

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: Patricia Eugenia Gallardo

PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN UNA COMUNIDAD MIGRANTE PARAGUAYA UBICADA EN EL BARRIO DE VILLA ALEGRE - VILLA ALBA, GRAN LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA

2024

Director de Tesis: Lic. Juan Cifre

Citar como: Cifré, J. (2024). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud en una comunidad migrante paraguaya ubicada en el Barrio de Villa Alegre - Villa Alba, Gran La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/515>



Índice

Índice de tablas	3
Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción	8
1. Título de la Tesis	8
2. Planteo del Problema	8
3. Objetivos	9
Marco Teórico	10
1. Las migraciones	10
2. Las migraciones en la historia argentina.....	11
3. La migración de países limítrofes.....	15
4. El acceso a la salud de las personas migrantes.....	18
5. Las enfermedades crónicas no transmisibles	26
6. El sistema de salud provincial y de Gran La Plata.....	34
7. La comunidad Villa Alegre- Villa Alba	37
Antecedentes	38
Metodología	43
Población y muestra	44
Instrumento de recolección de datos	45
Análisis de datos	46
Cuadro de operacionalización de variables	47
Resultados.....	49
Discusión	58
Conclusiones.....	62
Reflexiones finales.....	64
Bibliografía.....	66
Anexos	71
Anexo I. Consentimiento informado.....	71
Anexo II. Encuesta estructurada	72

Índice de tablas

Tabla 1. Sexo y presencia de ECNT.....	50
Tabla 2. Edad de los participantes y presencia de ECNT.....	51
Tabla 3. Estado civil o convivencial y ECNT	52
Tabla 4. Nivel educativo y ECNT	53
Tabla 5. Facilitadores y barreras personales	54
Tabla 6. Situación laboral de los participantes	54
Tabla 7. Cobertura en salud	55
Tabla 8. Facilitadores y barreras geográficas.....	56
Tabla 9. Facilitadores y barreras del sistema de salud.....	57

GRATITUD:

A la comunidad del barrio Villa Alegre-Villa Alba por permitirme conocerlos, abrirme sus puertas y su corazón. Gracias por sus enseñanzas.

A mi madre por ser mi constante apoyo y a mi padre por sus palabras de aliento. A ambos por su amor.

A Goyi, mi madrina, por acompañarme toda mi vida.

A Martín, mi hermano, que desde otro plano siempre me acompaña.

A mi familia en Jujuy.

A mis amigxs, por ser mi gran sostén y mi familia elegida.

A Fundación Sayani por ser parte de mi historia.

A la educación pública y a esta Universidad.

Resumen

La migración es un proceso que repercute en la salud de las personas, con grados de variabilidad, de acuerdo con las condiciones en que se produce. En este estudio en particular se profundizará en los migrantes paraguayos, los cuales constituyen la comunidad más numerosa de extranjeros que residen en la Argentina. El objetivo principal de este estudio es establecer la percepción sobre el acceso a la salud que tienen los habitantes de la comunidad de migrantes paraguayos que habitan en el Barrio Villa Alegre- Villa Alba, ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires. Para poder desarrollar la investigación, se propuso una metodología de tipo cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal. Se encuestaron un total de 52 personas migrantes paraguayas, de ambos sexos, residentes en dicha comunidad, a quienes se les aplicó un cuestionario diseñado especialmente para el estudio, el cual permitió hacer una caracterización sociodemográfica de los participantes en relación con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así como abordar la percepción sobre los facilitadores y las barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud para el acceso a la salud de los migrantes.

Entre los resultados obtenidos, se encontró una asociación de las enfermedades no transmisibles con factores sociodemográficos como ser mujer, desempleada o con trabajo informal, casada o conviviente, mayor a 41 años, sin escolarización o con nivel primario, lo cual se correspondió con la vulnerabilidad, los estilos de vida y el desconocimiento sobre cómo llevar una saludable.

En cuanto a los facilitadores y barreras personales, se encontró un interés y buena disposición de estas personas en asistir a consultas médicas, así como también una mayoría de estos priorizaba la atención en salud. Sin embargo, se encontraron barreras de tipo económica, debido a que la mayoría de los participantes tenía un trabajo no registrado o estaba desempleado, lo que le impedía tener una Obra Social o Prepaga; la mayoría de las personas se atendía de modo exclusivo en el sistema público de salud.

Con respecto a los facilitadores y barreras vinculados con el sistema de salud, se encontró que la mayoría de los consultados percibió falencias en cuanto a los horarios de atención reducidos, la alta demanda o la dificultad para acceder a un turno como limitaciones o barreras que impone el sistema público. No obstante, vieron como facilitadores de importancia la gratuidad y calidad del servicio, la comprensión de sus necesidades de parte de los médicos. Los migrantes también coincidieron en que precisaban documento o radicación para poder ser atendidos en el sistema público de salud.

Se pudo evidenciar la importancia que tienen las percepciones de los migrantes su propia salud y respecto de los sistemas sanitarios de los países receptores. Se observa como otros elementos destacables la necesidad de que los Estados fortalezcan la salud de los contingentes migratorios, así como también propicien acuerdos de cooperación transfronterizos para facilitar la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles que suelen afectar a estas poblaciones.

Abstract

Migration is a process that affects people's health, with degrees of variability, according to the conditions in which it occurs. This particular study will delve into Paraguayan migrants, who constitute the largest community of foreigners residing in Argentina. The main objective of this study is to establish the perception of access to health that the inhabitants of the community of Paraguayan migrants who live in the Villa Alegre-Villa Alba neighborhood, city of La Plata, province of Buenos Aires, have. This research is quantitative, observational, descriptive and transversal methodology was proposed. A total of 52 paraguayan migrants, of both sexes, residing in said community, were surveyed, to whom a questionnaire designed especially for the study was applied, which allowed a sociodemographic characterization of the participants in relation to the presence of chronic diseases. non-communicable diseases (NCD's), as well as addressing the perception of

facilitators and personal, geographical, economic and health system-related barriers to migrants' access to health.

Among the results obtained, an association of non-communicable diseases with sociodemographic factors was found such as being a woman, unemployed or with informal work, married or cohabiting, over 41 years of age, without schooling or with a primary level, which corresponded to vulnerability. , lifestyles and lack of knowledge about how to lead a healthy lifestyle.

Regarding personal facilitators and barriers, an interest and willingness of these people to attend medical consultations was found, as well as a majority of them prioritizing health care. However, economic barriers were found, because the majority of participants had an unregistered job or were unemployed, which prevented them from having a Social or Prepaid Obra; The majority of people were treated exclusively in the public health system.

With respect to the facilitators and barriers linked to the health system, it was found that the majority of people perceive shortcomings in terms of reduced service hours, high demand or difficulty in accessing an appointment as limitations or barriers that it imposes. the public system. However, they saw the freeness and quality of the service, and the doctors' understanding of their needs as important facilitators. Those consulted also agreed that they needed a document or filing to be able to be treated in the public health system.

The importance of migrants' perceptions of their own health and of the health systems of the receiving countries was evident. Other notable elements are the need for States to strengthen the health of migratory contingents, as well as promote cross-border cooperation agreements to facilitate the prevention, diagnosis and treatment of chronic non-communicable diseases that usually affect these populations.

Introducción

1. Título de la Tesis

“Percepción sobre el acceso a los servicios de salud en una comunidad migrante paraguaya ubicada en el barrio de Villa Alegre- Villa Alba, La Plata, provincia de Buenos Aires- Argentina”.

2. Planteo del Problema

En América Latina el fenómeno migratorio es constante y, en Sudamérica tiene actualmente una dinámica en crecimiento. Son diversos los factores generadores de migraciones, como los desplazamientos originados por situaciones de violencia, cuestiones políticas, crisis económicas, crisis climáticas o catástrofes medioambientales, guerras o conflictos en los lugares de origen, situaciones de salud, entre otras causas. Estas movilizaciones pueden tener un carácter temporal o permanente (OIM, 2019).

La percepción sobre el acceso en las poblaciones migrantes es una línea de investigación que ha tomado relevancia en los últimos años y desde distintas vertientes. Hasta hace algunos años, los investigadores exponían el vacío que existe en torno al abordaje de este tema y la inexistencia de datos sobre el acceso de los migrantes a los servicios de salud ni sus percepciones respecto de las prestaciones recibidas (Cerrutti, 2006). Incluso, todavía existen pocos datos sobre este tema (OCDE- PNUD- BID, 2023).

El aumento de los flujos y los movimientos de personas de países limítrofes le ha dado mayor dimensión al problema de la percepción de los migrantes en torno al acceso a la salud. Estudios exponen que el proceso migratorio en sí mismo genera condiciones que predisponen a las personas migrantes a enfermedades (Calle, 2022). De igual manera, muchos migrantes realizan sus desplazamientos con enfermedades preexistentes (Giorguli, S.; Angoa, M. & Lara-Castañeda, E., 2024). Investigaciones actuales refieren que la percepción que tienen los migrantes en torno al acceso y la atención en el sistema de salud en el país receptor contribuye con su inserción social y laboral (Velasco, C.; Vinasco, A. M. & Trilla, A., 2016).

En el año 2020, Argentina fue el país de la región que mayor cantidad de migrantes albergó, con un total de 2,3 millones de personas. La población migrante proviene mayormente de los países limítrofes y la más numerosa es oriunda del Paraguay; en un 90% son inmigrantes a largo plazo (OCDE- PNUD- BID, 2023). Valga decir que el país ofrece la gratuidad de sus servicios en el sistema público de salud para estas personas y además ha suscripto distintos pactos internacionales en la ONU y con países del Mercosur para garantizar este derecho fundamental.

El acceso a la salud en comunidades migrantes y su percepción al respecto tienen importancia dada la propensión de estas poblaciones en padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Si se asume el problema con perspectiva de género, enfocándose en la situación de las mujeres, se encontrará la alta prevalencia que tienen estas personas en padecer afecciones de salud.

Dicho lo anterior, esta investigación se propone conocer la percepción sobre el acceso a los servicios de salud, en el contexto de la presencia de ECNT, que tienen pobladores de una comunidad ubicada en la ciudad de La Plata, concretamente en el Barrio Alegre- Villa Alba 122 y 614, un barrio vulnerable que alberga unas 50 familias paraguayas. La idea es hacer un enfoque sobre sus percepciones en torno a su propia salud, así como los facilitadores y barreras que perciben para lograr la atención médica ante sus padecimientos.

Para el desarrollo de la investigación se ha planteado como pregunta principal: ¿Cuál es la percepción sobre el acceso a la salud que tienen los habitantes de la comunidad de migrantes paraguayos que habitan en el Barrio Villa Alegre- Villa Alba, La Plata, provincia de Buenos Aires? En ese marco, las preguntas secundarias son: ¿Cuál es la relación entre las ECNT en los migrantes de esta comunidad de acuerdo con la edad, el sexo, el estado convivencial y el nivel educativo?; ¿cuáles son los facilitadores y barreras personales, económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud que estas personas migrantes perciben, en especial las mujeres, durante el lapso de tiempo indicado? ¿Cuáles facilitadores y barreras perciben por parte del sistema de salud?

3. Objetivos

3.1 Objetivo Principal

Establecer la percepción sobre el acceso a la salud que tienen los habitantes de la comunidad de migrantes paraguayos que habitan en el Barrio Villa Alegre- Villa Alba, ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la muestra en función de la presencia de ECNT en los migrantes de dicha comunidad de acuerdo con el sexo, la edad, el estado convivencial y el nivel educativo.
2. Identificar la percepción de facilitadores y barreras personales, económicas y geográficas para el acceso a los sistemas de salud que enfrentan los miembros de esta comunidad, con énfasis en mujeres, en este lapso de tiempo.
3. Describir los facilitadores y barreras que perciben estas personas por parte de los servicios del sistema de salud en el periodo indicado.

Marco Teórico

1. Las migraciones

Por migración se entienden “los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro de destino, atravesando algún límite geográfico que, generalmente, es una división político-administrativa” Ruiz, 2002, p. 19). La migración implica necesariamente cambiar de lugar de residencia durante un tiempo determinado o indefinido, por diversos motivos que pueden vincularse con razones políticas, económicas, conflictos sociales, entre otras.

En sentido más amplio, una migración es “el desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora” (Giménez, 2003, p. 20). De igual forma, otra definición más amplia sobre las migraciones la ofrece Blanco (2000):

Los movimientos que supongan para el sujeto un cambio de entorno político administrativo, social, y/o cultural relativamente duradero; o, de otro modo, cualquier cambio permanente de residencia que implique la interrupción de actividades en un lugar y su reorganización en otro. Por contra no son considerados migraciones los desplazamientos turísticos, los viajes de negocios o de estudios, por su transitoriedad y no implicación de reorganización vital, o de los cambios de residencia dentro del mismo municipio (p. 17).

En el caso de Argentina, los desplazamientos migratorios que vienen ocurriendo desde hace varias décadas, especialmente desde los 90, se dirigen hacia los centros urbanos. Anteriormente, la migración paraguaya y boliviana se dirigía hacia el norte argentino, principalmente Corrientes y Formosa. Actualmente, los migrantes de esos países se dirigen principalmente al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en menor medida a otras provincias. Además, la migración interna dentro del país también se produce desde el norte hacia la zona central, del litoral y el AMBA, donde hay una mayor densidad poblacional (OCDE- PNUD- BID, 2023).

Se ha dicho que este es el siglo de las migraciones. Si bien desde épocas remotas existían los desplazamientos de personas de un lugar a otro, nunca como ahora, con la existencia de veloces medios de transporte, aéreos, terrestres o marítimos, que permiten el tránsito y circulación de millones de personas en todo el globo diariamente.

2. Las migraciones en la historia argentina

Argentina es un país que ha recibido numerosos contingentes migratorios en distintos momentos de su historia. Desde los primeros artículos de la Constitución de la Nación se consagran derechos para las personas extranjeras.

Conviene mencionar al respecto el artículo 20 del texto constitucional:

Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano; pueden ejercer su industria, comercio y profesión; poseer bienes raíces, comprarlos y enajenarlos; navegar los ríos y costas; ejercer libremente su culto; testar y casarse conforme a las leyes. No están obligados a admitir la ciudadanía, ni a pagar contribuciones forzosas extraordinarias. Obtienen nacionalización residiendo dos años continuos en la Nación; pero la autoridad puede acortar este término a favor del que lo solicite, alegando y probando servicios a la República (CN, art. 20).

La Constitución hace mención específica a la migración europea, por las condiciones históricas en que se impulsó la llegada de gente proveniente de aquel continente. El objetivo era poblar al país de personas que trajesen el progreso material e ideas de desarrollo desde las naciones más avanzadas del mundo occidental. En este caso la política exterior del país se orientaba a estrechar lazos con países de Europa y de Norte América. Al respecto podemos citar nuevamente la Constitución:

El Gobierno federal fomentará la inmigración europea; y no podrá restringir, limitar ni gravar con impuesto alguno la entrada en el territorio argentino de los extranjeros que traigan por objeto labrar la tierra, mejorar las industrias, e introducir y enseñar las ciencias y las artes (CN, art. 25).

