

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Spring 2024

### **Acceso a la salud de mujeres migrantes venezolanas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2024) / Female Venezuelan Migrants' Access to Healthcare in Autonomous City of Buenos Aires (2024)**

Karen Gonzalez  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Clinical and Medical Social Work Commons](#), [Health Services Research Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Migration Studies Commons](#), [Women's Health Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

---

#### **Recommended Citation**

Gonzalez, Karen, "Acceso a la salud de mujeres migrantes venezolanas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2024) / Female Venezuelan Migrants' Access to Healthcare in Autonomous City of Buenos Aires (2024)" (2024). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3828.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3828](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3828)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

Acceso a la salud de mujeres migrantes venezolanas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2024)  
Female Venezuelan Migrants' Access to Healthcare in Autonomous City of Buenos Aires (2024)

Karen Gonzalez

Tutor Académico: Martin Güelman

Spring 2024

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

27 de mayo de 2024

School for International Training, Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

### **Resumen:**

Esta investigación se enfoca en indagar y describir el acceso al sector de salud en la población de mujeres migrantes venezolanas con trabajos como monotributistas que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En la última década, Venezuela se ha enfrentado a una crisis económica y humanitaria. Esta crisis ha provocado una ola de migración sin precedentes por todo el mundo. Dentro del Cono Sur, Argentina se cataloga como el sexto país receptor de migrantes venezolanos. Considerando las leyes de migración y el sistema de salud universal en Argentina, me propuse describir las barreras de acceso a la salud en mujeres migrantes venezolanas. A través de un estudio cualitativo, entrevisté a cuatro migrantes venezolanas, de entre 18 y 39 años, quienes habían residido menos de 6 años en CABA. Al aplicar un modelo de barreras de acceso a la salud, analicé sus experiencias. Las barreras de acceso que identifiqué fueron geográficas, económicas, administrativas, culturales y de aceptabilidad. Mis hallazgos indicaron que la condición de migrante y las comparaciones con el sistema de salud venezolano, impactan en su acceso al sistema de salud en Argentina. Esta investigación enfatiza la importancia de contextualizar la identidad del migrante para prestar servicios que sean sensibles a la cultura del migrante. De tal forma, se puede atender efectivamente las necesidades de la población migrante venezolana en Argentina.

**Abstract:**

This study aims to explore how female Venezuelan immigrants with independent jobs access the healthcare system in the city of Buenos Aires. In the last decade, there has been an ongoing economic and humanitarian crisis in Venezuela. This crisis has prompted an unprecedented wave of immigration across the globe. Within South America, Argentina ranks sixth as a recipient for Venezuelan immigrants. Considering Argentina's universal health care system and its immigrations laws, I sought out to describe the barriers to access that female Venezuelans face when approaching the health care system. Through a qualitative study, I interviewed four Venezuelan women between the ages of 18-39, who had resided in Argentina for less than six years. By applying barriers to access models, I analyzed their experiences. I found the dimensions of their barriers to be geographical, economical, administrative, cultural, and acceptability based. The findings indicate that the participants' migrant identities and frequent comparisons to the Venezuelan health care system, heavily impacted their perceptions and access to the Argentinian health care system. This study emphasizes the importance of contextualizing migrant identities to create culturally sensitive health care services, and better tend to the needs of the Venezuelan community in Argentina.

### **Agradecimientos:**

Quisiera empezar dando gracias a las entrevistadas por abrirse a compartir sus experiencias como migrantes en Buenos Aires. Sin su participación, este informe no se hubiera llevado a cabo. Gracias por su confianza en mí para representarlas y redactar sus experiencias.

Gracias a mi tutor académico, Martin Güelman, por todo su apoyo y orientación durante este proceso. Cuando entraba a su oficina sin saber cómo abordar los siguientes pasos de mi investigación, siempre conté con su colaboración. Gracias por valorar el tema de mi investigación y creer en mí para realizarlo. La bibliografía que me brindaste fue de mucha ayuda para establecer un sólido marco sobre el cual basar mi análisis. Estoy enormemente agradecida por su atención detallada a cada pregunta y borrador que le hacía.

Gracias a mi tutor de español, Lucas Brockenshire, por su paciencia y comprensión. Gracias por asegurarse de que me comunicara efectivamente en español, siendo elocuente y concisa. Y de tal forma honrar las historias de las entrevistadas.

Gracias a Valeria Lliubaroff, por creer en mi proyecto y brindarme el apoyo necesario. Siempre estuvo pendiente de cualquier ayuda que necesitaba. Sentí un gran compromiso de su parte en refinar mis ideas y encontrar los primeros contactos para las entrevistas. Su proactividad me inspiró. Vaya mi gratitud también a Ana Clara, Dana Merwaiss y Mariano San Martin por toda su retroalimentación y por acompañarme desde el inicio de mis ideas. Reciban mi agradecimiento, todos los profesionales, profesores y voluntarios que nos acompañaron durante el período de aprendizaje del programa. De Argentina me llevo todas sus enseñanzas.

Por último, quiero darle las gracias a mi mamá anfitriona, Patricia. Gracias por abrirme las puertas a su casa y familia. Estoy eternamente agradecida por haberme hecho sentir tan cómoda, como si fuera una integrante más de su familia. Extrañaré las largas conversaciones y risas que compartimos durante la cena.

## Indicé

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b><i>Resumen:</i></b> .....                                                      | <b>2</b>  |
| <b><i>Abstract:</i></b> .....                                                     | <b>3</b>  |
| <b><i>Agradecimientos:</i></b> .....                                              | <b>4</b>  |
| <b><i>Indicé</i></b> .....                                                        | <b>5</b>  |
| <b><i>Introducción:</i></b> .....                                                 | <b>7</b>  |
| <b><i>Definición de objetivos de investigación</i></b> .....                      | <b>10</b> |
| <b><i>Marco Teórico</i></b> .....                                                 | <b>10</b> |
| <b><i>Estrategia Metodológica:</i></b> .....                                      | <b>13</b> |
| <b><i>Consideraciones éticas</i></b> .....                                        | <b>14</b> |
| <b><i>Análisis</i></b> .....                                                      | <b>16</b> |
| <b>Descripción de las participantes</b> .....                                     | <b>16</b> |
| <b>Tabla de descripción de las participantes:</b> .....                           | <b>18</b> |
| <b>Resultados:</b> .....                                                          | <b>19</b> |
| <b>Autopercepción de estado de salud y utilización de sistemas de salud</b> ..... | <b>19</b> |
| <b>Conocimiento previo sobre el sistema de salud argentino:</b> .....             | <b>21</b> |
| <b>Utilización de servicios médicos en CABA:</b> .....                            | <b>22</b> |
| <b>Barreras de acceso:</b> .....                                                  | <b>24</b> |
| Barreras geográficas: .....                                                       | 24        |
| Barreras económicas .....                                                         | 25        |
| Barreras administrativas .....                                                    | 26        |
| Barreras de aceptabilidad .....                                                   | 28        |
| Barreras culturales.....                                                          | 30        |
| <b>El sistema de salud en Venezuela</b> .....                                     | <b>31</b> |

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Calidad de atención en Argentina en comparación con Venezuela ..... | 32 |
| <i>Conclusión</i> .....                                             | 34 |
| <i>Apéndice A: Consentimiento informado</i> .....                   | 35 |
| <i>Apéndice B: Guía de entrevistas</i> .....                        | 36 |
| <i>Referencias</i> .....                                            | 40 |

## **Introducción:**

En la última década, Venezuela se ha enfrentado a una crisis económica, con efectos que van más allá de lo económico, causando una emergencia humanitaria (Gissi et al., 2021). A raíz del déficit económico, la infraestructura de Venezuela ha decaído y los venezolanos se están enfrentando a situaciones de alta carencia. La falta de acceso a recursos básicos y el aumento en la inseguridad, han empeorado el bienestar y condiciones de vida de los venezolanos (Gandini y col., 2019). Al verse en esta situación de extrema inestabilidad, más de 8 millones de venezolanos se han visto sin ninguna otra opción excepto emigrar (Ministerio del Interior Argentina, 2023). La migración es una puerta, que detrás contiene la esperanza de mejorar sus expectativas de vida y proveer para sus familias. Desde 2017 hasta ahora, los países del Cono Sur han recibido grandes afluencias de migrantes venezolanos (Gandini y col., 2019). De los países de Latinoamérica, Argentina ocupa el sexto puesto como receptor de migrantes venezolanos, con alrededor de 220 mil migrantes (Ministerio del Interior Argentina, 2023). Esta ola de migración ha ocurrido a una velocidad y magnitud sin precedentes.

