

SALUD Y MIGRACIÓN REGIONAL

Ciudadanía, discriminación
y comunicación intercultural

Elizabeth Jelin (dir.)

Alejandro Grimson

Nina Zamberlin

Laura Mombello

Marcela Cerrutti

Sergio Caggiano

Lidia Abel



Índice

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos | 5 |
| Introducción | |
| Elizabeth Jelin | 7 |
| 1. Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina | |
| Marcela Cerrutti | 15 |
| 2. ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? | |
| <i>La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud</i> | |
| Elizabeth Jelin, Alejandro Grimson y Nina Zamberlin | 33 |
| 3. Los pacientes extranjeros en la mira | |
| Elizabeth Jelin, Alejandro Grimson y Nina Zamberlin | 47 |
| 4. Enfermedades de Estado(s). | |
| <i>Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera</i> | |
| Lidia Abel y Sergio Caggiano | 57 |
| 5. El acceso a la salud de los inmigrantes limítrofes en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén | |
| Laura Mombello | 91 |
| 6. Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. | |
| <i>La cercanía barrial y la acción institucional</i> | |
| Laura Mombello | 103 |
| Referencias bibliográficas..... | 117 |

Agradecimientos

Este informe incluye resultados de un proyecto de investigación realizado en el marco del Programa de Investigaciones Socioculturales que se desarrolla en el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). El proyecto se inserta dentro de un conjunto de investigaciones que se están realizando sobre migración de países limítrofes. En primer lugar, el subsidio PICT 2000-04/9969 de la ANPCyT para el proyecto “Los migrantes del Cono Sur en el espacio público: identidades diferenciadas y luchas por derechos ciudadanos”. En segundo lugar, el subsidio IM40 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación para el proyecto “Nuevas políticas étnicas en la Argentina. Un estudio en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. Además del apoyo de estas dos fuentes, este proyecto fue posible gracias al apoyo de la

Office of Population Research de Princeton University.

Para su realización, se organizó un equipo de trabajo que incluyó a Nina Zamberlin, Laura Mombello y Gabriela Binello, con la coordinación de Elizabeth Jelin y Alejandro Grimson. Sergio Caggiano, becario del proyecto PICT, con la colaboración de Lidia Abel, se hizo cargo del estudio de caso en la provincia de Jujuy. A todo/as ellos, a María Laura Taube, asistente de investigación en el proyecto, y a Mariela Ceva, nuestro agradecimiento.

Un agradecimiento especial para Marta Tienda, Directora de la Office of Population Research de Princeton University, por su confianza y generosidad. Los diálogos con Marta Tienda, además de su aliento y apoyo, fueron muy importantes al emprender este estudio sobre salud y migración. ■

La migración internacional ha sido y es un fenómeno que puede ser analizado en sus múltiples implicaciones: los cambios demográficos que provoca en lugares de origen y destino, su impacto en los mercados de trabajo, los múltiples procesos de contacto cultural involucrados, su vinculación con prácticas sociales de aceptación y discriminación, los procesos de reconocimiento y denegación de derechos. Este trabajo parte de este último tema, es decir, las cuestiones de igualdad o no de derechos entre distintos tipos de sujetos residentes en un país, tomando como eje un campo específico: el acceso y uso de servicios de salud. A través de ese prisma, sin embargo, necesariamente se tocan todas las otras dimensiones importantes del proceso migratorio. Estas páginas, entonces, analizan las condiciones de acceso al sistema público de salud por parte de inmigrantes bolivianos, paraguayos, peruanos y chilenos en la Argentina, así como las situaciones interculturales que se producen en el contexto del hospital y de la consulta médica que, de uno u otro modo, afectan a los migrantes y a la calidad de la atención médica.

¿Cuál es la importancia actual del tema en la Argentina? Si bien la presencia de los migrantes de países limítrofes en la Argentina se ubicó siempre entre el 2 y el 3% de la población, en las últimas décadas disminuyó la proporción de migrantes asentados en alejadas zonas de frontera y aumentó la proporción de migrantes en las grandes ciudades. Como se verá en este trabajo, esto trae consigo posiciones y visiones contras-

tantes en lo/as involucrado/as en el sistema de salud en la zona fronteriza estudiada (Jujuy) y el Área Metropolitana de Buenos Aires. Por otra parte, con el retiro social del Estado, el aumento de la desocupación y la precarización laboral, el sistema público de salud se ha visto sobrepasado, imposibilitado de atender toda la demanda que se le presenta. La escasez de recursos coloca en el centro del debate la cuestión de cómo distribuirlos y si deben o no tener prioridad quienes residen en el país o en áreas específicas (como lo muestra el análisis de la zona del Alto Valle y Neuquén). En este contexto, los derechos de lo/as extranjero/as son puestos en discusión en relación con los derechos de acceso de lo/as ciudadano/as argentino/as. En ese marco, la presencia de migrantes en el sistema de salud cobra una enorme visibilidad, lo cual a su vez acrecienta las críticas entre los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales. Antes de entrar en tema, sin embargo, es necesario describir someramente el sistema de salud prevaleciente en la Argentina.

El sistema de salud y el marco legal argentino referido al acceso a la salud de las personas extranjeras¹

El sistema de salud argentino está constituido por tres sectores: el sector público

1. Esta sección ha sido elaborada sobre la base de información recolectada y ordenada por Nina Zamberlin.

que se financia a través de las rentas generales y se rige por los principios de universalidad y equidad de la atención; el sector de las obras sociales, que es un sistema de protección de la salud obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia; y el sector privado cuyas prestaciones son solventadas a través de la contratación de sistemas prepagos o mediante pagos directos de los usuarios.

Se estima que en las áreas urbanas del país el sector público a través de sus hospitales cubre el 43% de la población. Si nos referimos exclusivamente a la población en situación de pobreza los datos muestran que tres cuartas partes de la población con ingresos insuficientes depende de la atención pública de la salud (SIEMPRO, 2001).

En la última década, la afiliación al sistema de obras sociales y al privado ha descendido notablemente como consecuencia de la desocupación, la subocupación, la precarización laboral y el empobrecimiento de grandes franjas de la clase media.² Esta situación redundó en un significativo aumento de la demanda en el sector público que, atravesado por una profunda crisis y con períodos de desabastecimiento de medicamentos e insumos básicos, llevó al Ministerio de Salud de la Nación a declarar la emergencia sanitaria a principios del año 2002.

La atención en las instituciones públicas de salud es gratuita. Sin embargo, debido a los problemas presupuestarios, muchos hospitales solicitan el pago de bonos "voluntarios". Cuando los pacientes cuentan con cobertura social o privada, la institución pública puede exigir al seguro u obra social correspondiente la compensación por los servicios prestados.

El sector público cubre los medica-

mentos para la atención de las personas incluidas en programas especiales como VIH/SIDA y oncológicos. Las obras sociales de trabajadores del sector público co-financian el costo de los fármacos en porcentajes variables y subsidian en su totalidad los medicamentos de baja incidencia y alto costo incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Las empresas prepagas también co-financian el costo de los medicamentos en alrededor del 50%.

El sistema de salud argentino está fundamentalmente orientado hacia la atención médica reparadora de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. Los hospitales generales de agudos cuentan con un servicio de urgencias que funciona las 24 horas y servicios de las diferentes especialidades que cuentan con consultorios externos e internación. Para recibir atención en cualquiera de los servicios (excepto urgencias) se debe obtener un turno programado. Pocas instituciones asignan turnos telefónicamente y las personas interesadas en obtener un turno deben hacerlo personalmente en la institución en el horario estipulado para ello. Algunos hospitales entregan diariamente –por orden de llegada– un cupo limitado de turnos, lo cual obliga a las personas a realizar largas filas desde la madrugada para poder acceder a uno. Asimismo, debido al exceso de demanda y la escasez de recursos humanos, la disponibilidad de turnos es limitada y con frecuencia el plazo de tiempo que transcurre entre la solicitud del turno y la fecha real de la consulta o el estudio puede ser prolongado, llegando en algunos casos a superar los 90 días.

Un componente clave del sistema de salud es la atención primaria de la salud (APS), que se basa en una visión integral de la salud que tiene en cuenta la influencia de los factores sociales, el entorno físico y la calidad de vida como determinantes del estado de salud de las personas. La APS comprende la asistencia sanitaria esencial y accesible a toda la población y constituye

2. Según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, la cobertura de las obras sociales y seguros privados en las áreas urbanas del país descendió del 62% al 56,5% entre 1997 y 2001 (SIEMPRO, 2003).

el primer contacto entre la comunidad y los servicios de salud. Sus principales actividades incluyen la educación para la salud, la prevención y el control de enfermedades, la promoción de la salud y el suministro de medicamentos e inmunizaciones.

Los centros de atención primaria cuentan con equipos interdisciplinarios (médicos/as generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y obstétricas) que llevan a cabo acciones de atención y prevención en conjunto con la comunidad, permitiendo un grado de cercanía interpersonal importante entre los habitantes y el agente de salud. En estos establecimientos se desarrollan talleres para la comunidad sobre diferentes temas, se entrega leche a mujeres embarazadas y niños/as menores de cinco años y se realizan visitas domiciliarias para la atención y el seguimiento de enfermedades o la detección de familias en riesgo. Por su localización en los barrios, sus espacios de participación y su interacción cercana con la comunidad, el acceso a la atención médica suele ser más fácil y directo en los centros de salud que en los hospitales.

El acceso y el uso de los servicios públicos de salud presentan dificultades que afectan a toda la población, inherentes a un sistema sobrecargado, con problemas presupuestarios y muchas veces mal administrado. Algunos ejemplos incluyen demoras prolongadas, escasez de insumos, recursos humanos insuficientes, infraestructura deficiente, cobro de bonos contribución y situaciones “desprolijas” en que se suele desarrollar la atención, que implican también condiciones de trabajo desventajosas para el personal hospitalario.

En cuanto al acceso de migrantes al sistema de salud, cabe recordar que la salud es un derecho humano básico. La República Argentina como estado firmante de los más importantes tratados internacionales sobre derechos humanos que han sido incorporados a la Constitución Nacional,³

no sólo reconoce el derecho a la salud y la obligación del Estado de adoptar acciones positivas para garantizarlo, sino que también se compromete a adoptar medidas genéricas e inmediatas destinadas a evitar la discriminación en el acceso a ese derecho (Cenicacelaya, 2003).⁴

Actualmente no existe en el país ninguna ley nacional que impida que las personas extranjeras reciban atención médica en las instituciones públicas de salud. La antigua ley de política migratoria (Nº 22.439) sancionada en 1981 durante la última dictadura militar y conocida como la “Ley Videla” –sumamente represiva y discriminatoria en su concepción– consideraba al inmigrante como un peligro para la seguridad nacional y el orden público, establecía un mecanismo de control al margen del derecho y negaba el acceso a los derechos fundamentales garantizados por la Constitución Nacional a todos los habitantes del país (Ceriani y Morales, 2004). La ley de facto establecía que todo funcionario público que tuviera contacto con inmigrantes en situación ilegal tenía la obligación de denunciarlos.⁵ Si bien no se prohibía en

3. Declaración Universal de Derechos Humanos; Declaración Americana de los Derechos del Hombre; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador).
4. El órgano de interpretación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hace un señalamiento específico acerca de la obligación de los Estados de respetar el derecho a la salud sin limitar o denegar el acceso igualitario de todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos o paliativos, incluyendo los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales.
5. “Las instituciones hospitalarias o asistenciales, ya sean públicas, nacionales, provinciales o municipales, o las privadas, cualquiera sea la forma y estructura que tengan, deberán exigir a los extranjeros que soliciten o a aquellos a quienes se les prestare asistencia o atención que acrediten identidad y justifiquen, mediante constancia hábil, su permanencia legal en la República. Cuando no lo posean –sin perjuicio de su asistencia o prestación– quedarán obligados a comunicar, dentro de las veinticuatro horas a la autoridad migratoria, los datos filiatorios y el domicilio de las mismas.”

forma expresa la provisión de la atención médica, ya que el texto de la ley aclaraba que la denuncia ante las autoridades migratorias se haría “sin prejuicio de su asistencia o prestación”, los médicos y demás profesionales de la salud, por ser funcionarios públicos, estaban obligados a denunciar a toda persona que no presentara su documentación en regla. Sin duda, la denuncia no se realizaba en todos los casos, y estaba sujeta en gran medida al criterio de las autoridades de cada institución.

La “Ley Videla” fue derogada a fines de diciembre de 2003 por el Congreso Nacional, que aprobó en su lugar la Nueva Ley de Política Migratoria (Nº 25.871, aún pendiente de ser reglamentada).⁶ La nueva ley modifica la relación entre Estado y los inmigrantes e implica un significativo avance en el reconocimiento de los derechos de esa población. Dicha ley establece que el Estado debe asegurar “el acceso igualitario de los inmigrantes a la protección y los derechos de los que gozan los nacidos en la Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social”. En lo que respecta al derecho a la salud, en su artículo octavo la nueva ley establece que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”. A su vez, especifica que “las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria” cuando las personas que solicitan atención no cuentan con la documentación en regla.

En el caso específico de la Ciudad Au-

tónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud (Ley Nº 153), sancionada en 1999, tiene por objeto “garantizar el derecho a la salud integral” y sus disposiciones “rigen dentro del territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires”. También, entre los derechos que enumera para “todas las personas en su relación con el sistema de salud y los servicios de atención” se incluye “la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religiosos, racial, de sexo, ideológico, político, [...] o de cualquier otro orden”. Por otro lado, la ley Nº 664, sancionada en septiembre de 2001, establece en su artículo 1º que “el acceso a los servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social que brinda la Ciudad de Buenos Aires es de carácter irrestricto. Ninguna limitación a su ejercicio podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social”.

Es preciso destacar que los cambios en la legislación que afecta a las personas inmigrantes son muy recientes e involucran procesos que aún no se han consolidado. Por ejemplo, para una de las autoridades de la Dirección Nacional de Migraciones consultada para este estudio, la falta de reglamentación de la nueva ley de política migratoria significa que deben regirse por la antigua ley. Por otra parte, en diferentes jurisdicciones del país aún perduran normativas que se condicen más con la Ley Videla que con la nueva ley. En la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, se encuentra en vigencia la Resolución Nº 2866/90 del Ministerio de Salud de la Provincia, que establece que “se impide el acceso a los servicios de salud a aquellos extranjeros con radicación permanente que no se han nacionalizado”, contradiciendo el contenido de acuerdos internacionales como la Convención sobre todas las Formas de Discriminación Racial y la propia Constitución Nacional. En este contexto,

6. Si bien la Ley Nº 25.871 a la fecha no ha sido reglamentada, se la puede considerar vigente debido a que otorga derechos que pueden considerarse exigibles desde el momento de su declaración.

podemos suponer que existe una gran confusión tanto por parte de las autoridades y prestadores de los servicios de salud que desconocen o aún no han asimilado las responsabilidades y obligaciones que dispone la nueva ley, como por parte de la población inmigrante que aún identifica a los servicios de salud como posibles denunciantes de su situación ilegal.

En el campo de la salud, al igual que en otros ámbitos, la existencia de leyes que regulan los derechos y las obligaciones de las personas y del Estado no implica necesariamente que estos se hagan efectivos en la práctica. En la Ciudad de Buenos Aires, de acuerdo con el marco legal descrito anteriormente, los extranjeros –cualquiera sea su estatus migratorio– cuentan con suficiente protección normativa para que sus derechos no sean vulnerados. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires recibe permanentemente denuncias por parte de personas extranjeras que se enfrentan a diversos tipos de discriminación al momento de solicitar atención médica en instituciones públicas. En general las denuncias se originan a partir de: 1) la negativa de las instituciones de salud a brindar atención médica debido a la situación migratoria de la persona (en algunos hospitales de la Ciudad los directores han emitido instrucciones operativas específicas para impedir la atención, más allá de las urgencias, de las personas que no presenten documentos); 2) la exigencia de documentación argentina para la realización de estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas o para la entrega de medicamentos; y 3) el cobro de las prestaciones. A raíz de ello, la Defensoría del Pueblo ha formulado una serie de resoluciones por medio de las cuales exhorta a las autoridades de los hospitales públicos a responder a las necesidades médicas del paciente discriminado y a brindar trato igualitario a los inmigrantes en todos los casos que requieran atención médica, independientemente de la com-

plejidad. Por otro lado, la Defensoría también recomendó al Ministerio de Salud de la Nación remover todos los obstáculos institucionales a fin de garantizar el acceso a tratamientos médicos a todas las personas que residen en el país (Cenicacelaya, 2003).

