalidades” (Id 17).

En la misma proporción, se muestra incertidumbre en torno a la continuidad de un proyecto migratorio estructurado o con respecto a los planes futuros.

“Cuando pase esta locura que estamos viviendo, seguro regresaremos a Venezuela, por ahora no hay condiciones ni económicas ni de ninguna índole” (Id 1).

“Mi principal proyecto es regresar a mi país” (Id 20).

Sobre este último punto, una proporción de 15/20 piensa en posibilidades de retorno a Venezuela. El concepto de migración de retorno no es un fenómeno excepcional en el proceso de movilidad humana; sin embargo, no parece ser compatible con el carácter de migración forzada y éxodo humanitario que cobró el flujo venezolano.

Sin desmérito de lo anterior, destacamos que dentro de la población venezolana se muestra un importante crecimiento que da cuenta de un desplazamiento académico y laboral, pero además de una intencionalidad de moverse en función de mejores ofertas de empleo. La reconfiguración de los proyectos laborales da cuenta de un fenómeno complejo donde la integración

de la población migrante a nuevos contextos socioeconómicos juega un papel crucial.

Esta realidad cruzada por la sobrecualificación y la falta de reconocimiento de sus competencias no solo implica una redefinición constante de las expectativas laborales y de vida. También genera impactos negativos en la salud, bien sea por las secuelas del desarrollo de nuevas tareas laborales o por los ritmos de vida demandantes, que se expresan en nuevas patologías, en la agudización de otras preexistentes y finalmente, en mayor demanda de atención sanitaria que en nuestro caso, está demarcada por un sistema de salud altamente fragmentado.

En la siguiente fase de análisis nos enfocaremos en el impacto que tienen el nivel educativo, tipo de empleo y el ingreso en el acceso a los servicios de salud. Para ello, avanzaremos hacia una caracterización del sistema sanitario en Argentina y relevaremos distintos indicadores sociodemográficos y de morbilidad que interactúan y se manifiestan tanto en los patrones del estado o demanda de salud, como en el acceso a los servicios sanitarios.

Capítulo VI. El sistema de salud: demandas, barreras y estrategias de la población venezolana

Desde el 2015 la migración venezolana comienza a hacerse visible en Suramérica y a partir del 2018 representa un nuevo capítulo en la historia migratoria argentina debido a su magnitud, características sociodemográficas, así como por el contexto político y económico que impulsó este flujo.

Bajo este panorama, hemos visto a partir de los distintos testimonios proporcionados, que esta población se planta en un contexto de búsqueda de seguridad y oportunidades, con expectativas relacionadas a un país de reputación receptora, garante del acceso a los derechos para las personas migrantes. Además, el gobierno argentino sostenía políticas favorables para las personas venezolanas, como la residencia temporaria y la posibilidad de regularización migratoria bajo el Acuerdo de Residencia del MERCOSUR, lo cual marca una diferencia respecto a otras olas migratorias.

Dentro de este marco, el acceso a la salud por parte de la población venezolana ha sido un tema de creciente relevancia. Primero, por la combinación de la crisis sanitaria y el colapso de los servicios de salud en Venezuela, que desencadena en problemas de salud sin tratar, en necesidad de acceso a medicamentos y de atención médica básica o especializada.

Luego, porque a pesar de la apertura del sistema de salud argentino, la población venezolana enfrenta varios desafíos para acceder a servicios médicos, como las barreras burocráticas, la falta de información sobre los derechos a la salud, y las dificultades relacionadas con la regularización de su estatus migratorio. Esto ha hecho que muchas personas migrantes se vean excluidas de manera práctica del sistema, a pesar de que, en teoría, se encuentran amparados por la legislación migratoria y tienen derecho a la atención gratuita, en igualdad de condiciones que los nacionales.

A partir de esta situación ponemos nuestro foco, en la capacidad del sistema de salud de Argentina para atender a una población en crecimiento. En el análisis se articulan las expectativas en torno a la salud y las realidades sobre el acceso al sistema que las enmarcan.

Nuestro objetivo es responder a cómo las personas venezolanas navegan por el sistema de salud argentino y cómo perciben las modalidades de implementación de las diferentes políticas sanitarias. La discusión se presenta en tres niveles de análisis (Tobar, 2015).

El primero desde una mirada sobre el nivel político, en el cual describimos las prioridades del sistema público y los principales programas a través de los cuales se despliega la política en salud como garantía de acceso a este derecho en Argentina. En el marco de discusión sobre los determinantes sociales, caracterizamos el sistema sanitario en cuanto a los aspectos sobre su organización, infraestructura y hacemos énfasis en las desigualdades generadas a partir de las distintas fuentes de financiamiento, como consecuencia de la descentralización de la política pública.

En el segundo nivel, avanzamos en el análisis sobre cómo se gestiona y se efectiviza la política en salud. Este aspecto lo analizamos en consideración con la fragmentación del sistema, la distribución de los recursos por territorio y a partir del fuerte vínculo entre la cobertura, la relación laboral y el acceso en salud.

La información se presenta en el marco de la normativa y a la luz de distintos datos estadísticos públicos, principalmente los proporcionados por el Censo (2022), en su relevamiento sobre la salud, el acceso a la cobertura médica y sobre la situación demográfica del país. También consideramos los indicadores sobre la población extranjera en el marco de las actuales dinámicas migratorias en las que se inserta la población venezolana en Argentina.

En tercer lugar, abordamos el nivel asistencial relacionado con la utilización del servicio sanitario. Incorporamos el relevamiento de las entrevistas para presentar una caracterización de la demanda en salud por parte de la población venezolana entrevistada. En atención a la demanda, hacemos una distinción entre aquellas demandas expresadas como usuario/a de los servicios y también, a partir de las estrategias de inserción laboral desplegadas por profesionales en salud, que se convierten en prestadores de servicios sanitarios con mayor presencia en el sector privado.

Principalmente entendemos que caracterizar la demanda y el estado de salud de la población migrante venezolana, es un ejercicio complejo que puede variar según el trayecto migratorio, las condiciones en las que viven, los trabajos en los que se han insertado, la idea que tienen sobre el acceso sanitario y sus posicionamientos frente a la salud y la enfermedad.

6.1 La política en salud desde el contexto nacional

El debate sobre el nivel de la política sanitaria en Argentina se centra en varios aspectos críticos relacionados con factores económicos, sociales y políticos que impactan directamente en el acceso y en la calidad de los servicios sanitarios.

En este marco de análisis sobre el sistema sanitario, las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales que, según el modelo planteado por Tobar (2015), consiste en detectar cuáles son los principios y valores que guían el sistema de salud, así como las principales decisiones relacionadas con su conducción, quién las toma y cómo se toman. Con base en este postulado, entendemos que:

“Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Una distinción importante es que en la agenda de políticas públicas no solo se considera que un problema de salud es aquello que condiciona o determina la situación de salud o epidemiológica de la población, sino también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, en particular el sistema de salud” (Tobar, 2015).

En este marco, el Estado argentino asume un enfoque preventivo³⁰, desde donde se definen las prioridades y se diseñan programas de atención centrados en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la atención comunitaria.

³⁰ En la página web del Ministerio de Salud se publica más información sobre los programas orientados a la prevención. Ver más en: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

En el año 2016 se promulgó el Decreto 908/2016, con la finalidad de asegurar el acceso de la población a servicios de calidad integrados y basados en la Atención Primaria de la Salud. Esta norma apuntaba a brindar cobertura a quienes no contaran con un seguro de salud, a través de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Dado que la CUS establece un límite de prestaciones básicas y esenciales que deben ser cubiertas por el sistema público, se da cuenta de un lado más restrictivo del acceso previo a su implementación. Si bien el Ministerio de Salud ratificó en cuanto a las políticas de salud su carácter preventivo estableciendo que:

“el enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido y sigue siendo un elemento central en las iniciativas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud. Además, que la APS es una estrategia sanitaria que fortalece el derecho a la salud, con la que se pretende disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud y mejorar la cobertura sanitaria de nuestra población” (Resolución 3751/2023)³¹.

No obstante, tras la instalación del modelo neoliberal en salud, que consiste en implantar una definición de salud como mercancía (Tobar, 2015), la política en salud argentina se caracterizó por la fragmentación del sistema³² y la consecuente descentralización de los servicios sanitarios. Esta situación, impactó en la implementación y distribución de la CUS en términos de acceso y calidad de los servicios de salud, especialmente en las regiones más remotas y menos desarrolladas del país (Chiara, 2019). Principalmente, estas regiones fueron las áreas afectadas de manera más severa debido a la fragmentación del sistema y la desigual distribución de recursos.

La rectoría de la política sanitaria nacional, que involucra la función de regulación, recae en el Ministerio de Salud de la Nación, un organismo

³¹ Más detalle de esta Resolución se puede ver en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-3751-2023-393135/texto>

³² Se eliminó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 21.902 en noviembre de 1978, disponible en:
<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/6208.html>

descentralizado que, por medio del Consejo Federal de Salud (COFESA), coordina acciones con los ministerios de salud provinciales.

En teoría, este mecanismo de articulación interjurisdiccional permite alinear la política en salud con las estrategias y prioridades sanitarias. En la práctica, persisten brechas y desigualdades que evidencian los efectos de la descentralización y la fragmentación del sistema sanitario. Además, por tratarse de un país federal, el Estado otorga a cada una de las 24 jurisdicciones la responsabilidad constitucional para ejercer con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud (Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017).

Adicionalmente, la política en salud en Argentina asume un esquema universalista de provisión pública de salud compatible con los requerimientos de un modelo de crecimiento económico basado en el mercado interno y en la noción de pleno empleo³³. Dicho modelo se caracteriza:

“por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios, que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia, en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión” (Tobar, 2015).

Este modelo de salud asumido por Argentina se basa en el principio de que toda la población debe tener acceso a servicios sanitarios de calidad sin restricciones económicas ni discriminación.

³³ En esta breve historia sobre el sistema de salud argentino se menciona que a partir de los años noventa, el subsector público se conforma como tal bajo una fórmula universalista de atención que va encontrando, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real, como consecuencia de un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población y no logra llegar a los sectores más carenciados.

<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Sin embargo, la implementación de las políticas en salud profundiza las desigualdades ligadas al contexto en el que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, así como al tipo de sistema utilizado para enfrentar la enfermedad (Blum, 2008). La fragmentación del sistema, desigualdades territoriales y dificultades en el financiamiento generan que, a pesar de que el sistema se sustenta en la idea de modelo universalista, con los valores de equidad, universalidad y solidaridad, las fuerzas políticas, sociales y económicas en juego, actúen como determinantes sociales que configuran el acceso a la salud.

En cuanto a su estructura, el sistema sanitario argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de seguridad social y el privado.

El sector público es responsable de la atención a la población sin cobertura. Su estructura contempla a los ministerios nacional y provinciales, además de la red de hospitales y centros de salud públicos, que prestan servicios gratuitos principalmente a personas sin seguridad social ni capacidad de pago (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Este sector se financia con recursos fiscales ascendentes a 2.2% del PIB, procedente fundamentalmente de aportes provinciales, y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados (Mannoukian y Venturini, 2021).

Por su parte, el sector de la seguridad social se compone por agentes del Seguro de Salud, financiados por aportes y contribuciones obligatorias de trabajadores y empleadores, administrados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Incluye Obras Sociales Nacionales (OSN) y Entidades de Medicina Prepaga (Ley N.º 23.660).

El Fondo Solidario de Redistribución (FSR), a través del Sistema Único de Reintegro (SUR), subvenciona a las obras sociales más vulnerables económicamente (Maceira, 2020). Las OSN y las empresas de medicina prepaga se rigen por el Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece un conjunto de prestaciones mínimas para garantizar un nivel básico de atención (Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017).

El Programa Médico Obligatorio (PMO) se establece en el Decreto N°492/1995, representa el conjunto de prestaciones médicas y de salud que todos los habitantes del país tienen el derecho a recibir por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga³⁴. Asimismo, establece un mínimo de servicios y tratamientos médicos que deben ser cubiertos de manera obligatoria por estas entidades de salud con el objetivo de asegurar un nivel básico de atención médica (Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017).

Los valores de coseguros, se establecen y actualizan de conformidad con lo establecido en la RESOL-2019-6³⁵. En cuanto al alcance, a través del POM se define una cobertura de condiciones de salud que van desde la prevención y diagnóstico, hasta tratamientos y rehabilitación.

Existen otras coberturas médicas opcionales que las personas pueden adquirir de manera privada. El servicio privado está agrupado en la confederación argentina de clínicas, sanatorios y hospitales privados; comprende a las cooperativas y mutuales de salud que no operan como OS ni como medicina prepaga (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Se financia a partir de los denominados gastos de bolsillo, que incluyen tanto los consumos programados, con pagos de las primas o mensualidades de las empresas a la medicina prepaga, como los de desembolso directo (Mannoukian y Venturini, 2021).

Como podemos observar, en cuanto a los recursos que componen el financiamiento, tanto públicos como privados están destinados a financiar el sistema de salud, principalmente a partir de la generación de seguros sociales, como los fondos de pensiones y las obras sociales, así como en la contratación de servicios prepagos (Maceira, 2020). Sin embargo, la elección de dichos seguros no es realizada por los trabajadores en un mercado libre, sino que proviene directamente de las empresas.

³⁴ En la página web Argentina.gob.ar existe información detallada sobre el POM y la normativa que lo rige. Se puede consultar en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/programa-medico-obligatorio#ley>

³⁵ Más sobre los Valores de Copagos - Históricos marzo 2023/marzo 2024 en: <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/valores-coseguros>

La contratación de seguros afecta la atención proporcionada, condicionada por los puestos de trabajo (Mario, 2018; Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021), los cuales en muchos casos son precarios, derivados de la política económica neoliberal o desde la tendencia a la flexibilización laboral.

En estos términos, en Argentina, la fragmentación del financiamiento y del gasto total en salud influye en las políticas, los recursos y la estructura de cada subsistema (Maceira, 2020). A la vez, cada subsistema presenta modelos de gobernanza distintos, con diagnósticos y soluciones igualmente diversas sobre la salud como prioridad (Chiara, 2019). El modelo de salud fragmentado en el que se implementan estas políticas contrasta con la idea de cobertura universal, la cual se basa en la homogeneización de reglas para mejorar la asignación de recursos.

Siguiendo la propuesta de Tobar (2015), podemos decir que el sistema sanitario argentino se sostiene en la atención primaria como estrategia central de la política pública sectorial (MS, 2018). Dicha estrategia tiene un sesgo marcadamente urbano y enfrenta dificultades de financiamiento, especialmente en la distribución de recursos hacia zonas rurales y en la provisión de servicios especializados. Por ello, el acceso a la atención se ve mediado por grandes desigualdades asociadas a los determinantes sociales de la salud, en los términos que plantea Piñones, Liberona y Leiva (2021). En consecuencia, el acceso es efectivo de acuerdo con el grado de desfavorecimiento social.

Debido a la descentralización de la política sanitaria, Argentina dispone de un sistema de salud relativamente inclusivo y cuenta con una normativa que garantiza el derecho a la salud. Sin embargo, en la práctica conviven los servicios públicos, privados y de seguridad social, configurando un régimen mixto que profundiza las brechas en materia de cobertura y acceso.

6.2 La gestión del sistema sanitario: recursos, cobertura y acceso

En el segundo nivel propuesto por Tobar (2015), avanzamos en el análisis sobre cómo se gestiona y se efectiviza la política en salud. Este

aspecto lo analizamos en consideración con la fragmentación del sistema, la distribución de los recursos por territorio y a partir del fuerte vínculo entre la cobertura, la relación laboral y el acceso en salud.

Basado el enfoque de redistribución planteado por Fraser (2003), nos resulta fundamental analizar cómo se distribuyen los recursos dentro del sistema sanitario y de qué manera esta asignación promueve, o limita la justicia social, es decir, para el abordaje de las desigualdades, es una herramienta útil para pensar la gestión del sistema sanitario argentino.

En este sentido, analizamos el nivel de la gestión teniendo en cuenta cómo las distintas fuentes de financiamiento del sistema y la distribución de desigual de los recursos, afecta el acceso a la salud en términos de cobertura universal. A partir de esta discusión visualizamos las desigualdades socioeconómicas y regionales que se reproducen o mitigan a través de la gestión sanitaria en Argentina.

Como ya mencionamos, el sistema sanitario argentino es un sistema fragmentado, quizás el más segmentado de la región. Asimismo, se caracteriza por sus grandes diferencias en cuanto a oferta de servicios entre jurisdicciones, junto con un régimen mixto que impacta en la igualdad del acceso a la salud (Maceira, 2020).

El principal efecto de la segmentación se evidencia en las distintas fuentes de financiamiento, ya que este se compone por fondos provenientes de los tesoros provinciales, más el aporte desde el mundo del trabajo, en el que, además, participan diferentes actores que potencian la puja distributiva y procíclica que solo convalida la división social (Maceira, 2020). Consecuentemente, coexisten sectores que disponen de altos ingresos y de altos niveles de acceso con amplios grupos poblacionales de niveles muy bajos (Chiara, 2019).

Esta forma de distribución de recursos profundiza las desigualdades estructurales (Fraser, 2003; Mario, 2018), promueve la segmentación y agudiza la desigualdad. De este modo, mientras ciertos sectores pueden acceder a una atención de mayor calidad y continuidad, otros quedan relegados a prestaciones más limitadas, evidenciando las tensiones entre el

ideal inclusivo de la política en salud y la realidad fragmentada del sistema sanitario.

En el Cuadro N°15 podemos evidenciar en la dinámica del gasto en salud entre 2017 y 2020, que el gasto total en salud muestra una leve fluctuación a lo largo del período analizado.

En el año 2017 el gasto inicia en 1.093.983, alcanza un pico de 1.132.594 en el 2018, luego decrece hasta 1.006.499 en el año 2020. Con respecto al PBI se mantuvo relativamente estable en torno al 10%; con un máximo de 10.84% en el 2020 y de mínimo en 10.16% durante el 2019. Dicho gasto ascendió en el 2020 a \$ 2.947.103 millones, de los cuales el 29.2% corresponde al sector público, que incluye las erogaciones de la administración central, provincias y municipios (\$861.285 millones). El gasto de la seguridad social representó un 36.3% (\$1.069.406 millones), mientras que el financiamiento privado con \$ 1.016.412 millones completa el 34.5% restante.

Cuadro N°15. Gasto de salud entre el 2017 y el 2020

	2017	2018	2019	2020
Gasto Gobierno Nacional	49393	46421	41292	61868
Gasto Gobiernos Provinciales	195430	184641	177245	192068
Gasto Gobiernos Municipales	44878	46183	40693	40212
Total Gasto Público en salud	289701	277245	259230	294148
Obra Sociales Nacionales	317912	290088	288229	275899
Obra Sociales Provinciales	103549	100514	98465	89326
Totales Gasto de la Seguridad Social	421461	390602	386694	365225
Gasto Privado en salud	382821	464747	416360	347126
Gasto Total en salud	1093983	1132594	1062284	1006499

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Economía de la Salud. 2022.

Según esta fuente, en el sector público las provincias presentan la mayor proporción de gasto, mientras que se observa una disminución del financiamiento público en 2018 que se recupera en 2020. El aumento podría estar directamente relacionado con la respuesta al COVID-19 y los fondos destinados a enfrentar la crisis sanitaria. Asimismo, los gastos de los gobiernos provinciales muestran un leve aumento en el 2020 respecto al 2019, mientras que los municipales, son relativamente constantes, con una ligera disminución en 2020.

Dentro del gasto total en salud de estos años, la mayor participación relativa corresponde a la seguridad social, a través de seguros contributivos u obligatorios. Sin embargo, este gasto presenta una disminución entre el 2017 y el 2020. En este sector, tanto las obras sociales nacionales como provinciales muestran una tendencia decreciente. Por último, el gasto privado en salud muestra un aumento significativo en 2018, seguido de una disminución en el 2020. Dicha tendencia de reducción del gasto, particularmente en el sector de la seguridad social y el privado, pudiera indicar un traslado de usuarios hacia el sector público.

Si bien los datos reflejan un aumento en el gasto gubernamental durante el año 2020, lo cual puede ser reflejo de las respuestas ante la pandemia de COVID-19, también dejan entrever una la reducción progresiva que podría impactar en el acceso por parte de toda la población.

Además, las diferencias marcadas en la desagregación del gasto en salud evidencian que la gestión de la política conlleva desigualdades en cuanto a cobertura y accesibilidad, particularmente para la población con menores ingresos (Chiara, 2019; Bonazzola, 2010). Estas brechas se originan en la estructura fragmentada del sistema de salud argentino, perceptible tanto en la distribución de la población que cuenta con obras sociales y la que no, como en la dependencia respecto del trabajo en el ámbito de la seguridad social.

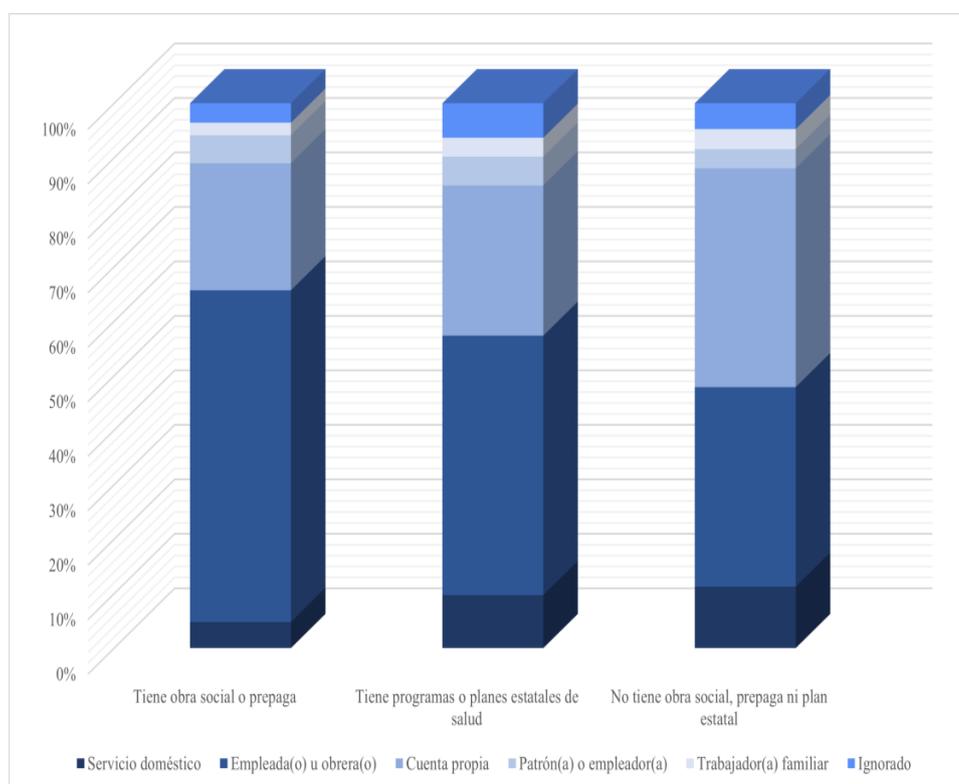
Dicha situación se manifiesta en determinantes sociales que se convierten en desigualdades de la salud y obstaculizan el acceso equitativo a los servicios sanitarios para los grupos más vulnerables (Álvarez, 2009;

Mario, 2018; Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021; Barria y Baeza; 2023). Además, resalta las inequidades en los patrones de trabajo, consumo y las prácticas culturales.

De hecho, si entendemos que la seguridad social es la cobertura que beneficia a los trabajadores en relación de dependencia, entonces las personas en condición de desempleo o sin empleo formal, como el caso de servicio doméstico, por cuenta propia o trabajador (a) familiar, son aquellas que suelen quedar excluidas, aunque son precisamente quienes están sujetas a mayor vulnerabilidad social.

Asimismo, en el Gráfico N°9 podemos observar las diferencias marcadas por las condiciones del empleo en cuanto a la relación laboral y la distribución del ingreso en el acceso a la salud, sobre todo en la atención de los grupos expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado.

Gráfico N°9. Cobertura por categoría ocupacional



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

La información contenida en el Gráfico N°9 subraya determinantes sociales originados por las disparidades en el nivel de ingresos y por la ocupación de las personas (Mario, 2018). En este sentido, las desigualdades se enmarcan tanto en la condición laboral como en el vínculo entre el acceso a la salud y la estratificación de la fuerza de trabajo.

Las desigualdades en salud también se presentan en la cobertura, los distintos tipos de prestaciones, así como en la posibilidad de sostener prácticas de prevención y control de salud (Mario, 2018). De este modo, la segmentación del gasto y las restricciones en el financiamiento, se traducen en barreras para el acceso. Al no contar con ingresos o empleos formales algunas personas quedan excluidas del sistema sanitario, o con un acceso muy limitado.

Se forma un entramado entre los diferentes esquemas de aseguramiento, la segmentación laboral y la flexibilización. Dicho entramado dificulta la libre elección de seguros u obras sociales, incrementa las inequidades e incide en la calidad y continuidad de la atención. Estas desigualdades son especialmente visibles, al comparar entre quienes acceden a cobertura privada o social y los que dependen exclusivamente del sector público.

En este mismo marco de análisis, Chiara (2019) señala que la población se clasifica de acuerdo con su territorio, sus condiciones económicas y su inserción laboral. En el caso de la población migrante, estas características se reflejan en desigualdades en la atención sanitaria, que se manifiestan como barreras socioeconómicas.

En nuestro campo de estudio, dichas barreras se tornan visibles al analizar la intersección entre salud, trabajo, su relación con la política pública, el territorio en el que habitan las personas y los servicios a los cuales acceden, conforme con el concepto de barreras antes expuesto (Ballesteros, 2014).

Por su parte, para analizar las desigualdades vinculadas con el territorio, incorporamos en la discusión el factor urbano. Principalmente porque tras el proceso de la descentralización del Estado argentino, la dimensión territorial cobró relevancia en la formulación e implementación de

políticas públicas en general, incluidas las de salud (Chiara, 2019; Bonazzola, 2010). De allí, surgen importantes desigualdades asociadas con el territorio y se hace evidente el carácter marcadamente urbano de la política sanitaria implementada.

En línea con lo que venimos sosteniendo, cuando la dimensión subnacional cobra relevancia, las desigualdades se agudizan, ya que la política social se diseña e implementa en medio de disparidades territoriales y de tensiones entre distintos niveles de gobierno (Chiara, 2019; Maceira, 2020; Mannoukian y Venturini, 2021; Bonazzola, 2010).

En un estudio Chiara (2019), presenta un ejemplo de las desigualdades entre territorios, concreto basado en la estrategia de ajuste fiscal emprendida en 2015. Dicha estrategia repercutió en el gasto social dirigido a los niveles subnacionales (45%), frente a la mayor carga de la atención pública en provincias y municipios (80%).

El Informe de la Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC, 2021) señala que parte del presupuesto sanitario nacional se asigna a un número restringido de establecimientos con Servicio Administrativo Financiero (SAF) propio, mientras que otros dependen de financiamiento estatal o jurisdiccional. A su vez, el 63% de los establecimientos de salud registrados en el país son de carácter privado, y el 97% de ellos con fines comerciales.

Por otra parte, la Nación destina el 0.17% del PIB a los establecimientos de las Fuerzas Armadas, Policiales y de Seguridad, así como a Hospitales Universitarios (OPC, 2021). Casi el 95.7% de los hospitales públicos están bajo la órbita provincial o municipal, lo que evidencia el rol del Estado en la provisión de servicios.

Según datos más recientes del Ministerio de Obras Públicas (2023), existe una marcada diferencia entre las zonas urbanas y rurales en cuanto a disponibilidad de servicios de salud. Alrededor del 72% de los hospitales del país son públicos, frente al 28% privados, con unas 220.000 camas hospitalarias distribuidas en un 60% para el sector público y un 40% para el privado. Esta concentración de infraestructura hospitalaria en áreas urbanas

profundiza las brechas territoriales, impactando el acceso en regiones con menor cantidad de establecimientos y recursos.

El tema de la infraestructura hospitalaria nos muestra uno de los rasgos principales de la política en salud relacionado con el impacto entre los territorios, debido a la una importante concentración de hospitales en las áreas urbanas (MS, 2022). Esto lo podemos ver en las diferencias entre las provincias del norte y sur del país, que tienen menos hospitales y recursos en comparación con las regiones centrales y la provincia de Buenos Aires.

Existe un impacto desigual que tiene la política pública en salud, entre las diferentes provincias, barrios y zonas. Quiere decir, además, que los hospitales ubicados en las zonas urbanas abastecerían a la población que vive en las zonas más alejadas de las provincias (MS, 2023). En términos de recursos humanos, los datos indican que la relación de médicos- enfermeros no varió entre el 2015 y el 2022. Esta relación que da cuenta de la infraestructura médica pasó de 3 médicos y 4 enfermeros a 4 médicos y 5 enfermeros por cada 1.000 habitantes (MS, 2022).

