

SEPTIEMBRE 2026
ISBN 978-631-90943-6-7

INFORME **10**

Migrantes y acceso a la salud en Misiones, Jujuy, Mendoza y Córdoba

Barreras para prevenir,
barreras para curar

Observatorio sobre
Migraciones y Asilo en Argentina
● “Gabriel Chausovsky” ●

Con el apoyo de



Acerca del Observatorio

El Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina “*Gabriel Chausovsky*” fue creado en agosto de 2019 con el propósito de relevar, sistematizar, analizar y difundir información relativa a obstáculos en el acceso a derechos de personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo.

Está integrado por

- CAREF - Comisión Argentina para personas Refugiadas y Migrantes (CAREF)
- AEC - Asociación Ecuménica de Cuyo (Mendoza)
- ANDHES – Abogados y Abogadas del Noroeste Argentino en Derechos Humanos y estudios sociales (Jujuy)
- CECOPAL – Centro de Comunicación Popular y Asesoramiento Legal (Córdoba)
- BTM- Bloque de Trabajadorxs Migrantes (Buenos Aires)
- Red Nacional de Migrantes y Refugiadxs
- UCIC- Unión de Colectividades de Inmigrantes de Córdoba (Córdoba)

Coordinación:

- Comisión Argentina para personas Refugiadas y Migrantes (CAREF)
- Asociación Ecuménica de Cuyo (AEC)

El Observatorio cuenta con el apoyo de *CCFD - Comité Catholique Contre la Faim et pour le Développement - Terre Solidaire*



Gabriel Chausovsky (Buenos Aires, 1948 – Paraná, 2010) fue abogado, docente y juez, y presidió la Cámara Federal de Apelaciones de Paraná desde 1984 hasta su muerte. A través de sus clases, textos, sentencias y acciones defendió y promovió sin cesar la igualdad de derechos de las personas extranjeras residentes en Argentina. Su trayectoria y su compromiso contribuyeron a consolidar y articular una perspectiva de derechos humanos en relación a migrantes, refugiados/as y solicitantes de asilo.

Acerca de este informe

Redacción del informe

- María Inés Pacecca | CAREF
- Valeria Chiavetta | FEC

Revisión

- Gabriela Liguori | CAREF

Trabajo de campo

- Misiones: Daniela Mercol | CAREF
- Jujuy: Elena Chaves | ANDHES y Karem Machuca | CAREF
- Mendoza: Valeria Chiavetta | FEC
- Córdoba: Sofía Cortiglia, Sol Iglesias y Marta Guereño López | UCIC



Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina

● “Gabriel Chausovsky” ●

COORDINACIÓN

Gabriela Liguori

Directora Ejecutiva,
Comisión Argentina para personas
Refugiadas y Migrantes (CAREF)

Valeria Chiavetta

Presidenta, Asociación Ecuménica
de Cuyo (AEC)

EQUIPO EDITORIAL

- **María Inés Pacecca**, CAREF
- **Valeria Chiavetta**, AEC

DISEÑO GRÁFICO

Informe: Florencia Zamorano
florenciamorano@gmail.com

Logo Observatorio: Paola Alonso
paoalonso78@gmail.com

<http://observatoriomigracionyasilo.caref.org.ar/inicio/>

Dirección postal:

Juan Bautista Alberdi 2236
(1406) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
www.caref.org.ar – caref@caref.org.ar



Pacecca, María Inés

Migrantes y acceso a la salud en Misiones, Jujuy, Mendoza y Córdoba : barreras para prevenir, barreras para curar / María Inés Pacecca ; Valeria Chiavetta ; Contribuciones de Daniela Mercol ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CAREF - Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes , 2026.

Libro digital, PDF - (Informes del Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina Gabriel Chausovsky ; 10)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-631-90943-6-7

1. Migración. 2. Acceso a la Salud. I. Mercol, Daniela, colab. II. Título.
CDD 613

Resumen

Durante 2024 y 2025 ocurrieron dos procesos regresivos cuya combinación limitó considerablemente los derechos de las personas extranjeras residentes en Argentina. Por un lado, se establecieron restricciones para el acceso a la atención sanitaria en diversas provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y por el otro, la modificación a la Ley de Migraciones mediante el DNU 366/2025 restringió el acceso a la residencia permanente y a las prestaciones de salud en hospitales nacionales. En este nuevo contexto, durante el primer semestre de 2026, las organizaciones que conforman el Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina relevaron y analizaron las barreras normativas y administrativas que encuentran las personas migrantes sin DNI (o sin DNI de residente permanente) para acceder a la salud pública en cuatro provincias: Mendoza, Misiones, Jujuy y Córdoba.

Se analizó el acceso a procedimientos programados, cirugías, internaciones, estudios de laboratorio, medicamentos y prácticas médicas, así como su denegación o rechazo en tres tipos de situaciones:

- mujeres embarazadas (atención materno infantil, embarazo, parto y puerperio);
- niñas y niños con enfermedades crónicas que requieren controles, estudios y medicación;
- personas adultas con enfermedades crónicas que requieren controles, estudios y medicación.

El informe presenta los itinerarios institucionales y los tránsitos hospitalarios de personas migrantes con distintas condiciones de documentación y analiza los efectos de las brechas de atención relevadas.





Indice

I	Salud y sentidos comunes	7
II	La salud como derecho	9
III	El sistema de salud en Argentina	12
IV	El acceso a la salud en la normativa migratoria y de asilo ...	15
V	El DNU 366/2025: restricciones en el acceso a la salud, a la educación y a la residencia permanente	19
VI	Misiones y el “Sistema Solidario de Salud”	22
VII	Jujuy: el cobro a migrantes como puerta a la privatización de la salud pública	27
VIII	Mendoza: el REFORSAL y la discrecionalidad de la “ventanilla”	31
IX	Córdoba: obstáculos “de hecho” pero no “de derecho”	37
X	Diferentes provincias, mismos obstáculos	43
XI	Los servicios sociales de los hospitales	45
XII	Conclusiones y propuestas	48



Salud y sentidos comunes

En Argentina, uno de los argumentos más trillados y de más larga data respecto a la población migrante es que “abusa” del sistema de salud pública gratuito, a tal punto que las personas argentinas no logran atenderse o deben sobrellevar largas demoras. Este argumento presupone (erróneamente) muchas cosas acerca de las personas migrantes: que no viven de manera estable en el país, que no son residentes regulares, que no trabajan, que vienen solo para atenderse en los hospitales. En su linealidad, este razonamiento ofrece simultáneamente un diagnóstico y una solución: gran parte de los problemas y los déficits del sistema de salud pública se deben al uso que de él hacen las personas extranjeras. Entonces, la solución reside en restringirles el acceso al sistema de salud, o en impedirles el acceso gratuito.

Estas “soluciones” no son novedosas, y por lo general se sostienen en datos anecdóticos sobre la concurrencia a hospitales públicos. “Anecdóticos” porque las estadísticas que produce periódicamente el sistema de salud no registran la nacionalidad de las personas que se atienden, ni el tipo de documento que portan. Lo cual es razonable, porque la información que se necesita para prevenir y planificar es de corte epidemiológico, y las enfermedades no “eligen” a las personas en función de su nacionalidad.

Estas “soluciones” también suelen sostenerse en la idea de reciprocidad: para que los hospitales públicos de Argentina atiendan a personas extranjeras de manera gratuita, los hospitales públicos de esos otros países deberían, a su vez, atender a personas argentinas de manera gratuita. Pero en las relaciones entre países, la reciprocidad no es un intercambio directo de una cosa por otra, no es de hecho sino de derecho: implica tratados y acuerdos (como los de extradición o los de reconocimiento de títulos educativos) que deben ser consistentes con las leyes de cada uno de los países en cuestión. Es decir que Argentina debe regular el acceso a la salud pública en relación a su propia normativa y sus propios estándares de derechos, y no en relación a las normas o los estándares de otros países.

Otra frase de sentido común en relación a la salud es “más vale prevenir que curar”. Esta frase alude al menos a dos dimensiones: la sanitaria propiamente dicha y la económica. La vacunación masiva en la infancia, los controles de niño sano,

la atención primaria de la salud (que abarca todos los niveles de atención) y los programas de detección temprana de diversas afecciones y enfermedades inciden sobre el bienestar de personas individuales y de la población en general, disminuyendo contagios, riesgos y morbilidad (entre otras cuestiones). Pero también disminuyen la carga y los costos en el sistema de salud. Veamos un ejemplo: la hipertensión daña las arterias de forma progresiva, aumenta drásticamente el riesgo de infartos y de accidentes cerebrovasculares (ACV) y puede producir insuficiencia renal. El diagnóstico de la hipertensión arterial es sencillo y poco oneroso, igual que la medicación necesaria para corregirla. La hipertensión no diagnosticada o no controlada suele derivar en intervenciones urgentes, costosas y complejas, que luego precisan largos períodos de rehabilitación. Es decir que prevenir es más “eficiente” que curar, en todo sentido.

Desde esta lógica, el Decreto de Necesidad y Urgencia 366/2025, que en mayo de 2025 introdujo cambios significativos a la Ley de Migraciones, modificó el acceso a atención en los hospitales nacionales para buena parte de las personas migrantes que residen en el país. Quienes no son residentes permanentes (y portan el correspondiente DNI) o no cuentan con obra social o seguro de salud, solo acceden a la atención gratuita en casos de emergencia. Este DNU imposibilita, de hecho y de derecho, los controles preventivos y de seguimiento, el diagnóstico temprano y el tratamiento continuo de enfermedades crónicas de quienes son residentes temporarios, solicitantes de asilo, o están tramitando su residencia. Como se mostrará a lo largo de este informe, este tipo de restricciones (que también se establecieron en diversas provincias, mediante normativas locales) no reducen ni eliminan el gasto sanitario: solamente lo trasladan del control ambulatorio y programado hacia el ingreso por guardia y la internación de urgencia, más costosas y más riesgosas tanto para la persona como para el sistema.

La salud como derecho

La salud es una necesidad y un derecho fundamental de las personas, de las familias y de las comunidades. Puesto que de este derecho depende el ejercicio de otros derechos (trabajar, estudiar, vivir en familia, etc.), su efectivización repercute en toda la sociedad, tanto a nivel económico y productivo como a nivel epidemiológico. Por eso, la protección y la promoción de la salud es también una responsabilidad de los Estados y de los gobiernos, y existen varios instrumentos del derecho internacional que establecen parámetros, estándares, obligaciones y responsabilidades.

Uno de los instrumentos más importantes es el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Pacto DESC, 1966), que Argentina ratificó en 1986 e incorporó a la Constitución Nacional en 1994. El artículo 12 del *Pacto DESC* afirma “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, e indica que los Estados Partes deberán “prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole”, así como crear las “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Pacto DESC - Artículo 12

- 1 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- 2 Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En el año 2000, el Comité de seguimiento del Pacto DESC dio a conocer la *Observación General N° 14*, que aborda cuestiones sustantivas relativas a su aplicación, entre ellas varias referidas al artículo 12. En su *Observación General*, el Comité reconoce que “el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*”, y que “un Estado no puede garantizar la buena salud, ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano”. En ese sentido, “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de **facilidades, bienes, servicios y condiciones** necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (Párrafos 8 y 9, destacado nuestro).

La Observación General también subraya que el derecho a la salud abarca diversos elementos, esenciales e interrelacionados:

- **DISPONIBILIDAD:** cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, y centros de atención de la salud, incluyendo personal médico y profesional capacitado.
- **ACCESIBILIDAD:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, **de hecho y de derecho**, para todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad debe ser tanto física (proximidad) como económica. Los servicios deben estar al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.
- **ACEPTABILIDAD:** los establecimientos, bienes y servicios deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas. Deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- **CALIDAD:** los establecimientos, bienes y servicios deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Estas cuatro dimensiones buscan asegurar los mejores niveles de salud para la mayor cantidad de personas y contribuyen a disminuir los riesgos sanitarios y epidemiológicos. Entre ellas, interesa destacar la **accesibilidad**, que es la dimensión habitualmente cuestionada en los argumentos que buscan restringir el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes. **La accesibilidad debe ser de hecho (concreta y efectiva) y de derecho (garantizada por las normas), sin discriminación por ningún criterio.**

Arias y Sierra (2019) establecen una distinción relevante entre accesibilidad de consumo y accesibilidad de derecho. La accesibilidad de consumo se organiza en torno a la lógica de los satisfactores o consumidores: el vínculo se define a partir del pago, y su contraparte es la supuesta “calidad” de la prestación. En este caso, el sujeto se posiciona más como demandante de servicios que como titular de derechos. La accesibilidad de derecho no está mediada por el pago, y por lo tanto exige pensar a la institución (el hospital, en este caso) como un ámbito común que reconoce y acoge a los sujetos. Las autoras advierten que acceder a una prestación no equivale a ejercer un derecho, y que en contextos de retracción de lo público esta distinción tiende a desdibujarse: la accesibilidad legítima pierde su especificidad o

nitidez y empieza a identificarse con la forma mercantilizada de acceso, sin intervención estatal. Esta perspectiva resulta pertinente para analizar los mecanismos de cobro que se describen más adelante en este informe, en los cuales la atención sanitaria de las personas migrantes queda sujeta a una lógica de facturación y capacidad de pago que la desplaza del terreno del derecho al terreno del consumo.

Recordemos que entre los motivos prohibidos de discriminación –aquellos criterios que se utilizan arbitrariamente para restringir derechos– se encuentra la nacionalidad. (Otros motivos prohibidos son la religión, la raza, el género, la edad, las opiniones políticas, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad sexual, y la posición económica). Esto significa que, en Argentina, la ley anti-discriminación prohíbe restringir o anular arbitrariamente los derechos de alguien porque no es argentino/a, o porque es evangelista, o mujer, o gay, o pobre, etcétera (Ley 23.592/1988, Actos Discriminatorios).