Otro caso que evidencia la contradicción que existe entre la normativa y la práctica es el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS (LUSIDA) regido por la Ley Nacional de Sida (N° 23798/90), que declara de interés nacional la detección, investigación, diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Esto significa la competencia del Estado en la promoción de la capacitación, requisitos de calidad y bioseguridad, sistema de información y suministro de medicamentos. El decreto reglamentario de esa ley establece que para la aplicación e interpretación de esa norma debe respetarse la Ley Antidiscriminatoria (N° 23.592), que prohíbe toda discriminación basada en el origen nacional de la persona. Sin embargo, existe evidencia de personas extranjeras enfermas de sida a quienes el Ministerio de Salud de la Nación ha negado la medicación y el tratamiento médico necesario por no tener el documento nacional de identidad o constancia de haber regularizado su situación migratoria, a pesar de tener hijos de nacionalidad argentina y siendo este un criterio por el cual se accede a la radicación permanente (Cerianni y Asa, 2002).

Estructura del Estudio

Para abordar empíricamente las cuestiones involucradas en el tema, en primer lugar se realiza un análisis sociodemográfico que permite ver las diferencias existentes entre la población nativa y los migrantes en relación a problemas de salud y atención. Cabe señalar que, dada la disponibilidad

de datos sobre el tema, el análisis se centra en el Área Metropolitana de Buenos Aires y en la propia Ciudad de Buenos Aires. En segundo lugar, trabajaremos de manera más cualitativa sobre diferentes aspectos vinculados a la interacción entre profesionales de la salud y migrantes. Por una parte, sobre la base de trabajo de campo en centros asistenciales del Área Metropolitana de Buenos Aires, presentamos un análisis de los discursos y las formas de percepción de los profesionales, mostrando distintos modos de conceptualizar a los migrantes. También analizamos las dificultades comunicativas y culturales que aparecen en la propia situación de consulta o frente a situaciones específicas como el parto y el posparto. En tercer lugar, se pasa al análisis de situaciones específicas fuera del ámbito de Buenos Aires, particularmente en Jujuy y Neuquén. Por último, se describen tres iniciativas –una comunitaria, una privada y una institucional– en las que la atención de la salud es conceptualizada desde una perspectiva de diálogo intercultural.

La investigación de campo realizada apuntaba a dilucidar tres cuestiones principales:

- 1) Las dificultades que se relacionan con la condición legal de inmigrante de la persona que solicita atención, que por lo general se manifiestan mediante trabas burocráticas y administrativas (requerimiento de DNI).
- 2) Las actitudes racistas y discriminatorias por parte de los prestadores. Estas actitudes tienden a justificarse mediante una percepción del extranjero como alguien que, en un contexto de escasez de recursos, “consume” servicios que le “corresponden” a un ciudadano local.
- 3) La forma en que las diferencias culturales afectan la relación entre los migrantes y los diferentes actores dentro del sistema de salud.

Adelantemos algunos resultados. ¿Cómo opera en el discurso médico, efectivamente, la generalización “inmigrantes”? Para los profesionales, la “no residencia” debería legalmente implicar (e implica muchas veces en la práctica) un acceso diferenciado a los recursos de salud. Sin embargo, muchas veces se considera “no residente” a personas que están residiendo sin haber podido acceder a legalizar su situación. Esta distinción, sociológicamente muy relevante, no aparece entre las categorías de clasificación de los médicos.

De todos los migrantes limítrofes, el migrante boliviano aparece como “el otro” más diferenciado, con características propias (lenguaje, vestimenta, costumbres) y rasgos fenotípicos determinados. Los profesionales denuncian como abuso del sistema a los extranjeros que vienen a atenderse a la Argentina. Hablan de los “charters” de inmigrantes, refiriéndose especialmente a paraguayos y bolivianos como casos problemáticos. En cambio, cuando se refieren a la diferencia cultural, todos los ejemplos se refieren a los bolivianos o, mejor dicho, a las bolivianas. El peso de las mujeres en los ejemplos de los médicos se explica en gran parte por el tipo de servicio analizado (obstetricia), pero también es posible que se vincule al papel específico de las mujeres dentro de la colectividad boliviana como agentes específicos de una continuidad cultural.

La información recogida muestra que las relaciones entre los migrantes y el sistema de salud son conflictivas y tensas y que abarcan dimensiones culturales, económicas, administrativas, de política pública, de relaciones internacionales y de derechos humanos.

Sin embargo, a pesar de la crisis y las deficiencias en algunos aspectos de la calidad de la atención, hay en el sistema de salud argentino quienes realizan esfuerzos por satisfacer las necesidades de salud de todos los habitantes, incluyendo los migrantes. Sin perjuicio de destacar los cambios positi-

vos en la legislación que afecta a los inmigrantes que han tenido lugar recientemente, es preciso notar que, con frecuencia, en la práctica las disposiciones legales no se respetan. Al respecto, parece claro que la atención de urgencias no se le niega a nadie. Distinta es la situación cuando las personas extranjeras que no cuentan con DNI tienen necesidades que trascienden la consulta ambulatoria o la atención de urgencias y requieren cirugías, tratamiento de enfermedades crónicas, entrega de medicamentos o prótesis. En estos casos la respuesta varía según la institución, y en general implica largos procesos burocráticos.

En el discurso de los profesionales aparecen posturas contradictorias. Por un lado están los que sobre la lógica de la escasez de recursos plantean la necesidad de frenar el acceso de los migrantes a las instituciones públicas de salud, mientras que otros consideran que se debe fomentar el acceso de los migrantes a las instituciones de salud para evitar la propagación de enfermedades que, tarde o temprano, repercutirán sobre el sistema de salud.

El paciente migrante no es un paciente considerado fácil. Por lo general es un paciente que por su historia y las condiciones en las que vive presenta un estado de salud deteriorado. Cabe preguntarse si no hay problemas propios de la pobreza que son adjudicados por los médicos a la nacionalidad. A esto se suman las dificultades en la comunicación, que limitan la posibilidad de llegar a un diagnóstico preciso. Generalmente, las dificultades mutuas son adjudicadas por los médicos a los migrantes como dificultades comunicativas de ellos. En cualquier caso, ciertamente la consulta demanda más tiempo, esfuerzo y paciencia por parte del profesional.

La relación médico-paciente es de por sí una relación desigual y vertical donde el médico es el depositario del saber y el paciente necesita confiar en él. A esto se le suman las diferencias de clase y de género que se acentúan aún más en el caso de pacientes migrantes de bajos recursos. Entonces, la relación entre el profesional de la salud y el paciente migrante está atravesada por la desconfianza mutua.

Las dificultades comunicacionales son entendidas principalmente como producto de diferencias en el idioma o deficiencias en la capacidad intelectual de los migrantes para interpretar mensajes e indicaciones. El esfuerzo de los profesionales parece estar más en lograr que los pacientes entiendan sus indicaciones, que en que ellos mismos entiendan lo que le sucede al paciente. En este punto, es claro que el sistema de salud tradicional responde a un modelo etnocéntrico que no permite conductas y prácticas diferentes a la norma.

Las iniciativas comunitarias y privadas que surgen con el propósito de crear instituciones más accesibles y modelos de atención que se adaptan y comparten los códigos de una determinada comunidad de migrantes, identifican la diferencia cultural como un problema que apuntan a resolver. Estas opciones parecen satisfacer mejor las necesidades de esa población. Sin embargo, es probable que muchas personas no puedan pagar la consulta privada, aun cuando los aranceles son bajos. Por otro lado, tanto los policlínicos como los centros de salud se limitan a la consulta ambulatoria y cuando el paciente requiere internación o estudios especiales indefectiblemente deberá recurrir al hospital público. ■

1

Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina¹

Marcela Cerrutti*

1. Introducción

La problemática de la salud y del acceso y uso de servicios de salud por parte de los migrantes limítrofes ha estado prácticamente ausente en la agenda de investigación sobre migración internacional en nuestro país. En contraste con los numerosos estudios realizados tanto sobre aspectos demográficos, como sociales y culturales, sólo recientemente han comenzado a desarrollarse investigaciones sobre salud y migración. La carencia de estudios tanto sobre los aspectos epidemiológicos relacionados con los movimientos migratorios, así como sobre los problemas de salud y el acceso a recursos de salud de los migrantes se debe, en gran medida, a la falta de fuentes de información apropiadas para su estudio.

El presente trabajo tiene como propósito general describir, mediante datos a nivel nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, las diferencias existentes en la prevalencia y atención de problemas de salud, en el acceso a sistemas públicos y privados de atención médica, y en los cuidados preventivos de la salud entre migrantes limítrofes (incluyendo también a los provenientes del Perú) y la población nativa argentina.

Si bien en la Argentina la literatura sobre migración internacional y salud es escasa, a nivel internacional se han realizado una serie de estudios que abordan aspectos específicos de dicha relación. Uno es el de la transmisión o adquisición de enfermeda-

des a consecuencia del proceso migratorio. Otro es el de los problemas de salud de los migrantes generados a partir del propio proceso migratorio. Un tercer aspecto es el de las diferencias en los perfiles de morbilidad de las poblaciones nativas e inmigrantes derivadas de pautas sanitarias y de consumo diferentes, así como del desigual acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la temática de la transmisión o adquisición de enfermedades como consecuencia del proceso migratorio, los estudios efectuados en otros contextos establecen que el movimiento de personas entre países constituye un agente potencial de transmisión de enfermedades infecciosas, tales como la malaria, hepatitis B, tuberculosis, dengue, y enfermedades infecciosas de transmisión sexual, en particular HIV/SIDA (Stroot, 1989; Prothero, 1984; Martens y Hall, 2000; WHO, 1996; Wilson, 1995). Sin embargo, los estudios también sostienen que la relación entre migración y transmisión de enfermedades no es sencilla de establecer, ya que para que los movimientos espaciales de personas se constituyan en una fuerza de transmisión de enfermedades deben darse también una serie de condiciones en las sociedades de destino (Wilson, 1995). Por ejemplo, epidemias de dengue o de fiebre amarilla no pueden aparecer en zonas geográficas en donde no esté presente el vector transmisor, es decir los mosquitos competentes pa-

1. Este trabajo contó con la asistencia de Matías S. Bruno.

ra propagar la enfermedad. Asimismo, la introducción y persistencia de un parásito en una nueva área geográfica no implica necesariamente que la enfermedad se vaya a propagar entre otros humanos, ya que depende en gran medida de las condiciones sanitarias reinantes en la sociedad de destino. En síntesis, la probabilidad de transmisión implica un conjunto de variables biológicas, sociales y medioambientales.

En cuanto a los problemas de salud de los migrantes derivados del cambio de sociedad y estilos de vida, los estudios realizados señalan que las enfermedades se producen fundamentalmente debido al estrés y a la baja de defensas. El hecho de tener que afrontar una nueva y desconocida situación genera incertidumbres y ansiedades que se expresan en el nivel somático. Al respecto, Phrotero (1994) sostiene que a pesar de los mecanismos de contención ofrecidos por las redes sociales en las sociedades de destino, los migrantes recientes sufren considerablemente cuando provienen de sociedades pequeñas y homogéneas (en especial las rurales) y deben adaptarse a grandes metrópolis, impersonales y socialmente heterogéneas.

La literatura también ha abordado la temática de las diferencias en las pautas sanitarias de poblaciones nativas y migrantes y del estado de salud de los migrantes en comparación con los nativos (Hajat et al., 2000; Kuo y Porter, 1998). En Italia, por ejemplo, un estudio mostró una incidencia de tuberculosis prácticamente ocho veces más alta entre migrantes recientes de países subdesarrollados que entre los nativos. La detección de la enfermedad, contraída en los países de origen, tenía lugar a partir de la manifestación de síntomas. El estudio también señalaba que la transmisión de tuberculosis en la población nativa sólo ocurría de manera episódica (Codecasa et al., 1999). Resultados similares también fueron encontrados en Inglaterra y Gales, en donde alrededor de la mitad de los casos detectados de tuberculosis fueron en per-

sonas nacidas en el exterior (Hardie y Watson, 1993). En los Estados Unidos la tasa de tuberculosis en el año 1989 en la población nativa fue más de diez veces inferior a la de personas nacidas fuera de dicho país (MMWR, 1990).

Otro aspecto que ha concitado el interés de los estudios sobre migración internacional y salud es el de las diferencias en las pautas de consumo de alimentos y, por lo tanto, en la nutrición de nativos e inmigrantes. En Noruega se encontró que la enorme mayoría de niños con anemia tratados en un hospital pediátrico eran hijos de padres provenientes de países subdesarrollados. La explicación encontrada al fenómeno fue el alto consumo de leche de vaca entre dichos niños y de bebidas azucaradas (Brunvand y Sander, 1993). En este sentido, Wandel (1993), en su estudio realizado también en Noruega, encontró que los inmigrantes del Tercer Mundo tenían una probabilidad superior de adquirir enfermedades tanto debido a deficiencias alimenticias (por ejemplo, anemia) como debido a la sobrenutrición (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares). En Suecia, se comparó el estado de salud (tanto objetivo como subjetivo) de nativos y de inmigrantes europeos (fundamentalmente de la ex Yugoslavia) diabéticos. Los migrantes reportaron tener mayores problemas de salud que los nativos, aunque esto se debió a las diferencias en los niveles económicos y no a su condición de migración. Nativos e inmigrantes difieren significativamente tanto en las creencias acerca de la salud y la enfermedad como en los conocimientos sobre las funciones del cuerpo y la diabetes (Hjelm, 1998).

También en cuanto a las diferencias en las pautas sanitarias y de cuidado de la salud, una serie de trabajos realizados en los Estados Unidos examinan la relación entre la condición de migración de los niños y su vacunación. En general los trabajos muestran que los niños inmigrantes tienen una tasa de vacunación inferior que los niños

nativos, en particular en prevención de la hepatitis B y de la *Haemophilus influenzae* tipo B (Findley, Irigoyen y Schulman, 1999; Wood et al., 1995). La más baja tasa de vacunación entre los inmigrantes se debe en gran medida a la condición socioeconómica de los migrantes y no a su falta de aculturación a la sociedad de destino (Anderson, Wood y Scherbourne, 1997).

En cuanto a la problemática del uso de recursos de salud, una de las áreas de interés en los Estados Unidos ha sido la relación entre acceso a recursos públicos de salud como motivación de la migración ilegal. El cuestionamiento es si el fácil acceso a recursos sanitarios es una de las motivaciones del flujo de personas indocumentadas hacia los Estados Unidos. Berk et al. (2000) analizan esta cuestión mediante una encuesta efectuada con inmigrantes latinos indocumentados. Este equipo encontró que el principal motivo declarado por los propios migrantes para emigrar fue buscar trabajo y no hacer uso de servicios públicos en la sociedad de destino. El estudio muestra que tanto la tasa de hospitalización como la de consultas ambulatorias de los migrantes ilegales son similares a la de los migrantes legales y a la de los nativos. La única excepción es la de la hospitalización para el parto. Casi la mitad de las mujeres casadas indocumentadas han tenido un hijo en los Estados Unidos. El estudio concluye que restringir los servicios públicos a los inmigrantes indocumentados como forma de restringir la inmigración no tendrá el efecto deseado.

En los Estados Unidos el nivel de cobertura médica, es decir del número de personas con seguro médico, entre los extranjeros (en particular los hispanos) que tienen menos de 15 años de residencia es significativamente más bajo que el de migrantes más antiguos o que los nativos (Thamer et al., 1997). A modo de ejemplo, dicho estudio estimó que controlando por una serie de variables, la probabilidad de que hispanos con menos de cinco años

de residencia en los Estados Unidos tuvieran seguro médico era cinco veces más baja que la de los nativos.

Finalmente, en cuanto a la salud reproductiva, las investigaciones realizadas señalan que las principales dificultades que tienen los migrantes se vinculan a las diferencias en las actitudes y comportamientos reproductivos propios y los dominantes en la sociedad de destino y a las dificultades en acceder a recursos sanitarios en el área. La falta de información sobre programas de planificación familiar como de salud reproductiva en general repercute negativamente en la salud de las mujeres migrantes. Los patrones de fertilidad y los comportamientos contraceptivos derivados de dichos patrones pueden ser modificados debido a la migración. No sólo debido a los cambios de valores sino también a las modificaciones en los comportamientos demográficos. La migración altera los tiempos del casamiento, genera separaciones y pospone el nacimiento de los hijos.