La migración venezolana en Argentina es muy distintiva y con características que los destacan a comparación con previos grupos de migrantes (Gandini y col., 2019). Se ha descrito que la población de migrantes venezolanos en Argentina tiende a ser de jóvenes, activos y con altos niveles de formación profesional (Mercer, 2019; Nicolao y col., 2022). Según la encuesta nacional migrante de Argentina (ENMA), (Nicolao y col., 2022), se dio a conocer que el 76.37% de la población tiene menos de 40 años, y más del 50% son de alto nivel de formación educativa y calificación (Ministerio del Interior Argentina, 2023). Muchos mantienen sus deseos de seguir sus vidas profesionales en Argentina y ello es una de las razones por las cuales escogen Argentina como país de destino (Mercer, 2019). Sin embargo, a pesar de sus deseos de continuar trabajando en sus antiguos campos de trabajo/estudio, se observa que la mayoría tiende a estar sobrecalificados para los empleos que asumen y trabajan en sectores diferentes a sus profesiones originales. Por ejemplo, la mayoría de los encuestados de la ENMA reportó trabajar en el sector de gastronomía, comercialización, educación o trabajos en casas particulares (Nicolao y col., 2022). Muchos de estos trabajos están por debajo de sus calificaciones profesionales, pero la necesidad económica los lleva a aceptar estos tipos de puestos (Nicolao y col., 2022). Por ende,



muchos de los migrantes se encuentran en el sector laboral informal o trabajando de forma independiente.

Otra característica de la población venezolana en Argentina es que es casi igualitaria en cuestión de género. Según la encuesta nacional migrante de Argentina (ENMA), el 51% de la población es femenina (Nicolao y col., 2022). Sin embargo, en comparación con otros países del Cono Sur que han sido receptores de una mayor cantidad de migrantes masculinos, se podría decir que la ola de migrantes en Argentina es más feminizada.

Como Argentina es un país que ha recibido diversas olas migratorias (Ministerio del Interior Argentina, 2023), se ha creado legislación sobre los derechos de los migrantes y protocolos para enfrentar situaciones a las que ellos se pueden enfrentar durante su estadía. El artículo, “Migración venezolana reciente en Argentina: una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo” (Dolores Linares, 2021) hace referencia a ley de migraciones 25.871 y a las políticas públicas que afectan a los migrantes. La ley de migraciones 25.871 fue sancionada en 2004 con la intención de regular y brindar derechos a personas migrantes mientras permanecen en Argentina (Debandi y col., 2021; Ministerio del Interior Argentina, 2023). En esta ley hay varios artículos que hacen referencia específica a cuestiones de salud, en base a la perspectiva de que la salud es un derecho humano. En el artículo 6, se afirma que los migrantes pueden ejercer los mismos derechos de salud que los ciudadanos argentinos. En el artículo 8, se denota de forma explícita que a los migrantes no se le puede negar el acceso a la salud, y que se les debe brindar toda la información necesaria durante su atención médica. En el artículo 23, se discute la capacidad de que los migrantes adquieran un estatus de residente temporario, llegado el caso que necesiten un tratamiento o seguimiento médico. Al tener este conocimiento se puede considerar qué tipo de discrepancias existen entre los derechos que otorga la ley y la realidad de cómo se implementan.

Cuando se pregunta por una definición del sistema de salud en Argentina, se tiende a decir que es un sistema segmentado y fragmentado, el cual conlleva a desigualdades (Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: Reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*.

; Diaz-Muñoz, 2021). Argentina tiene un sistema de salud universal con tres subsectores: publico, seguridad social y privado (Diaz-Muñoz, 2021). El sector público es gratuito y financiado por la nación, provincias, y municipios. En teoría, toda la población tiene acceso al sector público. Pero se podría decir que el sector público es principalmente usado por poblaciones vulnerables y sin trabajos formales. Por otro lado, el sector de seguridad social cubre a las poblaciones de trabajadores públicos y privados con posiciones formales, ya que está vinculado con las obras sociales nacionales y provinciales. Este sector es financiado por los aportes de los mismos trabajadores y empleadores. Por último, el sector privado, cubre a aquellos con capacidad de pagar. Por ende, tiende a ser más accesible para individuos con mejores ingresos económicos que pueden cubrir los gastos. Cuando pensamos en las experiencias de los migrantes venezolanos, es probable que sus situaciones laborales los predisponga a hacer uso del sector público o de pagar por consultas de forma particular.

El estado de “migrante” tiene implicaciones amplias para la salud y el acceso a la salud. Por un lado, el proceso de migración está acompañado con un nuevo ambiente, cultura, recursos y redes, lo cual tiene sus propios efectos en la salud de un individuo (Rojas-Milano y col., 2021). Por otro lado, el acceso a la salud también es afectado por su nueva identidad de “migrante” (Elia, 2012). De tal forma se debe considerar cómo el sistema de salud en Argentina promueve u obstruye el acceso a la salud para migrantes. Según la ENMA, el 63% de los venezolanos encuestados dependen únicamente del sector público para recibir atención médica y solo el 26% tiene una obra social (Nicolao y col., 2022). Otro dato llamativo de la encuesta es que mientras que el 63% se ha atendido en guardias o hospitales, solo un 22% accede a centros locales de atención primaria (Nicolao y col., 2022). En Argentina, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) se pueden definir como los primeros niveles de atención de salud y puerta de entrada (Diaz-Muñoz, 2021). Estos centros están diseñados para ser accesibles a las comunidades y tratar a pacientes con condiciones de baja complejidad. Según los datos, los migrantes venezolanos acuden al sistema de salud durante momentos de urgencia y no están haciendo uso frecuente de la atención primaria, la cual les podría brindar una atención integral y preventiva. Por ende, es de alta relevancia investigar cómo los migrantes venezolanos acuden al sistema de salud en CABA y qué tipos de barreras encuentran a raíz de su condición de migrante.

Debido al sistema de salud universal en Argentina, me interesa indagar los obstáculos que enfrentan las mujeres inmigrantes venezolanas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) al acceder al sistema de salud. Teniendo en cuenta el perfil demográfico de los migrantes venezolanos en Argentina, me enfocare en el grupo etario con menos de 40 años y que trabajan de forma independiente o como monotributistas. Quisiera explorar como un grupo con características determinadas, cómo mujeres inmigrantes venezolanas, han experimentado el acceso a la salud universal en Argentina.

### **Definición de objetivos de investigación**

Mi objetivo general es:

Indagar el acceso al sector de salud de la población de mujeres inmigrantes venezolanas quienes trabajan como monotributistas y residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Mis objetivos específicos son:

1. Caracterizar la frecuencia y motivaciones por las cuales las mujeres inmigrantes venezolanas acuden al sistema de salud en CABA
2. Analizar las experiencias de las mujeres migrantes venezolanas monotributistas en CABA con el sector salud de acuerdo en relación a barreras de acceso a la salud.
3. Describir cómo sus identidades como inmigrantes venezolanas monotributistas afectan sus experiencias y percepciones del sector de salud.

### **Marco Teórico**

En esta investigación, voy a tomar un enfoque sociocultural para analizar a las inmigrantes venezolanas y su acceso a la salud en CABA. Para esto aplicaré un modelo de barreras de acceso a la salud. Con los años, investigadores han identificado una gran cantidad de barreras de acceso a la salud. Según el artículo, “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, los investigadores lograron recopilar la existencia de 230 barreras de acceso (Hirmas Adaury y col., 2013) En busca de estudiar estas barreras de acceso a la salud, se han desarrollado diversos tipos de modelos. Por lo tanto, existen muchas definiciones e interpretaciones sobre cómo catalogarlas e interpretarlas. El artículo, también

resumió algunos de estos modelos, con la intención de encontrar cuál se puede utilizar, para categorizar por dimensiones, el alto volumen de barreras de acceso (Hirnas Adauy y col., 2013). Los investigadores hicieron uso del “Modelo de Cobertura Efectiva” de Tanahashi (1978), con las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. Según este modelo, la *disponibilidad* está definida como la existencia de servicios, recursos, insumos, personal y atención; la *accesibilidad* se refiere a barreras físicas, geográficas y temporales; la *aceptabilidad* está relacionada con cómo los valores, ideologías y culturas del individuo afectan su modo de relacionarse con el sistema de salud; el *contacto* involucra la calidad de atención y experiencias con el servicio; y *cobertura efectiva* hace referencia a la efectividad del sistema en responder a las problemáticas de salud de un individuo. Disponibilidad, accesibilidad y cobertura efectiva están directamente relacionados con las condiciones y la función del sistema de salud, mientras que aceptabilidad y contacto se enfocan en el individuo y su participación. Al utilizar este modelo, los investigadores encontraron que las 230 barreras cabían dentro de las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto. Por ende, el modelo de Tanahashi puede ser lo suficiente integral y efectivo para analizar barreras de acceso.

