



Informe N° 2

Niñas, niños y adolescentes migrantes en Argentina

Derecho y acceso a la salud.

Colección: La niñez migrante en Argentina.
Políticas y derechos (2004-2023)



CAREF

Comisión Argentina
para personas
Refugiadas y Migrantes

Colección
La niñez migrante en Argentina.
Políticas y derechos (2004-2023)

Dirección de la colección

Gabriela Liguori | CAREF

Coordinación de las investigaciones

María Inés Pacecca | CAREF

Investigación y elaboración del informe

Gabriela Pombo

Supervisión y revisión de contenidos

Gabriela Liguori | CAREF

María Inés Pacecca | CAREF

Diseño editorial

Elizabeth Sánchez

Diseño de tapa

Mariana Monteserin

Pombo, Gabriela

Niñas, niños y adolescentes migrantes en Argentina : derecho y acceso a la salud /
Gabriela Pombo. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CAREF - Comisión Argentina
para Refugiados y Migrantes , 2024.

Libro digital, PDF - (La niñez migrante en Argentina. Políticas y derechos : 2004-2023 /
Gabriela Liguori ; 2)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-631-90406-3-0

1. Niñez. 2. Migración. 3. Acceso a la Salud. I. Título.
CDD 362.72





Índice

Acerca de la colección “La niñez migrante en Argentina”	4
Presentación. Niños, niñas y adolescentes migrantes. Hacia una protección cada vez más robusta	5
Resumen	10
I. El derecho a la salud de las infancias y adolescencias migrantes en Argentina	11
II. Niños, niñas y adolescentes migrantes: la accesibilidad al sistema público de salud	15
La condición migratoria y el DNI como llave de entrada al sistema público de salud	15
Accesibilidad a las consultas en servicios de emergencias y ambulatorios	25
III. Acceso a bienes esenciales para la salud: medicamentos y prestaciones	29
Acceso de niñas y niños migrantes a medicamentos y prestaciones	31
Tratamiento de patologías graves y acceso a servicios especializados y de alta complejidad	35
Acceso a trasplantes de órganos y tejidos	38
IV. El cuidado del embarazo, parto y posparto en adolescentes migrantes	43
Accesibilidad en los controles prenatales	43
La perspectiva intercultural en la atención del embarazo, parto y posparto	47
Inscripción oportuna de recién nacidos/as	48
Acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo	52
Mortalidad materna, fetal y neonatal	55
V. La consideración de la dimensión migratoria en los procesos de atención de niñas, niños y adolescentes migrantes. Reflexiones finales y orientaciones para la política pública	57



Acerca de la colección “La niñez migrante en Argentina”

Esta colección presenta los resultados de una investigación que se llevó adelante durante 2023 en el marco de un convenio entre la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y la Comisión Argentina para personas Refugiadas y Migrantes (CAREF).

La investigación contribuyó a la descripción y análisis de la situación de la niñez migrante, refugiada y solicitante de asilo en Argentina respecto a las siguientes dimensiones:

- el encuadre normativo para el acceso a derechos;
- el derecho a la documentación y a la regularización migratoria;
- el derecho y acceso a la salud, a la educación y a políticas sociales;
- el análisis de experiencias institucionales concretas en la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes.

El diálogo entre Estado y Sociedad Civil, la construcción colaborativa de conocimiento, la sistematización de información y el análisis de procesos y experiencias concretas son indispensables para pensar y diseñar políticas de Estado adecuadas. Confiamos que esta colección sea de utilidad para identificar y abordar barreras y dificultades aún no resueltas, y que aporte reflexividad y herramientas de política pública para garantizar el efectivo acceso a derechos de todas las niñas, niños y adolescentes que viven en la Argentina, sin importar su lugar de nacimiento.

Agradecemos el apoyo y la lectura atenta de la Dirección Nacional de Gestión y Desarrollo Institucional y del Observatorio Social de Infancia y Adolescencia (SENAF), gestión 2020-2023.



Presentación

Niños, niñas y adolescentes migrantes. Hacia una protección cada vez más robusta

En Argentina, niños, niñas y adolescentes han sido parte de las migraciones internas e internacionales desde larga data. Casi siempre han arribado en contextos familiares o parentales, llegando junto con sus progenitores o reuniéndose con ellos en Argentina un tiempo después. Sus desplazamientos se han vinculado a la búsqueda de mejores condiciones de vida, más oportunidades educativas y opciones laborales para el futuro. Pero también han llegado debido a guerras, conflictos armados, persecuciones, crisis sociales y políticas y violaciones masivas de derechos humanos.

Dos censos nacionales de población, distantes más cien años entre sí, nos muestran la presencia de la niñez migrante. En 1914, cuando la población rondaba los 8.000.000 de personas, vivían en el país alrededor de 285.000 niñas y niños que habían nacido en el extranjero. Estos niños y niñas eran casi el 12% de los 2.400.000 inmigrantes que residían en Argentina —un millón de los cuales habían arribado en los veinte años anteriores—. Poco más de un siglo más tarde, en 2022, habitaban el país 46.000.000 de personas, y la población migrante había descendido a 1.900.000 (el 4,2% de la población total). En esta oportunidad, las niñas y los niños migrantes suman 116.000 (menos que en 2010, cuando eran cerca de 180.000). Es decir que a pesar de las variaciones en cantidades y países de origen, el país ha sido y es aún hoy un destino elegido por personas y familias migrantes, que se suman a los millones de argentinas y argentinos que en el pasado y en el presente descienden de inmigrantes provenientes de todos los continentes.

La presencia sostenida de niños y niñas migrantes no significa que hayan sido foco de políticas específicas (migratorias u otras), y ello por lo menos por dos motivos.

Primero, porque durante buena parte de su historia como nación, Argentina contó con leyes y prácticas migratorias relativamente amplias y protectoras, tales como la Ley Avellaneda (N°817), vigente entre 1876 y 1981, y la actual Ley de Migraciones (N°25.871), que rige desde 2004. Ello no quita que haya habido períodos en los que la política migratoria tuvo marcados visos securitistas. Por ejemplo, durante parte de las décadas de 1960, 1970 y 1980, y cuando estuvo regida por la Ley Videla (N°22.439, vigente desde 1981 hasta 2004). Ambas situaciones por sí solas o combinadas generaron obstáculos, limitaciones y restricciones de diversa índole cuyos efectos fueron analizados en numerosas ocasiones. (ver CAREF, 2019, entre otros).

El segundo motivo por el cual se considera que no hubo políticas específicas destinadas a la niñez migrante es porque, en comparación con otros países, la enorme mayoría de los niños y niñas que arriban a Argentina lo hacen en contexto familiar, es decir: con la madre, con el padre, con ambos, o con alguna otra persona adulta autorizada. Han sido infrecuentes (y acotados a situaciones puntuales) los casos de niños, niñas o adolescentes migrantes que no cuentan con referentes adultos. En este contexto, las previsiones generales de la normativa migratoria y de asilo (en particular aquellas vinculadas a la radicación) casi siempre han resultado suficientes para asegurar un piso de protección.

La experiencia del Servicio Social de la Comisión Argentina para personas Refugiadas y Migrantes (CAREF) es consistente con estas apreciaciones. Desde su creación en 1973, CAREF brinda atención directa y gratuita a personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. En cincuenta años, el Servicio Social de CAREF atendió más de 50.000 personas, provenientes principalmente de países latinoamericanos, que consultaron por una gran variedad de motivos que además fueron cambiando según las coyunturas políticas, económicas y sociales de la región. No obstante, cerca del 30% de las consultas siempre han sido relativas a niñas, niños y adolescentes. En la mayor parte de los casos, quienes traían la consulta eran sus madres, padres u otros referentes adultos, que buscaban ayuda para la radicación, la

documentación, los permisos de viaje, el acceso a la educación, a la salud, a programas sociales, etcétera. Casi siempre, estas situaciones pudieron abordarse (y a menudo resolverse) dentro del marco normativo e institucional existente, recurriendo a los dispositivos migratorios y a los ámbitos más amplios de defensa y protección de derechos de la niñez. Es decir que las afectaciones o vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes podían atenderse en el marco de la normativa migratoria o de asilo (aunque no incluyeran previsiones específicas para la niñez), o en el marco de la normativa y la institucionalidad destinada a la protección de la niñez (aunque no incluyera previsiones específicas para la niñez migrante, refugiada o solicitante de asilo).

Este panorama comenzó a cambiar en los últimos años, como resultado de tres situaciones o procesos de distinto orden (que sintetizamos cronológicamente):

1. En 2017, el Decreto de Necesidad y Urgencia N°70 modificó regresivamente diversos artículos de la Ley de Migraciones, entre ellos los referidos a motivos y procedimientos de expulsión por razones administrativas o penales. El resultado de este cambio fue un enorme incremento de las órdenes de expulsión y de las expulsiones efectivizadas, que pasaron respectivamente de 1.900 y 240 en el año 2015 a 4.900 y 1.250 en el año 2019. Las expulsiones (y la expulsión como herramienta de gestión migratoria) afectaron de manera directa a cientos o incluso miles de niños y niñas, argentinos/as y migrantes. Sus padres, madres o referentes adultos fueron expulsados, con prohibición de reingreso al país, sin que la autoridad que ordenaba la expulsión considerara el interés superior del niño ni arbitrara medidas en pos de la protección de sus derechos.
2. A partir de 2018 aproximadamente, comenzaron a llegar a Argentina (y a otros países de la región) familias venezolanas con niños y niñas menores de nueve años que carecían de pasaporte o de documento de identificación. A diferencia del resto de sus familiares, sólo portaban sus partidas de nacimiento. Ello se debía a que la normativa venezolana establece que las cédulas de identidad se tramitan a partir de los nueve años, y a que el sistema de emisión de pasaportes estaba

colapsado. La falta de documentación de identidad o de viaje atentó contra sus cruces regulares de fronteras internacionales, a la vez que dificultó o directamente imposibilitó su posterior regularización migratoria en los países donde se habían establecido con sus familias.

3. Entre marzo de 2020 y octubre de 2021, Argentina impuso el cierre de fronteras por la pandemia por COVID-19. Este prolongado cierre no incluyó ninguna alternativa que permitiera el ingreso regular por pasos terrestres de personas que no fueran argentinas o residentes regulares. En consecuencia, los miles de familias (en especial venezolanas) que, por los propios efectos de la pandemia, se dirigieron hacia Argentina en ese período, no cuentan con comprobante de ingreso regular al territorio. En el caso de las niñas y niños menores de nueve años, a esto se le suma el déficit en la documentación de país de origen —que en los últimos años también ha comenzado a afectar a sus padres y madres, cuyos documentos venezolanos han ido venciendo a lo largo del proceso migratorio—. Los efectos económicos de la pandemia también generaron nuevos procesos migratorios, muchos de los cuales resultaron en familias que se han ido separando y cuyos integrantes se han instalado en distintos países de la región (Argentina, Perú, Colombia, Ecuador, Chile). A consecuencia de ello, las madres y los padres de muchos niños y niñas residen en países distintos, a la vez que han comenzado a observarse varones y mujeres adolescentes (menores de 18 años) que se desplazan por su propia cuenta y sin los permisos correspondientes.

Estos tres procesos (regresivos en lo que respecta a la protección y el acceso a derechos) se han intersectado de manera tal que exigen tanto una agenda específica para la protección de la niñez migrante, refugiada y solicitante de asilo como el fortalecimiento y la expansión de una perspectiva de niñez sensible a las singularidades de la condición migratoria. A diferencia de años anteriores, las vulneraciones de derechos que pueden afectar a niños y niñas migrantes son diferentes de las que pueden afectar a niños y niñas no migrantes, diferentes de las que pueden afectar a migrantes adultos en general, e incluso diferentes de las que pueden afectar a las personas adultas de sus mismas familias. Este nuevo panorama se agrega

a lo que ya sabemos a partir de la experiencia territorial: que en distintos lugares del país residen familias migrantes cuyas propias condiciones de vida, marcadas por múltiples vulneraciones, interpelan a todas las instituciones y demandan un abordaje integral que aúne perspectiva migratoria y de infancias.

Ante estos desafíos, el robusto plexo normativo que Argentina ha desarrollado en los últimos veinte años (en especial la legislación migratoria, de asilo, y de protección de los derechos de la niñez), sumado a la vasta experiencia institucional a nivel nacional, provincial, municipal y de la sociedad civil, augura excelentes resultados. Los informes que se presentan en esta colección, fruto de un convenio de cooperación llevado adelante en 2023 entre la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y la Comisión Argentina para personas Refugiadas y Migrantes (CAREF) contribuyen a sistematizar y analizar procesos y experiencias recientes, de modo de lograr una protección cada vez más robusta de los derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes que viven en nuestro país.

»»» **Gabriela Liguori**

Directora Ejecutiva / CAREF

»»» **María Inés Pacecca**

Coordinadora Área de Investigación / CAREF

Referencias bibliográficas

CAREF. 2019. *Personas, "papeles", políticas y derechos. Las migraciones contemporáneas en Argentina desde la perspectiva de CAREF (2004-2015)*.

Disponible en <https://caref.org.ar/publicaciones>

Resumen



Este relevamiento se basa en entrevistas en profundidad a profesionales trabajadoras del sistema público de salud y de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la protección de derechos de la población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Jujuy. Esta información se complementó con el análisis documental de políticas y programas de salud disponibles en los sitios web de los ministerios y secretarías de salud de las jurisdicciones relevadas. El análisis se centró en la identificación de las poblaciones destinatarias, los requisitos y mecanismos de acceso y la existencia de disposiciones específicas para la población migrante. En conjunto, el informe muestra la compleja articulación entre los múltiples factores de discriminación que afectan el ejercicio del derecho a la salud por parte de niñas, niños y adolescentes migrantes, y enfatiza la importancia de construir diagnósticos de situación desde una perspectiva interseccional.

I.