Lamentablemente, como se dijera en un comienzo para el caso argentino, la preocupación por los problemas de salud, el acceso y uso de los servicios de salud, así como por el trato y la atención recibida por los migrantes en su contacto con los sistemas de salud es incipiente. Un estudio realizado con datos relevados en dos distritos de Paraguay y con paraguayos provenientes de los mismos distritos, que residen en Buenos Aires, mostró que sólo una minoría de migrantes paraguayos esgrimió problemas de salud como motivo para emigrar y que se trató fundamentalmente de mujeres (Cerrutti y Parrado, 2001). También puso en evidencia que la prevalencia de problemas crónicos de salud era similar entre paraguayos con y sin experiencia migratoria a la Argentina y que en Paraguay la demanda supera en forma significativa la capacidad de la oferta de servicios públicos de calidad. En este sentido, en Paraguay muchas de las personas con problemas crónicos de salud han tenido

que costear de sus propios bolsillos la atención necesaria, aun la obtenida en hospitales públicos. En la Argentina, contrariamente, los migrantes paraguayos acuden fundamentalmente a hospitales públicos y centros de salud.

El presente estudio aborda algunos de los aspectos vinculados a la migración internacional y salud, en particular examina las diferencias existentes en problemas y estado de salud, acceso y uso de los sistemas de salud y conductas preventivas y de riesgo para la salud entre nativos y migrantes en la Argentina.

2. Datos y métodos

Para realizar este diagnóstico se utilizan tres fuentes de datos relevadas en distintos momentos en el tiempo y con diferente cobertura geográfica. Por un lado, se emplean la Encuesta de Desarrollo Social de 1997 (EDS) y la Encuesta sobre Calidad de Vida de 2001 (ECV). Ambas fuentes fueron relevadas por el SIEMPRO, de la Secretaría de Desarrollo Social, y tienen una cobertura a nivel nacional.² Por el otro, se utilizan también datos de la Encuesta Anual de Hogares 2002, relevada por la Dirección General de Estadística del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Estas fuentes permiten analizar las diferencias entre nativos e inmigrantes en una serie de aspectos tales como: a) la percepción de malestar o problemas de salud

recientes; b) enfermedades crónicas; c) la atención médica recibida; d) internación en los últimos 12 meses; e) el lugar en donde se realizó la última consulta; f) la cobertura de salud; g) aspectos vinculados a la salud reproductiva de las mujeres (periodicidad de exámenes ginecológicos); y h) conductas de riesgo y preventivas (como conocimiento sobre HIV/SIDA, uso de tabaco, y ejercitación periódica).

Debido a las importantes diferencias que establece tanto el sexo como la edad en la prevalencia de problemas de salud y en el acceso a los sistemas de salud, la comparación entre nativos y migrantes limítrofes³ se realiza fundamentalmente para la población de 15 años y más, distinguiendo a varones y mujeres. Asimismo, se incluyen algunas descripciones específicas para los menores de 15 años, distinguiendo quienes tienen menos de 5 años y quienes tienen entre 5 y 14 años de edad.

Debido a que la población migrante tiene una composición tanto socioeconómica como demográfica diferente a la nativa, se realizan análisis multivariados. Más específicamente, se presentan resultados de modelos de regresión logística binomial que estiman tanto la probabilidad de experimentar problemas de salud como de tener acceso a diferentes sistemas de atención manteniendo constantes los efectos de variables tales como el sexo, la edad y el nivel educativo.

3. Breve descripción sociodemográfica

Como se mencionó anteriormente, los nativos y los migrantes limítrofes se distinguen en una serie de rasgos sociodemográficos. Al nivel nacional, y de acuerdo con los datos provistos por la EDS de 1997, los nativos representan el 95% de la población total del país y los migrantes limítrofes constituyen el 3,2% de la población

2. Se utilizaron dos fuentes a nivel nacional, ya que presentan algunas diferencias en la información relevada. Para los aspectos comunes relevados en ambas encuestas, se optó por utilizar a la EDS 1997, ya que no se encuentra afectada por el efecto de la crisis de 2001. La ECV fue empleada en el caso de variables que no fueron contempladas en la EDS 1997.

3. A los fines prácticos, de aquí en adelante se entiende por población limítrofe aquella proveniente de Bolivia, Chile, Uruguay, Paraguay y Brasil y se incluye también a la población proveniente del Perú.

Cuadro 1. Proporción de migrantes en el total de población

| País de origen | Censo 2001 | EDS 1997 | EAH 2002 |
|----------------|------------|----------|----------|
| Bolivia | 23,1 | 19,8 | 25,8 |
| Brasil | 3,4 | 3,8 | 2,7 |
| Chile | 21,0 | 24,8 | 5,7 |
| Paraguay | 23,1 | 32,3 | 26,3 |
| Uruguay | 11,6 | 16,2 | 21,0 |
| Perú | 8,7 | 3,1 | 18,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 1.011.475 | 932.453 | 160.448 |

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2001; EDS 1997 y EAH 2002.

Cuadro 2. Distribución de la población por grupos de edad según origen (EDS, 1997)

| Grupos de Edad | Argentina | | Ciudad de Buenos Aires | |
|----------------|-----------|------------|------------------------|-----------|
| | Migrantes | Nativos | Migrantes | Nativos |
| < de 5 años | 1,4 | 9,5 | 1,7 | 7,2 |
| 5 a 14 | 6,7 | 19,8 | 6,8 | 13,0 |
| 15 a 24 | 10,5 | 19,2 | 15,7 | 16,7 |
| 25 y 64 | 69,5 | 43,2 | 67,0 | 48,2 |
| 65 y más | 11,9 | 8,4 | 8,8 | 14,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 932.453 | 28.492.198 | 160.448 | 2.413.674 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997 y Encuesta Anual de Hogares, 2002, DGE-GCBA.

total.⁴ Las proporciones de varones y mujeres son bastantes similares en ambas poblaciones. Sin embargo, en la Ciudad de Buenos Aires, tanto entre los nativos como entre los migrantes, la proporción de mujeres sobrepasa a la de los varones (58,5% y 53,6%, respectivamente).

En la Ciudad de Buenos Aires, siguiendo los datos que arroja la Encuesta Anual de Hogares 2002 (EAH 2002), la proporción de migrantes limítrofes y del Perú es relativamente superior que a nivel nacional (el 6% de la población de la ciudad). El Cuadro 1 muestra la distribución de los migrantes limítrofes según el último Censo Nacional de Población de 2001, la EDS de 1997 y la EAH 2002 (Ciudad de Buenos Aires).

Como es de esperar, dada la selectividad migratoria, los perfiles por edad de los migrantes y los nativos difieren en forma significativa tanto a nivel nacional como

en la Ciudad de Buenos Aires. En ambos casos, la proporción de niños entre los nativos supera ampliamente a la de los migrantes (véase Cuadro 2). Sin embargo, y dadas las marcadas diferencias en la estructura por edad de la población nacional y la capitalina, la proporción de adultos mayores entre los migrantes en comparación con los nativos es mayor a nivel nacional y menor en la Ciudad de Buenos Aires.

Los migrantes limítrofes también se distinguen de los nativos por tener más bajos niveles de educación formal tanto a nivel nacional como para la ciudad capital. Para la población de 15 años y más del total del país la proporción de quienes nun-

4. Esta proporción es algo superior a la que arroja el último Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001.

Cuadro 3. Nivel educativo alcanzado según origen, mayores de 14 años (EDS, 1997)

| Nivel educativo | Migrantes | Nativos | Total |
|---------------------------|-----------|------------|------------|
| Nunca asistió | 3,9 | 1,6 | 1,7 |
| Primario incompleto | 21,5 | 13,8 | 14,1 |
| Primario completo y más | 74,6 | 84,6 | 84,2 |
| Secundario completo y más | 23,7 | 33,1 | 32,8 |
| Superior incompleto y más | 9,0 | 19,9 | 19,5 |
| Total | 854.296 | 20.076.389 | 20.930.685 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

ca asistieron a una institución educativa o no completaron la escolaridad primaria es del 25,4% entre los migrantes limítrofes, mientras que entre los nativos es del 15,4% (Cuadro 3). Contrariamente, quienes al menos completaron la escolaridad secundaria constituyen una proporción mayor entre los nativos (33,1% *versus* 23,7%). Finalmente, en cuanto el acceso a la educación superior se observa que la proporción que al menos logró acceder a dicho nivel es el doble entre los nativos en comparación a sus pares migrantes.

Las disparidades entre nativos y migrantes son aún mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Si bien en ambas poblaciones más de un 90% completó la escolaridad primaria, la proporción de quienes al menos completaron la secundaria es muy superior entre los nativos que entre los migrantes (64,8% *versus* 48%).

En síntesis, los migrantes limítrofes se caracterizan por tener una mayor proporción en edades adultas centrales y niveles educativos algo inferiores a los de la población nativa, tanto a nivel nacional como en el caso específico de la Ciudad de Buenos Aires.

4. Problemas de salud

4.1. Malestar, enfermedad o accidente experimentados durante el último mes

El primer interrogante que se plantea en esta sección es si existen diferencias significativas en la prevalencia de problemas recientes de salud entre nativos y migrantes limítrofes. A nivel nacional, la EDS indaga sobre malestares, enfermedades o accidentes experimentados en los 30 días previos a la encuesta y sus datos permiten establecer que la proporción de quienes han sufrido este tipo de problemas es bastante similar entre ambos grupos, aunque levemente superior entre los migrantes (28,3% *versus* 24,3%, respectivamente) (véase Cuadro 4). Al considerar separadamente varones y mujeres, surge que las diferencias encontradas para el total tienen lugar casi con exclusividad entre las mujeres. Son las mujeres migrantes quienes han experimentado problemas de salud con mayor frecuencia que sus pares nativas (34,5% *versus* 27,4%).

El tiempo de residencia en nuestro país de los migrantes limítrofes tiene un efecto que vale la pena destacar. Son los migrantes con un mayor tiempo de residencia en la Argentina (más de 10 años) quienes manifiestan en mayor proporción haber experimentados problemas de salud en las últimas cuatro semanas en com-

Cuadro 4. Haber experimentado malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días según origen y sexo

| | Migrantes | | | Nativos | | |
|-------|-----------|---------|---------|-----------|------------|------------|
| | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer | Total |
| Sí | 21,7 | 34,5 | 28,3 | 20,9 | 27,4 | 24,3 |
| No | 78,3 | 65,5 | 71,7 | 79,0 | 72,6 | 75,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 412.999 | 443.820 | 856.819 | 9.482.530 | 10.669.052 | 20.151.582 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

paración con aquellos que llevan menos tiempo en el país (29,6% *versus* 20,5%). Si bien esta mejor condición relativa en el estado de salud entre los migrantes recientes podría ser indicativa de un proceso de selectividad migratoria, es más claramente el producto de la diferencia de edad entre ambos grupos de migrantes. Dado que los migrantes recientes son más jóvenes, es de esperar que experimenten con menor frecuencia problemas de salud que los más antiguos con una edad promedio superior.

Ahora bien, debido a las diferentes composiciones sociodemográficas de los grupos y sus potenciales efectos en la salud, se estimó un modelo de regresión logística que controla por lugar de nacimiento y tiempo de residencia en la Argentina, el sexo, la edad y el nivel educativo (como un *proxy* de nivel socioeconómico) y predice la probabilidad de haber experimentado un problema de salud en el último mes.

El Cuadro 5 muestra en primer lugar que una vez que se mantienen constantes los efectos de la edad, el sexo y el nivel educativo, la probabilidad de haber experimentado problemas de salud recientes no aparece afectada por la condición migratoria y por el tiempo de residencia en el país. Si bien los coeficientes denotan que los migrantes recientes tendrían una probabilidad inferior de haber experimentado un problema de salud, el resultado no es estadísticamente significativo. Cabe señá-

lar que dicha probabilidad sí se asocia fuertemente al sexo, la edad y el nivel educativo (como *proxy* de nivel socioeconómico) de los individuos. Así, son los varones, los jóvenes y las personas que al menos completaron el nivel medio quienes tienen las probabilidades más bajas de haber experimentado recientemente problemas de salud.

A quienes manifestaron haber tenido algún malestar de salud, también se les preguntó si efectuaron una consulta y con qué especialista. Nuevamente no se detectaron importantes diferencias entre la proporción de migrantes y nativos que efectuaron una consulta (88,4% y 87,7%, respectivamente) (véase Cuadro 6). Asimismo, la mayoría en ambos grupos consultó al médico, odontólogo o psicólogo. Este resultado es interesante, ya que indica que aparecido un problema de salud, nativos y migrantes buscan atención médica en la misma proporción. Cabe señalar finalmente que luego de la consulta, al 80,9% de los migrantes y al 81,6% de los nativos le indicaron medicamentos.

Al virar la atención a los menores, la información a nivel nacional muestra una situación algo paradójica. Entre los más pequeños (menores de 5 años) los nativos son quienes se encuentran en relativa desventaja respecto de los migrantes, ya que en una mayor proporción han experimentado malestar, enfermedad o accidentes en los últimos 30 días (35,8% *versus* 27,1%, respecti-

Cuadro 5. Razón de probabilidades de haber experimentado un problema de salud en el último mes

| Variables | Exp (B) |
|---------------------------------|----------------|
| Sexo | |
| Varón | 0,699 a |
| Lugar de nacimiento | |
| Nativos | |
| Migrantes recientes (< 10 años) | 0,857 |
| Migrantes antiguos | 1,042 |
| Grupos de edad | |
| Entre 15 y 34 años | |
| Entre 35 y 49 años | 1,436 a |
| Entre 50 y 64 años | 2,016 a |
| Más de 65 años | 2,866 a |
| Nivel educativo | |
| Secundario completo y más | 0,883 a |
| -2 Log likelihood | 51048,924 |
| Chi Square | 1551,063 |
| Grados de libertad | 7 |

Sig: a < 0,01, b < 0,05, c < 0,10.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

22

Cuadro 6. Consulta por malestar según origen y sexo (EDS 1997)

| A quién consulta por malestar | Migrantes | | | Nativos | | |
|-------------------------------|-----------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer | Total |
| Médico/odontólogo/ psicólogo | 73,7 | 79,9 | 77,6 | 71,4 | 79,5 | 76,2 |
| Enfermero | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0,1 | 0,2 |
| Farmacéutico | 0,2 | 0,9 | 0,6 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| Curandero | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Vecino/amigo/ familiar | 0,5 | 0 | 0,2 | 1,0 | 0,3 | 0,6 |
| Otro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,2 |
| No consultó | 25,6 | 19,2 | 21,6 | 26,6 | 19,4 | 22,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 89.784 | 152.993 | 242.777 | 1.982.741 | 2.920.107 | 4.902.848 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

vamente).⁵ En cambio entre los niños de 5 a 14 años la relación se invierte de modo significativo y son los migrantes quienes han experimentado problemas en mayor proporción (33,1% *versus* 17,6%). Una posible interpretación de esta evidencia es que al tratarse de niños migrantes en edad escolar tal vez estén expuestos a un mayor nivel de estrés en su vida cotidiana los niños extranjeros o hijos de migrantes. Estas diferencias merecerían ser estudiadas de una forma más sistemática y en mayor profundidad en el futuro.

Para la Ciudad de Buenos Aires, la EAH que fue relevada cinco años después indica que los migrantes limítrofes han efectuado alguna consulta médica en los últimos meses en menor proporción que los nativos (57,4% *versus* 64,7%).⁶ El análisis multivariado para predecir la probabilidad de haber efectuado una consulta mostró, al igual que para la población total, que los varones y los jóvenes son quienes tienen las chances más bajas de haber consultado a un médico. Sin embargo, y a diferencia de lo observado para el promedio nacional, los migrantes recientes muestran una probabilidad más baja (20% inferior) de haber efectuado una consulta en comparación con sus pares nativos.⁷

4.2. Problemas crónicos de salud

A nivel nacional, una mirada descriptiva de la información referida a padecer enfermedades que requieren tratamiento arroja que migrantes manifestaron tener este tipo de problemas en una leve mayor proporción que los nativos (27,7% *versus* 23,7%, respectivamente). A su vez, tanto entre migrantes como entre nativos, son las mujeres quienes declaran con mayor frecuencia tener problemas crónicos de salud. Ahora bien, al considerar el tiempo de llegada de los migrantes limítrofes se encontró, como era de esperar debido a su mayor edad promedio, que los migrantes con mayor tiempo de re-

sidencia en la Argentina son los más proclives a tener enfermedades crónicas.