A este marco general de protección se suma la Ley N° 26.529/2009, relativa a los *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Esta norma no está dirigida específicamente a la población migrante ni menciona la condición migratoria entre sus disposiciones, pero resulta pertinente porque consagra, para todo paciente del sistema de salud argentino sin distinción alguna, el derecho a un trato digno y respetuoso por parte de los agentes del sistema de salud, así como el resguardo de su intimidad y la confidencialidad de su información clínica (art. 2, incisos a y c). Al tratarse de un derecho de alcance general –no restringido por tipo de documentación, nacionalidad ni situación migratoria–, resulta aplicable también a las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. Este marco es pertinente para analizar situaciones donde la vulneración no consiste únicamente en la denegación de un turno o una prestación, sino en el trato recibido durante la atención: comentarios discriminatorios, exposición de información personal sin consentimiento, o expresiones asociadas a la nacionalidad o la condición migratoria de la persona.

Desde el punto de vista epidemiológico, todo esto resulta obvio: los virus, las bacterias y las enfermedades en general no preguntan la nacionalidad ni piden documentos. Pero desde el punto de vista de cierto sentido común, nada más fácil que construir barreras basadas en el (in) merecimiento: esta persona no se merece el derecho porque no es argentina, porque es evangelista, porque es mujer, porque es gay, porque es pobre, etcétera. A menudo, este argumento se considera aceptable incluso cuando las barreras que erige puedan obstaculizar la vacunación contra enfermedades infecto-contagiosas, o la cura del Mal de Chagas, o la atención de un embarazo y un parto. Como regla, estas barreras resultan en daños mayores, en mayor riesgo para la población en general y en atenciones más costosas.

Promover y resguardar la salud de una población (de cualquier población) es más que analizar quiénes y cuándo reciben qué prestaciones, y cómo se solventan esas prestaciones. Implica también prever las consecuencias y los costos (individuales, colectivos y epidemiológicos) de no asegurar esas prestaciones en tiempo y forma.

El sistema de salud en Argentina



En Argentina, el sistema de salud está estructurado en tres subsectores: el sector público, el sector de la seguridad social obligatoria y el sector privado. El subsector público, financiado por el Estado nacional, por las provincias y los municipios, asegura cobertura a toda la población residente en el país. El subsector de la seguridad social (las obras sociales, incluido el PAMI) funciona como un seguro obligatorio, vinculado al trabajo registrado; y el subsector privado, que comprende a las empresas de medicina prepaga, es de afiliación voluntaria. La convivencia de estos tres subsectores (y su escasa o nula coordinación) da lugar a un sistema complejo y heterogéneo en cuanto a sus financiamientos, modelos de gestión, prestaciones y cobertura. En este contexto, el subsector de la salud pública asume

“en forma prácticamente exclusiva de las tareas relacionadas a la prevención [...] y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. El hospital público es, aún hoy, en muchos lugares, el único servicio accesible -geográfica y/o económicamente- para determinados sectores de población” (Cetrángolo y Devoto, 2002:12).

En cuanto a la cobertura, según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2022, para esa fecha el 60,9% de las personas contaba con obra social (nacional, provincial o de jubilados –PAMI–) o medicina prepaga, el 35,8% recibía atención a través del subsector de salud pública y 3,3% contaba con otros programas o planes estatales de salud (INDEC, 2023). Se estima que entre un 5% y un 10% de las personas poseen doble cobertura (obras sociales más seguros privados). Puesto que la cobertura de las obras sociales está directamente relacionada al trabajo registrado, estas proporciones suelen variar según aumentan o disminuyen los puestos de trabajo formales. Así, ciertos sectores de la población fluctúan entre el sistema de obras sociales y el sistema público.

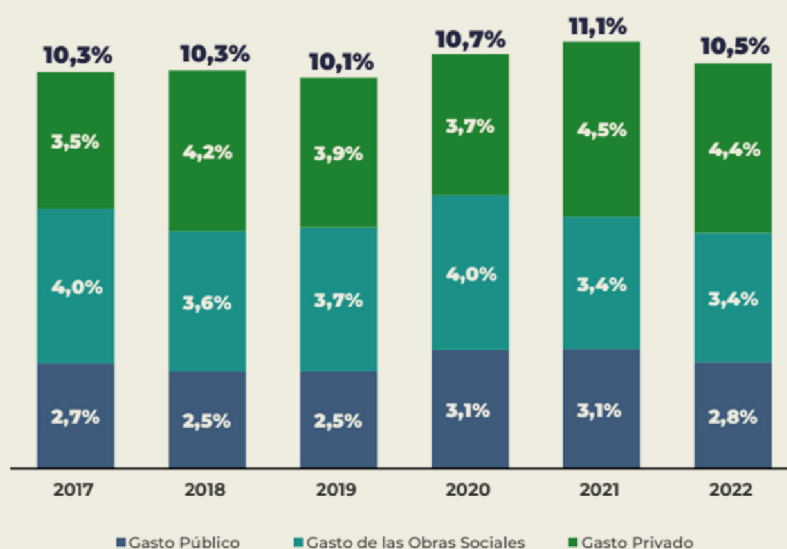
La población migrante residente en el país presenta porcentajes de cobertura en salud algo diferentes a los de la población total: 54% cuenta con cobertura de obras sociales o prepagas y 46% depende del sistema público de salud. La falta de cobertura es más alta en la franja entre los 20 y los 29 años (64%),¹ probablemente debido a la prevalencia aún mayor del trabajo no registrado.

1. Censo 2022, Cuadro 8. Total del país. Población en viviendas particulares nacida en otro país, por cobertura de salud, según sexo registrado al nacer y grupo de edad. Año 2022. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

2. La Organización Panamericana de la Salud recomienda que el gasto público en salud ronde el 6% del PBI. Para el período de referencia (2017-2022), el gasto público rondó entre el 2,5% y el 3,1% del PBI.

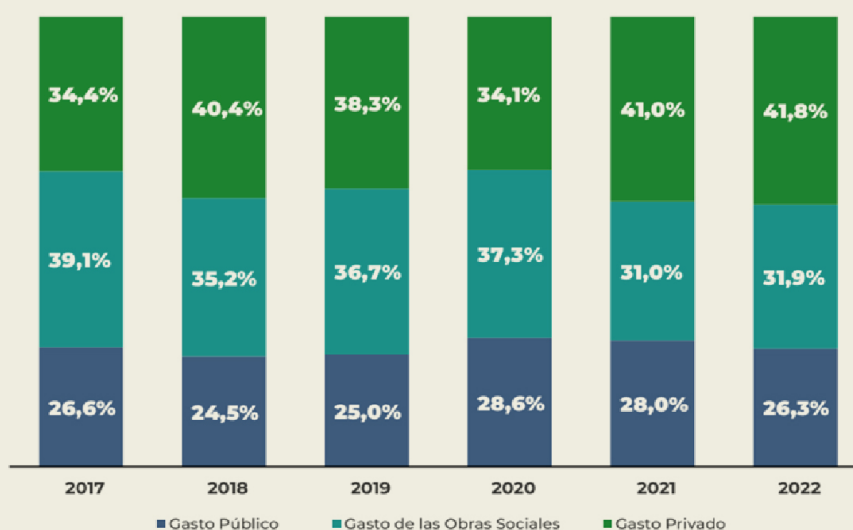
En lo que respecta al gasto, un análisis del Ministerio de Salud de la Nación (2025) señala que para el período 2017-2022 (que incluye los años de pandemia) el gasto total en salud osciló entre el 10% y el 11% del PBI.² Del gasto total, el 26,5% correspondió a gasto público, 35,2% correspondió a obras sociales y 38,3% fue gasto privado (prepagas y gasto de bolsillo). Vale destacar que el gasto privado pasó del 34,4% en 2017 al 41,8% en 2022, mientras que el gasto de obras sociales se redujo del 39,1% al 31,9% (ver gráficos a continuación, tomados de dicho informe).

GRÁFICO N° 1. Gasto en salud como porcentaje del PIB según financiador. Período 2017-2022



Fuente: Ministerio de Salud, 2025, página 10.

GRÁFICO N° 2. Participación porcentual de cada financiador en el gasto total en salud. Período 2017-2022



Fuente: Ministerio de Salud, 2025, página 13.

Por otro lado, en Argentina, el sistema de salud está descentralizado. Esto significa que las provincias, —y, en ocasiones, los municipios— tienen autonomía para diseñar las estrategias de cuidado de la salud. Esto imprime una heterogeneidad (y una desigualdad) aún mayor en la cobertura de salud, mostrando diferencias en la disponibilidad y continuidad de las prestaciones entre jurisdicciones. El informe ya citado del Ministerio de Salud de la Nación señala también las participaciones diferenciales del estado nacional, el provincial y el municipal en el financiamiento del gasto público en salud. Para el período de referencia (2017-2022), el aporte del Estado Nacional promedió el 19% (con picos de 21,4% y 25,3% durante los dos años de pandemia); el aporte de los estados provinciales promedió el 65% (siendo más bajo durante 2020 y 2021 que en los demás años); y los estados municipales contribuyeron con el 16% restante (Ministerio de Salud, 2025: 14).

En síntesis, el informe del Ministerio de Salud muestra que:

- el gasto público en salud es menor al gasto de las obras sociales y al gasto privado, por separado (incluso en los años de la pandemia);
- dentro del gasto público, los estados provinciales y municipales financian alrededor del 80%.

El acceso a la salud en la normativa migratoria y de asilo

En su texto original, vigente hasta 2025, la Ley de Migraciones (N° 25.871/2004) garantizaba expresamente el acceso a un conjunto de derechos (entre ellos, la salud y la educación) a todas las personas extranjeras que se encontraran en el país, sin importar su regularidad o irregularidad migratoria. Por su parte, la Ley de Reconocimiento y Protección al Refugiado (N° 26.165/2006) también aseguraba el acceso a la salud de quienes ya hubieran obtenido el estatuto de refugiados y de quienes aún fueran solicitantes de dicha condición.

Ley de Migraciones N° 25.871/2004 - *Texto original*

Artículo 6° — 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.

Artículo 7° — En ningún caso la irregularidad migratoria de un extranjero impedirá su **admisión como alumno en un establecimiento educativo**, ya sea este público o privado; nacional, provincial o municipal; primario, secundario, terciario o universitario. Las autoridades de los establecimientos educativos deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Artículo 8° — 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.

Ley de Reconocimiento y Protección al Refugiado N° 26.165/2006 *Texto original*

Artículo 51. — La autoridad receptora otorgará al **solicitante y al grupo familiar** que lo acompañe un documento provisorio que le permita permanecer legalmente en el territorio nacional y desempeñar tareas remuneradas y **acceder a los servicios y beneficios básicos sociales, de salud y educación**. Este documento será renovable hasta que recaiga resolución firme sobre la solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado.

Personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo en Argentina - *Datos básicos*

Según datos del Censo 2022:

- 1.933.000 personas nacieron en un país extranjero
- representan el 4,2% de la población total
- 54,9% son mujeres
- 45,1% son varones
- 6% son niñas y niños menores de 14 años
- 73% reside en el Área Metropolitana de Buenos Aires (CABA + Conurbano)
- Del total de migrantes:
 - 27% proviene de Paraguay
 - 17,5% proviene de Bolivia
 - 8,4% proviene de Venezuela
 - 8,1% proviene de Perú

Según datos de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM):

- Entre 2020 y 2025 se tramitaron 420.000 residencias temporarias y 445.000 residencias permanentes (Importante: la mayor parte de las personas que obtienen una residencia permanente tuvieron antes una residencia temporaria. Por ese motivo, la suma de las residencias no equivale a la cantidad de personas que residen en el país).
- 93% de todas las residencias correspondieron a personas provenientes de países de América del Sur (Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).
- Entre junio de 2025 y junio de 2026 (un año de aplicación del DNU 366/2025) se tramitaron 72.000 residencias temporarias y 25.000 residencias permanentes. En los cuatro años anteriores (2021-2024) se habían tramitado, en promedio, 76.000 residencias temporarias y 90.000 residencias permanentes por año.

Según datos de la Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE):

- Entre 2020 y 2025, 9.568 personas solicitaron el estatuto de refugiado en Argentina. Provenían principalmente de Venezuela, Rusia y Cuba.
- 1.282 personas fueron reconocidas como refugiadas. Alrededor del 40 % eran rusas.

A pesar de lo establecido en las leyes nacionales, en ciertas ocasiones y en ciertas jurisdicciones, algunas personas que, por algún motivo, no contaban con su DNI de residente extranjero, solían encontrar obstáculos para acceder a la atención en algunos efectores del sistema de salud pública. Estos obstáculos podían ser administrativos (por ejemplo, exigir DNI porque el sistema de turnos solo los asigna cuando se carga el número de documento) o vinculados a prejuicios (por ejemplo, informar verbalmente, en la ventanilla, que determinadas prestaciones son “solamente para argentinos”). En todos los casos, las barreras para el acceso a la salud fueron ampliamente relevadas y documentadas (Courtis, Liguori y Cerruti, 2010; Insa y Chiavetta, 2015; Pombo, 2024; entre otros) y numerosas instituciones públicas (entre ellas, las Defensorías) y de la Sociedad Civil dedicaron tiempo y esfuerzo a resolverlas de modo que la ley se cumpliera.

Debido al sistema federal de gobierno y a la autonomía de las provincias y de la Ciudad de Buenos Aires para decidir respecto a cómo proveer ciertos servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, también existieron notorias contradicciones entre lo que establecen las leyes de migraciones y de asilo (dos leyes nacionales) y lo que establecen algunas normas provinciales. En este sentido, uno de los ejemplos más significativos refiere a la Provincia de Misiones, que nunca adecuó el Decreto 488/2000 (que regula el funcionamiento del sistema de salud de la provincia) a lo que indica la norma nacional. Dicho decreto provincial estableció que “los extranjeros sin residencia legal en el país” deberán “abonar la totalidad de los gastos que demande la prestación” (**Dec. 488/2000**, art. 2). En el año 2021 esta norma fue **derogada y reemplazada** por el Decreto 1.423, que estableció que “los extranjeros sin residencia permanente en el país” (y sin obra social o seguro de salud) deberán abonar las prestaciones brindadas por efectores pertenecientes al sistema de salud pública de la provincia (**Dec. 1423/2021**, art. 3).