El artículo, “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” postula la idea de que para analizar el acceso a la salud se debe considerar la relación complementaria entre los usuarios del sistema de salud y el sistema de salud (Comes y col., 2007). En el artículo los investigadores utilizan dimensiones y definiciones similares a las de Tanahashi, pero con un enfoque en el vínculo entre los usuarios y el sistema de salud. Ellos identifican las siguientes dimensiones: geográficas, barreras físicas para acceder a la salud; económicas, barreras para movilizarse y costear servicios médicos; administrativas, barreras para la estructura y ordenamiento del sistema de salud; culturales, barreras por diferencias culturales entre usuarios y agentes del sistema de salud; y simbólicas, en relación con la percepción del sistema de salud según ideologías individuales. Para abordar el análisis de barreras de acceso en migrantes venezolanos, es útil considerar como los dos agentes, los migrantes venezolanos y el sistema de salud en CABA, se complementan.

Cuando se trata de analizar poblaciones de migrantes, se puede abordar desde la identidad. La interseccionalidad de la identidad se refiere a todas las múltiples esferas de

identidad a la que puede pertenecer un individuo, y cómo sus identidades afectan sus experiencias y posición en una sociedad determinada en un momento histórico (Crenshaw, 1989). Debemos ser conscientes de cómo la identidad de venezolanas migrantes afecta su acceso a la salud en CABA. Por lo tanto, cualquier explicación se debe fomentar desde un lente que contextualice sus identidades como migrantes (Yáñez, 2018). En el pasado ha habido investigaciones como, “Población Migrante y Acceso a la Salud. Reflexiones a partir de la intervención del Trabajo Social en una sala de Clínica Médica” (Elia, 2012), que han analizado la población migrante y su acceso a la salud en CABA. Este estudio fue llevado a cabo en una sala clínica de hombres para analizar las brechas existentes entre lo que establece la ley de migraciones 25.871 y la realidad concreta con la que se enfrenta esta población cuando busca atender sus problemáticas de salud. De tal forma detalla los obstáculos de los hombres migrantes en acceder al sistema de salud en CABA y como el rol del Trabajo Social puede influir en minimizar las brechas.

En los últimos años, se han publicado investigaciones que intentan analizar la situación de los migrantes venezolanos en Argentina. Estos estudios han denotado la importancia de los estudios cualitativos para recopilar las perspectivas e historias de los migrantes venezolanos (Debandi y col., 2021). Por ejemplo, el artículo, “Estudio sobre migración venezolana reciente en Argentina” (Ministerio del Interior Argentina, 2023) se enfoca en cuatro ejes o marcos para caracterizar la población venezolana: integración, redes de migrantes, capital social, y perspectiva etnográfica. El informe tenía varios objetivos, y entre ellas estaba el acceso a la salud y la percepción sobre la condición de migrante. El estudio utilizó entrevistas y análisis cualitativos para generar sus resultados e interpretaciones. La mayoría de los entrevistados reportaban experiencias positivas, especialmente con sus posibilidades de asegurar trabajo, vivienda, y estado legal. Según esta investigación, la mayoría estaban satisfechos con la atención médica y tenían obra social. En esta investigación no había mucha diversidad entre los participantes. La mayoría de los entrevistados ya habían residido en Argentina varios años, tenían trabajos formales con puestos relacionados a su formación educativa y tenían acceso a obras sociales. Según Nicolao y col. (2022), el tiempo de residencia es una variable que tiene un gran efecto en la experiencia actual de los migrantes. Por ende, creo que aún hay otras avenidas

para explorar, especialmente en cuestión de migrantes venezolanas con trabajos como monotributistas y con menos años de residencia en CABA.

### **Estrategia Metodológica:**

Para abordar los objetivos de esta investigación inductiva, utilicé una perspectiva exploratoria y descriptiva. Utilice las experiencias personales como referente empírico. Por ende, fue adecuado llevar a cabo una investigación cualitativa, con entrevistas exclusivamente para inmigrantes venezolanas entre 18 y 39 años quienes han residido en CABA por un período no mayor a 6 años, con trabajos monotributistas y sin relación de dependencia. Realice cuatro entrevistas monotributistas. También hice una quinta entrevista, pero la participante indicó trabajar en relación de dependencia, y a resulta

Por intermedio de los directores del programa SIT, conseguí contactos preliminares con acercamientos a la comunidad inmigrante venezolana en CABA. Luego de tener una entrada a la comunidad, utilicé la estrategia de bola de nieve para formar mi universo de estudio.

En busca de más participantes, por intermedio de cuentas de Instagram de grupos de migrantes venezolanos en Buenos Aires, le envié mensajes a seguidoras e integrantes de estos grupos. Los mensajes los mandé de forma aleatoria a mujeres venezolanas que indicaban vivir en Buenos Aires. El mensaje explicaba los objetivos de mi investigación y preguntaba sobre la disponibilidad de participar en una entrevista. Por intermedio de este método, logré que tres mujeres me respondieran y mostraran interés en mi proyecto. Sin embargo, de estas tres ninguna aceptó en participar con una entrevista. A pesar de no haber participado, una de las mujeres me brindó un dato sobre una clínica privada, fundada y empleada por profesionales venezolanos. Ella me indicó que la mayoría de las pacientes atendidas en esta clínica son mujeres venezolanas. Al tener este dato, me acerqué a la clínica por intermedio de Instagram, y ellos me contestaron de forma oportuna. Ellos aceptaron que yo visitara la clínica y que realizara entrevistas a las pacientes que daban su consentimiento. Las pacientes fueron entrevistadas mientras esperaban ser atendidas, en un espacio físico y privado que me brindó la clínica. Para las entrevistas utilicé una guía de preguntas que incluía sus experiencias sobre sus identidades, historias migratorias, acceso a la salud y discriminación (Apéndice B). Todas las entrevistadas firmaron un formulario de consentimiento informado (Apéndice A). Las entrevistas tuvieron una duración entre 30 a 45 minutos. Con la excepción de las entrevistas que ocurrieron en la clínica, todas las entrevistas

fueron de forma virtual por la plataforma de videollamadas *Zoom*. Luego de concluir y transcribir las entrevistas, codifiqué las entrevistas con Microsoft Excel, para encontrar mis temas de enfoque. Las experiencias las dividí según los siguientes ejes:

- Autopercepción de salud actual
- Experiencias positivas con el sector público
- Experiencias negativas con el sector público
- Motivación para acercarse al sistema de salud
- Frecuencia con que se acerca al sistema de salud
- Uso de servicios privados
- Conocimiento previo del sistema de salud argentino
- Comparación entre el sistema de salud de salud argentino y el sistema de salud venezolano
- Influencia del estatus de migrante en la percepción de calidad de atención médica
- Experiencias con médicos venezolanos en Argentina

Para analizar las entrevistas, utilice una combinación de las dimensiones del modelo de Tanahashi (1978) y las de Comes y sus colegas (2007). Para las barreras geográficas económica y administrativas, utilizare las definiciones de Comes y col. Las barreras administrativas serán analizadas en conjunto con la definición de disponibilidad de Tanahashi. La barrera de aceptabilidad la evaluaré de acorde a la definición de Tanahashi. Por último, al analizar migrantes me parece importante analizar estrictamente las barreras culturales en vez de la amplia barrera simbólica de Comes y sus colegas (2007).

### **Consideraciones éticas**

Al realizar un estudio con entrevistas y experiencias personales, seguí los códigos de ética de la AAA (American Anthropological Association). Tuve presente los ejes de los códigos, como el consentimiento informado, el anonimato, la confidencialidad, la reciprocidad y minimizaré los riesgos de participación. El universo del estudio fueron cuatro mujeres inmigrantes venezolanas con trabajos informales. Las entrevistas tuvieron entre 30 a 45 minutos, con preguntas sobre sus experiencias como inmigrantes venezolanas en Argentina, sus historias y motivos para inmigrar y cómo perciben el acceso a la salud en Argentina. Antes del comienzo de

la entrevista, las participantes recibieron una copia de formulario de consentimiento informado. Al contar sus experiencias personales, tomé precauciones para proteger el anonimato y la confidencialidad de las participantes. Aunque las entrevistas fueron grabadas vía Zoom, la plataforma cuenta con un sistema encriptado para asegurar la privacidad. Las entrevistas fueron guardadas en mi nube personal de OneDrive asociada a mi cuenta de SIT, utilizando mi computadora personal. Las transcripciones fueron citadas de forma literal, sin incluir información personal. Los nombres, las fechas y los datos específicos fueron censurados para no divulgar la identidad de la participante o de cualquier tercero. Para proteger la identidad y confidencialidad de las participantes durante la sección de análisis, utilice seudónimos. Luego de concluir la transcripción, las grabaciones fueron borradas de mi OneDrive y de mi computadora personal. Las entrevistas solo se utilizarán para esta investigación y no para otros propósitos que no estén previamente acordados en el consentimiento informado. La información no se compartirá con terceros, excepto mi tutor, quien asume las mismas condiciones de confidencialidad al asistirme en la investigación. En este estudio no hubo riesgos emocionales ni físicos. Llegado el caso de que la entrevistada se sintiera conmovida o incómoda con alguna pregunta, tenía la opción de concluir la entrevista. En cuestión de reciprocidad, seré transparente con las entrevistadas y tendrán la oportunidad de recibir una copia de mi informe final.