Los resultados de un modelo multivariado de regresión logística que predice la probabilidad de tener problemas crónicos de salud, manteniendo constante el sexo, la edad y el nivel educativo muestran, que si bien existe una asociación importante entre la condición migratoria y los problemas crónicos de salud, esta es algo diferente a lo que muestran los datos descriptivos (Cuadro 7). Son los migrantes con una antigüedad inferior a los 10 años en la Argentina quienes tienen las menores chances de sufrir enfermedades crónicas (una chance 60% inferior a la de los nativos). Asimismo, al controlar por las restantes variables, los migrantes con mayor antigüedad tienen ahora una probabilidad algo menor (10% menor) respecto a los nativos. Vale la pena mencionar que nuevamente son los varones, los jóvenes y las personas con niveles de educación elevados quienes tienen menores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas.

Los resultados abonan la tesis de una selectividad de la migración, dicho de otro modo, los migrantes que se incorporan a la sociedad argentina gozan de buena salud, ya que de otra forma no hubieran decidido emigrar. Por otra parte, estas evidencias relativamente fragmentarias también estarían indicando que la presión que los migrantes residentes en nuestro país ejercen sobre los sistemas de salud que atienden dichas enfermedades sería más baja que en el caso de la población nativa.

5. Cabe señalar, sin embargo, que el grupo de niños menores de 5 años es en la muestra bastante pequeño, por lo que las estimaciones pueden tener un grado de variación alto.
6. Cabe señalar que en este caso la pregunta fue diferente, ya que se solicitaba a los entrevistados que indiquen si habían efectuado una consulta médica en los últimos meses sin especificar el período.
7. Por razones de espacio no se incluyen los tabulados correspondientes a la Ciudad de Buenos Aires, los cuales pueden ser solicitados a la autora.

Cuadro 7. Razón de probabilidades de sufrir una enfermedad crónica

| Variab les | Exp (B) | |
|------------------------------------|----------------|---|
| Sexo | | |
| Varón | 0,691 | a |
| Lugar de nacimiento | | |
| Nativos | | |
| Migrantes recientes (< de 10 años) | 0,402 | a |
| Migrantes antiguos | 0,895 | c |
| Grupos de edad | | |
| Entre 15 y 34 años | | |
| Entre 35 y 49 años | 2,25 | a |
| Entre 50 y 64 años | 5,61 | a |
| Más de 65 años | 12,048 | a |
| Nivel educativo | | |
| Secundario completo y más | 0,903 | a |
| <hr/> | | |
| -2 Log likelihood | 45928,091 | |
| Chi Square | 6893,178 | |
| Grados de libertad | 7 | |

Sig: a < 0,01, b < 0,05, c < 0,10.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

La prevalencia de problemas crónicos de salud entre los niños es obviamente mucho más baja que en la población adulta. La condición de migración no distingue en modo alguno a esta población joven, ya que mientras el 12,7% de los migrantes o hijos de migrantes sufren de este tipo de problemas, entre los nativos dicha proporción es del 11%. Debido al escaso número de casos sería riesgoso desde un punto de vista estadístico efectuar comparaciones entre los dos grupos de edades según condición migratoria.

En la Ciudad de Buenos Aires, la EAH también preguntó a los encuestados si tenían alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo y controles periódicos tales como hipertensión, diabetes, asma, etc. La proporción de población que respondió afirmativamente a esta pregunta es de alrededor de un tercio, y es algo superior entre los nativos que entre los migrantes (35,8% *versus* 32,1%). Por otra parte para ambas poblaciones las mujeres son también algo más proclives a sufrir este ti-

po de enfermedades que los varones. Al efectuar un análisis multivariado para controlar por los efectos de composición de la población nativa y migrante, se pone de manifiesto que son sólo los migrantes recientes (con una residencia inferior a los cinco años) y no los de más larga residencia, quienes tienen una probabilidad inferior de padecer una enfermedad crónica que sus pares nativos. Al igual que los resultados a nivel nacional, estos datos apoyan la hipótesis de una selectividad migratoria.

4.3. Internación en el transcurso del último año

Otra de las preguntas de la encuesta nacional (EDS 1997) estuvo dirigida a conocer si durante el último año la persona estuvo internada, ya sea debido a un accidente, enfermedad o parto. Los datos muestran que en general, sólo una porción pequeña de la población estuvo internada alguna vez du-

Cuadro 8. Internación en los últimos 12 meses según origen y sexo

| Internación | Migrantes | | | Nativos | | |
|-------------|-----------|---------|---------|-----------|------------|------------|
| | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer | Total |
| Sí, 1 vez | 5,9 | 13,8 | 10,0 | 5,0 | 10,1 | 7,7 |
| Sí, 2 o más | 0,8 | 0,5 | 0,6 | 1,0 | 1,3 | 1,2 |
| No | 93,3 | 85,8 | 89,4 | 93,9 | 88,5 | 91,1 |
| Ns/Nr | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0 | 0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 412.999 | 443.820 | 856.819 | 9.482.530 | 10.669.052 | 20.151.582 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

rante el año de referencia. Debido a que los partos son consignados como internaciones, son las mujeres quienes en mayor proporción declararon haber sido internadas en el año de referencia (Cuadro 8). La proporción es, sin embargo, algo superior entre las migrantes que entre las nativas (13,8% *versus* 10,1%). Posiblemente esa pequeña diferencia se vincule a la más elevada fecundidad de las extranjeras, lo que hace más probable que hayan estado internadas debido a un parto durante el año de referencia. Entre los varones no se detecta diferencia alguna entre nativos y migrantes en la proporción de quienes han sido internados.

Virando nuevamente la atención a la Ciudad de Buenos Aires, al igual que lo que ocurre a nivel nacional, los migrantes parecen ser quienes en mayor proporción han experimentado una internación en el transcurso de los últimos 12 meses (13,3% *versus* 11,3%). Sin embargo, la diferencia es muy pequeña, y contrariamente a lo observado a nivel nacional sólo se debe a que los varones migrantes han experimentado una internación con mayor frecuencia que sus pares nativos. Este es un dato algo llamativo y difícil de explicar. Lamentablemente no contamos con información sobre las razones de la internación como para proponer alguna hipótesis sobre dicha diferencia.

5. El acceso al sistema de salud

El lugar donde se realizó la última consulta médica puede ser indicativo de las diferencias en el tipo de atención médica recibida por migrantes y nativos. No sorprende encontrar, debido al más bajo nivel socioeconómico, que la mayoría de los migrantes limítrofes hayan efectuado su última consulta con un médico, odontólogo o psicólogo en hospitales públicos o en centros de salud barriales (49,5% *versus* 31,9% de los nativos). En contraste, los nativos realizaron dichas consultas con una mayor frecuencia en consultorios particulares o en establecimientos privados (41,1% *versus* 23,5%) (Cuadro 9).

Con el objeto de establecer la existencia de oportunidades diferenciales de acceder a distinto tipo de establecimiento sanitario por parte de nativos, migrantes antiguos y migrantes más recientes, controlando en la medida de lo posible la influencia de algunas características socioeconómicas, se estimó nuevamente un modelo de regresión logística binomial. El mismo predice la probabilidad de haberse atendido en un establecimiento público (hospital o centro de salud) en la última consulta.

Los resultados son elocuentes. Los migrantes recientes tienen una probabilidad casi cuatro veces más elevada de haberse atendido en un establecimiento público que los nativos (Cuadro 10). Algo similar

Cuadro 9. Lugar de realización de la última consulta según origen y sexo

| Lugar de realización de la consulta | Migrantes | | Nativos Total | | | Total |
|-------------------------------------|-----------|---------|---------------|---------|-----------|-----------|
| | Varón | Mujer | | Varón | Mujer | |
| Salita/centro de salud barrial | 9,5 | 14,5 | 12,7 | 6,8 | 8,5 | 7,9 |
| Hospital público | 42,5 | 33,7 | 36,8 | 26,1 | 22,8 | 24,0 |
| Establ. obra social | 18,8 | 25,1 | 22,9 | 21,4 | 21,7 | 21,6 |
| Establ. privado | 12,7 | 12,4 | 12,5 | 20,5 | 21,0 | 20,8 |
| Consult. particular | 12,5 | 10,2 | 11,0 | 18,7 | 21,4 | 20,3 |
| Otro | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 6,4 | 4,6 | 5,3 |
| Ns/Nr | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 66.139 | 122.244 | 188.383 | 1416137 | 2.321.357 | 3.737.494 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

Cuadro 10. Razón de probabilidades de atenderse en un establecimiento de salud público

| Variables | Exp (B) |
|------------------------------------|------------|
| Sexo | |
| Varón | 0,959 |
| Lugar de nacimiento | |
| <i>Nativos</i> | |
| Migrantes recientes (< de 10 años) | 4,673 a |
| Migrantes antiguos | 1,851 a |
| Grupos de edad | |
| <i>Entre 15 y 34 años</i> | |
| Entre 35 y 49 años | 0,734 a |
| Entre 50 y 64 años | 0,486 a |
| Más de 65 años | 0,175 a |
| Nivel educativo | |
| Secundario completo y más | 0,25 a |
| -2 Log likelihood | 10.032,675 |
| Chi Square | 1002,259 |
| Grados de libertad | 7 |
| Sig: a < 0,01, b < 0,05, c < 0,10. | |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

Cuadro 11. Afiliación a sistema de salud según origen y sexo

| Afiliación a sistema de salud | Migrantes | | | Nativos | | |
|-------------------------------|-----------|---------|---------|-----------|------------|------------|
| | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer | Total |
| Sólo Obra Social | 40,6 | 41,0 | 40,8 | 50,4 | 54,7 | 52,6 |
| Sólo Mutual/ Prepago | 3,7 | 5,2 | 4,5 | 9,1 | 8,4 | 8,7 |
| O.Soc.y Mutual/ Prepago | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 3,9 | 5,1 | 4,6 |
| Sólo Serv. Emergencia | 0,9 | 1,6 | 1,2 | 1,4 | 1,2 | 1,3 |
| Ninguno de los anteriores | 53,6 | 50,9 | 52,2 | 35,0 | 30,6 | 32,7 |
| Ns/Nr | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 412.999 | 443.820 | 856.819 | 9.482.530 | 10.669.052 | 20.151.582 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

ocurre con los migrantes más antiguos aunque con una intensidad inferior: sus chances son 80% más elevadas que las de sus pares nativos.

El lugar de consulta guarda estrecha relación con la afiliación a distintos sistemas de salud, ya que la posesión de planes de salud otorga posibilidades de acceso diferencial a establecimientos sanitarios. En congruencia con los resultados anteriores a nivel nacional, algo más de la mitad de los migrantes no están afiliados a ningún sistema de salud (obra social, mutual o prepaga, servicio de emergencia), mientras que entre los nativos dicha proporción es cercana a un tercio (Cuadro 11).

De todos modos es interesante resaltar que cuatro de cada diez de los migrantes cuenta con servicios médicos ofrecidos a través de su obra social. La proporción asciende a cinco de cada diez en el caso de los nativos. Esta diferencia en el acceso a servicios de salud asociadas a una participación formal en el mercado de trabajo no es tan marcada como se hubiera esperado. Seguramente esto se debe a la gran antigüedad de los migrantes que componen la muestra. Si se considera sólo a los migrantes con una antigüedad en la Argentina inferior a los 10

años, el 64,4% no está afiliado a ningún sistema de salud, ya sea vía obra social, prepaga o mutual o servicios de emergencias.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, dadas las diferencias en los niveles socioeconómicos de la población nativa y migrante, los lugares donde se realizó la última consulta médica así como la cobertura médica difieren en forma significativa entre ambas poblaciones. Los migrantes en comparación con los nativos mayormente acudieron a centros/salas de salud y hospitales públicos (55,7% versus 19,6%). Contrariamente, la población nativa se atendió con mucha mayor frecuencia en sanatorios, clínicas o consultorios particulares (73,1% versus 40,2%). Asimismo, si se considera a quienes debieron ser internados durante el último año se detecta que los nativos predominantemente hicieron uso de sanatorios, clínicas u hospitales privados (71,3%), mientras que los migrantes de hospitales públicos (59,9%).

Por último, a los encuestados en la Ciudad de Buenos Aires se les preguntó si consumieron medicamentos durante los últimos 6 meses. El 70,1% de los nativos y el 65,1% de los migrantes respondieron afirmativamente. Seguidamente se indagó

quién pagó/financió dichos medicamentos. Al respecto se encontró que mientras el 47,2% de los migrantes tuvieron que afrontar dicho gasto de sus propios bolsillos, sólo el 22% de los nativos tuvieron que hacerlo.

6. Prácticas preventivas y conductas de riesgo

6.1. La salud de las mujeres

Las encuestas utilizadas en este estudio contienen información específica referida a la salud reproductiva de las mujeres: fecha del último control ginecológico para las mujeres de 15 años y más y fechas del último Papanicolau y de la última mamografía para las mujeres de 25 años y más.

En cuanto al último control ginecológico, una proporción nada despreciable tanto de nativas como de migrantes nunca se realizó un control (13,9% y 16%, respectivamente) o si lo hizo alguna vez, fue al menos tres años atrás (26,7% y 25%, respectivamente) (Cuadro 12).

En cuanto a la realización del último examen preventivo para la detección temprana del cáncer cervical, el Papanicolau, ocurre algo similar a lo descrito anteriormente, es decir, no se detectan diferencias significativas en el comportamiento preventivo de nativas y migrantes (Cuadro 13). Es llamativa sin embargo, la proporción de mujeres que en ambas sub-poblaciones nunca se realizaron dicho examen o si lo hicieron, este fue al menos tres años antes de realizada la encuesta (38,2% y 36,6%, respectivamente)

En cuanto a la práctica preventiva de cáncer de mamas, es alarmante la proporción de mujeres de 40 años y más que nunca se han realizaron dicho estudio (Cuadro 14).

Esta proporción es algo más elevada entre las migrantes que entre las nativas (47,4% y 41,9%, respectivamente). Si a estas proporciones se les suman las de quienes sí se realizaron dicho estudio, pero al menos tres años atrás, las cifras se elevan a 68,9% entre las migrantes y a 61,1% entre las nativas.

En resumen, en términos generales, en lo que respecta a conductas preventivas de la salud reproductiva de las mujeres, los comportamientos de migrantes y nativas son bastante similares y deberían llamar la atención. Las pequeñas diferencias encontradas indican que son las migrantes quienes se encuentran en desventaja en lo que respecta a sus cuidados preventivos.

En la Ciudad de Buenos Aires, las mujeres –tanto nativas como las migrantes– tienen un cuidado preventivo de su salud reproductiva mucho más acorde con lo sugerido desde un punto de vista médico. Así, seis de cada diez mujeres respondieron que se efectuaron un Papanicolau durante el último año (una proporción significativamente más elevada que la observada para el promedio nacional). Por otra parte, menos de dos de cada diez nunca se realizaron el estudio o lo hicieron hace más de tres años. Al igual que lo encontrado a nivel nacional en la Ciudad de Buenos Aires, las conductas preventivas de las mujeres nativas y migrantes no difieren en forma significativa. De alguna manera estos datos indican la relevancia de la oferta de servicios de salud, en especial los públicos y el éxito del esfuerzo realizado desde los diferentes servicios y programas sociales en la salud reproductiva de las mujeres capitalinas.

6.2. Conocimiento sobre HIV/SIDA

La Encuesta de Condiciones de Vida de 2001, de características similares a la EDS de 1997, relevó también información referida a conductas de riesgo. Uno de los rasgos analizados fue el conocimiento sobre HIV/SIDA y sobre las formas tanto de contagio como de prevención del contagio.⁸

8. Estas preguntas fueron efectuadas para la porción de la población que contestó ella misma la encuesta (autorespondentes), por lo que el número de casos es más restringido que el de la población total.