La política migratoria de puertas abiertas se habilitó a partir de la primera ley de migraciones que tuvo el país, la ley 817 de Inmigración y Colonización, conocida como ley Avellaneda, debido a que fue aprobada en el año 1876 durante el gobierno del presidente homónimo Nicolás de Avellaneda (González y Tavernell, 2018). De acuerdo con estos autores, dicha ley se aprobó con la idea de que la inmigración extranjera contribuiría con el crecimiento y el desarrollo de la economía, así como también con el aseguramiento de la extensión y autoridad del Estado en todo el territorio nacional.

Como indica Bartolomé (2003), el proyecto de poblamiento de la élite oligárquica se hizo en el marco de la necesidad de expandir las fronteras agrícolas para el negocio agroexportador, lo que ameritaba según esta visión diezmar y arrasar con la población de tribus indígenas que ocupaba las tierras de La Patagonia, así como también de El Gran Chaco. La idea del proyecto hegemónico se centraba en que había que poblar el “desierto” pero con europeos blancos, lo cual pasaba también por eliminar las tribus aborígenes.

Esta misma idea que ubica al inmigrante europeo como parte de la edificación y desarrollo de la nación perdura hasta la actualidad y determina porqué persiste una construcción social idílica sobre estos migrantes, mientras se estigmatiza las migraciones procedentes de países limítrofes.

También debe decirse que las políticas migratorias del país muchas veces estuvieron enfocadas con medidas de carácter penal y de control social que habilitaron expulsiones inmediatas hacia los extranjeros que participaban en conflictos o se consideraban como personas que atentaban contra la seguridad y el orden público. La Ley de Residencia 4.144, aprobada en 1902, también denominada ley “antiargentina”. Fue un instrumento legal marcado por un sesgo y colmado de arbitrariedades, que tenía como fin controlar la protesta social y perseguir a los militantes anarquistas y socialistas, en su mayoría extranjeros oriundos de España e Italia (Modolo, 2009).

La ley de Residencia facultaba al Poder Ejecutivo a expulsar extranjeros condenados o perseguidos por tribunales internacionales, así como ordenar la expulsión de extranjeros cuya conducta se consideraba comprometía la seguridad de la nación o perturbaba el orden público. También impedía la entrada de extranjeros al país por esos mismos motivos. Fue derogada el 1 de julio de 1958, durante el gobierno de Arturo Frondizi (Modolo, 2009).

Estos aspectos históricos demuestran que en la Argentina las leyes migratorias tuvieron tradicionalmente objetivos de control social y de restricción de las migraciones. Más de cien años después de aprobada la ley Avellaneda, la última dictadura militar (1976-1983) aprobó en 1981 una nueva ley de migraciones, la “Ley

General de Migraciones y de Fomento de la Inmigración". Se trataba de un momento en el que el país estaba bajo la Doctrina de la Seguridad Nacional y, por ende, una nueva ley de migraciones no podía escapar de la concepción vinculada al control y el enfoque punitivista sobre el orden social. El inmigrante en ese momento era considerado como un sujeto peligroso al que se debía controlar, por lo que también la norma contempló la creación de la Policía Migratoria (González y Tavernelli, 2018).

La ley de la dictadura tenía de novedoso el hecho de que el migrante ya no era calificado como tal sino como "extranjero". Esta ley también contemplaba la expulsión de inmigrantes que estaban en condición de ilegales (González y Tavernelli, 2018). Este enfoque punitivo y negativo sobre la migración podría explicar porqué prevalecen en el sentido común ciertos presupuestos que criminalizan al inmigrante y lo catalogan como una amenaza.

No obstante, la también denominada "ley Videla" de la dictadura fue derogada y deconstruida a partir de 2003, año en que se aprobó la Ley Nacional de Migraciones 25.871, la cual se reglamentó en el año 2010. Esta ley representó un cambio con relación a las anteriores legislaciones porque estableció una perspectiva de Derechos Humanos y con un marcado enfoque en la integración suramericana. Fue un avance sustancial respecto de toda la legislación anterior vinculada con la migración (González y Tavernelli, 2018).

La nueva legislación adoptó una perspectiva regional e integracionista, que instauró la migración como un derecho humano. De esa forma, el estado asumió la regularización de las personas migrantes como una obligación. Esto propició que se hicieran revisiones judiciales a los trámites de detención y expulsión de migrantes, atendiendo el derecho a la reunificación familiar.

La ley 25.871 estipuló como una obligación del Estado garantizar a los inmigrantes el acceso igualitario a la salud, la educación, la seguridad social y

demás derechos, sin importar la condición migratoria. La ley señala al respecto: "El derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad" (González y Tavernelli, 2018, p. 82).

Argentina sigue siendo un país que atrae migrantes. Como se puede evidenciar desde el texto constitucional y la actual Ley de Migraciones, el país brinda ventajas en cuanto a la regularización de las personas migrantes y la posibilidad de que estos obtengan, al término de los dos años continuos de residencia, un estatus de radicación permanente y la posibilidad de obtener la ciudadanía. Además, continúa atrayendo migrantes debido a que es un país que concentra las principales casas matrices de grandes empresas y multinacionales, así como también está más diversificado económicamente que sus países vecinos. También es un país que desarrolla la obra pública y el campo de la construcción suele atraer migrantes tanto del norte argentino como de los países limítrofes, como es el caso de paraguayos. Por dichas razones, los grupos migratorios de países aledaños prevén posibilidades de obtener un empleo mejor remunerado y mejorar sus condiciones de vida, a lo que se añade la gratuidad de servicios como la salud pública y la educación. Respecto de esto último podemos citar la ley 25.871 que establece lo siguiente:

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 (Ley 25.871, art. 6).

3. La migración de países limítrofes

En Argentina han existido cambios en la composición y los flujos migratorios. En las últimas décadas el país comenzó a recibir un contingente importante de países limítrofes y cercanos, en especial de Perú, Bolivia y Paraguay. Dichos países han sido históricamente expulsivos en cuanto a su propia población. Las principales razones de esto obedecen al contexto económico. Son países con muy

poco desarrollo, con economías primarizadas, principalmente basadas en la agricultura, con estructuras economías semif feudales en muchos casos, que se basan en regímenes de explotación al campesinado indígena o autóctono, como en el de Perú y Paraguay.

En cuanto a Paraguay, su situación mediterránea significó un primer obstáculo histórico para un desarrollo equilibrado. También es un país con una economía primaria y con condiciones de trabajo precarias. En los últimos años, a nivel macroeconómico este país ha tenido un crecimiento a partir de la explotación extensiva de soja, sin que esto haya repercutido en un beneficio para reducir los niveles de desigualdad y pobreza. La explotación de la soja en su mayoría está en manos de capitales extranjeros, principalmente brasileños, a partir de políticas implementadas desde la dictadura de Alfredo Strossner (Ayala, G. & María, P., 2014).

Según el Censo de 2010, la población paraguaya en Argentina significaba el primer contingente de migrantes, con una población de 550.713 personas oriundas de ese país. Sin embargo, el impacto respecto de la población total es de 1,5%. Históricamente esta migración se concentró mayoritariamente en el nordeste del país, en Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes. Actualmente, el 85,9% de los paraguayos se concentran mayormente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires. La actividad económica que desempeñan los paraguayos se concentra esencialmente en el sector construcción y el servicio doméstico. La proporción de estas personas en este segmento laboral se corresponde con una suerte de clasificación etno-nacional que los ha insertado de esa forma en el mercado de trabajo (OIM, 2019).

El Censo de Población y Vivienda de 2022 encontró que los paraguayos son la población migrante más numerosa del país, seguido de los migrantes procedentes de Bolivia y en tercer lugar Venezuela. Este censo ubicó un total de 522.598 personas provenientes de Paraguay que son residentes en viviendas particulares en el país, lo que representa el 27% de la población en viviendas particulares nacida en otro país. Este censo indica que "la población nacida en Paraguay y Bolivia es la de mayor proporción de inmigrantes y constituyen en conjunto el 44,5% del total" (Indec,

2024).

En cuanto a la situación de los paraguayos en Argentina, se han relevado datos que indican que la mayoría de estos migrantes viven en viviendas precarias, principalmente en villas. Esto indica la segregación espacial de la que son objeto. Asimismo, generalmente están insertos en lugares de trabajo de baja cualificación y remuneración salarial en empresas de servicios y de distintos rubros, así como también las mujeres bolivianas y paraguayas se dedican al sector de cuidado de ancianos y niños (OIM, 2013, p. 5).

Conviene mencionar que las actividades a las que se dedica esta población migrante generan riqueza para el país y muchas veces su trabajo no es formal ni se desarrolla en las mejores condiciones de salud e higiene. Las estadísticas indican que en su mayoría pagan el IVA (Impuesto al Valor Agregado), aportando unos 1000 a 1500 millones de dólares por año (Canelo, Gavazzo y Nejamkis, 2008).

Respecto del uso del sistema de salud público por parte de los extranjeros, la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social hecha en el año 2011, indicó que los migrantes que utilizan los centros de salud pública son alrededor del 4% del total de atenciones. En los hospitales públicos del Gran Buenos Aires, la atención a migrantes oscila entre un 10% y 16% del total de la demanda.

Las estadísticas y estudios exponen que la migración proveniente de países limítrofes en la Argentina, como Perú, Paraguay, Bolivia y Chile se asientan principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires, mientras solo un 10% se ubica en otras provincias. En el caso de los inmigrantes chilenos, estos residen mayormente en las provincias fronterizas con dicho país, como Chubut, Río Negro, Neuquén y Santa Cruz (Cerrutti, 2009).

Benencia (2008) refiere que en los últimos tiempos se ha constatado que entre los grupos migratorios de países limítrofes ingresan más mujeres que hombres. Con respecto a las edades, la mayoría arriba el rango etario de los 15- 24 años, a excepción de los migrantes chilenos donde se observa mayor predominancia de ingreso entre los 0-14 años. A su vez, esta autora informa que los paraguayos vienen

principalmente a partir de las redes migratorias, por conocidos de su ciudad o pueblo (en el 70% de los casos o más) (Benencia, 2008,p. 15).

Los inmigrantes que se han instalado en los últimos años en Argentina se insertan laboralmente en distintos rubros. Se puede mencionar que en el sector de la construcción hay un predominio de paraguayos y bolivianos. Estos últimos también predominan en las actividades secundarias, como el área textil, y en el caso de los paraguayos hay un predominio de funciones en el trabajo doméstico,principalmente realizado por mujeres.

4. El acceso a la salud de las personas migrantes

En 1947, la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esto derribó la acepción anterior que engloba la “salud” como antagónica a la noción de “enfermedad”. Actualmente, se entiende la salud como una experiencia de vida en la que se involucra también lo emocional, lo social, es decir, el bienestar de las personas tanto en el nivel físico como en el psíquico y el contexto que las rodea.

Se incluye la salud en lo social porque la noción viene a referirse a un estado de bienestar amplio, donde se vinculan cuestiones como la vivienda adecuada, la educación, el acceso a bienes y servicios básicos, entre otros. Se trata de un concepto integral en el que están involucradas diversas variables que la determinan. Es preciso establecer en primer orden qué es un sistema de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define de la siguiente forma:

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (OMS, 2005, p. 1).

Asimismo, conviene referir las palabras de González y Tobar (2004), en el

sentido de la importancia que tiene en el individuo la percepción sobre su propio estado de salud. Esto no indica que se deba tener un sentido exagerado de la fragilidad, cuestión que deviene en hipocondría. De hecho, el monitoreo excesivo solo beneficia a la industria de la atención médica; si bien puede contribuir a reducir en cierto grado la enfermedad, no se enmarca en el concepto de salud referido previamente. Por esta razón, para dichos autores, el sistema público de salud es un medio para un fin, es decir, para mantener y mejorar la propia salud.

Se entiende que existen barreras y facilitadores que son determinantes en el acceso a la salud y en la percepción que tienen las personas sobre su propia salud y la accesibilidad que tienen para recibir prestaciones en el sistema sanitario público. Se pueden mencionar las barreras y facilitadores personales, que tienen que ver con la disposición de las personas a valorar su estado de salud de forma integral y a realizar los respectivos controles clínicos.

También hay facilitadores o barreras geográficas, como la cercanía respecto de los centros de salud, la facilidad de acceso en transporte público en caso de distancias para poder asistir a las consultas. Los facilitadores y barreras económicas de igual modo tienen peso, sobre todo en aquellos países con sistemas de salud privados o arancelados. En el caso de Argentina, el acceso al sistema público de salud es universal y gratuito para toda la población, incluida la población migrante. Además, se encuentra el sistema de las Obras Sociales que permite el acceso a prestaciones de salud en todos los niveles para quienes trabajan en relación de dependencia o de forma independiente.

Luego están los facilitadores y barreras del propio sistema de salud público, que tienen que ver con la gratuidad, la simplicidad de los trámites para la obtención del turno. En el caso de los migrantes, es importante la posibilidad de poder ser atendido sin tener una radicación permanente en el país o incluso sin documentación. La calidad de la atención y la comprensión de las necesidades del paciente también es fundamental para una buena percepción del servicio (Cabieses, B. & Oyarte, M., 2020).

El acceso a la salud en estas poblaciones es un tema de elevada

importancia, dada la propensión que tienen a padecer enfermedades, entre ellas las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que son afecciones de larga duración que pueden aparecer en cualquier momento de la vida, independientemente de la edad, con síntomas, evolución y tratamientos variados. Las enfermedades que suelen ser más prevalentes en las comunidades de población migrantes son los trastornos metabólicos (diabetes mellitus, dislipidemia), cardiovasculares (HTA, arritmias), enfermedades oncológicas, respiratorias, renales, osteomioarticulares, entre otras.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha reportado un estimado de 5,8 millones de muertes al año en la región de las Américas por causa de alguna ECNT. Esto incluye la incidencia de ECNT en migrantes paraguayos, quienes suelen emplazarse en Argentina en zonas afectadas por la inseguridad y las actividades ilícitas. Valga decir que muchas de estas poblaciones se asientan en zonas donde convergen distintas colectividades migrantes (Martens y Veloso, 2019).

Las ECNT en población migrante se relacionan con la inseguridad alimentaria que padecen estas personas. A esto se suman los problemas del entorno social, emocional y la falta de acceso a recursos socioculturales, lo que podría impulsar o intensificar el estado clínico.

Se debe subrayar que en la República Argentina actualmente todas las personas, incluidos los migrantes, tienen garantizado el acceso a los servicios públicos de salud. De hecho, el país ha suscripto distintos tratados internacionales vinculados con la promoción de derechos para los migrantes en materia de salud, trabajo, educación y mejora de las condiciones de vida de estas poblaciones. Se puede mencionar la suscripción del país en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, en 1990. Este tratado está en sintonía con acuerdos internacionales en materia de Derechos Humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos ratificados por los estados de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1966. Estos acuerdos favorecen la integración de la población migrante y su grupo familiar,

así como también facilita el goce de los mismos derechos laborales y sociales de los ciudadanos nativos.