El derecho a la salud de las infancias y adolescencias migrantes en Argentina

La construcción de una sociedad democrática implica un proceso de avance en la igualdad en el acceso a derechos, en el que la garantía de los derechos de las poblaciones migrantes ocupa un lugar central. Argentina cuenta con un marco normativo que asegura los derechos básicos a todas las personas extranjeras residentes en el país, independientemente de la regularización o no de su situación migratoria. En efecto, la Ley de Migraciones N°25.871, promulgada a principios de 2004 y reglamentada en el año 2010 por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 616, reconoce a la migración como un derecho “esencial e inalienable de la persona, y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad” (Art. 4). En su artículo 6, dicha norma establece que:

El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Asimismo, en su artículo 8 expresa que:

No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

En lo que respecta a los derechos de niños, niñas y adolescentes en contextos de migración, el instrumento fundamental para proteger su desarrollo integral es la *Convención Internacional de los Derechos del Niño*, de

la que Argentina es parte desde 1990. En ella se consagra el principio del interés superior del niño (art. 3), determinante en la valoración de cualquier política, acción o decisión que tenga o pueda tener impacto sobre la niñez y la adolescencia. En los casos de niñas, niños y adolescentes migrantes, este principio conlleva que las políticas de protección de la infancia y adolescencia deben prevalecer respecto de las políticas migratorias o de otra índole que impidan el acceso a derechos fundamentales. Ello implica que ninguna medida institucional, administrativa o judicial puede afectar el interés superior de niños, niñas y adolescentes.

La *Convención sobre los Derechos del Niño* establece específicamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, sin discriminación (Art. 24). El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (reconocidos en el Art. 6) constituye otro principio esencial para la protección del derecho a la salud, que sólo puede efectivizarse en interdependencia con los demás derechos fundamentales. En el mismo sentido, las restricciones para el acceso a servicios de salud con base en la condición migratoria afectan gravemente el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

A nivel nacional, la Ley N°26.061 de Protección Integral de los derechos de Niños, Niñas y Adolescentes también reconoce el derecho a la atención integral de la salud. Ello implica el derecho a recibir asistencia integral y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios de salud, en todos sus niveles. Asimismo, esta ley expresa que los organismos del Estado deben garantizar el acceso a la salud, respetando las pautas familiares y culturales (Art. 14).

En suma, se observa consonancia en la protección del derecho a la salud integral en la normativa vigente en materia migratoria y en materia de infancia y adolescencia. Asimismo, esto es consistente con la garantía de raigambre constitucional del derecho a la salud como derecho colectivo y universal. Al respecto, el apartado 33 del *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966) afirma que, en tanto derecho humano fundamental, el derecho a la salud impone a los Estados tres obligaciones: respetar, proteger y cumplir. Esto es, dar plena efectividad a lo declamado, dictando todas las medidas necesarias a nivel legislativo, administrativo, presupuestario y judicial.

Así, cobran relevancia los procesos de monitoreo y evaluación del cumplimiento del derecho a la salud tendientes al desarrollo de las estrategias de exigibilidad necesarias para subsanar las barreras y dificultades observadas. En esa línea, este informe presenta los resultados de un análisis exploratorio del estado de situación del derecho a la salud en niñas, niños y adolescentes migrantes en cuatro jurisdicciones del territorio nacional: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Mendoza, Jujuy y Buenos Aires. El análisis se enmarca en el campo más amplio del derecho a la salud, y de la accesibilidad a la salud de personas migrantes. Su propósito es identificar los obstáculos y dificultades existentes respecto a la accesibilidad a la salud por parte de niños, niñas y adolescentes migrantes, contemplando sus trayectorias de acceso a efectores del sistema público de salud para la realización de consultas de control, especializadas y de alta complejidad, así como el acceso a medicamentos y prestaciones necesarias para garantizar el cuidado de la salud.

Parte de la información que aquí se analiza proviene de once entrevistas en profundidad realizadas a doce personas trabajadoras del sistema público de salud y de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la protección de derechos de la población migrante. Las entrevistas se hicieron entre el 18 de mayo y el 3 de agosto de 2023 y se distribuyeron jurisdiccionalmente del siguiente modo: cinco entrevistas en Ciudad de Buenos Aires (cuatro de ellas a trabajadoras sociales de hospitales y centros de salud y una a una referente de organización de la sociedad civil), tres en Provincia de Buenos Aires (trabajadoras sociales de hospitales y centros de salud y de un programa provincial), dos en Mendoza (una trabajadora de la salud y una referente de organización de la sociedad civil) y dos en Jujuy (ambas referentes de una organización de la sociedad civil).

Asimismo, la información surgida de las entrevistas se complementó con el análisis documental de políticas y programas de salud disponibles en los sitios web de los ministerios y secretarías de salud de las jurisdicciones relevadas. El análisis de contenido de estos documentos se centró en la identificación de las poblaciones destinatarias, los requisitos y mecanismos de acceso y la existencia de disposiciones específicas para la población migrante.

El análisis muestra la compleja articulación entre los múltiples factores de discriminación que afectan el ejercicio del derecho a la salud por parte de niñas, niños y adolescentes migrantes. Esto perfila una situación diferencial y específica que requiere una mirada y un abordaje ineludiblemente interseccionales. Así como esa población comparte discriminaciones y violencias en el acceso a sus derechos básicos con el conjunto de la población migrante en el país, también la atraviesan las implicancias de ser niños, niñas y adolescentes en un contexto de fuertes desigualdades socioeconómicas que vulneran especialmente los derechos de las infancias y las adolescencias. De tal modo, velar por el interés superior de niñas, niños y adolescentes en sus recorridos tendientes a ejercer el derecho a la salud implica atender específica y diferencialmente las modalidades situadas en que se intersectan desigualdades sociales múltiples. Entre ellas, encontramos desigualdades ancladas en la edad o ciclo vital, el status migratorio, la pertenencia étnica y nacional, el género, la clase social y cualquier otra discriminación surgida de una posición desventajosa en otro sistema de jerarquización social.

II.

Niños, niñas y adolescentes migrantes: la accesibilidad al sistema público de salud

La condición migratoria y el DNI como llave de entrada al sistema público de salud

El sistema de salud argentino presenta una estructura compleja. Por un lado, está segmentado en tres subsectores que difieren en su forma de afiliación, financiamiento y provisión: el sector público, la seguridad social y el sector privado. El 35,7% de la población utiliza cobertura pública exclusiva, un 63,6% cuenta con seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales o de jubilados) y un 14% contrata seguros privados (incluyendo tanto a quienes realizan pago directo como a quienes desregulan sus aportes de las obras sociales). Se estima que el 5% de la población tiene más de una cobertura (CADIME y DPT, 2020).

Por otro lado, el sistema de salud está descentralizado. El modelo federal implica que las provincias —y en ocasiones, los municipios— tienen autonomía para diseñar las estrategias de cuidado de la salud. El análisis del financiamiento sectorial correspondiente al año 2015 muestra que, del total del gasto público en salud, un 20,5% corresponde a erogaciones del gobierno nacional, un 62,6% a las provincias y un 16,9% a los municipios (Maceira, 2020). Es decir que la injerencia provincial y en menor medida municipal imprime heterogeneidad y desigualdad en la cobertura de salud, mostrando diferencias en la disponibilidad y continuidad de las prestaciones entre jurisdicciones. Eso, sumado a la desigualdad en los perfiles socioeconómicos de las distintas zonas geográficas del país, impacta en una evolución diferencial de la morbimortalidad entre personas y regiones (Marín, 2021).

El acceso al sistema de salud argentino en contexto de pos-pandemia presenta una serie de dificultades que afectan a todas las personas que utilizan la salud pública. Así, la población migrante comparte con la nacional un conjunto de obstáculos en la garantía del derecho a la salud: la insuficiencia y demora de los turnos, la larga espera para la atención en los servicios de guardia, y la escasez de recursos humanos y de infraestructura. A ello se añade la histórica impronta biomédica y asistencial de la oferta sanitaria (en detrimento de un abordaje integral y de prestaciones de prevención y promoción de la salud) y la vigencia de un modelo de atención cada vez más fragmentado y mercantilizado.

No obstante, estos obstáculos comunes, la condición migratoria imprime un diferencial en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y se convierte en un determinante ineludible al momento de construir diagnósticos de situación y formular políticas sanitarias. Del mismo modo, los obstáculos en el ejercicio del derecho a la salud de la población migrante se intersectan con otras situaciones discriminatorias (como la vulneración en los derechos al trabajo y a la vivienda) y vuelven más frágiles los procesos de inclusión social y las posibilidades de una vida digna.

En las entrevistas realizadas en el marco de este informe, el análisis de las barreras en el acceso a la salud por parte de niñas, niños y adolescentes migrantes oscila entre dos dimensiones: por un lado, los obstáculos administrativos frente a la irregularidad migratoria; por el otro, prácticas de atención de características discriminatorias por parte de los equipos de salud. Esto expresa problemáticas en dos niveles: lo que estrictamente se denomina el *acceso al sistema de salud* —la posibilidad lisa y llana de recibir atención— y la *accesibilidad al derecho a la salud*, que es más amplia y comprende aspectos simbólicos y relacionales entre las instituciones y los sujetos (Comes y Stolkner, 2004). Así, la accesibilidad contempla no sólo el proceso de acceso a los efectores del sistema sino también los vínculos (encuentros y desencuentros) que se construyen en los recorridos de las personas por los variados espacios y servicios del sistema donde buscan garantizar su derecho a la salud. Es decir que la noción de accesibilidad incluye también las experiencias concretas de las personas en sus tránsitos: la distancia recorrida para llegar al centro de salud, los horarios de atención, las esperas,

la sensibilidad en el trato por parte de las y los profesionales, la adecuación de la información que las personas reciben, la calidad de la atención, etcétera. Así, en torno al concepto de accesibilidad converge tanto la idea de proceso (secuencia o trayecto que se da en la interacción sujeto-institución) como la de escenarios donde se dan esos procesos. El escenario abarca las condiciones (físicas, económicas, normativas) en las que se produce la interacción y se determinan las condiciones en que se dan los vínculos entre el sujeto, la institución y sus servicios (Clemente, 2014).

En contraste con lo que establece taxativamente el marco normativo vigente en Argentina, en las entrevistas surgen relatos donde el acceso a insumos y prestaciones está mediado por la exigencia del DNI. Como se analizará más adelante a partir de situaciones específicas, el requisito de DNI surge de distintas fuentes: en algunos casos está explicitado en la formulación de una política sanitaria de alcance nacional, municipal o provincial; en otros casos se instala en el proceso de implementación, al diseñarse los sistemas telefónicos o presenciales de obtención de turnos o los sistemas de registro de información para el acceso a insumos y prestaciones; y en otros casos surge del accionar discrecional del personal que interactúa con la población migrante en una ventanilla administrativa o en un consultorio de admisión. En la totalidad de estos casos, el no tener DNI obtura el pleno acceso al derecho a la salud.

En Argentina, la regularización de la permanencia está regida por la Ley de Migraciones (Nº25.871) que establece dos grandes vías de acceso a la residencia temporaria, según cuál sea el país de nacionalidad de la persona. Quienes provienen de países del Mercosur o Asociados (Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y Surinam) pueden regularizar su permanencia en el país por el criterio de "nacionalidad" (art. 23 inc. I de la ley). De este modo, obtienen una residencia temporaria por dos años, renovable, con permiso de trabajo, y Documento Nacional de Identidad (DNI) de residente extranjero, que vence simultáneamente a la residencia acordada. Los requisitos para solicitar esta residencia temporaria incluyen documentos de identidad del país de origen válidos y vigentes, comprobante de ingreso regular a Argentina, carencia de antecedentes penales (en Argentina, en el país de origen e in-

ternacionales) y pago de una tasa migratoria. Por otro lado, las personas que proceden de países no-Mercosur pueden solicitar la residencia por alguno de los otros criterios previstos en la ley, tales como ser familiar (hijo/a, padre, madre o cónyuge) de una persona argentina o de una persona extranjera radicada; trabajador migrante; rentista; inversionista; científico; deportista; religioso; estudiante, entre otros (art. 23 incisos varios). La documentación requerida varía según el criterio, al igual que la duración de la residencia acordada (que por lo general suele ser de uno o dos años). Vale aclarar que existe una tercera vía para regularizar la residencia, que es independiente del país de nacionalidad de la persona: el criterio de la unidad familiar. Así, toda persona que sea madre, padre, cónyuge o hijo/a menor de edad de una persona argentina puede solicitar la residencia permanente en base a su vínculo de parentesco con un/a nacional, que debe demostrar a través de la documentación correspondiente (partida de nacimiento, acta de matrimonio, etc.).

En todos los casos, el trámite de radicación se inicia de manera digital en el sistema RaDEX, el módulo de radicación a distancia de extranjeros de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM). Para iniciar el trámite se deben cargar imágenes de la documentación requerida (documento de identidad de país de origen, comprobante de ingreso, antecedentes penales) y se abonan las tasas establecidas. Luego, al recibir la aprobación de la DNM, las personas deben concurrir físicamente a una sede jurisdiccional de Migraciones para efectuar el registro biométrico (huellas dactilares y fotografía). Finalmente, luego de que la Dirección Nacional de Migraciones haya otorgado la residencia solicitada, el Registro Nacional de las Personas emite el Documento Nacional de Identidad de residente extranjero, donde consta el tipo de residencia y su duración.

En las entrevistas realizadas se detectaron tres situaciones frecuentes por las cuales la población migrante enfrenta dificultades para acceder a la radicación y al DNI: extranjeros/as con problemas en la documentación emitida en su país de origen; extranjeros/as con ingresos irregulares al territorio nacional; y migrantes recientes procedentes de Venezuela con problemas documentarios específicos. Veamos cada uno de estos casos, ya que impactan en el acceso a la salud.

Extranjeros/as con problemas en la documentación emitida en origen

Esta situación corresponde a quienes tienen algún problema en su documentación emitida por el país de origen, que sólo puede ser resuelto in situ, en el mismo país de origen. Esto incluye no tener la documentación original que se expide en el lugar de nacimiento, o tenerla pero que la misma no esté debidamente legalizada o contenga algún error (nombres o números de documentos mal consignados suelen ser frecuentes). Las personas que, por razones económicas, de disponibilidad de tiempo u otras, no pueden regresar a su país o no cuentan allí con personas que puedan realizar las gestiones, se ven trabadas en la posibilidad de obtener documentación o subsanar sus errores.