Cuadro 12. Mujeres de 15 años y más. Último control ginecológico según origen

| Realización del último control ginecológico | Migrantes | Nativas | Total |
|---|-----------|------------|------------|
| Menos de 1 año | 39,5 | 37,7 | 37,7 |
| De 1 a 3 años | 20,4 | 22,0 | 21,9 |
| Más de 3 años | 24,1 | 21,8 | 21,9 |
| Nunca lo realizó | 12,5 | 16,4 | 16,2 |
| No lo necesita | 1,9 | 1,2 | 1,3 |
| Ns/Nr | 1,7 | 0,9 | 0,9 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 443.820 | 10.669.052 | 11.112.872 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

Cuadro 13. Mujeres de 24 años y más. Último Papanicolau según origen

| Realización de último Papanicolau | Migrantes | Nativas | Total |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Menos de 1 año | 35,2 | 33,4 | 33,5 |
| De 1 a 3 años | 18,9 | 22,6 | 22,4 |
| Más de 3 años | 25,0 | 26,7 | 26,6 |
| Nunca lo realizó | 16,0 | 13,9 | 14,0 |
| No lo necesita | 3,2 | 2,1 | 2,2 |
| Ns/Nr | 1,8 | 1,3 | 1,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 395.674 | 7.960.845 | 8.356.519 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

Cuadro 14. Mujeres de 40 años y más. Última mamografía según origen

| Realización de la última mamografía | Migrantes | Nativas | Total |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Menos de 1 año | 15,5 | 18,3 | 18,1 |
| De 1 a 3 años | 10,2 | 14,4 | 14,2 |
| Más de 3 años | 21,5 | 19,2 | 19,3 |
| Nunca lo realizó | 47,4 | 41,9 | 42,2 |
| No lo necesita | 4,1 | 4,9 | 4,9 |
| Ns/Nr | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 254.476 | 5.121.878 | 5.376.354 |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

Cuadro 15. Razón de probabilidades de fumar (al menos seis cigarrillos por día)

| Variables | Exp (B) |
|------------------------------------|----------------|
| Sexo | |
| Varón | 2,131 a |
| Lugar de nacimiento | |
| <i>Nativos</i> | |
| Migrantes recientes (< de 10 años) | 0,45 a |
| Migrantes antiguos | 0,722 a |
| Grupos de edad | |
| <i>Entre 15 y 34 años</i> | a |
| Entre 35 y 49 años | 1,822 a |
| Entre 50 y 64 años | 1,184 a |
| Más de 65 años | 0,375 |
| -2 Log likelihood | 40061,294 |
| Chi Square | 1887,041 |
| Grados de libertad | 6 |
| Sig: a < 0,01, b < 0,05, c < 0,10. | |

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO, 2001.

La enorme mayoría de la población de 15 años y más que respondió a estas preguntas sostuvo tener conocimiento sobre el SIDA sin que se detectaran grandes diferencias entre nativos y migrantes (96,5% *versus* 91%). Asimismo, prácticamente la totalidad de ambos grupos que dijeron tener conocimiento sobre HIV/SIDA mencionaron espontáneamente que una de las vías de contagio de dicha enfermedad es la sexual (93,3% y 91,5%, respectivamente). El 86,6% de los migrantes y el 90,1% de los nativos también reconocieron al preservativo como modo de evitar el contagio de dicha enfermedad.⁹

En cuanto a otras formas de contagio, el 76,8% de los migrantes y el 82,8% de los nativos mencionaron también la vía sanguínea. Sin embargo, en una mucho más baja proporción, y menor aún en el caso de los migrantes, señalaron al uso de material descartable como forma de evitar el

contagio (51,9% de los nativos y 41% de los migrantes). Por último, menos fueron quienes mencionaron espontáneamente el “no compartir jeringas” como forma de evitar el contagio del HIV/SIDA, aunque la respuesta fue más frecuente entre los nativos que entre los migrantes (33,5% *versus* 25,4%, respectivamente)

6.3. Uso de tabaco

La ECV de 2001 también incluye preguntas sobre uso de tabaco, las que permiten establecer no sólo a las personas que alguna vez han fumado sino también el número de cigarrillos diarios consumidos por la población actualmente fumadora. Algo más de la mitad de los varones y un tercio de las mujeres de 15 años y más declararon fumar en la actualidad o haber fumado en el pasado. Al respecto, tampoco se detectaron diferencias significativas entre nativos y migrantes (43% *versus* 41,1%).

En cuanto al hábito actual de fumar, son los nativos quienes superan levemente a los migrantes (30% *versus* 26,3%, respec-

9. Vale la pena alertar que el nivel de conocimiento no necesariamente guarda relación con prácticas preventivas puestas en práctica por el sujeto informado.

tivamente) y dicha diferencia se observa tanto entre varones como entre mujeres. Más aún, los resultados de un modelo de regresión logística que predice la probabilidad de fumar al menos seis cigarrillos diarios indican que los nativos son quienes tienen chances más elevadas, aun controlando por el sexo, la edad y el tiempo de llegada de los migrantes (Cuadro 15). En este sentido, los migrantes recientes son quienes tienen la menor probabilidad de fumar al menos 6 cigarrillos por día, seguidos por los migrantes más antiguos. En otras palabras, en lo que hace a conductas de riesgo para la salud, los migrantes, en particular los recientes, tendrán en el futuro menores riesgos de tener enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

7. Resumen

Este trabajo se propuso describir las diferencias existentes en la prevalencia de problemas de salud, en la atención, en el acceso a sistemas de salud y en las conductas preventivas y de riesgo entre migrantes de países limítrofes y del Perú y la población nativa. En base a datos representativos tanto a nivel nacional como de la Capital Federal se obtuvieron una serie de resultados que pueden ser resumidos del siguiente modo:

- a) En cuanto al estado general de la salud: a nivel nacional no existen marcadas diferencias entre nativos y migrantes en sus posibilidades de haber experimentado recientemente problemas de salud (malestar, enfermedad o accidentes). En la Capital Federal, sin embargo, los migrantes recientes tienen una probabilidad inferior de haber consultado a un médico recientemente. En otras palabras, los resultados sugieren que en general los migrantes gozan de un estado de salud similar o mejor que el de los nativos.
- b) En cuanto a padecer enfermedades crónicas: los migrantes recientes tienen una probabilidad inferior que los migrantes más antiguos y que los nativos de sufrir este tipo de enfermedades, denotando claramente un proceso de selectividad migratoria. A nivel nacional, también las cifras indican que los migrantes más antiguos tienen menores posibilidades de tener una enfermedad crónica que sus pares nacidos en la Argentina.
- c) Si bien una vez detectado el problema de salud, nativos y migrantes consultan al médico en igual proporción, ambas poblaciones acceden a sistemas de salud diferenciados. Los migrantes acuden en una proporción mucho más alta a hospitales públicos o salas/centros de salud que los nativos.
- d) En estrecha vinculación con lo anterior, los migrantes tienen mayor probabilidad de no contar con ninguna cobertura médica, mientras que los nativos acceden mucho más frecuentemente a sistemas prepagos de salud o a obras sociales. Si bien en términos relativos este resultado sugiere una mayor presión por parte de los migrantes sobre los servicios públicos de salud, también es cierto que en términos de las enfermedades que padecen, en especial las crónicas, los migrantes gozan de mejor salud que los nativos.
- e) En cuanto a conductas de riesgo para la salud, los migrantes tienen una probabilidad significativamente inferior de fumar 6 o más cigarrillos diarios. Esta probabilidad es aún inferior entre los que llegaron a la Argentina en los últimos 10 años. Este resultado denota que de mantenerse esta conducta, los nativos serían más proclives a padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias en el futuro.
- f) En cuanto a la salud reproductiva, tanto a nivel nacional como de la Ciudad de Buenos Aires, migrantes y nativas

no difieren en forma significativa en los cuidados preventivos. Así, prácticamente la misma proporción se ha realizado el último Papanicolau recientemente. Cabe resaltar que en general las mujeres residentes en la ciudad capital respetan el calendario establecido para este tipo de análisis en una proporción mucho más alta. A nivel nacional llama la atención que algo más

de 4 de cada 10 mujeres de 24 años y más o nunca se hicieron dicho test o si lo hicieron, este tiene una antigüedad superior a los 3 años.

- g) Siguiendo con la salud reproductiva, la proporción de mujeres de 40 años y más que nunca se realizó una mamografía es relativamente similar entre nativas y migrantes y alcanza un porcentaje alarmante de algo más del 40%. ■

2 ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza?

La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud¹

Elizabeth Jelin
Alejandro Grimson
Nina Zamberlin

Es sabido que existen variaciones significativas en cuanto a las modalidades de aplicación del marco legal existente en cuanto a la prestación de servicios de salud. Hay hospitales y centros de salud “mejores” que otros –en cuanto a la calidad de la prestación médica, en cuanto a la rapidez o demora en la atención (con turnos que a veces implican esperas de meses), a los recursos materiales y técnicos existentes. La situación de crisis del sistema de salud afecta a todos y todas lo/as usuarios/as, residentes y visitantes, argentinos y extranjeros, con documentación legal o en situación “irregular”. Hay que recordar que en el área del Gran Buenos Aires, la atención en el sistema público de salud es “para pobres”. Quienes pueden acceder a servicios médicos privados –generalmente a través de sistemas prepagos o como prestación de “obras sociales”– optan por esta alternativa, evitando tener que acercarse al hospital o centro de atención público.

Sin embargo, “ir al hospital” o a la “salita” es la modalidad de atención de problemas de salud para amplios sectores de la población. No solamente para “los más pobres” sino también para los “empobrecidos” por la recesión económica. Existe un patrón de comportamiento de clase, complementando la tradicional imagen del hospital público (o mejor dicho, algunos servicios) como espacio de excelencia en cuanto a la calidad del personal y de los saberes médicos ofrecidos. Esto es así especialmente para algunos centros de alta

complejidad y para algunos servicios donde se reúnen prestigiosos profesionales.

En el contexto de creciente polarización social y diferenciación de clase social en la prestación médica, la pregunta que debemos abordar es si el ser migrante agrega algo más a la distancia y dificultades basadas en la situación de clase. ¿Agrega algo ser “migrante”, ser “paraguayo/a”, “boliviano/a” o “peruano/a” al ser “pobre”?² Analizaremos aquí las maneras en que estos inmigrantes acceden a, y hacen uso de, las instituciones del sistema de salud argentino. Los ejes centrales se refieren a las condiciones que afectan el acceso, el uso y la calidad de la atención de los servicios de salud, incluyendo prácticas médicas y administrativas, estereotipos y prejuicios étnicos, diferencias culturales y dificultades comunicacionales.

33

1. El trabajo de campo que sirve de base para este capítulo y el próximo fue desarrollado por un equipo integrado por Nina Zamberlin, Laura Mombello y Gabriela Binello. La organización y primer análisis del material recogido fue realizado principalmente por Nina Zamberlin.
2. En el trabajo de campo realizado, sólo aparecieron mencionadas y diferenciadas estas tres nacionalidades de origen. Ni los médicos ni el resto del personal hace mención de chilenos, uruguayos o brasileños como demandantes del sistema de salud. Además del diferente peso numérico de estas poblaciones, esto puede deberse a una diferencia de clase en la composición migratoria, así como a la “invisibilidad” de la especificidad cultural de chilenos y especialmente de uruguayos en el área del Gran Buenos Aires. Este informe, entonces, trata de la situación de migrantes bolivianos, paraguayos y peruanos en el sistema de salud.

La mayor parte de la recolección de datos se realizó en instituciones públicas del Área Metropolitana de la Ciudad Buenos Aires, en zonas donde existe una significativa concentración de inmigrantes. Se realizaron entrevistas en profundidad con profesionales de la salud de diferentes hospitales públicos y centros de salud. También se realizaron observaciones y entrevistas informales en salas de espera y consultorios de guardia.

Esta manera de obtener información a través de entrevistas (especial pero no exclusivamente a profesionales) requiere una advertencia: lo que obtenemos son relatos y narraciones de los actores, y en esos relatos se cruzan las descripciones de las prácticas que presencian y que desarrollan con sus propias visiones, preconcepciones, percepciones y sentidos de esas prácticas. Como en todos los ámbitos sociales, más que con una descripción “objetiva” contamos con una descripción enmarcada y encuadrada por valores, sentidos y significados, compartidos a veces, contrastantes y en conflicto otras. Son esos sentidos y visiones lo que intentaremos analizar.

El análisis del material recogido permite diferenciar dos ejes para acercarnos a entender el “plus” que el hecho de ser inmigrante agrega en el contacto con el sistema de salud pública: primero, cómo los agentes de salud definen y encaran el “derecho a la atención médica”, preguntándonos qué diferenciaciones introducen entre categorías de migrantes en cuanto a la legalidad y legitimidad del acceso. Segundo, cómo incorporan e interpretan las características “culturales” diferentes de los grupos migratorios en la relación médico-paciente, así como en las prácticas ligadas a la salud.

¿Quién entra? ¿Quién tiene derecho a entrar? ¿Quién se “aprovecha”?

La normativa legal sobre el derecho a la atención médica en los servicios públicos

de salud es relativamente clara: todos y todas. Sin embargo, tanto desde el sector profesional como desde los propios pacientes, queda “en el aire” un legado de la normativa anterior (“Ley Videla”): la posibilidad de que el médico, en tanto funcionario público, denuncie la situación de irregularidad migratoria. Y también existen restricciones al acceso en el texto legal (por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires).

En general los profesionales de la salud y autoridades hospitalarias consultadas señalan que no existe ningún tipo de restricción para que las personas extranjeras reciban atención médica. Sin embargo, también aclaran que no todas las instituciones públicas se comportan de igual forma, ya que muchos de los pacientes que ellos reciben refieren haber sido rechazados en otras instituciones por no contar con documentación en regla.

Los profesionales y administrativos del sistema de salud introducen dos criterios básicos para diferenciar a las personas que, según ellos, pueden acceder a los servicios: el estatus migratorio y el tipo de prestación requerida. Aunque existen variaciones institucionales, el tipo de servicio requerido es visto como determinante de la facilidad o dificultad del acceso. Por ejemplo, el acceso es prácticamente irrestricto en el caso de las emergencias o los partos. Lo mismo ocurre con las consultas ambulatorias; incluso algunas instituciones no restringen la internación. Cuando se trata de intervenciones programadas, tratamientos de enfermedades crónicas, entrega de medicamentos o la admisión a diferentes programas del Ministerio de Salud de la Nación, la posibilidad de que las personas en situación migratoria irregular sean admitidas se reduce significativamente. Esto ocurre principalmente cuando se requieren servicios o insumos de alto costo que pueden estar contratados con empresas privadas o que se gestionan vía las instituciones de acción social nacionales o pro-

vinciales que, en general, las limitan a los ciudadanos argentinos.

Si se tienen que dializar y no tienen DNI no lo pueden hacer. Se pueden dializar en el hospital pero en el hospital no hay cupo. Para lo que es respiradores, riñones, el recurso del hospital es finito. Yo tengo 20 aparatos para dializar. No es que si yo atiendo 20 y me quedo una hora más atiando 25. No. Tengo 20 riñones y no hay manera de agrandar el recurso. Entonces los que no entran en ese cupo no se dializan y se mueren porque el resto de los hospitales no tienen para dializar en el ámbito público. Si son argentinos, bueno, ese es el gran negociado de los nefrólogos que tienen sus centros de diálisis y el Estado les paga entre 1800 y 2000 pesos por mes por paciente que se dializa. Entonces llega el paciente con insuficiencia renal crónica al hospital y de ahí se los llevan a los centros privados de diálisis. El Estado lo paga pero el paciente tiene que tener DNI. En un momento estos tipos (los nefrólogos con centros privados de diálisis) hasta les ayudaban a los extranjeros a sacar el DNI³ (Lucía, 33 años; médica de un hospital provincial localizado en el Gran Buenos Aires).

Si bien de acuerdo con la legislación vigente la presentación del documento nacional de identidad no es un requisito para recibir atención en un hospital público, es habitual que los hospitales requieran que los pacientes acrediten su identidad mediante la presentación de algún tipo de documentación, ya sea DNI, pasaporte, partida de nacimiento, cédula de identidad del país de origen o un certificado expedido por un consulado extranjero en la Argentina. Este procedimiento se aplica principalmente en la asignación de turnos para consultas, estudios e intervenciones programadas. En el caso de las urgencias se suele atender directamente a la persona aunque no presente ningún documento.

El documento se solicita para corrobora-

rar los datos identificatorios del paciente. Otra razón señalada es que el documento se solicita para verificar si el paciente posee cobertura de obra social, de forma tal que el hospital pueda gestionar el recupero de los costos de la atención médica brindada.⁴

Ahora está como instituido que no pasa nadie si no pasa por la ventanilla de recepción donde se ve claramente si pertenecen a obras sociales [...] pero ese es un tema organizativo porque no se detectaban obras sociales, no se tomaban, y era un desastre administrativo-financiero (Dora, 60 años; médica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Más allá de las razones de carácter administrativo que permitan la identificación de los pacientes y el ordenamiento y archivo de historias clínicas, el requisito de presentar documento de identidad parece tener, para algunos médicos, una función de policiamiento, basada en la sospecha de que hay algo en el uso de los servicios que no corresponde, que está mal, que supone algún tipo de engaño o estafa, y en el extremo, que esa situación debiera ser denunciada. Un experimentado médico, que ocupa un cargo de gestión, expresa esta visión de manera clara:

3. A lo largo del informe se mantiene reserva del nombre de los y las entrevistado/as.
4. Los servicios públicos no sólo prestan servicios a quienes carecen de cobertura. Tanto las obras sociales como los seguros privados pueden mandar sus afiliados a los hospitales públicos, pero deben pagar por los servicios que estos reciben. Una gran cantidad de personas con cobertura médica utiliza los servicios públicos, particularmente para los tratamientos complejos de alto costo, pero los hospitales públicos pocas veces son reembolsados por las prestaciones. A fin de revertir esa situación, y a partir de reformas recientes que incluyen la autogestión hospitalaria, cada vez que ingresa un paciente a un hospital público sus datos (número de DNI) son chequeados en una base de datos que permite corroborar si esa persona está afiliada a alguna obra social.