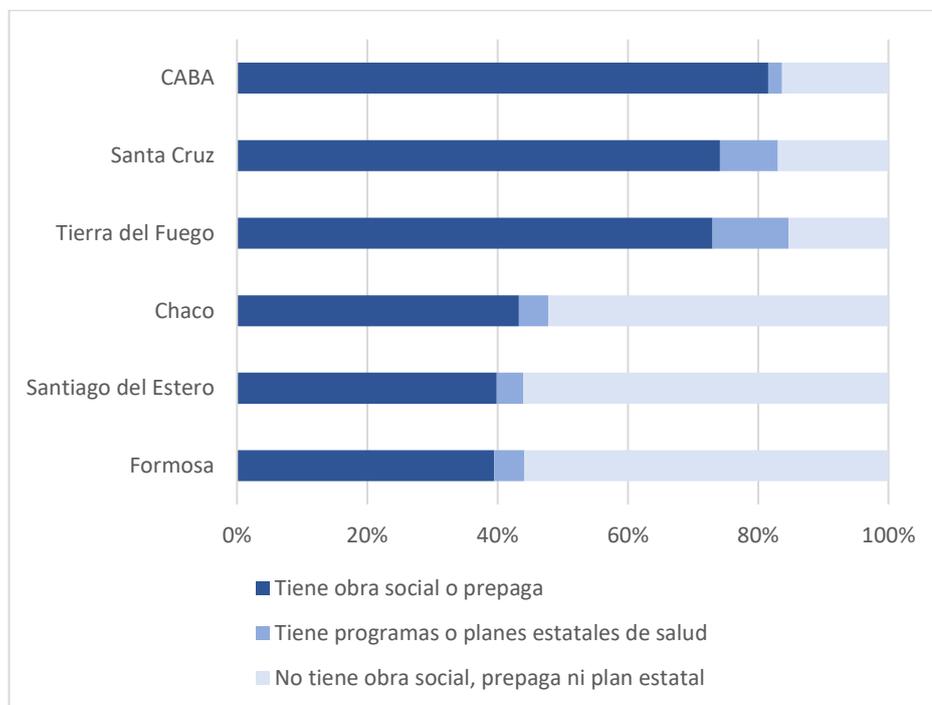
Por su parte, el subsector de la seguridad social, que en principio es competencia nacional, cubre a tres de cada cuatro personas afiliadas, mientras que una de cada cuatro corresponde a obras sociales de nivel provincial (OPC, 2021). Hasta 2021, el 61% de la población tenía cobertura de obras sociales, 13.6% privada, y alrededor de un 10.4% contaba con más de una cobertura. No obstante, el 36% de la población se sostiene únicamente con la cobertura pública (OPC, 2021).

El gasto destinado a la salud alcanzó el 3.3% del PIB, considerado de los más altos de América Latina y cercano a estándares de países desarrollados. Sin embargo, al constatar con los datos del Censo 2022, se estima que aproximadamente 16 millones de habitantes carecen de cobertura formal, dependiendo exclusivamente del sector público, que afronta limitaciones de infraestructura y personal, especialmente en áreas rurales.

Cuando observamos los datos arrojados en el Censo (2022) podemos establecer diferencias en la cobertura de salud. Por ejemplo, el Gráfico N°10 nos muestra las diferencias en cuanto a las coberturas entre la provincia de

Santiago del Estero con mayor dependencia del acceso público (56%), en comparación con la CABA, que evidencia un mayor acceso a obra social o prepaga (82%).

Gráfico N°10. Cobertura de salud por provincia



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

Por otra parte, en cuanto a la concentración de beneficiarios entre las distintas OS, la OPC muestra una notable disparidad: en las sindicales, la de los empleados de comercio tiene 1.692.600 afiliados, mientras que otras poseen menos de 500. De manera similar, se plantean diferencias entre las distintas OS. Mientras OSDE concentra el 50% de socios, el presupuesto de PAMI representa el 1,1% del Producto Bruto Interno (OPC, 2021).

Dichas disparidades se manifiestan tanto en la calidad, como en la disponibilidad de servicios entre los diferentes sectores, el público, de obras sociales y el privado (Maceira, 2020). Sin desmérito de ello, las personas que dependen del sector público a menudo enfrentan mayores tiempos de espera y menor calidad en la atención comparado con respecto a quienes tienen acceso al sector privado. Las cifras que nos muestra el Gráfico N°10, evidencian las desigualdades en cuanto a la cobertura, dada la segmentación en el financiamiento.

Otro factor importante tiene que ver con las diferencias que marca la edad de la población, respecto al tipo de cobertura pública. En este sentido, el cuadro N°16 evidencia que el comportamiento de los porcentajes es más elevado en el rango de 0 a 35 años, en mediana proporción entre los 50 y 64 años; mientras que la población de 65 años y más es menor o prácticamente nula.

Cuadro N°16. Cobertura de salud por edad/quintiles

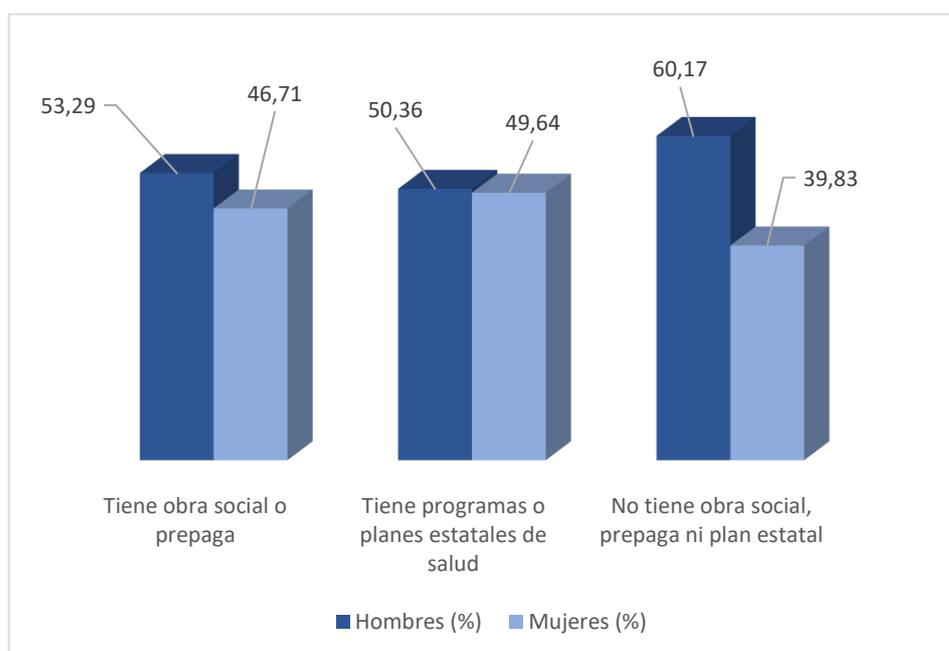
Rangos de edad (Quintiles)	Obra social o prepaga (incluye PAMI) (%)	Programas o planes estatales de salud (%)	No tiene obra social, prepaga ni plan estatal (%)
0-4	5.04	7.08	8.18
5-9	6.84	8.77	9.58
10-14	7.17	8.90	9.21
15-19	6.96	7.89	9.22
20-24	5.51	6.75	11.51
25-29	5.85	7.48	11.11
30-34	6.84	7.84	8.89
35-39	7.14	7.65	7.28
40-44	7.50	8.05	6.79
45-49	6.61	7.14	5.62
50-54	5.73	6.48	4.65
55-59	5.25	6.07	3.94
60-64	5.37	4.59	2.55
65-69	5.64	2.28	0.80
70-74	4.87	1.32	0.27
75-79	3.54	0.81	0.15
80-84	2.24	0.47	0.09
85-89	1.23	0.25	0.06
90-94	0.53	0.12	0.04
95-99	0.13	0.05	0.03
100 y más	0.02	0.01	0.00

Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

De acuerdo con el Cuadro N°16 la población demográficamente más joven, es quien tiene mayor dependencia de cobertura pública. Asimismo, se observa que niños de 0 a 4 años, adultos de 20 a 64 años son los grupos con mayor dependencia del sistema de salud pública. Por otro lado, solo el 52.6% de los menores de 14 años tienen cobertura de obra social o prepaga. La población 65 años y más, tiene un porcentaje alto de cobertura médica, alcanzando el 94.1%, debido en gran parte a la incidencia de PAMI.

Con respecto al tipo de cobertura según el sexo, los datos publicados en el 2021 (OPN) indican que del total de población que solo usa el sistema público, el porcentaje era levementemente mayor en los hombres; mientras que en el año 2022 (Censo), tal y como vemos en el Gráfico N°11, la brecha se incrementa en una relación 60/40 en términos porcentuales.

Gráfico N°11. Porcentaje en cobertura de salud según sexo

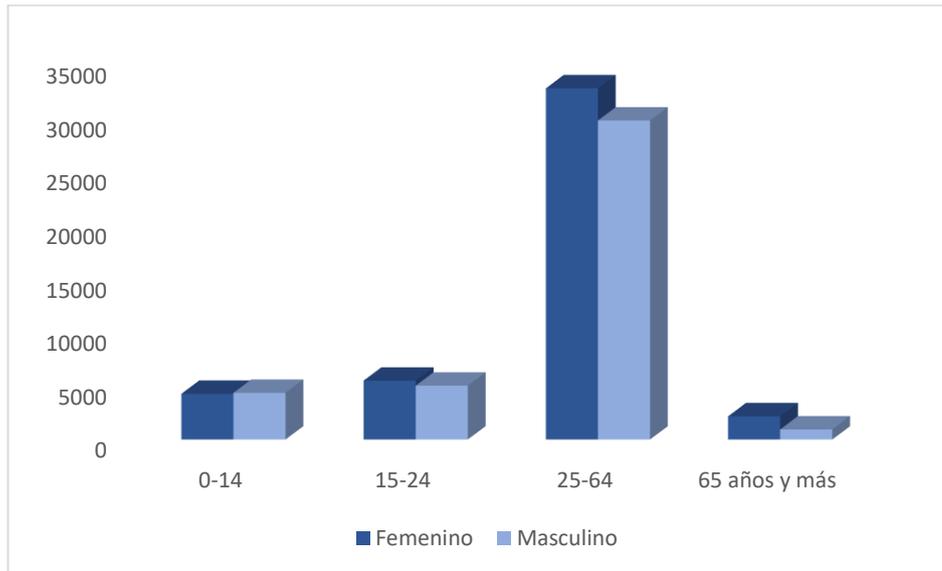


Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

Las diferencias en el comportamiento por sexo y tipo de cobertura reflejan fielmente la realidad observada en el mercado laboral argentino. Específicamente, del 56% de la población ocupada, 56% son hombres frente al 44% de mujeres. Esta disparidad laboral se traduce directamente en las formas de cobertura sanitaria, ya que las condiciones de empleo influyen en el tipo de seguro de salud al que accede cada individuo.

En cuanto al comportamiento de estos indicadores con respecto a la población extranjera, el Gráfico N°12 nos muestra que tiende a ser más joven en comparación con la población nativa, mostrando un mayor porcentaje de personas en edad económicamente activa (20 a 49 años).

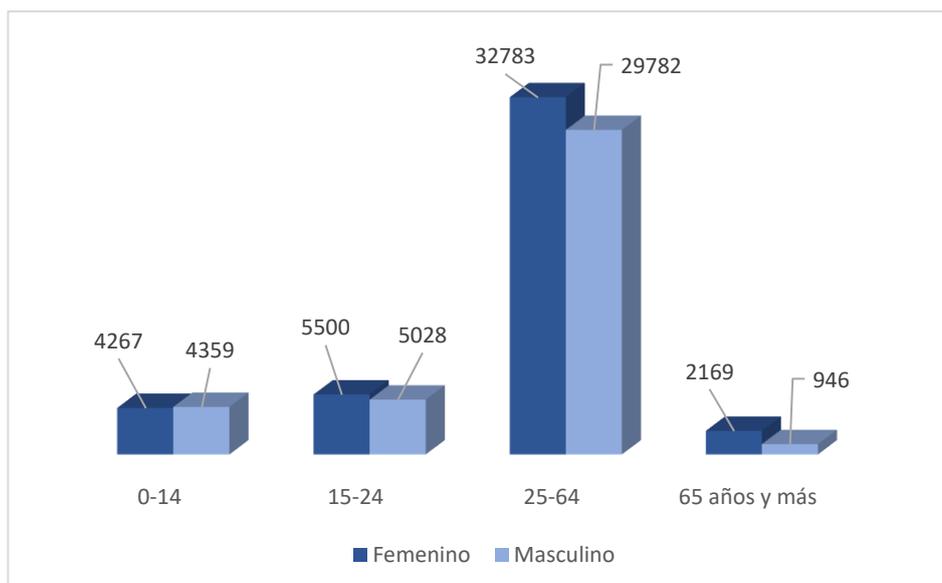
Gráfico N°12. Población extranjera en CABA por rango de edad



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

También se puede observar en el Gráfico N°13, que la CABA tiene una estructura poblacional envejecida y un predominio femenino.

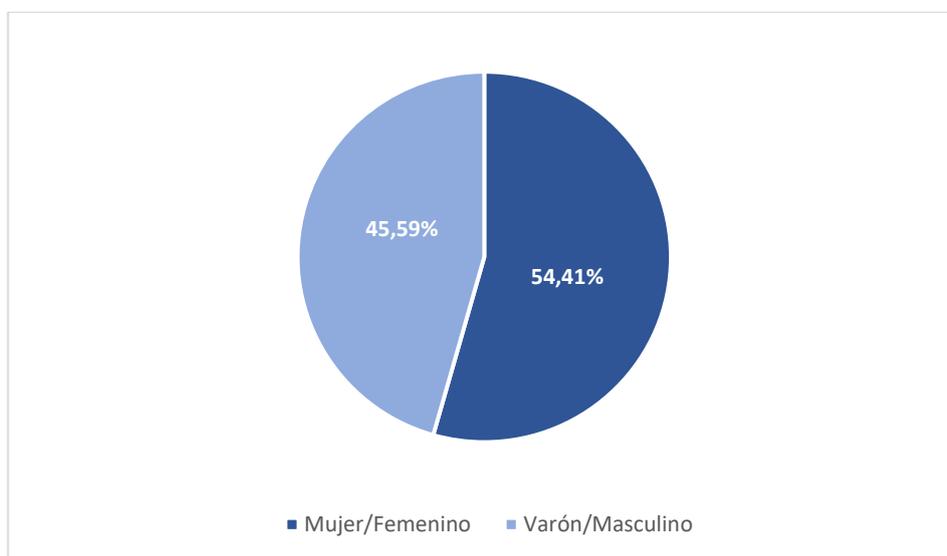
Gráfico N°13. Población extranjera en CABA por sexo



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

De hecho, en cuanto al género, el Gráfico N°14 permite ver que, en la CABA, el 54% de la población son mujeres, en comparación con el 51.76% a nivel nacional.

Gráfico N°14. Población extranjera en CABA, por sexo y dependencia del sistema público



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

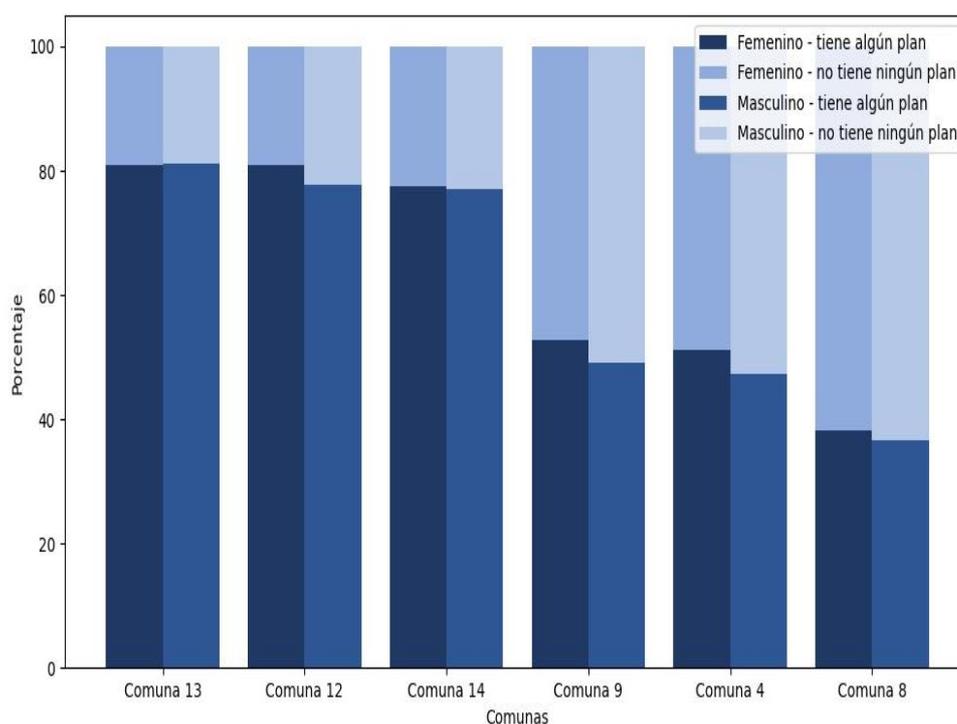
El Gráfico N°14 indica que la dependencia del sistema de salud público es mayoritariamente femenina, replicando el comportamiento nacional evidenciado en el Gráfico N°11.

Este comportamiento también puede evidenciar una inserción desigual en el mercado laboral, como consecuencia de barreras significativas en el reconocimiento de títulos profesionales obtenidos en el extranjero y en el acceso a empleos. Esto lo podemos constatar al relevar la proporción de la población extranjera sin obra social o prepaga.

Asimismo, es posible inferir que el acceso a los servicios de salud entre la población extranjera varía en función de su situación migratoria, su relación laboral y su nivel socioeconómico. En este sentido, la dependencia del sistema público es particularmente alta en los sectores de menores ingresos, lo cual se constata al comparar las diferencias entre áreas urbanas y rurales a nivel nacional, situación que se refleja también en la variación de la dependencia en las distintas comunas de la CABA (González y Maceira, 2018).

En el Gráfico N°15 podemos observar que la población extranjera radicada en los sectores más pobres, tienen mayor dependencia de la cobertura pública. Por ejemplo, casi el 62% (61.83%) de las mujeres en la Comuna 8 dependen del sector público sanitario, proporción que se incrementa en los hombres alcanzado el 63.31%.

Gráfico N°15. Población extranjera en CABA, por sexo, dependencia pública y comuna



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

Tomando en consideración el resto de las comunas³⁶, en el Gráfico N°15 presentamos un contraste entre las 3 comunas con menor y mayor

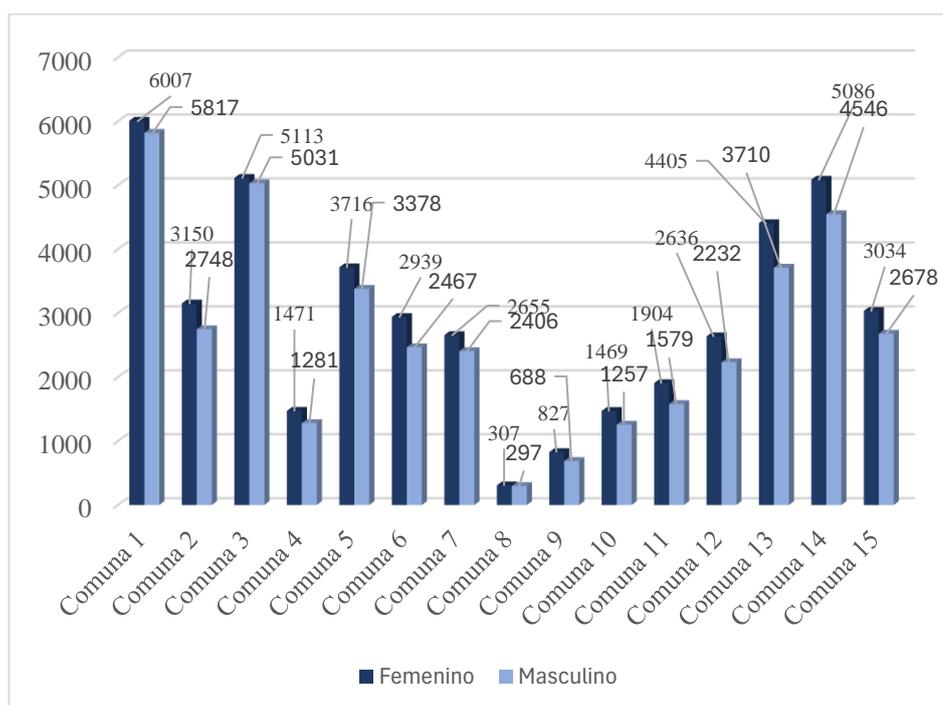
³⁶ Nota: de acuerdo con la Ley Orgánica de Comunas, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está organizada en 15 unidades descentralizadas de gestión político-administrativa que, en algunos casos, abarcan más de un barrio. Cada comuna corresponde a:

- Comuna 1: Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.
- Comuna 2: Recoleta.
- Comuna 3: Balvanera y San Cristóbal.
- Comuna 4: La Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya.
- Comuna 5: Almagro y Boedo.
- Comuna 6: Caballito.
- Comuna 7: Flores y Parque Chacabuco.
- Comuna 8: Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.
- Comuna 9: Liniars, Mataderos y Parque Avellaneda.
- Comuna 10: Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro.
- Comuna 11: Villa General Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita.
- Comuna 12: Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.

dependencia del sistema público. Por ejemplo, en las Comunas 9, 4 y 8 la dependencia supera el 50%, en comparación con las Comunas 13, 12 y 14. Asimismo, esta distribución por comunas puede dar cuenta de que las condiciones habitacionales precarias, presentes en algunos sectores, imponen mayores riesgos en el acceso y en la exposición a enfermedades transmisibles u otros problemas de salud.

Por su parte, cuando relevamos la distribución de la población venezolana en la CABA identificamos que esta población se concentra mayormente en las comunas 1, 3 y 14, como vemos en el Gráfico N°16, reflejando patrones migratorios y de asentamiento que se corresponden con los factores económicos, sociales, urbanos y culturales de esta población en Argentina.

Gráfico N°16. Población venezolana en CABA por sexo y comuna



Fuente: Elaboración propia. CENSO 2022

Los índices de asentamiento de la población venezolana son más altos en las comunas 1, 3 y 14, que suelen ser sectores con una infraestructura

Comuna 13: Núñez, Belgrano y Colegiales.

Comuna 14: Palermo.

Comuna 15: Chacarita, Villa Crespo, La Paternal, Villa Ortúzar, Agronomía y Parque Chas.

urbana desarrollada, en términos de transporte público, servicios de salud, educación y espacios recreativos. Estas características se corresponden con las motivaciones expresadas por las personas migrantes entrevistadas, quienes buscan establecerse con sus familias en entornos que les ofrezcan mayores oportunidades de integración y una mejor calidad de vida.

En línea con lo que ya venimos señalando sobre las características de esta población, la oferta de servicios tanto de educación como de salud, sumado a su carácter urbano, resultan ser factores determinantes en la elección de estas comunas como lugares de asentamiento.

Si bien las estadísticas actuales no desglosan la cobertura de salud según la nacionalidad, las dinámicas entre territorios y zonas indican desigualdades que impactan en las condiciones de vida y en la salud de las poblaciones más vulnerables, además en términos de acceso sanitario.

Asimismo, la bibliografía citada ofrece evidencia de que en los hospitales y en los centros de salud de propiedad estatal se producen cotidianamente situaciones en las que se restringe el ejercicio de esos derechos (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Molina, 2019; Basualdo, 2017). Además, la población con residencia legal tiende a tener mayor acceso a la cobertura de salud, mientras que las personas migrantes indocumentadas enfrentan más dificultades para acceder a servicios médicos adecuados.

Dichas restricciones, especialmente en el caso de la población migrante, reabren el debate sobre el acceso basado en condiciones particulares, centrándose en la asignación de recursos y el dilema estatal sobre cómo distribuirlos y a quién priorizar. Aunque, en lo que respecta a la normativa, queda expreso que en el contexto local también se asume el mandato constitucional de garantizar el acceso igualitario a los servicios públicos de salud, conforme a lo estipulado en el Artículo 8 de la Ley de Migraciones N° 25.871.

Es en este contexto en el que nos planteamos identificar la demanda en salud de la población venezolana para caracterizar su acceso al sistema. Consideramos que, en un inicio, la población entrevistada se concentra en

zonas urbanas donde la infraestructura sanitaria suele ser más robusta y privilegiada.

A partir de la caracterización de la demanda, nos proponemos comprender cómo accede a la salud la población venezolana identificando cuestiones relacionadas con la cobertura y las barreras que enfrentan al utilizar los servicios públicos de salud. Con este análisis, buscamos obtener una visión integral sobre las necesidades expresadas y el acceso en salud por parte de la población en estudio.

6.3 Las demandas en salud de la población venezolana

En este apartado analizaremos aspectos socioculturales y del flujo de demanda debido a la existencia de enfermedades preexistentes, preventivas y reemergentes manifestadas en el grupo entrevistado.

6.3.1 Tendencias en la demanda de la población venezolana

Con base en las narrativas sobre las trayectorias, identificamos que, además de la posibilidad de regularidad migratoria y la inserción laboral, una de las motivaciones más apremiantes para la población venezolana entrevistada es el acceso a los servicios, entre ellos a la atención médica. Las experiencias personales reflejadas en las entrevistas destacan la importancia de este factor en la decisión de migrar:

“La realidad es que en el 2017 a mí me detectaron una enfermedad autoinmune y en ese momento el país estaba pasando una situación bastante crítica, me mandaron un medicamento que no se conseguía y bueno ahí tomé la decisión de migrar” (Id 4).

“Tengo una enfermedad que se llama neuralgia del trigémino, por lo cual debo tomar medicamentos continuos que suelen ser costosos y en Venezuela no se consiguen” (Id 9).

Estos ejemplos destacan una situación particular de los motivos de la migración venezolana, la imposibilidad de encontrar respuestas ante una situación de salud crónica en el país de origen.

“Me vine porque tenía problemas de salud, más que problemas, necesitaba estar chequeado. Me quería ir hacia Europa, pero iba a ser muy complicado el tema de la legalidad. Así que preferí venirme por lo seguro, más legal” (Id 18).

Por su parte, este testimonio responde más a las características sobre el perfil del flujo venezolano en Argentina.

Con base en los ejemplos, para definir la tendencia de la demanda en salud de esta población en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), tomamos en cuenta que los datos estadísticos del Renaper (2022) muestran que la población venezolana es predominantemente joven, con edades comprendidas entre 20 y 40 años y un buen nivel educativo. Este perfil sugiere, como caracterizaremos a continuación, una demanda orientada a servicios de atención primaria, cuidados preventivos y manejo de enfermedades de baja complejidad, tal como lo reflejan las entrevistas.

En consonancia con lo anterior, dentro de las principales características relacionadas con la demanda y el estado de salud de esta población, observamos que la mayoría de las necesidades están vinculadas con la recepción de atención médica general, ginecológica, odontológica, oftalmológica y psicológica.

En primer lugar, aunque las dificultades relacionadas con el proceso de migración son comunes en todo proceso migratorio, algunas de las psicólogas entrevistadas destacan una creciente demanda de acceso a especialistas en salud mental. La mención a este fenómeno sobre la atención vinculada con la salud mental aparece como un rasgo atípico en esta población³⁷, resaltando una necesidad emergente de atención psicológica y/o psiquiátrica, probablemente influenciada por las dinámicas del trayecto migratorio, las condiciones de vida precarias y la incertidumbre asociada a la migración.

³⁷ Si bien es posible advertir sobre la importancia de la salud mental, la normalización de “ir al psicólogo/a” en contextos urbanos argentinos, contrasta con sentidos más patologizantes en la población venezolana.

“Para mi Argentina fue empezar de cero, de hecho, no soy la misma, pero cuando llegué estaba muy feliz, al pasar un año comencé a deprimirme, no quería de bañarme, me enteré de que había psicólogos venezolanos bastante económicos y fui, primera vez en mi vida” (Id 2).

“Nosotros llevamos una cultura muy fuerte y cerrada, donde la psicología no es parte de la salud” (Id 7).

“Estudiar psicología en Venezuela era muy difícil porque solamente había 3 universidades. Cuando dije que iba a estudiar psicología, me dijeron que me iba a morir de hambre, es un tema que está asociado a la locura o a un cierto sector socioeconómico. Si no estás loco, es porque tienes mucha plata” (Id 7).

“Es muy difícil asumir que necesitas ayuda, pero favorece estar en un país donde es normal atenderse la salud mental” (Id 13).

“Nuestro proceso ha sido muy duro porque jamás imaginamos pasar por esto, tener que dejar nuestra vida, venir a trabajar de lo que fuera o no conseguir trabajo, mucho llanto me llevó esto, afortunadamente uno se puede apoyar con los grupos de WhatsApp, vemos que todos pasamos por lo mismo, así que te recomiendan atenderte y pues fui con una psicóloga venezolana, me desahugué y veo que eso si ayuda, digo, hablar de lo que nos pasa” (Id 20).

“Voy a hablar de los que están acá en Argentina, primero porque llegamos a un país donde todo el mundo va a un psicólogo” (Id 7).

A través de los testimonios, identificamos que la separación de las familias, la adaptación a un nuevo entorno, sumado a las características de migración inesperada y la poca experiencia migratoria de Venezuela, agudizan la necesidad de atención sobre la salud mental de las personas migrantes venezolanas en la CABA.

“Es ese choque cultural porque no solo la falta de cultura, otro factor muy importante es que la nuestra ha sido la migración forzada. No es lo mismo migrar porque tienes un trabajo en otro país o porque su

sueño era vivir en otro país, sino porque te obligaron. El 90% de los venezolanos salimos por una necesidad o por ser perseguidos, hemos sido una migración bastante sentida emocionalmente, se han desprendido familias y esto ha hecho que el venezolano obviamente se desestructure a nivel cognitivo de una manera bastante abrupta” (Id 7).