En materia de salud, el país también ha asumido compromisos internacionales para lograr el acceso adecuado a la salud de la población migrante, con un enfoque integral. Se puede mencionar el Pacto sobre la Migración Segura, Ordenada y Regular (ONU, 2018). Este acuerdo permite abordar los desafíos de los estados frente a los problemas vinculados con la migración, enmarcado en una perspectiva de Derechos Humanos. Este acuerdo está en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que se ha propuesto el organismo multilateral, a fin de promover directa e indirectamente la salud de los migrantes. Este tratado protege a los migrantes indocumentados, cuestión que ha promovido la Argentina al brindar acceso de forma gratuita y universal a estas poblaciones en el sistema público de salud.

También se pueden mencionar los acuerdos realizados con el Mercosur en materia de salud para las poblaciones migrantes de los países limítrofes. Se pueden mencionar las reuniones de Ministros de Salud de este bloque de países, a través de las cuales se han acordado mecanismos para promover y aplicar políticas de salud destinadas a las poblaciones de estos países. Es importante indicar que los estados parte del Mercosur establecieron la atención gratuita en salud únicamente con la presentación del documento de identidad, a todo ciudadano nacional de los países del bloque, aunque no residan en dicho territorio.

El sistema de salud en Argentina está compuesto por tres grandes subsistemas, el público, el privado y el de Seguridad Social Obligatorio, en el que están las Obras Sociales (OS). Cabe indicar que esos sistemas son poco integrados entre sí y entran fragmentados (Becerril-Montekio, V.; Medina, G. y Aquino, R., 2011).

De acuerdo con la conformación federal de la nación, el subsistema público está compuesto por las estructuras administrativas nacionales, provinciales y municipales. En todos los casos estos sistemas cuentan con un nivel ministerial, es decir, hay un Ministerio de Salud nacional, Ministerios de Salud provinciales y el Ministerio de Salud de la CABA, además de otras secretarías o subsecretarías de salud municipales.

Este sistema está estructurado en “la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago” (Belló y Becerril-Montekio, 2011, p. 98). Atiende gratuitamente a toda la población del país, independientemente de si las personas están afiliadas a los otros dos subsistemas, es decir Obra Social o Medicina Prepaga (Giovanella, L., 2013). Está organizado en hospitales, centros asistenciales, y dispensarios, que pueden ser de jurisdicción nacional, provincial o municipal.

A propósito, se pueden mencionar las reflexiones de González y Tobar (2004), quienes se refieren a los retos que todavía persisten en el federalismo sanitario en cuanto a las asimetrías entre provincias, a fin de alcanzar un nivel razonable de equidad territorial en los distintos niveles gubernamentales, nacional, provincial y municipal. Para el autor, el sistema de salud argentino debe ser reformulado para avanzar hacia uno donde exista mayor solidaridad, calidad y equidad, para que quienes puedan contribuir lo hagan y quienes no, puedan gozar efectivamente del derecho a la salud.

El sector del Seguro Social Obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS). Este sistema es obligatorio para quienes se encuentren en relación de dependencia laboral. También cubre a quienes trabajan de forma independiente, a través de la figura impositiva denominada “monotributo”, mediante la cual pueden hacer sus aportes para tener cobertura médica de acuerdo con la rama profesional o actividad económica.

El sistema de las OS cubre a los trabajadores y sus familias. En el caso del

sector público, éste también cuenta con OS para los empleados de la Nación y de las provincias. Del mismo modo, se encuentra la cobertura médica de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI), que cubre a los jubilados y sus familias.

Giovanella (2013) explica que este subsistema se financia mediante contribuciones obligatorias sobre los salarios de empleados y empleadores con tasa de 3% para el trabajador y de 5% para el empleador (anteriormente el patrono aportaba el 6%). Existe la Ley Nacional de Obras Sociales N° 23.660, la cual reglamentó el establecimiento de las OS en el país.

El tercer subsistema está integrado por toda la oferta de servicios de salud privados, organizados en Medicinas Prepagas, planes médicos de hospitales de comunidades o privados, asociaciones mutuales, cooperativas, entre otros. El acceso a este sistema depende de la capacidad de pago del usuario, el cual hace directamente el aporte. Por su alto costo, en especial en los últimos años, cada vez menos personas tienen acceso a este subsistema. De acuerdo con Giovanella(2013), “este sector también asegura a personas que por su condición aportan a la Obra Social correspondiente a su rama de actividad, pero optan por transferir sus aportes a una empresa de medicina privada” (p. 33). Cabe indicar que este sistema también es fiscalizado y regido por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Argentina es el país que actualmente alberga a la mayoría de los migrantes de la región (2,3 millones), siendo esto el 5% de la población mundial. De igual modo, el país tiene la mayor cantidad de migrantes asentados dado que ofrece facilitadores para el acceso universal a la salud, a la educación y al trabajo registrado (OCDE-PNUD- BID, 2023). El principal país de origen de los migrantes, como ya se indicó, es Paraguay, cuya población viene a la Argentina dada las mejores condiciones de vida que perciben respecto de su lugar de origen.

Los organismos internacionales vinculados con la salud destacan que la

Argentina ofrece facilitadores en cuanto al acceso a la salud pública de forma gratuita, al no exigir poseer radicación para la atención de las personas migrantes. Sin embargo, el país estimula la regularización migratoria de esta población, otorgando dos categorías: residente temporal y residente permanente, a un bajo costo, que no excede el 25% del salario mínimo (OCDE- PNUD- BID, 2023). Esto se subraya, dado que, en muchos países de la región, el acceso a los servicios de salud es limitado para las personas migrantes, en especial para quienes se encuentran en situación irregular o indocumentados.

En el país, los migrantes y sus familias tienen acceso a los servicios de salud pública en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación. Otro facilitador es que estas personas pueden incorporarse al sistema de pensiones, que incluye jubilaciones por lesiones, edad avanzada o discapacidad. A su vez, el país tiene un buen sistema de atención primaria en salud, con una visión integral en cuanto a los factores sociales, el entorno físico y la calidad de vida de las personas (OCDE- PNUD- BID, 2023).

La recepción de pacientes internacionales en los hospitales argentinos se ha intensificado recientemente, siendo una tendencia y esto obedece a que los pacientes optan por acudir a hospitales públicos ya que cuentan con las garantías para que esto se pueda realizar, especialmente en atención a los acuerdos del Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires que da garantía de manera especial a pacientes provenientes de países de Sudamérica, entre ellos, Bolivia, Paraguay y Perú.

En el sector público, los hospitales reciben pacientes del exterior, fundamentalmente de países limítrofes, como Bolivia, donde la salud pública aún no es universal. Es decir que la atención integral está limitada a determinados sectores de la población a partir de planes específicos (como cobertura a las embarazadas, por ejemplo) y, si bien existe un seguro social (obra social), beneficia solo al porcentaje de población que cuenta con trabajo formal (Nano, M., 2017).

El autor anteriormente citado expone que existen muchos casos en los que traen a los pacientes en micros chárter para hacerse atender porque, en toda Latinoamérica, la única salud pública integral y gratuita es la Argentina. A diferencia del turismo médico privado, los casos de tratamientos médicos de alta complejidad a pacientes golondrina extranjeros en hospitales públicos significan un alto costo para el estado nacional, provincial o municipal.

Los datos de hace pocos años indican que la atención de ciudadanos bolivianos, paraguayos y peruanos son los principales protagonistas del fenómeno de la migración por razones de salud o del llamado "turismo médico", lo cual tiene cifras en torno al 20-30% de los casos en hospitales de La Plata, principalmente en los servicios de diálisis y oncohematología (Nano, M., 2017). Este autor expone una amplia demanda en los servicios de cirugía cardiovascular, oftalmología, hemodinamia y gastroenterología, entre otros. Es importante mencionar que la atención que estas personas reciben en los hospitales es la misma que se le brinda a cualquier ciudadano, ya esté documentada o no. Esto quiere decir que se aplica el derecho universal de acceso a la salud de forma gratuita, como establece la Constitución.

El estado argentino ha aplicado estas resoluciones de forma permanente e incluso ha entendido la salud de los migrantes como un tema básico transversal y por ello brinda acceso a servicios de salud de forma gratuita y universal para esta población. Valga indicar que los beneficios y facilitadores que otorga el país a la población migrante muchas veces no gozan de reciprocidad en los países vecinos. Se puede referir que, en Brasil, la atención gratuita a los extranjeros solo aplica para casos de urgencias, pero para otro tipo de prestaciones hay que generar un registro en el sistema público para ser atendido. En Paraguay, la atención a los migrantes es parcialmente gratuita y en el caso de Uruguay, no contempla la atención gratuita a quienes no residen en el país y por tanto se cobran aranceles por estos servicios a los extranjeros (Parlamento del MERCOSUR, s/f). De hecho, se ha referido a la problemática que existe, y que afecta primordialmente a Argentina, en torno al "turismo médico" o "turismo de salud", dada la ingente cantidad de personas que

ingresan al país sólo para atenderse en hospitales públicos.

En ese sentido, se ha expuesto la asimetría que existe entre los países del Mercosur en cuanto a la oferta de servicios de salud para las poblaciones, que llevan a recurrentes reclamos y que demandan considerar alternativas de reciprocidad, complementariedad o transferencia de tecnologías como ocurre en materia de trasplantes de órganos.

5. Las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas que no se transmiten y no obedecen de modo principal por una infección aguda (Macías, M., Ortega, G. y Azúa, M., 2023). Se caracterizan por tener una prolongación a lo largo del tiempo, además de que no tienen cura. Estas enfermedades no tienen agentes causantes conocidos que las transmita entre individuos y tampoco pueden ser resueltas de manera espontánea.

Estas enfermedades se han convertido en un desafío para los sistemas de salud de los países en el siglo XXI. En 2015, contabilizaron alrededor de 40 millones de muertes a causa de estas patologías, de un total general de 56 millones de decesos en todo el mundo. Se estimó en ese momento que esta cifra iría en ascenso, a menos que se apliquen políticas para frenarlas. Las que tienen mayor prevalencia global son: enfermedad cerebrovascular (45% de todas las muertes por año); cáncer (22%); enfermedades respiratorias (10%), diabetes (4%). Los países de bajos ingresos son los más afectados por las ECNT respecto de los países con más ingresos (Agyemang C. & Van den Born B., 2019).

En la región de las Américas, las ECNT son la principal causa de muerte (81% de todos los decesos) y una tercera parte de estos fallecimientos ocurren en el rango de edad entre los 30 y 70 años. Estos datos arrojan que unos 240 millones de adultos que habitan la región necesitan acceso a la atención primaria en salud (APS) (OPS, 2023). Valga decir que, durante la pandemia por el Covid-19 hubo interrupciones en los servicios de salud fundamentales, lo que ha provocado que en la pospandemia exista la necesidad de fortalecer los sistemas

públicos de salud y en especial la APS, para poder atender las patologías no transmisibles que siguen en aumento.

Las ECNT están asociadas con la pobreza, la urbanización acelerada y el crecimiento demográfico. La brecha entre quienes pueden recibir atención para estas enfermedades se ha ampliado, estando algunos grupos vulnerables en mayor riesgo de padecer estas patologías, como es el caso de los migrantes, incluso en aquellos que tienen acogida en países de altos ingresos (Agyemang C. & Van den Born B., 2019).

La presencia de ECNT conlleva a cambios en diversos ámbitos de la vida, además de alterar las rutinas y actividades en las personas. Estas conforman una diversidad de patologías, entre ellas, “las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la mayoría de las formas clínicas de cáncer, los trastornos metabólicos... respiratorias y pulmonares... osteoarticulares y las renales” (Orozco, Á. y Castiblanco, L., 2015, p. 206). Estas enfermedades se asumen como la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo e inciden en el 71% de defunciones en el mundo (Macías, M., Ortega, G. y Azúa, M., 2023).

Estudios indican que las ECNT son causadas generalmente por factores de riesgo relacionados con el comportamiento y se vinculan con variables de tipo económica, entre ellas el trabajo, la disponibilidad de alimentos, vivienda y educación. Por esta razón, están relacionadas con aspectos como la migración, dado el estrés y los factores socioeconómicos y de inseguridad alimentaria que suelen padecer las poblaciones migrantes. Asimismo, se afirma su asociación con el crecimiento de la urbanización y cambios en el estilo de vida que se vive en el presente siglo. Los riesgos más vinculados con estas enfermedades son:

Aumento en el consumo de tabaco, los deficientes hábitos alimenticios, la insuficiencia de actividad física, la obesidad, el uso nocivo de alcohol, la disminución en el número de horas de sueño, la falta de compromiso con los tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios de una manera inadecuada, el uso incorrecto de medicamentos es un ejemplo claro de ello (Orozco, Á. y Castiblanco, L., 2015, p. 204).

Se señalan como factores de riesgo comportamentales el tabaquismo y lo relativo a la exposición al humo ajeno, el ingerir alimentos con elevado sodio, consumir alcohol y deficiencias en la práctica de actividad física. Asimismo, intervienen como factores metabólicos, “la hipertensión arterial, el sobrepeso y obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia” (Macías et al., 2023, p. 1595).

Debido a la importancia y gran preocupación por los cambios en la salud de la población mundial, Organismos como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y profesionales de diferentes áreas se dedican a evaluar y diagnosticar las condiciones de los pacientes a fin de profundizar en diversos aspectos en que estas se manifiestan, dada las alarmas que se han encendido a causa de la rapidez y desproporción con que se desarrolla estas enfermedades en la actualidad (Macías et al., 2023).

Son diversas las ECNT existentes y algunas están vinculadas con el sedentarismo y la obesidad. El término obesidad proviene del griego “ob-edere”, significa sobre ingesta. Durante mucho tiempo este término se consideró sinónimo de la acción excesiva de consumir; sin embargo, su concepción ha cambiado. Actualmente se concibe como “exceso de grasa acumulada en el tejido adiposo producto de una ingesta calórica superior al que necesita el individuo” (Pérez, B., 2014, p. 122).

Una razón relevante mencionada como factor incidente en la obesidad es el estilo de vida sedentario pues la vida que caracteriza a la sociedad se define por la inactividad. Los modelos de arquitectura y las cadenas de comida rápida inciden en el aumento de esta problemática. Asimismo, se menciona como un aspecto de impacto, el uso de la tecnología, el uso indiscriminado del tiempo ante aparatos electrodomésticos y electrónicos, ocasionando un estilo de vida impulsor al consumo adicional alimentos, muchas veces con alto aporte calórico. Las consecuencias de esto son alarmantes, de hecho, explica Pérez (2014): “la obesidad tiene efectos negativos, los cuales derivan en problemas locomotores, cambios en el metabolismo y posible riesgo de presentar otras enfermedades crónicas como por ejemplo el síndrome metabólico, diabetes y actividad física” (p. 122).