Vos no podés atender a nadie sin documentación a no ser que venga con una urgencia y vos no le preguntás nada, pero vos cuando tenés una cosa programada le pedís alguna documentación que acredite identidad. Nada más [...] cualquier documento, no me interesa si es el pasaporte o la cédula de su país. Bueno, acá hemos tenido gente que viene y dice “no tengo, no tengo nada, ningún papel”. “Pero usted no existe en el país. Cómo pasó?” “Pasé”, te dicen. Y entonces nosotros ahí caemos en otro *delito*. Cometemos el delito de dejar, porque en algún momento *habría que comunicarlo y denunciarlo*. Yo no puedo hacerle pedir nada [...] por ejemplo una señora que no tenía ningún tipo de documento se fue a la Defensoría del Pueblo a quejarse porque nosotros la discriminábamos y no le comprábamos una malla que escuchó que tenía que comprarse para la panza, una malla que sale dos mil y pico de pesos, ¿Pero a quién? ¿A quién se la compro? Entonces lo que nosotros pedimos [...] no me interesa cómo se llame, vaya a una comisaría de la República Argentina, diga que usted perdió todos sus documentos, que dice llamarse “fulana de tal”, tráigame ese papel, yo a ese papel le saco una fotocopia, y puedo hacer el trámite perfectamente [...] pero usted no me pida a mí que venga una persona que yo no conozco, que yo no sé, que yo le ponga los 2000 pesos para comprarle un insumo, y que no sé a quién se lo estoy dando. ¿Después cómo justificamos nosotros? ¿Así podemos hacer una estafa, o no? Así podemos armar una estafa perfectamente [...] total invento nombres. Es una barbaridad (Dr. B., 60 años; médico de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

En este testimonio, el médico se pone en el papel “protector de fronteras” frente al ingreso sin documentación al país. Pero hay otro riesgo que este médico percibe y frente al que reacciona: la corrupción, la posibilidad de la “estafa” que podría ocurrir si prestadores y proveedores empiezan a “inventar” nombres de pacientes que reciben insumos caros. En realidad, este mé-

dico siente que debe velar por la correcta administración de los recursos públicos escasos. La exigencia del documento de identidad y el argumento de la posible estafa se conjugan y confunden. Y en el medio queda la intención de limitar las posibilidades que tiene un migrante indocumentado de acceder a las prestaciones hospitalarias.

Ese mismo médico señala también la necesidad de pedir documentos para prevenir un engaño al sistema de salud (tema sobre el que volveremos) por parte de personas que solicitan turnos para familiares que residen fuera del país:

Le pedimos el documento a la persona que pide el turno porque resulta que después te enterás que le está sacando el turno a un tío que va a venir a atenderse su problema de próstata pero esa persona todavía está en Paraguay, ni siquiera llegó al país (Dr. B.).

Con frecuencia, estas estrategias ligadas a pedir documentos son iniciativas del personal administrativo, basadas en la percepción de los extranjeros como usurpadores de los recursos públicos gratuitos que ofrece el Estado argentino. Según esa lógica, brindar atención a un extranjero implica indefectiblemente que se le niegue o se retrase la misma prestación a un ciudadano argentino (o a un inmigrante “legal”). Sin duda, esta percepción es alimentada por el discurso de algunos políticos y funcionarios públicos y medios de comunicación que culpabilizan a los migrantes de países limítrofes por las altas tasas de desempleo y el incremento de la delincuencia, fomentando actitudes racistas y xenóforas. En palabras de una empleada administrativa que se ocupa de dar turnos a pacientes:

Si no fuera porque les pedís los documentos y no los tienen, porque la mayoría está acá ilegal, pero si no fuera por eso acá no podríamos atender a ningún argentino. Sería un hospital para los de afuera. Nosotros

desde acá propusimos al director que armáramos dos filas y un sistema de cupos y que le diéramos prioridad a los argentinos. Al director no le parecía mal, pero las asistentes sociales empezaron a decir que eso era discriminatorio y qué sé yo [...] ¡Una pavada! Porque nosotros lo que decimos es hacer una prioridad, y no, no atenderlos. Pero la realidad es que acá vienen, por ahí se quedan un mes o dos en el país y después se van, y mientras tanto el que vive acá tiene por ahí que esperar tres o cuatro meses para un turno. Así que por no discriminar a los de afuera terminamos dejando a los de acá como el último orejón del tarro, así está este país (empleada administrativa que asigna turnos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Como muestra este testimonio, el argumento de los prestadores es ambiguo, y la distinción entre la nacionalidad (argentino o inmigrante regional), y la residencia (vivir aquí o venir de afuera especialmente para atenderse) se desdibuja. Pero de hecho, instituye el criterio de legalidad de la residencia, ya que cuando se habla de documento, en realidad lo que todos entienden es que se refiere al DNI argentino. Esto es relatado por un médico claramente identificado con la comunidad boliviana:

Una de las formas en que ellos manifiestan la discriminación es que les buscan la vuelta para no atenderlos, y uno de los puntos es el hecho de no tener documentación. La mayor parte de los extranjeros no están radicados, no tienen la documentación en regla, entonces parece que por ahí le buscan la vuelta, y le hacen creer al extranjero –porque yo creo que eso no es así– que si no tiene los documentos no lo pueden atender. Eso es típico. Yo creo que eso no es así, a nadie se le niega la atención médica; por lo menos por la Constitución no es así, no es cierto. Pero bueno, se manda un mensaje de ese tipo, cosa de que muchos salen con esa idea: no van al hospital porque no tienen documentos o qué sé yo, porque han ido y le han hecho sentir eso...

Yo he visto que lo primero que se hace es pedirle documento. Y detrás de eso, bueno, mil cosas he escuchado, que acá no lo vamos a atender, váyase a su país, este tipo de cosas, eso como lo más liviano. Después las puteadas, los malos tratos, boliviano de mierda... Y a la gente le entra temor, caso concreto: mi señora es boliviana, de parte de ella tengo parientes que vienen, ellos son de Chuquisaca y cuando llegan acá a veces se quedan, meses o uno o dos años, y en alguna oportunidad les toca ir al hospital y van una sola vez y después no quieren volver. Porque ya te digo les hacen ver que son extranjeros, que no tienen documentos y no tienen derecho a ser atendidos, ese tipo de cosas. Les da una especie de miedo ir (Manuel, hijo de bolivianos nacido en Jujuy, médico de un consultorio privado en Pompeya, Ciudad de Buenos Aires).

En algunas instituciones donde se realizó este estudio se observaron carteles en la zona de recepción con la leyenda “no se darán turnos de primera vez sin documento”. Debido a que habitualmente las historias clínicas se numeran con el número de DNI de cada paciente, cuando este no presenta ningún documento el mecanismo de apertura y archivo de la historia clínica es diferente y se vuelve más engorroso para los empleados administrativos. Estas prácticas, que carecen de fundamento legal y suelen ser más comunes en los hospitales que en los centros de atención primaria, fomentan en los extranjeros la circulación de documentación falsa. La jefa de obstétricas de uno de los hospitales estudiados relató que en su servicio se habían detectado varias mujeres que ingresaron a parir con pocos meses de diferencia, registradas bajo el mismo nombre y DNI.

Algunos profesionales reconocen que como consecuencia de las trabas que dificultan el acceso de los inmigrantes en situación ilegal, muchos no recurren a un servicio de salud por temor a ser rechazados o denunciados, aún cuando experi-

mentan síntomas o malestares severos, o lo hacen tardíamente, muchas veces una vez que la patología que los afecta ya está instalada. En claro contraste con la actitud del Dr. B, expresan una preocupación por “desmitificar” la situación y revertir las creencias que ayudan a retrasar la atención y reproducir la enfermedad:

Existe la creencia que no se las atiende si no tienen el documento, y eso es un problema serio *porque no es cierto* y es expulsivo. Hay que empezar a trabajar para desmitificar esto porque igual te la ligás (a la paciente) a último momento y mucho más enferma (Dora).

En esta línea, la idea de fomentar el acceso no es pensada siempre como reflejo del derecho ciudadano de los inmigrantes sino como una forma de evitar la proliferación de enfermedades que puedan generarse por las condiciones de marginalidad en las que viven a menudo los inmigrantes. Existe en este punto una preocupación especial por la tuberculosis. El argumento no sólo se basa en evitar focos de contagio sino en prevenir que el estado de salud de la persona afectada se complique y que ingrese a una institución con un cuadro crítico que implica un riesgo más serio para su salud y su vida, así como una mayor demanda en días de internación y costos para las instituciones y mayor esfuerzo y desgaste para los profesionales intervinientes.

El tema migratorio aparece con mucha fuerza en las visiones que los profesionales de la salud tienen de los pacientes extranjeros. Clasifican con claridad dos tipos de pacientes: los que están radicados en el país o que residen aquí –y dentro de ellos, los que tienen residencia legal y los que están en situación ilegal– y los que ingresan al país exclusivamente con el fin de obtener atención médica. Para la mayoría de los médicos y demás personal entrevistado, los primeros son equiparados a los argentinos, por lo cual no se cuestiona su de-

recho a utilizar los servicios públicos de salud. El mismo médico que hablaba antes de los posibles “delitos” y “estafas” a los que se arriesga cuando se atiende a personas sin documentos plantea que los extranjeros residentes, aun cuando sean trabajadores indocumentados que no realizan aportes fiscales, están contribuyendo al Estado a través del pago del IVA (Impuesto al Valor Agregado) –que se suma obligatoriamente a cualquier consumo– y por lo tanto aportando para sostener el sistema público de salud.

El boliviano o el paraguayo que vive acá es como un argentino. Es más, el turista que viene con una cosa aguda, también. El problema es cuando vienen deliberadamente, que hay una planificación (Dr. B.).

¿Cuál es la “planificación” a la que el Dr. B. se refiere como “problema”? Sin duda, son los extranjeros residentes en sus propios países (fundamentalmente paraguayos y bolivianos) que planifican viajar a Buenos Aires con el objetivo único de aprovechar los servicios de salud. Independientemente de que en el momento de la consulta los prestadores puedan distinguir entre el inmigrante que reside en forma permanente y el que viaja sólo por motivos médicos, o que efectivamente confíen en las explicaciones que el extranjero ofrece para justificar su demanda de servicios en ese hospital, la insistencia en la documentación identificatoria no resulta un mecanismo que permita distinguir efectivamente entre residentes y no residentes, ya que los residentes ilegales tienen la misma documentación que los no residentes. Cabe preguntarse, entonces, si los médicos no terminan percibiendo a muchos residentes ilegales como si fueran personas que sólo viajan para atenderse.

Hay una imagen que se repite: en varias ocasiones los entrevistados mencionaron los “charters” o “micros sanitarios” que llegan a la puerta de los hospitales des-

de países limítrofes (especialmente de Paraguay) cargados de extranjeros que vienen exclusivamente a atender sus problemas de salud. Un médico entrevistado refirió haber visto carteles en una terminal de ómnibus en Ciudad del Este (Paraguay) que anunciaban la partida de micros con destino a distintos hospitales argentinos y que además indicaban expresamente el profesional que se debía consultar para patologías determinadas en los diferentes hospitales porteños. Esa es la “planificación” a la que se refiere el Dr. B.: *para oncología vea al Dr. X, para urología al Dr. Y, etc.* (Dr. B.).

Si bien la figura del charter está sumamente difundida en el discurso de los profesionales, son pocos los que manifiestan haber efectivamente presenciado la llegada de uno a su hospital. De manera coincidente con los relatos que hacen alusión a otros rumores y mitos urbanos, la gran mayoría dice conocer el fenómeno a través de los relatos de otros colegas. Aunque indudablemente existe un movimiento de ingreso de personas extranjeras con el propósito de atender sus problemas de salud en las instituciones públicas argentinas, es muy probable que no tenga la dimensión que transmiten los profesionales en su discurso, y que se haga de manera más individual, a través de redes de parentesco y otros mediadores más personalizados que en “charters” organizados.

Ya sea que “llegue en un charter” o por su cuenta, el extranjero que ingresa para utilizar los servicios de salud es considerado por algunos profesionales como parte de una población que se abusa y se aprovecha de la falta de control migratorio y de la apertura de las instituciones argentinas. Esto genera bronca por parte del prestador, no sólo por el “abuso” del que se siente objeto y por la “fuga” de recursos nacionales escasos, sino por la actitud de las autoridades consulares de los países limítrofes que aparecen como cómplices de esta situación y que se desentienden ante el

reclamo del pago de los servicios prestados a los ciudadanos de sus países.⁵ Nuevamente, quien expresa esta visión de manera más extrema y negativa es el Dr. B.:

Nos estamos poniendo en una situación que no podemos soportar, no tenemos recursos, no podemos hacer este tipo de cosas y dilapidar este dinero. De una situación de colaboración, de aceptación de algo a lo que nadie puede negarse, que si una persona sea de donde sea por una urgencia necesita atención médica se la tenemos que dar, de esa situación nos hemos pasado al otro extremo: al *abuso*. El abuso premeditado, y bien, pero bien armado. Yo ya sospecho que es un abuso armado de las propias autoridades de estos países. Hemos hecho gestiones con los consulados para pedir que por lo menos se hicieran cargo de los insumos que se usan para atender ciudadanos de sus países... Yo tengo ahí... debo tener unas mil peticiones, incluso tengo hecha una carta modelo para los consulados y ellos te la devuelven con un sello que dice “no hay convenio”. Y así, gradualmente, me han dicho en última instancia que los tarados somos nosotros porque los dejamos pasar, así me lo dijo el cónsul de Bolivia, me lo dijo el cónsul de Perú [...] Me han tratado de tarado... Podés averi-

5. Un equipo de trabajadoras sociales de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires que recibe un importante caudal de población migrante realizó un relevamiento de las respuestas obtenidas por parte de los diferentes consulados frente al informe de los servicios médicos prestados a ciudadanos de sus países. Las autoras señalan que en general, los consulados responden de manera negativa a la solicitud expresando que “No cuentan con recursos económicos para absorber gastos de internación, insumos médicos y medicamentos” (Chile); “No cuenta con fondos para cubrir gastos que demandan intervenciones quirúrgicas, tratamientos de alta complejidad, prótesis, marcapasos y otros aparatos que requieran los ciudadanos bolivianos radicados o no en la República Argentina” (Bolivia); “El consulado no cuenta con rubro para asistencia social” (Paraguay); “El Estado peruano sólo otorga cobertura médica en el país” (Perú). A diferencia de los anteriores, Brasil, según las autoras del estudio, “ha respondido siempre a las necesidades de los ciudadanos brasileños, radicados o no en el país” (Strático et al., 2000).

guar en cardiología: creo que los últimos 4 marcapasos que autorizamos, 3 ó 4 se fueron para Bolivia. Vinieron, se pusieron el marcapasos y se fueron... La ley es bien intencionada pero vos tenés que saber que como ciudadana y contribuyente, vos vas a estar subvencionando la salud de todo el Mercosur (Dr. B.).

Pero no es el único:

En muchas situaciones hemos tratado de legitimar algunas cosas por la embajada o consulado. Por ejemplo: embarazada chagásica, grave, enferma cardíaca con marcapasos agotado. Llegaba y se internaba de urgencia en la unidad coronaria, y tenemos que conseguir el aparato, el aparato no es barato y el consulado dice muchas gracias por la atención que le brindan a nuestra ciudadana, pero no nos mandan nada...

Por la ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires, toda persona que llega o atraviesa tiene derecho a la asistencia gratuita en los hospitales públicos. Nosotros nos manejamos para gente sin recursos con ayuda médica. Y la ayuda médica significa comprarles lo que necesiten para una cirugía, ya sea marcapasos o medicaciones especiales. Te estoy hablando de una válvula cardíaca o un marcapasos que son entre 10.000 y 15.000 pesos, o una prótesis de cadera. Sabemos que vienen de los países limítrofes porque evidentemente ahí es pago y que nosotros nos estamos haciendo cargo. Llegan micros completos con gente que viene de otro país que bajan, piden turnos quirúrgicos y se operan. Tenemos gente que ingresó hace 10 días al país y que tiene un turno quirúrgico hecho en el hospital (Dora).