Extranjeros/as con ingresos irregulares al territorio nacional

Las personas que han ingresado al país por pasos no habilitados no cuentan con el sello o comprobante (que emite la Dirección Nacional de Migraciones en el puesto de control migratorio) que demuestra el ingreso regular al territorio. El contexto de pandemia y el cierre de fronteras entre marzo de 2020 y octubre de 2021, tanto como el carácter restrictivo de las políticas migratorias impuesto especialmente por el Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2017, son factores claves en la explicación de los ingresos irregulares al país.

El DNU 70/2017, introducido por el poder ejecutivo y vigente entre enero de 2017 y marzo de 2021, modificó la Ley Nacional de Migraciones en varios sentidos. Entre ellos: amplió las causas que impedían el ingreso y la permanencia de los extranjeros; amplió los supuestos de cancelación del permiso de residencia y la prohibición de reingreso al país en ciertos casos de expulsión de extranjeros; introdujo el procedimiento migratorio especial sumarísimo, que agilizó las expulsiones de extranjeros; amplió los supuestos de privación de libertad en vistas a la expulsión y modificó las condiciones de acceso a ciertas garantías de procedimiento. Tal como sostiene Arletazz (2021), el DNU buscó vincular inmigración y criminalidad y transmitir un mensaje de firmeza del Estado en la lucha contra el delito.

El carácter restrictivo en materia migratoria se agudizó en contextos de pandemia. Como expone el informe *Fronteras cerradas por pandemia. Familias en movimiento y sus tránsitos hacia Argentina* (CAREF 2022), a partir de marzo de 2020 se produjo un cierre físico y administrativo de las fronteras, se reforzaron los patrullajes y los dispositivos de seguridad, se agregaron controles sanitarios de personas y se suspendió la posibilidad de solicitar asilo en la frontera. Este conjunto de decisiones políticas y administrativas modificó la dinámica de desplazamientos y regularizaciones previas, aunque no impidió los arribos de personas y familias migrantes que se encontraban en otros países de la región (Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). Por motivos de protección, salud, humanitarios o de reunificación familiar, esas personas cruzaron varias fronteras regionales para llegar al país. En tanto han cruzado por pasos no habilitados, se encuentran en situación irregular por no contar con el comprobante de ingreso al territorio nacional (CAREF, 2022).

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas para este informe que integran organizaciones de la sociedad civil abocadas a la protección de los derechos de la población migrante, la mayoría de las personas extranjeras que ingresaron irregularmente fueron conminadas por la Dirección Nacional de Migraciones a abandonar voluntariamente el territorio; de lo contrario, recibirían una orden de expulsión con prohibición de reingreso. Esta situación, añadida a la extrema dificultad para obtener las dispensas (es decir: los “perdones” por el ingreso por paso no habilitado), expone a esta población a una vulnerabilidad diferencial. Esto impacta directamente en el derecho a la salud, toda vez que la política migratoria restrictiva aleja a las personas de los sistemas asistenciales estatales, a los que se teme recurrir por estar en condición irregular.

Resulta de interés la situación de los ingresos irregulares en las familias transfronterizas que habitan la zona de La Quiaca-Villazón (frontera entre Argentina y Bolivia) que describen las integrantes de organizaciones de la sociedad civil entrevistadas. Son grupos familiares caracterizados por un vivir transnacional, que se movilizan por el territorio con frecuencia y resuelven su vida cotidiana en arreglos con instituciones y actores tanto argentinos como bolivianos. La frontera se vuelve invisible y se transita sin

ser percibida como un paso de un país a otro, sino más bien como una respuesta a las decisiones respecto a en qué lugar resolver las necesidades de la vida cotidiana. En ese sentido, la atención de los problemas de salud en instituciones argentinas responde a la decisión estratégica de optar por efectores donde se presupone que la atención es más accesible o de mejor calidad. Gran parte de esa población cuenta con DNI de residente permanente y muchos/as adultos/as tienen hijos/as nacidos/as en Argentina.

A pesar de la regularidad migratoria, el cruce frecuente de las fronteras (en algunos casos sin registro) implica trabas en el ejercicio de derechos adquiridos en Argentina, basadas en la presunción de que la persona no está viviendo en el país. Esto se debe a que no todos sus ingresos quedaron registrados en la Dirección Nacional de Migraciones. Este es el caso de ciertas prestaciones otorgadas por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), tales como la Asignación Universal por Hijo y las pensiones para adultos/as mayores. El cese de las prestaciones lo decide ANSES, a partir del cotejo con la información sobre entradas y salidas que registra la DNM. La experiencia de las organizaciones de la sociedad civil permite pensar que este cotejo no alcanza a la totalidad de las personas que reciben prestaciones de ANSES, sino principalmente a quienes son extranjeras, incluso cuando para acceder a la prestación en cuestión tuvieron que contar con DNI de residente permanente.

Otra situación de ingreso irregular cuya no resolución expone especialmente a situaciones de vulnerabilidad está dada por las/os adolescentes que migran sin el acompañamiento de sus progenitores. Las entrevistas refieren a variadas situaciones de adolescentes (varones y mujeres) procedentes de países limítrofes, de Venezuela y Colombia. En algunos casos migraron con amigos/as, en otros con su pareja y en otros con personas adultas no familiares que no cuentan con la autorización de los progenitores. También se registraron dos situaciones en las que migraron con la madre, pero en un caso ella falleció y en otro regresó sola a Venezuela. La constante de estas situaciones es que, además del ingreso irregular, al no contar con el acompañamiento del adulto responsable no pueden dar inicio al trámite de radicación ni solicitar las dispensas que pudieran aplicarse. Algunas referentes de organizaciones de la sociedad

civil entrevistadas plantean la necesidad de que se pueda regularizar algunas de estas situaciones por el criterio de autonomía progresiva; es decir, si se las evalúa debidamente y se constata que se trata de adolescentes que desarrollan una vida autónoma y no están afectados/as por situaciones de explotación laboral o sexual.

Finalmente, se destacan las situaciones de ingresos irregulares de madres o padres que ingresan al territorio nacional sin la documentación que demuestre el permiso del/la progenitor/a que no migra. Las entrevistadas de La Quiaca relatan situaciones de estas características, donde el motivo control migratorio se evade por no contar con la autorización del padre o madre que no acompaña la migración. Distinguen la situación de las madres que migran solas con hijos/as, históricamente frecuente, de la novedosa situación de padres venezolanos o colombianos que ingresan al país con hijos/as y sin la madre. Señalan que las situaciones de madres migrando solas por razones de violencia de género por parte de sus parejas, o por abandono, o falta de vínculo con el padre de sus hijos/as han tenido protagonismo entre las situaciones atendidas a lo largo del tiempo.

Sin embargo, las consultas de padres que migran solos con sus hijos/as resultan novedosas e inquietantes. Las entrevistadas refieren a casos de padres que dicen no contar con el permiso de viaje de las madres por abandono, por fallecimiento o por no haber podido realizar el trámite de autorización. La constante es la ausencia de documentación que acredite lo que relatan, lo que resulta atendible considerando que el extravío y robo de la documentación durante las migraciones por la ruta andina es frecuente, ya que implica variadas estadías y mudanzas en el tránsito. Esto configura un desafío para las instituciones intervinientes, que se enfrentan a la duda respecto a si efectivamente el relato de esos padres es certero o si se trata de excusas para ocultar que han migrado con sus hijos/as sin el consentimiento de la madre. La complejidad de la evaluación diagnóstica de estas situaciones es notable, así como los esfuerzos de quienes intervienen por esclarecerla y evitar la vulneración de derechos de las niñas, los niños y adolescentes involucrados/as.

Sea el padre o la madre quien migra solo/a con sus hijos/as, haber cruzado la frontera irregularmente y no contar con el permiso de viaje del pro-

genitor que no migra, o no contar con una constancia judicial de país de origen que certifique la autorización del cuidado unipersonal, son escollos para la radicación y la regularización de la situación migratoria.

Migrantes recientes procedentes de Venezuela con problemas documentarios específicos

Las personas venezolanas pueden regularizar su situación migratoria y obtener su documento de identidad de residente extranjero a través del criterio de nacionalidad establecido en el artículo 23 inc. I de la Ley de Migraciones N° 25.871/2004. En el año 2019, debido a los crecientes arribos de población venezolana y a sus dificultades para la obtención de documentación de viaje en su país de origen, la DNM estableció un programa especial (Disp. 520/2019) destinado a facilitarle el ingreso al territorio nacional, la regularización y la inserción social. Dicho programa autorizó el ingreso de personas venezolanas que portaran Cédula de Identidad o Pasaporte vencido (cuyo plazo de vencimiento no excediera los dos años a partir del dictado de dicha norma) o partida de nacimiento para el caso de niñas y niños menores de nueve años de edad que no portaran ninguno de los instrumentos anteriormente mencionados. También habilitó el inicio de los trámites de residencia en la categoría temporaria a quienes acreditaran identidad y nacionalidad con documentación de viaje o de identidad vencida (siempre que el vencimiento no superara los dos años). En relación a niños y niñas de menos de nueve años, habilitó el inicio del trámite de residencia con la partida de nacimiento como único instrumento de acreditación de identidad.

En el año 2021, mediante una nueva disposición (Disp. 1891/2021), la DNM intentó resolver las efectivas dificultades de niños, niñas y adolescentes venezolanos que no habían logrado regularizarse. Si bien la disposición de 2019 habilitaba el inicio del trámite de residencia con partida de nacimiento, los procedimientos se trababan más adelante por la falta de documentación. Así, buscando garantizar “el interés superior del niño”, la Disposición 1891/2021 aprueba el “Régimen Especial de Regularización para Niños, Niñas y Adolescentes Migrantes Venezolanos”, destinado a

personas venezolanas menores de dieciocho años de edad que hubieran formalizado su solicitud de regularización migratoria con anterioridad al dictado de la medida o durante los sesenta días corridos posteriores. Esta disposición permitió tramitar la residencia temporaria eximiendo de la presentación de documento de identidad o de viaje de país de origen válido y vigente (Pasaporte, Cédula de Identidad o Certificado de Pasaporte en Trámite expedido por la representación consular) y de partida de nacimiento legalizada y apostillada. Es decir que bastaba con la partida de nacimiento simple para que las niñas y niños contemplados en este régimen especial pudieran acceder a una residencia temporaria por dos años (CAREF, 2020). En 2023, cuando los 3.700 DNI de residentes temporarios comenzaron a vencer, buena parte de estas niñas y niños no pudieron renovar a DNI de residente permanente ya que en esta oportunidad se les exigía que presentaran la documentación de país de origen que se les había eximido en la primera oportunidad —documentación que las familias esta vez tampoco habían podido obtener—.

En las entrevistas a referentes de la sociedad civil se destaca la compleja situación de la población venezolana en general y de las niñas, niños y adolescentes en particular. Refieren que el ingreso al país de menores de nueve años se realiza mayormente sin contar con la cédula de identidad (dado que Venezuela la expide a partir de esa edad) y trayendo actas de nacimiento, que en Argentina no son consideradas documento válido para acreditar identidad. Esto configura, según las entrevistadas, un gran dilema: Argentina no reconoce ni documenta personas nacidas fuera del territorio nacional y Venezuela no garantiza el acceso a la documentación que Argentina solicita para la regularización. Si bien las mencionadas de 2019 y 2021 facilitaron algunas situaciones, fueron caracterizadas como “parches” o respuestas insuficientes, que posponen el problema con eximiciones temporarias y costosas. Con esto aluden al beneficio de suplir la falta de la cédula de identidad con la presentación de documentación que demuestre el inicio del trámite de pasaporte (que se puede tramitar en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) cuyo costo ronda los US \$ 350 y resulta privativo para la mayor parte de la población.

En los puntos siguientes se analizará el impacto de la irregularidad migratoria y el no contar con DNI en el acceso a diversas instancias y prestaciones del sistema de salud.

Accesibilidad a las consultas en servicios de emergencias y ambulatorios

En términos generales, las profesionales entrevistadas manifiestan que la población migrante no encuentra dificultades para acceder a consultas en servicios de emergencias, donde logran atención independientemente de que cuenten o no con DNI. Las barreras en dicho acceso son las mismas que las de la población general: largas esperas, especialidades sin profesionales de guardia, rechazo de atención por evaluar que el cuadro no es consistente con una emergencia.

- En el caso de la población migrante que se desplaza por la ruta andina y se encuentra en tránsito en **La Quiaca**, la demora en la atención suele generar que la consulta, si no es de suma urgencia, se posponga para ser efectuada en San Salvador de Jujuy. Esto es frecuente ante situaciones de niñas, niños y adolescentes que padecen malestares propios de la altura (mareos, sangrado de nariz, dolor de cabeza). Sobre las condiciones en las que llegan a La Quiaca, las entrevistadas refieren que los desplazamientos desde el lugar de origen implican en muchas familias procedentes de Venezuela, Colombia o Ecuador hayan pasado por hasta cinco países, pernoctando en las calles o en los puntos de atención de organizaciones humanitarias tales como Cáritas o La Cruz Roja. El cansancio que ello genera, sumado a los malestares derivados de la dificultad para adaptarse a las alturas, hacen que las consultas en servicios de emergencias sean frecuentes.

En lo que respecta al acceso a consultas de servicios ambulatorios, tanto en consultorios externos de hospitales como en centros de atención primaria de la salud, la situación es heterogénea de acuerdo con las jurisdicciones y los efectores de salud.