## **Análisis**

### **Descripción de las participantes**

Las participantes entrevistadas eran migrantes venezolanas de entre 28 y 37 años que residen en CABA desde hace seis años o menos. Dos participantes son madres con hijos menores de edad y migraron con sus hijos. Todas expresaron que habían emigrado debido a la crisis económica en Venezuela. Por ende, sus motivos eran económicos y profesionales. Todas habían obtenido un título universitario en Venezuela antes de emigrar, pero no todas consideran que han logrado conseguir trabajos en CABA que estén directamente relacionados con su título universitario.

Dos de las entrevistadas, las participantes 1 y 2, se habían capacitado para ser enfermeras en Venezuela, y hoy en día son enfermeras domiciliarias en CABA. La participante 1 ha logrado revalidar su título sin mucha dificultad, pero la participante 2 expresó que el trámite se demoró casi un año. Las participantes 1 y 2 son monotributistas, y por ende pagan sus propios impuestos. Mientras que la participante 1 no tiene acceso a una obra social, la participante 2 hace aportes a una obra social. Sin embargo, por intermedio de un trabajo previo como vacunadora clínica, la participante 1 ha tenido la experiencia de tener una obra social.

La participante 3 se había graduado con un título en construcción civil, y trabajaba en el sector de infraestructura del metro de la ciudad en Venezuela. Sin embargo, al emigrar encontró dificultades para validar su título. En estos momentos, está vendiendo comidas por su sitio web y, en ocasiones, también sale a las calles a vender. Ella trabaja como monotributista sin relación de dependencia. Por intermedio de su esposo tuvo acceso a una obra social, pero ya hace cuatro años que no la tiene.

La participante 4 estudió y se recibió como psicóloga en Venezuela. Ella cuenta que ha tardado en revalidar su título para poder ejercer su profesión legalmente como psicóloga. La tardanza se debe a que está esperando que una universidad argentina evalúe su matrícula y los trabajos prácticos que le faltaba completar. Durante la semana, trabaja como acompañante terapéutica. Sin embargo, los sábados, en una clínica privada dirigida por profesionales

venezolanos, le permiten ejercer como psicóloga y atender a pacientes. La participante 4 también es monotributista y nunca ha tenido la experiencia de tener una obra social.

### Tabla de descripción de las participantes:

| Seudónimo        | Edad | Años de<br>residencia<br>en CABA | Nivel educativo | Ocupación en Venezuela                              | Ocupación en Buenos<br>Aires                   | Trabaja como<br>Monotributista o en<br>Relación de<br>dependencia | Obra social |
|------------------|------|----------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Alejandra</b> | 36   | 6                                | Universitario   | Enfermera                                           | Enfermera domiciliaria                         | Monotributista                                                    | sí          |
| <b>María</b>     | 30   | 6                                | Universitario   | Enfermera                                           | Enfermera domiciliaria                         | Monotributista                                                    | sí          |
| <b>Angela</b>    | 37   | 6                                | Universitario   | Sector de Infraestructura<br>del metro de la ciudad | Vende comidas por su<br>sitio web              | Monotributista                                                    | no          |
| <b>Carmen</b>    | 28   | 4                                | Universitario   | Psicóloga                                           | Acompañante terapéutica<br>y psicóloga clínica | Monotributista                                                    | no          |

## **Resultados:**

Los siguientes apartados contienen los temas que utilicé para analizar el acceso a la salud en mujeres migrantes venezolanas en CABA. De primero describí la autopercepción de sus estados de salud y cuanto frecuentan el sistema de salud. Después imploré sobre sus conocimientos previos del sistema de salud argentino. De tercero me enfoqué en sus motivaciones para acudir a servicios médicos. En base a estas experiencias, utilicé las definiciones de *barreras de acceso* para identificar barreras geográficas, económicas, administrativas, culturales y de aceptabilidad. Por último, utilicé comparaciones de las participantes para hallar similitudes y diferencias entre el sistema de salud venezolana y argentino.

### **Autopercepción de estado de salud y utilización de sistemas de salud**

Para poder caracterizar cómo las migrantes venezolanas auto perciben su salud y por ende, la necesidad y frecuencia para utilizar servicios médicos, les pregunté: ¿“Como definirías tu estado de salud en estos momentos?” A esta pregunta, Alejandra contestó:

En estos momentos, regular. [ríe] Sí, regular porque estaba teniendo unos episodios de hipertensión un poco complicados. Pero. Pero bueno, o sea, en términos generales bien, exceptuando eso. (Alejandra, 36, Enfermera domiciliaria)

Alejandra inicialmente describe su estado de salud como regular y luego hace mención de una condición médica. Sin embargo, concluye autoevaluando que su estado de salud se encuentra “bien”. A pesar de su condición médica, cuando le pregunté sobre su uso de servicios médicos, me contestó:

Por ser personal de salud, es poco lo que... Tiene que ser algo muy extraordinario que escape de mis manos. Eh, pero por lo menos trabajando en una salita donde estoy con médicos, de repente si me sentía con algún dolor o algo, le consultaba a mis compañeros

allí, al médico que estuviese de guardia. Y ya, al menos que fuese algo más grande de mandar a hacer un estudio o algo, ahí sí me iba a la clínica. (Alejandra, 36, Enfermera domiciliaria)

Alejandra dice que no acude a buscar atención médica a no ser que ella piense que su situación es extraordinaria o “más grande”. Aquí también vemos que su profesión como personal de salud y la ventaja de haber trabajado como vacunadora le brindan la oportunidad de consultar con agentes de salud, de manera informal. En otra ocasión, Alejandra hizo mención de que acudió al sistema de salud una vez, por un dolor que se debía a un esguince. Se podría decir que una situación de dolor físico puede ser razón suficiente para que ella busque atención médica. Sin embargo, a resultas de su autoevaluación de buena salud y sus antecedentes profesionales, Alejandra no acude al sistema de salud con mucha frecuencia.

Cuando le hice la pregunta sobre su estado de salud a María, ella se catalogó como saludable y describió algunos comportamientos que apoyan su autoevaluación. Ella contestó:

Ya ahora tengo 30, considero que soy saludable, además practico mucho deporte. (María, 30, Enfermera domiciliaria)

María expresó que debido a su estatus como persona saludable, ella no se acerca al sistema de salud con frecuencia. Cuando le pregunté si se ha acercado al sector público en alguna ocasión, ella respondió que solo se acercó al sistema público en una ocasión para aplicarse una vacuna. Ella tampoco utiliza su obra social y rara vez usa el sector privado.

Yo solo utilizo el sector privado ahora. Si necesito algo en específico, que es muy rara vez, ehh, voy directamente a algún, alguna institución que me permita pagar en el momento. (María, 30, enfermera domiciliaria)

Al percibirse como saludable, María no observa una necesidad para acercarse al sistema de salud, y por ende solo busca servicios médicos cuando tiene una consulta específica. Carmen

expresa actitudes similares a las de María. Ambas utilizan la palabra “sano” para describir su estado de salud y ninguna aseveró que fuera al médico con frecuencia. Aquí volvemos a ver una relación indirecta entre la autopercepción de salud y la utilización de servicios médicos.

A diferencia de las otras participantes, Angela explica cómo su condición médica no le permite afirmar que tiene un buen estado de salud. Cuando le pregunté a ella sobre su estado de salud, respondió:

En este momento es complicado. Porque, mira, estaba sufriendo como algo del colon [...] Cuando el doctor me la va dar [hace referencia a una cita médica] me dice que era un año y medio para que me dieran el turno. [...] (Angela, 37, Vendedora de comidas)

Angela no nombro de manera directa su estado de salud, pero dice que es “complicado”. En este caso, vemos que a consecuencia de su autoevaluación de salud, ella percibe una necesidad para acudir al sistema de salud. Sin embargo, el personal médico no considera que esta condición amerite ser vista de inmediato y la citan para dentro de un año. Cuando le pregunté sobre la frecuencia con la que ve a un médico, ella contestó:

Ahorita no porque como esto también hay que dedicarle tiempo (Angela, 37, vendedora de comidas).