Estos ejemplos muestran que, en Argentina, ni el debate sobre el acceso de las personas migrantes al sistema de salud pública ni los intentos de arancelamiento son nuevos. Siempre hubo voces **que** alegando costos, falta de reciprocidad o (in)merecimiento cuestionaron la universalidad de la atención sanitaria. En 2018, el entonces Diputado Nacional Luis Petri propuso reformar los artículos 6, 7 y 8 de la Ley de Migraciones (N° 25.871/2004) de modo tal que la salud y la educación públicas solo fueran accesibles para los migrantes con residencia permanente. El proyecto no prosperó, pero le dio volumen nacional al argumento simplista que corría el foco del desfinanciamiento del sistema de salud pública a su uso “abusivo” o “impropio” por parte de extranjeros. Luego, el COVID-19 silenció por un tiempo esos debates, aunque sin duda el efecto de la pandemia fue especialmente virulento sobre las y los migrantes (para más detalles, ver los informes *Migrantes en pandemia* y *Vacunación COVID-19*, ambos de 2021).

En 2024, luego del triunfo de La Libertad Avanza y con Javier Milei como presidente, la frase “no hay plata”, pronunciada en su discurso inaugural –y luego convertida en muletilla y *meme*– habilitó el recorte generalizado e indiscriminado de gastos del Estado Nacional, incluyendo el gasto en salud y las transferencias de dinero a las provincias. Amparadas en la “política de la motosierra”, varias provincias em-

prendieron reformas para restringir el acceso al sistema de salud pública de gestión provincial, entre ellas Salta (ley 21660/2024), Jujuy (ley 6116/2024), Mendoza (ley 9535/2024), Santa Cruz (Res. 190/2024) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res. Ministerio de Salud 1054/2025). Estas normas jurisdiccionales comparten un elemento en común: salvo casos de emergencias, dejan por fuera del acceso gratuito al sistema de salud pública a personas extranjeras con DNI argentino de residente temporario, a personas con residencia precaria (solicitantes de asilo o personas con trámite migratorio en curso) y a migrantes en situación irregular. En este sentido, otro aspecto que muchas de estas propuestas han compartido es su incompatibilidad con las categorías de residencia y documentación establecidas en la Ley de Migraciones (N° 25.871) y en la Ley de Reconocimiento y Protección al Refugiado (N° 26.165): estas leyes reconocen como residentes regulares a personas que resultan excluidas de la atención sanitaria gratuita (salvo casos de emergencia).

¿Quiénes son “residentes regulares”?

La Ley de Migraciones establece tres categorías de residencia: transitoria, temporaria y permanente (art. 20).

- **Residencia transitoria:** corresponde a turistas, pasajeros en tránsito, tripulantes de medios de transporte internacionales, etcétera, y otorga plazos de permanencia de entre 15 y 90 días, con posibilidad de renovación por una única vez.
- **Residencia temporaria:** se otorga por diversos motivos establecidos en el artículo 23 (nacionalidad Mercosur, trabajo, estudios, refugiados, etc.), dura entre uno y tres años y otorga DNI argentino de residente extranjero. Este DNI vence cuando vence el plazo de la residencia otorgada: uno, dos o tres años.
- **Residencia permanente:** no tiene plazo de vencimiento (art. 22), y el DNI que otorga debe renovarse cada 15 años, igual que el de las personas argentinas.

Las personas que fueron reconocidas como refugiadas, según el procedimiento que establece la Ley 26.165, obtienen una residencia temporaria por dos años, renovable, y el DNI de residente temporario que le corresponde.

Todas estas personas (residentes transitorios dentro del plazo autorizado; residentes temporarios y residentes permanentes) son residentes regulares –algunos con DNI, otros sin DNI–.

También son residentes regulares quienes cuentan con una **residencia precaria** (emitida por la Dirección Nacional de Migraciones) o con una **certificación provisoria** (emitida por la Comisión Nacional para los Refugiados -CONARE–). Ambos tipos de residencia, y la documentación que las avala, están contempladas en la ley migratoria (art. 20) y en la ley de asilo (art. 51).

Tanto la residencia precaria como la certificación provisoria permiten obtener el CUIL y habilitan la contratación de la persona como trabajador/a en relación de dependencia. Es decir que el DNI no es la única prueba de residencia regular en el territorio.

EL DNU 366/2025

restricciones en el acceso a la salud, a la educación y a la residencia permanente

En mayo de 2025, mediante el DNU N° 366, el Poder Ejecutivo Nacional modificó cuatro leyes nacionales, entre ellas la Ley de Migraciones (25.871/2004).³ El cambio más significativo consistió en la limitación del acceso a derechos, incluida la salud pública. A partir de la entrada en vigencia del DNU 366, sólo acceden a la atención sanitaria de manera gratuita, en hospitales nacionales, las personas extranjeras con DNI de residentes permanentes. Quienes tienen residencia temporaria (con DNI), residencia precaria, certificado provisorio, o aún no se han regularizado, acceden a la atención sanitaria en el sistema público solo en casos de emergencia. Para otro tipo de atención deben abonar el servicio (DNU 366/2025, arts 1 y 3).

Artículos 6, 7 y 8 de la Ley de Migraciones, modificados por el DNU 366/2025

Artículo 6° — El Estado en todas sus jurisdicciones asegurará el acceso igualitario de los inmigrantes a las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, **de acuerdo con los derechos y obligaciones correspondientes a cada categoría migratoria**, en particular en lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Artículo 7° — Los extranjeros tendrán derecho, aun cuando su condición migratoria fuera irregular, a ser admitidos como alumnos en un establecimiento educativo **inicial, primario o secundario**, ya sea público o privado; nacional, provincial o municipal, para lo cual su situación migratoria no podrá ser causa de discriminación alguna. Las autoridades de los establecimientos educativos deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Artículo 8° — En **casos de emergencia**, no podrá negársele ni restringírsele el acceso a la asistencia social o a la atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Los extranjeros **residentes permanentes** podrán acceder al sistema de salud público en igualdad de condiciones que los ciudadanos argentinos.

Por fuera de los supuestos establecidos en los párrafos precedentes, en los establecimientos que brinden atención sanitaria administrados por el ESTADO NACIONAL, solo se brindará tratamiento médico o atención sanitaria habitual contra la **presentación de un seguro de salud o la previa cancelación del servicio**, de conformidad con las condiciones que establezca el MINISTERIO DE SALUD.

El DNU también modificó de manera restrictiva los requisitos para otorgar la residencia permanente.⁴ Desde mayo de 2025, sólo pueden obtenerla hijas e hijos de personas argentinas nativas, naturalizadas o por opción; y quienes acrediten medios económicos suficientes para subsistir en el país (Art. 5). Así, quedó sin efecto el acceso a la residencia permanente para progenitores y cónyuges de personas argentinas, y por renovación luego de dos años de residencia temporaria (para nacionales de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) o de tres años para los demás países.

Es decir que durante 2024 y 2025 ocurrieron dos procesos regresivos cuya combinación restringió considerablemente los derechos de las personas extranjeras en Argentina. Por un lado, las restricciones para el acceso a la atención sanitaria en diversas provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y por el otro, las restricciones para el acceso a la salud y a la residencia permanente, vía modificaciones a la Ley de Migraciones. Es decir que se establecieron barreras jurídicas a nivel provincial (mediante los requisitos de determinado tipo de documentación para acceder al acceso al sistema de salud) y a nivel federal, mediante restricciones y obstaculización para acceder a la residencia permanente –que es la única que asegura igualdad de derechos–.

En este nuevo contexto de afectación de la accesibilidad, tanto de hecho como de derecho, las organizaciones que conforman el *Observatorio sobre Migraciones y Asilo en Argentina* relevaron y analizaron las barreras normativas y administrativas que encuentran las personas migrantes sin DNI (o sin DNI de residente permanente) para acceder a la salud pública en cuatro provincias: Mendoza, Misiones, Jujuy y Córdoba. Las tres primeras cuentan con legislación específica referida a la atención de personas migrantes en el sistema de salud **pública**, en tanto que Córdoba discutió un proyecto de esas características en 2024 y decidió desestimarlos, ya que en una audiencia preliminar realizada en la Comisión de Salud de la Legislatura de la Provincia, “desde el área gubernamental negaron tener datos estadísticos sobre la supuesta existencia de *tours* médicos, así como que la crisis del sector sea debida a la atención de pacientes de otros distritos”.⁵

El relevamiento, realizado por el Observatorio durante el primer semestre de 2026, se centró en las modalidades concretas que adquieren las barreras normativas y administrativas (y las excepciones, si las hay) con que se topan las personas migrantes sin DNI, o sin DNI de residente permanente, para acceder a consultas médicas, prácticas, tratamientos y medicamentos fuera de contextos de emergencia. En particular, se puso el foco en tres tipos de situaciones:

- ...
4. El texto original de la Ley de Migraciones, vigente entre 2004 y 2025 y su reglamento (Dec. 616/2010), establecían que la residencia permanente correspondía a a) cónyuges, p/madre e hijos/as de personas argentinas nativas, naturalizadas o por opción; b) familiares directos de residentes permanentes (cónyuge, progenitor, hijo soltero menor de 18 años no emancipado o mayor con capacidad diferente), y c) personas que hubieran gozado de una residencia temporaria por dos años continuos o más, si fuere nacional de países del Mercosur o Estados Asociados; y tres años continuos o más, en los demás casos.
 5. Fuente: <https://legislaturacba.gob.ar/la-comision-de-salud-trato-un-proyecto-sobre-atencion-medica-a-no-residentes/>

- mujeres embarazadas (atención materno infantil - embarazo, parto y puerperio);
- niñas y niños con enfermedades crónicas que requieren controles, estudios y medicación;
- personas adultas con enfermedades crónicas que requieren controles, estudios y medicación (insuficiencia renal, diabetes insulínica, tuberculosis, VIH-SIDA, etc.).

En cada una de las cuatro jurisdicciones se analizaron las normas locales que regulan el acceso a salud pública de las personas extranjeras con distintos tipos de residencia regular, y sin residencia regular (en los términos que establece la Ley de Migraciones, modificada por el DNU 366/2025). A través del acompañamiento a personas concretas, con distintas condiciones de documentación, que buscaban iniciar o continuar su atención en el sistema de salud, se analizó el acceso a procedimientos programados, cirugías, internaciones, estudios de laboratorio, medicamentos y prácticas médicas, así como su denegación o rechazo. Los itinerarios institucionales y los tránsitos hospitalarios de estas personas extranjeras, con distintas condiciones de documentación, contribuyen a describir, de manera detallada y concreta, el funcionamiento de los circuitos administrativos en lo que respecta a pacientes extranjeros y permiten identificar los obstáculos y barreras para el acceso a la atención sanitaria, al tratamiento y la medicación en los casos de referencia.

Nota: el 10 de agosto de 2026, cuando ya estaba concluida la redacción de este informe, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la Resolución 1066/2026, que aprueba “un procedimiento operativo para la atención sanitaria de personas extranjeras que no cuenten con residencia permanente en el país, en los establecimientos asistenciales dependientes del ESTADO NACIONAL”. Este procedimiento, que recoge los cambios que el DNU 366/2025 introdujo en el artículo 8 de la Ley de Migraciones, establece los flujos de cobro mediante dos circuitos administrativos independientes: uno destinado al recupero financiero frente a un Seguro de Salud y otro aplicable al cobro directo a particulares extranjeros sin cobertura. El procedimiento indica que está exceptuada de cobro “toda prestación sanitaria destinada a la evaluación, diagnóstico, estabilización y tratamiento inmediato de una condición clínica que implique riesgo cierto e inminente para la vida, para un órgano o una función, o que requiera una intervención urgente para evitar un daño grave o irreversible en la salud de la persona” (Resolución 1066/2026, Ministerio de Salud, art. 2).

Misiones y el “Sistema Solidario de Salud”

La Provincia de Misiones cuenta con una población total de 1.280.000 personas, de las cuales 39.000 (3,1%) nacieron en el extranjero. La población migrante proviene principalmente de Paraguay (23.000 personas) y de Brasil (8.500 personas). La tercera parte de los residentes extranjeros se concentran en el departamento de Posadas, y el resto se distribuye entre Iguazú, Eldorado y Montecarlo (INDEC, Censo 2022). En lo que respecta a la salud pública, la provincia cuenta con 51 hospitales pertenecientes al sistema provincial y 340 centros de atención primaria de la salud (CAPS), organizados en seis regiones sanitarias.

En el año 2000, mediante el Decreto 488, la provincia organizó el “Sistema Solidario de Salud”, con un sistema de recupero de costos para todos los servicios brindados en los establecimientos asistenciales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. El artículo 2 establece que:

Las obras sociales, entidades de medicina prepaga, compañías de seguros, empleadores en general, **extranjeros sin residencia legal en el país** y terceros obligados, abonarán la totalidad de los gastos que demande la prestación. Tales gastos incluyen los honorarios profesionales, gastos sanatoriales y la provisión de insumos médicos, farmacológicos, servicio de enfermería, prácticas específicas y cualquier otro gasto que ocasione la prestación. (Art. 2, destacado nuestro).

Este decreto provincial nunca fue adecuado a los lineamientos sobre atención de la salud establecidos en los artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones (N° 25.871/2004), de alcance nacional. En el año 2021 el decreto provincial 488/2000 fue derogado y reemplazado por el Dec. 1423, cuyo artículo 3 establece que lo mismo que el artículo 2 del decreto anterior, pero con una salvedad: en lugar de “extranjeros sin residencia legal en el país”, se refiere a **“extranjeros sin residencia permanente en el país”**. Es decir que varios tipos de residentes regulares (entre ellos los residentes temporarios, que tienen DNI) quedan sujetos a cobro en caso de no contar con obra social o seguro de salud.

En lo que respecta a una supuesta “saturación” o “abuso” del sistema de salud pública por parte de personas que no son nacionales, las declaraciones oficiales a los medios de comunicación son elocuentes:

- La Voz de Misiones · 2024: “Los extranjeros son el 1% y pagan desde el 2021.” El ministro de Salud Pública indicó que la atención a extranjeros no supera el 1% de la estadística sanitaria.
- Enfoque Misiones - 2024: Parque de la Salud. “El 0,8 % de la atención del Hospital Madariaga es para extranjeros”.

En este contexto, durante el trabajo de campo realizado en el primer semestre de 2026, se relevaron las experiencias de acceso a la salud de diez personas migrantes con distintos tipos de documentación. A continuación, se reseñan las más significativas.