- En **Mendoza**, el sistema de gestión de turnos es telefónico (número 148) y exige un DNI, no resultando efectivo el aportar un número de documento extranjero ni un número aleatorio. Se trata de una barrera administrativa que, en algunas ocasiones, pero no en todas, se resuelve acercándose al mismo efector y gestionando el turno personalmente. En otras situaciones, los turnos se obtienen con la mediación de estrategias de exigibilidad por parte de organizaciones de la sociedad civil. Esto expresa gravedad, ya que, en una provincia con presencia histórica de población migrante, la exigencia del DNI implica su invisibilización a la hora de formular una política pública y una franca vulneración del derecho a la salud. Al respecto, resulta ilustrativo que la campaña de vacunación para la COVID 19 exigía inicialmente el DNI como requisito de acceso al turno, y esto sólo se modificó ante el pedido de organizaciones defensoras de los derechos de la población migrante.
- En las provincias de **Jujuy y Buenos Aires**, y en la **Ciudad Autónoma de Buenos Aires** (CABA), de acuerdo con las entrevistadas, la población migrante accede a los turnos ambulatorios sin mayor dificultad. No se registran situaciones de exigencia de DNI, aunque sí algunas donde se solicita un documento que acredite identidad. Esto implica una barrera para la población migrante que ha extraviado su documentación o que se la han robado en el tránsito migratorio. No obstante, las entrevistadas de organizaciones de la sociedad civil expresan que el no acceso a consultas de salud no ocupa un lugar importante en los motivos de consulta de la población migrante que reciben en sus organizaciones.

En lo atinente al empadronamiento de las personas migrantes en los sistemas de registro y la apertura de las historias clínicas, las entrevistadas no refieren mayores dificultades. Estos procedimientos administrativos suelen garantizarse tanto en hospitales como en centros de salud. Si la persona no cuenta con DNI, el registro se efectiviza con el número de documento del país de origen, con la fecha de nacimiento o con un número aleatorio. De este modo, la persona queda empadronada y la información queda registrada en la historia clínica.

Así como en el caso de consultas en servicios de emergencias y ambulatorios la exigencia del DNI no opera como obturador del acceso, la

existencia de prácticas discriminatorias hacia las personas migrantes en los procesos de atención afecta sustantivamente la accesibilidad. Las entrevistadas de todas las jurisdicciones aluden a la circulación de prejuicios y estereotipos en la atención brindada por profesionales de la salud y empleados/as administrativos/as. Aunque no se niegue la atención, la misma se despliega atravesada por construcciones racistas y xenófobas. Por un lado, se han identificado prejuicios generales e históricos hacia la población migrante en los que se la presenta como usurpadora de recursos que corresponden a la población nacional y se le adjudica la responsabilidad ante la falta de turnos, la demora en la atención o la escasez de medicamentos (Courtis, Liguori y Cerruti, 2010; Jelin y otros, 2006). Por otra parte, existen también prejuicios específicos a poblaciones nacionales (caracterizaciones generalizantes, sobre todo respecto a la población procedente de países limítrofes y en particular de Bolivia). Cobran relevancia las descalificaciones a las pautas de crianza de padres y en especial de madres, y el no respeto a prácticas culturales y formas de vida. Por ejemplo, se suele atribuir la no adherencia a un tratamiento o el ausentismo a una consulta a que las madres y/o padres son ignorantes, no tienen conciencia de los riesgos para la salud o priorizan sus trabajos por sobre el cuidado de sus hijas e hijos.

La cuestión idiomática asume un papel central en los procesos de atención. Las entrevistadas reiteran que las diferencias idiomáticas se magnifican por parte de los equipos de salud, quienes refieren que las madres y padres migrantes no entienden sus indicaciones, pero a la vez muestran poca predisposición a comunicarse lentamente y respetando tiempos y modos propios de personas de otras culturas. Esta falta de actitudes empáticas y de disponibilidad al encuentro intercultural muestra la inexistencia o insuficiencia de estrategias de capacitación y sensibilización de los equipos de salud. Estrategias que deberían fortalecer la comunicación intercultural y el conocimiento del marco normativo vigente en materia migratoria.

Sobre el conocimiento de dicho marco normativo, las entrevistadas poseen distintas apreciaciones. Las entrevistadas de CABA y Provincia de Buenos Aires refieren que la mayoría de las/os integrantes de los equipos de salud conocen la ley migratoria o al menos la existencia de la obligación de ga-

rantizar el derecho a la salud. Algunas de las trabajadoras de la salud con años de ejercicio profesional en el sistema público sostienen que las/os profesionales más jóvenes tienen mayor conocimiento de la ley y mejor predisposición para la comunicación intercultural. Asimismo, señalan que los equipos de salud tienen, en su conformación actual, presencia de profesionales migrantes y que esto favorece la menor discriminación.

Las entrevistadas de Mendoza refieren que la ley migratoria no es conocida en los efectores de salud y lo atribuyen a la inexistencia de políticas sanitarias interculturales y de instancias de capacitación. Las entrevistadas de Jujuy expresan que la ley migratoria es conocida pero que los prejuicios y la discriminación, en especial hacia la población boliviana, se antepone a ese conocimiento. Sostienen que es frecuente que los equipos de salud esgriman el argumento de la no reciprocidad, es decir, la desigualdad respecto a los derechos garantizados a la población extranjera en Bolivia. Ha tenido resonancia el caso de un docente argentino que falleció en 2022 en Bolivia tras sufrir un accidente con su moto y no recibir la atención médica necesaria, debido, según los medios de comunicación argentinos, a la exigencia del personal de salud a que pague por adelantado la atención y con pesos bolivianos.

Desde la perspectiva de las entrevistadas, las situaciones de discriminación son muchas veces naturalizadas y no denunciadas. La denuncia o presentación ante organizaciones de la sociedad civil queda supeditada a la disponibilidad de información sobre los derechos migratorios y el derecho a la salud, al conocimiento de los circuitos y organizaciones donde plantear la discriminación, y a las posibilidades materiales y habilidades personales para desplegar estrategias de exigibilidad.

III.

Acceso a bienes esenciales para la salud: medicamentos y prestaciones

El acceso a medicamentos constituye una condición básica para la salud. Fue incorporado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho fundamental en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948); planteado en la reunión de Alma Atta (1978) como un objetivo del milenio para el año 2000; e incorporado dentro de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* para el año 2030 (Nievas, Gandini y Tapia, 2020).

En Argentina, el acceso y cobertura de medicamentos esenciales se promueve a partir del Programa Remediar, creado en el año 2002 bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El Programa distribuye mensualmente medicamentos a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del país, a través de convenios con las 24 jurisdicciones. En el informe de gestión del programa correspondiente al año 2021 se reportan 8.042 CAPS bajo programa, de los cuales 1.353 son radiantes, es decir que no reciben directamente los botiquines, sino que dependen de algún otro establecimiento para disponer de los medicamentos, lo que se garantiza a través de rondas sanitarias.¹

El mecanismo de acceso a medicamentos implica realizar una consulta médica u odontológica en un centro de salud, obtener la receta de la medicación indicada y concurrir a la farmacia del mismo centro de salud, donde se retira la medicación. Esto implica que, si bien no hay restricción alguna para el acceso a la medicación, depende del acceso previo a la consulta.

1 El botiquín se entrega de manera gratuita y directa e incluye analgésicos, antiácidos, antianémicos, antiasmáticos, antibióticos, anticonvulsivos, antiespasmódicos, antihistamínicos, antiinflamatorios, broncodilatadores, cardiovasculares, corticoides, ginecológicos, hipoglucemiantes orales, productos oftalmológicos, sales de rehidratación oral y vitaminas. Según la información oficial, con ellos se responde al 80% de las consultas del primer nivel de atención.

Respecto a la medicación no cubierta por el Programa Remediar, a nivel nacional existe el Banco de Drogas Especiales, que brinda medicamentos a pacientes con cobertura pública exclusiva que cursan principalmente algún tipo de cáncer. El Banco de Drogas Especiales actúa de manera complementaria a la cobertura jurisdiccional/provincial, con el propósito de equiparar los estándares de asistencia sanitaria y lograr mayor equidad en el acceso de medicación requerida para más de cien patologías oncológicas.

Los requisitos a cumplir para acceder a medicación provista por el Banco de Drogas Especiales son:

- Tener sólo cobertura pública de salud, acreditada mediante la certificación negativa de ANSES o certificado del organismo que corresponda según la jurisdicción de residencia del paciente, que consigne la no cobertura mediante el sistema de salud de obras sociales o prepagas. La certificación deberá renovarse trimestralmente.
- Ser asistida/o en hospital público.
- La prescripción médica de las drogas, que incluye exclusivamente a las que forman parte del Listado Complementario de Medicamentos Oncológicos y que se encuentren disponibles al momento de la solicitud.
- Presentar la documentación requerida tanto para la admisión como la continuidad de tratamiento. Esta documentación incluye una ficha de admisión, formulario de solicitud, resumen de la historia clínica, fotocopias de estudios e informes de laboratorio y fotocopia del DNI del paciente y de quien retira el medicamento en su nombre. Si el paciente se encuentra tramitando su DNI, puede presentar constancia de DNI en trámite. En el caso de personas residentes en la Argentina que no han tramitado su DNI, pueden presentar constancia de su residencia precaria, y de no contar con la misma, podrán acompañar nota del consulado de su país de residencia solicitando la entrega de la medicación al Banco de Drogas Especiales.

Por otra parte, la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación otorga subsidios para la adquisición de medicamentos o insumos médicos a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y sa-

nitaria, que no poseen cobertura médica de obras sociales o prepagas. Incluye dos tipos de subsidios. Por un lado, los denominados “Subsidios para Ayudas Directas”, destinados a la adquisición de medicamentos o insumos médicos, por un importe de hasta el 50% del salario mínimo, vital y móvil. Por el otro, “Subsidios para Ayudas de Alto Costo”, destinados a la adquisición de medicamentos o insumos médicos por un importe superior al 50% del salario mínimo, vital y móvil.

Los “Subsidios para Ayudas Directas” tienen los siguientes requisitos: DNI vigente de la persona solicitante, la prescripción médica actualizada (con detalles del diagnóstico y los medicamentos indicados), resumen de historia clínica, certificación negativa municipal y de región sanitaria según domicilio del paciente (si este es de provincia) o negativa del hospital local o CeSAC más cercano al domicilio (si el paciente reside en CABA), certificación negativa de ANSES del mes en curso. En caso de niños y niñas se debe presentar también la negativa de ANSES de la madre, padre o representante legal. Asimismo, el solicitante adulto deberá acreditar el vínculo en dorso del DNI, con la partida de nacimiento o documento que acredite que es tutor/a o apoderado/a legal del niño o niña en cuestión.

Los “Subsidios para Ayudas de Alto Costo” presentan los mismos requisitos y, adicionalmente, una nota de solicitud firmada por el solicitante (si es niña o niño deberá estar firmada por el padre, la madre o representante legal), la solicitud de medicamentos y/o formulario de elementos de tecnología biomédica (completados por el médico tratante, con firma y sello del médico y del director de la institución pública que lo emite), los estudios médicos respaldatorios e informe social de institución pública realizado por municipio, centro de salud o servicio social del hospital. En caso de que se trate de medicación oncológica, la negativa del Banco Nacional de Drogas Oncológicas.

Acceso de niñas y niños migrantes a medicamentos y prestaciones

En términos generales, las y los entrevistados refieren que el acceso a la medicación crónica y a la mediación disponible en los centros de salud no tiene mayores obstáculos, siempre que se cuente con la prescripción

debidamente indicada por la o el profesional médico u odontólogo. Es decir que el acceso a la consulta previa es lo que condiciona el acceso a la medicación básica. Aquí se observan diferencias en el requisito de que esa consulta haya sido realizada en el mismo CAPS en que la persona solicita retirar la medicación. Mientras que algunos efectores plantean esta exigencia, otros admiten la receta extendida en otro efector público y proceden a transcribirla con firma y sello de un/a profesional del propio efector y entregar la medicación. Esto implica que en los CAPS más restrictivos, las personas que tienen recetas de otros efectores sean públicos o privados, deben duplicar la consulta para obtener la medicación.

Los medicamentos del Programa Remediar deben entregarse sin exigencia del DNI. El medicamento debe ser otorgado aun cuando el usuario no pueda presentar documento de identidad. En el formulario de receta del Programa, el casillero “Tipo y Nº de Documento” admite cédulas y pasaportes extranjeros. En el acceso a medicación básica no contar con DNI no suele operar como impedimento, y en los casos en que lo ha hecho — porque en alguna ventanilla se ha exigido— la intervención de los servicios sociales o de las organizaciones de la sociedad civil ha allanado el camino y se ha conseguido el acceso. Aquí se observa como un Programa Nacional de Salud formulado en consonancia con la garantía de salud universal y armonizado con los derechos de la población migrante se convierte en facilitador clave para la inclusión social plena.

En franco contraste, en todas las jurisdicciones relevadas, contar con DNI se vuelve clave para acceder a la medicación otorgada por los bancos de drogas, a los insumos y a los estudios necesarios para las intervenciones quirúrgicas y a los recursos y prestaciones provistos por programas provinciales. Aquí se observan programas y procedimientos administrativos que vulneran el derecho a la salud y contrarían el marco normativo nacional en materia de salud y de migraciones.

Las entrevistadas de las Provincias de Jujuy, Mendoza y Buenos Aires refirieron situaciones específicas en las cuales niños, niñas y adolescentes migrantes sin DNI tuvieron dificultades para acceder a medicamentos y prestaciones de programas provinciales. Algunos ejemplos: una adolescente con barreras en el acceso a insulina, agujas, lancetas y tiras reactivas pro-

vistas por el Prodiaba (Programa de la Provincia de Buenos Aires dirigido a población diabética); un niño con diagnóstico de epilepsia con restricción en el acceso a medicación provista por el Proepi (Programa de la Provincia de Buenos Aires); una madre con su hijo recién nacido en una maternidad en Mendoza que estaba en condiciones de alta y no pudo egresar porque requería oxígeno en su domicilio, rechazado por el Programa provincial de Oxigenoterapia; un adolescente con diagnóstico de asma en Jujuy que no obtenía autorización para acceder a una medicación prescrita.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al requisito del DNI se suma la exigencia de una residencia en la ciudad por un período de dos años. Esto obtura notablemente el acceso de la población residente en la Provincia de Buenos Aires que es usuaria de los efectores de CABA. En esos casos, los Servicios Sociales de los hospitales de la ciudad derivan las situaciones a los municipios correspondientes para que cubran los costos de la adquisición de los insumos necesarios o firmen la negativa solicitada como requisito para poder realizar el pedido ante la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) del Ministerio de Desarrollo Social de Nación.