Según esta información la necesidad de adaptación social y la manera menos estigmatizante de entender a la salud mental genera que, a pesar de tener poca familiaridad de tratamientos relacionados con estas patologías, las personas venezolanas hayan manifestado la necesidad de atención en salud mental.

“Entonces, obviamente el migrante necesita también adaptarse y la realidad es que muchos que no creían en la psicología, se han dado cuenta de que es normal, que la gente va al psicólogo, aunque ha sido un choque, cada vez escuchas más que fulanito que va del psicólogo y te dices, yo nunca he ido al psicólogo. Entonces por necesidad y también por curiosidad” (Id 7).

“Lo primero que te dicen, doctora no estoy loco, pero...y ahí vienen las tristezas, los cuentos de cómo bien su proceso, unos más duros que otros, pero sobre todo por la falta de costumbre y tener que asumir que tienes que buscar ayuda” (Id 13).

Cuando profundizamos en el ámbito de las necesidades de atención mencionadas, observamos que las asociaciones de venezolanos en Argentina, como la Asociación de Psicólogos Venezolanos en Argentina (Psicoven), han desempeñado un rol crucial en el acompañamiento a la salud mental de esta población, lo cual refleja el esfuerzo desde múltiples lugares de visibilizar y acompañar la organización de personas venezolanas.

“Hemos hecho un trabajo de acompañamiento para desmitificar la atención psicológico, eso ha sido muy beneficiosa para nosotras como profesional, ósea que Psicoven también nos ayuda en ese aspecto, en ubicarnos en el lugar para ejercer nuestra profesión y al mismo

tiempo dar talleres que enseñen que también la salud mental hay que cuidarla” (Id 7).

“Yo como psicóloga, colaboradora de Psicoven, he visto cómo hemos venido cambiando esta cultura de que el psicólogo es para los locos o para los que tienen plata. Porque lo hemos necesitado” (Id 13).

Por ejemplo, Psicoven desarrolla diversas actividades de apoyo psicológico, ofreciendo talleres de resiliencia, sesiones de terapia grupal y consultorías individuales que facilitan la adaptación emocional y social de las personas migrantes. Estas iniciativas proporcionan atención psicológica, apoyo emocional, al tiempo que ayudan a fortalecer las redes de solidaridad entre la comunidad migrante.

“Al llegar tenía mi niña pequeñita, no podía trabajar, luego vino la pandemia, me estaba enloqueciendo, una amiga me recomendó ir al psicólogo, fui y me ayudó mucho, aunque sigue siendo extraño decirlo” (Id 17).

Adicionalmente, Psicoven desempeña un papel fundamental en la sistematización de experiencias de la población venezolana en la CABA. A través de diversas actividades y programas desarrollados, Psicoven ha recopilado información clave sobre este aspecto de la salud mental en la población venezolana radicada en la CABA³⁸.

“A través de Psicoven brindamos apoyo psicosocial con sesiones gratuitas, este trabajo nos ha servido a nosotros también, porque nos organizamos, ayudamos y al mismo tiempo apuntamos a crear

³⁸ El objeto social de esta organización es proporcionar acompañamiento en salud mental, apoyo psicosocial y facilitar la integración sociocultural y laboral.
<https://coalicionporvenezuela.org/listing/psicoven-psicologas-y-psicologos-venezolanos-en-argentina/>

Algunos programas de atención a la salud se pueden ver en:
<https://asoven.com.ar/tag/psicologia/>

Además, el programa Bienestar Migrante surgió en el marco de la pandemia para dar apoyo psicosocial y emocional a la población migrante.
<https://alianzaporvenezuela.org/programa-bienestar-migrante/>

estadísticas referentes sobre el acompañamiento que hacemos en salud mental” (Id 13)

A partir de los distintos testimonios entendemos que la demanda de salud mental por parte de la población migrante venezolana es un tema complejo que surge de la intersección entre las condiciones propias del proceso migratorio, el constreñimiento vivido al momento de tomar la decisión de migrar así como todas las dificultades encontradas en destino, es decir, la cuestión documental, los imprevistos, la inserción laboral descalificada, así como el reconocer la necesidad de atención psicológica en una población que no está habituada a apelar a ella. Adicionalmente, estas condiciones suelen agudizarse dado los desafíos socioeconómicos que enfrentan.

“En Venezuela no trabajamos la enfermería como aquí y hay que adaptarse, lo sabemos, pero ver cómo tratan mal a las personas y las dejan morir literalmente, recuerda que trabajo con cuidado paliativo. Es difícil este trabajo, no solo por lo que implica sino porque además es muy mal pagado, además mientras luchas con tus propias realidades y tristezas, cuando también te sientes mal pero no puedes dejar de trabajar” (Id 9).

“Yo cuando fui a Psicoven ya estaba que ni me quería levantar, una tristeza muy grande, no dormía, me preocupaba mucho por lo que iba hacer el día siguiente, estaba muy preocupada por el porvenir que no lograba pegar el ojo” (Id 14).

“No saber a lo que te enfrentas con la nueva vida, además sin tener un trabajo, es algo desesperante” (Id 20).

Como se observa en algunos casos, la experiencia migratoria ha implicado procesos que son percibidos como eventos traumáticos. La separación de familiares y amigos, la incertidumbre en torno a la situación migratoria y el acceso limitado a empleo, en conjunto, generan altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y lo que impacta de manera significativa en la salud mental de quienes nos comparten su sentir.

Ahora bien, a parte de la salud mental, como ya habíamos anticipado, las demandas en salud por parte de la población entrevistada guardan relación con su perfil sociodemográfico. Con base en las entrevistas, dichas demandas las clasificamos en tres categorías principales: demandas preexistentes, preventivas y demandas vinculadas con nuevas patologías.

En el primer grupo, registramos las demandas por condiciones preexistentes o con algún requerimiento de atención médica especializada, identificando la existencia de patologías que requieran tratamiento específico continuo. Luego, las demandas de atención preventiva o derivadas de su situación migratoria y aquellas necesidades asociadas con el trayecto o del proceso migratorio en general.

Por último, las demandas vinculadas con el trabajo informal, específicamente debido a que el tipo de empleo al que acceden algunas personas entrevistadas ha impactado en la salud a través de factores físicos, biológicos, psicosociales o estresores ergonómicos que afectan la vida, la salud y el bienestar de la persona trabajadora.

6.3.2 Caracterización del estado de salud: principales patologías y servicios demandados

Entre las 20 personas entrevistadas, identificamos dos categorías principales de demandas en salud: aquellas relacionadas con condiciones preexistentes que requieren seguimiento médico frecuente y las demandas vinculadas con la atención primaria y servicios preventivos. En función a estas categorías presentamos tres grupos de demandas en salud, identificados en la población venezolana entrevistada.

En el **Grupo N°1** registramos las demandas por condiciones preexistentes o condiciones que no fueron atendidas, debido a las dificultades de atención en el país de origen. Aunque son las demandas minoritarias, hubo quien aseguró que, al momento de emprender la migración, no se había tratado su salud en mucho tiempo, debido a la falta de acceso a servicios de salud adecuados en Venezuela.

“Teníamos una póliza privada, pero en esos tiempos buenos que te cubría todo, soy operada de la vista y eso entraba por seguro, cualquier cosita era por el seguro. Pero bueno, ya no en esos últimos años en Venezuela 2016 2017” (Id 10).

Hablamos de las demandas que no fueron atendidas, se acumularon debido a las dificultades ocasionadas por las condiciones económicas y sociales en Venezuela, vistas como parte de los detonantes de la salida.

“Cuando nos vinimos yo tenía tiempo sin ir a un oftalmólogo porque ya allá estaba muy costoso y mi chequeo debe ser al menos dos veces al año” (Id 10).

En estos casos, los altos costos o la dificultad de encontrar atención en servicios específicos ocasionaron la falta de cuidados, o de continuidad de los tratamientos.

“Cuando me detectan la enfermedad, en Venezuela era muy difícil conseguir medicamentos. Incluso era difícil conseguir las cosas que nosotros comemos, no veía mucho futuro en mi país, todo muy peligroso, costoso y no se conseguía nada” (Id, 3).

“Por mi trabajo tenía seguro para mí y para mi esposa e hijos. Nunca tuvimos inconvenientes para atendernos. Pero los últimos años ni las clínicas servían, así que estaban igual como todo lo público, no servían. Daba miedo tener que necesitar, más cuando uno va para viejo, por eso teníamos que salir de allá”. (Id 5).

En este grupo, al menos cuatro personas manifestaron tener condiciones de salud preexistentes que requieren seguimiento médico frecuente. Estas condiciones están relacionadas con enfermedades no transmisibles (ENT) comunes como cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.

Entre las demandas que requieren control y fueron mencionadas están:

- Patologías gastrointestinales:

“Mi gastroenterólogo en Venezuela me indicó que siempre debía tener mi control, con una respectiva endoscopia digestiva para ver la parte interna de la mucosa” (Id 1).

- Problemas oftalmológicos:

“Tengo un problema en un ojo, por eso debo chequearme la vista frecuentemente con el oftalmólogo” (Id 8).

“Yo soy operada de la vista por eso de ir al oftalmólogo frecuentemente” (Id 10).

- Requerimiento odontológico/ quistes orales:

“Tenía un tratamiento de conducto que estaba de a toque, tenía que atenderlo regularmente” (Id 5).

“Cuando me vine tenía un quiste en el paladar que debía hacerle seguimiento para evaluar si seguía creciendo” (Id 20).

En nuestro primer grupo igualmente observamos que las personas reportaron la necesidad de controles médicos regulares, destacando una frecuencia de uso anual de los servicios para evaluar y monitorear sus condiciones.

Por otra parte, en el **Grupo N°2** se registra la representación mayoritaria de demandas, conformando el conjunto más numeroso de nuestro estudio. Este grupo está integrado por personas que expresaron necesidades relacionadas principalmente con la atención primaria y los servicios preventivos básicos.

Dentro de estas demandas, el contexto de llegada marcado por la irrupción del COVID-19 resulta determinante, por lo cual el registro de patologías directamente asociadas a la pandemia como la atención médica necesaria para pacientes afectados por el virus y el seguimiento post-COVID, lo abordaremos con mayor atención en el siguiente capítulo.

No obstante, en este segundo grupo también se observan frecuentes consultas médicas generales, destinadas a la realización de chequeos regulares para prevenir o detectar problemas de salud en etapas tempranas.

En cuanto a los servicios especializados, destacan las demandas en ginecología y pediatría, lo que subraya la importancia de la atención preventiva y el seguimiento de la salud en mujeres y niños. Esta tendencia está en consonancia con el perfil etario de la población estudiada, evidenciando que, en este grupo, el acceso a servicios esenciales se configura como una prioridad para atender las necesidades de salud de los sectores más vulnerables.

“Consultas ginecológicas, he ido a todo lo que de eso se deriva, a ecografía, mamografía y demás” (Id 2).

“Chequeos anuales de control ginecológico y control sanguíneo, dental y también oftalmología” (Id 3).

“Me tengo que controlar una condición que genera glaucoma y por ende tengo que hacerme anualmente exámenes en la vista para descartar. También me hago mis chequeos frecuentes en el oftalmólogo y mis chequeos ginecológicos” (Id 7).

“Me hago mis chequeos anuales, ginecológicos, todo lo que tiene que ver con las mamas, pero a donde asisto más es al traumatólogo porque tengo problemas de artrosis en una rodilla que se complica con mi trabajo que estoy mucho tiempo de pie” (Id 8).

“Yo me vine con mi niña pequeña y aquí tuve a segunda hija. Aquí me atendí todo el embarazo” (Id 6).

La atención gineco-obstetra es un servicio con alta demanda. Sin embargo, una persona declaró haber acudido a la atención con su obra social al momento del nacimiento, pues la atención, control y seguimiento del embarazo lo realizó en un centro privado venezolano, incluyendo el cuidado pediátrico y la vacunación.

“Mi niño nació aquí en un hospital porque me lo recomendaron, pero su cuidado lo hago con una pediatra venezolana, ella le ve una alergia que tiene en la piel” (Id 10).

“Yo me atendí todo el embarazo con una doctora de la clínica Alas, pero ella misma después me recomendó dar a luz utilizando mi

prepaga, eso me ayudaría más con los gastos y también por el tema de la partida de nacimiento de la niña, me facilitaba luego yo poder solicitar mi residencia permanente” (Id 19).

Este aspecto resulta de suma importancia en cuando a la posibilidad de organizar y modelar las preferencias de atención y las posibilidades económicas con las que se cuentan para la atención sanitaria.

También identificamos patologías vinculadas con el cambio del clima y la poca costumbre o adecuación a las condiciones climáticas estacionarias.

“A mí el clima me mató, ese primer invierno me generó una gripe horrible, desde entonces sufro de sinusitis y rinitis. Los médicos me dicen que eso es muy común entre los venezolanos aquí” (Id 1).

“Para mí lo más difícil es el invierno, pero después uno se acostumbra, me da una gripesita que se me pasa ya cuando llega el verano, porque primavera la alergia me ataca peor” (Id 8).

Relacionado con estas manifestaciones en torno al clima, se puede observar que no había hábito ni necesidad de aplicación de la vacuna gripal, por lo cual, es común que no se hayan vacunado contra la gripe antes de llegar a Argentina, además, es común que tengan poco conocimiento de los programas de prevención públicos.

“Nunca me había vacunado contra la gripe, por eso me pegó más los dos primeros años que no sabía que aquí eso es normal” (Id 8)

Además, las patologías respecto al clima también pueden variar en función de la edad. Mientras que los grupos más jóvenes, que suelen ser más receptivos a la información sobre salud, pueden no priorizar la información sobre la vacunación; los adultos mayores, que podrían ser más vulnerables a las complicaciones de la gripe, tal vez no hayan recibido la información oportuna sobre los cambios estacionales y la importancia de la vacunación.

A partir de los testimonios también pudimos identificar un patrón de seguimiento médico. La mayoría de las personas entrevistadas reportó una frecuencia anual para la utilización de servicios preventivos como controles médicos generales y consultas especializadas. Además, al menos la mitad

señala haber requerido algún tipo de atención médica dentro del primer año de residencia. Asimismo, dos personas dijeron haber necesitado servicios de emergencia en algún momento.

“Tuve una emergencia debido a una alteración en la mucosa gástrica que fue un diagnóstico desde Venezuela, que podía ya considerarse una displasia primaria, considerado una causa de cáncer de estómago, por lo cual requiero un chequeo anual de gastro, para hacerme mi endoscopia y evaluar la enfermedad” (Id 1).

“Me tuvieron que hacer una reconstrucción del paladar de emergencia, debido a un acceso que me salió por un tratamiento de conducto” (Id 5)

Dentro del **Grupo N°3** incorporamos las demandas relacionadas con los aspectos físicos, biológicos o psicosociales relacionados con las condiciones laborales de las personas entrevistadas.

En este tercer grupo registramos las necesidades de atención psicológica, vinculado con la inserción laboral precaria, ya que parte de la población entrevistada manifestó haber sufrido de estrés, ansiedad y aflicciones debido a la inserción precario o distinta a sus respectivas áreas de formación.

“Para mi trabajar limpiando casas es una de las cosas más deprimentes, no por limpiar, sino porque me contrataban para cuidar a una persona y terminaba siendo la cachifa de esa casa y nadie te paga eso. Me entristecía que mis estudios no me sirvieron de nada, más bien eran tomado en contra, porque si dices que tienes posgrado ni te dan el trabajo” (Id 1).

“Es muy difícil dejar a tu familia, tu casa, todo lo que te ha costado toda la vida, a vivir ajustado, que muchas veces te miren como un muerto de hambre, es duro y nos tocó reconocer que necesitábamos ayuda” (Id 8).

“Dejar tu casa, a la que tanto le dedicaste, todo el esfuerzo por tener tus cosas, bonitas, de calidad, tuyas, y venir aquí a alquilar un

departamento, pequeño, mal cuidado, con cosas que nada tienen que ver contigo, con tu trabajo de toda una vida” (Id 11).

“Validar tus conocimientos aquí, es una de las cosas más estresantes aquí, todos pensamos que sería fácil porque así lo decían, pero es terrible, yo me preguntaba, para qué, prefiero trabajar de otra cosa que pasar por esto, porque es eso, tienes que hacer la carrera prácticamente de cero, lo que estudiaste no vale y esto todo cuando tienes que trabajar para vivir” (Id 17).

Como es posible notar, la inserción laboral precarizada tiene a su vez su propia expresión en la salud, primero en torno a la emocionalidad que desencadena en proceso de no correspondencia, pero también por el registro de nuevas patologías que comienzan a padecer las personas insertadas en estos trabajos. Un ejemplo especialmente ilustrativo, lo encontramos en el caso de las personas dedicadas al cuidado, que demandan atención traumatológica continúa debido a los esfuerzos físicos que tienen en sus trabajos, alzar personas con gran peso, mudar de cama pacientes en estado crítico, emplear labores de limpieza, aseo, compras de insumos alimentarios y médicos, etc. Estas tareas deterioran su estado de salud mental y física.

“Aquí se me agudizó un problema de columna, acudí a un turno y lo primero que veía es que hacen más hincapié en la kinesiología, es una carrera. Por ejemplo, me indicaron que mi afectación se agrava por mi trabajo, claro porque en Venezuela yo movilizaba pacientes en camas clínicas, aquí en camas normales. Entendí que mi nueva ocupación me afectaba ya que iba a cuidar a las casas a pacientes con condición particular. En general, me indicaron que los cuidadores son personas que tienen problemas en la movilidad. Aquí lo tienen más claro y es porque saben que los cuidadores sufren muchos problemas de la columna” (Id 1).

“El trabajo aquí me ha envejecido. Me duele todo y comencé a sufrir de la columna, por el peso que hay que hacer” (Id 8).

“Trabajo con pacientes terminales que a veces no pueden ni moverse y no están en un hospital, tienes que cargarlos para asearlos y hacerles todo, en unas condiciones muy precarias” (Id 9).

“Yo desde que trabajo de cuidadora, casi no me siento en el día, resulta que me dio un dolor fuerte en las piernas y cuando fui al médico, qué no me dijo, que estaba reteniendo líquidos, tenía un problema de circulación y además desarrollé una artrosis” (Id 14).

El relevamiento de la demanda visto hasta aquí nos permite dar cuenta de una población con conocimiento de la importancia y disposición para atender al aspecto preventivo de la salud. Asimismo, denota la impronta que les ha significado la atención psicológica, respecto a su concepción de origen sobre el servicio de atención psicológica.

En el cuadro N°17 sistematizamos la demanda a partir de los principales servicios requeridos y en función de la necesidad expresada.

Cuadro N°17. Necesidades expresadas y servicios solicitados por las personas venezolanas en la CABA

Tipo de demanda	Principales servicios	Características en salud
Grupo 1 y 2 Demanda por condiciones preexistentes/ Atención médica especializada	Oftalmología, odontología, gastroenterología, ginecología, pediatría.	El estado de salud vinculado a la edad, control y chequeos primarios, con frecuencia anual. Atención privada-venezolanos.
Grupo 3 Demandas vinculadas con el trabajo informal	Traumatología, kinesiología Psicología	Artrosis, problemas de columna, cervical, dolor en las piernas- Se resuelve en el sistema público y privado con venezolanos. Estrés, tristeza, depresión vinculada el proceso migratorio y por la reconfiguración de los proyectos profesionales-Atención privada-venezolanos

Fuente: Elaboración propia

6.3.3 Percepción sobre la atención en salud

En concordancia con lo antes mencionado, la percepción registrada en las entrevistas está mediada por las diferencias identificadas en torno a las formas de atención en salud, la idea que traen las personas entrevistadas sobre la consulta, el examen físico e incluso en términos de su mirada en torno a la atención de la salud mental.

En otras palabras, nuestro registro de la percepción se basa en las diferencias identificadas en el trato de la atención recibida, se destaca principalmente la idea sobre salud mental y la preferencia hacia la atención en el servicio privado.

Primero hay que destacar que, más allá de esta caracterización, la población entrevistada tiene una opinión general positiva en torno a la calidad de atención, especialmente cuando comparan con la situación del acceso en Venezuela. En el caso del sistema de salud pública argentino, es bien valorado y en las opiniones, destacan que los servicios son gratuitos o de bajo costo dentro del sistema público, contrastando con el venezolano, en términos de costos y accesibilidad.

“El sistema de salud aquí es muy bueno de verdad. Todo lo que me han hecho y no he pagado nada. Está buenísimo, porque todo este tratamiento es tan costoso en Venezuela y aquí no solo es gratis, sino que es de calidad” (Id 5).

“Este sistema es mucho mejor que el venezolano, está acondicionado, te dan tu turno y aunque casi siempre son lejos, tienes la seguridad de que te atenderán cuando te toque, no pagas, todo es limpio” (Id 8).

Sin embargo, al referirse a los profesionales médicos y personal de la salud, resaltan importantes diferencias asociadas con el trato, la poca o mala comunicación y la forma de suministrar información.

“La principal diferencia es que no se vinculan con tu historial médico, son distantes y no les gusta que les preguntes, porque es como querer saber más que ellos” (Id 1).

“Los médicos argentinos no se involucran con tus antecedentes médicos. No te preguntan mucho y no les gusta que le preguntes tampoco” (Id 3).

“Siento que la atención médica venezolana quizás llega más al fondo de lo que tú tienes, se toman el tiempo de revisarte, preguntarte, chequearte, te mandan hacer pruebas y acá es como más de palabras, ósea no indagan” (Id 4).

“Los venezolanos son más detallistas y dedican más a tiempo al paciente, no son tan toscos en el trato. La diferencia de cómo te trata un médico venezolano que siempre es muy atento, te pregunta, te examina, yo creo que esto es algo fundamental. Te examinan, te tocan y al venezolano le gusta que lo toquen, es como que el médico se pone en nuestros zapatos” (Id 6).

“El trato es la principal diferencia, porque el médico argentino para mí es como más distante, no tiene esa característica de los médicos venezolanos que te hablan, te miran a la cara, aquí un médico a veces ni te ve la cara, ni te toca, también como hay tantas denuncias por violaciones y tanta cuestión sobre el abuso, también los entiendo” (Id 8).

Quienes declararon tener alguna condición preexistente o que requieren tratamiento continuo, valoran la disponibilidad de tratamientos y medicamentos, aunque mencionan que la manera a la que acceden a estos recursos es a partir de los gastos bolsillos.

“En mi caso siento que la atención es bastante factible acá en Argentina, hay veces que, por ejemplo, ellos me proveen los medicamentos, estoy hablando del hospital alemán o me dan descuentos considerables en algunas farmacias y son cosas que en verdad valoro” (Id 4).

“Yo no tengo problema en pagar, no todo tiene que ser regalado, lo importante es que vayas a una farmacia y exista el medicamento, en Venezuela ni eso” (Id 5)

Por su parte, la discusión en torno a cómo es concebida la salud mental por las personas entrevistadas permite poner en contraste, cómo ha sido reconocer la necesidad de atención, ya que como bien nos señalaron las psicólogas entrevistadas, la atención psicológica en Venezuela está destinada preferentemente para personas con trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y tendencias al suicidio.

“Para muchos ha sido difícil entender que necesita ayuda y luego reconocer que ha sido acompañado con un proceso psicológico, aun les da pena por el tabú que tenemos los venezolanos con este tema, lo primero que te dicen es, no estoy loco doctora, estoy muy confundido”
(Id 13)

Quienes sostienen haber recibido apoyo psicológico, cuentan haber recurrido a las organizaciones venezolanas, así como a las consultas privadas de psicólogos venezolanos.

“Una amiga me dijo, no hija tú lo que estás deprimida, anda con tal doctora y así lo hice. Fui con una psicóloga y de allí asistí a muchas charlas con ella, la mayoría fueron grupales, todas con Psicoven, gratuitas” (Id 14).

Así pues, en el contexto de llegada, cambia la percepción en torno a la salud mental y se reconoce como una demanda. A pesar de que se reconoce como un tema tabú, igualmente existe reconocimiento positivo en cuanto al grado de cultura que existe en Argentina sobre la atención psicológica.

Al preguntar, cómo es la sensación luego de haber optado por atenderse la salud mental, la mayoría valora haber dado ese paso y, además consideran la importancia de que sea un asunto entendido como parte de la salud integral que además pueden recomendar a quienes creen que lo necesitan y no se han atrevido.

“Después que te atiendes por primera vez, puedes invitar a las personas cercanas que también necesitan romper ese espejo” (Id 14).

“Aquí la salud mental es parte de la salud general, eso es importantísimo, porque así uno asume que es normal y es

relativamente sencillo tomar tu turno es incluso para pedir permiso en tu trabajo sin que sea mal visto” (Id 20).

Ha sido reconocido el crecimiento de la demanda en el servicio de salud mental. Otro factor que ya venimos anunciando, es la tendencia de acudir a la atención privada. Esto lo identificamos, a partir de los relatos, como una preferencia en torno al “trato” ofrecido por personal sanitario venezolano, que ofrece sus servicios en el sistema privado. En algunos casos dicha preferencia ha sido una decisión basada en alguna mala atención recibida y por consecuencia, la reducción en la posibilidad de usar el sistema de salud público por parte de estas personas migrantes.

“Un mal diagnóstico me generó una colitis crónica y eso que fue con una buena prepaga. En ese momento fui a la clínica de venezolanos porque no confiaba en el diagnóstico. También con mi esposo tuvimos una mala experiencia, casi muere con un sangramiento y no lo atendieron porque no era de urgencia, fuimos a la clínica y allí lo atendieron y lo estabilizaron. Preferimos pagar cuando requerimos un chequeo” (Id 7).

No obstante, más allá de alguna mala experiencia con respecto a la atención, a excepción de la atención vinculada con el COVID-19, en todas las patologías manifestadas, igualmente surgió el tema de la atención privada como la principal opción, específicamente aquella que es ofrecida en centros de salud con profesionales venezolanos.

“Me atendí en una consulta privada, de médicos venezolanos porque sabía que me iba entender mejor cuando le explicara lo que sentía. Me presenté con mis estudios y el diagnóstico que traje de Venezuela con la recomendación de control anual con gastroscopia. Realmente me llamaba la atención que la doctora argentina me dijera que no era un estudio necesario (Id 1).”

La doctora venezolana revisó mis antecedentes y me mandó hacer mis estudios y me los pude hacer en esa misma clínica de médicos venezolanos. Resultó que, si había un avance de mi patología y que

me estaba afectando otras cosas, como la voz, ya que los ácidos estomacales me estaban quemando las cuerdas vocales” (Id 1).

“Nuestra cultura interfiere en cómo percibimos el sistema de salud, pero no es solo con Argentina, conozco gente que está en Estados Unidos y también les pasa lo mismo, buscan médicos venezolanos, así les cueste un ojo de la cara atenderse con ese médico, lo hacen y lo pagan, eso pasa aquí. No he visto que eso le pasa tanto al peruano, el boliviano. Son muchos factores, pienso que la raíz es nuestro tipo de migración y también porque no hay tantos médicos bolivianos o peruanos” (Id 7).

Con respecto a este punto es importante mencionar que en la estructura del sistema de salud en Venezuela, existen dos subsectores el público y el privado (Bonvecchio, Becerril, Carriedo y Landaeta, 2010); sin embargo, el acceso a la salud en Venezuela se hace mayoritariamente por medio de prestadores de salud privados³⁹.

³⁹ Se puede encontrar evidencia sobre la desagregación del gasto en salud en Venezuela, el cual muestra una tendencia de ser primordialmente hacia el sector privado.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668YvfC>

Existen estudios que explican cómo la tendencia hacia el uso de servicios privados se manifestó a lo largo de la década de los 90, principalmente como consecuencia de la crisis del sistema de salud venezolano. Esta crisis tuvo su expresión en la falta de una atención apropiada y oportuna, largos tiempos de espera, poca dotación de equipos, medicinas y médicos.

https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622008000200001&script=sci_arttext

Si bien hubo una reforma al sistema de salud venezolano desde el año 1999 que se expresó en un importante aumento del gasto público en salud:

<https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/131>

La dinámica del gasto público en salud a partir de los años 2000 mostró que dicha tendencia continuó siendo igual, con el financiamiento de la medicina privada. De manera específica, mediante la compra de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) para los empleados públicos y sus familiares. Lo cual evidenció una participación del Estado venezolano en el financiamiento privado en salud. En el año 2015, el gasto privado representó alrededor del 20% del gasto público en salud.

<https://coalicionporlavida.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/05/the-right-to-health-cidh-provea-n-codevida.pdf>

Adicionalmente, los datos de salud arrojados en la Encuesta sobre Condiciones de Vida Venezuela (2016), muestran que, en dicho relevamiento, los hospitales privados aparecían como los servicios de uso más frecuente por parte de la población venezolana.

En este sentido, existe una tendencia de atención médica privada especialmente resonante en el caso de las mujeres, relacionado con quienes han requerido la atención ginecológica y/o cuidado materno-infantil.

“Yo he tenido la suerte y he conseguido médicos argentinos buenos. Por ejemplo, es un tema con los ginecobstetras y ni hablar con los pediatras. Hay muchas venezolanas que se quejan de esos médicos argentinos. Esto lo hice porque la OS me cubría el embarazo, tuve que buscar mucho y tuve una buena experiencia” (Id 6)

En algunos casos sostienen tener mayor confianza en la atención pediátrica con especialistas venezolanos y que luego valoran el tema económico respecto a los que tienen el beneficio de la obra social, o prepaga.