Julio nació en Paraguay en 1988, y vive en Misiones desde 2018. Desde hace varios años padece de psoriasis, una enfermedad dermatológica de carácter crónico que compromete extensamente su piel, generando, en algunas ocasiones, lesiones de significativa gravedad (la piel en “carne viva”). En septiembre de 2025 fue derivado del CAPS al Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, en Posadas. Julio contaba con DNI de residente temporario vigente, fue atendido por el Servicio de Dermatología, que le realizó diversos estudios y le indicó un tratamiento medicamentoso y cremas. Destacó la buena predisposición del equipo profesional y la continuidad en la atención, que mejoró considerablemente su padecimiento. Con el tratamiento ya avanzado, el Servicio de Dermatología alertó a Julio sobre el próximo vencimiento de su DNI, sugiriendo que lo renovara lo antes posible. Mientras el DNI estaba en proceso de renovación y Julio contaba con residencia precaria, la farmacia hospitalaria dejó de entregarle la medicación, de modo que su tratamiento (exitoso) se vio interrumpido a partir de diciembre de 2025. Puesto que para renovar su DNI debe demostrar solvencia económica en los estrechos términos exigidos por la Dirección Nacional de Migraciones (entre 3 y 6 recibos de sueldo; o inscripción y pagos de monotributo de los últimos 3 o 6 meses; o certificación de ingresos realizada por contador público), a junio de 2026 su tratamiento seguía interrumpido. Vale señalar que la psoriasis no tiene cura, sino tratamiento. Si no es tratada, aumenta el riesgo de desarrollar artritis psoriásica, que causa daño articular irreversible. Además, por tratarse de una enfermedad inflamatoria sistémica, puede elevar el riesgo de problemas **cardiovasculares**, así como infecciones en la piel por lesiones y grietas continuas.

Mariela nació en Brasil en 1970 y reside en Argentina desde el año 2024. Es solicitante de asilo, y cuenta con certificación de residencia precaria emitida por la Comisión Nacional para los Refugiados, que está evaluando su petición. En abril de 2026 concurre al Hospital SAMIC de Puerto Iguazú “Dra. Marta Shuartz” para realizarse controles ginecológicos y para acceder a atención en salud mental (por las secuelas de una enfermedad oncológica). En el hospital le indicaron verbalmente que sin DNI argentino no le podían otorgar ningún turno, y que la única alternativa para el acceso a consultas era abonando previamente. Mariela refiere que no logra obtener, dentro del sistema de salud local, ni la medicación oncológica ni psiquiátrica que requiere, y que debe recurrir a familiares en Brasil para que la obtengan y se la acerquen a Argentina. Puesto que esta modalidad le resulta cada vez más dificultosa, consultó en el hospital local para intentar garantizar la continuidad de sus tratamientos. A través de la intervención del Servicio Social del hospital y del contacto con CAREF, se explicita su condición de solicitante de asilo y obtiene un número de identificación como paciente, con lo que se logró su acceso a los turnos para las consultas médicas. No obstante, a junio de 2026, la medicación se la seguían enviando sus familiares desde Brasil.

Alina es una mujer paraguaya, nacida en 1990. Desde su infancia, reside en San Ignacio (a 64 km de Posadas). No está alfabetizada, no cuenta con ningún documento de identidad vigente (ni cédula paraguaya ni DNI argentino) y no tiene ingresos económicos estables. En junio de 2025, cursando un embarazo avanzado, fue derivada desde el hospital de San Ignacio al Hospital Materno Neonatal en Posadas, al que ingresó directamente por guardia, en el marco de una derivación interhospitalaria. Estuvo internada durante seis días, hasta que le realizaron una cesárea. Su bebé permaneció internado en el servicio de neonatología y luego fue derivado a la Provincia de Corrientes para una intervención cardiológica. Debido a su falta de documentación, Alina no pudo acompañar a su hijo en el traslado, viajando en su lugar el padre, de nacionalidad argentina. Durante la internación, Alina no fue informada sobre ningún tipo de costo asociado a su atención. No obstante, al momento del alta médica se le comunicó la deuda por la atención recibida (algo más de \$ 1.000.000, incluyendo cesárea e internación, pero sin detalle de las prácticas realizadas) y se le entregó el monto por escrito, junto con una propuesta de plan

de pago (en diez cuotas mensuales). A la fecha de la entrevista, tanto Alina como su hijo se encontraban en seguimiento en el Centro de Atención Primaria de la Salud de su localidad, donde acceden a los controles sin inconvenientes de manera gratuita.

Edith es una mujer paraguaya que cuenta con radicación permanente en el país y reside en la localidad de Candelaria. Refiere que durante años accedió sin inconvenientes a la provisión de medicación para el tratamiento de diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial. Sin embargo, desde marzo de 2026 dicha provisión le fue interrumpida, indicando que debía acreditar domicilio en la provincia mediante certificado de residencia o boleta de servicio a su nombre. Edith manifiesta no poder cumplir este requerimiento, ya que reside en un asentamiento informal y no dispone de documentación respaldatoria.

Estos cuatro casos muestran la no prestación de servicios de salud (Mariela), el arancelamiento para la atención de urgencia de un embarazo y parto (Alina) y la interrupción de tratamientos necesarios por cuestiones relativas a “papeles”. En el caso de Mariela, el hospital directamente desconoció lo que establece la ley de asilo respecto al acceso a la atención en salud de personas refugiadas o peticionantes de la condición de refugiado, incluso cuando dicho derecho está claramente escrito en el documento que acredita su residencia provisoria. En los otros casos, un DNI en proceso de renovación o la imposibilidad de acreditar domicilio (aún contando con DNI de residente permanente) se convirtieron en barreras para el tratamiento y pusieron en riesgo cierto la salud de esas personas. Los casos de Edith y Alina muestran además la ceguera, o la indiferencia, del sistema de salud respecto a las condiciones de vida de las personas. Situaciones evidentes de vulnerabilidad y pobreza (la indocumentación total, el analfabetismo, el habitar en un asentamiento informal) resultan “castigadas” mediante la imposición de obstáculos que solo empeoran las ya precarias condiciones de vida de las personas.

Las personas entrevistadas refirieron haber abonado diversos aranceles, incluso en atenciones por guardia. Entre ellos, se destaca:

- Ecografía ocular — \$38.000
- Atención por guardia (sin factura) — \$10.000
- Atención por guardia, con DNI temporario vigente — \$35.000

- Consulta pediátrica (con residencia precaria vigente) — \$38.000
- Cesárea + internación (aranceles informados al momento del alta) - \$ 1.045.000

En relación a los aranceles, la pregunta que se hacen las personas es qué ocurrirá la próxima vez que necesiten atención si no logran cancelar la deuda previamente contraída. Tratándose de un sistema de salud centralizado, la existencia de una deuda no saldada ¿puede convertirse en un nuevo obstáculo para obtener atención?

Los relatos de las personas entrevistadas muestran cuál es la documentación que el sistema de salud rechaza, ya sea para la asignación de turnos (y las prestaciones que de ellos surgen) como para la obtención de medicación.

- Certificación de residencia precaria vigente (que demuestra que la persona es residente regular);
- Certificación de solicitante de asilo (que demuestra que la persona es residente regular);
- Disposición de radicación emitida por la Dirección Nacional de Migraciones (que demuestra que la persona ya es residente temporaria o permanente, y su DNI –el plástico– está en trámite);
- DNI digital, a través de la App Mi Argentina (se exige ejemplar físico del DNI);
- Cédula de identidad de país de origen (no se toma como documento válido).

¿Cuáles fueron las intervenciones que, en algunas de estas situaciones puntuales, permitieron el acceso a la atención? Por un lado, mediante la articulación con Servicios Sociales hospitalarios se logró el reconocimiento de la validez de la documentación migratoria presentada (residencias precarias), y luego la gestión interna permitió el acceso a atención médica, estudios y provisión de medicación en situaciones previamente obstaculizadas. Además, algunas gestiones y presentaciones ante organismos provinciales (tal como la Dirección de Farmacia de la Provincia), que señalaron la validez de las disposiciones de radicación y de otra documentación migratoria emitida por la DNM permitieron reanudar la entrega de medicamentos (para atender una cardiopatía) que había sido suspendida por cuestiones administrativas. Asimismo, de la presentación de situaciones puntuales ante las autoridades provinciales de salud surgieron respuestas favorables en casos vinculados con acceso a laboratorios, tratamientos para enfermedades crónicas, provisión de medicamentos y atención de embarazos y partos. Finalmente, en lo que respecta a la reciente exigencia de acreditar domicilio en la jurisdicción mediante boletas de servicios, el asesoramiento para la obtención de certificados de domicilio emitidos por Juzgados de Paz permitió acceder a consultas, prácticas médicas y tratamientos.

Jujuy: el cobro a migrantes como puerta a la privatización de la salud pública

La Provincia de Jujuy cuenta con una población total de 812.000 personas, de las cuales 30.000 (3,7%) nacieron en el extranjero. La población migrante proviene principalmente de Bolivia (23.000 personas). La tercera parte de los residentes extranjeros se concentran en el departamento Dr. Manuel Belgrano (cuya ciudad cabecera es San Salvador de Jujuy), y el resto se distribuye entre Yavi, Ledesma y El Carmen (INDEC, Censo 2022). En lo que respecta a la salud pública, la provincia cuenta con 24 hospitales pertenecientes al sistema provincial y 300 centros de atención primaria de la salud (CAPS), organizados en cinco regiones sanitarias.

Por su proximidad a Bolivia, el debate acerca de la atención médica a personas extranjeras es de larga data. Las referencias a los “tours médicos”, a un supuesto exceso de demanda y la falta de reciprocidad fueron tópicos repetidos, junto a datos parciales y fragmentarios respecto a las consultas en el sistema de salud pública.⁶

En 2019, mediante la ley 6116, la provincia creó un “Sistema provincial de seguro de salud para personas extranjeras” con el objeto de

“establecer el régimen jurídico aplicable para garantizar la prestación del servicio público provincial de salud a **personas extranjeras que permanezcan en forma transitoria en el territorio de la Provincia de Jujuy**, con el fin de fortalecer el acceso y pleno goce del derecho a la salud en condiciones igualitarias e integrales, eliminando toda forma de discriminación y afianzando los lazos de hermandad con todos los países del mundo, en base a criterios de justicia distributiva”.

El texto no define qué se entiende por permanecer “de forma transitoria”, pero autoriza al Poder Ejecutivo provincial “llevar adelante todas las acciones que fuesen necesarias para coordinar y articular la aplicación de la presente Ley con los organismos competentes de orden federal en el marco de la legislación” (art. 4).

6. A título de ejemplo, ver https://eltribunodejujuy.com/informacion-general/2024-3-8-22-2-0-jujuy-tiene-ley-de-atencion-sanitaria-a-los-extranjeros?gad_source=1

Esta ley fue complementada en 2024 por la ley 6415,⁷ que establece que:

- El cobro de aranceles en los centros de salud y hospitales públicos provinciales alcanzará a los “extranjeros residentes transitorios y precarios de conformidad a las categorías que establece la Ley Nacional N° 25.871 de Migraciones” (Art. 1).
- En caso de emergencia médica que implique riesgo para la vida del paciente, la atención médica deberá ser garantizada, no quedando, en ningún caso, supeditada al pago de arancel alguno (Art. 2).
- El monto del arancel se regirá por los valores vigentes establecidos en el nomenclador arancelario del Instituto de Seguros de Jujuy (Art. 4).

El reglamento no dice nada acerca de cómo se operativizará el pago del arancel, de modo tal que cada hospital armó su propio flujograma para la atención (según se trate de una emergencia o no) y el recupero de los costos.

Vale destacar que luego de este decreto, la legislatura de la Provincia de Jujuy aprobó una muy polémica ley (N° 6.453/2024) que imponía un cobro mensual obligatorio (de aproximadamente \$ 50.000, equivalentes a alrededor de US \$ 50 en diciembre de 2024) a todas las personas que no contaran con cobertura a través de obras sociales o prepagas. Esta norma, que en la práctica implicaba la privatización de la salud pública de la provincia, fue rechazada por la sociedad y vetada totalmente por el gobernador poco tiempo después.

En el marco del trabajo de campo realizado por CAREF y ANDHES durante el primer semestre de 2026 se relevaron varias situaciones que afectaron el acceso a la salud de personas migrantes con arraigo y con proyección a futuro en la provincia –aunque no siempre con documentación migratoria vigente–.

Melanie nació en Venezuela en 2005. Es solicitante de asilo, y reside en Argentina desde febrero de 2025, donde llegó con un embarazo de tres meses. En marzo de 2025 se dirigió al Hospital “Carlos Snopek”, para realizarse los controles obstétricos. Puesto que para esa fecha no contaba aún con la certificación precaria de solicitante de asilo, debió pagar todos los controles y estudios. Los turnos para las consultas siempre los obtuvo abonando previamente, en algunas ocasiones \$10.000 y en otras \$20.000. En junio de 2025, el día anterior al nacimiento de su hijo, concurrió a la guardia, porque tenía dolores de parto. Le dieron un analgésico y la enviaron de nuevo a su casa. Al día siguiente volvió, nuevamente con contracciones, y la ingresaron directo al quirófano, informándole que si el parto era natural, el arancel sería de \$700.000, y \$800.000 si era una cesárea. Debido al sufrimiento fetal y aspiración de meconio, debió hacerse una cesárea

7. Publicada el 25/09/2024 en <https://boletinoficialjujuy.gob.ar/?p=296402>

de urgencia. Luego del parto, tanto el bebé como la madre fueron llevados en ambulancia al Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana”, donde el niño permaneció internado en terapia neonatal durante 10 días. Melanie supone que nunca le exigieron el cobro de la cesárea debido a que “saben que fueron negligentes conmigo, que me dejaron el día anterior esperando con dolor en la guardia y luego me mandaron a mi casa.” A partir del alta domiciliaria, el bebé debe recibir oxígeno a diario. En julio de 2025 Melanie obtuvo su certificación de solicitante de asilo, pero esa documentación no le fue reconocida para obtener turno en el CAPS (ya que allí no hay facturación) y seguir con sus controles pos-parto, ni para lograr atención gratuita en el hospital, a pesar de lo que establece la normativa nacional en relación a la atención sanitaria de solicitantes de asilo.