Como resultado de la brecha entre su necesidad y la atención médica disponible, la Angela concluye que no ve un médico con frecuencia. El acudir a servicios médicos significa tener que disponer de mucho de su tiempo, lo cual la disuade de persistir con la búsqueda.

### **Conocimiento previo sobre el sistema de salud argentino:**

Cuando las personas tienen conocimiento sobre los recursos disponibles y los derechos que se les otorga, es probable que utilicen y ejerzan sus derechos con seguridad. Me propuse preguntarle a las entrevistadas sobre su conocimiento previo del sistema de salud argentino. De

tal forma también quería saber si su conocimiento sobre el sistema de salud influyó en su decisión de migrar a Argentina. Todas las participantes dijeron que no sabían nada o sabían muy poco sobre el sistema de salud y su organización. Algunas, como las Alejandra y Maria, sí tenían un poco de conocimiento debido a comentarios de sus familiares y amigo que residían en Argentina. Pero afirmaron que entendieron cómo funcionaba el sistema de salud después de haber llegado a CABA y adquirido experiencias de primera mano con el sector de salud.

Cuando le pregunte sobre el tema, Alejandra dijo:

Mira, no sabía nada, nada de nada, o sea, yo llegué a la buena de dios y bueno, empezar de cero (Alejandra, 36, enfermera domiciliaria).

Se podría afirmar que las participantes tenían un conocimiento limitado sobre el sistema de salud, y que no migraron por razones de salud. Sus principales motivaciones para emigrar eran en busca de una mejoría económica, debido a la crisis económica en Venezuela. Por ende, el acceso la posibilidad de acceder al sistema de salud en Argentina no era una prioridad en esos momentos. La prioridad era salir de una situación de escasez en Venezuela.

### **Utilización de servicios médicos en CABA:**

Todas las participantes, han buscado algún tipo de atención medica durante los años que han residido en CABA. Todas las participantes han utilizado, el sector público de salud. Sin embargo, ninguna hace uso exclusivo del sector público de salud; es decir que todas han experimentado con el sector público, obra social y/o privada. Las motivaciones para acercarse al sector público variaban. Alejandra ha tenido la experiencia de llevar a su hija menor a ser atendida en una guardia del sector público debido a una complicación respiratoria. Y ella también ha asistido al sector público de forma personal, yendo al hospital por una dolencia. Angela acudió al sector público durante su tercer embarazo y recientemente buscó atención para su problemática del colon. Carmen solo se acercó a la guardia en una ocasión, debido a una enfermedad respiratoria. Por sus respuestas, se nota un patrón: las mujeres solo utilizan el sector

público de salud durante emergencias médicas o problemáticas evidentes de salud. Casi siempre que se acercaban era por una complicación por la que terminaban por ir a la guardia. Ninguna expresó utilizar el sector público de forma rutinaria con la excepción de Angela, quien hizo el seguimiento de su tercer embarazo en el sector público.

A pesar de que todas tienen la opción de atenderse en el sector público, la mayoría expresó una preferencia hacia el sector privado, especialmente para llevar a cabo consultas o exámenes de rutina. Cuando le pregunté a Carmen cómo accede a exámenes y controles, ella me dijo:

Sí, sí he tenido, me he hecho exámenes de sangre, todo esto, placas, todo, pero todo lo he hecho por privado (Carmen, 28, acompañante terapéutica).

Aunque ella puede usar el sector público y hacerse los exámenes de forma gratuita, ella asegura que todos los exámenes los hizo en el sector privado.

Durante el tiempo que Alejandra trabajó como vacunadora, su ambiente de trabajo le daba la oportunidad de atender sus problemáticas de salud de forma poco convencionales:

Eh, pero por lo menos trabajando en una salita donde estoy con médicos, de repente si me sentía con algún dolor o algo, le consultaba a mis compañeros allí, al médico que estuviese de guardia. Y ya, al menos que fuese algo más grande de mandar a hacer un estudio o algo, ahí sí me iba a la clínica (Alejandra, 36, enfermera domiciliaria).

Su trabajo como vacunadora afectaba cómo y cuándo ella decidía atenderse. Cuando le pregunté qué haría cuando no tenga la opción de atenderse con los profesionales de su anterior trabajo, ella contestó:

Las veces que he necesitado medicamentos, eh como te digo, me los daban en la misma salita donde trabajaba. Ahora es que me toca ver cómo voy a estar, porque cuando se me acabe la cobertura, ahí se voy a quedar a la intemperie, como quien dice. O sea,



dependiendo directamente del sector público en todo (Alejandra, 36, enfermera domiciliaria).

Con su uso de la frase “quedar a la intemperie”, se puede notar que ella siente incertidumbre sobre los servicios a los que va a poder acudir en el sector público. A diferencia de Alejandra, María aún tiene acceso a una obra social, pero expresa que nunca la ha usado. Tampoco utiliza el sector público. Prefiere utilizar el sector privado para consultar alguna inquietud o molestia específica:

No, no, yo solo utilizo el sector privado ahora. Si necesito algo en específico, que es muy rara vez, eh, voy directamente a algún, alguna institución que me permita pagar en el momento (María, 30, Enfermera domiciliaria).

Aunque todas pueden atenderse en el sector público o por su obra social, la mayoría prefiere al sector privado, especialmente para hacerse chequeos generales o de rutina. Por lo tanto, las razones por las que se atienden en el sector privado son por situaciones de poca urgencia.

### **Barreras de acceso:**

#### ***Barreras geográficas:***

Dos de las participantes hicieron referencia a una barrera geográfica. De tal forma, la ubicación física de los servicios médicos se presentaba como una dificultad para ellas. Todas las participantes viven en CABA, pero se han enfrentado a situaciones en las que han tenido que transportarse a la provincia de Buenos Aires para recibir atención médica. Alejandra mencionó que la obra social solo le ofrecía cobertura en la provincia:

Sin embargo, yo vivo en Capital y yo trabajaba en provincia y la obra social me cubría en provincia. Entonces ahí había momentos en que yo me sentía mal en mi casa aquí en

Capital y nada más el tener que ir a provincia, eh ya yo decía “no, olvídate, no voy a ir”. O sea, o me quedo aquí con mi malestar o me voy directamente a un hospital. Que varias veces me pasó que llegaba al hospital [público] con el malestar y en vista de que no me atendían, me terminaba viniendo a mi casa otra vez (Alejandra, 36, Enfermera domiciliaria).

En esta respuesta logramos ver como una barrera física afectó la capacidad de que Alejandra recibiera atención médica cuando se sentía enferma. La situación de tener que transportarse hacia la provincia la disuadió de acudir a la atención que percibía necesitar. Como alternativa, decidió atenderse en un hospital público. Sin embargo, en el hospital público también se enfrentó a una barrera, ya que no logró que la atendieran. Al finalizar, la participante indica como las barreras obstruyeron la capacidad de ser atendida. Angela expresó haberse enfrentado a una situación parecida. Cuando le pregunté la ubicación del hospital público en donde fue atendida, afirmó que el hospital quedaba en la provincia de Buenos Aires y lejos de su casa. De tal forma vemos como algunas veces el acudir a servicios de salud implica tener que viajar largas distancias. En momentos en que se sienten mal, tener que viajar hace que no se acercan al sistema de salud.

### ***Barreras económicas***

Ninguna de las participantes indicó que acudir a servicios de salud les presentara un inconveniente financiero. Sin embargo, cabe notar que muchas de las participantes acuden a servicios privados, pagando directamente por sus exámenes de laboratorio, exámenes generales o consultas. El uso de servicios privados indica que existe un componente financiero cuando deciden acudir al sistema de salud. Aunque no se presenta como una barrera para estas participantes, puede suceder que un individuo con peor situación económica no tenga la misma capacidad de pagar para servicios médicos. También puede pasar que, si un individuo no percibe una necesidad para buscar atención médica, no hará el esfuerzo de pagar por servicios médicos.

### ***Barreras administrativas***

Una de las barreras de las que más se hizo mención es la barrera administrativa. De tal forma hacen referencia a cómo las mismas instituciones y organizaciones del sistema de salud crean obstáculos para acceder al sistema de salud. Los temas que salieron a relucir en el sistema público eran agendar citas, tiempos de espera, seguimientos con el mismo médico, falta de historiales clínicos y la disponibilidad de medicinas.