Por otro lado, los profesionales comparan la normativa local con la de otros países –como los Estados Unidos y otros países de América Latina– y señalan las diferencias que existen en el acceso gratuito a la salud de las personas extranjeras, mostrando a la Argentina como un caso “único” por su apertura a prestar servicios médicos gratuitos a toda persona que lo requiera.

Yo creo que nosotros como país somos uno de los que menos discriminamos en toda América, en toda Europa. Cualquiera que vaya a atenderse en los Estados Unidos tiene que tener su tarjeta verde; si no, no te dan nada o te lo cobran, y sin ir más lejos en Bolivia tampoco te podés atender sin pagar. Nosotros acá tenemos alrededor del *70% de pacientes peruanas y bolivianas* y el sistema de salud está casi en bancarrota y no les pedimos nada. Si seguimos prestando servicios va a llegar el momento en que va a colapsar el sistema y no va a quedar nada ni para ellos ni para nosotros (Lucio, 25 años; médico residente de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Las quejas también se dirigen a la normativa del sistema de salud que en ciertos casos, por cuestiones burocráticas, obliga a los hospitales a negar la atención a los ciudadanos argentinos mientras que para los extranjeros parece no haber restricciones. Nuevamente habla el Dr. B.:

Lo que se ve acá por momentos es vergonzante, por lo que yo te digo que nos pasa a los de adentro (los argentinos). Al pobre viejo que porque es de PAMI Israelita no lo puedo atender porque no le corresponden hospitales municipales, y al tipo ese que llega hoy de otro país con un turno le tengo que dar eso, el marcapasos y cuidado total. Dejáte de joder... El otro día un viejito paisano lloraba como loco porque él se había atendido toda su vida en el Álvarez pero por PAMI le correspondía el Israelita y no quería ir ahí porque no le daban pelota. Y por otro lado viene una persona de afuera, pide un marcapasos y a nadie se le ocurre decirle que se vaya a otro lado y directamente se lo das, y los viejos de PAMI quieren venir a este hospital, y no los dejan. Es una vergüenza (Dr. B.).

Otro motivo que alimenta el enojo de los prestadores se relaciona con el estado de salud crítico con que llegan al país muchos extranjeros –que en algunos casos se potencia a raíz del largo viaje por tierra– y

que ellos se ven obligados a resolver en contextos de exceso de trabajo y condiciones laborales frecuentemente adversas. En el caso de las embarazadas, muchas viajan con embarazos a término e ingresan cursando el trabajo de parto. En estas situaciones el equipo de salud debe actuar en forma urgente sin tiempo para realizar los estudios o procedimientos que se utilizan para garantizar una mayor seguridad en la atención del parto.

Lo que molesta un poco es cuando vienen las pacientes que llegaron esa misma mañana de Bolivia, y vienen acá a la Argentina a tener al hijo y después se van de vuelta. Allá tienen que pagar, es cara la medicina. Entonces por ahí vienen sin ningún control, sin nada... y nos preocupa más que nada por el riesgo que corre el bebé porque no sabés con qué te vas a encontrar (Luciana, obstétrica concurrente de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Cuando el micro llegaba, yo hacía guardias los domingos, paraba el micro en la puerta y empezaban a entrar de a 4 ó 5, porque el micro además traía de todo: cáncer, tumores neurológicos, infecciones. Los traían y los bajaban. Te da odio, indignación cuando vos recibís un domingo a la tarde, por ejemplo a una de estas pacientes. Porque lo que uno siente es que como nadie lo resuelve entonces “que el último apague la luz”. Por la falta de legislación adecuada, por la falta de acciones en salud, de articulación de programas, de todo lo que debería hacer una instancia ejecutiva, legislativa, el gobierno, los que terminamos jodidos somos nosotros los médicos. Para nosotros me parece que lo más grave es tener que correr con un niño muerto o infectado, o una muerte materna. Tener que recibir a un niño muerto, que para nosotros es un alto costo personal. Entonces uno siente como que es el depositario de la mierda (Adriana, 45 años; médica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Según los profesionales, los motivos por los cuales los extranjeros buscan aten-

ción médica en la Argentina tienen que ver principalmente con la gratuidad de las prestaciones, así como las limitaciones para acceder a la salud pública y el elevado costo de la medicina en sus países de origen. Por otro lado, se destaca la calidad de los servicios médicos de la Argentina, la formación de los profesionales y la amplia disponibilidad de tecnología moderna.

Lo que más nos llega de Paraguay es insuficiencia renal, SIDA, tuberculosis, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, la mayoría de las enfermedades que le cuestan mucho al Estado y que en Paraguay no las cubren. Lo que te dicen los paraguayos es que ellos van a los hospitales allá y que les dicen “usted necesita hacerse tal análisis, vaya a este lugar” y el que lo manda es el dueño del lugar donde le dice que vaya y cuando va le cobra todo. La salud pública no existe. El mayor problema es que les dicen “vaya a la Argentina que lo van a atender”. O los hijos que están acá y van a ver a sus padres y están enfermos y se los traen, pero ya se los traen enfermos (Lucía).

En el caso de la atención obstétrica, los profesionales aluden a otros motivos, fundamentalmente la posibilidad de tramitar la radicación en el país a partir del nacimiento de un hijo en suelo argentino.

Cuando un niño nace acá, automáticamente va a tener el documento. A partir de eso los papás tramitan su propio documento. Esa es una de las razones por la que en algún momento teníamos micros sanitarios, venían directamente a parir, las bajaban del micro acá en la puerta. Las traían de Bolivia y Paraguay, venían en condiciones pésimas, paupérrimas, han llegado con fetos muertos, han llegado con bolsas rotas de días y días de evolución (Adriana).

Vienen por el tema de la gratuidad. Porque tienen una asistencia si llegan a tener alguna complicación y se les hace todos los cuidados tanto al bebé como

a ellas. También vienen por el tema de la nacionalidad, porque ya se quedan ellas también. La mayoría se queda. Vienen por el embarazo y después se quedan. Regreso inmediato no ves: vienen después a los controles, a los controles del bebé (Isabel, 26 años; médica concurrente de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

En la expresión de enojo y queja por la demanda de servicios médicos por parte de migrantes, los entrevistados están mezclando dos causales migratorios muy diferentes. Por un lado, la calidad y gratuidad de la prestación. Pero hay otro motivo: si una persona decide ir a parir a un país al cual desea migrar en función de su legislación *ius solis*, la cuestión de la gratuidad es casi un factor contingente. En países con *ius solis* donde no hay gratuidad también existen estrategias similares. Por lo tanto, podemos suponer que los médicos tienden a adjudicar a la gratuidad una capacidad de atracción de migrantes superior a la que realmente tiene.

También existen profesionales que se involucran personalmente con la situación de desprotección de algunos pacientes y en algunos casos hasta han realizado gestiones frente a los consulados de países limítrofes para que las autoridades consulares respondieran a las necesidades de sus ciudadanos.

Yo cuando era residente y todavía creía que la justicia social era posible, me fui con la que era jefa de residentes a la Embajada de Bolivia a pedir que se hicieran cargo del tratamiento de una paciente embarazada y con sida. Fuimos con todos los papeles y se nos mataron de risa en la cara. Ahora hago lo que puedo, tengo una paciente paraguaya que es diabética y la insulina se la doy yo porque a mí me la regala el visitador médico. Le doy nada más que a ella y al resto de los pacientes no. Bueno, si son argentinos consiguen la insulina por el Programa Nacional de Diabetes pero la que no

es argentina no puede acceder al programa (Lucía).

Algunos profesionales muestran flexibilidad frente a ciertas normas burocráticas que podrían limitar el acceso de los inmigrantes a los servicios y programas de salud:

Cuando yo estaba en el hospital nunca dejamos de atender a nadie porque no tuviera documentos. En el centro de salud menos. El programa Remediar, que entrega medicamentos gratuitos a la población, contempla la necesidad de que la gente traiga documentos y traiga documentos el acompañante en el caso de un niño, pero no es una condición *sine qua non*. O sea: la prioridad es que el paciente se vaya con la medicación. La norma es flexible, y nosotros creo que somos más flexibles todavía (Mario, 45 años; médico de un centro de salud de la Provincia de Buenos Aires).

Dentro de las comunidades de inmigrantes circula información acerca de las instituciones y médicos más “amigables”, que no condicionan la atención a la presentación del documento nacional, de manera tal que los potenciales usuarios saben en qué sitios tienen mayor probabilidad de ser aceptados y en cuáles no. Asimismo, en el caso de las personas que vienen desde países vecinos en búsqueda de atención médica, por lo general existe un familiar o compatriota conocido que los guía hacia el hospital indicado o que obtiene un turno con anticipación a su llegada. Los nexos o redes de parentesco y/o sociales en la experiencia migratoria resultan fundamentales para ganar acceso y transitar satisfactoriamente por el sistema de salud. Gran parte del éxito de un tratamiento o de la resolución de los problemas de salud depende directamente de la posibilidad de que el migrante se encuentre entramado en alguna de estas redes que “abren” el campo a los recién llegados.

Para los migrantes es difícil la situación acá, hay mucha discriminación, a menos que tengas alguien que te ayude, y así y todo es difícil. Por decirte un ejemplo, mi mujer le saca los turnos a mi suegra, o a las tías que viven en Bolivia y cuando ellas vienen a atenderse acá, que paran en casa y todo, si no fuera porque a través mío mi mujer sabe bien cómo manejarse y cuáles son sus derechos, no las atienden. Si pueden no atenderlas no las atienden, y eso que van con gente conocida mía (Lorenzo, médico de origen boliviano que trabaja en un consultorio comunitario privado en el barrio de Pompeya, Ciudad de Buenos Aires).

Por otra parte, es importante destacar el rol de algunos profesionales de la salud que funcionan como intermediarios entre los pacientes y las instituciones, facilitando a los pacientes inmigrantes el acceso y el tránsito por los hospitales. Por ejemplo, a la hora de derivar un paciente inmigrante a un servicio hospitalario, algunos médicos que trabajan en centros de atención primaria dan las referencias de profesionales a quienes conocen, y acompañan el resumen de historia clínica con una nota personal solicitando al colega tenga a bien atender al paciente derivado.

Cuando tenemos casos complicados derivamos al [Hospital] Penna, pero depende de los servicios. Yo sé que si tengo un problema de traumatología o de neumología, llamo al servicio y les digo, mirá te mando a tal que va mañana y que tiene este cuadro. Y no hay ningún problema, sé que lo va a atender bien, lo mismo con pediatría. Pero con cardiología está todo mal, entonces buscamos por otro lado, aunque la gente por ahí tenga que viajar un poco más. Pero tratamos de manejanos así, por contactos. Porque si vos sabés que los van a hacer ir doscientas veces o que no los van a atender rápido, o que por ahí van a tener que bancarse algún maltrato, no los mandás. Porque es verdad que la gente no se queja, el boliviano no se queja, pero no va

más, no vuelve y no termina el tratamiento. Y como no termina el tratamiento, tampoco vuelve a acá, y cuando aparece de vuelta ya está reventado, entonces realmente es peor el remedio que la enfermedad (Ana, 40 años; médica del Centro de Salud del Barrio de Charrúa, Ciudad de Buenos Aires).

Acá somos médicos de distintas especialidades y todos pasamos o estamos todavía en el sistema de salud pública. Entonces cuando tenemos que hacer derivaciones, las hacemos hacia los equipos que conocemos, según la especialidad, y le mandamos una carta, además de la historia clínica. Entonces ya los tratan de otra manera, ya es otro el trato porque están exponiéndose frente al paciente, pero también frente al colega. Si no contamos con ningún equipo de referencia en alguna especialidad, entonces tratamos de asesorar muy bien al paciente, que sepa bien cuáles son sus derechos, y que lo tienen que atender (Lorenzo).

En suma, hay distintas visiones de parte del personal del sistema de salud acerca de la legitimidad de la demanda de servicios médicos por parte de la población migrante. En verdad, gran parte de las orientaciones se basan en distinciones que realizan los profesionales acerca de los tipos de pacientes inmigrantes. Por un lado, hay un gran número de personas extranjeras que residen en el país (en algunos casos desde hace décadas y/o que han tenido hijos nacidos en la Argentina) que no han completado el trámite de radicación permanente. Si bien en el discurso de los médicos estas personas tendrían los mismos derechos que cualquier ciudadano argentino, a la hora de requerir servicios médicos más allá de una consulta o la resolución de una urgencia, estas personas encuentran innumerables trabas –similares a las que enfrentan quienes llegaron al país más recientemente o con el objetivo puntual de recibir atención médica– por

no contar con su documento nacional de identidad.⁶

Por otro lado, están aquellos para quienes la búsqueda de atención de la salud es el motivo principal de la migración, ya sea temporaria o permanente, como consecuencia de la falta de acceso y los altos costos de la medicina en algunos países vecinos, principalmente Paraguay y Bolivia. En este contexto, el sistema de salud argentino representa para muchas personas la única posibilidad de curarse. Este tema resulta sumamente conflictivo a nivel institucional, político, económico y también desde la óptica de los derechos humanos. Sin duda, la nueva ley de política migratoria constituye un avance en el abordaje de esta problemática, pero resulta indispensable abrir el debate acerca de las posibles soluciones en el plano de las relaciones internacionales y los acuerdos de cooperación.

Desde la perspectiva de lo/as médico/as, para algunos la nacionalidad o la situación legal de sus pacientes es irrelevante. Otros médicos, en cambio, tienen completamente naturalizada la nacionalidad como una cuestión central de sus prácticas y de su sentido. Para ellos no es lo mismo colocarle un marcapasos a un argentino que a un extranjero. En casos como este y en muchos más, puede haber visiones excluyentes y restrictivas. Aun cuando las visiones sean más inclusivas, sin embargo, la situación de escasez de recursos “politiza” la práctica médica y com-

pele a los médicos a tener que posicionarse frente al tema de cómo debería ser la distribución de los recursos disponibles. Algunos intentan hacer lo posible con lo poco que tienen, sin cuestionar su actual distribución o sin proponer modificar los criterios legales de distribución, de clara tendencia universalista. Otros se inclinan por establecer prioridades y acceso diferencial pautando distinciones en base a la nacionalidad y la residencia. Estas distinciones, sin embargo, son bastante ambiguas, ya que superponen extranjería con ilegalidad, ilegalidad con indocumentación, y extranjería con no residencia. Veamos:

- hay bolivianos, paraguayos y peruanos que residen legalmente en el país;
- hay extranjeros que residen hace años en el país aunque no han podido legalizar su situación por motivos diversos;
- hay hijos de los inmigrantes y también migrantes internos que muchas veces son considerados bolivianos o peruanos (o en el sur del país, chilenos) en función de ciertas características fenotípicas;
- hay paraguayos o bolivianos que residen en su país y viajan específicamente para atender problemas de salud.

En general, los médicos tienden a no distinguir entre estas categorías y en sus discursos muchas veces los extranjeros son identificados como no residentes que viajan a atenderse. Así, tienden a ver entre sus pacientes una mayor cantidad de extranjeros, de indocumentados y de no residentes que la que realmente hay. Se da una cierta sobre-representación de migrantes limítrofes en los pacientes que se atienden en servicios públicos de salud (cerca del 20%, según el tipo de servicio y el sexo). Pero estas cifras están lejos de las expresiones de los médicos que hablan de “70% de peruanas y bolivianas” o de la proporción de marcapasos que se colocaron a pacientes “golon-

6. Esta problemática ha sido denunciada frente a organismos internacionales, haciendo referencia a las barreras burocráticas y los altos costos que implica el trámite de radicación, que obligan a muchas personas extranjeras a permanecer en condición ilegal a pesar de cumplir con los criterios legales necesarios para solicitar la radicación. “Situación de los inmigrantes y refugiados”, capítulo de la Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, elaborado conjuntamente por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Comité de Acción Jurídica (CAJ) en febrero de 2001.

drina”. En ese sentido, los médicos y otros involucrados en el sistema de salud operan de manera análoga a una buena parte de la sociedad argentina, ya que en los últimos años hubo una tendencia a darle una visibilidad social a la inmigración que no se correspondía con su peso demográfico.