Marian nació en Bolivia en 1977. Vive en Argentina desde 2005, pero por diversos motivos recién inició su trámite de regularización migratoria en enero de 2025, aunque no lo culminó porque no llegó a gestionar sus antecedentes penales de Bolivia. En diciembre de 2025, Marian sufrió una encefalomielitis y fue internada de urgencia en el Hospital del Carmen (localidad más próxima a Monterrico, su lugar de residencia). De ahí fue derivada de urgencia al Hospital “San Roque” (en San Salvador de Jujuy) donde estuvo internada un mes, parte en la Unidad de Terapia Intensiva y parte en Infectología. Mientras Marian estaba internada, del área de facturación del hospital se acercaron varias veces a la familia para notificarles la existencia de la deuda, que equivalía a \$ 2.250.000. La familia hizo una primera transferencia por \$ 400.000 y un tiempo después logró juntar el dinero restante. El Servicio Social del hospital tomó conocimiento de la situación de Marian y la derivó a CAREF y ANDHES para que avanzara con su trámite de regularización.



Oswaldo nació en Uruguay en 1966. Reside en Argentina desde 2007, pero por diversos motivos obtuvo su primer DNI de residente temporario en 2022. Vive en San Salvador de Jujuy, donde trabaja como mecánico de autos. En 2022 fue operado de cataratas en el Hospital “Pablo Soria”, de San Salvador, donde posteriormente se hizo los controles correspondientes. A fines de 2025 advirtió que su DNI se había vencido hacía unos

meses y en marzo de 2026 inició el trámite para una segunda residencia temporaria, obteniendo la residencia precaria correspondiente. En abril de 2026 comenzó nuevamente con molestias en la vista y concurrió al Hospital “Pablo Soria”, donde le indicaron que debía realizarse una limpieza ocular con láser (una indicación habitual en personas que fueron operadas de cataratas). Le asignaron fecha para la intervención para el día 29 de abril de 2026, pero cuando se presentó en el hospital no le realizaron el procedimiento por no contar con DNI vigente. También le indicaron que averigüe para realizarse el procedimiento en una clínica privada. Se dirigió a una, donde le informaron que la intervención que necesita en cada ojo cuesta \$300.000, y que debía hacerse estudios previos para confirmar que era posible realizarla.

En las situaciones relevadas, el sistema de salud de la provincia no habilitó el acceso, de manera gratuita, a personas cuya residencia era regular pero no contaban con DNI sino con:

- Certificación precaria de solicitante de asilo: rechazadas en CAPS y en hospital
- Residencia precaria vigente: rechazada en hospital.

Al igual que en las situaciones relevadas en Misiones, estos casos muestran la discontinuidad de la atención por el vencimiento de una documentación (DNI de residente temporario), el arancelamiento de los controles de embarazo y del parto y el desconocimiento de lo que establece la normativa vigente en relación al acceso a la salud pública de personas refugiadas y solicitantes de asilo. El caso de Marian, que lleva 20 años viviendo en Argentina, muestra –una vez más– que no contar con DNI no equivale a no tener arraigo. Las razones por las cuales algunas personas no llegaron a hacer su documentación son complejas (por ejemplo, inconsistencia entre cómo están escritos los nombres o los apellidos en la partida de nacimiento y en el documento de identidad; necesidad de hacer rectificaciones o procedimientos especiales; etc.) y requieren una cantidad de consultas e intervenciones que pueden desalentarlas de continuar con el procedimiento.

En 2024 se puso en marcha una Mesa de Migración y Salud, integrada por organizaciones de la sociedad civil, centros de investigación, comedores y bibliotecas populares de la Provincia de Jujuy. Desde esa Mesa (de la que participan CAREF y ANDHES) se articuló con efectores de salud y con los servicios sociales de los hospitales para informar y sensibilizar respecto a las diversas situaciones migratorias en las que pueden encontrarse las personas que residen en la provincia, y de los obstáculos para la renovación de residencias impuestos por el DNU 366/2025. Además, desde CAREF y ANDHES se asesora puntualmente para la realización de los trámites migratorios y se acompaña en la gestión de turnos médicos a través de la articulación con referentes de la Mesa de Migración y Salud.

Mendoza: el REFORSAL y la discrecionalidad de la “ventanilla”

La Provincia de Mendoza cuenta con una población total de 2.000.000 de personas, de las cuales 67.000 (3,3%) nacieron en el extranjero. La población migrante proviene principalmente de Bolivia (24.000 personas), Chile (14.000 personas) y Perú (5.000 personas). Los residentes extranjeros se distribuyen entre los departamentos de Guaymallén (21%), Maipú (13%), Luján de Cuyo (11%), Las Heras (10%) y Ciudad de Mendoza (10%) (Censo 2022). En lo que respecta a la salud pública, la provincia cuenta con 27 hospitales pertenecientes al sistema provincial y 380 efectores de atención primaria de la salud, entre centros de salud (CAPS), postas sanitarias y Centros de Integración Comunitaria (CIC).

En Mendoza, el acceso a la salud pública estuvo regulado por diversas normas (ley 5578/1990; ley 6015/1993 y sus modificatorias, y ley 8872/2016), que en todos los casos establecieron los principios de universalidad, integralidad, subsidiariedad, oportunidad y equidad en las prestaciones. También aseguraron que “la accesibilidad a los servicios de salud estará garantizada para todas las personas y atento al principio de subsidiariedad, las prestaciones serán a cargo del estado provincial a aquellas que no posean cobertura social” (ley N° 6015/1993, art. 2 y ley N° 8872/2016, art. 2). La ley N° 5578/1990 estableció que

Cuando en los centros sanitarios asistenciales de la Provincia de Mendoza se prestare cobertura de salud a pacientes pertenecientes de obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguros o terceros obligados a resarcirlos, cualquiera sea la causa que origine dicha obligación, deberán abonar los gastos que hubiera ocasionado la atención del mismo. (Art. 1).

En mayo de 2024, el parlamento provincial aprobó la ley N° 9535, que creó el Ente de Recuperación de Fondos para el Fortalecimiento del Sistema de Salud de Mendoza (REFORSAL). “El REFORSAL tiene por objeto realizar, gestionar y administrar la facturación y cobranza judicial y extrajudicial del costo de las prestaciones brindadas por los efectores de Salud pertenecientes al Sector Público de la Provincia de Mendoza a personas con cobertura de salud pública o privada, en los términos de la presente ley” (art. 6). Esta norma hace referencia a “los pacientes de nacionalidad extranjera no residentes en la Provincia con cobertura de salud pública o privada en su país de origen”, y establece que, en estos casos, los gastos

de la asistencia “deberán ser solventados por su cuenta con cargo a la entidad que brinde dicha cobertura en su país de origen mediante la emisión del correspondiente comprobante de atención y de pago a efectos la gestión y tramitación por el interesado ante quien corresponda” (Ley N° 9535, art. 19).

En julio de 2024, la ley que creó el REFORSAL fue reglamentada mediante el Decreto 1266, que estableció mayores precisiones respecto a la atención de personas extranjeras. Efectivamente el artículo 19 de la ley N° 9535 fue reglamentado de modo de definir quiénes son extranjeros no residentes y cuál es la cobertura a la que acceden residentes permanentes y temporarios. Asimismo, aseguró la atención en caso de urgencias o emergencias a todas las personas extranjeras, “cualquiera sea su condición migratoria”:

A los fines previstos en el segundo párrafo del Artículo 19 de la Ley N° 9535, se considerará “no residentes” a los pacientes de nacionalidad extranjera que se encuentren en las categorías de residentes transitorios y precarios, conforme a lo establecido en el Artículo 24 de la Ley de Migraciones N° 25.871. En estos casos, los gastos de la asistencia médica recibida deberán ser solventados por los propios pacientes, con cargo a la entidad pública o privada que brinde dicha cobertura en su país de origen. Para ello, podrá requerir la emisión del correspondiente comprobante de atención y de pago, a fin de que el interesado pueda gestionar y tramitar el reembolso ante la entidad correspondiente.

Los extranjeros que acrediten su calidad de **residentes permanentes y temporarios**, en los términos previstos en los Artículos 22 y 23 de la Ley N° 25.871, accederán a la cobertura de salud en las mismas condiciones que los residentes de nacionalidad argentina, recibiendo asistencia médica de forma gratuita por parte de los efectores públicos si carecen de cobertura médica o a cargo del financiador correspondiente, en caso de ser beneficiarios de alguno.

Sin perjuicio de lo previsto en los párrafos precedentes, en ningún caso se negará asistencia a pacientes de nacionalidad extranjera, cualquiera sea su condición migratoria, para atender urgencias o emergencias. (Art. 19, Decreto 1266/2024, Reglamentario de la Ley 9.535 - Atención gratuita a los pacientes que no cuenten con ningún tipo de cobertura médico asistencial).

Estos diagnósticos no son nuevos. Una investigación previa sobre la implementación de la Ley de Migraciones en Mendoza (Insa y Chiavetta, 2015) ya advertía que la discriminación institucional era moneda corriente en los centros asistenciales de la provincia, con numerosos testimonios que describían atenciones retaceadas, entrega parcial de medicación y no realización de estudios complejos a pacientes migrantes. En la misma línea, un análisis sobre un episodio de violencia institucional ocurrido en 2018 en la principal maternidad pública de la provincia —que involucró a una mujer haitiana en situación de calle, expuesta mediáticamente sin resguardo de su intimidad ni de la confidencialidad de su información clínica— concluyó que la vulneración del derecho a la salud de las personas migrantes en Mendoza no obedece a una falta de normas, sino a un sentido común, arraigado entre parte de los equipos de salud, que naturaliza el trato desigual (Molina, 2019). La misma investigación aporta un dato relevante para desmontar el argumento de

la “saturación”: durante la década anterior (2010), los egresos hospitalarios de pacientes de nacionalidad extranjera representaron entre el 2,5% y el 3,5% del total de egresos del sector público provincial —no más de 3.000 casos anuales en una red de 24 hospitales con internación— (Molina, 2019). Estos antecedentes muestran que las barreras introducidas por el REFORSAL y por el DNU 366/2025 se montan sobre un terreno donde las prácticas discriminatorias en la atención ya estaban documentadas, y donde la discrecionalidad de quien atiende tiene una historia previa a estas normas.

Lo que dicen los medios de comunicación

Diario Perfil. Junio 2024 Mendoza oficializó el cobro de la atención médica a pacientes extranjeros con la finalidad de evitar el llamado “turismo sanitario”

Diario Los Andes. Julio 2024: “Mendoza comienza a cobrar la atención a unos 3000 extranjeros para mejorar la gestión del recurso y recuperar costos de la atención”

Diario Uno. Diciembre 2024: “El Gobierno de Mendoza recaudó \$15 millones por el cobro de la atención a extranjeros en hospitales”

Las situaciones que se resumen a continuación, relevadas en el marco del trabajo de campo, muestran los obstáculos y las barreras que encuentran las personas migrantes para lograr (o no) la atención en el sistema de salud pública de la provincia.

Daiana es una adolescente de 16 años, nacida en Bolivia en 2009. Reside en Mendoza, desde mediados de 2023. Sus padres no están en el país, y ella está al cuidado de una de sus tías. A la fecha de la entrevista (marzo de 2026), Daiana solo contaba con su cédula boliviana vigente. En octubre de 2025, Daiana fue madre de un bebé. Durante los controles de embarazo, Daiana y su hijo fueron diagnosticados con Mal de Chagas. Además, le dijeron que debería pagar el parto, pero como empezó ingresó al Hospital La-gomaggiore por la guardia, no le cobraron nada. Luego del parto, Daiana no pudo realizarse ningún otro control de salud. Este es el relato de su tía:

“He ido tres veces a un Centro de Salud, en Guaymallén, y no me dan turno para la Daiana. La última vez llevé el informe que me dio la trabajadora social de la Municipalidad, pidiendo que la atienda, y me dijeron que no los venga a amenazar con informe de la Municipalidad, que si quieren que vengan los de la Municipalidad a

pedir el turno. Para sacar turno hay que ir temprano, y siempre está la misma persona, que ya me conoce y no me quiere dar el turno. Quise pagar, y pregunté cuánto era, pero me dijeron que no, que no me iban a dar el turno si no llevaba el DNI o al menos la precaria”.

Victor es un adolescente de 17 años, nacido en Bolivia en 2008, que llegó a Argentina en enero de 2026 y se instaló en Guaymallén (Mendoza) donde ya residía parte de su familia. Ingresó a Argentina de manera irregular, porque en el control fronterizo le pidieron pasaje de retorno para autorizar su ingreso. Como no lo tenía, cruzó por el río. Solo cuenta con cédula boliviana vigente. A fines de febrero de 2026, ante un dolor de oído que no cedía, consultó a un médico particular que le indicó que fuera a la guardia del Hospital Central (Ciudad de Mendoza). Allí, le cobraron \$23.000 la consulta (pagada vía Mercado Pago). El diagnóstico fue una “otomastoiditis supurativa con sospecha de meningitis aguda”, que requirió una “cirugía de urgencia, que consistió en un drenaje y limpieza quirúrgica, ya que se observaban signos compatibles con un foco infeccioso no resuelto”. No se le exigió cobro para este procedimiento, pero informaron a la familia que cuando salga de la “urgencia” (decisión que toma el equipo médico), deberán abonar por los días de internación. A la fecha de la entrevista (marzo de 2026), Victor estaba internado. La entrevista se realizó con la madre de Victor (que es quechua parlante) y con el primo, que reside en Mendoza y trabaja en la construcción.

Carola nació en Bolivia en 2001. Reside en Argentina desde el año 2024. Tiene una hija argentina que nació en enero de 2025. Durante el embarazo, cuando quiso hacerse los controles en un centro de salud en Guaymallén (Mendoza) tuvo dificultades para obtener el turno. Luego, le cobraron todos los estudios: ecografías, análisis de sangre, etc., porque solo contaba con su cédula boliviana y la residencia precaria. En la puerta del lugar donde tenía que hacerse los estudios estaba pegado el número de cuenta para pagar en el Hospital Lagomaggiore (solo por transferencia de Mercado Pago). En una oportunidad en que el estudio se demoraba (aunque ya lo había pagado), la médica que la atendía le hizo la indicación para que lo hiciera de manera privada. También le informaron que cuando naciera la

bebé (en el Hospital Lagomaggiore) debería abonar la atención. Y en uno de los últimos controles en la salita, le negaron la atención y la sacaron del consultorio porque adeudaba pagos de consultas anteriores. Finalmente, a través de la intervención de CAREF y la FEC, no le cobraron.