“La cuestión es que yo no siempre tuve la prepaga, ahora sí, y bueno, me cubría el embarazo, los medicamentos y algunos reembolsos de hasta 40 %, yo aprovechaba y me veía con mi doctora de siempre y luego metía el reembolso”, era como el gasto grande, pero valía la pena” (Id 17).

Como se puede observar, en el análisis sobre la percepción influye mucho el esquema comparativo en cuanto a la atención médica, que en la

<https://www.ovsalud.org/wp-content/uploads/UCV-UCAB-USB-ENCOVI-2016-Salud.pdf>

Por otra parte, un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) destaca que en Venezuela el gasto de bolsillo representó el 64% del gasto total en salud en 2014, superando significativamente el promedio regional de América Latina y el Caribe, que fue del 33%.

<https://flagships.iadb.org/sites/default/files/dia/chapters/Capitulo-8-Un-gasto-eficiente-para-vidas-mas-sanas.pdf>

Estos estudios nos muestran el elevado porcentaje de gasto de bolsillo con importante carga financiera para los hogares venezolanos al acceder a servicios de salud. También nos permite argumentar que, el acceso a la atención médica privada en Venezuela es un aspecto que está normalizado, determinado por las condiciones estructurales e históricas del sistema de salud en este país, además por la idea de que lo pago es sinónimo de mayor calidad en la atención.

Algunos supuestos asociados con la atención médica privada son: **La infraestructura privada es superior**, se entiende que los hospitales y clínicas privadas suelen estar mejor equipados y ser más eficientes, en comparación con los públicos. **La atención es personalizada**, se espera que la relación médico-paciente sea más individualizada. **Desconfianza en el sistema público**, las limitaciones del sistema público se relacionan con la percepción sobre ineficiencia y baja calidad.

población venezolana está profundamente influenciado por sus experiencias previas en un sistema mayoritariamente privado y por una percepción cultural que asocia lo privado con mayor calidad.

6.3.4 Barreras en el acceso

La percepción de la población venezolana está marcada por condicionamientos culturales, además de las particularidades identificadas como dinámicas en el trayecto migratorio hacia Argentina y su inserción laboral en la CABA, que han configurado la demanda de salud por parte la población venezolana entrevistada. Dicha demanda, refleja tendencias que deben ser comprendidas en el contexto de un proceso irregularizado y un manejo público atravesado por el tratamiento político de la migración venezolana.

Al identificar las barreras observamos que casi todas las dificultades identificadas están determinadas por la obtención de la residencia, la regularización del estatus migratorio como conducto para adquirir la protección social, la inserción laboral y además las diferencias culturales en cuanto a la atención y la idea de salud.

Ya hemos abordado en los capítulos precedentes cómo la falta del DNI se convierte en una importante barrera para la homologación de los títulos académicos, la inserción laboral y consecuentemente la posibilidad de acceder a una prepaga para obtener provisión de salud mediante ella.

“Cuando tienes el DNI ya puedes conseguir un trabajo en blanco así con todo sobre la ley, pues allí te puedes inscribir en tu monotributo, pagar alguna prepaga, o conseguir algún trabajo que te ofrezca el beneficio” (Id 11).

Las barreras del empleo las entendemos como brechas financieras que funcionan como condicionantes económicos, profesionales, sociales y familiares (Solar, 2019). Principalmente, porque en el marco de un sistema de salud basado en obras sociales o prepagas, cuando la financiación está sujeta a la aportación de las personas dependientes de las cotizaciones laborales, se

plantea una cobertura segmentada que a menudo impacta en distintos problemas de salud que suele experimentar la población.

A su vez, la inserción laboral precaria, generalmente se traduce en empleos sin cobertura médica y con pocas posibilidades de acceder a los servicios sanitarios, en este caso, principalmente ocasionado por la disponibilidad de tiempo o la dificultad de conseguir permisos de los empleadores para asistir a los turnos. En este caso, la condición laboral dificulta la capacidad de acceso a servicios de salud públicos debido, por ejemplo, a la dificultad de concertar permisos para turnos médicos en horario laboral.

“Los turnos son muy lejos y generalmente en las mañanas, hay que pedir permiso en el trabajo y cuando estas en negro casi no les gusta darte permiso” (Id 17).

Identificamos un grupo de barreras culturales, en el cual las personas entrevistadas manifiestan una relación diferente con respecto a la atención médica, respecto a cómo se realiza la consulta.

“Son distantes y no les gusta que les preguntes, porque es como querer saber más que ellos” (Id 1).

“Acá no te tocan, no existe eso de que vamos, lo pesamos, lo medimos, saque la lengua, veamos los oídos, vamos a revisar si tienen hernia, o sea, acá no, eso no existe. Cuando estaba embarazada, ese hombre jamás me tocó ni la barriga, resulta que el bebé no se movía y no lo supimos sino cuando llegó el turno del eco y después que pedimos la consulta para que nos leyera el resultado” (Id 10).

Asimismo, existen diferencias que, si bien no dificultan la comunicación, si impactan sobre los modos en los que las personas reciben/perciben la información.

“Te proporcionan la información mínima, tienes que preguntar todo y eso no les gusta mucho” (Id 1)

Además del tema de la consulta y del diálogo entre médico-paciente, observamos una característica en torno al consumo de medicamentos, lo cual

parece estar sujeto a que en Venezuela los mismos son caros, o debido a que no están disponibles en el mercado, pero en todo caso, llama la atención el lugar que se otorga a la medicina natural o con remedios caseros a las que acuden para curarse.

“Lo que más me afectó al inicio fue la gripe, pero aprendí que tienes que andar con tu guarapo de jengibre y limón y todo me lo curaba así, para evitar gastar en medicamentos, de hecho, cuando me caí me desinflamé con papa” (Id 8).

“Me dio una tos tan fuerte el primer año, que tuve que preparar un guarapo de cebolla morada y tomármelo en ayunas, también hacer inhalaciones de vapor, yo casi no me enfermo, pero cuando pasa me curo a punta de garapitos y cosas que preparo en casa, es más sano” (Id 14).

Por otra parte, hay quienes manifiestan que los procedimientos en salud suelen ser diferentes a los que acudían en Venezuela, por lo que a menudo no entienden las expresiones o decisiones médicas, además que muchas veces estas no tienen el efecto esperado.

“Fuimos a la guardia porque mi esposo tenía sangramiento por el recto, no lo revisaron, simplemente nos enviaron a casa a observar si evolucionaba el cuadro, una locura, él empeoró, nos fuimos de emergencia a la clínica de venezolanos, mi esposo tenía un desprendimiento a nivel rectal necesitaba intervención” (Id 7).

En el caso en el que no fue efectiva la atención o el tratamiento, se genera desconfianza que eventualmente se resuelve mediante la atención médica venezolana.

Como bien podemos entrever en las entrevistas, las barreras culturales son las principales dificultades que se evidencian. Primero, está la costumbre de recurrir a la atención privada, ya sea por condiciones estructurales del sistema de salud venezolano o por no existir espacios de atención primaria públicos y de calidad en Venezuela.

“En Venezuela teníamos una póliza privada, en esos tiempos buenos, todo te lo cubría, la emergencia, las consultas, cosas así. No sé, bueno, yo soy operada de la vista, por ejemplo, y eso fue por el seguro, todo entraba por ese seguro, cualquier cosita mínima” (Id 10).

“Tenía un seguro privado, así que me pude atender en clínicas hasta que ya me vine en el 2018, ya en ese tiempo casi todas las clínicas no aceptaban seguro por bueno el tema del país” (Id 17).

Las limitaciones identificadas que derivan de la inserción en empleos precarios tienen impacto en el acceso a otros derechos e influyen en el incremento de nuevas patologías asociadas a los nuevos empleos o con condiciones que se traducen en riesgos para la salud, a edades más tempranas, en contraste con la población nacional.

“Este trabajo te desgasta porque tienes que hacer mucha fuerza, alzar pacientes, hacer tareas de la casa, limpiar, comprar cosas, es todo, eso me ha afectado mi columna” (Id 1).

“Aquí me he enfermado mucho, me duele todo, todo el tiempo estoy cansada. Yo dependo de cuántos departamentos pueda limpiar al día, por eso tengo que correr de un lado a otro y tratar de hacer todo más rápido que no te das cuenta si te golpeas. Entonces vives con los golpes y el nivel de estrés al que te expones por pensar que no vas a llegar a tiempo y que puedes perder ese dinero” (Id 20).

Al mismo tiempo que las personas entrevistadas reconocen marcadas diferencias en cuanto al trato, poco empático o distante respecto a lo acostumbrado, también mencionan que reciben un mejor trato a diferencia de otras poblaciones de migrantes, sobre todo las más empobrecidas que son tratadas con mayor desprecio.

“Yo conozco a dos cuidadoras igual que yo, con el mismo problema como yo, fuimos atendernos y ellas no le dieron turno, ellas dicen que han recibido discriminación porque son paraguayas y no las atienden igual, se sorprendieron porque me dieron el turno enseguida y me enviaron mis sesiones de kinesiología” (Id 1).

“He visto quizás, no de personas cercanas, pero si cómo tratan mal a personas de otras nacionalidades como bolivianos, ecuatorianos, peruanos. A los venezolanos nos aprecian de algún modo, porque dicen que somos más educados, claro todos los que trabajamos en servicios somos venezolanos que algunos tienen hasta postgrados” (Id 4).

“Quizás si eres boliviano o paraguayo ahí si te ven medio mal. Pero por ser venezolano no, todo lo contrario” (Id 10).

“Hay nacionalidades que aquí tienen más gente que nosotros y los argentinos no les gustan mucho, no hablan muy bien de los bolivianos de algunos colombianos, ni de los peruanos o paraguayos, entonces prefieren que vengamos los venezolanos porque venimos con título, a trabajar por menos sueldo, no nos quejamos y somos serviciales” (Id15).

Cuadro N°18. Principales barreras percibidas en la atención

Barreras	Obstáculos identificados
Regularidad Migratoria para acceder al sistema de seguridad social o privado	-El trabajo te facilita tener una prepaga u OS. -El trabajo precario deteriora la salud y desencadena nuevas necesidades de atención/ demanda de servicios.
Tiempo y capacidad de respuesta/disponibilidad del servicio	-El sistema es de citas telefónicas. -El sistema está poco articulado con la red de atención, en cuanto a ofertas y localización de servicios. -La atención de especialidades suele demorar.
Expectativas no satisfechas	-El trato y la forma de comunicación es distante, brindan poca información, preferencia por profesionales de nacionalidad venezolana. -Falta de conocimiento sobre el sistema de salud por parte de la persona venezolana. -Algunas veces optan por remedios caseros, como medicina alternativa. -Falta de empatía.
Percepción en cuanto a la atención	-No dan importancia a nuestros antecedentes. -Es difícil que te realicen estudios. -Rara vez hacen laboratorios. -No hay secuencia o continuidad con historial médico. -No hacen examen físico.

Fuente: Elaboración propia

Es preciso mencionar que, el acceso a medicamentos no es percibido como una dificultad, ya que, a partir de la experiencia de escasez de medicamentos en Venezuela, acceder a medicamentos por gastos personales, es percibido como una oportunidad.

“En Venezuela mi medicamento estaba escaso, aquí lo hay y esa es una ventaja, que vas a la farmacia y sabes que puedes conseguirlo”
(Id 4)

“Aquí hay de todo, puedes trabajar y reunir para comprarte tu medicamento” (Id 5).

En el cuadro N°19 sistematizamos las principales diferencias y dificultades percibidas respecto a la relación con los acuerdos en torno a la enfermedad o por los criterios de la necesidad expresada.

Cuadro N°19. Principales diferencias establecidas en los relatos entre la atención médica argentina/atención médica venezolana

	Diferencias	
	Atención médica argentina	Atención médica venezolana
Suministro de información	La información que te brindan es muy básica y muchas veces no te explican.	Van más a fondo y explican con paciencia.
Modelos de atención	No hay interrogatorio sobre antecedentes.	Escuchan y preguntan más. Construyen historias médicas.
	Brindan poca capacidad de escucha.	Son más empáticos y te dedican más tiempo.
	Es una cultura médica distante.	Más de contacto y la atención.
	El área odontológica no es tan importante hasta que se convierte en emergencia.	El área odontológica es parte de la salud preventiva.
	En el control ginecológico intervienen más de un médico, por lo cual es más de una consulta.	El control ginecológico se resuelve en una consulta que incluye: papanicolao, ecografía y chequeo físico.
	Hay servicios especializados que son distintos en Venezuela. Ej: el área de kinesiología es un área que se estudia con muchísima atención, a diferencia de la enfermería.	La enfermería es el control previo al médico y en toda consulta existe este servicio que incluye: chequeo de valores, signos vitales y toma de laboratorio.
Tiempos de respuesta	Los sistemas de atención son similares, las diferencias son entre lo público y lo privado. Lo público tarda más.	Los tiempos de atención son más rápidos porque son privados (con la salvedad de “cuando funcionaban”).

Fuente: Elaboración propia

Según el cuadro N°19, observamos que en el conjunto entrevistado resaltan las diferencias en torno a los tiempos de respuesta, el suministro de información y los modelos de atención. En atención a lo cual, despliegan distintas estrategias en aras de garantizar un resultado efectivo en su salud.

6.3.5 Estrategias desplegadas para superar barreras en el acceso

En el marco de las estrategias desplegadas se incluyen de manera general, la participación en redes de apoyo comunitario, dentro de las asociaciones y organizaciones venezolanas, en las cuales encuentran asesorías e información respecto el acceso al sistema de salud, trámites y servicios disponibles. También tejen lazos de contención y solidaridad.

“Nosotros tenemos una cultura que a donde vivimos sabemos quién es el vecino, quien vive arriba y al lado de la casa. En ese sentido te puedo decir que yo aquí, no he tenido esa inserción. Para hacer vida he tenido que entrar a las páginas web para conocer gente. Fue así como conocí a los venezolanos psicólogos, médicos, venezolanos que te orientan con la inserción laboral, también el grupo de meditación” (Id.8).

Respecto a la necesidad de inserción, resalta el rol de Psicoven, como un ejemplo de organización dirigida a facilitar orientación, acompañamiento y asesoría en temas de salud y bienestar.

“En Psicoven brindamos apoyo psicosocial en una serie de 468 sesiones gratuitas, pero también asesoramos en otros temas que preocupan a las personas, como cuestiones de salud, educación y trabajo” (Id 13).

“He asistido a muchas charlas para asesorarme y sentirme acompañada, la mayoría fueron grupales, todas con Psicoven y gratuitas” (Id 14).

“Vives aquí con la cabeza allá y de pronto sabes que necesitas ayuda. Sabía que necesitaba asesoría psicológica. Allí llegué a Psicoven. Hay muchos psicólogos venezolanos que además están pasando lo mismo que tú, a nivel profesional y personal” (Id 10).

En este punto debemos retomar que, desde la perspectiva individual del grupo, las barreras identificadas en salud tienden a ser resueltas por medio de centros privados.

“En lo personal prefiero pagar una consulta y que me entiendan lo que tengo. Obviamente vamos a estar más conforme si nos atiende un venezolano, pero hay que entender que esto requiere gasto. Si no es algo tan importante prefiero resolver con prepaga, hasta que tenga para pagar” (Id 2).

La atención en centros privados atendidos por venezolanos también es mencionada como una ventaja debido a que el control de las citas es a convenir, suele ajustarse a sus horarios de trabajo y porque representa un modo que permite esquivar las diferencias culturales, es decir, que no ven expuestas sus creencias, gustos y preferencias en función la atención sanitaria.

“Una ventaja es que tomas tu turno y puedes planificarte, tanto para pedir permiso, como para pagarlo, y estás más tranquilo porque te da confianza, sabes que te van a explicar todo y te tratan bien” (Id.1).

Debido a los costos de ciertos tratamientos y medicamentos, algunas personas entrevistadas mencionan poner en práctica mecanismos de autocuidado en la salud, con el uso de remedios caseros.

“Lo que más me afectó al inicio fue la gripe, pero aprendí que tienes que andar con tu guarapo de jengibre y limón y todo me lo curaba así, para evitar gastar en medicamentos, de hecho, cuando me caí me desinflamé con papa” (Id 8).

“Me dio una tos tan fuerte el primer año, que tuve que preparar una infusión de cebolla morada y tomármelo en ayunas, también hacer inhalaciones de vapor, yo casi no me enfermo, pero cuando pasa me curo a punta de garapitos y cosas que preparo en casa, es más sano” (Id 14).

Dichas estrategias permiten abaratar costos y también reflejan la capacidad de adaptación/ resolución en un contexto de desafíos estructurales y de dificultades marcadas por las diferencias culturales mencionadas.

“Yo debo tomar protector gástrico, pero también me sirve cuidarme tomándome cositas que me ayuden el estómago, de vez en cuando tomo agua de coco, hago mis tecitos con lo que consiga aquí que pueda ayudarme” (Id1).

Por otra parte, en nuestro grupo pudimos observar un tipo de demanda al sistema relacionada con las personas venezolanas con profesiones en áreas de la salud. Dicha demanda igualmente se enmarca en los desafíos de inserción laboral antes señalados, los cuales tienen que ver con la regularización migratoria, así como los obstáculos burocráticos para la validación de títulos y la obtención de documentación⁴⁰.

Dentro de los profesionales de la salud entrevistamos a médicos, personal de la enfermería, odontología, psicología entre otras áreas de especialización, que sostienen haber seleccionado Argentina por las facilidades para legalizarse y ejercer sus carreras.

“Vine porque había una facilidad migratoria en cuanto a documentos y papeleos. También tenía la esperanza que fuera así en el área de psicología, pero bueno fue un poco turbio la parte de psicología” (Id 7).

“Mi mamá y mi papá estudiaron acá en Argentina hace muchos años a pesar de que ejercieron todos estos años en Venezuela, en la época bonita, entonces conocían Argentina y decían que la gente era muy cálida, aparte que la documentación era mucho más sencilla obtenerla para estar legal y desempeñarme como bioquímico convalidando mi título en bioanálisis” (Id 10).

“Seguía varias cuentas de venezolanos acá en Argentina y primero se vino mi hermano, el plan era convalidar mi título y trabajar como odontóloga”. (Id 17).

⁴⁰ Estudio que describe el proceso de integración de la población venezolana en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y arribada entre 2014 y 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/interior/renaper/estadistica-de-poblacion/estudio-sobre-migracion-venezolana-reciente-en-argentina>

“Decidí venir a la Argentina porque es un país donde se le hace más fácil al extranjero poder homologar o ejercer acá, por lo menos en mi caso, sobre la salud, ejercer en medicina, al menos hasta donde averigüé y hasta donde llegó la información que pude recolectar, me es más sencillo el proceso que otros países como Chile y también que te permite la entrada al país mucho más fácil, sin un visado” (Id 16).

En el marco de las estrategias de inserción, dichos los profesionales de la salud optan por ocupar roles en centros de atención privados, principales receptores de las personas venezolanas entrevistadas.

“Siempre que es necesario voy a médicos venezolanos, sobre todo cuando el diagnóstico es complejo” (Id 1).

“Lo que es la ginecología, oftalmología, traumatología y odontología es mejor ir con venezolanos” (Id 3).

“He asistido a oftalmología y ginecología en la clínica de los venezolanos” (Id 4).

“Voy con un odontólogo venezolano y llevo a mi niña con una pediatra venezolana” (Id 6).

“La dermatóloga de mi niño es venezolana” (Id 10).

“Aunque tenemos prepaga, preferimos pagar nuestra consulta cuando requerimos un chequeo” (Id 7).

La bibliografía nos dice que muchos profesionales de la salud venezolanos han buscado inserción en el sistema de salud argentino, resultando en casos de inserción efectivos (OIM,2019).

De hecho, los relevamientos de la DNM (2022) indican que aproximadamente el 35% de los profesionales de salud venezolanos ha conseguido validar sus títulos y trabajar en el sistema de salud argentino. Un 25% de estos profesionales requiere programas de capacitación y actualización para integrarse plenamente en el mercado laboral.

A pesar de que en el caso de otras profesiones no ha sido tan exitoso y muchos se desempeñan en otras áreas distintas, el grupo mantiene una

valoración positiva y resaltan que más que obstáculos, Argentina les proporciona la sensación de seguridad y estabilidad, dos condiciones manifestadas como parte de la mayor pérdida en Venezuela.

“A pesar de todo aquí estás tranquilo, si no te alcanzó para comprar la medicina, sabes que en el próximo mes completas y la compras, hay medicina es un país en el que puedes cuidarte la salud y estar tranquilo” (Id 5).

De este modo decimos que la población venezolana en la CABA enfrenta desafíos multifacéticos en su acceso a la salud. En muchos casos, se manifiestan en barreras vinculadas con aspectos culturales, principalmente en cuanto a las diferencias en torno a la concepción de la salud, la atención y la composición de una consulta efectiva que afectan la percepción sobre el acceso a la salud, por parte la que la población migrante venezolana en la CABA.

“Los médicos de acá son distantes, ni te ven, ni te tocan. Los venezolanos te dan hasta el WhatsApp, sabes que debes ser cuidadosa pero también ante una emergencia sabes que le escribes y resuelve” (Id 10).

Los testimonios recabados evidencian que, en el período de estudio, la demanda hacia el sistema de salud por parte de la población venezolana es variada, abarca desde la necesidad de acceso a servicios básicos, hasta las dificultades vinculadas con el empleo, además de la integración laboral de los profesionales de la salud. Quiere decir que se combinan las desigualdades estructurales del sistema de salud argentino, con las condiciones socioeconómicas de la población migrante venezolana.

En líneas generales, la demanda de la población venezolana entrevistada se forma por problemas de salud mental, debido a la ansiedad y depresión que muchas veces genera el proceso migratorio, además del sentimiento de pérdida del hogar, duelo migratorio, la incertidumbre laboral y la adaptación a un nuevo entorno.

Adicionalmente, se muestran como factores que exacerbaban la demanda, la precariedad laboral, la sensación de trato diferencial, poca atención y barreras que identifican respecto a la falta de información, recursos económicos o cobertura médica.

En nuestro grupo, las personas más expuestas suelen ser las mujeres y personas mayores que sufren problemas de salud física agravados en el contexto migratorio o debido a nuevos trabajos desempeñados.

Al respecto, si bien se observan estrategias individuales como la dependencia de la atención privada venezolana, también se identifican dificultades relacionadas con los tiempos de la regularización migratoria, la validación de títulos y la inserción laboral precaria, las cuales se han visto exacerbadas por el contexto de la pandemia del COVID-19.

En el siguiente capítulo analizaremos cómo la crisis sanitaria intensificó las barreras existentes y creó nuevas dificultades para el acceso a la salud. Primero porque el sistema se saturó. Luego, porque se volvieron más lentos los procesos administrativos tramitados por las personas migrantes entrevistadas. Estas barreras se enfrentan, en muchos casos, a través de redes solidarias y comunitarias.

CAPITULO VII. Pandemia de desigualdades

En capítulos previos describimos y analizamos los factores que explican cómo el sistema sanitario argentino y en la CABA, aunque se basan en la idea de cobertura universal, igualmente reproducen desigualdades estructurales, debido entre otras cosas, a la distribución diferencial de recursos. Dicha distribución impacta en los territorios y se convierte en desigualdades y barrera para el acceso, por parte de las poblaciones más vulnerables. Dentro de este marco, en el caso específico de la población migrante venezolana, existe una interacción entre dichos determinantes del sistema sanitario, con las características socioeconómicas y culturales de este colectivo lo cual permea su acceso en salud.

Ahora bien, a partir del año 2020 la cuestión de la salud y la gestión de recursos sanitarios se convirtieron en un tema principal de debate. La evidencia indica que durante el contexto de la pandemia del COVID-19, se exacerbaron los desafíos preexistentes en cuanto a las políticas públicas sanitarias y las fallas inherentes al acceso desigual, tanto a la atención médica como a los recursos básicos (Butler, 2020). De esta manera, la pandemia producida por el COVID-19 profundizó los problemas que ya existían en el acceso a la salud, así como en la implementación de políticas públicas dirigidas a asegurarlo de forma equitativa y gestionar de manera eficiente los sistemas de salud en el marco de sistema fragmentado con múltiples fuentes de financiamiento (Cuadro N°15).

Dicho panorama emergió como un acontecimiento de repercusiones imprevisibles (también para el desarrollo de la presente investigación) ante la situación sobrevenida por la pandemia de COVID-19. Consecuentemente, ha generado profundas repercusiones en la vida social, económica y sanitaria a nivel global, de cuyos efectos, Argentina no ha sido ajena.

En atención a ello, el Estado argentino marcó una doble línea. Por un lado, priorizó la gestión de información oficial vinculada con la pandemia. Por el otro, concentró el foco de atención en las patologías asociadas con el COVID-19. Desde entonces, se observa una reconfiguración del sistema de salud en torno a las principales problemáticas asociadas con esta pandemia,

afectando en el acceso a nivel nacional y en la composición de demandas de atención médica.

Los efectos de la situación pandémica suelen agravarse para la población migrante, no solo por la modificación de las rutas y los proyectos migratorios individuales o colectivos; sino por el impacto sobre el acceso a distintos derechos, como la carencia en los medios de vida, la vivienda y en algunos casos, debido a experiencias de discriminación o xenofobia. Todo ello, en el marco de circunstancias asociadas con el aumento del riesgo de infección y muerte, además por la convergencia entre el paradigma de seguridad nacional y la idea de migración como amenaza (Cruz Roja Argentina, 2020; Nicolao, Debandi y Penchazsadeh, 2022).

Esta idea, del “migrante como amenaza” se ha conceptualizado en el contexto de otras epidemias o enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis, malaria) convirtiéndose en el principal argumento para el cierre de fronteras. Asimismo, los análisis sugieren que los riesgos aumentan cuando, inmersos en trabajos clandestinos, las personas migrantes se exponen a las enfermedades y a la desatención de las mismas (Fassin, 2001; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Goldberg, 2013; Ventura, 2016). Dichas circunstancias suelen agravarse, ante procesos de atención enmarcados en barreras socioculturales que afectan el tratamiento e impactan en la recuperación.

Adicionalmente, los estudios aquí citados sobre casos de crisis sanitarias precedentes muestran que estas raramente se deben al incremento de la movilidad humana (Fassin, 2001; Goldberg, 2013; Ventura, 2016; Rubinstein, Lieutier, Segal y Marchioni, 2021). En contraste, su afectación puede verse de distintas maneras. Acarrea un perjuicio significativo para la economía de la región afectada, interrumpe los flujos comerciales, repercute en las dinámicas socioeconómicas, laborales y finalmente, impacta sobre los ingresos de las personas.

En contextos de pandemia, los factores arriba señalados se convierten en determinantes que muestran a la atención médica y el acceso a los recursos esenciales, como un privilegio de los asegurados, en lugar de un derecho humano universal (Butler, 2020).

Por tanto, la crisis sanitaria del COVID-19 resaltó las marcadas disparidades económicas y sociales que el sistema capitalista mantiene, en las que los individuos más vulnerables, como los pobres, los migrantes y las minorías, son desfavorecidos por un sistema que antepone el beneficio a la vida humana (Butler, 2020). En términos de las desigualdades existentes, mostró las fallas estructurales en los sistemas de salud, especialmente en poblaciones más vulnerables, donde la distribución de dichos recursos ya era insuficiente o desigual.

Con este panorama en cuenta, el presente capítulo expone la reflexión que surgió al analizar la administración de las políticas aplicadas por el Estado argentino en el marco de la pandemia y su impacto sobre la población extranjera. En particular, se examinan las experiencias de la población venezolana, con el objetivo de responder a cómo el contexto pandémico exacerbó las vulnerabilidades en términos de protección social y acceso a la salud entre las personas migrantes entrevistadas.

7.1 Gestión de la política en salud argentina

Específicamente en Argentina, la política sanitaria en el contexto de la pandemia, al menos en el inicio, estuvo protagonizada por el sistema público. Tanto el diagnóstico, seguimiento de casos y la vacunación fue realizada en el ámbito público. Los principales desafíos del sistema de salud y sus prioridades se pueden entender a partir del registro de las tres grandes olas de COVID-19 y sus principales respuestas.

En la primera ola, ocasionada por la variante original del SARS-CoV-2, en la cual aún no se habían desarrollado vacunas ni tratamientos efectivos, el gobierno impuso una estricta cuarentena a nivel nacional conocida como el ASPO, Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (20/03/2020) e implementada a través del Decreto N°297/20⁴¹ y sus diferentes prórrogas y

⁴¹ Las medidas implementadas desde el 12/03/2020 se pueden ver en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/335423/texto>

actualizaciones⁴². Durante esta fase, se restringió la movilidad y el cierre de todas las actividades a excepción del sector de salud, alimentación y transporte registradas como esenciales (Nicolao, Debandi y Penchaszadeh, 2022).

La segunda ola comenzó a inicios del 2021, luego de que Argentina comenzara con la campaña de vacunación (el 29 de diciembre de 2020) y que se comenzara a hablar de las variables del COVID-19. En este momento predominó la circulación de la variante Gamma. Para ese entonces, se evidenció la dificultad global en el acceso y distribución de las vacunas.

A nivel interno, la gestión de la política se concentró en la campaña de vacunación, priorizando la aplicación de las primeras dosis para personas mayores de 60 años como grupo de mayor riesgo. Este grupo representaba alrededor del 15% de los casos registrados y más del 80% de los fallecimientos (MS, 2022). En el segundo semestre el 2021 la prioridad política consistió en implementar medidas sanitarias en fronteras, con la idea de retrasar la circulación de la variante Delta. Para ello, se implementó el DISPO, Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio a partir del Decreto 125/2021⁴³ dirigido a regular la reactivación progresiva de algunos sectores económicos (MS, 2022).