Desde la perspectiva de las trabajadoras de la salud de efectores de CABA, es frecuente que las Regiones Sanitarias de Provincia de Buenos Aires firmen las negativas cuando no pueden garantizar lo solicitado, y que se recurra con ella a la DADSE. En estos casos, expresan que se suele obtener una respuesta adecuada si se trata de insumos de bajo costo, los cuales se consiguen a través del retiro del material solicitado en alguna de las farmacias contratadas para ese suministro tercerizado. Cuando el pedido es de un insumo de alto costo, se abre un expediente y la demora suele ser importante. Recorrer este circuito implica un desgaste físico y emocional para las familias, quienes necesitan tener la información suficiente y el acompañamiento de quienes conocen los circuitos y sus facilitadores (referentes tanto de los efectores de salud como de las organizaciones de la sociedad civil que con frecuencia intervienen ante la vulneración en el derecho a la salud).

Son esos/as referentes quienes con la misma experiencia de los acompañamientos van construyendo estrategias interdisciplinarias, intersec-

toriales y de alianza con organizaciones de la sociedad civil tendientes a destrabar barreras y garantizar el derecho a la salud. La primera estrategia relatada por las entrevistadas consiste en identificar los motivos por los cuales no se accedió a la regularización migratoria e intentar el inicio de la gestión del DNI. La elaboración de notas dirigidas a la Dirección del efector o programa donde se niega el recurso, donde se consigna que la regularización migratoria está iniciada, es una herramienta a la que recurren los servicios sociales de los hospitales y las organizaciones de la sociedad civil. En el acompañamiento para el inicio de los trámites de radicación varias entrevistadas señalan como un gran facilitador que la DNM hubiera retomado la realización de operativos territoriales de orientación e inicio de trámites migratorios. Estos dispositivos simplifican y agilizan instancias del trámite y ayudan a resolver dudas e inquietudes que se generan en la población migrante cuando accede de manera digital a RadEx. Se enfatiza al respecto el obstáculo que implica tener que iniciar el trámite de manera digital para las personas que no disponen de la tecnología necesaria y/o no están familiarizadas con las gestiones digitales.

En las entrevistas se mencionaron otras estrategias para enfrentar la exigencia de DNI. Por ejemplo:

- Solicitar mediante nota a la DNM la agilización de la radicación, alegando motivos de salud.
- En casos de niñas, niños y adolescentes con internaciones prolongadas, solicitar a la DNM que concurra al efector de salud a tomar los datos biométricos o al RENAPER que concurra a viabilizar la expedición del DNI.
- Pedir por escrito la negativa a garantizar el insumo o prestación (lo que en ocasiones ha disuadido el rechazo).
- Solicitar la intervención de los consulados correspondientes para que medien en la solicitud del insumo y orienten a las familias desde sus áreas sociales y legales.

Se trata de estrategias artesanales, acuerdos internos o interinstitucionales frágiles, atados a los vínculos interpersonales y a personas puntuales. Al no tratarse de acuerdos propiamente institucionales, quedan supedi-

tados a que las personas que los construyen permanezcan en el lugar donde trabajan y sostengan su compromiso con lo pactado. Resalta la perseverancia de las trabajadoras de la salud y las integrantes de la sociedad civil implicadas en el armado de estas estrategias de exigibilidad, así como su ejercicio de registro, memoria y socialización de contactos y de mecanismos exitosos, que se transmiten mayormente de manera oral y facilitan la tarea de quienes realizan acompañamiento en la exigibilidad.

Respecto a las estrategias de las organizaciones de la sociedad civil, es de destacar el activismo de incidencia, que busca soluciones generalizadas más allá de una respuesta a una situación concreta. Esto abarca una variedad de instancias de diálogo y sensibilización (mesas de trabajo, pedidos de información pública, reuniones con autoridades, elaboración de investigaciones e informes de incidencia) con diversos actores estatales vinculados a la toma de decisiones que pueden revertir situaciones de vulneración al derecho a la salud.

En síntesis, el acceso a medicamentos en la población de niños, niñas y adolescentes migrantes se ve seriamente afectado por la irregularidad migratoria y el no acceso al DNI. Ellos actúan como factores que cancelan de diversos modos el acceso a medicamentos y prestaciones del sistema de salud: imponiéndose como requisito en la misma formulación de una política o programa sanitario o en su posterior implementación, cuando el requisito del DNI se enquistaba en procedimientos administrativos. En todos los casos, termina siendo entonces el Estado, a través de su política migratoria, el que expone a la población migrante a la vulneración del derecho a la salud. Derecho consagrado por el mismo estado como derecho universal y garantizado específicamente por la Ley Nacional de Migraciones.

Tratamiento de patologías graves y acceso a servicios especializados y de alta complejidad

En el análisis de los procesos de atención de las patologías severas, las entrevistadas que trabajan en efectores de salud especializados diferencian dos grupos de niñas, niños y adolescentes migrantes: quienes residían en Argentina antes del diagnóstico, y quienes migran específicamente

por motivos de salud. Esta última situación corresponde a desplazamientos que buscan obtener, clarificar o confirmar el diagnóstico y/o acceder al tratamiento adecuado. Suelen responder a la falta o insuficiencia de respuesta sanitaria brindada en el país de origen, a las facilidades de un sistema de salud gratuito y universal como el argentino y a la valoración positiva de la calidad de atención de sus servicios y de su oferta especializada. Se trata de situaciones que mayormente ingresan al sistema de salud por los servicios de emergencia o los consultorios externos de los hospitales pediátricos de las ciudades de Buenos Aires y La Plata. Desde allí son derivados a los servicios especializados de los mismos hospitales (o si es necesario de otros) en función de la patología.

En algunos casos esas niñas, niños y adolescentes llegan con sus dos progenitores y en otros con uno de ellos; a veces con hermanos/as y otras sin ellos/as. Hay diferencias en la modalidad de ingreso al territorio, pudiendo ser regular o irregular. Algunos ingresan regularmente y llegan al hospital con su permiso como turistas. Resulta significativo que no se detectó ningún caso de niños, niña o adolescente con la residencia transitoria por tratamiento médico que establece la Ley de Migraciones en su artículo 24 inciso g. Según establece la Dirección Nacional de Migraciones, cuando se trata de niñas, niños y adolescentes, o personas discapacitadas o enfermas que por la importancia de la patología debieran permanecer acompañadas, y este acompañante fuera extranjero, la residencia se hará extensiva a familiares directos, representante legal o tutor/a, acompañando la documentación personal de éstos. Los requisitos para poder iniciar el trámite en RaDEx son numerosos y la documentación de origen solicitada debe contar con el visado de la autoridad consular argentina o el apostillado de la Convención de La Haya. Reunir la documentación requiere tiempo, y esto es generalmente incompatible con la organización de una migración por problemas de salud de gravedad.

En otros casos el ingreso al país se da de modo irregular, básicamente por dos motivos: porque ingresan sin el permiso del padre o la madre que no acompaña la migración o porque temen que el problema de salud dificulte la autorización del ingreso en la frontera. Una trayectoria que las entrevistadas de Ciudad de Buenos Aires y La Plata reiteran es la de fami-

lias que al llegar se asientan en zonas alejadas del hospital, donde a veces cuentan con familiares o compatriotas que brindan hospedaje y donde en general el costo de vida y del alquiler es más bajo. Luego se desplazan lo más cerca del hospital que puedan, porque las familias se comprometen con la continuidad de los tratamientos y ellos suelen ser muy prolongados y de alta dependencia del hospital. Por esto mismo, terminan asentándose y es muy poco frecuente que retornen a sus países de origen.

El acceso a la vivienda es descripto como un gran obstáculo, sobre todo para las familias donde no hay una persona adulta con DNI y, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, que no cuenten con domicilio en la Ciudad y una residencia superior a dos años. Esto las excluye de tramitar la titularidad de algunos apoyos económicos como el Ticket Social, el Subsidio 690 (para familias que se encuentren sin vivienda o refugio, o en inminente desamparo habitacional) o el Programa Nuestras Familias (para familias en situación de vulnerabilidad o riesgo social comprobado). Hay situaciones en las cuales no contar con una vivienda adecuada a las necesidades de la niña, niño o adolescente en tratamiento o en condiciones de alta médica demora el egreso más allá de lo clínicamente necesario. En ocasiones esto es resuelto con estrategias de articulación intersectorial con organismos públicos, Consulados y organizaciones no gubernamentales, gracias a las cuales se consigue algún recurso habitacional.

En lo que respecta al acceso al sistema de salud en el caso de niñas, niños y adolescentes ante con patologías severas, las profesionales manifestaron que se prioriza la confirmación del diagnóstico certero, sin discriminaciones por la condición migratoria ni la situación documentaria al momento de realizar consultas y estudios preliminares. Esto implica estrategias de articulación con otros efectores de salud, ya que no todos los hospitales especializados cuentan con tomógrafo y resonador, tecnologías frecuentemente utilizadas a fines diagnósticos. Algunas de las entrevistadas especifican una diferencia con la población migrante adulta, remarcando que el hecho de que se trate de niñas y adolescencias genera una sensibilidad especial en los equipos de salud, y esto facilita la no discriminación.

Las barreras emergen al momento de garantizar los tratamientos. Si bien hay diferencias de acuerdo a las jurisdicciones, en términos generales se

observan trabas cuando las personas no cuentan con DNI, en especial para acceder a los insumos requeridos para las intervenciones quirúrgicas y a medicaciones, insumos y prestaciones de alto costo. Las entrevistadas refieren algunas resistencias de los sectores contables de los hospitales para autorizar las compras de insumos, así como trabas para acceder a prestaciones e insumos dependientes de programas provinciales, tal como fueron previamente descriptas. Esto motiva por parte de los servicios sociales hospitalarios el armado de estrategias intersectoriales, articulaciones con consulados y organizaciones de la sociedad civil. Varias entrevistadas resaltan la complejidad de este trabajo en red, el esfuerzo que implica entender los circuitos burocráticos e identificar donde se producen las trabas y a que autoridades corresponde exigir la respuesta.

Acceso a trasplantes de órganos y tejidos

En Argentina, la donación y trasplante de órganos, tejidos y células está regulada, coordinada y fiscalizada por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Existe la posibilidad de trasplantar órganos (riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas e intestino) y tejidos (córneas, piel, huesos y válvulas cardíacas). La ley que tiene por objeto regular las actividades vinculadas a la obtención y utilización de órganos, tejidos y células de origen humano es la Ley Nacional N° 27.447, de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

El INCUCAI informa que, en el año 2022, 4.024 pacientes en lista de espera recibieron un trasplante de órganos o de córneas. De ellos, 2.039 corresponden a trasplantes de córneas y 1.985 recibieron un trasplante de órganos, siendo 1.681 de donantes fallecidos y 304 de donantes vivos. En lo que concierne a los trasplantes de menores de 18 años, se realizaron 328 trasplantes, de los cuales 207 recibieron un trasplante de órganos, y 121 de córneas (Ministerio de Salud, 2023).

En abril de 2023, CAREF cursó un pedido de acceso a la información pública, que fue respondido por el INCUCAI en mayo de ese mismo año. De la respuesta a dicho pedido, que abarca desde 2011 hasta 2022 inclusive, surgen los siguientes datos, que contribuyen a mostrar la complejidad del panorama.

- Entre 2011 y 2022, se hicieron 19.524 trasplantes de córnea (tejido) y 17.627 trasplantes de órganos (en todos los casos se trató de órganos provenientes de donantes fallecidos).
 - De los trasplantes de órganos, el 60% eran renales, el 24 % hepáticos y el 7% cardíacos.
 - De los trasplantes renales, 1.023 (9,5%) correspondieron a pacientes pediátricos. De ellos, 25 eran niños, niñas o adolescentes migrantes, y contaban con residencia permanente.
 - De los trasplantes hepáticos, 582 (14%) correspondieron a pacientes pediátricos. De ellos, 43 eran niñas, niños o adolescentes migrantes: 20 contaban con residencia permanente, y 20 no.
- En el mismo período, en lo que respecta a trasplantes renales y hepáticos con donante vivo, las y los pacientes pediátricos extranjeros fueron respectivamente 10 (trasplante renal) y 184 (trasplante hepático). En estos casos, solo 22 niños o niñas contaban con residencia permanente al momento de la intervención.
- Al 15 de mayo de 2023, había un total 9.841 personas inscriptas en lista de espera para trasplante (de todo tipo, y de donante vivo o cadavérico). Del total, 9.372 (95%) personas eran argentinas. Las 469 personas restantes (extranjeras) provenían principalmente de Paraguay (167), Bolivia (106), Chile (44), Perú (33), Venezuela (28), Uruguay (26) e Italia (21).
- Los pacientes pediátricos en lista de espera eran 179. De ellos, 174 eran argentinos. Los 5 restantes provenían de Paraguay (3), Bolivia (1) y Ecuador (1), y solo 2 contaban con residencia permanente.

Para recibir un trasplante de órganos y/o tejidos es necesario estar inscripto/a en la lista de espera correspondiente según el órgano o tejido a trasplantar. Cada lista de espera es nacional y única en todo el país. Una vez que la persona da su consentimiento para el trasplante, el equipo tratante inicia la apertura del proceso en el sistema informático SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina) y comienza la evaluación pretrasplante. El ingreso a la lista de espera tiene seis etapas: indicación de evaluación pretrasplante; autorización de estudios pretrasplante; evaluación pretrasplante;

estudios inmunológicos (HLA); autorización del financiador para realizar el trasplante; efectivización de inscripción en lista de espera.

Para las personas nacidas en el extranjero, el INCUCAI establece una serie de requisitos puntuales. Para trasplante de órganos y/o tejidos cadavéricos, se exige tener formalmente otorgada la residencia permanente por la Dirección Nacional de Migraciones y no estar en la lista de espera del país de origen. Para acceder a un trasplante de órganos con donante vivo (hepático o renal), tanto la persona que recibe como la que dona deberán acreditar residencia temporaria o residencia transitoria (en la subcategoría “tratamiento médico”) expedida por la Dirección Nacional de Migraciones.