La obesidad se reporta como una condición frecuente en personas migrantes, especialmente en mujeres. Los estudios reportan una alta carga de obesidad y diabetes en poblaciones de inmigrantes en distintos continentes, como en Europa y América del Sur. Esto tiene que ver con factores vinculados con el comportamiento y el acceso a la salud en estas poblaciones, entre ellos la ingesta dietética, la falta de actividad física y el estrés. En efecto, los factores estresores incrementan el riesgo de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), ya sea de modo directo o mediada por la obesidad (Agyemang C. & Van den Born B., 2019). También se han reportado problemas de salud vinculados con diabetes gestacional en mujeres migrantes embarazadas en distintos contextos, lo que obedece a factores de riesgo vinculados con el acceso a los sistemas de salud, además de exceso de peso, obesidad y bajo nivel socioeconómico (Şat S, Aydınoç-Tuzcu K, Berger F. et al., 2021).

La diabetes es una ECNT también frecuente actualmente a nivel mundial. Ha incrementado un alto porcentaje de ocurrencia a partir de 1980, en especial en la población de niños y adolescentes, siendo una situación alarmante. Se ha señalado que los hábitos sedentarios son responsables de un 2% de morbilidad por diabetes en Estados Unidos, especialmente en pacientes con diabetes tipo 2. Esta enfermedad contribuye a que se produzca un proceso sinérgico (de intercambio o asimilación) que facilita la entrada de la glucosa a la célula, aumentando la sensibilidad de los receptores a la insulina (Pérez, 2014).

La obesidad está identificada como una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, que se corresponde con una alteración de la correcta función del tejido adiposo, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, en su capacidad para almacenar grasa (García A & Creus E., 2016). Esta condición genera situaciones de inflamación del tejido o lipo-inflamación, lo cual además está vinculado con desórdenes metabólicos.

Los efectos de la diabetes podrían atenderse desde el inicio de la enfermedad, por medio de la práctica de ejercicios aeróbicos, como caminar, trotar, andar en bicicleta, realizar ejercicio en máquinas, bailoterapia, entre otras opciones. Esto puede incluir ejercicio de resistencia para mejorar la fuerza y resistencia muscular,

o bien en el aumento de la flexibilidad todo lo cual interviene en la modificación positiva de la composición corporal, disminuyendo riesgos en la enfermedad cardiovascular e incrementado la masa muscular (Pérez, 2014).

Como se ha descrito, dado que las ECNT implican un riesgo alto, distintas naciones, investigaciones e iniciativas se orientan a combatir los factores que intervienen en tal problemática. Como una alternativa importante en este marco, cobra valor especial la práctica del ejercicio físico, de forma regular constituye un medio de prevención y rehabilitación de estas enfermedades. "Existen muchos estudios que indican que el ejercicio físico puede ser efectivo en la prevención y el tratamiento de esas enfermedades, porque puede minimizar los síntomas de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida" (Sánchez, A., Pérez, A. y Bernis, A., 2020, p. 1).

En cuanto a la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), por ser una enfermedad endocrina que presenta una serie de desórdenes metabólicos, tales como, hiperglicemia y aumento de concentración de glucosa sanguínea, lo que se relaciona con la sensibilidad a la insulina en los tejidos blancos, es decir, la reducción en la secreción de insulina, siendo posible su control por medio del ejercicio físico, así como los efectos sobre la intolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina. De hecho, el ejercicio se valora como un componente incidente en su atención (Sánchez, A., Pérez, A. y Bernis, A., 2020).

Estudios como el de Agyemang C, Van der Linden L. & Bennet L. (2021) han indicado la alta carga de ECNT en poblaciones migrantes, especialmente DM2 y sus complicaciones relacionadas en los migrantes, por factores diversos que se relacionan con cuestiones previas a la migración, factores posteriores al desplazamiento migratorio, además de predisposiciones genéticas. Asimismo, este estudio comparó la salud de los migrantes con la población de acogida, indicando que la diferencia entre ambos grupos se centra en la mayor exposición a factores de riesgo que tienen los primeros, así como la respuesta de los sistemas de salud para prevenir las ECNT (Agyemang C. & Van den Born B., 2019).

Los mismos autores que se vienen señalando indican que entre estas

enfermedades la de mayor prevalencia entre los migrantes es la diabetes mellitus, incluso con una mayor incidencia respecto de las poblaciones locales o de acogida de migrantes. Ello se debe a múltiples factores relacionados con los migrantes, como la mayor prevalencia de obesidad, la resistencia a la insulina, la falta de actividad física, la ingesta de una dieta poco saludable, así como las interacciones entre el ambiente y las predisposiciones genéticas (Agyemang C. & Van den Born B., 2019).

La Asociación Americana de Diabetes recomienda un programa de 150 minutos por semana de ejercicio moderado a vigoroso, para reducir el riesgo de desarrollar DM2. Según las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, el ejercicio, después de cambiar los hábitos sedentarios, a mediano plazo deberá tener una duración mínima de 30 minutos con una frecuencia de tres veces por semana. Como alternativa a las prescripciones tradicionales de actividad física se han planteado ejercicios de alta intensidad, intermitentes y de corta duración. (Sánchez, A., Pérez, A. y Bernis, A., 2020, p. 9).

Otra ECNT de alta frecuencia es la HTA. Se trata de una enfermedad con más prevalencia entre la población adulta a nivel mundial y está asociada con factores de riesgo como la obesidad y la falta de actividad física. De acuerdo con el Consenso sobre Hipertensión Arterial de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, la presión arterial (PA) normal se ubica en <130 mmHg de presión arterial sistólica (PAS) y <85 de presión arterial diastólica (PAD). La presión limítrofe ronda los 130-139 mmHg de PAS y 85-89 de PAD. Este mismo consenso establece tres niveles de HTA: el nivel 1 corresponde a los valores 140-159 mmHg PAS y 90-99 PAD. La HTA de nivel 2 presenta valores de 160-179 mmHg de PAS y 100-109 PAD. La hipertensión de nivel 3 se ubica en >180 mmHg PAS y >110 PAD. Con respecto a la PAS aislada los valores están en >140 de PAS y <90 PAD (25).

Estudios han abordado la asociación entre la obesidad y el sobrepeso con la HTA y otras ECNT. Se puede mencionar un estudio español, observacional y de tipo transversal, con una muestra amplia de 23.729 personas, trabajadores en su totalidad. A estos participantes se les relevaron datos médicos, se les hicieron análisis de sangre y se les aplicó cuestionarios estructurados. La investigación obtuvo

que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 38,6% y 18,4%, respectivamente. La obesidad y el sobrepeso fue mayor en hombres. Se encontró además una prevalencia de 20,1% de HTA en esta población abordada, además de otras enfermedades como diabetes mellitus (7,6%), dislipidemia (31,3%) y síndrome metabólico (7,5%). El estudio concluyó una presencia alta de obesidad y sobrepeso en población económicamente activa, asociada con ECNT, en especial la hipertensión. Sugirieron realizar estrategias de intervención y concientización en torno a los hábitos saludables, como el control del peso y AF en personas adultas (Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuenca T, Yuste-Gran C. et al., 2019).

La presencia de ECNT en población migrante está vinculada con los factores de riesgo para la aparición de estas patologías, así como el uso que estas personas hacen del sistema de salud en el país de acogida. El estudio de Santillán (2020) evaluó el acceso a la salud y la prevalencia de ECNT en centroamericanos que migran a México. Para ello, determinó los factores de riesgo que presentaban 387 personas en tránsito albergadas en una casa para migrantes en San Luis de Potosí, México. Como se sabe, este país suele ser paso de contingentes migratorios que se dirigen hacia América del Norte; por lo tanto, es una zona especial para la migración, porque no solo es un país de destino sino también de paso o tránsito. Esta investigación determinó entre los factores de riesgo para la aparición de las patologías no transmisibles que afectaban a estas personas se encuentra el consumo de tabaco, de alcohol, la dieta y la falta de actividad física.

El estudio que se viene indicando determinó que la situación de carencia económica, sumado al tránsito, son causas adversas que privan a los migrantes de ciertos alimentos y prácticas saludables. De hecho, estos investigadores encontraron una prevalencia importante de sobrepeso y obesidad en estas personas incluso cuando ya están en el lugar de destino. A su vez, suele suceder que muchas personas arriban en buenas condiciones de salud al país de destino, pero modifican sus hábitos alimenticios para adaptarse a la sociedad y al nuevo contexto, además de tener acceso a otros productos que no consumían en su lugar de origen y que suelen tener

consecuencias negativas para la salud (Santillán M, A., 2020).

Un hito sobre esto ocurrió en el año 2018, con la denominada “caravana migrante”, en la que unas 10 millones de personas procedentes de Centro América iniciaron un largo viaje para intentar llegar a Estados Unidos. Esta situación movilizó a ONG´s e instituciones gubernamentales que se involucraron en la atención de la salud de estas personas (Santillán M, A., 2020). Es importante señalar que el ejercicio físico y la buena alimentación son factores protectores para las ECNT como diabetes y HTA. Además, es necesario en personas con tendencia a padecer presión alta, registrar las tomas de presión arterial de dos tomas por 3 visitas en la consulta médica.

A nivel económico, el gasto para los sistemas de salud de los países receptores de migrantes es importante en cuanto a la atención de ECNT. Por caso, la diabetes genera altos costos en cuanto a hospitalizaciones, atención continua bien sea de forma ambulatoria o medicamentos, entre otros costos indirectos e intangibles. De ese modo, el impacto económico es significativo si se toma en cuenta solo esa enfermedad y se excluyen a las poblaciones de edad avanzada (Ferrara, P., 2020).

Finalmente, debe decirse que el acceso a la salud es un elemento para determinar las brechas y las fuertes desigualdades sociales a lo interno de un país. Los sistemas de salud deben ser los más interesados en prevenir y mitigar en lo posible la presencia de ECNT y sus complicaciones en las poblaciones, dada la alta carga que representa para los servicios de salud, no solo por factores económicos sino también sociales y vinculados con el bienestar de la sociedad en su conjunto.

En el año 2019, en Argentina, se reportaron 435,8 muertes por cada 100.000 habitantes a causa de enfermedades no transmisibles (OPS, 2023). Ante la creciente tasa de morbimortalidad por estas enfermedades, se hace necesario que los países emprendan políticas en salud para la prevención, promoción y educación para una vida sana, además de que creen más programas que permitan atender en los sistemas de APS las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras de alta prevalencia en la población.

La APS debe atender todos los eslabones para tratar de mitigar la prevalencia de ECNT, desde políticas de prevención, pasando por diagnóstico y detección, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en el contexto de estas enfermedades. La OIM (2023) al respecto propone una atención primaria integrada con las ENT, en la que todos esos eslabones se integren al sistema de salud primario de una forma equitativa. Este tipo de políticas contribuye además a reducir las desigualdades y la vulnerabilidad que generalmente afecta a las personas migrantes paraguayas.

La integración de la APS para erradicar o reducir en lo posible las ECNT incluye el contacto con las comunidades, el seguimiento permanente de los casos, incluyendo el uso de la epidemiología para evaluar las incidencias en determinadas poblaciones. También la OPS (2023) recomienda a los Estados acciones como operativos especiales para ampliar los servicios integrales en la atención a estas patologías; la capacitación y el desarrollo de personal de atención especializado en estos casos, así como mejorar la ampliación y disponibilidad de medicamentos y tecnología esenciales para diagnosticar y tratar estas enfermedades.

6. El sistema de salud provincial y de Gran La Plata

De acuerdo con la conformación Federal de la nación, el subsistema público está compuesto por las estructuras administrativas nacionales, provinciales y municipales. En todos los casos estos sistemas cuentan con un nivel ministerial, es decir, hay un Ministerio de Salud nacional, Ministerios de Salud provinciales y el Ministerio de Salud de la CABA, además de otras secretarías o subsecretarías de salud municipales.

De acuerdo con Giovanella (2013), los procesos de descentralización de la década de 1990 hicieron que los establecimientos sanitarios públicos de la Nación fueron transferidos a los 23 gobiernos provinciales y la CABA. En 2012 aproximadamente 62% de los establecimientos públicos de salud (5.815 con y sin internación) son provinciales y 38% son municipales (3.571) y solamente 19 establecimientos son de dependencia nacional. El proceso de liberalización de los 90 impulsó esta descentralización del sistema público de salud, lo cual condujo a una

mayor autonomía y discrecionalidad de las provincias en cuanto a políticas sanitarias se refiere.

La provincia de Buenos Aires cuenta con el Ministerio de Salud de la Provincia, creado mediante la Ley provincial N° 15.164, el cual tiene entre sus competencias:

Entender el diseño e implementación de la política sanitaria provincial tendiente a la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de la población, mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos interjurisdiccionales e intersectoriales, con perspectiva de género, interculturalidad y derechos (Ley 15.164, art. 30, inc. 1).

Este Ministerio coordina todo lo relativo a las políticas sanitarias provinciales y “garantiza el acceso y la cobertura en salud en toda la población con equidad, con idéntica, absoluta e igualitaria calidad de prestaciones, y con especial atención a los grupos vulnerados” (Ley 15.164, art. 30, inc. 3). Esta cartera ministerial ha creado XII regiones sanitarias, a fin de organizar los servicios y prestaciones en cada municipio y localidad provincial. La región XI corresponde al Gran La Plata, conformada por La Plata, Berisso y Ensenada.

Asimismo, existe la Red Bonaerense de Salud, la cual está compuesta por establecimientos provinciales, municipales y nacionales, que tienen el deber de garantizar un acceso público y gratuito a la salud en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos. Actualmente, está en marcha un Plan Quinquenal en Salud que tiene por objetivo fortalecer esta red de hospitales y centros asistenciales públicos de la provincia para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios sanitarios en todos sus niveles (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s/f).

A su vez, en el sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se puede acceder al programa de turnos en línea para ser atendidos de forma prioritaria en las especialidades médicas que ofrece el sistema público de salud provincial. Para esto, el usuario debe poseer documento o DNI.

Algunos hospitales que pertenecen a la provincia de Buenos Aires en la Región XI del Gran La Plata son: el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica"; Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios"; Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Rodolfo Rossi"; Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez", entre otros. Valga indicar que los Centros de Atención en Salud Primaria (CAPS) pertenecen a los municipios.

La provincia cuenta con programas relacionados en modo especial con enfermedades crónicas no transmisibles, como es el Programa de Diabetes (Prodiaba), el cual fue creado mediante La Ley provincial N° 11.620, mediante la cual se estipuló un conjunto de beneficios para todos los habitantes de la provincia de Buenos Aires que padecen esta enfermedad. Dentro de estos se encuentran la provisión gratuita de insulina e hipoglucemiantes orales, para personas diabéticas dependientes o no de la insulina. También se incluye la provisión gratuita de tiras reactivas para el control glucémico y glucosúrico, además de la práctica gratuita de todos los análisis clínicos bioquímicos que correspondan (art. 1, inc. a,b y c).