Melaku es un varón que nació en Etiopía en 1981. Es solicitante de asilo y reside en un albergue para personas en situación de calle ubicado en el Departamento de Las Heras (Mendoza). Este es su relato, compartido a través del traductor de Google:

“Actualmente, padezco diabetes grave. Mi nivel de azúcar ha alcanzado un nivel incontrolable debido a la falta de una dieta adecuada para diabéticos, a la falta de agua potable, a la falta de frutas y verduras... Esta mañana pude ir a urgencias e informar de mi problema al Centro de Salud 17. Sin embargo, tras revisar mi situación financiera, me preguntaron si podía pagar la consulta. Les dije que no tenía dinero. Luego me dijeron que no podía recibir tratamiento aquí por ser extranjero. Me aconsejaron ir a otro hospital. Fui a recepción y expliqué mi problema usando mi traductor de Google. Luego, la doctora me envió a urgencias. En urgencias, le expliqué mi situación médica a una doctora. Me pidió el DNI. Le di mi precaria. Insistió en que me diera el número del DNI. La doctora me dijo que esperara afuera. Después de unos minutos, me llamó y me preguntó si podía pagar la consulta por ser extranjero. Dije que no tenía dinero. Me dijo que esperara afuera... Finalmente, llegó otro señor y me dijo que probara en otro hospital... Y me fui. No tengo energía para ir de un hospital a otro.”

Iván nació en Rusia en 2009. Tiene 17 años. Él y su familia residen en Argentina desde el año 2022, y son solicitantes de asilo. Ivan necesita tratamiento y medicación para su diagnóstico de epilepsia y autismo. En el Hospital Paroissien (Maipú, Mendoza) le dicen a Yelena, su madre, que solo podrán atenderlo si abona la consulta y los medicamentos, y le señalan que la atención solo es gratuita por guardia, en momentos de crisis. En el Hospital Central obtiene la misma respuesta, incluso habiendo informado a ambas instituciones su condición de solicitantes de asilo y mostrado su certificado de permanencia provisoria que dice que habilita a “habitar en

el territorio nacional, a trabajar, a estudiar y a ser atendido por cualquier organismo de salud y seguridad social durante su período de vigencia.” Yelena concurrió a CAREF | FEC, desde donde se hizo una intervención para otro hospital (el Lagomaggiore) donde le brindaron atención, pero nuevamente le indicaron que debía tramitar su DNI (y se les volvió a explicar que eran solicitantes de asilo).

En estos casos observamos nuevamente el desconocimiento de la normativa de asilo y la denegación de atención tanto a una persona adulta como a un niño; obstáculos y denegación de atención para controles de embarazo (incluso por falta de pago de controles anteriores); denegación de la atención de una madre puerpera (y menor de 18 años) con Mal de Chagas, sin siquiera ofrecerle la posibilidad de abonar la consulta; y maltrato institucional recurrente.

Estos ejemplos muestran también cuál es la “reacción” del sistema de salud a los diversos tipos de documentación que pueden tener las personas migrantes:

- Residencia precaria vigente: no fue aceptada para asignación de turnos en el Hospital Notti (pediátrico) ni para atención gratuita en Hospital Central. Aceptada en CAPS.
- Certificación precaria de solicitante de asilo: sólo fue aceptada para atención de urgencia en Hospital Central. No fue aceptada en CAPS ni en Hospital Paroissien.
- Cédula de país de origen: no es reconocida como documento válido para la atención gratuita. En algunos casos, tampoco fue reconocida para otorgar turnos para la atención (sin siquiera dando a la persona la posibilidad de que pague la prestación).

En este contexto, algunas intervenciones institucionales facilitaron la atención sanitaria de las personas entrevistadas. La articulación de CAREF y FEC con agentes sanitarias y con los Servicios Sociales de los hospitales permitió poner el foco en la singularidad de los casos y construir estrategias que facilitaran las consultas, las derivaciones y la supervisión de las situaciones. También fue importante la articulación con la Delegación de la Dirección Nacional de Migraciones, de modo de agilizar la obtención o renovación de residencias precarias, así como iniciar trámites de regularización por el criterio de razones humanitarias (Ley de Migraciones, art. 23 inciso m).

La experiencia pareciera mostrar que, en el caso de Mendoza, el acceso al sistema de salud por parte de personas migrantes sin DNI (pero con residencia regular) depende en buena medida de quién es el actor que atiende. En casi todos los casos, la atención gratuita se logró solo cuando intervino una organización (CAREF-FEC) o una trabajadora social que conocía el marco normativo y medió institucionalmente.

Córdoba: obstáculos “de hecho” pero no “de derecho”

La Provincia de Córdoba cuenta con una población total de casi 4.000.000 de habitantes, de los cuales 66.000 (1,7%) nacieron en el extranjero. La población migrante proviene principalmente de Perú (13.000 personas), Bolivia (12.000 personas) y Venezuela (7.000 personas). El resto proviene de Paraguay, Chile y Colombia. Vale señalar que casi el 10% de la población extranjera de la provincia proviene de países europeos (especialmente de España e Italia), y de ella, la mitad tiene 65 años o más. El 60% de los residentes extranjeros se concentra en Córdoba Capital (60%), y el resto se distribuye entre Punilla (6%), Colón (5%), Río Cuarto (4%), General San Martín y Calamuchita.

En lo que respecta a la salud pública, la provincia cuenta con 40 hospitales públicos provinciales y más de 800 centros de salud, organizados en 14 regiones sanitarias. El sistema se rige por la ley 9133/2003, que creó “el Sistema Integrado Provincial de Atención de la Salud, a cuyo marco el Estado Provincial deberá ajustar el desarrollo de sus acciones en garantía del derecho a la salud de todos los habitantes de la Provincia, sobre la base de la igualdad en el acceso a las prestaciones” (art. 1).

En este contexto de acceso igualitario de larga data, en junio de 2024 el legislador Juan Pablo Peirone (integrante de Juntos por el Cambio) presentó el [Proyecto 39002/L/24](#), con el objetivo de “regular el acceso a servicios de salud públicos provinciales a pacientes no pertenecientes a la provincia de Córdoba, estableciendo un régimen de reciprocidad, compensación y aranceles acorde a la prestación de los mismos” (Art. 1) y establecer un programa de recupero de gastos e intercambio de servicios (Art. 8). Entre sus fundamentos, el proyecto aludía a “la permanente atención de pacientes provenientes de otras provincias e incluso extranjeros”, que generaba

“una saturación sobre [sic] el sistema de salud provincial debido a que muchos extranjeros realizan en hospitales públicos de Argentina y sobre todo de nuestra Provincia, intervenciones programadas de alto costo -tanto clínicas como quirúrgicas-, tratamientos oncológicos, trasplantes, partos, etc. sin que se hayan arancelado estas prestaciones, que no son emergencias ni urgencias, sino “programadas”.

Así, el proyecto proponía que:

Los Extranjeros [mayúscula en el original] que llegan al sistema sanitario público de la Provincia de Córdoba que tengan la condición de residentes “precarios”, gozarán del acceso a los servicios de salud gratuita en la medida que exista un convenio de reciprocidad efectivo con su país de origen (en igual trato), mediante el cual se establecerá un mecanismo de compensaciones por la atención recibida. De no existir reciprocidad, deberá instrumentarse a través del Ejecutivo, un mecanismo adecuado para solventar los costos de la prestación, considerando incluso la fijación de tasas retributivas o aranceles para que las personas que los recibieron afronten el costo de los servicios o prestaciones, basadas inicialmente en el valor del nomenclador APROSS. Se exceptúan de la norma aquellos casos de “urgencia o emergencia”. (Art. 1).

El artículo 4 proponía “Avanzar en la elaboración de un convenio de reciprocidad con otras provincias y países extranjeros”, sin más detalle. Este proyecto fue presentado en una **reunión ante la Comisión de Salud de la Legislatura de la Provincia de Córdoba**, a la que fueron convocados referentes de las organizaciones de migrantes de la provincia, investigadoras y funcionarios del Ministerio de Salud provincial, entre ellos quienes están a cargo del recupero de gastos del sistema de salud. Estos funcionarios explicaron el funcionamiento de recupero de gastos, negaron tener datos estadísticos sobre supuestos “tours médicos” (a los que se había referido el legislador en su presentación), y desestimaron “que la crisis del sector sea debido a la atención de pacientes de otros distritos”. Como resultado del tratamiento en la Comisión, el proyecto fue archivado. Como señaló uno de los legisladores durante el intercambio: “El Estado debe garantizar la atención de cualquier persona, luego veremos cómo recuperamos los gastos”.

Sin embargo, es sabido que suele haber brechas entre lo que establece la norma respecto al acceso a la salud, y lo que ocurre concretamente en el día a día en los hospitales y los centros de salud. Con el propósito de calibrar esas brechas, durante el primer semestre de 2026 se relevaron los obstáculos o dificultades que encontraron para acceder a la atención seis personas con residencia en la provincia y con tres tipos de documentación: DNI temporario vigente; DNI temporario vencido y residencia precaria vigente; únicamente documentación de país de origen. Las personas se dirigieron tanto a hospitales ubicados en Córdoba Capital como en el interior de la provincia.

Zulema nació en Paraguay en 2001. Vive en una zona rural de Río Cuarto desde fines de 2022. En 2025 quedó embarazada, y comenzó a hacerse los controles prenatales en el dispensario cercano a su residencia, sin inconvenientes. Durante el transcurso del embarazo, su DNI de residente temporario venció. Zulema inició, en tiempo y forma, la renovación para pasar a residencia permanente, y obtuvo la residencia precaria correspondiente.⁸ Del dispensario la derivaron al hospital de Río Cuarto, ya que el embarazo se había complicado y era de riesgo. En el hospital se negaron a hacerle los estudios que le indicaba su médico tratante, porque solo contaba con residencia precaria. El argumento era que para hacerle los estudios tenían que escanearle el DNI (que había vencido). En una ocasión, una persona de la ventanilla del hospital le dijo a Zulema que si le daba \$20.000 “para la Coca”, le asignaría el turno (para un estudio que, hecho de manera particular, salía unos \$45.000). Finalmente, Zulema optó por hacerse todos los estudios en un centro privado. El parto fue una cesárea de urgencia, hecha en el mismo hospital. No le cobraron la atención ni la internación, pero sí les pidieron que compraran todos los insumos, hasta la gasa. La enfermera buscaba a la familia de Zulema y les decía lo que tenían que comprar, incluso para el bebé, durante el mes que estuvo en terapia intensiva. El argumento era que no había stock. En palabras de la cuñada de Zulema (que la acompañó en todo el proceso):

“Te pedían leche, te pedían pañales y siempre un paquete en la mañana yo le compraba, y a la tarde ya me pedían de vuelta... Después que pasó todo esto, una amiga, argentina, también tuvo su bebé y también estuvo internada, me dice que ella nunca compró nada, que siempre el hospital le dio todo, hasta la leche. Acá es así, vos tenés una tonada que no es de acá directamente te dicen que no hay turno, y vos estás viendo que ahí hay personas que están detrás de vos, y le están dando turno... Yo por ejemplo tengo mi nene que cuando se enferma, le llevo a la guardia de urgencia, y nunca en la vida le dan ni un ibuprofeno... Solamente por ser extranjero, sí o sí me mandan a comprar todo, y vos le estás viendo que otro chico está saliendo del mismo consultorio con un montón de medicamentos, con ibuprofeno, todo”.

8. Inició el trámite de renovación con posterioridad al DNU 366/2025, con lo cual a la fecha de la entrevista (abril de 2026) aún no estaba resuelto, ya que le solicitaban que demostrara solvencia económica.

Kimberly nació en 1997, en Perú. En 2022 nació su hijo, Ismael, y en junio de 2023 ambos se instalaron en Córdoba, donde está la hermana de Kimberly. Ambos cuentan únicamente con sus documentos de identidad peruanos. En noviembre de 2024 Kimberly presentó un cuadro de fiebre muy alta y vómitos. Luego de que se negaran a atenderla en dos hospitales, finalmente la medicaron y le dijeron que tenía una infección y un embarazo de cuatro semanas. Decidida a no continuar con el embarazo, debió consultar en varios lugares para lograr la interrupción voluntaria. En una maternidad nacional y en dos dispensarios municipales no la quisieron atender por ser extranjera y no tener DNI. Este es su relato:

Una chica de la mesa de entrada, en los turneros, me dijo que nosotros como extranjeros teníamos que pagar, porque a los argentinos en otros países también les cobran. No me quiso dar el turno. Cuando estaba ahí, una señora que estaba escuchando me dijo que probara en el Hospital Misericordia. Cuando dije que iba a hacer una interrupción voluntaria, me preguntaron el por qué y todo eso. Pero la ecografía me la tuve que pagar, porque si no tenía que esperar de ocho a nueve semanas para que me la hagan en el hospital, y ellos la necesitaban ya por mi embarazo. Me dieron las pastillas, para que lo hiciera yo en mi casa, y un número de teléfono para que preguntara cualquier cosa. Después de eso, yo regreso para que me vean nuevamente. Me dijeron que tenía que volver a hacerme otra ecografía. Ya no me atendió la misma ginecóloga, me atendió otra. Y estuve como mes y medio sangrando y no conseguía los turnos. Tuve que irme de emergencia por la Maternidad Provincial Nueva y ahí en emergencias me hacen la ecografía rápidamente y me hacen la precirugía, el legrado.

Su hijo, Ismael, comenzó con los controles de niño sano a principios de 2024. En esa oportunidad le indicaron que tomara leche deslactosada, que no pudo gestionar a través del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna), donde se atendía el niño, por no tener DNI. En 2026, Ismael fue diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, hipoacusia y retraso en el desarrollo del lenguaje. Puesto que ni Kimberly ni el niño cuentan con DNI argentino, no puede sacar los turnos por la plataforma “Ciudadano Digital” (que exige DNI para registrar el usuario), sino que debe solicitarlos presencialmente en el lugar de atención. Por falta de DNI tampoco logró acceder a la medicación a través de la farmacia hospitalaria. Kimberly está recibiendo asesoramiento para realizar los DNIs de ambos, y para tramitar el Certificado Único de Discapacidad para Ismael.