Se trata de exigencias restrictivas, específicas para la población migrante, que resultan discriminatorias. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, el CUCAIBA (Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Buenos Aires) exige requisitos mayores. Para acceder al Programa para Subsidio al Trasplante —indispensable para la cobertura gratuita de personas sin Obra Social— se exigen dos condiciones, establecidas en el “Instructivo para la solicitud de subsidio para trasplante y/o medicación postrasplante²” disponible en el sitio web del CUCAIBA. Por un lado, contar con dos años de residencia como mínimo en la provincia de Buenos Aires. Si en el DNI vigente no se cumple con este requisito, el paciente puede presentar fotocopia de DNI anterior donde conste la antigüedad solicitada; o en última instancia debe solicitar información sumaria de residencia en el Juzgado de Paz. Cabe consignar que este requisito resulta discriminatorio no sólo para extranjeros sino también para migrantes argentinos de otras provincias. Por otro lado, y en el caso de ser extranjero/a, es condición indispensable contar con la “ciudadanía otorgada”. Es decir, es necesario haber adquirido la ciudadanía —la nacionalidad argentina— y dejado de ser persona extranjera.

Las trabajadoras de hospitales pediátricos en los que se realizan trasplantes que fueron entrevistadas, así como las referentes de organizacio-

2 Disponible en <http://www.cucaiba.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2017/05/Instructivo-para-la-solicitud-de-subsidio-para-trasplante-y-medicacion.pdf>. Consulta del 2 de septiembre de 2023.

nes de la sociedad civil, comparten la preocupación por estos requisitos administrativos que vulneran el derecho a la salud. Varias de ellas señalaron que los impedimentos descansan en el supuesto del “turismo de órganos”, que se pretende disuadir con la exigencia de la permanencia en el territorio, la ciudadanía y la justificación del tratamiento médico. Respecto a la residencia temporaria por tratamiento médico, ninguna de las entrevistadas tenía conocimiento de que personas extranjeras hubieran intentado ingresar a lista de espera o llegado a los hospitales contando con ese requisito. Explican que exige un tiempo y cumplimiento de trámites burocráticos incompatibles con la premura que acompaña al proceso de ingresar a la lista de espera. Respecto a la exigencia de la ciudadanía establecida en el CUCAIBA, sostienen que para algunos países ello implica que al optar por la ciudadanía argentina se pierde la ciudadanía del país de origen (tal era el caso de Paraguay hasta fines de 2022, cuando modificó su reglamentación sobre nacionalidad), lo que no todas las personas están dispuestas a realizar. Finalmente, respecto a la exigencia de dos años de permanencia en el territorio contemplada por el CUCAIBA, manifiestan que carece de sentido, ya que el proceso de cualquier trasplante es complejo y de largo plazo –los controles postrasplante duran mientras dure el órgano– por lo que la persona trasplantada seguramente se asentará en el lugar donde es atendida y difícilmente regrese a su país de origen en el corto o mediano plazo.

El financiamiento del trasplante se presenta como un asunto crucial. El SINTRA exige que se consigne quién será el agente financiador, que puede ser la obra social o prepaga de la persona, o en caso de no contar con ella, un ente privado o estatal que subsidie el pretrasplante, el trasplante y el pos trasplante. Los agentes financiadores públicos pueden ser los ministerios de salud provinciales o incluso hospitales públicos que cuenten con fondos para el financiamiento. Una entrevistada hizo referencia a un trasplante de órgano a un niño procedente de Paraguay, realizado en el año 2019 en el Hospital “Sor María Ludovica” de La Plata, financiado con los fondos recaudados a través del régimen retributivo SAMO (Sistema de Atención Médica Organizada, creado por Decreto- Ley N° 8801/77) que permite a los hospitales públicos facturar a las obras sociales, mutuales,

prepagas, seguros de salud y aseguradoras de riesgos del trabajo (ART) las prestaciones de salud que realiza a sus afiliados. Otra entrevistada refirió a un trasplante de médula a una niña procedente de Bolivia en el cual el financiamiento estuvo a cargo de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) del Ministerio de Salud de Nación.

IV.

El cuidado del embarazo, parto y posparto en adolescentes migrantes

Accesibilidad en los controles prenatales

El control prenatal adecuado implica realizar consultas precoces, periódicas y completas, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo, detectar eventuales patologías y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013: 14 y 15). Las entrevistadas caracterizaron las trayectorias de acceso de las adolescentes migrantes señalando, por el contrario, pautas de control tardío e incompleto, así como dificultades para realizar estudios complementarios para evaluar la salud fetal y para participar en los cursos y espacios de preparación para el parto, la lactancia y la crianza.

Del análisis de las entrevistas surgen tres condicionantes del inadecuado control prenatal: la irregularidad en la documentación, la adversidad de las condiciones de vida y la discriminación sufrida en los efectores de salud. Respecto a la irregularidad en la documentación, se detectaron situaciones en las que no tener DNI implicó una barrera para el acceso a estudios complementarios del control prenatal o a prestaciones requeridas en casos de embarazos de alto riesgo. No obstante, la totalidad de las entrevistadas aseguró que el acceso a las consultas de control prenatal y al parto se garantiza en todos los efectores, aunque la adolescente no tenga el DNI.

Respecto a los acompañamientos para gestionar el DNI de las adolescentes embarazadas llevados adelante por los Servicios Sociales de los hospitales y centros de salud, se observan situaciones variadas. En algunos casos se logra efectivizar la expedición del DNI como producto de la articulación de estrategias del Servicio Social con la Dirección Nacional de Migraciones, con organizaciones de la sociedad civil y/o con organis-

mos de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes o de Acceso a la Justicia. En otros, cuando la adolescente no cuenta con la documentación de origen o la misma no está vigente, el acceso al DNI se termina consiguiendo a partir del DNI del/la recién nacido/a, por ser madre de una persona argentina.

La discriminación emerge como un segundo condicionante del inadecuado control prenatal. Diversas entrevistadas manifestaron que en la atención a adolescentes migrantes se registran prácticas prejuiciosas y maltrato, que tienen un carácter expulsivo. Entre las situaciones referidas se incluyen: médicos/as que manifiestan tener problemas comunicativos con las adolescentes porque no entienden su lenguaje o porque ellas no comprenden indicaciones; retos y maltratos por la no adherencia a los controles o por la escasa información de la adolescente sobre salud sexual y reproductiva; indicaciones por parte del equipo de salud incompatibles con las condiciones de vida de la adolescente. Ejemplifican esto último las pautas sobre la lactancia impracticables por las condiciones de trabajo, así como las indicaciones alimentarias o las pautas para el armado del bolso para el momento del parto inconsistentes con la situación económica de las adolescentes.

En el caso particular de La Quiaca, las entrevistadas aludieron a situaciones en las que algunos profesionales atienden de modo inquisidor y poco empático a migrantes en tránsito, cuestionando sus decisiones migratorias, remarcando que en los países de tránsito previo no pudieron atenderse porque ellos no cuentan con un sistema de salud gratuito y universal como el argentino y sugiriendo que las consultas las realicen al llegar a San Salvador de Jujuy.

El trato discriminatorio también aparece en el momento de la atención del parto y en los controles posparto, cuando el equipo interviniente no respeta prácticas culturales propias de las adolescentes (pautas de crianza, formas de cuidar y arropar al recién nacido o de colocarlo en la cuna o sostenerlo) o no tiene en cuenta aspectos inherentes al cuidado de la salud en su país de origen, tales como el escaso contacto con el sistema de salud —mayormente ligado a atención de enfermedades más que a controles periódicos—, o el insuficiente acceso a información sobre sa-

lud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos. Estas situaciones se enmarcan en prácticas de violencia obstétrica, reconocidas por la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado y su reglamentación (decreto 2035/2015). En el punto siguiente se profundizará este aspecto.

El tercer condicionante de los controles prenatales inadecuados está dado por las condiciones de vida de muchas adolescentes migrantes embarazadas, que fragilizan sus procesos de salud-enfermedad y dificultan el acceso a efectores de salud. Las condiciones de existencia son diversas, pero se destaca la situación de las adolescentes afectadas por la sobrecarga de trabajos tanto domésticos y de cuidados no remunerados, que, sumada a la precarización laboral, las sobreexpone al riesgo que entraña no poder acercarse a efectores de salud y controlar el embarazo. Al respecto, en las entrevistas se identifican tres grupos especialmente vulnerables por la precariedad de las condiciones de trabajo intersectada con la dificultosa accesibilidad al sistema de salud: las trabajadoras textiles bolivianas residentes en la zona sur de CABA y el partido de La Matanza; las trabajadoras migrantes limítrofes insertas en la economía frutihortícola y residentes en fincas de zonas aledañas a La Plata-Berisso y en áreas rurales y semirurales de las Provincias de Jujuy y Mendoza; las migrantes procedentes de países limítrofes y de Perú que son trabajadoras de casas particulares sin retiro y viven en barrios cerrados en la Provincia de Buenos Aires.

Sobre las trabajadoras textiles, las entrevistadas que se desempeñan en los efectores de salud donde ellas acceden, refieren que la mayoría vive con referentes adultos en el taller donde trabajan, aunque algunas están solas o con sus parejas. En otros casos realizan el trabajo de costura en sus propias viviendas, pero al igual que en los talleres, las jornadas son extensas, la tarea es agotadora, el trabajo no está registrado y los salarios son bajos y se cuantifican de acuerdo con lo producido. Cumplir con los controles prenatales resulta dificultoso: implica perder horas de trabajo y por ende ingresos, acceder a permisos de salida que los propietarios o encargados de los talleres no siempre otorgan, y adaptarse a los horarios de los efectores de salud que no siempre son accesibles. Transitar el embarazo siendo trabajadora en un taller textil expone a las mujeres a temores y angustias respecto al futuro, afectando su salud mental. El nacimiento del hijo/a im-

plica suspensiones en el trabajo (con la consecuente pérdida de ingresos) y en ocasiones –en general cuando no tienen pareja o padres trabajando en el mismo taller– es motivo para que deban abandonar el trabajo, y con él la vivienda. En este sentido es que se reitera el temor y la resistencia a la cesárea, percibida como práctica que dificulta la rápida reinserción en la costura tras el nacimiento del hijo/a. El embarazo, al igual que los problemas de salud de gravedad, expone cabalmente los efectos de la precariedad y explotación laboral de los talleres textiles en la salud y la vida digna.

Las adolescentes migrantes que integran familias que residen en fincas donde desarrollan tareas ligadas a la producción frutihortícola constituyen un grupo con dificultades específicas para acceder a los efectores de salud y realizar controles cuando están embarazadas. Las entrevistadas caracterizan algunos factores que configuran esas dificultades: las condiciones de precariedad de las viviendas, el aislamiento de las fincas donde viven y trabajan (que impide la llegada de las ambulancias, en muchos casos), los problemas de salud que genera el esfuerzo postural, la exposición al sol y a las inclemencias climáticas, la condición estacional del trabajo (que en algunos casos hace que las familias migren a otras provincias como “trabajadores golondrina”) y la sobrecarga de tareas de cuidados que desarrollan las adolescentes cuando tienen hermanas/os menores y sus m/padres pasan largas jornadas en la cosecha.

Finalmente, las adolescentes migrantes regionales trabajadoras de casas particulares con la modalidad sin retiro constituyen una minoría dentro de esta población, mayormente integrada por mujeres adultas. A pesar de ello, algunas entrevistadas refieren a la desprotección que las adolescentes atraviesan, que se agudiza cuando transitan un embarazo y cuando ejercen la crianza. La informalidad y precariedad de la inserción laboral se acompaña de dificultades para salir del lugar de trabajo de lunes a viernes, días en los cuales atienden los efectores de salud del sistema público. Asimismo, al parir suelen regresar tempranamente a sus trabajos y dejar a sus hijos/as al cuidado de familiares, con quienes comparten los fines de semana cuando se retiran de la casa donde trabajan. Estas condiciones de vida pueden atentar contra el fortalecimiento del vínculo materno filial y la lactancia, además de imprimir efectos en la salud mental de las adolescentes.

La perspectiva intercultural en la atención del embarazo, parto y posparto

Las situaciones de discriminación expuestas señalan la falta o insuficiencia de una perspectiva intercultural en la atención del embarazo, parto y posparto. Las personas entrevistadas enfatizan la ausencia de estrategias de sensibilización y capacitación de los equipos al respecto, lo que implica que una atención respetuosa de la diversidad cultural queda mayormente librada al enfoque de trabajo que asuman los equipos y a la voluntad individual.

La insuficiente inclusión de una perspectiva intercultural y la evidencia de prácticas discriminatorias manifiestan un incumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado y su reglamentación (decreto 2035/2015). En ellas se promueve el respeto a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad– y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Asimismo, las prácticas discriminatorias entrañan un incumplimiento de la Resolución N° 647/2003 del Ministerio de Salud, que asegura una maternidad respetuosa de la persona gestante y de su familia durante el parto, estableciendo específicamente el respeto de pautas culturales, religiosas, étnicas y personales de la gestante y su familia.

Las entrevistadas son enfáticas al resaltar que cuando la interacción de los equipos de salud con la población migrante está signada por una perspectiva intercultural, mejoran sustantivamente las posibilidades de que esa población acceda a un adecuado control de la salud. Se relatan situaciones donde el trato empático y respetuoso consigue despejar temores y abrir el diálogo con las adolescentes y, en definitiva, logra mejor adherencia a los controles y el cuidado del embarazo. Humanizar los vínculos, hacer del efector de salud un espacio amigable, reconocer la migración como derecho humano y comprometerse con su garantía parecen ser las claves.