Es importante indicar que para poder obtener los beneficios del Prodiaba solo es necesario residir en la provincia de Buenos Aires, con un mínimo de dos años de antigüedad, además de padecer diabetes y no encontrarse amparado por ninguna Obra Social o prepaga. Otro requisito es que este programa atiende a personas vulnerables y necesitadas, dado que es necesario no poseer ingresos para poder gozar de los beneficios de este programa. Esto quiere decir que los extranjeros o migrantes que residan en la provincia con un mínimo de dos años que se atienden de modo exclusivo en el sistema público de salud pueden ser beneficiarios de este programa para tratar y controlarse adecuadamente la diabetes *mellitus*.

En síntesis, el Prodiaba permite la provisión de insumos farmacológicos y no farmacológicos para el tratamiento de la diabetes en personas que tienen esta patología y están inmersos en problemáticas socioeconómicas o son parte de grupos vulnerables. El programa suministra diversos tipos de insulinas, hipoglucemiantes orales, jeringas y agujas para la aplicación de insulina y tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa, entre otros insumos (Ministerio de Salud de la

Provincia de Buenos Aires, s.f.).

Los municipios provinciales tienen a su cargo los CAPS, en coordinación con el Ministerio de Salud Provincial. En particular, en el municipio de Villa Elvira, donde se encuentra la comunidad migrante de Villa Alegre- Villa Alba, se encuentra el CAPS N° 36 dependiente administrativamente de la municipalidad; en este se ofrecen servicios sanitarios gratuitos a la comunidad en el área de pediatría, medicina clínica, pediatría, odontología, psicología, nutrición, enfermería y kinesiología. Valga decir que este centro, complementa el trabajo del hospital local de Villa Elvira, permitiendo con ello optimizar los recursos físicos y humanos, a fin de brindar mejores servicios a las comunidades aledañas.

7. La comunidad Villa Alegre- Villa Alba

Como se indicó en apartados anteriores, la mayoría de los migrantes de origen paraguayo habitan en Argentina en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en el territorio bonaerense. De hecho, el 85,9% de los paraguayos que residen en Argentina viven en Buenos Aires, tanto en la ciudad como en la provincia. Solo en la provincia reside el 75,39% de la población migrante paraguaya (OIM, 2013).

La comunidad de Villa Alegre- Villa Alba se encuentra en el territorio conocido como Gran La Plata, en el municipio de Villa Elisa. Este barrio ocupa una extensión de 400 por 200 metros cuadrados aproximadamente. Está ubicado en la intersección de las calles 122 y 614 de Villa Alba, perteneciente a Villa Elvira, Gran La Plata, provincia de Buenos Aires.

El barrio está compuesto por 4 manzanas y colinda con La Cantera de Villa Elvira. En esta comunidad habitan unas 50 familias migrantes, en su mayoría oriundas del Paraguay, mientras una pequeña minoría provienen del norte argentino. En la comunidad hay personas de todas las edades, en su mayoría familias con niños y niñas que asisten a una de las escuelas públicas de Villa Elvira. Por su parte, los hombres de la comunidad son predominantemente trabajadores que se insertan en el mundo laboral a través del rubro de la construcción. Las mujeres se dedican a las tareas del hogar y algunas trabajan en el servicio doméstico fuera de sus casas. En

estos sectores laborales se suelen insertar de forma predominante los paraguayos que residen en Argentina (OCDE-PNUD- BID, 2023).

La comunidad recibe asistencia de instituciones educativas y políticas, principalmente de la Universidad Nacional de La Plata, concretamente de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social, así como de organizaciones que incluyen La Cámpora, 25 de Mayo y Takurú.

En investigaciones e intervenciones sociales y culturales que se han realizado en este barrio, se destaca la organización y participación de los habitantes en asambleas. Son mayormente las mujeres las que participan en estos espacios donde se debaten y buscan solución a los problemas de la comunidad (López, 2017; López y Yurec, 2017).

Valga decir que este barrio se vio severamente afectado por las inundaciones ocurridas en abril de 2013 en La Plata, y a raíz de esto, obtuvo la aprobación de la Ley de Expropiación de Tierras. Otro beneficio es que en el año 2015 contó con la puesta en valor del agua potable en el sector. Los estudios respecto de esta comunidad coinciden en que las familias del sector padecen condiciones económicas difíciles, en especial desde el año 2016, momento en que disminuyó el trabajo en el sector de la construcción (López, P., 2017).

Los trabajadores y las trabajadoras de esta comunidad padecen condiciones precarias en cuanto a flexibilidad laboral, bajos sueldos, así como desempleo y por eso han tenido que organizarse en diversas oportunidades para exigirle al estado políticas en favor de sus derechos elementales. Se ha elegido esta comunidad para realizar el estudio dada la cantidad de familias de origen paraguayo que residen en la zona, personas distintas edades y géneros. Esta comunidad es una pequeña representación de la colectividad paraguaya en el país, por su forma de vida y las actividades laborales en que se desempeñan sus miembros.

Antecedentes

Diversos estudios constituyen antecedentes de relevancia actuales para esta

investigación. Se puede mencionar el estudio “La percepción de la calidad de los servicios de salud en los migrantes venezolanos del Municipio de Bello- Antioquia, 2022”, realizado por Álvarez, Moná y Rodríguez (2023). Tuvo como objetivo principal interpretar la percepción de la calidad de los servicios de salud en los migrantes venezolanos del Municipio de Bello, Antioquia, Colombia, durante el periodo indicado. Se trató de un estudio cualitativo, basado en el paradigma hermenéutico para interpretar las historias de vida y los relatos de los participantes. Los autores realizaron entrevistas a 17 migrantes venezolanos para conocer sus experiencias y percepciones en torno a los servicios de salud recibidos.

La investigación que se viene indicando encontró entre los resultados una percepción negativa de los migrantes venezolanos respecto del acceso a los servicios de salud, principalmente por los largos tiempos de espera para la atención en las salas de urgencia y en consultas. Además, los migrantes perciben una baja calidad en la atención que reciben. La principal barrera que estas personas encontraron fue la económica, en tanto al no poder pagar reciben un servicio de salud precario y de menor calidad. Sin embargo, como aspectos positivos reconocieron que la accesibilidad al sistema es buena puesto que solo requieren el documento de identidad para ser atendidos. Además, mencionaron la amabilidad y el trato humanizado del personal de médicos y enfermeros/as.

Un elemento de interés en la investigación de Álvarez, Moná y Rodríguez (2023) es que reportaron la dificultad que tienen los migrantes venezolanos en Colombia en tener la afiliación al sistema público de salud y a la seguridad social, principalmente por barreras administrativas y culturales vinculadas con la discriminación y xenofobia en algunos casos, que impiden que los venezolanos puedan acceder de forma fácil al sistema de salud y lograr la continuidad de un tratamiento en aquellos que padecen ECNT.

Resulta de interés para este estudio la investigación realizada por Santillán (2020), titulada “Migración, salud y discapacidad. Un análisis de la encuesta sobre migración en la frontera”. Esta tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y el

uso de los servicios de salud en migrantes centroamericanos a su paso por México. Se trató de un estudio cuantitativo, exploratorio y transversal. El autor utilizó el instrumento Steps weis de la OMS y una ficha técnica para describir el uso del servicio de salud en 387 personas en tránsito en San Luis Potosí. Los resultados indicaron que la población con mayor índice de ECNT son las personas mayores. La conclusión indica que la salud pública atiende estas enfermedades y los centros de salud se encontraban en óptimas condiciones (Santillán, 2020).

Resalta la incidencia que hizo el autor indicado en cuanto a la incidencia de la ECNT entre adultos mayores, pues esta población es de alta vulnerabilidad. Por otra parte, Santillán (2018) encontró que las patologías más prevalentes en la población migrante objeto de estudio fueron hipertensión y diabetes. Reconoció que los migrantes mexicanos en la frontera con Estados Unidos tienen dificultades en el acceso a los servicios de salud. Una característica destacada es la condición de adversidad en el ámbito clínico, con énfasis en la discapacidad.

Otro estudio de interés de Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti (2015) titulado "Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba", se propuso como objetivo analizar las percepciones construidas en los equipos de salud hacia las mujeres migrantes de origen peruano. Se trató de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, que realizó entrevistas en profundidad a 12 migrantes peruanas que residen en la ciudad de Córdoba, Argentina. Este estudio refiere que el 80% de la población migrante peruana y boliviana en Argentina reside en la provincia de Buenos Aires, como ocurre con colectividades como la del Paraguay. Sin embargo, un 10% reside en Córdoba y son reconocidas las mujeres por las diferencias culturales que hacen que la atención médica y la aplicación de los protocolos se conviertan en un desafío.

El estudio que se viene comentando refiere que el lenguaje y la cultura representan una barrera para la atención adecuada de las mujeres bolivianas, en especial para dar las indicaciones a las pacientes. Sobre este aspecto, en las mujeres peruanas hay más facilidad porque estas tienen más instrucción educativa. Asimismo, las peruanas tienen más facilidades en el acceso y traslado a los hospitales

respecto de las bolivianas, ya que las primeras viven en la ciudad y las segundas en entornos periféricos o más alejados de los centros urbanos. A su vez, la construcción de los estereotipos de pobres, rurales y con bajo nivel educativo afecta la percepción que los profesionales de la salud tienen sobre estas mujeres, lo cual afecta la buena disposición de los profesionales de salud. Finalmente, el estudio encontró barreras comunicativas, relaciones asimétricas y de poder entre médico- paciente y la existencia de prejuicios como factores que afectan el uso de los centros de salud. También refieren que las barreras que perjudican el acceso son el contexto socioeconómico, el lugar de residencia y las condiciones laborales de las personas migrantes.

Un estudio de interés para esta investigación es la investigación de Velasco, Vinasco y Trilla (2016), titulada "Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios". Este trabajo se propuso como objetivo principal conocer la percepción, la utilización y la satisfacción en relación con los servicios de salud de un grupo de inmigrantes residentes en Barcelona, tomando en consideración el género, procedencia y clase social. Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal que empleó una encuesta dirigida a 225 migrantes usuarias de servicios de salud en dos distritos de esa ciudad que concentran una alta proporción de migrantes.

En el estudio que se viene comentando, el 50,7% de los participantes eran varones y la mayoría eran adultos jóvenes, con edades entre 30 y 45 años. El 62% de los que percibían su salud como excelente realizaron menos de 3 visitas en el último año al centro de salud, mientras que también 3 veces por año asistieron el 34% de los que calificaron su salud como regular. Un 6% de los encuestados jamás utilizó un centro de salud. En relación con los tiempos de espera y la atención recibida, más del 60% indicó que estos eran satisfactorios. También un 68% refirió una buena atención acorde con las diferencias culturales. El 86% de quienes no tenían una situación migratoria regular o legal, dijo sentirse discriminado en la atención de los servicios sanitarios. En la valoración global, el 71% valoró de forma más positiva la atención respecto del 62% de las mujeres que lo hicieron. El estudio encontró

dificultades en la adaptación y el acceso en las personas que provienen de culturas cuyo idioma no es el español. También se determinó que el buen estado de salud autopercebido es un factor predictivo para la demanda de los servicios sanitarios (Velasco, C.; Vinasco, A. M. & Trilla, A., 2016).

Del Castillo- Fernández, D.; Brañes-Condorena, A.; Villacorta-Landeo, P.; Saavedra- García, L. et al. (2020) realizaron un estudio titulado "Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú", considerando que estas son causa importante de carga en la salud de ese y otros países. Los autores apuntan que, dada su prevalencia, requieren de investigación multidisciplinaria, por lo que presentan un informe sobre el manejo de investigaciones al respecto. Los autores destacaron los aportes realizados por Perú Migrant, y la cohorte Crónicas, ambas investigaciones dedicadas a profundizar en este tipo de enfermedades asociadas a las migraciones. Estos autores determinaron las situaciones que impactan en la distribución de los factores de riesgo para las ECNT en los procesos de migración y la necesidad de desarrollar mejoras en las políticas públicas aplicables al sistema de salud correspondiente. Esta referencia apunta a los riesgos de salud entre migrantes respecto a los patrones alimenticios, como el consumo de sal en exceso y la forma de intervenir en estos hábitos a través de políticas y programas de intervención en salud por parte del estado e instituciones.

La investigación "Envejecimiento y salud mental en contextos migratorios", realizada por Torres y Arias (2019), constituye una fuente importante de referencia, en tanto atiende una temática fundamental relacionada con el presente estudio, como es la edad de los migrantes y su estado de salud. El objetivo principal de este trabajo consistió en presentar una revisión narrativa sobre el estado de discusión actual acerca del envejecimiento y la salud mental en contextos migratorios. Con una metodología de revisión bibliográfica, los autores concluyeron acerca de las dificultades en la forma de vida de las personas migrantes, a las cuales se les intensifica el desarrollo de patologías como la depresión y otras enfermedades.

Asimismo, se cita como referencia la investigación de Guizardi, López, Nazal y Valdebenito (2017), titulada "Fronteras, género y patriarcado. Discusiones teóricas

para replantear el transnacionalismo migrante”. El objetivo de este estudio consistió en debatir teóricamente sobre migración, identidades, fronteras y género, vinculando dichas categorías para superar los embates entre la perspectiva transnacional de las migraciones y los argumentos sobre flujos de personas, conocimiento y mercancías en territorios transfronterizos. Las conclusiones de los autores apuntan a reconocer las migraciones transnacionales y transfronterizas, experiencias que condicionan a las mujeres a formas de ilegalidad, desarraigo y movilidad, como parte de sus características de vulneración. Afirman, por tanto, las formas de marginación, explotación dadas en procesos de migración, género y frontera. Por lo tanto, esto afecta en todos los ámbitos en esta población; asuntos centrales en el presente estudio.

Otro antecedente relacionado con la problemática de la frontera entre Argentina y Paraguay, en la cual se enfoca esta investigación. Se trata de un estudio desarrollado por los docentes de la Universidad Nacional de Misiones, Almúa y Aliprandini (2018), titulado “La problemática de la integración sanitaria en la frontera Posadas, Argentina- Encarnación, Paraguay”. Esta investigación se enfocó en analizar la situación sanitaria en las dos zonas mencionadas, destacando la afluencia de pacientes paraguayos hacia Argentina, lo que genera tensión xenófoba. El enfoque exploratorio permitió a los autores examinar la legislación vigente en Argentina y determinar la situación del paciente paraguayo que cruza la frontera buscando atención médica. Los autores concluyeron sobre la necesidad de diseñar normativas en respeto a los preceptos constitucionales y tratados internacionales.

Los antecedentes anteriormente mencionados dan pautas para los propósitos planteados, sobre lo cual se profundiza en adelante, toda vez que contienen información diversa asociada con los distintos asuntos contemplados en el presente análisis.

Metodología

Esta investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, descriptiva y

transversal, en atención a los objetivos planteados. Las investigaciones cuantitativas fundamentan sus operaciones de forma numérica y, para procesarlas presentan los datos en cuadros o tablas, calculando porcentajes y estableciendo relaciones entre ellos. Por otra parte, los estudios no experimentales se distinguen por no manipular deliberadamente las variables. En otras palabras, se observan fenómenos como se presentan en su contexto natural y después se analizan (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de la investigación es descriptivo, ya que se espera profundizar y especificar los datos que puedan emitir los sujetos vinculados con la problemática planteada. Los estudios descriptivos consisten en plantear una serie de cuestiones y medirlas de forma independiente para conocer lo que se analiza (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) De esta manera, es posible describir características agrupadas en conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que identifican ciertos comportamientos, lo cual se contrasta con información metódica.