Angela, puso de ejemplo su experiencia en agendar una cita para su problemática del colon. Ella explicó que debido a complicaciones el día de su colonoscopia, perdió el turno y se lo agendaron para un año y medio después. Por ende, se nota una falta de turnos en tiempos oportunos. No solo es prolongado el tiempo hasta el día de la cita, sino que el proceso de agendar una cita presenta sus propios desafíos. Cuando describe el proceso de agendar una cita utiliza la palabra “suerte” para referirse a la escasa posibilidad de lograrlo.

Algunas personas, [llaman al] 147, [...] y te dan el turno, [...]. Eso es con suerte que te lo den. Entonces preferiblemente ir hasta el hospital, Ósea ir de madrugada prácticamente a que te lo den. Eso sí, tienes suerte de que te den el número y después es que te van a dar el turno. Y después que te den el turno también te tienes que levantar y irte tempranísimo para que te den otro número (Angela, 37, Vendedora de comidas).

Angela expone dos situaciones para solicitar una cita médica. La primera es por llamada telefónica, por la cual tiene que esperar para hablar con un agente. Por como lo describió, no aparenta ser la forma más eficiente para agendar una cita. Ella prefiere ir de forma presencial al hospital para reservar un turno ese día. Sin embargo, aunque consiga un número, debido al alto volumen de pacientes no hay certeza de que sea vista por un médico. En ambas situaciones, existe la posibilidad de no ser atendida.

Alejandra y Carmen también experimentaron con largas horas de demora, pero dentro de la sala de espera en guardias. Alejandra recordó uno de estos momentos:

[...]y de verdad que para que lo atienda a uno ahora en un hospital público, eh hh cuesta Dios y su ayuda (Alejandra, 36, Enfermera domiciliaria).

Cuando Alejandra hace referencia a que “cuesta”, no se está refiriendo a un costo económico, sino a la dificultad en términos de espera para ser atendida. Aunque la atención es gratuita, igual presenta un inconveniente y desgaste. Sin embargo, ella luego hace una comparación con la experiencia de un familiar:

mi suegra, hace como dos años la llevaron de urgencia a un hospital acá, la atendieron al toque [muy rápido]. [...]Pero en otras ocasiones la hemos llevado por una crisis hipertensiva fuerte y “no tiene que esperar”. O sea, como que, si tú no te vas muriendo, no eres prioridad (Alejandra, 36, Enfermera domiciliaria).

Tras esta comparación, Alejandra expone una situación en la que el sector público atendió oportunamente a su familiar. Pero esto no siempre ocurre así, ya que ha habido situaciones en las que la familiar se ha enfrentado a las mismas largas esperas. Ella piensa que la atención rápida que recibieron en esa primera ocasión fue porque su familiar tenía una urgencia crítica. Ella lo dice de forma hiperbólica y literal, “si tú no te vas muriendo, no eres prioridad”. Con este comentario, ella resalta una falla administrativa del sistema, en la que recibir atención médica es contingente a la gravedad de su problemática. De tal forma, si la condición médica no es crítica, es probable que pase por alto y no reciba atención médica. Carmen tuvo una experiencia similar en una guardia pública:

pero recién hace unos meses, me acuerdo que me enfermé muchísimo de cómo de la parte respiratoria y fui a la guardia y o sea me dijeron que iba a tener que esperar, no sé, 5 o 6 horas, que tenía como 20 personas delante. Y la verdad yo me sentía tan mal que me fui a mi casa, porque no iba a esperar eso (Carmen, 28, Acompañante terapéutica)

Según la experiencia de Carmen la falta de atención rápida la desanimó y resultó en. que no recibiera atención médica.

Otra barrera causada por el sistema es la imposibilidad de seguir un tratamiento con el mismo médico. Esto lo comentó Angela, al hablar sobre su tercer embarazo.

Acá es en el momento la que toca, la que esté en turno, digamos, este y así te ves todo el tiempo en el mismo hospital, siempre te van ahí cambiando de obstetra que se llama. Entonces me vieron en todo el embarazo con mi último hijo como, como cinco o seis diferentes (Angela, 37, Vendedora de comidas).

A pesar de tener un embarazo de alto riesgo, que ameritaba un seguimiento cuidadoso, la participante recuerda que la atendieron varias obstetras. Debido a la organización del sistema de salud público y la demanda por consultas, es difícil de que los pacientes puedan ser atendidos por los mismos doctores. De tal forma, los doctores se pierden de conocer de forma detallada los historiales médicos de sus pacientes y de fortalecer una relación de confianza para mejorar la calidad de atención.

### ***Barreras de aceptabilidad***

Con respecto a barreras de aceptabilidad, algunos de los temas que salieron a relucir fueron temor o vergüenza en acercarse al sistema de salud y desconfianza en las respuestas de salud brindadas por profesionales argentinos. Angela resaltó estas experiencias al contarme sobre su tercer embarazo. Durante el seguimiento de su embarazo, ella llegó a sentirse incómoda y ‘mal’ al acercarse al sistema de salud argentino. Estos sentimientos salieron a relucir luego de comentarios hechos por las doctoras. Ella explicó:

no tuve la buena experiencia de que me trataran tan bien, incluso en varias oportunidades por ser inmigrante me decían que si yo, como ya era el tercer embarazo, que ya yo me tenía que ligar [las trompas de Falopio] y cortar y todo porque yo no podía tener más hijos (Angela, 37, Vendedora de comidas).

Al internalizar estos comentarios hechos por las doctoras, ella llegó a sentirse señalada y temía asistir a sus controles. Los comentarios provocaron una reacción emocional en la participante. A pesar de que asistir a los controles eran una situación de alto estrés para la paciente, ella explicó que continuó asistiendo solo porque era consciente de que eran necesarios para su embarazo de alto riesgo.

Yo ni siquiera quería [estando] embarazada ir al médico porque ósea, llegaba acá era llorando [ríe]. Este porque habían cosas que me hacían sentir mal de repente porque me hacían decir “ah, pero usted no es de aquí, usted es inmigrante, no sé qué”. Entonces yo iba porque bueno, tengo que ir, pero si no, no iba. (Angela, 37, Vendedora de comidas)

A raíz de esta anécdota se nota que las médicas hacían comentarios refiriéndose de forma directa a la condición de migrante de Angela. Los comentarios tenían tonos prejuiciosos, sobre su cantidad de hijos y el hecho que ella se acercó al sistema de salud como migrante. Su identidad como madre, mujer embarazada y migrante venezolana afectó su experiencia. Esta situación de desconfianza con los agentes de salud escaló luego de que la participante diera a luz. Angela describió haber sido víctima de una mala práctica médica, en la cual se realizó un procedimiento sin su consentimiento:

Entonces, cuando llegué al hospital que me fueron a quitar los puntos, le pregunté a una de las enfermeras [...] “¿qué me hicieron?” [...] Y me dice, “no, a ti se te cortó y esterilizó”. Pero yo le digo, “¿por qué?” Me dice, “sí, porque tú eres extranjera y ya no podías tener más hijos”. Sin, mi consentimiento lo hicieron. [...] Me sentí mal porque no fue algo que yo decidí, sino que tomaron la decisión ellos pues (Angela, 37, Vendedora de comidas).

Según los comentarios previos de las doctoras, no es socialmente aceptable que las mujeres migrantes se atiendan más de un embarazo en el sector de salud argentino. Con esta lógica, la enfermera reafirma que el procedimiento de esterilización es común entre las “extranjeras”. Al tener que enfrentar que este procedimiento se realizó sin su consentimiento informado, la participante se volvió a enfrentar a los sentimientos de vulnerabilidad y

desconfianza. Ella expresó que su derecho y autonomía fueron vulnerados. Luego de escuchar su relato, le pregunté a Angela, “¿Dirías que no te sentías escuchada o entendida por los agentes de salud acá?”, su respuesta fue contundente, “exactamente”. Por ende, su noción de “aceptabilidad” del sistema de salud fue afectada de forma negativa por sus experiencias durante su embarazo.

### ***Barreras culturales***

Al ser migrantes, las participantes están propensas a enfrentarse a situaciones en las que su cultura choca con la cultura argentina. María y Carmen describieron instancias en las que notaron una diferencia entre la cultura venezolana y argentina en el sector de salud y describieron de forma parecida como navegan estas situaciones. Carmen identificó que los médicos argentinos tienen un estilo diferente de atender a los pacientes.

O sea, no se detienen a preguntarte qué es lo que tienes, no se preocupan realmente por darte más...cómo más atención. Que eso es lo que por ejemplo bueno acá son médicos venezolanos en mayoría, siempre dicen eso. Y acá [en referencia a una clínica privada de médicos venezolanos] como que te atienden mucho mejor, este o sea están más pendientes, son como más cariñosos, que sé yo. Que eso es como la diferencia digamos con los médicos argentinos (Carmen, 28, Acompañante terapéutica).