Claudia nació en Bolivia en 1964. Reside en Córdoba desde 1971, pero nunca regularizó su situación migratoria. Claudia es diabética y es paciente oncológica desde 2022. Incluso sin DNI, y con su documentación boliviana vencida, fue operada y recibió el tratamiento correspondiente. De su largo itinerario hospitalario, relata dos situaciones contrapuestas. La primera de ellas refiere a su empadronamiento en el sistema informático del hospital: *“Como mi número de documento boliviano es 4-NNNNN, y le faltan dos dígitos para que entre en el sistema, las chicas de la ventanilla de turnos le pusieron el doble cero adelante, así estoy en el sistema”*. La segunda refiere a la farmacia:

Para un estudio, necesitaba un bidón de laxante de 4 litros, pero no el común sino otro, porque soy diabética. El médico que me atendía me da la orden sellada para que me lo den en la farmacia del hospital. Cuando llego, el de la farmacia me dice, de muy mala forma: “No, señora, acá no hay eso... dígame al doctor que acá no hay eso”. Justo salgo de la farmacia y me choco con el médico. “¿Y el bidón?” me pregunta. Le digo “doctor, me dicen que no hay en la farmacia”. “Dame la orden y espérame. Abrime la puerta” le dice al de la ventanilla que me había atendido. Y a los tres minutos sale con el bidón en la mano, y me lo da.

Timoteo nació en México en 1954. Vive en Córdoba desde 1998, pero nunca obtuvo su DNI (aunque intentó tramitarlo en numerosas ocasiones). Tiene su pasaporte mexicano vigente, que fue renovando a medida que se le vencía. Durante bastantes años contrató los servicios de un seguro de salud, hasta que se le hizo demasiado caro para seguir pagándolo. Es diabético, y desde hace varios años realiza todos sus controles en el Hospital Misericordia, donde le abrieron la historia clínica con su número de pasaporte, y con el rótulo “extranjero”. El único inconveniente que encuentra (más allá de las demoras en los turnos) es que al no contar con usuario en “Ciudadano Digital”, los debe solicitar por teléfono o personalmente.

En Córdoba, donde a la fecha de elaboración de este informe (julio de 2026) el sistema de salud pública no presentaba restricciones normativas para el acceso por parte de personas extranjeras sin DNI, los obstáculos surgieron en “la ventanilla”. Por ejemplo, la referencia a tener que escanear el DNI, la denegatoria de turnos, y el no acceso a la medicación (en la “ventanilla” de la farmacia). Pero también en la ventanilla surgieron soluciones, tales como adicionar dígitos a la documentación de país de origen para que fuera compatible con los requisitos del sistema, u otras

estrategias para el registro de las personas con la documentación que tuvieran disponible. Las distintas vías para obtener los turnos (a través del 0-800; de manera presencial por ventanilla; o directamente con la intervención del profesional que atiende) permiten salvar el obstáculo que surge de la plataforma Ciudadano Digital, que solo genera usuarios a quienes cuentan con DNI.

En los casos donde la falta de DNI funcionó como una traba para el acceso, esto pareciera haberse debido a la arbitrariedad de la persona en la ventanilla en ese momento. A Kimberly, por ejemplo, en el mismo centro de salud le negaron el turno por no tener DNI, para dárselo sin inconvenientes unos días después (con otra persona en la ventanilla). Estas situaciones, similares a las que relataba la cuñada de Zulema, muestran hasta qué punto la discriminación está naturalizada (por parte de los efectores) y anticipada (por parte de las personas migrantes).

Diferentes provincias, mismos obstáculos

En Misiones y en Jujuy, la mayor parte de las personas entrevistadas no encontró cartelería que indicara qué se cobraría y a quiénes, sino que se enteraron de los montos a pagar durante la internación o inmediatamente después del alta. Esta información siempre provino de los sectores de cobranzas de los hospitales, que indicaban cómo abonar (recurriendo a billeteras virtuales o a transferencias a cuentas pertenecientes al hospital) y en varios casos propusieron planes de pagos. En este sentido, una de las cuestiones que preocupa a las personas es qué ocurrirá la próxima vez que necesiten atención si aún no saldaron la deuda por la atención ya recibida. Esto es especialmente inquietante en Misiones, donde el sistema de cobros está centralizado y abarca a todos los hospitales de la provincia. A esta preocupación se suma otra, referida a la documentación: ¿qué pasará la próxima vez que estas personas concurren al hospital, sin haber regularizado su situación migratoria? ¿Al cobro se le agregará el riesgo de expulsión? Como expresó un varón venezolano residente en Misiones: “Tengo la residencia precaria vencida. Ahora me da miedo que me echen”.

Estas restricciones según documentación migratoria agregan “poder” a la línea de ventanillas, que se rige por la norma, por los usos y costumbres, y también por la arbitrariedad. Las denegatorias de atención han sido frecuentes, y a muchas personas ni siquiera les ofrecieron la posibilidad de pagar por la prestación, siendo la única respuesta “sin DNI no se atiende”. Estas respuestas fueron más firmes y hostiles cuando las personas que necesitaban atenderse provenían de países limítrofes (especialmente de Paraguay, Perú o Bolivia), y presentaron algunas excepciones cuando las personas portaban documentación de países europeos. En Mendoza, por ejemplo, el equipo de investigación escuchó relatos de los servicios sociales de algunos hospitales donde mencionaron “excepciones” de cobro a una persona suiza y a otra española, aparentemente sin ningún otro fundamento que su nacionalidad.

De todas estas situaciones, resultan especialmente preocupantes las que afectaron a personas solicitantes de asilo. Tanto la ley de Reconocimiento y Protección al Refugiado, como su reforma mediante DNU 942/2024 y su reglamentación en 2025 mediante el Dec. 646 dejan en claro que las y los solicitantes de asilo tienen acceso a la salud pública gratuita. Incluso la certificación precaria de solicitante de asilo, emitida por la CONARE, incluye una leyenda que dice textualmente

“Se le acuerda una permanencia provisoria, válida hasta el día (...) que habilita a su titular a habitar en el territorio nacional, a trabajar, a estudiar, y a ser atendido por cualquier organismo de salud y seguridad social durante su período de vigencia”

No obstante, todas las personas solicitantes de asilo, con su certificación vigente, fueron rechazadas en las ventanillas en más de una oportunidad y en más de un centro de salud. Su atención solo se logró mediante alguna intervención institucional (de CAREF, FEC o ANDHES), y casi por la vía de la excepción.

Vale también mencionar que en todas las provincias aparecieron relatos destacando la intervención personal de diversos profesionales de la salud para brindar la atención necesaria, independientemente de “los papeles” que portaran (o no) las personas. Si bien esta conducta es loable, corresponde señalar dos cuestiones. Por un lado, las médicas/os y enfermeros/as terminan asumiendo tareas y decisiones administrativas que no les competen, buscando vericuetos que les permitan eludir el “obstáculo” de la ventanilla. Por el otro, el acceso a la atención de las personas cuya documentación no cumple ciertos requisitos no puede depender de la intervención (a menudo azarosa) de quienes tienen autoridad, o presencia, o imaginación, para saltar los obstáculos de la ventanilla.

Los servicios sociales de los hospitales

En el marco del relevamiento también se hicieron entrevistas a profesionales de los servicios sociales de hospitales públicos de las cuatro provincias de referencia. En todos los casos, las entrevistas se hicieron a profesionales con años de trayectoria en el sistema de salud pública y con conocimiento de las prácticas hospitalarias. Las entrevistas indagaron sobre el conocimiento de los equipos respecto a los cambios en la normativa nacional (migratoria) y provincial (sanitaria) y su impacto en el acceso a la atención en salud de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. También se preguntó por las características de la población migrante que habitualmente consultaba en el hospital, y por la relación entre los servicios sociales de los hospitales y las áreas administrativas o de facturación. A continuación, se sintetizan las apreciaciones y las reflexiones de las profesionales entrevistadas.

- Con respecto a los cambios normativos, la mayoría de los servicios se enteró de manera informal, haciendo averiguaciones ante comentarios de otras colegas. En algunos casos, la información llegó de manera oral (incluso a través de las propias personas migrantes que se iban a atender), o en una reunión institucional, y a menudo estuvo a cargo de las áreas de admisión o de facturación. En todos los casos indicaron que las reuniones fueron solo informativas, notificando acerca de los cambios en el procedimiento, pero sin espacios para el intercambio o la construcción de estrategias institucionales de ningún tipo. Ante la fragmentación informativa, algunos servicios sociales solicitaron capacitación y orientación a organizaciones de la sociedad civil con expertise en la temática.
- La recepción de la información sobre el arancelamiento fue diversa. En algunos casos, se escucharon a profesionales que expresaban que al extranjero “hay que cobrarle” por el uso de la salud pública, en tanto que otros expresaban desacuerdo o dudas. También señalaron que, en la medida en que la indicación de cobro se basaba en una normativa provincial (y no en una decisión interna del hospital), el margen para no acatarla resultaba sumamente reducido.
- Con respecto a la población que atienden, en todas las provincias coincidieron que la enorme mayoría de las personas migrantes que concurren a los hospitales, los centros de salud o los servicios sociales tienen residencia de larga data en la jurisdicción y cuentan con documentación argentina, pero que entre estos residentes de larga data hay algunos que, por distintos motivos no regularizaron su situación migratoria. También saben que muchos pacientes migrantes viven en asentamientos informales, y que “exigirles ciertos requisitos no tiene sentido, solo se los vulnera más”. A ello se suma que

“algunas personas migrantes, por cuestiones de idioma, de idiosincrasia o de desconocimiento, no saben cómo manejarse en el sistema de salud, no saben cómo expresarse o cómo reclamar. Muchas veces reciben respuestas negativas, incluso agresivas, y no saben cómo responder frente a eso”.

- En ocasiones, los servicios sociales han puesto en marcha estrategias internas para asegurar la atención sanitaria, y a veces han logrado generar excepciones en casos particulares. En algunos hospitales, la estrategia consistió en “estirar” las posibilidades dentro del marco normativo, buscando alternativas con el plantel médico y discutiendo las situaciones de manera interdisciplinaria.

“Por ejemplo, cuando una mujer tiene un parto de urgencia, tratamos de que no se le cobren los días de internación. Para eso hacemos informes sociales bien fundamentados. Implica mucho trabajo extra y desgaste, porque hay que justificar todo permanentemente, y hay que explicar muchas veces la situación, aunque ya esté escrita en el informe. Nos encontramos entre dos cuestiones: la profesional, que es garantizar el acceso, y las directivas que son más burocráticas, rígidas, donde no se tienen en cuenta muchas condiciones. Tratamos de buscar la forma de garantizar el acceso, pero es muy difícil trabajar con directivas tan rígidas.”

Las principales preocupaciones que expresaron las profesionales de los servicios sociales frente al nuevo panorama refieren tanto a los efectos sanitarios como a los institucionales. Saben que las personas no están yendo a atenderse por los aranceles, pero no saben ni quiénes ni cuántas son esas personas. Solo tienen información fragmentaria. En un hospital mencionaron el caso de una mujer migrante sin documentación, a la que se le indicó que debía permanecer internada por estar infectada de tuberculosis. Ante el temor de no poder pagar, simplemente se fue del hospital. No tienen dudas de que esta reducción de la demanda derivará en consultas tardías, con pacientes más enfermos, o con urgencias.

Las preocupaciones institucionales se refieren a dos aspectos. Por un lado, al hecho de que, como regla, las áreas administrativas de los hospitales no solicitan la intervención de los servicios sociales para evaluar si las personas pueden o no pagar, ni para indagar si la falta de documentación está vinculada a alguna vulnerabilidad. Las muy ocasionales derivaciones a los servicios sociales dependen de “que la persona le haya tocado alguna fibra al administrativo que ese día estaba en el turnero”.

El segundo aspecto que preocupa es que, en varios hospitales, la propia consulta al servicio social se ha convertido en una prestación arancelada; es decir: las personas tienen que pagar previamente la consulta para que las atiendan en el servicio social del hospital. De este modo, solo llegan las personas que conocen el hospital y saben dónde se encuentran las oficinas del servicio social, que a menudo están “escondidas” o en lugares alejados de la circulación habitual de pacientes. En estos casos, puesto que la persona no fue derivada al servicio social por el circuito institucional, las profesionales que la atienden y orientan no pueden registrar en el sistema la tarea que han realizado: “Ahora está todo digitalizado. La historia clínica registra todo desde que la persona ingresa al hospital, entonces es difícil saltarse al sistema”. Así, preocupa que nadie dé aviso de las situaciones complejas que pueden llegar a la admisión, y que “todo quede en el mostrador de turnos”.

La tabla a continuación resume los aspectos centrales de lo relevado en las distintas jurisdicciones.