La investigación es transversal porque los datos se obtienen una sola vez, aplicando el instrumento disponible para tales objetivos correspondientes a los meses de enero a marzo de 2024. En tal sentido, se considera atender aspectos del panorama sociodemográfico y de percepción sobre el acceso a la salud en migrantes con ECNT, con perspectiva de género, en una comunidad paraguaya ubicada en el Barrio Villa Alegre- Villa Alba 122 y 614, Gran La Plata, provincia de Buenos Aires- Argentina.

Población y muestra

La población se refiere a los sujetos que serán analizados. Se trata de un conjunto, bien sea finito o infinito de elementos que poseen características comunes y aquí en ese enfocan las conclusiones de la investigación (Fidias, 2012). En este estudio la población está conformada por personas migrantes de origen paraguayo que habitaron el barrio de Villa Alegre- Villa Alba 122 y 164, con un mínimo de 6 meses de residencia en la barrio.

Se realizó una muestra no probabilística y por conveniencia, es decir, se abordarán personas a las que se tenga acceso y que quieran participar voluntariamente en el estudio. Se seleccionó de esta manera la muestra porque tiene que ver con la facilidad en cuanto al acceso y la voluntad de los participantes en formar parte de la investigación. Como no se aplican técnicas probabilísticas, se sugirió un mínimo de 50 participantes en función de la disponibilidad y buena disposición para participar en la investigación. A su vez, como se trata de un estudio individual, cuyos resultados se obtuvieron de forma rápida y en una sola fase, no es posible realizar un muestreo probabilístico. Se estipuló como número de la muestra no menos de 50 participantes, mayores de 18 años, tanto de sexo femenino como masculino, que hayan vivido en dicha comunidad durante al menos seis meses continuos durante el año 2023. Los participantes debían cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión: Personas migrantes de origen paraguayo de sexo masculino y femenino, de 18 años en adelante, que habitan en el barrio Villa Alegre-Villa Alba 122 y 614, La Plata, provincia de Buenos Aires- Argentina.

Criterios de exclusión: personas con problemas cognitivos, de alcoholismo, problemas de consumo de drogas.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento, entendido como el recurso utilizado para la recolección de datos y almacenamiento de la información, es una encuesta. Las encuestas constituyen una técnica conducente a obtener información por parte de una muestra en relación con un tema particular. Este consiste en un cuestionario estructurado por medio del cual serán registradas las respuestas suministradas por los participantes.

Se diseñó un cuestionario autoadministrado para cada persona migrante, el cual se aplicó en dos modalidades, vía digital mediante el formato de Formulario de Google principalmente a través del servicio de mensajería de WhatsApp y también se realizaron encuestas de modo presencial. El cuestionario estructurado contó con

preguntas cerradas de selección simple (ver Anexo 1).

Análisis de datos

Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS v.0.24 a los fines de obtener las frecuencias y porcentajes que lleven a obtener los resultados y los hallazgos de la investigación. Estos datos posteriormente se compararon mediante una discusión con otros datos de investigaciones similares para revisar las correspondencias, diferencias y contradicciones.

Lo anterior significa que, a partir de la información recolectada y graficada, se interpretó su contenido, en relación con otros estudios. De este modo, se establecieron asociaciones con teorías y estudios realizados al respecto, emitiendo la interpretación sobre el tema, a razón de los objetivos expuestos. Al finalizar, se ofrecen las conclusiones y futuras líneas de investigación.

Criterios éticos

Al ser un estudio vinculado con el área de la salud, que requiere el análisis de datos personales relativos a la salud de personas, se busca cumplir con los parámetros éticos y principios de la Declaración de Helsinki. Desde el punto de vista ético, se trata de un estudio sobre salud en seres humanos, basado en el respeto por las personas, su integridad y el resguardo de sus datos, criterios que estipula la Ley N° 25.326 sobre protección de datos personales.

A cada participante se le solicitó primeramente el consentimiento informado (CI), el cual se envió o entregó antes de realizar la encuesta. El CI incluyó una breve sinopsis de la investigación, el objetivo principal, la metodología, el establecimiento al que pertenece el estudio y los datos que se pretendían recolectar (Ver anexos). A su vez, este CI contiene los datos de contacto de la responsable de la investigación, así como también informa sobre el carácter voluntario, la libre participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento que la persona lo desee. La investigación garantizó la seguridad y confiabilidad en el resguardo de los datos de los participantes del estudio

Es importante indicar que este estudio se realizó de forma individual, bajo la

guía del director de la investigación. No participa un equipo en ninguna de las fases del desarrollo de este estudio. Tampoco está vinculado con un equipo de trabajo. Se tuvo acceso a la comunidad a partir de un contacto personal hecho con una profesora de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) que trabaja en un proyecto comunitario en Villa Alegre-Villa Alba, quien me presentó ante miembros de la comunidad migrante objeto de esta investigación.

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Identificador	Dimensiones	Valores	Indicadores
Variable Independiente	Datos sociodemográficos	Sexo	Femenino Masculino Otro	Sexo informado
		Edad	- 18- 40 años - 41- 65 años - 66- 80 años - Mayor a 80 años	Edad expresada
		Estado civil o convivencial	- Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a Relación libre	Estado civil declarado
		Nivel educativo	-Sin instrucción -Primario -Secundario -Terciario/ universitario	Nivel educativo referido
		Estatus migratorio	- Residente temporario. - Residente permanente. -Sin documento.	Estatus migratorio informado.
		Presencia de ECNT	- HTA - Diabetes mellitus. -Enfermedad renal. - -Otras.	Presencia o no de enfermedad

Variable dependiente	Percepción de barreras y facilitadores	Barreras y facilitadores personales	-Predisposición para asistir a las consultas. - Estado de salud autopercebida. - Prioridad que otorga a la salud.	- Muy de acuerdo. - De acuerdo. - En desacuerdo. Muy en desacuerdo.
		Barreras y facilitadores económicos	- Situación laboral. Obra Social o prepaga.	- Empleado en relación de dependencia. - Trabajador informal. -Desempleado -Jubilado. - Afiliación a obra social o prepaga Informada.
		Barreras y facilitadores geográficos	- Lugar de atención. - Tiempo de viaje o traslado. - Distancia. - Medio de transporte empleado.	- Muy de acuerdo. - De acuerdo. - En desacuerdo. - Muy en desacuerdo.
		Barreras y facilitadores del sistema de salud	- Horarios de atención. -Tiempos de espera para el turno. - Duración de la atención. - Tipo de servicio o consulta con más demanda. - Trato del personal de salud Calidad del servicio. - Entendimiento del personal. -Gratuidad del servicio. - Requisitos para ser atendido.	- Muy de acuerdo. - De acuerdo. - En desacuerdo. - Muy en desacuerdo.

Resultados

Se encuestaron un total de 52 personas migrantes paraguayos residentes en la comunidad de Villa Alegre- Villa Alba 122 y 164. De estos participantes, el 92,3% eran femeninos y el 7,7% masculinos (ver tabla). El 21,2% tenía entre 21 y 30 años; otro 21,2% tenía entre 31 y 40 años; el 17,3% tenía entre 41 y 50 años; un 21,2% tuvo entre 51 y 60 años; un 17,3% contaba entre 61 y 70 años y solo el 1,9% era mayor de 71 años.

Respecto del estado civil, el 19,2% estaba soltero/a, el 34,6% era casado/a; un 5,8% era viudo/a; el 1,9% era divorciado/a y una mayoría de 38,5% se encontraba en unión libre (ver tabla). En cuanto al nivel educativo, el 30,8% no tenía instrucción; el 53,8% tenía nivel primario, el 15,4% tenía estudios secundarios y ninguno indicó tener estudios universitarios o terciarios.

Con relación al estatus migratorio, el 57,7% era residente temporario, el 38,5% era residente permanente y un 3,8% no tenía radicación formal. En cuanto a la cobertura de los servicios médicos de salud, una mayoría (96,2%) se atiende de forma exclusiva en el sistema público de salud y solo un 1,9% tiene obra social y otro 1,9% tiene prepaga. Seguidamente se expresarán los resultados de acuerdo con los objetivos propuestos en la investigación.

1. Caracterización de la muestra en función de la presencia de ECNT

Al realizar la caracterización de la muestra en función de la presencia de ECNT, los resultados evidencian que las mujeres son las más afectadas por este tipo de enfermedades, en especial la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes *mellitus*. Sin embargo, es importante destacar que la muestra estuvo constituida mayormente por mujeres. De hecho, una proporción significativa de estas (40,4%) no presentaba enfermedades crónicas no transmisibles (ver tabla 1).

Tabla 1. Sexo y presencia de ECNT

		Sexo de los participantes		Total
		Masculino	Femenino	
No presenta enfermedad	Recuento	2	21	23
	% del total	3,8%	40,4%	44,2%
HTA	Recuento	0	11	11
	% del total	0,0%	21,2%	21,2%
Diabetes mellitus	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	11,5%	11,5%
Obesidad	Recuento	0	7	7
	% del total	0,0%	13,5%	13,5%
Cáncer	Recuento	1	1	2
	% del total	1,9%	1,9%	3,8%
Otra	Recuento	1	2	3
	% del total	1,9%	3,8%	5,8%
Total	Recuento	4	48	52
	% del total	7,7%	92,3%	100,0%

Con relación a los grupos etarios, son las personas de mayor edad las más afectadas por las ECNT, en especial los que superan los 51 años de edad, a quienes afecta de modo preponderante la HTA y la diabetes mellitus. Patologías como el cáncer tuvieron incidencia en personas con 61 años en adelante. No obstante, en personas jóvenes se obtuvo una recurrencia significativa de obesidad (ver tabla 2).

Tabla 2. Edad de los participantes y presencia de ECNT

	Edad de los participantes						Total
	21-30 años	31-40 años	41- 50 años	51- 60 años	61- 70 años	Mayor de 70 años	
Ninguna	8	9	4	2	0	0	23
	15,4%	17,3%	7,7%	3,8%	0,0%	0,0%	44,2%
HTA	1	0	0	3	7	0	11
	1,9%	0,0%	0,0%	5,8%	13,5%	0,0%	21,2%
Diabetes mellitus	0	1	0	5	0	0	6
	0,0%	1,9%	0,0%	9,6%	0,0%	0,0%	11,5%
Obesidad	2	1	3	1	0	0	7
	3,8%	1,9%	5,8%	1,9%	0,0%	0,0%	13,5%
Cáncer	0	0	0	0	1	1	2
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%	3,8%
Otra	0	0	2	0	1	0	3
	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	1,9%	0,0%	5,8%
Total	11	11	9	11	9	1	52
	21,2%	21,2%	17,3%	21,2%	17,3%	1,9%	100,0%

Asimismo, en cuanto al estado civil, un 28,8% de las personas casadas y el 15,4% de quienes estaban en unión libre (38,5%) tuvieron mayor frecuencia de ECNT, siendo las más preponderantes la diabetes y HTA. En ciertos grupos que estaban en situación de viudez también se pudo observar la presencia de hipertensión arterial (ver tabla 3).

Tabla 3. Estado civil o convivencial y ECNT

	Estado civil					Total
	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Divorciado/a	Unión libre	
Ninguna	8	3	0	0	12	23
	15,4%	5,8%	0,0%	0,0%	23,1%	44,2%
HTA	1	6	2	0	2	11
	1,9%	11,5%	3,8%	0,0%	3,8%	21,2%
Diabetes mellitus	0	4	0	0	2	6
	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	3,8%	11,5%
Obesidad	0	3	0	0	4	7
	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	7,7%	13,5%
Cáncer	1	0	1	0	0	2
	1,9%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	3,8%
Otra	0	2	0	1	0	3
	0,0%	3,8%	0,0%	1,9%	0,0%	5,8%
Total	10	18	3	1	20	52
	19,2%	34,6%	5,8%	1,9%	38,5%	100,0%

El nivel educativo también tuvo una asociación con la presencia de ECNT, en tanto las personas con estudios primarios tuvieron mayor frecuencia de HTA (7,7%), diabetes mellitus (5,8%) y obesidad (9,6%). También es importante destacar el porcentaje de HTA y diabetes en personas sin instrucción (13,5% y 5,8%, respectivamente) (Ver tabla 4).

Tabla 4. Nivel educativo y ECNT

	Nivel educativo			Total
	Sin instrucción	Nivel primario	Nivel secundario	
Ninguna	3	14	6	23
	5,8%	26,9%	11,5%	44,2%
HTA	7	4	0	11
	13,5%	7,7%	0,0%	21,2%
Diabetes mellitus	3	3	0	6
	5,8%	5,8%	0,0%	11,5%
Obesidad	1	5	1	7
	1,9%	9,6%	1,9%	13,5%
Cáncer	1	0	1	2
	1,9%	0,0%	1,9%	3,8%
Otra	1	2	0	3
	1,9%	3,8%	0,0%	5,8%
Total	16	28	8	52
	30,8%	53,8%	15,4%	100,0%

2. Percepción de barreras personales, económicas y geográficas para el acceso a los sistemas de salud

Al hacer un recuento de las barreras y facilitadores personales que poseían las personas migrantes paraguayas participantes en el estudio, se obtuvo que más de la mitad de la muestra tiene preocupación por su salud y en general están dispuestos a asistir a consultas médicas (67,3%) o priorizar la salud en casos en que así sea necesario (53,8%). Sin embargo, hay un porcentaje significativo de participantes que no prioriza la salud por encima de otras cosas (53,8%)¹. (ver tabla 5).

¹ En estos casos se suman las opciones "Muy de acuerdo" y "De acuerdo".

Tabla 5. Facilitadores y barreras personales

Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Tengo buena disposición para asistir a las consultas y controles médicos	34,6%	32,7%	13,5%	19,2%	100%
Asisto periódicamente a los controles médicos.	28,8%	34,6%	9,6%	26,9%	100%
Mi salud por lo general es buena	51,9%	23,1%	17,3%	7,7%	100%
Generalmente me siento bien de salud	34,6%	34,6%	25,0%	5,8%	100%
Mi salud está por encima de otras cosas	25,0%	28,8%	23,1%	23,1%	100%
Me preocupo por mi estado de salud frecuentemente	30,8%	26,9%	26,9%	15,4%	100%
Dejo de lado otras cosas para asistir a consultas o controles médicos	32,7%	13,5%	26,9%	26,9%	100%

2.2 Facilitadores y barreras económicas

Con relación a las barreras económicas, estas son preponderantes en la muestra estudiada, en tanto más de la mitad de los consultados tiene un trabajo informal o en negro (53,8%) y otro porcentaje significativo está desempleado/a (42,3%). Solo una minoría tiene un trabajo en relación de dependencia o en blanco (3,8%) (ver tabla 6).