En esta instancia, ella describe que los médicos argentinos no brindan una atención personal y especializada a comparación con profesionales venezolanos. De tal forma, se crea una distinción entre los valores y la cultura argentina y venezolana. Según Carmen, los profesionales argentinos tienen un enfoque en atender a los pacientes de una forma eficaz, en la cual intentan dar respuesta inmediata a la dolencia específica del paciente. Al atender a los pacientes de tal forma, se puede perder un aspecto personal hacia el paciente, lo cual es percibido como frialdad. En contraste con los profesionales venezolanos, se enfocan en brindar una atención más especializada en el paciente y abordan problemáticas de forma más holística, lo cual la participante percibe como personal y cálido.

A pesar de percibir esta diferencia cultural, las participantes aclaran que respetan a los profesionales argentinos y sus capacidades. Una respuesta a estas diferencias culturales es que deciden atenderse con profesionales venezolanos validados en CABA. Esta decisión no viene por una desconfianza en los profesionales argentinos, sino de una preferencia y nostalgia hacia profesionales venezolanos. María explicó:

[...] y creo que yo no soy la única, por lo menos de mis compatriotas, por así decirlo, que hacen eso de asistir a profesionales que están avalados acá en Argentina, pero que son de la misma nacionalidad. [...] Con médicos venezolanos convalidados, matriculados acá en Argentina, incluso hay hasta centros médicos donde están estos profesionales y uno quizás en la nostalgia o porque uno tiene, la verdad que te soy sincera, tengo mucha, mucha confianza en los profesionales nuestros (María, 30, Enfermera domiciliaria).

### **El sistema de salud en Venezuela**

Todas las participantes brindaron una descripción similar del sistema de salud venezolano. Según lo que recuerdan, el sistema de salud en Venezuela estaba compuesto de un sector público y un sector privado. El sector público es gratuito y se supone que no debe ser abonado por los usuarios. Sin embargo, el sistema de salud se ha visto muy afectado por la crisis económica en Venezuela. Por ende, los servicios no son del todo gratuitos. Alejandra explicó esta situación:

Sí, el sector público en teoría era y es gratuito. Lo que pasa es que a raíz de la crisis que se está presentando desde hace varios años, ahora, por ejemplo, van a operar a alguien y tienen que llevar todo el material médico quirúrgico. O sea, no te cobran directamente, pero sin el material no haces nada (Alejandra, 36, enfermera domiciliaria).

En Venezuela, acceder al sistema público requiere que el paciente disponga de los insumos y materiales para ser atendido. Si el paciente no puede proveer los insumos para determinado servicio, es posible que no reciba atención médica y que empeore su condición de



salud. De tal modo, existe un obstáculo financiero para hacer uso del sector público o privado. Por tal razón es que Alejandra se refiere a que el sector público es gratuito solo en “teoría”.

Carmen tiene un recuerdo parecido:

Allá [una] no accede a lo público porque realmente las condiciones no están dadas para ir. O sea a los hospitales, siempre están sucios o realmente es complicado, solo van las personas que están en una emergencia y sí o sí tienen esa opción, pero en mi caso si tú, o sea, si tenías la posibilidad de acceder a lo privado, iba a lo privado porque era mucho más fácil y más rápido. (Carmen, 28, Acompañante terapéutica)

Además de la falta de recursos para prestar servicios clínicos, hay un deterioro de la infraestructura y de las condiciones físicas de los hospitales. María también mencionó la falta de personal médico, lo cual constituiría un caso de escasez administrativa:

Luego empezó a ponerse un poco más complicado debido a la inmigración masiva. Eh, muchos de los especialistas que quizás eran más reconocidos ya se estaban yendo del país (María, 30, enfermera domiciliaria).

María cuenta cómo la emigración ha impactado en el sistema de salud, contribuyendo a la crisis y la escasez. Los profesionales médicos emigran para salir de la situación de crisis, pero al hacerlo dejan un déficit en el sistema de salud. A consecuencia de todas estas carencias, los médicos no pueden brindar una calidad de atención adecuada. Por tal motivo, todas las participantes expresaron una preferencia en utilizar el sector privado.

### **Calidad de atención en Argentina en comparación con Venezuela**

En comparación con la atención que recibían en Venezuela, las participantes se sienten satisfechas con la calidad de atención en Argentina. Luego de preguntarles, “¿Cómo catalogarías la calidad de atención médica en Argentina en comparación con la atención en Venezuela?”, las participantes contestaron:

Si una persona [en Venezuela] está enferma de algo, pues está destinada a morirse [...]. En cambio, acá es diferente. Porque por más que tarden [o vayas a] 15 hospitales [en] provincia o aquí o lo que sea, alguno de esos 15, te va a atender (Angela, 37, Vendedora de comidas).

Obviamente acá en Argentina tienen muchos más recursos que en Venezuela, entonces así tengas que esperar en la guardia, te van a atender y te van a dar [...] los medicamentos que te tienen que dar, te van a hacer los exámenes que te tienen que hacer y tú no vas a tener que pagar ni vas a tener que llevar los insumos (Carmen, 28, acompañante terapéutica)

Las participantes afirman que a pesar de las barreras geográficas y administrativas que existen en Argentina, el sistema de salud es mejor en Argentina que en Venezuela. En Venezuela, enfermarse puede resultar en la muerte debido a la falta de recursos y personal médico. En comparación con la realidad en Venezuela, al menos en Argentina existe un sector público gratuito y pueden recibir atención médica.

## Conclusión

En esta investigación contextualicé el acceso a la salud en las migrantes venezolanas con trabajos como monotributistas en CABA. A raíz de las experiencias de las participantes, se dio a conocer cómo el sistema de salud atiende las necesidades de las migrantes. Me propuse caracterizar las migrantes venezolanas y el sistema de salud en CABA para dilucidar la relación entre ellos. Las participantes tenían una autopercepción positiva sobre sus estados de salud, pero poco conocimiento previo de cómo funciona el sistema de salud en CABA. Se nota una relación entre sus trabajos como monotributistas y la prevalencia de tener una obra social. Solo una de las participantes tiene acceso a una obra social con su actual trabajo como monotributista.

Adicionalmente, casi todas mencionaron una preferencia hacia servicios privados y frecuentan poco el sector público para la atención primaria. Por intermedio de sus experiencias, se dio a conocer las barreras geográficas, económicas, administrativas, culturales y de aceptabilidad a las que se han enfrentado. Sin embargo, cuando comparaban el sistema de salud argentino con el venezolano, expresaban estar satisfechas, al haber encontrado una mejoría en su capacidad de cuidar por su bienestar. Fue evidente que sus identidades como migrantes y sus antecedentes han influido en cómo, cuándo, cuánto y por qué se acercan al sistema de salud en CABA.

Un dato interesante que salió a relucir durante en mi investigación es la prevalencia de clínicas privadas con profesionales venezolanos en CABA. Me propuse acercarme a una de estas clínicas, y logré conversar con una de las coordinadoras. La coordinadora me indicó que ellos promueven servicios especializados y “humanizados” con médicos venezolanos. Estas clínicas ofrecen una variedad de servicios, con diversos tipos de especialistas. La gran mayoría de los pacientes son migrantes venezolanos, pero igual atienden a pacientes no venezolanos. Durante mi visita, todos los pacientes eran venezolanos. Ellos me brindaron testimonios de como encontraron la clínica y sus motivos en acudir a ella. Todos mencionaron haberse enterado de la clínica por recomendación de un familiar, amigo o conocido venezolano. Ellos expresaron que la calidad de atención que recibían por los médicos venezolanos era integral. De tal modo se sentían en confianza con profesionales de su misma nacionalidad. Las experiencias de los pacientes concurren con los resultados de mi investigación. La existencia de estas clínicas se puede considerar como una solución a las barreras culturales y de aceptabilidad dentro del

sistema de salud argentino. Estas clínicas ofrecen atención adaptada a la cultura venezolana, y están sintonizadas a las necesidades de la población migrante venezolana en Argentina.

Esta investigación concurre con las conclusiones de estudios anteriores sobre el acceso a la salud en migrantes, (Elia, 2012; Ministerio del Interior Argentina, 2023; Yáñez, 2018). Confirmé que la identidad de migrante tiene un impacto en la integración al sistema de salud. Dado que esta investigación fue cualitativa, puede ser útil para fortalecer los hallazgos de los estudios cualitativos sobre venezolanos en Argentina (Nicolao y col., 2022). Para ampliar el conocimiento de esta investigación, sugiero ir más allá de las barreras e identificar los facilitadores del acceso a la salud con respecto a los migrantes.