Una tercera ola se registró en el 2022, por efecto de la aparición y dispersión de la variante Ómicron. Al respecto, el Ministerio de Salud (2022) informó que los registros epidemiológicos sobre esta variante representan un menor impacto en enfermedad grave y mortalidad. La información oficial detalla que durante esta etapa se registró una mayor presión sobre los sistemas de atención primaria, en relación con el sistema hospitalario. Durante esta última etapa, junto con el SARS-CoV-2 comenzaron a circular el Virus Sincicial Respiratorio (a finales de 2021) y el de Influenza (a comienzos de 2022). Dicha convergencia viral significó un giro en la estrategia política,

⁴² Normas actualizadas y complementarias, se pueden ver en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verVinculos.do;jsessionid=1EF547BE1C38C2D5C6247EB3282E000C?modo=1&id=341370>

⁴³ Más sobre las consideraciones del Decreto 125/2021: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/241290/20210228>

priorizando en esta última etapa, su transición para atender la circulación de otros virus respiratorios.

Ahora bien, desde que surgió la variante original del SARS-CoV-2, el Gobierno Nacional estableció una estrategia de priorización en salud dirigida a la atención del COVID-19 (Ramacciotti, 2021). Dicha estrategia resalta el carácter Federal de la política para atender la pandemia⁴⁴, lo cual conllevó a la reorganización de los servicios rutinarios de salud, mismos que fueron interrumpidos. Durante este tiempo, la directriz postergó la atención de otras patologías, lo cual generó que, en muchos casos dejaron de brindar atención a las personas en tratamiento para patologías como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y diabetes (OPS, 2020). El impacto de estas limitaciones en el acceso, se expresan en indicadores de acumulación de demanda en salud, especialmente en servicios esenciales no vinculados al COVID-19.

De manera específica, aumentó la demanda asociada con la atención de patologías relacionadas con las principales causas de muerte en el país (MS, 2020). El panorama general, deja al descubierto las limitaciones estructurales que actúan como barreras en el acceso pleno a estos derechos, principalmente en las poblaciones más vulnerables, que dependen de la atención pública.

Los principales indicadores del seguimiento al virus, publicados por el MS (2020-2022)⁴⁵ destacan que, en el desarrollo de estas tres olas, Argentina registró alrededor de 10 millones de casos de COVID-19 confirmados, reflejando la alta tasa de transmisión del virus a lo largo de las distintas olas. Estos indicadores también señalan como la principal causa de muerte a las enfermedades del sistema circulatorio. Las patologías

⁴⁴ Ante el aumento de casos de COVID-19, el Estado reafirmó la política Federal, basada en una reorganización del sistema de salud para dar prioridad a la atención de la enfermedad por COVID-19

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-recomendo-reorganizar-el-sistema-de-salud-y-asegurar-la-atencion-de-COVID-19>

⁴⁵ El comportamiento de los indicadores sobre el COVID-10 en Argentina se puede ver en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/sala-situacion-COVID-19_25-12-2022.pdf

relacionadas con el sistema circulatorio ocuparon el 34% de las defunciones entre los años 2020 y 2022. En este mismo período, el total de muertes atribuidas al COVID-19 fue de aproximadamente 130.000 personas. En cuanto al comportamiento de la mortalidad, durante el año 2021 fue de 123.2 defunciones, superior al año 2020 donde fue de 71.4 por cada 100.000 habitantes.

La intempestiva aparición de la pandemia colapsó la capacidad de respuesta del sistema sanitario argentino, mismo que alcanzó niveles críticos durante los picos de la pandemia. La situación crítica había aumentado el requerimiento de cuidados intensivos por parte de las personas contagiadas, por lo cual, el seguimiento sobre la cantidad de camas de terapia intensiva ocupadas se convirtió en uno de los indicadores más importantes para dar cuenta de dicha situación (OMS, 2020). En la CABA, a finales de marzo del 2020 este indicador informaba que el 51% de las camas estaban ocupadas. En el resto de las provincias, la ocupación superaba el 80% (MS, 2020).

La infraestructura de atención dejó ver la fragmentación del sistema de salud, las desigualdades territoriales y los aspectos sobre la vulnerabilidad socioeconómica de alguna parte significativa de la población. Los indicadores muestran que en las provincias se registraban la mayor cantidad de contagios o de necesidades de atención con requerimientos de hospitalización.

Para el año 2021 la ocupación de camas UCI superó el 90% en áreas urbanas como el AMBA, Área Metropolitana de Buenos Aires (MS, 2021). Dichos indicadores muestran cómo la combinación de factores estructurales, socioeconómicos y geográficos en términos de los problemas de redistribución preexistentes, impactan en el acceso desigual en salud.

Bajo dicho escenario, en consonancia con lo que venimos señalando y en función de la caracterización del sistema de salud argentino, la fragmentación del dicho sistema⁴⁶ mostró su efecto desigual en el acceso

⁴⁶ En un documento titulado "Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino" publicado por Soberanía Sanitaria en el 2021, se destaca que uno de sus principales problemas del sistema de salud es la fragmentación, que produce y reproduce la desigualdad en el acceso.

De manera particular durante la pandemia, afectó a quienes no cuentan con obra social o medicina prepaga.

sanitario (Maceira, 2020; Mannoukian y Venturini, 2021). De manera particular al momento de la pandemia, se hicieron visibles las desigualdades en términos de cobertura debido a que las personas sin acceso a obra social, prepaga o cobertura privada enfrentaron mayores tiempos de espera y dificultades para acceder a tratamientos y pruebas diagnósticas. El sector público, aunque es gratuito, se caracterizó por la saturación, las disparidades regionales en cuanto a la infraestructura y acceso a los servicios (Cruz Roja Argentina, 2020; Ramacciotti, 2021; Barria y Baeza; 2023).

De tal modo que, las respuestas en salud durante la pandemia dejan al descubierto desigualdades territoriales y estructurales, consecuencia del carácter descentralizado del sistema de salud, de la fragmentación del financiamiento y la distribución desigual de los recursos (Chiara, 2019; Mannoukian y Venturini, 2021). De ahí que el análisis sobre la gestión y los aspectos técnicos-asistenciales (Tobar, 2015), revele importantes diferencias entre las zonas rurales y provincias más pobres, con respecto a las áreas urbanas en términos de infraestructura hospitalaria y debido a la falta de personal médico especializado. Esta situación tuvo mayor impacto sobre las poblaciones más vulnerables, entre ellas las rurales y migrantes.

7.2 Impacto sobre la población migrante

Las medidas de confinamiento, cierre de fronteras y control sanitario durante la pandemia de COVID, agravaron las condiciones de vida de los grupos más vulnerables. Primero, porque al limitar su capacidad de moverse libremente, las personas vieron afectados sus medios de subsistencia, exacerbando la precariedad de sus condiciones económicas y sociales; al mismo tiempo que se agudizaba su vulnerabilidad ante la falta de redes de apoyo y recursos. Segundo, porque las vulnerabilidades se expresaron en mayores privaciones materiales desde múltiples dimensiones, peores condiciones vida, mayor exposición al virus y una gran dependencia de los servicios públicos de salud.

https://soberanasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf?utm_source=chatgpt.com

El cierre fronterizo afectó severamente el habitual flujo migratorio de los pasos terrestres, principalmente La Quiaca y Puerto Iguazú. Esta situación desencadenó en la imposibilidad del tránsito de las personas migrantes para llegar a su destino final. En algunos casos, detonó en la necesidad de cumplir el aislamiento y dificultó las reunificaciones familiares (Cruz Roja Argentina, 2020; Biondini, 2022).

Igualmente, aumentó la precarización de las vidas de quienes dependían del tránsito transfronterizo para actividades como el comercio informal o los trabajos temporales (Yufra, 2023). Si bien, esta situación afectó especialmente a las personas migrantes, también complicó a quienes buscaban ingresar a Argentina. Por lo tanto, la política de restricción reflejó la inseguridad económica que afecta a las poblaciones rurales y migrantes, ampliando las brechas en torno al empleo, los ingresos y las condiciones de vida en general.

En este marco de medidas de restricción y aislamiento impuestas por los Estados, la gestión de la política en salud de Argentina se caracterizó por ejecutar mecanismos dirigidos a controlar la expansión del virus. Sin embargo, con la implementación de dichas políticas de control sanitario durante la pandemia del COVID-19, se intensificaron las diferencias socioeconómicas y territoriales existentes en este país. Por ejemplo, los hospitales y centros de salud, que ya enfrentaban limitaciones de recursos y personal, estaban saturados, lo que afectó la atención de toda la población y exacerbó las desigualdades estructurales en el acceso a la salud de quienes dependen exclusivamente del sector público, como es el caso de las poblaciones migrantes.

Quiere decir que las desigualdades territoriales ya existentes se agudizaron de manera dramática durante el contexto pandémico. El nivel de contagio en el caso de las comunas más pobres fue mayor (Azparren, 2021). El impacto diferencial a nivel de contagios durante los primeros meses de la pandemia develó la falta de acceso al agua potable, las precarias condiciones de habitabilidad de las viviendas y los elevados índices de hacinamiento en lo que viven algunas personas.

Dentro del panorama de acceso limitado a servicios y derechos, la condición de no nacionales en contextos de crisis agrava la desigualdad. Además, para aquellos migrantes que residen en zonas populares y carecen de acceso formal a servicios básicos como agua potable, electricidad y saneamiento, la precariedad se traduce en una alta tasa de pobreza e indigencia y mayor prevalencia a enfermedades (Gavazzo y Penchaszadeh, 2020).

Los niveles de pobreza fueron afectados debido al aumento de la precariedad laboral ya que la informalidad incrementa las vulnerabilidades de todas las personas, especialmente las migrantes (Debandi y Penchaszadeh, 2020). Con base en esta premisa, el empleo se convirtió en uno de los indicadores más sensibles, por su mayor impacto sobre la precarización de las condiciones de vida durante la pandemia. Los datos de la ENMA (2020) señalan que un 51% de las personas migrantes vieron interrumpidas su fuente de ingresos desde la emergencia sanitaria.

Como ya demarcamos en nuestra línea de discusión sobre las desigualdades en salud, las formas de inserción laboral condicionan el acceso sanitario (Álvarez, 2009; Mario, 2018; Piñones, Liberona, Nanette y Leiva, 2021). De la misma manera, el tipo de empleo suele repercutir en la exclusión de las personas migrantes de los sistemas de salud, sobre todo cuando dependen de trabajos informales. La situación laboral irregular se traduce en un acceso limitado a servicios básicos y a los derechos laborales que desencadena en condiciones de alta precariedad (Debandi y Penchaszadeh, 2020; Barria y Baeza; 2023).

Durante la pandemia, todas las condiciones de precariedad se vieron exacerbadas, afectando especialmente a las personas migrantes quienes enfrentaron dificultades para acceder a los servicios esenciales, incluyendo atención médica (Rubinstein, Lieutier, Segal y Marchioni, 2021).

En otras palabras, dentro del marco de las condiciones agudizadas, se acentuaron las barreras estructurales vinculadas con la falta de acceso a servicios médicos, además de las fallas sistémicas en los cuidados sanitarios que profundizaron las desigualdades existentes en torno a la situación de las

personas migrantes (Pizarro, 2023). Esta situación afectó en mayor medida a las personas migrantes en situación irregular, tanto por las políticas de confinamiento, como por la pérdida de empleos y la dificultad para acceder a servicios básicos como la salud, como la vacunación, por alguna falta de documentación.

En este sentido, si bien las políticas de vacunación buscaban priorizar a los grupos más vulnerables, las personas migrantes, especialmente aquellos en situación irregular, tuvieron dificultades para acceder a las vacunas, así como a otros servicios sanitarios (CAREF, 2021). Al mismo tiempo persistió la tensión sobre los sistemas de atención primaria, que suelen ser los servicios de atención médica más solicitados por las personas migrantes (Rubinstein, Lieutier, Segal y Marchioni, 2021). En este punto, se mostró el colapso del sistema de salud, como la causa que habría dificultado el acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos de distintas patologías más allá de las del COVID-19. De esta manera, la desigualdad en el acceso de la población migrante aumentaba debido a su estatus migratorio.

Es importante destacar que, frente a las condiciones de desigualdad estructural y de vulnerabilidad a las que las poblaciones migrantes estuvieron expuestas durante la crisis sanitaria, existen algunas acciones que jugaron un rol esencial en la supervivencia y bienestar de las comunidades migrantes (Yufra, 2023). Quiere decir que, si bien se identifican las carencias de las políticas estatales o sus aspectos diferenciales entre regiones y en contextos urbanos marcado por la pobreza, también son notorias las estrategias y redes de cuidado creadas para enfrentar las desigualdades en momentos de crisis, de las cuales mencionaremos un par de ejemplos ilustrativos.

Las estrategias de cuidados comunitarios, especialmente lideradas por mujeres migrantes en asentamientos precarios del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), supone una de las experiencias de resistencia y lucha de las personas migrantes para enfrentar las condiciones adversas impuestas por la pandemia (Rosas, 2023).

Igualmente, se registraron dinámicas de resistencia y adaptación en la región fronteriza, que tradicionalmente ha estado marcada por flujos

migratorios hacia y desde Bolivia (Yufra, 2023). Dichas experiencias, dan cuenta de la solidaridad comunitaria y del papel clave que jugaron las redes de apoyo comunitarias para sostener el acceso a recursos básicos, como alimentos y servicios de salud en los distintos contextos locales.

El uso de redes aplicado en nuestro grupo de estudio también resulta fundamental en su rol para ofrecer información, asesoría, recursos esenciales y aminorar el impacto de la pandemia. Como veremos a continuación, el acceso en salud se expresa en una combinación de obstáculos socioeconómicos y administrativos, condicionados en primera instancia, por el tiempo de llegada a Argentina, la regularización migratoria y la condición laboral.

7.3 Experiencias de la población venezolana en pandemia

Con respecto a la población venezolana, algunos medios de comunicación evidencian que este movimiento migratorio no se detuvo durante la pandemia⁴⁷, lo cual es constatado por otros relevamientos que indican que este flujo tampoco modificó sustancialmente su trayecto y aunque el contexto del COVID-19 complicó significativamente las rutas migratorias, un 11% de personas venezolanas registró que su llegada a Argentina fue en el año 2020 (ENMA, 2020).

Por su parte, la población venezolana que ya se encontraba en Argentina, en el momento de la pandemia, registra un tiempo menor a 5 años (Debandi, Nicolao y Penchaszadeh, 2021). La permanencia nos puede dar cuenta de una situación de vulnerabilidad atada al tiempo de llegada al país, en términos de la situación regulatoria y la inserción laboral.

Acorde con la cifra antes mencionada, en el caso de las personas que participaron del presente estudio, muchas de ellas (17/20) indicaron haber

⁴⁷ Algunos medios de comunicación informaron el aumento del arribo de venezolanos vía frontera norte argentino:
<https://eltribunodejujuy.com/nota/2021-7-12-1-0-0-familias-venezolanas-varadas-en-la-ciudad-de-la-quiaca>
<https://www.todojujuy.com/jujuy/la-quiaca-llegan-10-y-12-venezolanos-dia-n206981>
<https://www.somosjujuy.com.ar/jujuy-ahora-aseguran-ingresan-pais-cerca-10-venezolanos-diariamente-quiaca-n46170>

llegado entre los años 2018 y 2020, mencionándose a la pandemia como factor determinante en cuanto a su establecimiento en el país.

“Llegué en septiembre del 2019, vine a visitar a mis hijos, pero en diciembre nació mi nieto y fue prematuro, así que me fui quedando para ayudar con el cuidado. Luego llegó la pandemia y no tuve de otra, me quedé (Id 1).

“No planifiqué quedarme. Vine a visitar a mis hijos, llegué en enero del 2020, me agarró la pandemia y aquí estoy” (Id 3).

De acuerdo con el momento de llegada, se identifican dificultades relacionadas con los tiempos para la regularización migratoria o por las limitadas oportunidades laborales que se vieron intensificadas por la pandemia. Sujeto principalmente al tiempo en el país, quienes llegaron finalizando el 2019 o iniciando el 2020, identifican dichos trámites de regularización como un obstáculo, debido a que éstos se ralentizaron en el contexto pandémico y muchos turnos fueron reagendados.

“Llegué a finales del 2019, a los pocos días introduje mi solicitud de radicación y me dieron la cita para abril del 2020, pero la cuarentena se declaró en marzo del 2020, allí se paralizó todo y no supe nada de mi trámite hasta septiembre del 2020 que me reprogramaron la cita. Con la precaria es más difícil trabajar en blanco o alquilar” (Id 15).

“Mi cita me la suspendieron, era en abril del 2020 y no me llegaba ningún correo donde actualizaran el trámite. Casi finalizando el año fue que me reprogramaron la cita, hasta se me habían vencido algunos documentos que tuve que renovar, como los antecedentes penales argentinos y la carta de residencia” (Id 16).

“Tenía la cita del DNI para marzo del 2020 con todo lo de la pandemia me renovaron la precaria unas 3 veces. Recién la cita me la dieron empezando el 2021. No puedes buscar un mejor trabajo, no puedes abrir alguna cuenta ni hacer nada” (Id 20).

Aunque los escenarios para la población venezolana entrevistada fueron diversos en función de las condiciones específicas de cada persona, se

identifica un punto donde confluyen la mayoría de las respuestas, este es el referido con la cuestión económica y laboral, que se agudizó en este tiempo.

“Bueno como sabes, en Atento si nos mandaron para la casa en plena pandemia, fue como un despido indirecto” (Id 2).

“Mi idea de trabajar manualidades no fue posible, la pandemia nos encerró y era imposible trabajar de nada” (Id 3).

“Yo tenía mi emprendimiento de comida, pero nada, durante la pandemia eso se acabó” (Id 6).

“El pago bajó un poco, se aprovechaban, pero siempre tuve trabajo, porque era preferible poco que nada” (Id 8).

“La cuestión del aislamiento primero iba ser un mes y se alargó de tal manera que mi esposo tuvo que dejar de trabajar y quien tuvo que quedarse trabajando fui yo y por ende asumir todos los gastos, entonces tuve que escoger entre sí, agarro los gastos o pagaba la Universidad. Estábamos muy apretados para pagar todo, el alquiler, la comida, el pasaje mío que era quien podía salir” (Id 9).

“En mi caso, como estaba embarazada era considerada de riesgo y en la empresa no me permitían trabajar desde casa, así que me despidieron” (Id 10).

“Debido también a la cuarentena y a la pandemia, muy difícil el mercado laboral. No hubo ofertas de empleo en ese en ese lapso que duró la pandemia. Yo trabajé dando clases como freelance, fue una suerte, pero un tema el pago porque era desde otro país y con todo cerrado, difícil, muy difícil gestionarse en ese tiempo (Id 15).

“Con eso de la pandemia bajaron los alquileres de Airbnb así que mi trabajo era casi nulo lo que era un estrés porque no tienes trabajo, cómo pagas. Ahí murieron los pocos ahorros que me quedaban. Hasta mi hermana me tuvo que enviar dinero apenas pudo, porque en Madrid funcionaba casi todo, aquí hasta retirar ese dinero fue un caos” (Id 20).

Si bien la población venezolana presenta un perfil favorable para la inserción laboral en Argentina, debido a su alto nivel educativo y por encontrarse en edad productiva, las principales problemáticas de inserción laboral se profundizaron durante la pandemia, manifestando dificultad para insertarse en empleos formales, problemas con la continuidad laboral y la percepción de ingresos estables.

“Desde que llegué imprimí un montón de currículos, los llevé la zona de Once, a todos los restaurantes de Palermo, plaza Serrano, entregaba currículos para trabajar de lo que fuera. Hasta que comencé a trabajar en un auto lavado, entregando volantes en un semáforo, así comencé a trabajar, pero justo llegó la pandemia y chao, nos encerraron” (Id. 10).

“Todo el mundo se estaba quedando sin trabajo, así que te vez obligada a aceptar lo que fuera, con el riesgo que a veces ni te pagaban lo acordado” (Id 14).

Como se puede notar en los testimonios, una vez implementadas las políticas de distanciamiento social que pusieron freno a la actividad económica, muchas de las personas entrevistadas perdieron sus empleos, ya que significó el cierre indefinido de los principales rubros empleadores de la población migrante, como el gastronómico, hotelero y comercial, entre otros de la economía informal donde se desempeñaban. Al respecto se hace énfasis en la falta de continuidad que tuvieron en sus trabajos durante este tiempo.

“Yo trabajaba en Atento y durante la pandemia impidieron el despido formal, pero la verdad es que desactivaron al 35% del personal” (Id 3).

“Era un tiempo en el que tenía más miedo de quedar sin trabajo que de contagiarme, ya mi esposo lo habían despedido, así que yo tenía si o si que seguir trabajando” (Id 9).

“Aunque estaba embarazada igual me despidieron. La verdad yo no podía trasladarme siendo paciente de riesgo, pero igual eso no le importaba a la empresa” (Id 10).

“Como no tenía DNI comencé a trabajar de limpieza con una amiga que trabajaba limpiando unos departamentos de Airbnb, con la pandemia bajó el turismo, fue bajando el trabajo, en algunos casos los departamentos comenzaron a alquilarlos por meses, pero igual era como no tener trabajo” (Id 20).

Por una parte, la pandemia exacerbó las barreras para el acceso al empleo formal y afectó las condiciones de vida de los migrantes venezolanos, pues a pesar de que su perfil los coloca en una mejor posición comparativa frente a otros migrantes, su reciente llegada los convirtió en un grupo particularmente vulnerable durante la crisis sanitaria.

Además, de la pérdida de empleo, el aumento de la informalidad laboral y la disminución significativa en sus niveles de ingresos, durante la pandemia las personas entrevistadas que vivían en condiciones de hacinamiento enfrentaron un mayor riesgo de contagio.

“Imagínate yo con todos aquí en la casa, mi mamá recién llegó y estalló la pandemia. Estábamos ella, su esposo, mi hermano, Baloo y yo. Cuando era provisional, duramos casi 8 meses como sardinas en lata, hasta que fue posible mudarnos a un lugar más grande” (Id 2).

“Eso sí, cuando le dio COVID a uno nos dio a todos. Nos mandaban a tener aislamiento, pero imposible en nuestro caso” (Id 9).

Sin embargo, es preciso señalar que mientras para algunos la pandemia de COVID-19 incrementó las dificultades laborales, para otras personas vinculadas con profesiones de la salud, este contexto aceleró y favoreció su inserción laboral en sus respectivas áreas de formación, por lo cual lo valoran como un impulsador positivo.

“Al inicio era muy difícil conseguir un trabajo como cuidadora en blanco, después de la pandemia todo cambió” (Id 1).

“Soy médico, mientras inicié mi trámite de convalidación trabajé como cajero, en tiendas y en un Call Center. En pandemia comencé a trabajar como médico mientras el trámite de convalidación estaba en curso, necesitaban médicos” (Id 12).

“Hay un antes y un después de la pandemia. Con la pandemia lanzaron un Decreto Nacional de Urgencia que hizo que pudiéramos ingresar a los hospitales a cubrir demandas casi sin requisitos” (Id 12)

“En el momento de la pandemia estaban solicitando médicos para la provincia de Chubut. Tengo una amiga que mandó su la solicitud, con toda tu documentación, pero que no está apostillada. Estaban solicitando anestesiólogo en el campo. Había dos anestesiólogos y la única que se presentó fue ella, inmediatamente le dijeron que el cargo. Ella explicó lo de la documentación y le dijeron que no importaba, Esto era por algo de emergencia, porque no tenían médicos ni profesionales, ya casi tiene 3 años ejerciendo allá como Chubut” (Id 11).

“Soy médico y aunque mi título estaba en trámite de homologarse, pude insertarme debido a la emergencia, por la pandemia” (Id. 16).

Estos testimonios resaltan que muchas de las dificultades prácticas fueron eximidas en el momento de la pandemia, dada la emergencia que demandaba personal y tras un compromiso de no “saltarse el paso” y validar una vez cubierta la emergencia.

Si bien los ejemplos son claros en cuanto a las “ventajas” obtenidas para lograr una rápida inserción laboral, para algunas personas, sobre todo del área de enfermería, representó un acto de aprovechamiento y dudaron que luego de la coyuntura les permitieran insertarse como personal de nómina en el sector público.

“Quería que fuéramos carne de cañón, nos mandaban a atender a los pacientes que ningún enfermero ni cuidador argentino quería cuidar, todos se estaban cuidando, pero como nosotros necesitábamos trabajo, esas eran las condiciones” (Id 1).

“Con lo del COVID si querían que ejerciéramos sin licencia, pero el gobierno no nos daba garantía de nada, estábamos totalmente desprotegidos, imagínate todos los enfermeros que murieron y el

gobierno sin hacer ni decir nada, solo promete que promete, era mucho riesgo, yo no acepté, no creí que después nos contrataran de verdad” (Id 9).

“A mí me llamaron varias veces para trabajar con pacientes de riesgos, nadie quería hacerlo porque no respondían si nos contagiábamos. Las primeras veces fui, pero era un problema circular, porque hasta para sacar el permiso de circulación era un tema. Entonces te exponías no solo a que te contagiaras sino a que te parara la policía por estar circulando cuando estaba prohibido. Perdías tiempo explicando y muchas veces me tuve que regresar a la casa sin poder hacer el servicio” (Id 18).

En cuanto al uso de los servicios de salud, pudimos constatar en los testimonios recabados que esta población entrevistada, reconoce haber acudido al sistema de salud pública debido a las necesidades vinculadas con el virus, el testeo, la vacunación y la atención en el contagio. Fue un momento donde priorizaron la atención pública sobre la privada. Además, el tema de la gripe que ya se había manifestado en la caracterización de la demanda de esta población, surgió como una mayor preocupación a partir de la pandemia y ante la presencia de síntomas vinculados o similares al COVID-19.

“Algunas veces asistí para chequeos relacionados con el COVID dado que mi trabajo me lo exigía y también porque no se sabía mucho el alcance de esta locura, que, si te contagiabas o no, qué cosas implicaba, entonces estaba pendiente del más mínimo síntoma para atenderme y revisarme con regularidad” (Id 1).

“Si creía que tenía síntomas de COVID yo decía, mejor me voy tranquila pues a mi hospital, iba y me quedo calladita, me espero y hago mi prueba gratuita. No la tengo que pagar, igual voy a recibir el resultado dentro de 24 horas. Era lo mejor, ya ahí sí tengo COVID era mejor que ellos me mandaran el tratamiento. Después si, ya digo, me vieron, me dijeron que tengo, me mandaron un tratamiento, entonces me puedo hacer mis chequeos con un médico venezolano” (Id 1).

“Cuando comencé con los síntomas fue al hospital y me hice el testeo, allí supe que me dio COVID” (Id 2).

“Para vacunarme no tuve problema, lo único es que no estaba en el grupo de priorizado y eso me angustiaba, porque yo seguía cuidando pacientes, incluso infectados con COVID, pero sabía que me iba a tocar en cualquier momento” (Id 1).

“Para vacunar a las niñas no tuve mayor problema, cuando nos enteramos qué hacer, fuimos. Ahora, los demás chequeos pasaron a la historia porque solo te atendían si tenían COVID y además teníamos que evitar exponerlas” (Id 6).

“Llevamos al niño a la guardia porque le dio una gripe fuerte y lo hicimos pasar como asmático, ya que a él le dio COVID con 6 días de nacido y bueno supuestamente donde lo llevé es uno de los mejores hospitales, tocó esperar, pero nos testearon a todos” (Id 10).

“En la pandemia me dio COVID, no fue grave, pero uno se asustaba porque era algo nuevo. Fui atendido en el hospital público, porque era quien manejaban toda la información. En términos generales me trataron bien, me atendieron, me testearon, me diagnosticaron. El gobierno tenía un plan para las personas que estaban infectadas de COVID específicamente te ponían en aislamiento y luego te mandaban a hacer evaluación post COVID” (Id 15).

“Para testearlos ay sí fue por hospital” (Id 17).

“Vacunar al niño fue rápido, gracias a que ya estaba registrado como paciente COVID en el hospital y por ser un bebé no tuvimos mayor problema” (Id 10).

“Yo no sabía mucho lo del plan de vacunación, esto si no fue tan televisado quizás me hubiera podido vacunar antes pero no sabía” (Id 20).

Por otra parte, debido a la priorización de la política en la atención del COVID-19, otras patologías fueron más difíciles de atender en lo público.

“En pandemia sufríamos de mucho estrés, pero viste que no podías tratarte nada. Te golpeas un brazo o un pie, o lo que me pasó a mí en la boca y eso simplemente no es emergencia y eso que el dolor no me dejaba ni dormir, pero así era, aguanté hasta que pude atenderme en la clínica. Alas, allí me dijeron que era un tumor en el paladar, imagínate” (Id 20).

“Cuando me enfermé de COVID me quedé sin trabajo, me deprimí así que fui con una psicóloga de Psicoven. Aunque el COVID si me lo atendí en el hospital, porque eso era lo que atendían con más urgencia, lo demás era secundario” (Id 14).

También registramos un caso en el que se manifiesta haber tenido la sensación de desatención o diferencias en cuanto al trato y el modo en el que fueron atendidos.

“Con mi esposo tuvimos una mala experiencia en la guardia, cuando llegamos con una emergencia y ni si quiera lo revisaron, le dijeron que era COVID y nos mandaron a la casa a aislarnos y observar más síntomas” (Id 7).