Como buenas prácticas detectadas, cabe mencionar dos iniciativas de la Provincia de Buenos Aires. Por un lado, el trabajo en relación a la “Guía de Implementación del Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires”, elaborada en el año 2021 por los Ministerios de Salud y de Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires, en el marco de la referida Ley Nacional N° 25.929. En el punto 5 de la Guía (ti-

tulado “Hacia la equidad y una mirada interseccional: poblaciones y situaciones específicas”) se delimitan grupos, pero no se incluye a la población migrante (aunque sí se incluye la mirada intercultural al delimitar al grupo de personas de pueblos originarios). Sin embargo, en la implementación de la guía se desarrollan los denominados “dispositivos de rondas”, que consisten en foros de discusión donde diferentes trabajadores y trabajadoras de la salud construyen diagnósticos de situación del acceso al parto respetado en grupos poblacionales específicos, uno de los cuales está constituido por las personas gestantes migrantes.

La otra buena práctica identificada es la elaboración en curso (a agosto de 2023) de un protocolo de entrega de placenta, que toma como base el protocolo elaborado por el Hospital Municipal Dr. Pedro T. Orellana, de la Ciudad de Trenque Lauquen (Provincia de Buenos Aires), con el propósito de garantizar el respeto a una práctica cultural extendida en distintos pueblos y culturas que habitan nuestro país. Tal como explicita el Protocolo de Trenque Lauquen, en el año 2007 la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) dictaminó que la negativa a la entrega de la placenta después de un parto configura la omisión de las pautas culturales y, por ende, es claramente una situación de violencia contra la mujer en el ámbito obstétrico. Este pronunciamiento se realizó a raíz de un caso sobre la negativa de algunos servicios de obstetricia a entregar la placenta a mujeres mapuches en la Provincia de Río Negro. Así, la elaboración de un protocolo que garantice la entrega sanitariamente segura de la placenta aporta a la construcción de un modelo de atención de la salud centrado en el respeto de la diversidad cultural.

Inscripción oportuna de recién nacidos/as

El informe *Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2020* elaborado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2022) afirma que:

“aun en condiciones de vida desfavorables, la disponibilidad y organización del sistema de salud público, la accesibilidad al registro civil, la

gratuidad del primer Documento Nacional de Identidad y el nuevo marco jurídico posibilitan buenos resultados tanto en la cobertura legal como en la estadística de los nacimientos” (Ministerio de Salud, 2022: 16).

Informa que, en los tres meses de acaecido el nacimiento, en todas las jurisdicciones del país se observa que más del 95 % de ellos fueron registrados, con porcentajes de omisión o registros tardíos disímiles entre jurisdicciones. Los valores más altos correspondieron a la Provincia de Buenos Aires con 5,3 %, mientras que en la Rioja y Santa Fe los valores fueron de 06, % y 2,1% respectivamente. El estudio refleja algunas dificultades presupuestarias, operativas y administrativas en la implementación de la Ley Nacional N° 26.413 (2008) que establece que todos los actos o hechos que den origen alteren o modifiquen el estado civil y la capacidad de las personas deberán inscribirse en los correspondientes registros de las provincias, de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por su parte, el informe “Registro de Nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística” (Ministerio de Salud y UNICEF, 2017) compara nacimientos desde las estadísticas vitales y el Censo Nacional del año 2010 y afirma que la omisión del registro de nacidos vivos es del 6% para el total del país, y se reduce al 3,8 % si se consideran las inscripciones tardías que se produjeron a lo largo de los años 2011 a 2014. En términos absolutos se trataría de alrededor de treinta mil niños y niñas. Tal como se sostiene en el informe, la ausencia del registro afecta fundamentalmente a los sectores más desprotegidos, impidiendo que las acciones de salud lleguen a quienes más lo necesitan, puesto que para el sistema estas personas sencillamente no “cuentan” (Ministerio de Salud y Unicef, 2017: 4).

En nuestro país, el registro e identificación de nacimientos vivos comprende tres instancias:

- la certificación del nacimiento en el establecimiento en el que ocurre, a partir de la expedición del Certificado Médico de Nacimiento (en formulario prenumerado) y el llenado del Informe Estadístico de Nacido Vivo (IENV) por parte del profesional interviniente;
- el registro del nacimiento a través de la confección del acta o partida de nacimiento por parte del Registro Civil jurisdiccional, encarga-

do también del archivo de los certificados médicos de nacimiento y del envío de los Informes Estadísticos de Nacido Vivo a la oficina jurisdiccional del Servicio de Estadísticas Vitales;

- la identificación del/a recién nacido/a materializada en la emisión del DNI “cero año”, con un número de matrícula única o número de DNI por parte del Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

En las entrevistas realizadas, se identificaron reiteradas situaciones en las que las adolescentes migrantes que tuvieron hijos/as en hospitales públicos, en especial las no acompañadas de sus progenitores, atravesaron barreras para efectivizar la inscripción. Las barreras se observan especialmente en las instancias 1 y 2 previamente descritas, y se configuran a partir de dos circunstancias: adolescentes que no tienen DNI y/o adolescentes no acompañadas por sus progenitores.

En referencia al no contar con DNI, la Ley Nacional N° 26.413 (2008) establece que, a los efectos de completar la identificación, el certificado médico de nacimiento debe consignar, entre otros datos, el tipo y número de documento nacional de identidad de la madre (art. 33) y que, en caso de no presentarlo llegado el momento del alta médica, se deberá dejar constancia de ello en el formulario de certificado médico (art. 35). Sobre la inscripción, el art. 36 establece que debe contener, entre otros datos,

“el nombre y apellido del padre y de la madre y tipo y número de los respectivos documentos de identidad. En caso de que carecieren de estos últimos, se dejará constancia de edad y nacionalidad, circunstancia que deberá acreditarse con la declaración de DOS (2) testigos de conocimiento, debidamente identificados quienes suscribirán el acta”. (Art. 36, Ley 26.413).

En las distintas jurisdicciones relevadas, las entrevistadas aludieron a situaciones de actuación discrecional por parte de los agentes del Registro Civil, que se resisten a efectivizar la inscripción cuando la madre no cuenta con DNI o presenta testigos que los agentes presuponen son falsos (no tienen conocimiento previo de la adolescente). En todos los casos, pudieron subsanarse a través de la intervención del Servicio Social del mismo efector o de alguna organización de la sociedad civil vinculada a la protección de derechos de las personas migrantes.

En este contexto, resulta de gravedad la situación del Registro Civil de La Quiaca que relatan las entrevistadas, que en algunas ocasiones ha exigido como requisito para la inscripción el sello de ingreso al país vigente, no contemplado en la normativa nacional, pero amparado, según refieren empleados del organismo, en una normativa provincial formalizada en una comunicación interna. En 2023, diversas organizaciones de la sociedad civil de la zona estaban interviniendo al respecto, para clarificar la existencia de esa normativa y desarrollar las estrategias de exigibilidad necesarias para evitar que esta traba administrativa conduzca a que el acceso a un derecho se resuelva como se está resolviendo: con el cruce irregular a Bolivia para volver a ingresar de manera regular y tener de ese modo el sello de ingreso vigente, y proceder a la inscripción. Y también, para evitar que se resuelva inscribiendo al recién nacido/a únicamente a nombre del padre o madre que tiene el sello de ingreso vigente, quedando quien no lo tiene sin su nombre en el certificado de inscripción y obturando su futura radicación por hijo/a argentino. Radicación que quedará supeditada a lograr la rectificación de la partida de nacimiento, que implica un trámite adicional y una demora en el tiempo.

En lo que respecta a adolescentes que no se encuentran acompañadas por sus padres o madres, se detectaron variados motivos por los que los referentes adultos no acompañan el momento de la internación para el parto de sus hijas. Por ejemplo: adolescentes que migraron sin su acompañamiento (solas o con su pareja); que migraron con alguno o ambos progenitores pero que ellos regresaron al país de origen mientras ellas se quedaron; que fallecieron; o que se encuentran en otra localidad de Argentina y no tienen contacto con su hija. Se identificaron situaciones de no acompañamiento adulto en las que tanto las y los profesionales intervinientes en el parto (obstetras o agentes sanitarios) como el personal del Registro Civil mostraron resistencias a emitir el certificado médico de nacimiento o efectivizar la inscripción, alegando la necesidad de que al menos uno de los progenitores estuviera presente. Al igual que en las situaciones anteriores, la mediación del Servicio Social hospitalario o de alguna organización logró efectivizar la inscripción.

Cabe consignar que no se detectaron situaciones en las que se aplique la denominada “alta social”, práctica hospitalaria tradicional y contraria a

la garantía del interés superior del niño. Aplicable a niñas, niños y adolescentes internados en efectores de salud, consiste en exigir la firma de una persona adulta responsable como condición para autorizar el egreso de la internación. Se trata de una clara vulneración de derechos que perpetúa una internación —con los riesgos que implica—, más allá de que ya esté otorgada el alta médica y no existan motivos para permanecer internado/a. La población de niñas, niños y adolescentes migrantes ha estado especialmente afectada por esta práctica, sobre todo en casos de adolescentes no acompañadas por sus madres o padres internadas en salas de maternidad.

Acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo

En Argentina, La Ley N° 27.610, que entró en vigencia en enero de 2021, regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención pos aborto de todas las personas con capacidad de gestar. Es de aplicación obligatoria en todo el país y regula la interrupción del embarazo bajo un modelo mixto que contempla plazos y causales. Por un lado, reconoce el derecho de las personas con capacidad de gestar a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce inclusive del proceso gestacional, sin tener que dar motivos de la decisión (práctica denominada interrupción voluntaria del embarazo o IVE). Por otro, reconoce el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE), si el embarazo fuere resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante. La Ley también establece que todas las personas tienen derecho a la atención pos aborto, independientemente de que el mismo se haya producido o no en las situaciones previstas por la ley, y derecho al acceso a métodos anticonceptivos.

Según el Informe anual del Ministerio de Salud de la Nación *ImplementAR IVE/ILE-Ley 27.610* (correspondiente a 2022 y actualizado en abril 2023) durante el año 2022, un total de 1.793 efectores del sistema público de salud en todo el país realizaron interrupciones del embarazo. Informaron un total de 96.664 IVE/ILE realizadas en ese año en todo el territorio nacional.³

3 El informe no indica interrupciones de embarazo según grupos de edad.

Las adolescentes de más de 16 años siempre pueden acceder a la IVE/ILE sin necesidad de estar asistidas en tanto son consideradas como personas adultas para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo. En general, quienes tienen entre 13 y 16 años pueden acceder a la IVE o a la ILE sin necesidad de asistencia. Sólo en los casos en que la realización de la IVE o ILE implique un peligro grave para su salud o su vida es necesario que estén asistidas de un/a referente afectivo, por una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o por una persona allegada indicada por la adolescente. En el caso de niñas menores de 13 años, siempre se considera abuso y existe la obligación de comunicarlo al personal de salud interviniente. Pueden acceder a la IVE/ILE con la asistencia de un/a persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado, con personas allegadas o referentes afectivas/os. Estas/os deben participar junto con la niña en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado.

En las entrevistas realizadas, se indagó sobre el acceso de las personas gestantes migrantes a la interrupción del embarazo. En términos generales, las entrevistadas aludieron a escasas situaciones en las que adolescentes migrantes hayan requerido una IVE y a algunas situaciones de ILE cuya causal haya sido una violación. Tampoco se registró ninguna situación de adolescentes migrantes con otra identidad sexogenérica que hayan consultado o accedido a la IVE/ILE.

Respecto a la solicitud de la IVE por parte de las adolescentes, las entrevistadas refirieron patrones de consulta similares a las de las adolescentes argentinas. Una de las trabajadoras de la salud de la Provincia de Buenos Aires entrevistada en el marco de este relevamiento participa activamente de la Mesa Intersectorial “Niñas, no Madres”, que impulsa en cada región sanitaria de la provincia para el acompañamiento integral de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas —tanto las que interrumpen como las que continúan la gestación—. La entrevistada refiere que pocas situaciones de la Mesa corresponden a migrantes, y que no se observan diferenciales resaltables entre migrantes y no migrantes.

En las entrevistas se reiteró, no obstante, una caracterización específica de las adolescentes bolivianas respecto a la decisión de interrumpir un embarazo, marcada por dos rasgos. Por un lado, la escasa autonomía en

la toma de decisiones sexuales y reproductivas, que quedan delegadas en sus padres y/o sus parejas y; por otro lado, la adhesión a normatividades de género conservadoras, tanto por parte de ellas como de sus familiares adultos, aunque más acentuadas en estos últimos. Algunas situaciones referidas: madres y padres que fuerzan la continuidad del embarazo a pesar de que la adolescente no tiene esa intención definida; que quitan el apoyo económico y emocional a sus hijas frente al embarazo y presionan a la pareja para que se ocupe del sostén económico; adolescentes muy ceñidas a las opiniones y palabras de sus padres y temerosas de develar el embarazo por miedo a defraudarlos o a no contar con su apoyo; padres y madres con dificultades para asumir que el embarazo fue producto de un abuso, el cual es minimizado; madres que asocian el abuso sufrido por su hija con su propia historia de abusos, frente a la que ella no interrumpió embarazo y por eso esperan que sus hijas no lo hagan.

En lo que concierne a las ILE fundadas en violaciones (como los últimos ejemplos mencionados) las entrevistadas refieren a situaciones de abuso sexual intrafamiliar donde las y los adultos responsables acompañaron la realización de la denuncia, que ya estaba formalizada cuando consultaron en el dispositivo ILE/IVE. En un caso, una entrevistada aludió a abusos extrafamiliares de los que fueron víctimas un grupo de adolescentes migrantes, que consultaron individualmente y en distintos momentos en el mismo consultorio ILE/IVE de un hospital de Provincia de Buenos Aires. En esta situación, los abusos acontecieron en el marco de distintas salidas nocturnas en el barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (donde ellas residían) en las que interactuaban con un grupo de varones, integrado por personas que ellas identificaban pero no querían denunciar. Algunas de ellas accedieron a la ILE acompañadas por el equipo profesional del referido consultorio con estrategias interdisciplinarias e intersectoriales. Ese acompañamiento generó la serie de consultas realizadas por las adolescentes, por recomendaciones “de boca en boca”, a lo largo de un período de tiempo superior a un año.