Desde la perspectiva de la salud pública, existe un objetivo de alcanzar la equidad. Para que esto sea posible hay que considerar de cerca a los diversos grupos dentro de nuestras comunidades. Los migrantes venezolanos ocupan una posición distintiva en Argentina, entonces cuando se trata de mejorar su acceso a la salud, hay que crear soluciones conscientes de sus historias.

### **Apéndice A: Consentimiento informado**

Gracias por tomarse el tiempo de participar en esta entrevista. Mi nombre es Karen González. Soy estudiante del programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos de SIT Study Abroad, y agradezco su interés por participar en esta entrevista que estoy realizando en el marco de mi proyecto de investigación. Este tiene como objetivo indagar sobre el acceso a la salud primaria de la población de mujeres inmigrantes venezolanas que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Antes de que acepte participar en esta entrevista, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

- a. Privacidad: Toda la información que usted presente en esta entrevista, en caso de ser grabada, será protegida. Si usted no quiere que la información sea grabada, por favor hágamelo saber, y no la grabaré.

- b. Anonimato: Si usted lo desea, cualquier referencia de nombres, lugares, etc. puede ser eliminada del informe para garantizar que ni usted ni los terceros mencionados puedan ser identificados.
- c. Confidencialidad: toda la información confidencial será protegida.
- d. Participación voluntaria: Esta entrevista es voluntaria, por lo que usted es libre de retirarse de la entrevista en cualquier etapa de ésta, y puede no responder algunas preguntas, si así lo desea. Si desea retirarse de la entrevista, puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses
- e. Reciprocidad: Si usted lo desea, puedo enviarle una copia de mi informe final de investigación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en Investigación con Sujetos Humanos en [Research & Ethics in Field Study & Internships - SIT Study Abroad](#), o contactar al Director Académico del Programa, Mariano San Martin ([Gissi et al., 2021](#)), o la Coordinadora del Seminario, Valeria Lliubaroff ([Valeria.Lliubaroff@sit.edu](mailto:Valeria.Lliubaroff@sit.edu)).

## **Apéndice B: Guía de entrevistas**

### **Identidad**

1. ¿Cuántos años tienes?
2. ¿Cuánto tiempo hace que estás en Buenos Aires?
3. ¿Qué edad tenías cuando llegaste?

### **Vida en Venezuela**

1. ¿De que parte de Venezuela eres?
2. ¿Tienes familiares que aun residen en Venezuela?
3. ¿A qué te dedicabas en Venezuela?

4. ¿Qué nivel educativo recibiste en Venezuela?
5. La formación educativa que recibiste, ¿estaba relacionada con tu ocupación en Venezuela?
6. ¿Cómo era el sistema de salud en Venezuela?
  - a. ¿Había un sector público de salud? ¿Era gratuita la atención?
  - b. ¿Tenías una cobertura de salud privada?
7. ¿Cómo definirías tu estado de salud cuando estabas en Venezuela?
  - a. ¿Ibas con frecuencia al médico en Venezuela?
  - b. ¿Cómo sentías que era la calidad de atención medica en general?
    - i. Tenías que hacer cita medica
    - ii. Cómo solicitabas una cita medica
    - iii. Cuanto tiempo demoraban en atenderte después de haber solicitado una cita
    - iv. Los horarios de atención eran accesibles

### **Historia migratoria**

1. Cuéntame cómo llegaste a la Argentina
  - a. ¿Qué te motivo a emigrar?
  - b. ¿Porque escogiste Argentina?
    - i. ¿Llegaste a CABA primero?
  - c. ¿Por qué elegiste CABA en particular?
  - d. ¿Llegaste sola?
    - i. ¿Tenías familiares o conocidos viviendo en Buenos Aires?
2. ¿Como te imaginabas que sería vivir en Buenos Aires?
3. ¿Qué tan diferente o parecida es la imagen que tenías de Buenos Aires a la realidad de ahora?
4. ¿Sabías sobre el sistema de salud de Argentina?
  - a. ¿Qué sabías?

### **Vida en Argentina**

1. ¿A qué te dedicas en estos momentos?
  - a. ¿Tu trabajo es independiente o en relación de dependencia?
  - b. ¿Tienes contrato con tu empleador?
  - c. ¿Cuántos días a la semana trabajas?
    - i. ¿Cómo son tus horarios?
  - d. ¿Tienes obra social por tu trabajo?
2. ¿Pudiste revalidar tu título de Venezuela en Argentina?
3. ¿Considerás que tu formación educativa está relacionada con tu ocupación actual?
4. ¿Estás estudiando? ¿Qué estás estudiando?

### **Salud actual y posibles barreras al acceso a la salud**

1. ¿Cómo ha sido tu experiencia con el acceso al sistema de salud en Argentina?
2. ¿Qué tipo de cobertura médica tienes?
3. ¿Qué sector de la salud utilizas más (público, privado/prepaga, obra social)?
4. ¿Cómo definiría su estado de salud en estos momentos?
5. ¿Ves a un médico con frecuencia?
6. ¿Cuándo fue la última vez que asististe a una cita médica?
7. ¿Cómo han sido tus experiencias asistiendo una cita médica?
  - a. ¿Cuánto ha tenido que esperar para ser atendida después de solicitar una cita?
  - b. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar en la sala de espera?
  - c. ¿Fue un consultorio particular, centro médico, o un hospital?
  - d. ¿Tuviste que pagar?
8. ¿Acedes a exámenes?
  - a. ¿Pagas por los exámenes?
9. ¿Acedes a medicamentos?
  - a. ¿Pagas por los medicamentos?
10. ¿Cómo catalogarías la calidad de atención médica en Argentina en comparación con la atención en Venezuela?
  - a. Los horarios de atención son accesibles

11. Te sientes escuchada y entendida por los agentes de salud
12. Crees que brindan respuestas adecuadas a tus problemas de salud
13. Te sientes cómoda en acercarte al sistema de salud

### **La identidad y accesibilidad**

1. ¿Sientes que tu identidad como migrante ha afectado la calidad de atención médica que has recibido?
2. Cómo crees que tu identidad como mujer y como migrante ha afectado tus experiencias en CABA
  - a. ¿Crees que tu experiencia en CABA es diferente a la de los hombres migrantes venezolanos?
3. ¿Te has enfrentado a alguna situación de discriminación mientras en CABA?



### Referencias

- Armando Arredondo. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: Del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Ment*, 33(5), 397–408.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: Reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Universidad de Buenos Aires*, 14.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(8).
- Debandi, N., Penchaszadeh, A. P., Nicolao, J., Moro, A., Sander, J., Hendel, V., ... & Gonzalez, M. (2021). Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos de las personas migrantes y refugiadas venezolanas en la República Argentina.
- Diaz Muñoz, AR. (2021) *Agenda de la salud pública argentina: enfoques, experiencias e investigación*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Dolores Linares, M. (2021). *Migración venezolana reciente en Argentina: una política migratoria selectiva en el contexto del giro migratorio restrictivo*. Migraciones internacionales, 12, 0. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2300>
- Elia, L. (2012). Población Migrante y Acceso a la Salud. Reflexiones a partir de la intervención del Trabajo Social en una sala de Clínica Médica. *Margen*, 67. <https://www.margen.org/suscri/margen67/elia.pdf>
- FLASCO Argentina. (2023). *Conferencia “Migración venezolana y acceso a la salud salud”*. <https://www.flasco.org.ar/noticias/i-conferencia-migracion-venezolana-y-acceso-a-la-salud/>
- Gandini, L., Lonzano Ascencio, F., & Prieto, V. (2019). *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gissi, N., Aruj, R., & Polo, S. (2021). Políticas migratorias y cooperación regional en el Cono Sur: Gestion institucional de la migracion venezolana en Argentina, Chile y Bolivia. *Revista Sociedade e Estado*, 36(3).

- Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa*. 33(3), 223–229.
- Mercer, H. (2019). *Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina* (pp. 78-78).
- Ministerio del Interior Argentina. (2023) *Estudio sobre migración venezolana reciente en Argentina*.
- Nicolao, J., Debandi, N., & Penchaszadeh, A. P. (2022). *Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia*. Polis, 21(62). <https://doi.org/10.32735/s0718-6568/2022-n62-1671>
- Rojas-Miliano, C., Brañez-Condorena, A., & Taype-Rondan, A. (2021). Estudios publicados sobre el impacto en la salud de la migración venezolana. *An Fac Med.*, 82(1), 87–89.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*, 56(2).
- Urien, P. (2019). *Datos oficiales. Cuántos venezolanos tienen trabajo en la Argentina*. La Nacion. <https://www.lanacion.com.ar/economia/venezolanos-el-80-refugiados-argentina-tiene-trabajo-nid2293419/>
- Yanez, C., de la Fuente, F., Toffoletto, M., & Masalan, A. (2018). Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *Medisur*, 16(6), 930–939.