“Todo lo que sentías te decían que era COVID, me hice miles de Test y obviamente salían negativos. Sin embargo, no te trataban lo que tenías, yo sufrí una gastritis” (Id 7).

Dentro de las dificultades que algunas de las personas migrantes entrevistadas tuvieron para navegar los sistemas administrativos de salud durante la pandemia están el retraso en los trámites del DNI, en el sentido de que dificultaba el acceso a coberturas de salud más amplias dentro del sistema público o a obras sociales, con lo cual se evidencia la existencia de barreras burocráticas en el acceso a los sistemas de salud pública debido a la irregularidad del estatus migratorio.

“Tuve un accidente por arrollamiento en mi bicicleta, fui a una emergencia, ya tenía la advertencia de que era muy demorada la atención por lo del COVID, debías prepararte para estar 2 a 3 horas, además era de noche, no hay nadie en la emergencia, la única opción

es llegar prácticamente muerto, en una ambulancia para que te tomen en cuenta. Si no tienes para pagar una consulta o alguna obra social, ese es el pan nuestro para atenderte en lo público, tenías que cuidarte el doble para que no te pase nada mientras no tenías el DNI, tus papeles en regla ni tu trabajo en blanco” (Id 16).

En otros casos se menciona como obstáculo la implementación del sistema de citas vía telefónica⁴⁸. Es decir, la obtención de turno a través de este mecanismo de llamadas es identificada como una dificultad al momento de requerir la atención de un servicio.

“Tienes que saber entonces que hay que insistir con esas llamadas, o sea, debes tener mucha disponibilidad de tiempo para sentarte para pedir turno por teléfono, porque, aunque tú te acercas no te atendían, sobre todo en pandemia. El turno debes pedirlo por teléfono” (Id 1).

“Hay que tener paciencia y tiempo para solicitar turnos, porque todo es por teléfono. A veces llamas y te preguntan en donde quisieras atenderte, imagínate, tienes que saber cuáles son los hospitales en los que atienden lo que tú necesitas y además dónde están. Todo eso lo tienes que saber antes de llamar, sino pierdes el tiempo y debes volver a llamar cuando tengas toda la información” (Id 14).

“Cuando llamas lo primero que tienes que hacer es empadronarte y es complicado, no es tan fácil. Porque la demanda es grandísima, entonces te toca ir desde las 4:00 h de la mañana y esperar, porque si no toca tomar otro turno que te dan para el día de la pera” (Id 10).

⁴⁸ El Ministerio de Salud implementó la Línea telefónica 120 para realizar consultas e información sobre el COVID-19. A través de esta línea se asesoraba sobre la necesidad de atención en salud y se derivaba al 0800-222-1002-1.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/0800saludresponde>

En este contexto también se implementó el Telecovid para ofrecer asistencia médica a distancia

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-el-programa-teleCOVID-para-ofrecer-asistencia-distancia>.

Tras la pandemia quedó establecido el sistema telefónico de turnos.

<https://buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-y-establecimientos-de-salud/turnos-en-hospitales-y-establecimientos-de-salud>

Como es notorio, nuestro relevamiento sobre el acceso a la salud de las personas migrantes venezolanas da cuenta de distintas barreras que enfrentan. Primero por el tiempo de reciente permanencia en el país, también por la falta de información que derivaba en también barreras administrativas.

En el Cuadro N°20 sistematizamos las barreras en función del acceso y la demanda solicitada durante la pandemia del COVID-19.

Cuadro N°20. Necesidades en salud y barreras identificadas

Acceso	Demanda	Barrera
Asistencia para enfermedades respiratorias	Solicitud de acceso a servicios de atención especializada para casos de COVID-19.	Necesidad de diagnósticos rápidos/acceso a pruebas PCR
Vacunación contra COVID-19	Inclusión en el plan de vacunación, independientemente del estatus migratorio, y la necesidad de una distribución equitativa de las vacunas.	Dificultad en torno a información clara sobre cómo acceder al programa de vacunación
Atención médica preventiva	Necesidad de atención en salud primaria y acceso a medicación, particularmente para personas con enfermedades no relacionadas con COVID-19.	Dificultades para acceder a consultas médicas regulares debido a la sobrecarga del sistema público de salud.
Salud mental y atención psicológica	Aumento de la demanda de servicios de salud mental debido al estrés por la pandemia, el desempleo, y la separación familiar.	Escasez de recursos para tratar problemas de salud mental derivados de la precarización y el confinamiento.
Atención obstétrica y materna-infantil	Requerimientos de atención prenatal, posnatal y de pediatría, especialmente para mujeres migrantes embarazadas.	Dificultades para acceder a controles rutinarios y vacunas para niños pequeños durante el confinamiento.

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas

A modo de síntesis, en nuestro grupo de estudio identificamos dificultades asociadas con factores socioeconómicos. Algunas de las personas

entrevistadas lidiaron con obstáculos debido a la falta de documentación y la precariedad laboral, mientras que otras expresaron la dificultad de concertar turnos telefónicamente. Quiere decir que esta población enfrenta dificultades a pesar de la existencia de políticas públicas destinadas a garantizar su acceso a servicios sanitarios e inserción laboral.

Con relación a las personas que tenían DNI temporario o que contaban con menos de dos años de residencia legal en el país, no podían acceder a algunos beneficios estipulados en las políticas del gobierno para alivianar el efecto de la crisis, como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el bono de la Asignación Universal por Hijo (AUH), al que accedió el 35% de la población venezolana (ENMA, 2020). Estas políticas gubernamentales estaban destinadas a mitigar los efectos de la crisis⁴⁹.

De las personas migrantes entrevistadas ninguna manifestó optar por estos beneficios. Por último, en nuestro grupo se reconoce la relevancia de las redes comunitarias de apoyo en la reducción de las dificultades relacionadas con la desinformación y la asistencia en el acceso a servicios básicos.

Por ejemplo, comentan haber recibido ayuda de los programas ofrecidos por asociaciones venezolanas, principalmente en cuanto a la asistencia alimentaria e insumos para enfrentar el primer invierno para muchos. También hay quienes formaron parte de estos programas, como facilitadores de ayuda, tanto de insumos como a nivel de talleres brindados.

“Nosotros trabajamos con las ayudas de la secretaría y allí pudimos empadronar sobre todo a las personas que recién llegaban y no tenían trabajo. Ahí le asignábamos la ayuda alimentaria principalmente” (Id 6).

⁴⁹ Los requisitos exigidos para acceder al IFG
https://www.argentina.gob.ar/economia/medidas-economicas-COVID19/ingresofamiliardeemergencia?utm_source=chatgpt.com

Más detalle sobre los requisitos para acceder al AUH
https://www.anses.gob.ar/hijos/asignacion-universal-por-hijo?utm_source=chatgpt.com

“Nos articulamos, simplemente te contactas con Psicoven, me envías un mail o escribes al Instagram, hicimos varios encuentros virtuales” (Id 7).

“En pandemia nos organizamos para hacer talleres de acompañamiento psicológico y emocional, que supieran que no estaban solos” (Id 13).

“Yo me empadroné y me llamaron las mismas chicas de la secretaria de migrantes y asilados. Allí me dieron una bolsa de comida. También me anotaron en el programa Abrígate y allí me dieron sweater y cobijas. Así me ahorré un dinero grande” (Id 20).

Conforme con lo descrito hasta este punto, las medidas de aislamiento y la situación pandémica acentuaron las desigualdades estructurales a las que se enfrentan las poblaciones más vulnerables en Argentina, como es el caso de las personas migrantes.

Por su parte, nuestro caso de estudio evidencia que, por diversos motivos, esta población no fue beneficiaria de los programas de asistencia estatal. Además, los testimonios dan cuenta que las condiciones de vida, el acceso a la seguridad alimentaria y a la salud, visibilizan una marcada precarización en las condiciones de vida de estas personas migrantes durante la pandemia.

No obstante, este colectivo menciona haberse nucleado en redes de apoyo, resaltando que cumplieron un rol fundamental para enfrentar las distintas dificultades mencionadas.

Reflexiones finales

Los resultados obtenidos durante esta investigación, en respuesta al primer objetivo específico definido, esto es, “caracterizar la migración venezolana a partir del origen del movimiento, el perfil socioeconómico y el lugar de radicación” dan cuenta de la complejidad del fenómeno.

En este sentido, se ha reconocido que la migración venezolana ha sido originada por múltiples factores económicos y políticos: entre ellos, la marcada hiperinflación, la escasez de alimentos y de medicinas, así como por la inestabilidad política y social en Venezuela. Consecuentemente, las motivaciones de la salida registradas están asociadas con la búsqueda de mejores oportunidades de vida, así como también una mejor inserción laboral y acceso a servicios sociales, principalmente la educación y la salud.

Acorde con lo que denominamos el origen de esta emigración, afirmamos que se trata de un movimiento heterogéneo, permeado por las condiciones sociales de partida, con más o menos recursos y posibilidades de planear la salida del país, que lógicamente permea el trayecto migratorio y su instalación en uno o en varios destinos. Ha sido señalado que las personas profesionales suelen tener mayores recursos y conexiones lo que facilita una trayectoria, en contraste con aquellas personas de clases más bajas, que enfrentaron mayores obstáculos debido a la falta de recursos económicos. Esto no sólo se refiere a los destinos escogidos sino también abarca los medios de transporte a los que pueden acceder.

Lo dicho, además, pone de manifiesto las maneras en que los diferentes países de la región han adoptado en relación con la migración venezolana que ha sido caracterizada como una crisis humanitaria por los organismos internacionales, tal como se ha mencionado en el desarrollo de este trabajo, pero que las respuestas de los gobiernos han sido variadas y muchas veces ha producido mayor vulnerabilidad en el proceso migratorio.

Para el caso de la población venezolana que ha migrado a Argentina, relevamos que se trata de un perfil profesional con niveles formativos medio y alto, que incide en las maneras en las que establece su proyecto migratorio, su trayectoria, instalación y también en el acceso a la salud.

La información recolectada permitió dar cuenta de un movimiento in crescendo que se transforma desde el año 2015. Este movimiento fue modificándose en función de las distintas rutas habilitadas, y los medios de transporte disponibles que pasaron de ser aéreo o combinados con medios terrestres, en función de las posibilidades que habilitó el contexto y los recursos disponibles.

Por tales razones, sostenemos que se trata de un movimiento con carácter multidimensional, en el cual la interacción entre el perfil profesional, los factores socioeconómicos y las condiciones políticas del momento, tuvieron incidencia en el trayecto; además, por la documentación específica exigida y los controles establecidos que detonan los primeros obstáculos que se manifiestan en nuestro grupo de análisis, como elemento condicionante del proceso migratorio, entre sus múltiples artistas.

Nuestro trabajo constata que, por un lado, se empleó un discurso sobre la necesidad de respuestas basadas en categorías como crisis humanitaria, bajo la influencia de las organizaciones internacionales. Mientras tanto, en la práctica operaron los controles de entrada que rigen en las normativas de cada país, algunos con la emisión de documentos Ad hoc, aumento de solicitudes de permiso o visados y otros, con medidas de flexibilización basados en la regularidad migratoria del MERCOSUR.

Con ello y para dar cuenta de lo planteado con el segundo objetivo se examinó la producción normativa que garantiza los derechos de la población migrante, específicamente en relación con el acceso a la salud. Los testimonios recabados dan cuenta de la posibilidad de obtener permisos de radicación apelando a la existencia de los acuerdos del MERCOSUR en materia migratoria. Ello marcaba una diferencia en cuanto a algunos tramos del trayecto marcado por la irregularidad administrativa estatal en otros países de la región y la discrecionalidad de los gobiernos para otorgar o no dicho estatus de regularidad.

Como venimos señalando, esta situación de irregularidad ocasionada por los Estados contrasta con el discurso humanitario posicionado en la esfera pública y mediática. Los relatos dan cuenta de las dificultades que esto supone

y el impacto que deja la condición de irregularidad en las experiencias de las personas migrantes.

El análisis sobre la trayectoria nos habilita para hablar de la existencia de un marco de desprotección social que enfrenta la población migrante venezolana en particular, pero que podría extenderse esta conclusión a las migraciones de otros orígenes. Asimismo, es posible inferir de lo dicho la necesidad de protección social transnacional que no puede ser reconocida por los organismos internacionales, pero que no es garantizada.

Al mismo tiempo, el análisis sobre las trayectorias da cuenta de un proceso migratorio planificado que en el asentamiento adquiere un carácter marcadamente urbano, que entraría en tensión con la definición más estricta de migración forzada. El trayecto da cuenta de una población que en su mayoría ingresó en avión, con papeles legalizados y en condiciones relativamente seguras.

La existencia de un "proceso planificado" sugiere cierta planificación y organización en la decisión de migrar, que fue realizada no de forma impulsiva o desesperada, como sugiere la definición de migración forzada, donde las personas huyen sin la oportunidad de organizar su partida y muchas veces sin poder elegir el destino.

Con esta afirmación no se desconoce a la situación de inestabilidad socioeconómica y política venezolana como un factor detonante; sin embargo, indica que esta migración expresa sus motivaciones de dirigirse hacia Argentina y tiene la opción de trasladarse e ingresar con documentos legalizados y de manera relativamente segura, lo cual refuerza la idea de que, tuvieron acceso a recursos que les permitieron migrar con un cierto nivel de protección y planificación. En este sentido, abogamos por formas de conceptualizar la migración venezolana más matizadas y contextuales, como se ha señalado a lo largo del texto a partir del concepto "migración en crisis" (Gandini, Prieto y Lozano, 2019).

Asimismo, se destacan las respuestas estatales diferenciadas, así como ciertas inconsistencias a la hora de definir el movimiento migratorio y ser

consecuentes con las protecciones de dicha población arribada al territorio nacional.

Las condiciones del proyecto migratorio con decisiones informadas, organizadas y con documentos legalizados, no eximió a las personas migrantes venezolanas de enfrentar un trayecto marcado por dificultades en términos de documentación. Las respuestas variaron de un país a otro y la gestión del flujo se centró en un discurso basado en la emergencia humanitaria, definiendo un carácter transitorio en este movimiento y sin proporcionar las medidas políticas y materiales para su afrontamiento.

Argentina implementó medidas de “flexibilidad” que dieron a entender que existía una política de apertura hacia la población venezolana, aun y cuando este país se vivía el momento más hostil hacia la migración a partir del establecimiento del DNU 70/17. Durante este tiempo el gobierno de Mauricio Macri dispuso una política que se expresó en disposiciones dirigidas a facilitar la regularización migratoria y las convalidaciones de títulos profesionales como primer paso para su inserción laboral. Estas medidas fueron acompañadas por una política multilateral a partir de la cual organismos internacionales como la OIM y el ACNUR, articulados con este gobierno fomentaron diagnósticos de la población venezolana a fin de identificar y hacer coincidir las necesidades de demanda laboral con posibles ofertas del mercado de trabajo argentino.

Es posible destacar que en Argentina se da dado la participación de los organismos internacionales en relación con el tratamiento de la migración venezolana como producto de una crisis humanitaria dan relevancia al flujo venezolano. Así pues, se dispusieron recursos y puntos de atención dirigidos a esta población, impulsando estrategias para favorecer emprendimientos, diversas formas de organización de esta población y la inserción laboral.

Por otra parte, las organizaciones de la sociedad civil y grupos comunitarios han también tenido un rol influyente quienes, con auspicio de estos organismos internacionales, han prestado asistencia y cumplido roles de apoyo en la protección social de la población venezolana.

Aunque el análisis sobre las asociaciones venezolanas excede nuestro rango de estudio, se evidencia la visibilidad y el reconocimiento que han tenido en el discurso sociopolítico. Además, esta característica da cuenta de las estrategias implementadas por estas organizaciones para mejorar la adaptación social, la inserción laboral y fomentar redes de apoyo para el acceso a los distintos derechos. De otro modo, el escenario podría ser más desafiante para esta población, ya que a pesar de la política de apertura y de las políticas dirigidas a facilitar la inserción social y laboral de las personas venezolanas en Argentina, existen opiniones que sugieren la existencia de barreras relacionadas con el proceso de la validación de los títulos, los costos y el tiempo que implica llevar a cabo dicho trámite.

Como resultados del trabajo empírico, dentro de los testimonios se reconocen experiencias y formas de trabajo precario, debido a las dificultades para la validación de títulos académicos y el mercado laboral muy competitivo, atravesado además por la situación de la pandemia del COVID 19.

De este modo, se ha dado cuenta de formas de inserción laboral precaria, así como también de una sobrecalificación para los trabajos en los que se ocupa la población venezolana en la CABA. En este sentido, el tema del empleo se expresa a través de un patrón de trabajo irregular marcado por salarios bajos y condiciones de precariedad que afectan la integración social, económica y el bienestar en general de esta población.

De hecho, las distintas experiencias dan cuenta de una tendencia hacia la sustitución de proyectos profesionales originales, en la que varias de las personas entrevistadas, recurrieron a oficios alternativos en áreas como el cuidado, la tecnología e incluso el emprendimiento en varios rubros de comercio. Dicha tendencia es muestra de las limitaciones tanto para convalidar sus títulos académicos, como aquellas impuestas por el mercado laboral.

Como ejemplo de lo dicho, en el área de cuidados se acogen profesionales de la docencia y la salud, este último por la afinidad en el desarrollo de tareas similares, como por ejemplo a la enfermería. En general

estas tareas son mal remuneradas e implican mayores riesgos de afectaciones futuras a la salud, además de que no poseen protección social. Por su parte quienes se desempeñan en el área de las tecnologías, son principalmente psicólogos, ingenieros y profesionales de áreas administrativas, que son empleados por empresas privadas, con diferentes tipos de contratos laborales.

La inserción laboral descrita, conlleva dificultades o barreras para el acceso a otros derechos sociales como vivienda y salud. Por ejemplo, en cuanto a la vivienda, en el cual los requisitos que provienen de un empleo formal, como recibos de sueldos y garantías de estabilidad laboral, obstaculizan la consecución de alquileres permanentes.

En el caso de la salud y para responder al tercer objetivo, de reconocer las características la estructura y el sistema sanitario, hicimos una revisión documental para abordarlo. Nuestro análisis sobre el acceso a la salud se articula en las dimensiones sobre la redistribución y el reconocimiento en los términos de Fraser (2003). Principalmente, por la necesidad de pensar las percepciones y los relatos de las personas implicadas, atendiendo a las características del sistema de salud, al fenómeno migratorio y el contexto de llegada.

En este sentido, las narraciones muestran las fragilidades del sistema en los tres niveles de Tobar (2019). En general por la prevalencia de barreras estructurales debido a los distintos niveles de financiamiento. Si bien la política en salud se caracteriza por tener uno de los financiamientos más altos de la región, se desencadenan importantes problemáticas en cuanto a la distribución desigual de recursos debido a la fragmentación del sistema sanitario, así como también a las desigualdades territoriales señaladas. Consecuentemente, existen áreas con mejor acceso a servicios y más recursos que otras. Dichas condiciones actúan como determinantes sociales de la salud, cuyo impacto varía entre los territorios y se expresa de manera diferencial en toda la población.

Por su parte, la gestión en salud se enmarca en la fragmentación del gasto y se expresa en desigualdades originadas por factores socioeconómicos, geográficos y políticos que afectan la calidad de vida de las personas.

En cuanto al aspecto asistencial los relatos son bastante elocuentes en cuanto a las dificultades para poder satisfacer las demandas de la población venezolana que sostiene preferir la atención de sus connacionales cuando el presupuesto familiar lo permite.

Al caracterizar de la demanda de la población migrante entrevistada, identificamos que las necesidades expresadas al sistema de salud están vinculadas con condiciones que requieren chequeo preventivo frecuente, como atención ginecológica, de odontología y oftalmología; así como aquellas patologías asociadas con los empleos precarios, como traumatología, kinesiología y la atención psicológica. Aunque algunas personas evitan buscar ayuda profesional psicológico y/o hablar de ello, debido a las diferencias culturales, sociales y económicas respecto a Argentina, existe un crecimiento en la demanda de atención psicológica en nuestro grupo.

Entre las causas que definen la necesidad de atención psicológica se mencionaron: la experiencia de abandonar su país de origen, la separación de las familias, empezar desde cero, trabajar en áreas para las que se encuentran sobrecalificados y la inestabilidad económica. Muchas de las personas entrevistadas sostienen haber acudido a los servicios de atención médica psicológica venezolana, principalmente tras haber tenido información y/o contacto con la asociación venezolana Psicoven.

Sobre la modalidad de la demanda en salud por parte de esta población, notamos que de los distintos testimonios se desprende un patrón de atención vinculado con los servicios ofrecidos por personal de salud venezolano. Existe la tendencia de atenderse en consultorios médicos en los que dicen sentirse mejor atendidos, por factores de empatía, mayor comprensión de su patología, además por poder concertar turnos con mayor facilidad y a menor costo.

Igualmente notamos una insistencia en comparar el sistema de salud argentino con respecto al venezolano. Las opiniones coinciden en que Argentina tiene una infraestructura de salud más desarrollada, con mayor variedad de servicios tanto públicos como privados, lo cual facilita el acceso a la atención a toda la población. En contraste con esta opinión, sostienen que

prefieren la atención médica con profesionales venezolanos. Entre las principales diferencias resaltan el trato y la poca información suministrada. En consecuencia, dentro de las dificultades identificadas están la calidad de la atención médica, el suministro de información adecuada y valoración general del servicio.

Es preciso recordar que para varias de las personas entrevistadas el proyecto migratorio estuvo impulsado por el deseo y necesidad de acceder a servicios médicos de mayor calidad y a medicamentos. Por lo tanto, a pesar de las diferencias culturales y de comunicación, opinan que haber migrado supone una mejora en las posibilidades de cuidado de la salud y el acceso a medicinas, porque hay una diversidad de servicios, además porque aseguran la ventaja que supone el poder ir a una farmacia y saber que, si tienen dinero, pueden comprar cualquier medicamento.

Por otra parte, ante la pregunta de ¿qué cambios experimentó el acceso durante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19?, podemos responder que, si bien existe una preferencia en la atención médica venezolana, durante este tiempo todos acudieron a la atención pública y manifiestan que la atención en salud estaba acorde con el momento de emergencia. Aunque la política de salud fue ampliada a todas las personas, en los primeros momentos de la pandemia, algunos enfrentaron barreras vinculadas con la falta de DNI y los obstáculos con el registro en las plataformas oficiales.

En este sentido, el cuarto objetivo nos permitió mapear las barreras percibidas en el acceso a la salud pública. A lo largo de esta investigación se identificaron barreras significativas que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud para la población migrante. Estas barreras incluyen la falta de documentación, la precariedad laboral, la desinformación y la limitada disponibilidad de servicios, además de factores culturales que influyen en la atención. Aunque el sistema de salud argentino ofrece atención gratuita, la sobrecarga del sistema y las dificultades económicas se consideran como los principales obstáculos.

En todos los casos, las cuestiones identificadas como barreras a lo largo de nuestro análisis se vieron intensificadas durante la pandemia. En cuanto a la atención pública registramos opiniones relacionadas con el sistema de turnos telefónico, en los cuales era difícil concertar la cita.

Luego porque no había disponibilidad de atenderse en determinados servicios, aunado a cuestiones relacionadas con la calidad de la atención, que refieren un claro condicionamiento cultural respecto a la idea de salud y de atención que traen desde su país de origen. Además, hablar del contexto pandémico en nuestro estudio, nos remitió al debate sobre la cuestión laboral, identificada como la principal barrera.

El acceso a la salud por parte de la población venezolana está permeado por la condición laboral y el tipo de cobertura a la que pueden acceder. Los empleos informales sin beneficios de salud limitan el acceso a servicios médicos adecuados, debido a la existencia de barreras económicas para obtener atención médica cuando la necesitan y porque la precariedad laboral impide priorizar la salud sobre el trabajo.

De acuerdo con la estructura de informalidad laboral, aunque en algunos casos implica horarios flexibles, priva la inestabilidad y la dificultad para concertar los permisos laborales con los turnos médicos. De modo que las desigualdades estructurales, la redistribución desigual de los recursos y estructura sanitaria, influyen en las percepciones y testimonios recabados en nuestra investigación.

Establecer un equilibrio entre el trabajo y la atención a su salud hace que, en ocasiones, estas personas desistan de recibir atención médica y prioricen su empleo, lo que se expresa en el agravamiento de patologías que se transforman en demanda de salud acumulada. De este modo, nuestro relevamiento da cuenta del doble impacto que tiene el tipo de trabajo precario sobre las personas entrevistadas. Primero por los bajos salarios y demandantes horarios. Luego, porque desarrollar tareas precarias desencadena en nuevas patologías físicas que afectan la salud.

Por todo lo dicho, la caracterización del estado de salud de la población migrante venezolana puede ser compleja y variar en función de

cómo se desarrolló el trayecto migratorio, en qué condiciones viven y cuáles son los trabajos en los que se han insertado.

Con base en los testimonios entendemos que la existencia de barreras son una combinación de factores estructurales, como las características del sistema de salud, la falta de documentación, la precariedad laboral y aspectos culturales que actúan como limitantes para el acceso a la salud de las personas migrantes venezolanas en la CABA entre 2015 y 2022.

Para ir cerrando tenemos que mencionar que, entre los principales hallazgos de nuestra investigación se destaca la importancia de las redes de apoyo dentro de la comunidad venezolana en Argentina. Los testimonios muestran que los grupos comunitarios y organizaciones de apoyo resultan fundamentales para entender y navegar el sistema de salud, ya que proporcionan información y asistencia para acceder a servicios médicos. Además, muchos migrantes han participado en jornadas de atención general y psicológica.

La incidencia de las redes comunitarias da cuenta de la capacidad de esta comunidad para poner en juego recursos de muy diferente tenor y para satisfacer las diversas demandas en salud. Su rol es relevante en el contexto argentino, ya que funcionan como espacios de participación para la integración en el entorno de acogida, promueven el reconocimiento de la identidad cultural y trabajan con especial atención en las oportunidades de inclusión social y laboral. Esta característica distintiva del rol de tales asociaciones pone de manifiesto la capacidad organizativa de la comunidad venezolana, así como su importancia en la construcción de espacios de pertenencia y apoyo mutuo, convirtiéndose en una fructífera vía de indagación para ulteriores trabajos.

Asimismo, se observa que la población venezolana posee un alto grado de conocimiento sobre la importancia de la atención preventiva, lo cual es esencial para evitar el desarrollo de patologías graves o la necesidad de intervenciones complejas, con todo lo que ello significa incluso en términos de presupuesto sanitario.

Por otro lado, se detecta una tensión entre el proceso de descalificación laboral y una valoración positiva del proceso migratorio. Sin embargo, durante el período estudiado, como respuesta a la crisis sanitaria se flexibilizaron requisitos para la contratación de médicos y enfermeros extranjeros, facilitando su integración al sistema de salud. De esta manera, el contexto pandémico ofreció una oportunidad para la inserción laboral de algunas personas venezolanas profesionales de la salud.

Otro hallazgo relevante es que entre las personas entrevistadas algunas consideran el retorno a Venezuela como una posibilidad futura, siempre que se logren mejoras económicas en su país de origen. Este no es un dato menor, ya que el deseo de retorno es una característica recurrente con el perfil y el proyecto migratorio de este colectivo, mismo que ha expresado poseer propiedades y familiares en Venezuela por mencionar una las posibilidades de regreso.

Al considerar el retorno como una opción, se establece una distancia con la calificación en relación con la migración forzada. En el grupo de estudio, solo una persona mencionó haber iniciado el trámite de ciudadanía argentina.

Finalmente, nuestra investigación resalta la importancia de un enfoque integral que considere la complejidad de las experiencias de los migrantes y beneficien a la sociedad en su conjunto. Aunque el sistema de salud argentino ofrece atención gratuita, la falta de documentación, la precariedad laboral, las dificultades económicas, la desinformación, servicios disponibles, además de los factores culturales, siguen actuando como barreras significativas para el acceso.

El fortalecimiento de las políticas en salud y el acceso a la información sobre derechos sanitarios son elementos esenciales para mejorar la situación de las personas migrantes en el país, independientemente de su estatus migratorio. En este escenario se podrían reducir las barreras estructurales y culturales, además de promover una mayor integración social.

No obstante, a partir de la llegada del nuevo gobierno, con el presidente Milei y la erosión de la idea de derechos sociales influenciada en

parte por las políticas antinmigrantes impulsadas por Trump, se abre un nuevo escenario que requerirá de nuevas indagaciones sobre la igualdad entre nacionales y extranjeros, en un contexto nacional e internacional, que evidencia una tendencia claramente hostil hacia la migración.