Tabla 6. Situación laboral de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador en relación de dependencia	2	3,8%
Trabajo no registrado o informal	28	53,8%
Desempleado/a	22	42,3%
Total	52	100,0

Otro elemento que se vincula con las barreras y facilitadores económicos en salud tiene que ver con la cobertura o prestación de servicios médicos que reciben los migrantes paraguayos. En esta muestra, una gran mayoría (96,2%) se atienden en el sistema público de salud. Solo una mínima parte tiene obra social (1,9%) o prepaga (1,9%) (ver tabla 7).

Tabla 7. Cobertura en salud

	Frecuencia	Porcentaje
Obra Social	1	1,9%
Prepaga	1	1,9%
Cobertura pública exclusiva	50	96,2%
Total	52	100,0%

Con relación a las barreras geográficas, la muestra se encuentra muy estratificada o dividida en cuanto a la percepción que tienen respecto de la distancia, el tiempo de viaje y la existencia de medios de transporte para trasladarse hacia el centro de salud o al lugar de prestación de servicios de salud más cercano. Puede decirse que, más de un 50% considera que la distancia no es larga para acudir a las consultas, pero un 49,1% sí tiene la percepción de que es distante el centro de atención o consulta de su lugar de residencia (ver tabla 8).

Tabla 8. Facilitadores y barreras geográficas

Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
El centro de salud es muy lejos de donde vivo.	25,0%	26,9%	25,0%	23,1%	100%
El tiempo de viaje para asistir a las consultas médicas supera las 2 Horas	19,2%	17,3%	32,7%	30,8%	100%
La distancia para asistir al médico me resulta muy larga.	30,8%	23,1%	19,2%	26,9%	100%
Hay pocos medios de transporte para asistir al lugar de la consulta médica	21,2%	28,8%	36,5%	13,5%	100%

Con relación a los facilitadores y barreras del sistema de salud, los participantes coinciden en que las mayores barreras del sistema se encuentran en el reducido horario de atención, tiempos de espera dilatados, dificultades para conseguir el turno médico y la alta demanda del servicio. En general, los migrantes consultados indican que la atención es de calidad y que en buena medida el personal de salud entiende sus necesidades. Hubo alta coincidencia en los participantes en la gratuidad del servicio y en la necesidad de contar con radicación o documento para poder ser atendido (ver tabla 9).

Tabla 9. Facilitadores y barreras del sistema de salud

Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
El horario de atención en el centro de salud es muy reducido	65,4%	23,1%	0%	11,5%	100%
El tiempo de espera para el turno médico de control es muy largo	67,3%	25,0%	0%	7,7%	100%
Es muy difícil que me den un turno médico para control	71,2%	21,2%	0%	7,7%	100%
Tardo más de 2 horas para que me atiendan en el centro de salud.	63,5%	26,9%	1,9%	7,7%	100%
El médico o servicio que necesito tiene mucha demanda	63,5%	26,9%	1,9%	7,7%	100%
Recibo un trato amable y respetuoso de parte del personal de salud	25,0%	50,0%	19,2%	5,8%	100%
El servicio que me brindan es de calidad	17,3%	44,2%	26,9%	11,5%	100%
El personal de salud entiende mis necesidades	17,3%	50,0%	23,1%	9,6%	100%
Recibo atención gratuita	73,1%	11,5%	5,8%	9,6%	100%
Necesito tener residencia o documento para ser Atendido	88,5%	1,9%	1,9%	7,7%	100%

Discusión

Este estudio se propuso como objetivo principal establecer la percepción sobre el acceso a la salud que tienen los habitantes de la comunidad de migrantes paraguayos que habitan en el Barrio Villa Alegre- VillaAlba, ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires. Para ese fin, el primer objetivo consistió en caracterizar la muestra en función de la presencia de ECNT en los migrantes de dicha comunidad de acuerdo con el sexo, la edad, el estado convivencial y el nivel educativo.

La investigación obtuvo una muestra de migrantes paraguayos en la que preponderaban características como sexo femenino, mayormente casado o conviviendo, con nivel educativo primario o sin instrucción, desempleados o trabajadores informales, que atienden su salud en los servicios del sistema público de modo exclusivo. De esa manera, se pudieron determinar situaciones de vulnerabilidad que rodean a las personas participantes en el estudio, lo cual determina sus percepciones respecto de su propio estado de salud, así como barreras y facilitadoras para la atención médica.

Los resultados también confirman lo que reportan algunos estudios informes, como el de la OIM (2013) o en el estudio de Canelo, Gavazzo y Nejamkis (2008), quienes refirieron la segregación y situación de precariedad en la que viven mayormente los migrantes paraguayos en Argentina, quienes suelen tener trabajos con baja cualificación, así como también es frecuente que tengan un empleo no registrado o informal, en especial las mujeres, las cuales se suelen dedicar a las labores de cuidado de personas mayores o niños/as.

Los estratos de mayor edad son los que más tendencia tuvieron a padecer ECNT, principalmente HTA, diabetes *mellitus* y obesidad. Esto es consistente con lo que indicaron Agyemang, Van der Linden y Bennet (2021) y Santillán (2020), acerca de que estas patologías suelen estar vinculadas con los migrantes, debido al estilo de vida, las condiciones del tránsito y la precariedad que muchas veces padecen estas personas, incluyendo la inseguridad alimentaria, además de una alimentación

pobre en nutrientes y poco balanceada. También se pudo observar que las mujeres migrantes son las más afectadas por estas enfermedades. Si bien la muestra de este estudio estuvo mayormente conformada por mujeres, es importante indicar que estas en los estudios anteriores de igual forma se reporta como las más afectadas por enfermedades no transmisibles.

Las personas convivientes o casadas tuvieron mayor frecuencia de ECNT, presumiblemente por el estrés y la carga familiar, que genera mayores dificultades para atender la salud propia, así como sostener controles clínicos periódicos. De igual manera, estas patologías estuvieron muy asociadas en la muestra con la baja escolarización, con personas sin instrucción o con aquellas que solo tenían nivel primario. Esto último está estrechamente asociado con la vulnerabilidad y con el bajo conocimiento en torno a la alimentación y las recomendaciones que se deben seguir para vida sana.

Resulta oportuno mencionar que, según el Censo 2022, más de un 50% de la población extranjera o nacida en otro país que se encuentra en Argentina no tiene estudios secundarios completos. En esta investigación se pudo observar que el problema de la falta de seguridad alimentaria, empleo registrado y acceso acorde al sistema de salud bien sea por barreras personales o geográficas, afecta mayormente a las mujeres.

El segundo objetivo específico buscó identificar la percepción de facilitadores y barreras personales, económicas y geográficas para el acceso a los sistemas de salud que enfrentan los miembros de esta comunidad, con énfasis en mujeres, en este lapso de tiempo. En cuanto a las barreras y facilitadores personales, se puede determinar que los participantes de este estudio le otorgan importancia a su salud y tienen buena disposición para asistir al médico o a consultas cuando lo estiman necesario (67,3%); una tasa importante de estas personas prioriza su salud por encima de otras cosas (53,8%), situación que ocurre principalmente en personas de mayor edad. Entretanto, los jóvenes no suelen priorizar la salud, pero valoran su buen estado de salud y cuando estiman necesario concurren a consultas médicas.

En cuanto a las barreras y facilitadores económicos, se pudo observar que

este factor es preponderante en la atención a la salud de las personas migrantes. En esta muestra una gran mayoría indicó estar desempleado/a (42,3%) o tener un empleo no registrado o en negro (53,8%). A esto se agrega que la gran mayoría de los consultados usa el sistema público de salud de modo exclusivo (96,2%), a causa de las limitaciones socioeconómicas y laborales que presenta para tener una obra social o prepaga (solo un 1,9% tenía prepaga u obra social). Se puede constatar de este modo las condiciones de precariedad socioeconómica que afectan la atención sanitaria de estas personas migrantes, con lo cual, terminan afectando sus percepciones en torno a la misma.

En relación con los facilitadores y barreras que perciben estas personas por parte de los servicios del sistema de salud en el periodo indicado, hubo una coincidencia de más de 80% en la mayoría de los casos (si se toman las opciones "Muy de acuerdo" y "De acuerdo") en torno a limitaciones que tiene el sistema público de salud, como el horario reducido de atención, los tiempos de espera, lo difícil que es obtener un turno y la alta demanda que tienen los servicios médicos. Sin embargo, esta muestra tuvo una percepción mayormente positiva en torno a la atención médica, puesto que consideraron que la atención era de calidad y que los profesionales de la salud entendían sus necesidades.

Se observa el respeto que tienen los profesionales de salud hacia estas personas cuando acuden al servicio, lo que podría traducirse en que estos migrantes no perciben un trato discriminatorio o xenofóbico. En ese mismo sentido, la atención de las necesidades de las personas migrantes del sector de Villa Alba- Villa Elvira demuestra que las diferencias culturas o étnicas no están afectando de modo preponderante en la atención sanitaria.

Otro aspecto para destacar es la gratuidad del servicio, lo que demuestra que el sistema público no cobra aranceles por la atención a las personas migrantes. Esto demuestra la atención de calidad, científica- técnica y de carácter universal que tiene el sistema de salud público argentino, si bien se identifican algunas falencias en cuanto a los tiempos de espera para los turnos y la atención, principalmente debido a la alta demanda que tienen los servicios de salud en esta zona del Gran La Plata.

Finalmente, una coincidencia importante es que los participantes de la encuesta coinciden en la necesidad de presentar documento o radicación para poderse atender bien sea en los centros de APS o en hospitales públicos, cuestión que se observa como requisito fundamental en las consultas o turnos médicos.

En relación con este último aspecto, la bibliografía y los estudios existentes reportan que el sistema de salud público en Argentina atiende servicios de urgencia y otras prestaciones a personas migrantes sin necesidad de radicación; no obstante, frente a las respuestas brindadas por la mayoría de los participantes del estudio, puede decirse que estos tienen la percepción de que sin documento o radicación no podrían atenderse o realizar consultas.

Puede decirse que la percepción y la valoración de la experiencia que hicieron estas personas migrantes paraguayas sobre el sistema de salud público y la atención sanitaria depende de las experiencias interpersonales que estos sujetos han tenido. Aún así, según los datos obtenidos, hay una satisfacción de muchos de estos usuarios y usuarias con respecto a la calidad de la atención y la comunicación que tuvieron con los profesionales de la salud tanto en el centro de atención primaria (CAPS) ubicado en Villa Elvira, como en otros hospitales de la zona.

Dentro de las fortalezas de este trabajo, se encuentra la participación relativamente heterogénea de las personas que viven en la comunidad migrante paraguaya de Villa Elvira, con grupos de edades, nivel de escolaridad y condiciones de vida diversas, incluyendo personas que están en el país de modo temporal (recién llegados), así como aquellos que son residentes permanentes y ya han tenido un proceso de integración. Resulta de importancia tener acceso a las percepciones en salud de estas comunidades, que por su condición de vulnerabilidad son de difícil acceso. En efecto, solo la intermediación con la profesora de la Universidad Nacional de La Plata, particularmente de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, quien hace trabajos comunitarios permanentes en esta villa, posibilitó tomar contacto con personas de esta comunidad, poder aplicar el cuestionario y cumplir con los objetivos propuestos.

Puede decirse que precisamente el acceso a la comunidad fue el mayor

desafío de este estudio. De hecho, las limitaciones culturales de algunas personas, vinculadas con el idioma (guaraní) constituyó una problemática para que estos contestasen el cuestionario de modo satisfactorio. En efecto, muchas personas cumplían con los criterios de inclusión, pero se negaban a participar o desconocían las nociones que consultaba la encuesta. Esto último propició que algunas encuestas se realizaran de modo virtual y en forma autoadministrada, mientras que otras se aplicaron de modo presencial para facilitar la aplicación de estas.

Conclusiones

En esta investigación se pudo determinar que las migraciones son un proceso dinámico y fluido en las sociedades actuales. Nunca como en la actualidad existió la posibilidad de migrar de un destino a otro. Argentina es un país históricamente abierto a la migración, desde su Constitución hasta su normativa actual vinculada con el tema y orientada hacia el respeto por los Derechos Humanos.

Los migrantes paraguayos son una de las poblaciones migrantes más importantes residentes en la Argentina. Esto tiene que ver con la situación geográfica de país limítrofe y por las condiciones estructurales que hacen de Paraguay un país históricamente expulsivo de su población. Muchas de estas personas que migran a la Argentina se establecen en la zona del AMBA y en la provincia de Buenos Aires y en muchos casos padecen condiciones de vulnerabilidad, a veces extrema.

La comunidad de Villa Alba- Villa Alegre es una zona del Gran La Plata, provincia de Buenos Aires, en la que se ubican migrantes paraguayos. Se caracteriza por ser muy pobre, con precarios servicios y cuyos habitantes se sustentan mayormente en los trabajos de la construcción, en el caso de los hombres, y del cuidado las mujeres. Muchos de estos pobladores, como confirmó el estudio no tienen trabajo registrado, están desempleados o tiene empleos informales y precarios. También padecen baja escolarización. Esta situación los hace proclives a padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

Este estudio buscó darle importancia a la percepción que tienen los migrantes

en torno a la salud propia, así como abordar la percepción en cuanto a los facilitadores y barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud.

Se pudo determinar que a nivel personal existen muchos facilitadores que permiten a estas personas atender su salud. La población abordada le daba importancia a su propia salud, la prioriza en muchos casos por encima de otras cosas y acude a los servicios sanitarios cuando siente la necesidad. Esto es más visible en personas de mayor edad que en adultos jóvenes.

En los facilitadores y barreras económicas, se pudo ver que este aspecto es una limitante para acceder a servicios especializados o ser atendidos de forma rápida. La mayoría de la muestra era desempleada o trabajador informal, por lo cual, no posee Obra Social ni Prepaga y está supeditada a los tiempos de espera, la burocracia y las demandas del sistema público. En cuanto a los facilitadores y barreras geográficas, esto no fue visto como un problema o limitante para el grupo estudiado, en tanto la comunidad cuenta con los CAPS, así como también el hospital de la zona.

Las barreras y facilitadores más importantes se encontraron en el sistema público en sí mismo, debido a los tiempos de espera para el turno, los horarios reducidos de atención, la dificultad que supone para muchos en pedir el turno en línea y la alta demanda de los servicios. Sin embargo, se encontró una satisfacción importante en la calidad, la comprensión de las necesidades por parte de los profesionales de salud y la gratuidad de la atención, además del solo requisito de poseer documento o DNI para poder ser atendido.

En el aspecto anterior, se puede decir que la atención de la salud de esta comunidad por parte de los profesionales del sistema público se hace con respeto por la diversidad étnica y cultural, sin discriminación y con carácter equitativo. Esto resulta de importancia dado que la salud de las poblaciones es un aspecto que debe atenderse de modo prioritario en todos los niveles, desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

A su vez, es importante que las comunidades migrantes paraguayas valoren la importancia de su propia salud y además tengan una percepción positiva sobre los servicios sanitarios, ya que esto redundará en la atención y la prevención oportuna. Al cuidar a las poblaciones vulnerables con alta prevalencia de ECNT se está también cuidando la erogación de más costos por la atención en casos complejos.