Cabe consignar que las profesionales entrevistadas también aludieron a situaciones de abuso sexual, que recién fueron detectadas en el marco de la atención en la internación de la adolescente en salas de materni-

dad, tras haberse producido el nacimiento del niño/a. La mayoría de estas adolescentes no habían accedido a orientación respecto a la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Para garantizar el acceso a las ILE/IVE se suelen utilizar las mismas estrategias y redes que con la población nacional, elaboradas de acuerdo con la construcción de un mapa de actores que delimita efectores y profesionales “amigables”. No obstante, algunas entrevistadas refirieron que en el periodo previo a la sanción de la ley N° 27.610, la condición migratoria ha sido un diferencial, resultando fundamental para acreditar causales para interrupción del embarazo. El hecho de que se tratara de una adolescente migrante configuraba la posibilidad de hacer un uso estratégico de esa condición, colocándola en la justificación de los pedidos de autorización de la interrupción del embarazo como un descriptor de una situación de vulnerabilidad socioeconómica. Así, la migración presuponía la irregularidad, la ausencia de redes y lazos sociales, la insuficiencia de ingresos y las dificultades para afrontar un embarazo y la futura y eventual crianza de un hijo/a. El análisis de las vinculaciones entre migración, vulnerabilidad y factores de riesgo será retomado más adelante.

Mortalidad materna, fetal y neonatal

En lo que concierne a la mortalidad materna, fetal y neonatal, ninguna de las entrevistadas recordaba alguna situación de adolescentes migrantes afectadas por ella. Una de las trabajadoras de la salud de Provincia de Buenos Aires entrevistada relató que la cuestión migratoria estaba siendo tenida en cuenta en los denominados “análisis causa raíz” (ACR) que se realizan tras la notificación obligatoria de los casos de mortalidad, con el propósito de buscar e implementar soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Se trata de una metodología sistemática para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de los y las pacientes a partir de la identificación de fallas en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios. Fallas que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia del evento adverso (UNICEF; 2011).

El ACR analiza distintos factores asociados, incluyendo aspectos de los procesos de atención (como el entrenamiento de los profesionales, los recursos y equipamiento disponibles y la comunicación con pacientes y familiares) y aspectos propios de la madre y/o el/la recién nacido/a fallecido/a. Conforme relata la entrevistada, la Dirección de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires está trabajando en la identificación de factores comunes a los casos analizados, con la finalidad de elaborar un listado de verificación de factores de vulnerabilidad para que sea aplicado por parte de los profesionales que intervienen en las primeras consultas prenatales. Entre estos factores se evalúa la inclusión de la condición migratoria de la persona gestante, para que en caso de ser identificada se proceda a sondear que ella cuente con redes de apoyo y condiciones de vida que propicien un adecuado cuidado del embarazo y acceso a los controles de salud. Esto será retomado en el punto siguiente, para analizar los vínculos entre migración y vulnerabilidad.

V.

La consideración de la dimensión migratoria en los procesos de atención de niñas, niños y adolescentes migrantes.

Reflexiones finales y orientaciones para la política pública

En sus largos años de experiencia institucional y territorial, las y los profesionales que fueron entrevistadas para elaborar este relevamiento han observado, de manera sistemática y concurrente, distintas modalidades en las que la condición migratoria es tenida en cuenta -o no-, en los procesos de atención en los efectores de salud. Señalan que esas distintas modalidades son consecuencia, prioritariamente, de los posicionamientos ético-políticos de las y los profesionales a nivel individual y de los equipos. En la experiencia cotidiana de las profesionales entrevistadas, la no consideración de la condición migratoria aparece a menudo como una pauta de la atención. No obstante, algunas entrevistadas distinguen entre hospitales y centros de salud: en estos últimos, el trabajo en atención primaria, con una lógica territorializada, permite un mayor conocimiento de la población usuaria y una mejor consideración de las condiciones de vida de las familias en los procesos de atención.

En este contexto, resaltan dos circunstancias en que los equipos de salud consideran la dimensión migratoria. Una de ellas refiere a cuando las condiciones de vida de una familia migrante impactan negativamente en un problema de salud de un niño, una niña o adolescente. Aquí, lo migratorio surge como cuestión a considerar ante problemas de salud particulares e individuales donde las condiciones de existencia de una determinada familia impiden una adecuada recuperación, un adecuado cuidado, o limitan la posibilidad de un alta de una internación. Por ejemplo, consideraciones relativas a las condiciones de la vivienda, la necesidad de hacer viajes al país de origen, o la separación de las y los integrantes de una familia, que se evalúan como agravantes de un problema de salud y se tienen en cuenta en las indicaciones terapéuticas. Esta forma

de entender a la migración como determinante de la salud claramente aporta al ejercicio del derecho a la salud.

La otra se hace visible cuando la migración es asociada a una situación de vulnerabilidad, y por ende es contemplada como factor de riesgo. Comprende una consideración general de lo migratorio, que integra el enfoque de atención de profesionales y equipos y se despliega ante la atención de cualquier persona de la que se sabe que es migrante. Se construye a partir de una serie de asociaciones mediante las cuales la migración se liga taxativamente a una situación de vulnerabilidad y a un factor de riesgo para la salud. Como se mencionó anteriormente, la condición migratoria se utilizó como recurso para justificar pedidos de autorización para la interrupción del embarazo en momentos previos a la sanción de la ley IVE / ILE, así como en la consideración de los factores de vulnerabilidad en los análisis de causa raíz.

Otro ejemplo del uso de la condición migratoria como factor predictor de vulnerabilidad y riesgos asociados a la salud puede observarse en los “pases” (entre equipos profesionales que terminan su jornada laboral y equipos que la comienzan) o en la presentación de los casos que se realiza en las salas de internación o en las guardias. Allí se presenta a las personas migrantes internadas citando su status migratorio como un dato a considerar *per se*, como un descriptor en sí mismo, que lleva a quienes lo escuchan a presuponer características de vulnerabilidad en el/la paciente que no necesariamente son reales. Varias trabajadoras sociales entrevistadas refieren recibir interconsultas de profesionales médicos que derivan a personas migrantes por el solo hecho de que son migrantes recientes, pero sin indagar si efectivamente atraviesan algún problema socioeconómico que justifique la consulta con el servicio social.

Estos presupuestos sobre los procesos migratorios y sus vínculos naturalizados con la vulnerabilidad y el inadecuado cuidado de la salud necesitan desarticularse. Tal como se señaló, las principales barreras en el ejercicio del derecho a la salud por parte de niños, niñas y adolescentes migrantes giran en torno a dos dimensiones: los obstáculos administrativos frente a la irregularidad migratoria, y las prácticas de atención de los equipos de salud que pueden revestir características discriminatorias.

La exigencia del DNI se interpone en el acceso a medicamentos, insumos y prestaciones necesarias para variados tratamientos. El requisito de DNI en algunos casos está explicitado en la formulación de una política sanitaria, de alcance nacional, municipal o provincial; en otros casos se instala en el proceso de implementación, al diseñarse los sistemas telefónicos o presenciales de obtención de turnos, o los sistemas de registro de información para el acceso a insumos y prestaciones; también puede surgir del accionar discrecional del personal que interactúa con la población migrante en una ventanilla administrativa o en un consultorio de admisión.

En este sentido, cobran especial relevancia los procesos de adecuación normativa. Frente a un marco normativo nacional que, en materia migratoria, de protección de la infancia y la adolescencia y del derecho a la salud presenta un espíritu garantista e integral, su implementación en esferas provinciales y municipales implica, en reiterados casos, la formulación de programas, lineamientos y requisitos que suman restricciones y acaban por incumplir la norma de la que parten. A las diferencias de criterios entre diversas oficinas provinciales de un mismo organismo de alcance nacional, se añade la de quienes atienden a la población consultante —al punto que los requisitos pueden variar según la ventanilla o el día en el que se consulte—. Se observan así procesos de inadecuación normativa y de brechas en la implementación, presumiblemente ligadas a la ausencia de criterios unificados a nivel central y operativizados homogéneamente en las oficinas de atención a las que concurre la población consultante. Las experiencias analizadas en este relevamiento muestran que el principal obstáculo está dado por la irregularidad migratoria y la falta de DNI, que en los hechos concretos es la llave de entrada a muchas prestaciones del sistema de salud. De ahí la importancia de implementar estrategias territoriales que faciliten la regularización y el acceso al DNI, teniendo en cuenta los grupos con obstáculos específicos descritos anteriormente.

Las y los profesionales entrevistados señalaron un diferencial en la identificación de las principales barreras en el acceso al derecho a la salud. Cuando se trata de problemas de salud cuya resolución exige prestaciones e insumos de alto costo para el efector de salud, asume la forma de una negación directa del acceso por la vía de la exigencia de requisitos múltiples

y contrapuestos a los derechos que aseguran tanto la ley migratoria como el derecho universal y gratuito a la salud. Cuando se trata de procesos de salud-enfermedad que se abordan desde los equipos básicos de salud, sin necesidad de prestaciones especializadas ni insumos de alto costo, la barrera principal asume la forma del maltrato y la discriminación, anclados en el racismo y la xenofobia. Estas formas de discriminación también pueden estar presentes cuando hay obstáculos administrativos, pero sin dudas quedan menos expuestas cuando se convierten en la barrera principal. En la misma línea, se perfila el desafío de la transversalización de una perspectiva intercultural que asegure el derecho a la salud. Respecto a quienes facilitan el ejercicio del derecho a la salud, las y los profesionales entrevistados resaltaron el compromiso de muchas de las personas que integran los equipos de salud. Destacaron el rol de los servicios sociales, que construyen “artesanalmente” estrategias tendientes a facilitar dicho ejercicio, articulando con actores territoriales y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la defensa de los derechos de las personas migrantes. Sobre estas últimas, se destaca el tiempo, esfuerzo y recursos que destinan a identificar y resolver las dificultades administrativas que obturan el acceso a prestaciones e insumos necesarios para el adecuado cuidado de la salud. Es de observar que las instituciones que trabajan con población migrante detectan y acompañan situaciones ligadas a obstáculos en el acceso a controles de la salud y prestaciones de carácter preventivo. Estas cuestiones no suelen estar entre los principales motivos de consultas de las y los migrantes, a diferencia de las consultas vinculadas a patologías de gravedad o tratamientos crónicos. Esto sugiere que, tal vez, las barreras en el acceso al cuidado general de la salud y a los controles de rutina se han naturalizado, y solo se recurre a otras instituciones ante situaciones urgentes o de mayor gravedad.

Finalmente, se destaca la importancia de generar dispositivos para acceder a las voces de niñas, niños y adolescentes migrantes y garantizar su derecho a ser oídas y oídos. En la amplia mayoría de las instituciones relevadas —tanto efectores de salud como organizaciones de la sociedad civil del área migratoria— las situaciones vinculadas a vulneraciones de derechos de la niñez migrante se abordan a partir de las consultas de sus familiares, referentes afectivos o referentes institucionales.

En síntesis, este relevamiento enfatiza la importancia de construir diagnósticos de situación que, desde una perspectiva interseccional, contribuyan a la accesibilidad de niñas, niños y adolescentes migrantes al sistema de salud, atendiendo a los múltiples e interconectados factores que afectan el pleno ejercicio de ese derecho. El entrecruzamiento de discriminaciones exige una especificidad de ineludible atención y de vital importancia para la construcción de políticas públicas integrales que sustenten la interdependencia de los derechos humanos. Urge construir una noción de ciudadanía universal para las infancias y adolescencias, y consolidar a la igualdad como un principio ético-político capaz de alojar y contener las diferencias en busca de la no discriminación (Pombo, 2019).

Referencias bibliográficas



Arlettaz, Fernando (2021). "Política migratoria argentina reciente: función simbólica del derecho y derechos humanos". En Revista *Migraciones Internacionales*, Vol. 12, Art. 21, 2021.

CAREF (2021) "Familias entre fronteras. Niñez venezolana en Argentina: regularización en suspenso". En Revista *Papeles de Migración* N° 2, junio 2021.

CAREF y ACNUR (2022) *Fronteras cerradas por pandemia. Familias en movimiento y sus tránsitos hacia Argentina, 2020 – 2021*. Buenos Aires.

CAREF (2019). *Personas, "papeles", políticas y derechos. Las migraciones contemporáneas en Argentina desde la perspectiva de CAREF (2004-2015)*. Disponible en www.caref.org.ar/publicaciones

Centro de Investigación de la Fundación Desarrollo Productivo Tecnológico (2020). *Informe Sectorial de Servicios de Salud*.

Clemente, Adriana; Molina, Pablo y Roffler, Erika (2014). "Pobreza y acceso a las políticas sociales. El caso de los jóvenes en el conurbano bonaerense". En: Revista de *Ciencias Sociales*, Universidad de Buenos Aires, N° 86; 4-2014; 18-25

Comes, Yamila y Stolkiner, Alicia (2004). "Si pudiera, pagaría. Estudios sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales". En *Anuario de Investigaciones*, vol. XII. Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA.

Courtis, Corina; Liguori, Gabriela y Cerruti, Marcela (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Serie Población y Desarrollo. CEPAL.

Jelin, Elizabeth, y otros (2006). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires, IDES.

Maceira, Daniel (2020). "Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano". En: Revista *Estado y Políticas Públicas* N° 14. mayo de 2020 - septiembre de 2020.

Marín, Gustavo (2021). *El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos*. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de La Plata.

Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF Argentina (2017). *Registro de Nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística.*

Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Estadísticas vitales. Información básica, Argentina - Año 2020.*

Ministerio de Salud de la Nación (2023) *ImplementAR IVE/ILE-Ley 27.610*

Ministerio de Salud de la Nación (2023) *Informe 2022.* Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

Nievas, Claudia; Gandini, José y Tapia, Evangelina (2020) "Desigualdades en el acceso a medicamentos y gasto de bolsillo. Realidades del Sistema Público de Salud en el interior argentino". En: *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* 2021; 78(2): 147-152.

Pombo, M. Gabriela (2019). "Las perspectivas interseccionales como herramientas para el análisis y la implementación de políticas sociales". En: *Revista Plaza Pública*, Año 12-Nº 22, diciembre 2019.

UNICEF (2011) *El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales.*





Informe N° 2

ISBN 978-631-90406-3-0



9 786319 040630