Bibliografía

Referencias bibliográficas: Introducción

- ACNUR. (2019). Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela. ACNUR. <https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela>
- Álvarez, Soledad. (2021). Migración (1a ed.). CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16933/1/Migracion.pdf>
- Baeza, B., & Barría Oyarzo, C. (2023). Migraciones y cuidados para la salud en contexto de pandemia y precariedad de la vida. En *Inmovilidades e impactos del COVID-19 en las migraciones y los territorios* (pp. 71-85). Buenos Aires. <https://www.teseopress.com/inmovilidadeseimpactosdelcovid19enlas-migraciones/chapter/migraciones-y-cuidados-para-la-salud-en-contexto-de-pandemia/>
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos: Vivir en una época de incertidumbre*. Fondo de Cultura Económica. <https://ia601408.us.archive.org/18/items/UPZygmuntBauman.TiemposLiquidos/UP%20Zygmunt%20Bauman.%20Tiempos%20liquidos.pdf>
- Benencia, R. (2010). *Inmigrantes y mercado de trabajo en Argentina: Nuevas dinámicas migratorias*. CLACSO.
- Benencia, R., & Karasik, G. (2014). Migrantes y protección social en la Argentina contemporánea: Un análisis desde la perspectiva del trabajo. *Papeles de Población*, 20(80), 99-129.
- Butler, J. (2020, 27 de marzo). El capitalismo tiene sus límites: La mirada de Judith Butler sobre el coronavirus. Traducido al español por Anabel Pomar. lavaca.org. <https://lavaca.org/notas/el-capitalismo-tiene-sus-limites-la-mirada-de-judith-butler-sobre-el-coronavirus/>
- Brumat, L. (2019). (Libre) circulación de personas y políticas migratorias regionales en el MERCOSUR: Estado del arte. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, 3, 10-24.

https://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/65898/Brumat_2019_IS_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Brumat, L., Acosta, D., & Espinoza, M. (2017). Gobernanza migratoria en América del Sur: ¿Hacia una nueva oleada restrictiva? En Anuario de Política Internacional y Política Exterior 2017-2018: “One Belt, one road” Alcances y repercusiones de la propuesta China en un entorno de proteccionismos y retracción de Occidente (pp. 205-211). Ediciones Cruz del Sur. https://www.researchgate.net/publication/330396907_Gobernanza_migratoria_en_America_del_Sur_hacia_una_nueva_oleada_restrictiva
- Cabieses y Oyarte (2018). Acceso a salud en inmigrantes: Identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saúde Pública*, 54, 20. <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/20/es/>
- Cerrutti y Parrado (2021). Migración venezolana en Argentina: Un estudio sobre perfiles, condiciones y desafíos. Naciones Unidas, OIM Argentina.
- Cerrutti y Penchaszadeh (2021) Regularización migratoria y acceso a derechos de la población venezolana en la Argentina: el caso de la Ciudad de Buenos Aires. *Notas de Población*; Lugar: Santiago; Año: 2023 vol. 49 p. 23 – 48. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/752aa464-a4cb-4a98-9731-beeb186ff682/content>
- Gavazzo, N., & Penchaszadeh, A. P. (2020). La otra pandemia: Migrantes entre el olvido estatal y el apoyo de las redes comunitarias. En M. Díaz (Coord.), *Transfronteriza: Pandemia y migración*. CLACSO. https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/10/V4_TransFronteriza_N2.pdf
- Gallo, E. (2014). La construcción de la identidad nacional y la migración en Argentina: De la inmigración europea a la migración latinoamericana. *Revista de Sociología e Historia*, 6(2), 23-48.

- Gandini, Prieto y Lozano. El éxodo venezolano: migración en contextos de crisis y respuestas de los países latinoamericanos. En Crisis y migración de población venezolana: entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica. Primera edición. México, 2019. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/285>
- Gottero, L. (2012). Atención primaria de la salud: Continuidades neoliberales en la “asistencia centrada en la persona”. *Revista Ciencia y Salud*, 10(3), 369-385. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732012000300006
- Hernández y Ramos (2021). Pandemia, seguridad humana y migración: Gestión de la movilidad humana desde México. *URVIO. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 32, enero-abril 2022. <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/4994/3988>
- Herrera, G., 2017. *Migraciones internacionales en América Latina: miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos*. Presentación del dossier. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. N°58, pp. 11-36. <https://iconos.flacsoandes.edu.ec/index.php/iconos/issue/view/148>
- Herrera, G. (2021). Migraciones en pandemia: Nuevas y viejas formas de desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 293, 106-116. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/6.TC_Herrera_293.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2021). Encuesta Permanente de Hogares. INDEC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? En Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural (pp. 33-46).

<https://publicaciones.ides.org.ar/libro/salud-migracion-regional-ciudadania-discriminacion-comunicacion-intercultural>

- Jelin, E. (2006). Migraciones en el Cono Sur: Nuevas tendencias y nuevos desafíos para la política social. *Revista Internacional de Sociología*, 44, 45-66.
- Koechlin y Eguren (2018). *Éxodo venezolano: Entre el exilio y la emigración* (1a ed.). Colección Obimid. <https://www.observatoriovenezolanodemigracion.org/libros-y-articulos/et-occaecati-sit-quibusdam>
- López, M. (2012). Migraciones y nacionalismo en Argentina: Discursos sobre la alteridad en el siglo XXI. *Anuario de Estudios Americanos*, 69(2), 539-565.
- Margulis, M. (1998). Cultura y discriminación social en la época de la globalización. *Nueva Sociedad*, (152), 37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3995473>
- Martínez y Vono (2005). Geografía migratoria intrarregional de América Latina y el Caribe al comienzo del siglo XXI. *Revista de Geografía Norte Grande*, 34, 15. <https://www.redalyc.org/pdf/300/30003403.pdf>
- Mercer, H. (2019). Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la Argentina. Organización Internacional de las Migraciones (OIM). <https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/2365>
- Nicolao, J., Debandi, N y Penchaszadeh, A. (2022). Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia. *Polis Revista Latinoamericana*, 21 (62), 111-141. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-65682022000200146&lng=es
- Novick, S. (2018). Movilidades y migraciones recientes hacia la Argentina: Nuevas realidades, nuevas políticas. CLACSO. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151029052028/novick_susana_2012.pdf

- OECD (2020). *What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children? Tackling coronavirus (COVID-19): Getting it right and emerging stronger*. Recuperado el 15 de agosto de 2021 desde bit.ly/3qW8Ce8
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2022). *Monitoreo de flujo de la población venezolana en Argentina. Ronda N° 13: Octubre-Diciembre*.
- _____. (2019). *Condiciones de vida de migrantes en la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina: OIM.
- Pedone. *Los rostros de la migración cualificada: estudios interseccionales en América Latina*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2021. <https://www.clacso.org/los-rostros-de-la-migracion-cualificada/>
- Pedone, C. y Mallimaci, A. (2019). Trayectorias laborales de la población venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En C. Blouin (Coord.), *Después de la llegada. Realidades de la migración venezolana*, (pp. 129-148). Lima: Themis. https://www.researchgate.net/publication/332153861_Trayectorias_laborales_de_la_poblacion_venezolana_en_la_Ciudad_Autonoma_de_Buenos_Aires
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2021). *Mapa refugiados y migrantes venezolanos en la región*. <https://r4v.info/es/situations/platform>
- Sala, G. (2019). *Ingenieros venezolanos en la Argentina*. Organización Internacional de las Migraciones (OIM). <https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/2363>
- Stefoni, C. (2018). *Panorama de la migración internacional en América del Sur*. CEPAL-OIM. <https://igualdad.cepal.org/es/digital-library/panorama-de-la-migracion-internacional-en-america-del-sur>
- Tobar, M. (2015). *Modelos de organización de los sistemas de salud*. En *Gestión territorial integrada para el sector salud* (pp. 23-34).

Universidad Nacional de General Sarmiento.
<http://biblio.trabajosocial.unlp.edu.ar/meran/opac-detail.pl?id1=4878>

- Yufra, L. C. (2021). Detener las migraciones: Políticas globales y retóricas locales en la contención de la pandemia del COVID-19. En *Pensar la pandemia para comprender la sociedad: Abordajes socioeconómicos y socioculturales* (pp. 83-94). Tiraxi: San Salvador de Jujuy.
<https://www.teseopress.com/inmovilidadeseimpactosdelcovid19enlas-migraciones/chapter/migraciones-y-movilidades-pensando-la-pandemia-en-y-desde/>
- Zapata y Prieto (2020). Structural and contingent inequalities: The impact of COVID-19 on migrant and refugee populations in South America. *Bulletin of Latin American Research*, 39, 16-22.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/blar.13181>
- Zorzoli, M. (2015). La alteridad amenazante: Representaciones mediáticas de los inmigrantes en Argentina. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 28, 37-58.

Referencias bibliográficas: I Parte

CAPITULO I

- Acosta, D., Blouin, C., & Freier, L. (2019). La emigración venezolana: Respuestas latinoamericanas (Documento de trabajo N°3). Fundación Carolina.
https://www.researchgate.net/publication/331773383_La_emigracion_venezolana_respuestas_latinoamericanas
- Acosta, D., & Freier, L. (2015). Discursos y políticas de inmigración en Sudamérica. *REMHU - Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 23(44), 171-189.
https://www.researchgate.net/publication/279160435_DISCURSOS_Y_POLITICAS_DE_INMIGRACION_EN_SUDAMERICA_HACI_A_UN_NUEVO_PARADIGMA_O_LA_CONFIRMACION_DE UNA_RETORICA_SIN_CONTENIDO
- ACNUR. (2018). Jornada de orientación a profesionales de la salud venezolanos. Disponible en:

<https://argentina.iom.int/es/news/jornada-de-orientacion-profesionales-de-la-salud-venezolanos-en-la-direccion-nacional-de-migraciones>

- ACNUR. (2018). ACNUR lanza plan de emergencia para refugiados y migrantes venezolanos. Disponible en: <https://acnur.org/noticias/press/2018/12/5c13bcf14/se-lanza-plan-de-emergencia-para-refugiados-y-migrantes-de-venezuela.html>
- ACNUR. (2019). Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela. ACNUR. <https://www.r4v.info/>
- Arango, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones: Luz y sombra. *Migración y Desarrollo*, 31. <https://www.redalyc.org/pdf/660/66000102.pdf>
- Arias, J., & Castillo, C. (2012). Cuadernos Migratorios N°2: El impacto de las migraciones en Argentina. Oficina Regional de la OIM para América del Sur. https://repository.iom.int/bitstream/handle/20.500.11788/1434/ARG-OIM_016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Armas, C. (2019). Historia de las organizaciones de migrantes venezolanos desde la experiencia de las mujeres. Ponencia presentada en XIV Jornadas Nacionales de la Historia de las Mujeres, Mar del Plata, Argentina. <https://www.observatoriovenezolanodemigracion.org/post/como-se-han-organizado-los-venezolanos-en-argentina>
- Baeza, B., García, A., Barría Oyarzo, C., & Oviedo, G. (2024). Salud y política: Aproximaciones desde la noción de interculturalidad en el caso chubutense. En *Movilización política en Patagonia: A 50 años de la toma de la Universidad de la Patagonia San Juan Bosco* (pp. 161-186). Rada Tilly.
- Beniscelli, S., Riedemann, A., & Stang, F. (2019). Multicultural y, sin embargo, asimilacionista: Paradojas provocadas por el currículo oculto en una escuela con alto porcentaje de alumnos migrantes. *Calidad en la Educación*, (50), 393-423.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-45652019000100393&lng=es

- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S01471767050132X>
- Brasilia. (2002, 6 de diciembre). *Acuerdo sobre regularización migratoria interna de ciudadanos del MERCOSUR*.
- Cerani, P. (2011). Luces y sombras en la legislación migratoria latinoamericana. *Nueva Sociedad*, (233), 19.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Nuevasociedad/2011/no233/7.pdf>
- Ceriani, P. (2012). Ciudadanía, migraciones y libre circulación en el MERCOSUR: ¿Hacia un paradigma basado en la defensa de los derechos humanos o en la réplica del modelo excluyente de la UE? *Derecho Migratorio y de Extranjería*, (30), 259-287.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Ciudadan%C3%ADa%2C-migraciones-y-libre-circulaci%C3%B3n-en-el-%3A-Cernadas/87853eb37cf4e82a7d55b5167e127aba2ceb9d20>
- Clavijo, Pereira y Dalmaso. (2018). Nexos entre migraciones forzadas y desarrollo en el marco de la gobernabilidad migratoria: Aproximaciones a la categoría de refugiado en el contexto sudamericano. *Universidad Católica de Córdoba*, (44), 11-42.
https://www.academia.edu/40021444/Nexos_entre_migraciones_forzadas_y_desarrollo_en_el_marco_de_la_gobernabilidad_migratoria
- Consejo del Mercado Común. (2002). *Acuerdo Sobre Regularización Migratoria Interna de Ciudadanos del MERCOSUR*.
https://www.mre.gov.py/tratados/public_web/ConsultaMercosur.aspx
- Cubillos, J. (2017). Reflexiones sobre el concepto de inclusión social: Una propuesta desde la teoría feminista para el estudio de las políticas públicas. *Política y Sociedad (Madrid)*, 54(2), 341-363.
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/52735>

- Dirección Nacional de Población - RENAPER. (2021). La migración reciente en la Argentina entre 2012 y 2020. RENAPER. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/11/migracion_reciente_en_la_argentina_2012-2020_final.pdf
- Domenech, E. (2017). Las políticas de migración en Sudamérica: Elementos para el análisis crítico del control migratorio y fronterizo. Terceiro Milênio. Revista Crítica de Sociología e Política, 8(1), 19-48. <https://www.semanticscholar.org/paper/Las-pol%C3%ADticas-de-migraci%C3%B3n-en-Sudam%C3%A9rica%3A-elementos-Domenech/4769f82e18161c6d59531207253267cb7ffee8d6>
- Fraser, N. (2003). ¿Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange. Verso Books. https://www.ethicalpolitics.org/ablunden/pdfs/fraser_review.pdf
- Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. Revista de Migraciones Internacionales. Miradas desde Argentina, 2(1), 40-58.
- Gandini, L., Prieto, V., & Lozano, F. (2019). El éxodo venezolano: Migración en contextos de crisis y respuestas de los países latinoamericanos. En Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica (pp. 209-233). SUDIMER. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/339>
- García, L. (2016). Migraciones, Estado y una política del derecho humano a migrar: ¿Hacia una nueva era en América Latina? Colombia Internacional, (88), 45-70. <https://www.semanticscholar.org/paper/Migraciones%2C-Estado-y-una-pol%C3%ADtica-del-derecho-a-en-Garc%C3%ADa/df7e8b88be8eda40fd30e0f1732e76efe468d67b>
- García, L., & Nejamkis, L. (2018). Regulación migratoria en la Argentina actual: Del “modelo” regional al recorte de derechos. Autoctonía. Revista de Ciencias Sociales e Historia, 2(2), 219-241. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8423450>

- Gil & Yufra (2018). La integración en el campo de las migraciones: Notas sobre el contexto europeo. *Revista Temas de Antropología y Migración*, 10, 86-93.
<https://www.academia.edu/51017339/Integraci%C3%B3n>
- Giménez, G., & Malgesini, G. (2000). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Catarata.
https://www.catarata.org/libro/guia-de-conceptos-sobre-migraciones-racismo-e-interculturalidad_45997/
- González, M., & López, M. (2022). Los migrantes chinos en Argentina: Una mirada sobre su inserción laboral y social. *Revista de Estudios Asiáticos*, 10(3), 67-89.
- Gottero, L. (2012). Políticas de salud, migración y desigualdades: Análisis de planificaciones nacionales en epidemiología. En S. Novick, *Migración y políticas públicas: Nuevos escenarios y desafíos* (pp. 261-292). Catálogos.
- Herrera, G. (2017). Migraciones internacionales en América Latina: Miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 11-36.
- Honneth, A. (2010). Reconocimiento y menosprecio: Sobre la fundamentación normativa de una teoría social. Katz Editores.
<https://www.cccb.org/es/publicaciones/ficha/reconocimiento-y-menosprecio-sobre-la-fundamentacion-normativa-de-una-teoria-social/37564>
- Ibarra, M. (2023). Incidencia de las organizaciones sociales de venezolanos/as en los procesos de inserción laboral de los/as migrantes residentes en Argentina. En *Migración venezolana: Entre el éxodo y el acceso a derechos en Sudamérica* (pp. 77-86). IICSAL. ISBN 978-631-90015-0-1.
- Linares, M. (2020). Migración venezolana reciente en la República Argentina: Redes sociales e inserción laboral en Santa Rosa-Toay (La Pampa). *RIEM Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 10(2), 102-131.
https://www.researchgate.net/publication/353041926_Migracion_ve

[nezolana reciente en la Republica Argentina redes sociales e insercion laboral en Santa Rosa-Toay La Pampa](#)

- Linares, M. (2021). Migración venezolana reciente en Argentina: Una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo. *Migraciones Internacionales*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-89062021000100114&lng=t
- Luzuriaga, M. J. (2018), Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia, São Paulo, HUCITEC. <http://edunla.unla.edu.ar/publicaciones/catalog/book/279>
- Mallimaci, A. (2021). Entre estudiantes internacionales y extranjeros/as: Migrantes en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Provincia de Buenos Aires, Argentina. En *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales* (pp. 155-188). https://www.academia.edu/49362575/Entre_estudiantes_internacionales_y_extranjeros_as_Migrantes_en_una_universidad_p%C3%BAblica_argentina
- Mercer, H. (2019). Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la Argentina. Organización Internacional de las Migraciones (OIM).
- Minvielle, C. (2016). Infancias, migración y trabajo: Prácticas cotidianas de niños y niñas inmigrantes de familias bolivianas en la Ciudad de Buenos Aires. *Papeles de Población*, 22(90), 215-240.
- Nicolao, Julieta. (2019). Los migrantes regionales en Bahía Blanca, Argentina: Desafíos en el acceso a derechos sociales. *Estudios fronterizos*, 20, e024. Epub 11 de diciembre de 2019.
- Nicolao, J., Debandi, N., & Penchaszadeh, A. (2022). Migración venezolana en la República Argentina: Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia. *Polis Revista Latinoamericana*, 21(62), 111-141.
- Novick, S. (2010). Políticas migratorias en la Argentina: Experiencias del pasado, reformas actuales y expectativas futuras. En *Estado actual*

y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR (pp. 25-53). Montevideo. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20190411022510/novick_migraal.pdf

- Novick, S. (dir.); Gottero, Laura (colab.); Vaccotti, Luciana (colab.) (2012). *Migración y políticas públicas: nuevos escenarios y desafíos* (info:ar-repo/semantics/libro). [consultado: 27/1/2023] Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/612>
- Novick, S. (2018). Movilidades y migraciones recientes hacia la Argentina: Nuevas realidades, nuevas políticas. CLACSO.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2019). Glosario de la OIM sobre Migración, Derecho Internacional sobre Migración (N°34). Suiza.
- OHCHR-Naciones Unidas. (1950). *Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas*, convocada por la Asamblea General en su resolución 429 (V), de 14 de diciembre de 1950.
- Pacecca, María Inés (2014). El trabajo adolescente y la migración desde Bolivia a Argentina: entre la adultez y la explotación. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario. <https://cdsa.academica.org/000-081/72>
- Pacecca, M., & Liguori, A. (2019). Venezolanos/as en Argentina: Un panorama dinámico: 2014-2018. Comisión Argentina para Refugiados (CAREF). <https://argentina.iom.int/es/resources/venezolanos/en-argentina-un-panorama-dinamico-2014-2018>
- Pedone, C. (2020). Reconfiguración de los flujos migratorios en América del Sur: Desafíos teóricos y metodológicos desde las perspectivas transnacional e interseccional. En *Migraciones transnacionales: Inclusiones diferenciales y posibilidades de reconocimiento* (pp. 265-286). Editorial Universitaria. https://www.researchgate.net/publication/349379173_Reconfiguraci

[on de los flujos migratorios en America del Sur Desafios teoricos y metodologicos desde las perspectivas transnacional e interseccional](#)

- Pedone, C. y Mallimaci, A. (2019). Trayectorias laborales de la población venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En C. Blouin (Coord.), *Después de la llegada. Realidades de la migración venezolana*, (pp. 129-148). Lima: Themis.
- Pedone, C., Mallimaci, A., Gutiérrez, J., & Delmonte, A. (2019). De la estabilidad económica y la regularidad jurídica al ajuste socioeconómico y la precariedad del trabajo: Migración venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En L. Gandini, F. Lozano, & V. Prieto (Coords.), *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 209-234).
- Pérez y Pizarro, R. (2019). Migración y desarrollo en América del Sur: el caso de la población boliviana en Argentina. *Revista de Migraciones*, 12(1), 45-70.
- Sala, G. (2019). Ingenieros venezolanos en la Argentina. Organización Internacional de las Migraciones (OIM).
- Sala, G. (2020, diciembre). *Acciones estatales para la integración laboral de profesionales venezolanos en Argentina*. Ponencia presentada en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, evento virtual. Recuperado en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/201106/CONICET_Digital_Nro.6cfa34db-e193-450c-be21-37143f593b55_B.pdf?sequence=2&utm_source=chatgpt.com
- Sassen, Saskia. (2007). Una Sociología De La Globalización. *Análisis Político*, 20(61), 3-27. Retrieved January 27, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47052007000300001&lng=en&tlng=es.7
- Sayad, A. (1999). *Imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

- Stefoni, C. (2018). Panorama de la migración internacional en América del Sur. CEPAL-OIM. <https://igualdad.cepal.org/es/digital-library/panorama-de-la-migracion-internacional-en-america-del-sur>
- Thayer, L. E., & Durán, C. (2015). Gobierno local y migrantes frente a frente: Nudos críticos y políticas para el reconocimiento. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (63), 127-162.
- Thayer, Stang y Abarca, C. (2016). Estatus legal precario y condicionalidad en el acceso a derechos. Una aproximación a la regulación migratoria de Argentina y Canadá. Si Somos Americanos, *Revista de Estudios Transfronterizos*, XVI (2), 11-43.
- Tobar, M. (2015). Modelos de organización de los sistemas de salud. En *Gestión territorial integrada para el sector salud* (pp. 23-34). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Welsh, Teresa (19 de septiembre de 2018). “Venezuela crisis is 'onthescaleofSyria,' UNHCR says”. Devex. Consultado el 21 de septiembre de 2018. <https://www.devex.com/news/long-story-short-15-the-global-response-to-venezuela-s-humanitarian-crisis-92810>

CAPITULO II

- Acevedo. (2013). *Manual de Medicina Preventiva y Social II*. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. <https://webs.fcm.unc.edu.ar/wp-content/blogs.dir/18/files/2014/04/Manual-MPyS-2-V-2013.pdf>
- Baeza, B., & Barría Oyarzo, C. (2023). Migraciones y cuidados para la salud en contexto de pandemia y precariedad de la vida. En *Inmovilidades e impactos del COVID-19 en las migraciones y los territorios* (pp. 71-85). Buenos Aires.
- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de la Argentina a partir de datos secundarios. Documentos de Jóvenes Investigadores, 4. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>

- Ballesteros, M., & Freidin, B. (2015). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: El caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*, 11, 523-535. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652015000400006
- Basualdo, L. (2017). Inclusión diferencial de extranjeros/migrantes a trasplantes de órganos: Dilemas éticos frente a "prácticas no éticas". *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 25(50), 65-80.
- Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista de Migraciones Internacionales*, (2), 40-58. https://argentina.iom.int/sites/g/files/tmzbd1901/files/documents/2017_revista-n2.pdf
- Jelin, E. (2021). Género, etnicidad/raza y ciudadanía en las sociedades de clases: Realidades históricas, aproximaciones analíticas. *Nueva Sociedad*, (293). https://static.nuso.org/media/articles/downloads/2.TC_Jelin_293.pdf
- Juárez, P., Márquez, E., & otros. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284-290. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/284-290/es>
- Manchola, M., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: Reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7). <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n7/2151-2160/es/>
- Mario, S. (2018). Servicios de salud: Cobertura, acceso y utilización. En J. Piovani & A. Salvia (Coords.), *La Argentina del siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual* (pp. 265-290). Siglo XXI Editores.

<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-patagonia-san-juan-bosco/contabilidad-iii/marios-servicios-de-salud-coberturaacceso-y-utilizacion/7835863>

- Molina, C. (2019). La salud de los migrantes como desafío para la salud pública. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 29, 1-8. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/9223>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946/2015). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62a Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6067>
- Piñones, G., Liberona, J., & Leiva, M. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*. <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2021.v30n1/e200310/es>
- Rodríguez, M., Schiavone, F., Seoane, J., & Ríos, L. (2015). Salud percibida, cobertura, utilización y acceso al sistema de atención de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires. Fundación Universidad Católica Argentina. https://www.researchgate.net/publication/299854325_Salud_percibida_cobertura_utilizacion_y_acceso_al_sistema_de_atencion_de_la_salud_en_el_area_metropolitana_de_Buenos_Aires
- Solar, O. (2019). Las barreras de acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal. En *Acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal y sus familias: Orígenes, lecciones y aprendizajes de la Región de las Américas*. FLACSO-Chile.

https://flacso.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2023/04/Libro_Acceso_a_la_Salud_de_los_Trabajadores.pdf

- Tobar, M. (2015). Salud y cuestión social. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 11-22). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- _____. (2015a). Modelos de organización de los sistemas de salud. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 23-34). Universidad Nacional de General Sarmiento.

CAPITULO III

- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de la Argentina a partir de datos secundarios. Documentos de Jóvenes Investigadores, 4. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Begoña, A. (2015). Investigación social cualitativa y dilemas éticos: De la ética vacía a la ética situada. Universidad del País Vasco. https://www.researchgate.net/publication/303373105_Investigacion_social_cualitativa_y_dilemas_eticos_De_la_etica_vacia_a_la_etica_situada
- Bourdieu, P. (2006). *Autoanálisis de un sociólogo*. Barcelona: Anagrama.
- Cantor, G. (2002). La triangulación metodológica en ciencias sociales. *Cinta de Moebio*, (13), 15. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. <https://www.moebio.uchile.cl/13/cantor.html>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). California: Sage. https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/manual_investigacion_cualitativa.pdf

- Díaz, E., & otros. (2011). Metodología de las ciencias sociales. Primera ed. Buenos Aires: Biblos. <https://educacion.uncuyo.edu.ar/upload/diaz-e-2010-conocimiento-ciencia-y-epistemologia.pdf>
- Encuesta Nacional Migrante de Argentina [ENMA]. (2020). *Encuesta Nacional Migrante de Argentina*. Buenos Aires, Argentina. <https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/encuesta-nacional-migrante-enma/>
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Forni, F. (1993). Estrategias de recolección y estrategias de análisis en la investigación social. En Centro de Estudios de América Latina (Ed.), *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación* (pp. 3-14). Buenos Aires. [https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/JUANA/tallermetodologia15MIS_Forni_Unidad_5%20\(1\).pdf](https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/JUANA/tallermetodologia15MIS_Forni_Unidad_5%20(1).pdf)
- Forni, P. (2010). Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social. *Miríada*, 3(5), 61-80. https://www.academia.edu/3876631/Los_estudios_de_caso_Or%C3%ADgenes_cuestiones_de_dise%C3%B1o_y_sus_aportes_a_la_teor%C3%ADa_social
- Fraser, N. (2003). *¿Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*. Verso Books.
- Gallart, M. A. (1993). La integración de métodos y la metodología cualitativa. En Centro de Estudios de América Latina (Ed.), *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación* (pp. 107-149). Buenos Aires. <https://studylib.es/doc/8017077/la-integraci%C3%B3n-de-m%C3%A9todos-y-la-metodolog%C3%ADa-cualitativa.-una>
- Guber, R. (2011). Observación participante. En *Método, campo y reflexibilidad* (Cap. 3). Buenos Aires: Ediciones de la Flor. <https://inaltera.org/doc/etnografia-metodo-campo-y-rosana-guber.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Recolección y análisis de datos cualitativos. En *Metodología de la*

- investigación (pp. 403-416). México: McGraw-Hill.
https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*.
 - Piñones, G., Liberona, J., & Leiva, M. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*.
<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2021.v30n1/e200310/>
 - Mallimaci, F. & Giménez, B. (2006). Historias de vida y métodos bioGráficos. En *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 175-211). Barcelona: Gedisa.
<https://www.calameo.com/books/0054952381f5162e3816c>
 - Martínez Carazo, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia, metodología de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165-193. <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
 - Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de caso* (2a ed.). Madrid: Morata.
 - Solar, O. (2019). Las barreras de acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal. En *Acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal y sus familias: Orígenes, lecciones y aprendizajes de la Región de las Américas*. FLACSO-Chile. https://flacso.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2023/04/Libro_Acceso_a_la_Salud_de_los_Trabajadores.pdf
 - Vasilachis, I. (2003). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa
https://www.academia.edu/36458205/Vasilachis_2006_Estrategias_de_Investigacion_Cualitativa
 - Yin, R. (1989). *Investigación sobre estudio de caso: Diseño y métodos* (2a ed.). Londres: SAGE Publications. <https://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/Yin-Cap-1-Trad.pdf>

CAPITULO IV

- Acosta, D., Blouin, C., & Freier, L. (2019). La emigración venezolana: Respuestas latinoamericanas (Documento de trabajo N°3). Fundación Carolina. https://www.researchgate.net/publication/331773383_La_emigracion_venezolana_respuestas_latinoamericanas
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018). ACNUR lanza plan de emergencia para refugiados y migrantes venezolanos. Disponible en: <https://acnur.org/noticias/press/2018/12/5c13bcf14/se-lanza-plan-de-emergencia-para-refugiados-y-migrantes-de-venezuela.html>.
- _____. (2019). *Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela*. ACNUR. <https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela>
- _____. (2020a). Aspectos claves monitoreo de protección - Venezolanos en Chile (1-3). <https://r4v.info/es/situations/platform>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2020b). Encuesta de alta frecuencia - Venezolanos en Argentina (1-2). <https://r4v.info/es/situations/platform>
- _____. (2020c). Venezolanos no Brasil: Integração no mercado de trabalho e acesso a redes de proteção social. <https://r4v.info/es/situations/platform>
- Baiocchi, M. L. (2023). *Migración venezolana. Entre el éxodo y el acceso a derechos en Sudamérica - Una revisión sistemática de antecedentes sobre la migración venezolana actual en Sudamérica*. Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina / Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IICSAL / FLACSO - CONICET). ISBN 978-631-90015-0-1.
- Biderbost, P., Núñez, M., & López, R. (2021). Patrones de brain drain intralatinamericano: Discurso, acción política, estadísticas y testimonios de la inserción laboral de la población venezolana en Argentina. En J. Koechlin & J. Eguren (Eds.), *El éxodo venezolano*:

- Entre el exilio y la emigración (pp. 283-304). Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo.
- Biderbost, P., & Núñez, M. (2018). Del Río de la Plata al Orinoco y viceversa: Patrones y flujos migratorios entre Argentina y Venezuela. En J. Koechlin & J. Eguren (Eds.), *El éxodo venezolano: Entre el exilio y la emigración* (pp. 135-166). Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/45334>
 - Biondini, V. (2022). Politización de la maternidad: La figura de la madre migrante en el corredor oeste. *(Trans)Fronteriza*, 13, 32-38. GT CLACSO Fronteras, Intercambios y Comercios.
 - Caraballo-Arias, Yohama, González-Dos Santos, Daniel, Porta-González, Leonel, & Pozzobon-Gil, Sabrina. (2017). Bachaqueros. Un Trabajo del Mercado Negro Venezolano. *Ciencia & trabajo*, 19(60), 151-156. <https://www.scielo.cl/pdf/cyt/v19n60/0718-2449-cyt-19-60-00151.pdf>
 - Cubillos, J., & Ardón, M. (2018). Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: El caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. En *El éxodo venezolano: Entre el exilio y la emigración* (pp. 97-114). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6746864>
 - Debandi, N., Nicolao, J., & Penchaszadeh, A. P. (Coords.). (2021). Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020. RIOSP DDHH - CONICET. <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/8237/1/2021%20Anuario%20Migratorio%20Argentino%202020%20con%20ISBN.pdf>
 - Dirección Nacional de Migraciones. (2018). Disposición N° 594/2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-594-2018-306895>
 - _____. (2018a). Disposición N° 1891/2018: Régimen especial de regularización para niños, niñas y adolescentes migrantes

venezolanos. <https://derechomigrante.org/documento/disposicion-ndeg-1891-ano-2021-direccion-nacional-de-migraciones>

- _____. (2019). Disposición N° 520/2019: Programa especial para migrantes venezolanos. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/201028/20190131>
- Dirección Nacional de Población-RENAPER. (2021). La migración reciente en la Argentina entre 2012 y 2020. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/11/migracion_reciente_en_la_argentina_2012-2020_final.pdf.
- División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSTAT). (2019). *Tendencias de la migración internacional: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA), Migración Internacional*. División de Población.
- Encuesta Nacional Migrante de Argentina [ENMA]. (2020). *Encuesta Nacional Migrante de Argentina*. Buenos Aires, Argentina. <https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/enma-2020/>
- Freites, A. (2014). La emigración desde Venezuela durante la última década. *Temas de Coyuntura*, 15. https://www.researchgate.net/publication/369674101_LA_EMIGRACION_DESDE_VENEZUELA_DURANTE_LA_ULTIMA_DECADADA
- Freitez, A., & Osorio, R. (2009). Venezuela: Cambios en la migración internacional. En *Migración y Políticas Sociales en América Latina* (pp. 303-328). Fundación Konrad Adenauer.
- Freites, A. (2019). Crisis humanitaria y migración forzada desde Venezuela. En *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 33-58). México. https://www.researchgate.net/publication/369674101_LA_EMIGRACION_DESDE_VENEZUELA_DURANTE_LA_ULTIMA_DECADADA

- Gandini, L., Prieto, V., & Lozano, F. (2019). El éxodo venezolano: Migración en contextos de crisis y respuestas de los países latinoamericanos. En *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. México.
- García, L., & Nejamkis, L. (2018). Regulación migratoria en la Argentina actual: Del “modelo” regional al recorte de derechos. *Autoctonía. Revista de Ciencias Sociales e Historia*, 2(2), 219-241.
- Koechlin, J., & Eguren, J. (2018). Éxodo venezolano: Entre el exilio y la emigración (1a ed., Vol. 4). Colección Obimid. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=725410>
- Koechlin, J., Eguren, J., & Estrada, C. (2021). *Inserción laboral de la migración venezolana en Latinoamérica*. Colección Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo (OBIMID). <https://www.sela.org/publicaciones/insersion-laboral-de-la-migracion-venezolana-en-latinoamerica/>
- Linares, M. (2021). Migración venezolana reciente en Argentina: Una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo. *Migraciones Internacionales*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Migraci%C3%B3n-venezolana-reciente-en-Argentina%3A-una-en-Linares/1c1df18a3ea10b1a3826032463a0139439aa7f4f>
- López Maya, M. (2004). Venezuela 2001-2004: Actores y estrategias. Cuadernos del CENDES, 21(56), 105-128. <https://www.redalyc.org/pdf/403/40305606.pdf>
- López Maya, M., & Lander, L. (2009). El socialismo rentista de Venezuela ante la caída de los precios petroleros internacionales. Cuadernos del CENDES, 26(71), 67-87. https://www.redalyc.org/pdf/403/Resumenes/Abstract_40311835004_2.pdf
- Nicolao, J., Debandi, N y Penchaszadeh, A. (2022). Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia. *Polis Revista*

Latinoamericana, 21 (62), 111-141.

<https://www.scielo.cl/pdf/polis/v21n62/0718-6568-polis-21-62-146.pdf>

- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2018). Tendencias migratorias en las Américas. [https://robuenosaires.iom.int/sites/robuenosaires/files/Informes/Tendencias Migratorias Nacionales en Americas Venezuela-Septiembre_2018.pdf](https://robuenosaires.iom.int/sites/robuenosaires/files/Informes/Tendencias_Migratorias_Nacionales_en_Americas_Venezuela-Septiembre_2018.pdf)
- _____. [OIM]. (2019a). Glosario de la OIM sobre Migración, Derecho Internacional sobre Migración (N°34). Suiza.
- _____. [OIM]. (2019b). Condiciones de vida de migrantes en la República Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- _____. [OIM]. (2021). Monitoreo de flujo de población venezolana. ONU Migración.
- Pacecca, M., & Liguori, A. (2019). Venezolanos/as en Argentina: Un panorama dinámico: 2014-2018. Comisión Argentina para Refugiados (CAREF). <https://argentina.iom.int/es/resources/venezolanos/en-argentina-un-panorama-dinamico-2014-2018>
- Pedone, C. (2021). *Los rostros de la migración cualificada: Estudios interseccionales en América Latina* (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/07/Rostros-migracion-cualificada.pdf>
- Pedone, C., & Alfaro, G. (2018). Editorial - A migración cualificada en América Latina: Una revisión de los abordajes teóricos metodológicos y sus desafíos. *Périplos: Revista de Estudios Sobre Migraciones*, 2(1). https://www.researchgate.net/publication/327904490_La_migracion_cualificada_en_America_Latina_una_revision_de_los_abordajes_teoricos_metodologicos_y_sus_desafios
- Pedone, C., & Mallimaci, A. (2019). Trayectorias laborales de la población venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En C. Blouin (Coord.), *Después de la llegada: Realidades de la migración*

venezolana (pp. 129-148). Lima: Themis.

https://www.researchgate.net/publication/332153666_Trayectorias_1_aborales_de_la_poblacion_venezolana_en_la_Ciudad_Autonoma_de_Buenos_Aires

- Pedone, C., Mallimaci, A., Gutiérrez, J., & Delmonte, A. (2019). De la estabilidad económica y la regularidad jurídica al ajuste socioeconómico y la precariedad del trabajo: Migración venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En L. Gandini, F. Lozano, & V. Prieto (Coords.), Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y seguridad jurídica en Latinoamérica (pp. 209-234). <https://venezuelamigrante.com/publicaciones/de-la-estabilidad-economica-y-regularidad-juridica-al-ajuste-socioeconomico-y-la-precariadad-del-trabajo-migracion-venezolana-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires-2/>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2019). Infografía, Ronda N°4. Monitoreo de Flujo de la Población Venezolana en Argentina <https://www.r4v.info/en/node/4111>
- _____. [R4V]. (2021). Informe Evaluación Conjunta de Necesidades Cono Sur – RMRP 2022. Buenos Aires, Argentina. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FINAL%2520=%2520Informe%2520Evaluacion%2520Conjunta%2520de%2520Necesidades%2520RIOSP%25208%252012%25202021%2520EDG.pdf>
- _____. [R4V]. (2021). Mapa refugiados y migrantes venezolanos en la región. <https://r4v.info/es/situations/platform>
- _____. [R4V], Red de Derechos Humanos del CONICET [RIOSP DDHH/CONICET]. (2021). Informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas venezolanas en la República Argentina. Buenos Aires, Argentina: R4V, RIOSP DDHH-CONICET. <https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/investigadoras-del->

[conicet-realizaron-un-informe-sobre-la-situacion-de-la-poblacion-venezolana-en-argentina/](#)

- _____ . R4V. (2022). Flujo De Migración Venezolana, Ronda 13 (Enero, 2022)
https://www.r4v.info/es/document/OIM_dtm_ronda13_Ene2022
- _____ . R4V. (2023). Refugiados y migrantes venezolanos en la región hasta agosto de 2023. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela.
<https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Sala, G. (2020, diciembre). *Acciones estatales para la integración laboral de profesionales venezolanos en Argentina*. Ponencia presentada en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, evento virtual.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/201106/CONICET_Digital_Nro.6cfa34db-e193-450c-be21-37143f593b55_B.pdf?sequence=2&utm_source=chatgpt.com
- Schafenberg, E. (2016, 13 de diciembre). Maduro ordena el cierre de la frontera con Colombia durante 72 horas. El País.
https://elpais.com/internacional/2016/12/13/colombia/1481586930_332948.html.
- Sutherland, M. (2018, agosto). ¿Nicolás Maduro tiene un plan? «Socialismo», hiperinflación y regresión social. Nueva Sociedad.
<https://nuso.org/articulo/nicolas-maduro-tiene-un-plan/>

Referencias bibliográficas: II Parte

CAPITULO V

- Biderbost, P., Núñez, M. E., & López, R. (2021). Patrones de brain drain intra-latinoamericano: Discurso, acción política, estadísticas y testimonios de la inserción laboral de la población venezolana en Argentina. En *Inserción laboral de la migración venezolana en Latinoamérica* (Vol. 8, p. 283). Colección OBIMID.
https://www.academia.edu/48871913/Patrones_de_brain_drain_intra_latinoamericano_Discurso_acci%C3%B3n_pol%C3%ADtica_estad

[%C3%ADsticas y testimonios de la inserci%C3%B3n laboral de la poblaci%C3%B3n venezolana en Argentina](#)

- Carpinetti, E. y Martínez, R. (2014), “Inserción productiva y condiciones de vida de la fuerza de trabajo migrante en la Ciudad de Buenos Aires” en Revista Población de Buenos Aires, 11 (20), pp. 77-97.
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-85622021000100053
- Debandi, N., Nicolao, J., & Penchaszadeh, A. P. (Coords.). (2021). Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020. RIOSP DDHH - CONICET.
- DDHH, R. (2020). Encuesta Nacional Migrante de Argentina. Buenos Aires: CONICET.
- Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. (2017). *Migraciones. Año 2015. Informe de resultados 1118*.
https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/02/ir_2017_1118.pdf
- Dirección Nacional de Migraciones. (2018). Disposición N° 594/2018.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-594-2018-306895>
- González, L., & Maceira, D. (2018). "Determinantes sociales de la salud en la Ciudad de Buenos Aires: Un enfoque territorial". *Revista Argentina de Salud Pública*, 9(35), 22-29.
- Linares, M. (2021). Migración venezolana reciente en Argentina: Una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo. *Migraciones Internacionales*.
- Mallimaci, A. (2021). Entre estudiantes internacionales y extranjeros/as: Migrantes en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Provincia de Buenos Aires, Argentina. En *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales* (pp. 155-188).

- Mercer, H. (2019). Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la Argentina. Organización Internacional de las Migraciones (OIM).
- Nicolao, J., Debandi, N y Penchaszadeh, A. (2022). Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia. Polis Revista Latinoamericana, 21 (62), 111-141.
- _____. [OIM]. (2021). Monitoreo de flujo de población venezolana. ONU Migración.
- Pacecca, M., & Liguori, A. (2019). *Venezolanos/as en Argentina: Un panorama dinámico: 2014-2018*. Comisión Argentina para Refugiados (CAREF).
- Pedone, C., & Mallimaci, A. (2019). Trayectorias laborales de la población venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En C. Blouin (Coord.), *Después de la llegada: Realidades de la migración venezolana* (pp. 129-148). Lima: Themis.
- Pedone, C., Mallimaci, A., Gutiérrez, J., & Delmonte, A. (2019). De la estabilidad económica y la regularidad jurídica al ajuste socioeconómico y la precariedad del trabajo: Migración venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En L. Gandini, F. Lozano, & V. Prieto (Coords.), *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 209-234).
- Pizarro, D., & Ciarallo, A. (2021). Trayectorias migratorias. En C. Jiménez Zunino & V. Trpin (Eds.), *Pensar las migraciones contemporáneas: Categorías críticas para su abordaje* (1a ed.). Córdoba, Argentina.
<https://www.teseopress.com/migracionescontemporaneas/chapter/trayectorias-migratorias/>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2019). Infografía, Ronda N°4. Monitoreo de Flujo de la Población Venezolana en Argentina
<https://www.r4v.info/en/node/4111>

- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2019). *Monitoreo de flujo de la población venezolana en Argentina. Ronda N° 4-Ingresos: Septiembre.* <https://www.r4v.info/es/document/argentina-informe-dtm-ronda-4-ingresos-septiembre-2019-es>
- _____. [OIM]. (2021). Monitoreo de flujo de población venezolana. Ronda N°10. <https://dtm.iom.int/report-product-series/informe-monitoreo-de-flujo-de-poblaci%C3%B3n-venezolana>
- _____. R4V. (2022). Flujo De Migración Venezolana, Ronda 13 (Enero, 2022) https://www.r4v.info/es/document/OIM_dtm_ronda13_Ene2022
- Resolución E 230/2018. Convalidación de títulos, diplomas o grados académicos universitarios. Ciudad de Buenos Aires, 7 de febrero de 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-230-2018-306732>
- Resolución E 232/2018. Reconocimiento de estudios de la Educación Obligatoria - República de Venezuela. Ciudad de Buenos Aires, 7 de febrero de 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-232-2018-306734>
- Resolución 511/2019. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural - Instrúyase, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Boletín Oficial, Núm. 34158, Buenos Aires, 22 de julio de 2019. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-511-2019-325394>
- Sala, G. (2019). Ingenieros venezolanos en la Argentina. Organización Internacional de las Migraciones (OIM).
- Sala, G. (2020, diciembre). *Acciones estatales para la integración laboral de profesionales venezolanos en Argentina.* Ponencia presentada en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, evento virtual. Recuperado en: <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/201106/CONICET>

[Digital_Nro.6cfa34db-e193-450c-be21-37143f593b55_B.pdf?sequence=2&utm_source=chatgpt.com](#)

- Solar, O. (2019). Las barreras de acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal. En Acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal y sus familias: Orígenes, lecciones y aprendizajes de la Región de las Américas. FLACSO-Chile.
- Thayer, & Durán. (2015). Gobierno local y migrantes frente a frente: Nudos críticos y políticas para el reconocimiento. Revista del CLAD Reforma y Democracia, 127-162.
- Ribas, C. (2018). La migración en Venezuela como dimensión de la crisis. *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, 47, 91-118. https://www.researchgate.net/publication/367866120_La_migracion_en_Venezuela_como_dimension_de_la_crisis

CAPITULO VI

- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* (Colombia), 8(17), 69-79. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Baeza, B., & Barría Oyarzo, C. (2023). Migraciones y cuidados para la salud en contexto de pandemia y precariedad de la vida. En *Inmovilidades e impactos del COVID-19 en las migraciones y los territorios* (pp. 71-85). Buenos Aires.
- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de la Argentina a partir de datos secundarios. Documentos de Jóvenes Investigadores, 4. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>
- Basualdo, L. (2017). Inclusión diferencial de extranjeros/migrantes a trasplantes de órganos: Dilemas éticos frente a "prácticas no éticas". REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana, 25(50),

65-80.

https://www.researchgate.net/publication/319410688_Inclusion_diferencial_de_extranjerosmigrantes_a_trasplantes_de_organos_dilemas_eticos_frente_a_practicas_no_eticas

- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), S96-S108. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800006&lng=es
- Bonazzola, P. (2010). Ciudad de Buenos Aires: Sistema de salud y territorio. https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-leXhFRG9vVmVpVjg/view?resourcekey=0-FQaGd3L7zNDdqc_7qnnUA
- Bonazzola, P. (1999). Políticas y organización del sistema de salud. En *Salud y población. Cuadernos de Capacitación de la RIEPS*, N° 1. Buenos Aires. <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., & Carriedo-Lutzenkirchen, Á. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5048>
- Blum, M. (2008). Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el subsistema de la seguridad social nacional argentina.
- Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? ARTIGO. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública* 34(3). <https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668YvfC>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). (2001). *Ley N° 664/2001: Servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social. Acceso irrestricto. Veto parcial*. Publicada en el Boletín Oficial de la CABA, N° 1307, el 30 de octubre de 2001.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1999). *Ley 153: Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín Oficial de la Ciudad de

Buenos Aires. Universidad ISALUD, Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Cohorte 2007-2008.

- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud: Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 10-22. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/7/2017/11/Chiara-2016.pdf>
- _____. (2015). Gestión territorial integrada para el sector salud. Universidad Nacional de General Sarmiento. <https://www.ungs.edu.ar/libro/gestion-territorial-integrada-para-el-sector-salud>
- _____. (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías*, (4). https://www.researchgate.net/publication/335433388_ES_EL_TERRITORIO_UN_ACCIDENTE_PARA_LAS_POLITICAS_DE_SALUD_APROXIMACION_CONCEPTUAL_Y_REFLEXIONES_DESD E_LA_INVESTIGACION_SOCIAL
- Congreso de la Nación Argentina. (2004). *Ley N° 25.871: Ley de Migraciones*. Publicada en el Boletín Oficial el 21 de enero de 2004. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25871-68487>
- Curcio, P. (2010). El gasto en salud antes y durante la Revolución Bolivariana en Venezuela. *Segunda época*, 3(5-7), 30-48. [file:///C:/Users/range/Downloads/131-Texto%20del%20art%C3%ADculo-131-1-10-20190215%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/range/Downloads/131-Texto%20del%20art%C3%ADculo-131-1-10-20190215%20(1).pdf)
- Dirección de Economía de la Salud. (2022). Gasto en salud en Argentina: Análisis para 2017-2020. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-gasto-en-salud-2017-2020_ss.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2020). Encuesta Permanente de Hogares. INDEC.
- Fraser, N. (2003). *¿Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*. Verso Books.

- Galli, G., Pagés, A., & Swieszkowski, S. (2017). El sistema de salud argentino. Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología. <https://1library.co/document/qv9w79ly-factores-determinantes-de-la-salud.html>
- Gottero, L. (2012). Atención primaria de la salud: Continuidades neoliberales en la “asistencia centrada en la persona”. *Revista Ciencia y Salud*, 10(3), 369-385.
- González, M. J. R. (2015). Para revertir la privatización de la salud. En R. G. Balza (Coord.), *Venezuela 2015: economía, política y sociedad* (pp. 207-218). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. https://www.researchgate.net/publication/318685611_Para_revertir_la_privatizacion_de_la_salud
- Global Health Intelligence (GHI). (2024). Ránking de hospitales en Argentina. <https://globalhealthintelligence.com/es/hospirank-los-hospitales-mejor-equipados-de-latinoamerica-en-2024/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (IDECBA). (2022). Indicadores de salud de la ciudad. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=318>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (INDEC). (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_caba/
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? En *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). Buenos Aires.
- Krivoy, Saúl. (2008). La problemática de la salud en Venezuela. *Gaceta Médica de Caracas*, 116(2), 91-92. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622008000200001&script=sci_arttext
- Ley 23.660. Régimen de aplicación. Sancionada el 29 de diciembre de 1988, promulgada el 5 de enero de 1989.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/norma.htm>

- Maceira, D. (2018). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud. Buenos Aires: CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino: Debate latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas, 14, 155-179. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4536/1/RevEstadoPolPu%cc%81bl%2814%292020p155-179.pdf>
- Mannoukian, J., & Venturini, S. (2021). Sistema de salud: El modelo argentino y el caso neuquino. Fundación CICCUS y Editorial de la Universidad Nacional de Comahue-EdUCO. <https://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/16212>
- Martínez, R., & Carpinetti, E. (2021). Caracterización sociodemográfica y ocupacional de la migración reciente a la Ciudad de Buenos Aires. Población y Sociedad, 28(1), 53-85. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-85622021000100053
- Mario, S. (2018). Servicios de salud: Cobertura, acceso y utilización. En J. Piovani & A. Salvia (Coords.), La Argentina del siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual (pp. 265-290). Siglo XXI Editores. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_argentina_en_el_siglo_xxi.pdf
- Ministerio de Obras Públicas. Dirección Nacional de Transparencia (2023). Infraestructura de salud, cuidados y géneros - Equipamiento sanitario. <https://www.datos.gob.ar/ca/dataset/obras-infraestructura-salud-cuidados-generos---equipamiento-sanitario>.
- Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Indicadores básicos*.

- Ministerio de Salud de la Nación (2022). Indicadores básicos en Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/indicadores>
- _____. (2023). Indicadores Básicos de Salud en Argentina. <https://www.paho.org/es/argentina/datos-estadisticas>
- Molina, C. (2019). La salud de los migrantes como desafío para la salud pública. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 19(29), 1-8. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/9223>
- Naranjo, María. (2014). La Política de Salud en Venezuela durante el Período 1.999- 2.012: Aportes para su Formulación e Implementación. *Comunidad y Salud*, 12(2), 80-86. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932014000200011&script=sci_arttext
- Oficina de Presupuesto del Congreso. (2021). OPC-Characterización del sistema de salud argentino. <https://www.opc.gob.ar/salud/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62a Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
- Piñones, G., Liberona, J., & Leiva, M. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CMkyDDCKJHdhc4D6FHWBMjb/>
- Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). (2016). Decreto DNU 908/2016: Cobertura Universal de Salud, Fondo Solidario de Redistribución. *Boletín Oficial*, 33432. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-908-2016-264047/texto>.
- RENAPER (2022). *Estudio sobre migración venezolana reciente en Argentina*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/interior/renaper/estadistica-de-poblacion/estudio-sobre-migracion-venezolana-reciente-en-argentina>

- Rosas, C. (2020). Últimas-Otras del cuidado. La (des)valorización de las trabajadoras del hogar remuneradas en tiempos de pandemia. *Revista Bordes*, 179-191. Recuperado de: <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/bordes/article/view/785/729>
- Tobar, M. (2015). Salud y cuestión social. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 11-22). Universidad Nacional de General Sarmiento. https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/pdfs_ediciones/Gesti%C3%B3n_territorial_integrada_para_el_sector_salud-completo.pdf
- _____. (2015). Modelos de organización de los sistemas de salud. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 23-34). Universidad Nacional de General Sarmiento.

CAPITULO VII

- Azparren, A. L. (2021). Desigualdades territoriales y trabajos de cuidado comunitario: Lo esencial no es invisible en la pandemia. *Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina*. Fecha de recepción: 10-05-2021 / Fecha de aceptación: 26-05-2021. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/CONICET_Dig_09b09b25d5ebe94b21ebba0344577287
- Baeza, B., & Barría Oyarzo, C. (2023). Migraciones y cuidados para la salud en contexto de pandemia y precariedad de la vida. En *Inmovilidades e impactos del COVID-19 en las migraciones y los territorios* (pp. 71-85). Buenos Aires.
- Biondini, V. (2022). Politización de la maternidad: La figura de la madre migrante en el corredor oeste. *(Trans)Fronteriza*, 13, 32-38. GT CLACSO Fronteras, Intercambios y Comercios. https://www.academia.edu/83106238/Politizaci%C3%B3n_de_la_maternidad_La_figura_de_la_madre_migrante_en_el_corredor_Oeste
- Blum, M. (2008). Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el subsistema de la seguridad social nacional argentina. <https://es.slideshare.net/slideshow/indicadores-para-la->

[implementacin-de-politicas-sanitarias-en-el-susbistema-de-la-seguridad-social-nacional-argentina/7471151](#)

- Butler, J. (2020, 27 de marzo). El capitalismo tiene sus límites: La mirada de Judith Butler sobre el coronavirus. Traducido al español por Anabel Pomar. lavaca.org. <https://lavaca.org/notas/el-capitalismo-tiene-sus-limites-la-mirada-de-judith-butler-sobre-el-coronavirus/>
- Chiara, M. (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías*, (4). https://www.researchgate.net/publication/335433388_ES_EL_TERRITORIO_UN_ACCIDENTE_PARA_LAS_POLITICAS_DE_SALUD_APROXIMACION_CONCEPTUAL_Y_REFLEXIONES_DESDE_LA_INVESTIGACION_SOCIAL
- Chiavetta, V., & Corpas Figueroa, J. (2021). *Vacunación COVID-19: ¿También para migrantes?* (1a ed.). CAREF - Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes. (Informes del Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina Gabriel Chausovsky, N° 3). ISBN 978-987-47029-7-5. https://caref.org.ar/wp-content/uploads/2022/09/Vacunacion-COVID-19-migrantes.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Cruz Roja Argentina. (2020) *Impacto de la pandemia sobre población migrante en Argentina*. Observatorio Humanitario. <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2020/09/observatorio-humanitario-estudio-poblacion-migrante.pdf>
- Debandi, N., & Penchaszadeh, A. (2020). Ser migrante en tiempos de pandemia: Irregularidad, informalidad y marginalidad en Argentina. *Ciencia Hoy*, 29(172), 33-37. Asociación Civil Ciencia Hoy. <http://rid.unrn.edu.ar:8080/handle/20.500.12049/8236>
- Debandi, N., Nicolao, J., & Penchaszadeh, A. P. (Coords.). (2021). *Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020*. RIOSP DDHH - CONICET.

https://www.encuestamigrante.ar/wp-content/uploads/documentos/anuario_migratorio_argentino_2020.pdf

- Fassin, D. (2001). L'altérité de l'épidémie: Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17(2), 139-151. <https://doi.org/10.3406/remi.2001.1782>
- Gavazzo, N., & Penchaszadeh, A. P. (2020). La otra pandemia: Migrantes entre el olvido estatal y el apoyo de las redes comunitarias. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*, 47-56. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/CONICET_Dig_b3784de604b204b235ccfc86afdfd8db
- Gobierno de Argentina. (2020). *Nación recomendó reorganizar el sistema de salud y asegurar la atención de COVID-19*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-recomendo-reorganizar-el-sistema-de-salud-y-asegurar-la-atencion-de-covid-19>
- Goldberg, A. (2013). Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del área metropolitana de Buenos Aires: Narrativas y procesos asistenciales. En À. Martínez-Hernández, L. Masana, & S. M. DiGiacomo (Eds.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica* (pp. 113-136). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224555>
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? En *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). Buenos Aires.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino: Debate latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 14, 155-179. https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4536/1/RevEstado_PolPu%cc%81bl%2814%292020p155-179.pdf
- Mannoukian, J., & Venturini, S. (2021). Sistema de salud: El modelo argentino y el caso neuquino. Fundación CICCUS y Editorial de la

Universidad Nacional de Comahue-EdUCO.
<https://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/16212?show=full&locale-attribute=en>

- Ministerio de Salud. (2020). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2020*. Recuperado de <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/ASIS%202020.pdf>
- Ministerio de Salud. (2022). Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020, 17 de junio). *COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
- Pizarro, C. (2023). El impacto de la pandemia del COVID-19 en los migrantes intrarregionales en América Latina: Acentuación de desigualdades. En *Teseo* (pp. 53-70). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=33351&capitulos=yes&detalles=yes&capit_id=10733887
- Presidencia de la Nación Argentina. (2020). *Decreto N° 297/2020: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y sus diferentes prórrogas y actualizaciones*. Publicado en el Boletín Oficial.
- Ramacciotti, K. (2021). *La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(1), 301-305. https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Dnybf6tfjtZDgZhvQB7hdGv/?utm_source=chatgpt.com
- Rubinstein, Lieutier, Segal y Marchioni (2021). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en las condiciones de vida de las personas migrantes en la Argentina* (1a ed.). Organización Internacional para las Migraciones (OIM). https://doi.org/ISBN_978-987-46470-7-8.

<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-abierta-interamericana/sociedad-salud-y-estado/2021-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-en-las-condiciones-de-vida-de-las-personas-migrantes-en-la-republica-argentina/93156146>

- Tobar, M. (2015). Salud y cuestión social. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 11-22). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Tobar, M. (2015). Modelos de organización de los sistemas de salud. En Gestión territorial integrada para el sector salud (pp. 23-34). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Ventura, D. (2016). El impacto de las crisis sanitarias internacionales en los derechos de los migrantes. Sur - International Journal on Human Rights. <https://sur.conectas.org/es/el-impacto-de-las-crisis-sanitarias-internacionales-en-los-derechos-de-los-migrantes/>
- Yufra, Laura Cristina; Migraciones y movilidades: pensando la pandemia en y desde Jujuy; Teseo; 2023; 27-38