Reflexiones finales

Este es el siglo de las migraciones, las cuales se producen por distintos motivos, bien sea por guerras, hambrunas, razones climáticas o por desastres ambientales o para buscar mejores condiciones de vida. Es por esa razón que los Estados deben priorizar políticas para atender este tema a través de planes y programas que garanticen los derechos fundamentales de las personas que migran, como es la salud. Es recomendable aplicar programas de prevención y atención de ECNT en poblaciones migrantes, con una política prioritaria en contingentes migratorios que suelen padecer muchas veces extrema vulnerabilidad y precariedad.

Los sistemas de salud públicos de los países deben fortalecerse para atender las necesidades de las personas migrantes y prevenir las ECNT que se asocian al tránsito migratorio, al estrés, inseguridad alimentaria y otros factores que afectan negativamente a los migrantes. Conviene también la promoción de acuerdos en materia de salud entre los países, para que exista un trato equitativo, justo e igualitario entre países y poblaciones migratorias. Convendría en este caso fortalecer los acuerdos ya existentes con Paraguay y Bolivia en esta materia o generar nuevos, además de otros convenios que permitan facilidades para el tránsito y mejorar la calidad de vida de quienes migran y así proteger a estas poblaciones, dado que la migración es un Derecho Humano.

Finalmente, este estudio hace un aporte teórico-metodológico con autores referentes en la temática e investigaciones actualizadas sobre la percepción sobre la salud que tienen las personas migrantes. Resulta oportuno seguir esta línea de investigación en distintos grupos de población migrante, a los fines de ahondar en

las problemáticas diversas vinculadas con la salud que tienen estas poblaciones, así como también se busquen mecanismos de intervención oportunos por parte de organismos multilaterales, Estados, gobiernos, instituciones universitarias, ONG´s.

Bibliografía

- Agyemang C, Van der Linden L. & Bennet L. (2021). Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia*, 64(12), 2665-2675.
- Agyemang C. & Van den Born B. (2019). Non-communicable diseases in migrants: an expert review. *J Travel Med*, 26(2).
- Aizenberg, L.; Rodríguez, M. L. & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migr. Inter*, 8(1), 65-94.
- Almúa, F., & Aliprandini, P. (2018). La problemática de la integración sanitaria en la frontera Posadas, Argentina- Encarnación, Paraguay. *Miscelánea*, 6, 1-13.
- Andhes, Caref, Cels, Fccam, Iarpidi, Cdh Unla. (2016). *Todo en Sepia. Situación de los derechos humanos de las personas migrantes. Informe sobre la Argentina*. Buenos Aires: Mimeo.
- Ayala, G. & María, P. (2014). *Migración brasileña en el Paraguay: el caso "brasiguayos", las dificultades sociales y diplomáticas que acarrea*. . Tesis de grado, Instituto Latino-Americano de Economía, Sociedad, y Política (ILAESP), Foz de Iguazú.
- Bartolomé, M. A. (2003). Los pobladores del "desierto". Genocidio, etnocidio y etnogénesis en la Argentina. *Cuadernos de Antropología Social*(18), 1-15.
- Becerril-Montekio, V.; Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud en Argentina. *Salud Pública de México*, 53(suplem. 2), 96-108.
- Benencia, R. (2008). Migrantes bolivianos en la periferia de ciudades argentinas: procesos y mecanismos tendientes a la conformación de territorios productivos y mercados de trabajo. En S. (. Ovick, *Las migraciones en América Latina. Política, culturas y estrategias*. Buenos Aires: Catálogos.
- Blanco, C. . (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza editorial S.A.
- Bustamante, M., Ríos, P., & Galvani, F. . (2023). *Migración y envejecimiento: Seguridad de ingresos durante la vejez para la población refugiada y migrante en Colombia y Perú*. . Bogotá: HelpAge International.
- Cabieses, B. & Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev. Saúde Pública*, 54.
- Calle R., L. (2022). *Calidad de vida, percepción de salud y alteraciones del sueño en migrantes venezolanos*. Tesis de grado, Universidad Simón Bolívar , Carrera de Psicología, Caracas.
- Canelo, B.; Gavazzo, N. & Nejamkis, L. . (2008). Nuevas (viejas) políticas migratorias en la Argentina del cambio. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 18(1), 150-182.

- Cerrutti, M. . (2006). Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en Argentina. En E. (. Jelin, *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (págs. 15-32). Buenos Aires: Ides.
- Del Castillo- Fernández, D.; Brañes-Condorena, A.; Villacorta-Landeo, P.; Saavedra-García, L. et al. (2020). Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. *An. Fac. med.*, 81(4), 444- 452.
- Fantin, M., & Ponce, B. . (2015). Políticas de salud en áreas de frontera. El caso de Argentina y Paraguay. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc*, 11(2), 241-258.
- Ferrara, P. (2020). Assessing the Economic Burden of Disease in Migrants: The Diabetes Case in Northern Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7), 2250.
- Fidias, A. (2012). *El proyecto de Investigación Científica*. Caracas: Episteme.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Migración y Género*. Obtenido de Unicef: <https://www.unicef.org/lac/migraci%C3%B3n-y->
- García A & Creus E. (2016). (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- García A & Creus E. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- GDMAC. (24 de Septiembre de 2020). *Portal de Datos Mundiales sobre la Migración. Flujos migratorios internacionales*. Obtenido de <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/flujos-migratorios-internacionales>
- Jiménez R, C. . (2003). *¿Qué es la inmigración. ¿Problema y oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes? ¿Multiculturalismo o interculturalismo?* . Barcelona: R. B. A. Integral.
- Giorguli, S.; Angoa, M. & Lara-Castañeda, E. (2024). Percepción y autopercepción de la salud entre migrantes venezolanos en Colombia, Costa Rica y Chile. *Salud Pública de México*, 66(2), 182-190.
- Giovanella, L. (2013). *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Río de Janeiro: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud. Obtenido de <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>
- González G., G. & Tobar, F. . (2004). *Salud para los argentinos* . Buenos Aires : ISalud.
- González, A. & Tavernelli, R. . (2018). Leyes migratorias y representaciones sociales: el caso argentino. *Autoctonía Revista de Ciencias Sociales e Historia*(1), 74-91.
- Guizardi, M; López, E; Nazal, E; Valdebenito, F. . (2017). Fronteras, género y patriarcado. Discusiones teóricas para replantear el transnacionalismo

- migrante. *Límite*, 12(38), 22-38.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Indec. (2024). *Censo Nacional de Población y Vivienda. Migraciones. Resultados definitivos*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación- Indec. Obtenido de https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2024/01/censo2022_migraciones.pdf
- López, P. & Yurec M. (2017). El Estado de las promesas incumplidas: construcciones históricas y políticas desde el territorio y sus reconfiguraciones. El reduccionismo de Cambiemos. *Jornadas de Extensión y Ejercicio Profesional*.
- López, P. (2017). Prácticas culturales en el proceso de habitar el territorio en la periferia del Gran La Plata. El caso de los y los migrantes de Barrio Alegre, de Villa Elvira. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 3(1), 1-5.
- Macías, M., Ortega, G. y Azúa, M. (2023). Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador. *Journal Scientific MQRInvestigar*, 7(1), 1592-1612.
- Martens, J., & Veloso, R. (2019). Ilegalismos en contextos fronterizos entre Paraguay y Argentina. El caso de los combustibleros del Ñeembucú. *Rev. Soc.*, 24(2), 349-367.
- Mercosur. (2019). *Integración fronteriza*. Obtenido de <https://www.mercosur.int/logro-20-integracion-fronteriza/>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2022). *Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP)*. Buenos Aires. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/09/informe_sneep_argentina_2022.pdf
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s.f.). *Diabetes Prodiaba*. Obtenido de <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prodiaba/institucional/que-es-el-prodiaba/>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s/f). *Ministerio de Salud de la Provincia*. Obtenido de Red Bonaerense de Salud: <https://sistemas.ms.gba.gov.ar/redatencion/>
- Modolo, V. . (2009). La política de expulsión de extranjeros en Argentina. Continuidad o quiebre en la actual Ley de Migraciones. *Actas X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Catamarca*.
- Nano, M. (2017). El turismo médico en Argentina. *Cámara Argentina de Turismo*. Obtenido de <https://www.caturismomedico.org/el-turismo-medico-en-argentina-2/>
- OCDE- PNUD- BID. (2023). *¿En qué situación están los inmigrantes en América Latina y el Caribe? Mapeo de la integración socioeconómica*. Washington D. C. : Banco Interamericano de Desarrollo.

- OIM. (2013). Migrantes paraguayos en la Argentina. Población, instituciones y discursos. *Cuadernos Migratorios*(4), 160.
- OIM. (2019). Glosario sobre migración. *Derecho Internacional sobre Migración*, 34, 260.
- ONU. (2018). *Resolución 73/195. Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular*. Marrakech, Marruecos.
- OPS. (2023). *Mejor atención para las ENT. Iniciativa de la OPS para ampliar y acelerar la integración de servicios de ENT en la atención primaria de salud 2023-2030*. OPS.
- Orozco, Á. y Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Rev. colomb. psicol*, 24(1), 203-217.
- Parlamento del MERCOSUR. (s/f). *Acceso gratuito a la salud para migrantes del MERCOSUR en la agenda del PARLASUR*. Obtenido de <https://www.parlamentomercosur.org/innovaportal/v/15898/1/parlasur/acceso-gratuito-a-la-salud-para-migrantes-del-mercosur-en-la-agenda-del-parlasur.html>
- Pérez, B. (2014). Salud: entre la actividad física y el sedentarismo. *An Venez Nutr*, 27(1), 119-128.
- Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuenca T, Yuste-Gran C. et al. (2019). Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutri Hospit*, 36(1), 51-59.
- Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuenca T, Yuste-Gran C. et al. (2019). Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutri Hospit*, 36(1), 51-59.
- Restrepo, L. (2021). *El Ágora USB*, 21(1), 61-74.
- Sánchez, A., Pérez, A. y Bernis, A. (2020). La prevención de las enfermedades no transmisibles favorecida por el ejercicio físico terapéutico. *Revista Cubana de Medicina del Deporte y la Cultura Física*, 15(2).
- Santillán M, A. (2020). *Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles y el uso de los servicios de salud entre migrantes centroamericanos a su paso por México*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, Maestría en Salud Pública, San Luis de Potosí, México.
- Şat S, Aydınoç-Tuzcu K, Berger F. et al. (2021). Diabetes and Migration. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 129(S01), S106-S118.
- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial/Sociedad Argentina de Cardiología/Federación Argentina de Cardiología. (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev. Arg. Cardiol*, 86(2), 1-56.

Torres, E., & Arias, B. (2019). Envejecimiento y salud mental en contextos migratorios. *Enfermería Universitaria*, 16(1), 86-97.

Velasco, C.; Vinasco, A. M. & Trilla, A. (2016). Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Atención Primaria*, 48(3), 149-158.

Leyes:

Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración, N° 22.439 (1981). Ley Nacional de Migraciones N° 25.871 (2004).

Ley Provincial N° 15.164 (2019). Creación de Ministerios del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires.

Ley Provincial N° 11.620 (1995). Prodiaba.

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

Mediante este Consentimiento Informado acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Patricia Eugenia Gallardo, que lleva por título "Percepción sobre el acceso a los servicios de salud en una comunidad migrante paraguaya ubicada en el barrio de Villa Alegre- Villa Alba, Gran La Plata, provincia de Buenos Aires- Argentina". Se me indicaron los objetivos y propósitos del estudio, así como también me informaron que mi participación implica completar una encuesta autoadministrada que se me enviará por vía digital o presencialmente.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Se me informó que mi participación en este estudio es gratuita, así como también se me permitirá hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a través de e-mail: patriciaeugeniagallardo@gmail.com

Comprendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando el mismo haya concluido.

Acepto _____

No acepto _____

Anexo II. Encuesta estructurada

El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación para obtener el título de grado de Maestría en Sistema de Salud y Seguridad Social, por la Universidad ISalud. Consta de 24 preguntas que tienen por objetivo indagar sobre la percepción del estado de salud de personas migrantes de la comunidad y las barreras que tienen para el acceso a la atención médica. A tal efecto, se le agradece su colaboración en responder las preguntas. La encuesta es de carácter voluntaria y anónima y será manejada con absoluta confidencialidad y para fines estrictamente académicos. Se agradece su participación.

Señale con una X el ítem que corresponda con su caso en cada una de las preguntas.

1. Escriba su edad: _____

2. Indique su sexo:

Masculino _____ Femenino _____ Otro _____

3. Indique su estado civil:

Soltero/a _____ Casado/a _____ Viudo/a _____ Divorciado/a _____

Unión libre _____

4. Señale su nivel educativo:

Sin instrucción _____ Nivel primario _____ Nivel secundario _____

Nivel terciario/universitario _____

5. Indique su estatus migratorio:

Residente temporario _____ Residente permanente _____ Sin documento _____

6. Señale si padece alguna de estas enfermedades:

HTA _____ Diabetes mellitus _____ Enfermedad renal _____

Otra. ¿Cuál? _____

7. Indique si posee:

Obra Social _____ Prepaga _____

8. Señale su situación laboral:

Trabajador/a en relación de dependencia _____ Trabajador/a informal _____

Jubilado/a _____ Desempleado/a _____

9. Señale con una "X" la respuesta que se ajuste en su caso.

N°	Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Tengo buena disposición para asistir a las consultas y controles médicos				
2	Asisto periódicamente a los controles médicos.				
3	Mi salud por lo general es buena				
4	Generalmente me siento bien de salud				
5	Mi salud está por encima de otras cosas				
6	Me preocupo por mi estado de salud frecuentemente				
7	Dejo de lado otras cosas para asistir a consultas o controles médicos				
8	El centro de salud es muy lejos de donde vivo.				
9	El tiempo de viaje para asistir a las consultas médicas supera las 2 Horas				
10	La distancia para asistir al médico me resulta muy larga.				
11	Hay pocos medios de transporte para asistir al lugar de la consulta médica				
12	El horario de atención en el centro de salud es muy reducido.				
13	El tiempo de espera para el turno médico de control es muy largo				
14	Es muy difícil que me den un turno médico para control				

15	Tardo más de 2 horas para que me atiendan en el centro de salud.				
16	El médico o servicio que necesito tiene mucha demanda				
17	Recibo un trato amable y respetuoso de parte del personal de salud				
18	El servicio que me brindan es de calidad				
19	El personal de salud entiende mis necesidades				
20	Recibo atención gratuita				
21	Necesito tener residencia o documento para ser Atendido				

Anexo III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Meses 2023				Meses 2024	
	Feb-abr	may-jun	Jul-sept.	Oct-Dic.	Ener-marz	Abril-may
Fase de documentación teórica. Búsqueda de antecedentes Escritura del marco teórico.						
Escritura del marco teórico						
Fase de aplicación de encuestas						
Sistematización y análisis de las encuestas						
Elaboración de discusión y conclusiones						
Correcciones y entrega final						