Acceso a la salud de personas migrantes - Resumen de hallazgos - Relevamiento 2026

Dimensión	Misiones	Jujuy	Mendoza	Córdoba
Normativa provincial	Decreto 1423/2021. Disposición 684/2025 añade, en el caso de mujeres embarazadas requisito de prueba de domicilio en la jurisdicción, aunque tengan residencia temporaria o permanente en la provincia.	Ley 6116 (2019). Ley 6415 (2024): cobro a residentes transitorios y precarios. En 2024, proyecto de ley de arancelamiento generalizado del sistema de salud pública, vetado por el gobernador de la provincia.	Ley 9535 (2024): crea REFORSAL. Define como "no residentes" a quienes no cuentan con DNI.	El proyecto de ley que buscaba arancelar el cobro a personas extranjeras, presentado en 2024, fue tratado, desestimado y archivado.
Solicitantes de asilo y refugiados/as	No se reconoce el derecho de personas refugiadas o solicitantes de asilo con documentación precaria vigente a la atención gratuita en el sistema de salud pública.	No se reconoce el derecho de personas refugiadas o solicitantes de asilo con documentación precaria vigente a la atención gratuita en el sistema de salud pública.	No se reconoce el derecho de personas refugiadas o solicitantes de asilo con documentación precaria vigente a la atención gratuita en el sistema de salud pública.	No se relevaron casos de personas refugiadas o solicitantes de asilo.
Niñas, niños y adolescentes	Consulta pediátrica cobrada con residencia precaria vigente. Medicación crónica interrumpida incluso con DNI vigente.	.	Negativa de turno a bebé con cardiopatía ("debe traer DNI argentino o nacionalizarse"). Adolescente de 16 años, puérpera, con Chagas: tres intentos de turno negados. Adolescente de 17 años con meningitis: cobro en guardia.	Atención con documentación de país de origen.
Atención en guardia / emergencias	Se atienden las emergencias. La atención por guardia se cobra, sin factura formal. La deuda por internación tal vez impida nuevas atenciones.	La ley garantiza atención en emergencias con riesgo de vida. En la práctica: se niega atención por guardia. Sin protocolos unificados. Cada hospital arma su propio flujograma.	Se atienden las emergencias / urgencias. Se cobran días de internación posteriores, no catalogados como urgencia.	No se registraron cobros. La discriminación "por ventanilla" funciona, en ciertas ocasiones, como barrera para la atención por guardia.
Documentación rechazada	Residencia precaria vigente, tanto migratoria como de asilo. Disposición de radicación (DNM) Documentación de país de origen. DNI de residente permanente vigente, no acompañado de constancia de domicilio o factura de servicio.	Residencia precaria vigente, tanto migratoria como de asilo. Documentación de país de origen.	Residencia precaria rechazada en hospitales, pero aceptada en CAPS. Residencia precaria de asilo y documentación de país de origen rechazadas. No se ofrece opción de pagar por la atención.	Decisiones discrecionales, a criterio del personal administrativo en ventanilla, sobre cuál es la documentación exigida.
Discriminación, racismo, maltrato institucional	Medicación entregada "como un favor". La existencia de deudas genera temor en las personas para volver a recurrir al sistema de salud pública.	Cobro a una persona boliviana con residencia permanente desde 2016. Temor generalizado a acercarse al sistema de salud sin regularización migratoria.	Trato hostil por condición migratoria. Trato discrecional según nacionalidad: persona española sin documentos atendida gratis; personas bolivianas con cobro obligatorio.	Discriminación en ventanilla: a personas con acento en algunos hospitales se les dice "no hay turno" o "no hay medicación".
Intervenciones que facilitaron el acceso	Articulación con Servicios Sociales hospitalarios. Notas a Dirección de Farmacia provincial. Asesoramiento para acreditación de domicilio. Presentación ante Ministro y Subsecretario: respuestas favorables.	Mesa de Migración y Salud (desde 2024). Talleres con Servicios Sociales. Articulación con la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RiSam).	Articulación con Servicios Sociales y Agentes Sanitarias. Coordinación con DNM para agilizar la obtención de residencias precarias. Presentación ante legisladores provinciales.	Participación en reunión de Comisión Legislativa que culminó en el archivo del proyecto de arancelamiento. Red de alianzas con organizaciones sociales e instituciones públicas.

Conclusiones y propuestas

XII

La investigación realizada muestra cómo la colusión de restricciones normativas para el acceso a la atención sanitaria puestas en marcha a nivel nacional y a nivel jurisdiccional impactó negativamente en la salud y el bienestar de las personas cuyos casos se relevaron, que representan una minúscula fracción de la población afectada. Hubo tratamientos en curso que se discontinuaron, medicación que se dejó de proveer, estudios que no se hicieron, turnos para consultas de todo tipo que no se otorgaron e internaciones puestas en jaque por razones administrativas.

Hubo niñas, niños y adolescentes cuyas familias tuvieron que insistir e intentar diferentes “puertas” para que se les brindara atención, y convivir con la incertidumbre de no saber cuándo esa “puerta” se cerraría, o si sólo permanecería abierta a cambio de montos de dinero absolutamente desproporcionados en relación a los ingresos familiares. Hubo mujeres embarazadas cuyos embarazos devinieron riesgosos (algo que puede ocurrir en cualquier embarazo en cualquier momento) y todo hace pensar que no recibieron atención oportuna porque les faltaba un “papel”. Esos bebés nacieron en cesáreas de urgencia y atravesaron largos días internados en terapia neonatal. Hubo una madre adolescente, puérpera, con Mal de Chagas, que no logró un turno médico para hacer el seguimiento de su condición –cosa que afortunadamente no ocurrió con su bebé, solo porque nació argentino-. También hubo personas adultas con enfermedades crónicas (algunas sencillas, otras más complejas, ninguna fuera de lo común) cuyo tratamiento se vio interrumpido, ya sea por no tener DNI (pero sí tener residencia regular), por haberse vencido el DNI y estar tramitando uno nuevo, o porque, aun teniendo DNI de residente permanente, se les agregó una exigencia de prueba de domicilio que no se solicita a las personas nacionales.

Todas estas brechas en la atención sanitaria estuvieron fundadas en la falta de determinado “papel”, y todas generaron deterioros moderados o graves en la salud de las personas. Tarde o temprano, todas esas brechas darán lugar a ingresos de urgencia, más complicados, más riesgosos y más costosos para los sistemas de salud locales. No es ninguna novedad que prevenir es más eficiente que curar, desde todo punto de vista.

Por otra parte, ese “papel” faltante no indicaba irregularidad migratoria en los términos que establece la ley. Muchas de las personas tenían residencias precarias porque eran solicitantes de asilo o estaban tramitando su documento, otras ya tenían la disposición de radicación de la Dirección Nacional de Migraciones, pero aún no les había llegado el DNI plástico. Pero, sobre todo, **la falta de “papel” no indicaba, en ningún caso, falta de arraigo en el país**. Ninguna de estas personas era “turista”. Todas tenían domicilio real en la provincia, trabajo y familia. Tal como expresaron en las entrevistas las profesionales de los servicios sociales de los hospitales (y como saben todas las personas e instituciones que trabajan con población migrante) son muchos y muy diversos los motivos por los cuales, en algunos casos, el arraigo de hecho no se convierte en un DNI argentino de residente extranjero. No es por falta de interés, ni por “abandono”. Muchas veces, las propias condiciones de vida de esas personas (tanto en su país de origen como en Argentina) están detrás de ese “papel” ausente: una partida de nacimiento que hay que rectificar; una cédula vencida o extraviada; un consulado ausente, o distante, o sin turnos, o con tasas exorbitantes; ningún familiar que pueda hacer los trámites necesarios en el país de origen, etcétera.

Durante los 20 años en los que estuvo vigente el texto original de la Ley de Migraciones (2004-2025), la falta de “papeles” generaba obstáculos, pero no un cúmulo de déficits graves de atención en salud. En términos generales, los hospitales y los CESACs atendían urgencias y demanda espontánea, daban turnos para atención programada y realizaban los estudios y las prestaciones necesarias en cada caso. Esto no significa que no hubiera brechas, pero casi siempre se trataba de brechas asociadas a “usos y costumbres”: las exclusiones no estaban “escritas” en las normas, sino que eran el resultado de prácticas discriminatorias a distintos niveles (similares a las que relataron las personas entrevistadas en Córdoba).

Esta situación cambió radicalmente durante 2024 y 2025, tanto debido a las reformas provinciales como a las modificaciones introducidas en los artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones. En este nuevo contexto, **las restricciones al acceso a la salud están escritas en el texto de la norma, generando brechas que exceden las prácticas** y que no se resuelven con la buena voluntad de las personas.

Hasta tanto no se reviertan las modificaciones regresivas de la Ley de Migraciones y de las normas provinciales, y se garantice nuevamente el acceso a la salud a todas las personas que se encuentran en el país, independientemente de cuál sea su situación migratoria, se proponen algunas líneas de acción –destinadas a distintos actores– que buscan acotar el daño sanitario que ya han comenzado a generar las brechas identificadas a lo largo de este informe.

Para efectores de salud públicos que han arancelado el acceso a la atención de la salud de las personas migrantes, y a fines de revertir de manera urgente las prácticas más graves en términos de vulneración de derechos:

- 1** En todas las jurisdicciones, atender los embarazos, partos y puerperios de mujeres migrantes en igualdad de condiciones que los de mujeres nacionales, sin excepción.
- 2** Garantizar la atención médica de niñas y niños en todo el territorio nacional, independientemente de su condición migratoria.
- 3** Garantizar vías de atención para las personas sin recursos suficientes que padecen enfermedades agudas o crónicas que pueden derivar en graves daños a su salud o en muerte ante la falta de asistencia adecuada, o que pueden afectar al resto de la comunidad.
- 4** A nivel nacional, y en relación a las personas solicitantes de asilo, que el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la CONARE, emita una resolución dirigida a los hospitales nacionales, provinciales y municipales, indicando que la documentación provisoria generada por la CONARE debe ser reconocida de manera uniforme como documento habilitante para la atención gratuita, tal como establecen la Ley 26.165, el DNU 942/2024 y su reglamentación (Dec. 646/2025).
- 5** Eliminar requisitos adicionales a personas migrantes que cuentan con residencia regular (tal como certificación de domicilio o boletas de servicios a su nombre).
- 6** Eliminar el arancelamiento para acceder a la consulta en salud mental y a los Servicios Sociales de los efectores de salud
- 7** Establecer mecanismos que aseguren que los Servicios Sociales de los efectores de salud tomen conocimiento oportuno de los casos concretos en que las personas migrantes sólo podrán acceder a la atención mediante el pago del arancel, de modo que puedan evaluar estrategias y proponer alternativas.

En las provincias que no han restringido el acceso a la atención sanitaria:

- 1** Solicitar a las instancias correspondientes que se establezcan protocolos escritos, de aplicación obligatoria, para el reconocimiento de las residencias precarias y de las disposiciones de radicación (emitidas por la Dirección Nacional de Migraciones) como prueba válida de residencia regular y como documentación válida para acceder de manera gratuita a los sistemas de atención a la salud. De esta forma, el acceso no quedará librado al criterio de la persona que atiende en la ventanilla en ese momento.
- 2** Habilitar canales de acceso a turnos que no dependan exclusivamente de plataformas que exigen DNI, previendo explícitamente la vía presencial o

telefónica para personas con otro tipo de documentación válida, tal como residencia precaria o documentación de país de origen.

- 3 Capacitar periódicamente al personal administrativo (especialmente a quienes asignan turnos, por cualquiera de las vías, y a quienes entregan medicación) y al personal médico sobre los distintos tipos de documentación migratoria válida y sus alcances como prueba de residencia regular en el territorio.

Para organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones involucradas en la protección de derechos:

- 1 Trabajar conjuntamente con los efectores de salud locales para que, dentro de los hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud, se establezca un circuito para la derivación de cualquier persona sin documentación (o con documentación vencida) hacia un dispositivo institucional de asesoramiento y acompañamiento.
- 2 Aportar su expertise para la construcción de criterios razonables (e independientes de la documentación migratoria) para demostrar arraigo en el país. En el corto y mediano plazo, la prueba de arraigo puede abrir un canal para habilitar el acceso gratuito al sistema de salud a quienes, por diversos motivos, no cuentan con DNI pero viven en el país. Criterios razonables para demostrar arraigo pueden ser: documentación argentina vencida, testigos, partidas de nacimiento de hijas o hijos que nacieron en Argentina, certificados de unión convivencial, certificados de escolaridad de hijas o hijos, certificados de matrimonio, historias clínicas hospitalarias previas, etcétera.
- 3 Conocer, relevar y analizar cómo se producen, a nivel jurisdiccional (provincial o municipal) las estadísticas de atención sanitaria, atendiendo especialmente al registro o no de la condición migratoria (no de la nacionalidad). Esta información permitirá contrastar, con base en la evidencia, el argumento de la “saturación” o el “abuso” de los sistemas de salud.

Referencias bibliográficas

Arias, Ana y Noelia Sierra. 2019. “La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones”. En *Margen - Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, N° 92, Otoño 2019. [Disponible online](#).

Cetrángolo, Oscar y Florencia Devoto. 2002. *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Oficina de la CEPAL en Argentina. Documento elaborado para el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002. [Disponible online](#).

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. [Disponible online](#).

INDEC. 2023. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 : resultados definitivos : salud y previsión social*. [Disponible online](#).

Insa, Cynthia y Valeria Chiavetta. 2015. “Migraciones y prácticas institucionales. Una aproximación a los alcances y desafíos de la ley 25.871 en Mendoza, Argentina”. Ponencia presentada en las Jornadas de Sociología de la facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo, Mendoza, 2015. [Disponible online](#).

Ministerio de Salud de la Nación. 2025. *Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2022*. [Disponible online](#).

Molina, C. (2019). “La salud de los migrantes como desafío de la salud pública”. *Escenarios*, 29. [Disponible online](#).

Pombo, Gabriela. 2024. *Niñas, niños y adolescentes migrantes en Argentina. Derecho y acceso a la salud*. CAREF : Buenos Aires. [Disponible online](#).

Informe # 1

El DNI ¿más lejos o más cerca?
Regularización y documentación de migrantes
a través del Sistema RADEX
Febrero 2020

Informe # 2

Migrantes en pandemia.
Entre la nueva normalidad y la vieja desigualdad
Junio 2021

Informe # 3

Vacunación COVID-19
¿También para migrantes?
Agosto 2021

Informe # 4

Asignación Universal por Hijo y
familias migrantes
Logros y desafíos 2009 – 2021
Diciembre 2021

Informe # 5

Voto migrante en Argentina:
un camino a medio recorrer
Junio 2022

Informe # 6

Expulsiones ordenadas y efectivizadas
Entre el cambio de gobierno y el cambio
normativo (2019-2021)
Diciembre 2022

Informe # 7

El derecho de asilo en Argentina.
Aclarando conceptos, explorando datos y
compartiendo experiencias (2012-2022)
Enero 2024

Informe # 8

Derecho a la educación y migración.
Explorando las becas educativas
PROGRESAR
Junio 2024

Informe # 9

El derecho al voto de las personas
migrantes en la Provincia de Mendoza
Enero 2025

Informe # 10

Migrantes y acceso a la salud en Misiones,
Jujuy, Mendoza y Córdoba .
Barreras para prevenir, barreras para curar
Septiembre 2026

<https://observatoriomigracionyasilo.caref.org.ar/inicio/>

Observatorio sobre
Migraciones y Asilo en Argentina

● “Gabriel Chausovsky” ●

ISBN 978-631-90943-6-7