Ciertamente, nuestro estudio no buscó realizar un análisis del discurso médico. No puede dejarse de mencionar, sin embargo, que es necesario desarrollar un análisis específico en el futuro. Los médicos dicen “lo que nos llega de Paraguay es insuficiencia renal, SIDA, tuberculosis”; dicen “el micro traía de todo: cáncer, tumores neurológicos, infecciones”. Así, lo que llega, lo que el ómnibus trae, no son personas sino enfermedades. Dicen que reci-

bir un domingo por la tarde a estos pacientes “te da odio, indignación”. Y parece claro que una buena parte de ese odio se dirige contra los extranjeros, contra quienes se presentan frente a ellos en el hospital, mucho más que contra los factores que llevan a esa persona (legal o ilegal, residente o no) a estar frente a ellos. Además, aunque no tenemos datos cuantitativos precisos, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la gran mayoría de los extranjeros que se atienden todos los días en los hospitales son residentes, es decir, han migrado por otras razones (generalmente en busca de empleo) y recurren para atenderse al hospital público como la mayoría de los argentinos de su misma condición social. ■

3

Los pacientes extranjeros en la mira

**Elizabeth Jelin
Alejandro Grimson
Nina Zamberlin**

Los médicos realizan distinciones entre los pacientes en función de la nacionalidad. Esto es especialmente claro en relación a las mujeres –sea como pacientes en servicios de ginecología o como madres de niños en servicios de pediatría–. La diferenciación más significativa dentro de la población de migrantes que demandan atención es entre las peruanas y paraguayas por un lado, y las bolivianas por el otro. El personal de salud opina que las pacientes peruanas –que son las que tienen un nivel educativo más alto– y las paraguayas conforman un grupo que se adapta sin grandes problemas a la cultura local y al tipo de medicina que aquí se ofrece. Las diferencias culturales aparecen más marcadas y visibles en relación con las pacientes bolivianas, que tendrían menor nivel educativo y presentan mayor dificultad en la comunicación con los profesionales, así como en la interpretación y seguimiento de las indicaciones médicas. Asimismo, los entrevistados mencionan que las mujeres peruanas y paraguayas tienen mayor conciencia de sus derechos y son más demandantes a la hora de reclamar cuando no están conformes, o de exigir lo que creen que les corresponde. Por el contrario, las bolivianas son caracterizadas como sumisas y sufridas. Existe también la creencia de que tienen mayor resistencia al dolor. En todos los casos, cada nacionalidad es percibida como un grupo homogéneo:

Las paraguayas tienen más picardía, son más pícaras. Lo mismo que las peruanas.

En realidad la situación más crítica para mí son las bolivianas. Son muy sometidas. Las peruanas son peleadoras, las peruanas son demandantes y demandadoras. Las bolivianas son otra situación (Elena, 35; obstétrica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Esta gente tiene un nivel de tolerancia diferente, tiene una cultura diferente y aguantan cualquier cosa. Aguantan maltrato, es gente muy sumisa. El paraguayo no, enfrenta mucho más, al boliviano le podés zapatear en la cabeza y no dice nada (Lucía, 33 años; médica de un hospital provincial localizado en el Gran Buenos Aires).

Ciertamente, estos estereotipos, como cualquier prejuicio, tienen consecuencias sobre la práctica médica. Más que considerarlos descripciones de grupos o personas, es necesario considerarlos como indicadores del vínculo que se establece entre esas personas y los médicos.

La comunicación y la confianza

Los profesionales entrevistados hacen referencia constantemente a las dificultades que encuentran en la comunicación con las pacientes bolivianas, destacando las dificultades tanto en el lenguaje como en su forma de expresarse y su capacidad de interpretar consignas. Hay pacientes que directamente no hablan castellano (pocas); mayormente, el problema parece residir en que utilizan términos desconocidos pa-

ra los médicos. Es frecuente que estas pacientes acompañen el momento de la recepción de la prescripción médica con una expresión facial neutra que desconcierta a los profesionales, que sienten que no tienen *feedback* y no saben si lo que están diciendo es comprendido o no.

Me impresiona también que esto es un bloqueo en la comunicación, porque muchas veces uno busca en el rostro del interlocutor alguna expresión, y no la encontrás. Yo digo que si fuera psicoanalista, Freud estaría contentísimo, porque no expresan ni alegría, ni tristeza, ni dolor, ni nada. Cara de poker. Nunca sabés cuándo están contentas o tristes (Adriana, 45 años; médica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

En este contexto, el interrogatorio durante la consulta y la posibilidad de llegar a un diagnóstico requiere un mayor esfuerzo por parte de los médicos, esfuerzo que a veces les resulta agotador, molesto y frustrante, pero también deshumanizante:

No te entienden, no nos entendemos. Muchas cosas no nos entendemos. Tenés que descifrarlos. Y uno *casi te diría que hace una medicina veterinaria*. No te hablan, no te manejas con el diálogo abierto. Entonces buscás y te encontrás con cosas muy importantes y otras te las comés (Dr. B., 60 años; médico de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Antes vimos que, según algunos médicos, “de Paraguay llegan enfermedades”, no personas. Ahora, esas personas, especialmente las bolivianas, son animalizadas a través de un mecanismo muy antiguo. Colón consideraba que los habitantes de las nuevas tierras eran animales, ya que no

sabían hablar las lenguas que él conocía. Cuando los médicos no logran comprender a estos pacientes, les adjudican una incapacidad de comunicar análoga a los pacientes de los veterinarios. Se disparan entonces procesos de inferiorización del otro y la otra, y apreciaciones claramente racistas:

Hay limitaciones en cuanto a la interpretación. No entienden. A veces les hablás, les explicás. Por ejemplo en cuanto a solicitud de estudios de laboratorio o ecografías, y no te entienden. Te tomás el trabajo de explicarles todo: el caminito, cómo hacer... pero muchas no entienden. Muchas veces nos planteamos si es porque tienen un coeficiente intelectual menor, por ignorancia, por cómo viven allá. Por ejemplo hoy había una paciente que la obstétrica le estaba dando anticonceptivos orales y le explicaba cómo tomarlos, y la mujer le dice: “¿pero se los tengo que dar al bebé?”. Nosotros estábamos ahí escuchando, y no lo podíamos creer (Nélida, 60 años; obstétrica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

Las bolivianas son una especie de castigo. No es agradable atenderlas. Para mí, la paciente boliviana, es un punto en contra. No tienen educación, no tienen guita –que con la educación van de la mano–. No entienden la mayoría de las cosas que uno les dice; cuando entienden, no lo hacen. Sucias, y por ende malolientes. Esa población, y la población de los gitanos, son un tema difícil de manejar por lo mismo: por más que les digas, por más que hagas, no te entienden, no hay una comunicación entre médico y paciente. No la hay. Hay muchísimas que hablan quechua y no entienden castellano... Vienen con el marido que aprendió a decir ladrillo, pala y balde y que tampoco entiende nada... Parece mentira que Valeria Mazza¹ comparada con la peor de las bolivianas, la peor, sea de la misma especie. Parece mentira. Es como el Gran Danés y el Pequinés, ¿cómo puede ser que dos cosas tan diferentes sean, sin embargo, perros? Y a mí me tocó atender un pequi-

1. Valeria Mazza es una conocida modelo argentina de cabello rubio y ojos azules.

nés. Y a mí no me gusta. El marido del pequinés tampoco me gusta: no entiende nada (Ramiro, 45 años, médico de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

No todos los médicos se ubican en este extremo de descalificación de sus pacientes. Hay médicos que no tienden a jerarquizar sino a frustrarse y angustiarse por no saber cómo intervenir de manera eficaz. En esa preocupación se encuentran presentes los gérmenes de la posibilidad de construir alternativas de comprensión intercultural.

Realmente sentimos que es de mucha frustración no poder comunicarse, pedirle un análisis a una de estas pacientes y que venga consulta tras consulta con el papel sin haber logrado entender qué es lo que tiene que hacer con ese papel. Todo el tiempo tenemos este problema, porque a veces uno piensa que es uno, que tiene alguna resistencia, entonces se la pasamos a otra de nosotras y le pedís “a ver si vos podés explicarle, a ver si vos lo lográs que te entienda” [...] y es angustiante (Adriana).

Tropezamos a veces con la dificultad de que el interrogatorio, cuando es una persona que recién llega, es casi nulo en cuanto al significado, y a pesar de que hacemos el intento no lo logramos, entonces es angustiante para el médico, porque se tienen que manejar solamente con lo físico, y no siempre lo físico es lo determinante... El médico es allí donde pierde un elemento muy valioso que es el interrogatorio. En el examen médico muchas veces el interrogatorio vale mucho más que cualquier otro recurso técnico (Antonio, 64 años; médico de un centro de salud de la Provincia de Buenos Aires).

O sea, la dificultad de comunicación puede ser percibida e interpretada en otra clave, como diferencia cultural no descalificante. Entonces, es posible intentar otras maneras de actuar y resolverlas.

En general tenemos *dificultades en la comprensión*, el idioma es diferente. El valor de la palabra, ¿no? Manejamos diferentes términos. Vienen a la guardia y te dicen “me duelen los estómagos” y le tenés que decir mostrame dónde te duele porque es otro lugar (Adriana).

No se afirma que “ellos no saben”, sino que ambos “manejamos diferentes términos”. O sea, la diferencia es relativizada. Por ello, aparece un aprendizaje y una capacidad de intervenir de otro modo: “le tenés que decir mostráme dónde te duele”. En síntesis, el profesional aprende a no permanecer en la incompreensión y a buscar otro camino, por cierto muy sencillo.

Más allá de las dificultades en el lenguaje, otra barrera comunicacional identificada por los entrevistados se relaciona con que los pacientes bolivianos hablan poco y la explicación del motivo de consulta y la descripción de los síntomas suele ser limitada y fragmentada:

Un problema que suelen tener ellos, que a los médicos nos vuelve locos, nos saca de quicio, es que nosotros tenemos una concepción que tiene que ver con el interrogatorio general, los antecedentes del paciente, en general siempre cuesta porque el paciente tiene la urgencia de decir lo que le pasa en el momento, ahora. Pero digamos que en general uno logra que el paciente le diga todo lo que le pasa en ese momento, entonces uno después hace una evaluación diagnóstica, una estrategia terapéutica y una resolución. Ahora, lo que es muy común en la comunidad boliviana, que es una cosa que te lo dicen todos los médicos que los han atendido alguna vez, es que te van diciendo las cosas de a poco. Entonces vos terminaste de cerrar el cuadro, con mucha dificultad, y cuando ya pensás que el paciente se va a ir y estás llamando al otro y ahí cuando ya está en la puerta te dice “¿Qué puede ser que me duelen las piernas tanto?”, “¿Qué puede ser que tal cosa?” o “Sangra mucho mi nariz, ¿qué puede

ser?”. “Bueno, acuéstese y empezamos de nuevo. Dígame todo lo que le pasa y no se olvide nada” (Mario, 45 años; médico de un centro de salud de la Provincia de Buenos Aires).

Generalmente, los profesionales de los centros de atención primaria muestran una mejor predisposición para buscar formas de superar las dificultades en la comunicación que los médicos de los hospitales. Por su formación en salud comunitaria, parten de una concepción de la salud con un fuerte contenido social e integrador, con especial énfasis en la prevención. El hecho de tener inserción en la comunidad, conocer el contexto y tener acceso a los líderes les ayuda a entender mejor a sus pacientes, particularmente *si existe voluntad para hacerlo*. Por ejemplo, los profesionales de uno de los centros de atención primaria estudiados desarrollaron un diccionario de términos que surgen habitualmente en la consulta con la población boliviana.

Nosotros hemos tenido intentos de volcar en un papel el diccionario quechua con las palabras más representativas, por ejemplo: calentura por fiebre, inchalera por diarrea, ancai por parásito, 2 ó 3 palabras con las que dicen “qué hermosa bebé”, como para lograr una mejor comunicación (Antonio).

Esto muestra que aun con todas las dificultades que efectivamente existen, tanto de recursos como de diferencias culturales, puede haber iniciativas que apunten a mejorar la comprensión y a capitalizar la experiencia. Por su inserción comunitaria, los centros de atención primaria también pueden contar con la colaboración de algunas personas de la comunidad que representan recursos fundamentales como “traductoras” y también como nexos entre las unidades sanitarias y la comunidad.

Una vez yo estaba atendiendo un niño que la mamá lo trajo porque estaba con diarrea, ellos lo dicen en forma de verbo “está diarreando o me anda diarreando”, entonces yo empecé a indagar acerca de los alimentos que había recibido y la madre me dice que le había dado “té de talabe” y me lo repetía y yo pensé que era alguna infusión o remedio casero y escribí en la historia clínica: ‘posible suministro de infusiones de medicina tradicional’ y justo llega María Luisa (la estudiante de enfermería de la comunidad) y entonces ella le pregunta en su idioma qué era el té de talabe y resulta que era té taragüi² (Mario).

El marido decide todo. Si los lleva o no a los chicos [al médico]. Hace poco vinieron unos nuevos, recién llegados de Bolivia, y el nene estaba con una bronquiolitis, y no lo querían traer. Entonces lo trajo esta chica María Luisa, la estudiante de enfermería que vive acá y nos ayuda. Me dijo mirá, tengo un paciente así y así; que suba y se baje rápido. La atendimos rápido, porque se había escapado sin que el marido supiera para traer al nene. El marido no la dejaba. Le explicamos todo lo que tenía que hacerle al bebé. Después iba a ir María Luisa a controlarla porque no nos entendía bien. Por qué no vas, le decía yo, a ver cómo le da los remedios. Por suerte fue porque la señora se gastó el aerosol en un solo día. Se lo debe haber dado mil veces todo el día todo el tiempo. No se cómo hizo para usarlo pero lo gastó todo en un día (Mercedes, 32 años; enfermera de un móvil sanitario de la Provincia de Buenos Aires).

La confianza, al igual que la comunicación, constituye un elemento fundamental en la relación médico-paciente. En el caso de la atención de migrantes limítrofes, la confianza tanto del paciente en el profesional como viceversa aparece resentida o completamente ausente. Los migrantes desconfían de un sistema de salud que les resulta foráneo, de estructura vertical y autoritaria, que a menudo condiciona su ingreso y hasta podría convertirse en un po-

2. Taragüi es una marca comercial de té.

tencial denunciante para aquellos que se encuentran en situación ilegal. Un ejemplo de esa desconfianza es el caso de Elsa, una mujer boliviana de 32 años que hace ocho años que vive en la Argentina. Tiene cinco hijos, dos nacidos en Bolivia y tres en la Argentina. Todos los partos excepto el último fueron domiciliarios, atendidos por su madre o su marido, porque “esa es la costumbre en Bolivia”. Durante el embarazo de los dos hijos nacidos en la Argentina, que también fueron partos domiciliarios, Elsa realizó las consultas de control prenatal y los estudios complementarios (ecografías y análisis) en el centro de salud, pero prefirió no ir al hospital a parir por temor a que le robaran o cambiaran a su hijo y por temor a los procedimientos médicos que se practican habitualmente en el hospital.

La desconfianza hacia los profesionales y el temor a que las “reten” por no cumplir las indicaciones o por realizar prácticas que no se condicen con el modelo médico hegemónico, hacen que la comunicación verbal en la consulta sea limitada. A su vez, los profesionales perciben que las pacientes no les dicen “la verdad”, y pueden llegar a comprenderlo por el temor y la desconfianza que se produce en un interrogatorio que puede ser vivido como “policíaco”:

Es una relación inclusive de desconfianza mutua. Vos sentís que ellos no te dicen toda la verdad, y ellos se sienten como que vos los sometés a un interrogatorio policial y cuanto menos digan mejor. Entonces ahí se nos arman una galletas tremendas, porque imagináte que no es lo mismo encontrarse con una bolsa rota de hace un día o de hace 10 días. Por ahí sienten que el interrogatorio médico es medio policíaco (Adriana).

Diferencias culturales que afectan la atención médica

Los profesionales entrevistados identifican ciertas prácticas características de la comunidad boliviana como riesgosas o poco seguras desde su concepción de la salud. Otras conductas no implican necesariamente un riesgo en términos de salud pero no son bien vistas desde el modelo médico tradicional y descolocan o incomodan a los profesionales que están acostumbrados a trabajar de una determinada forma. Hemos indagado estos temas en un campo donde los sistemas de creencias y las prácticas culturales tienen un peso muy fuerte: los embarazos y partos, especialmente de mujeres bolivianas.

En líneas generales, frente a estas situaciones los médicos tratan de adaptar a las pacientes migrantes a su propio modelo. Algunos profesionales, particularmente los que trabajan en atención primaria, se muestran más respetuosos de las diferencias culturales, rescatan el conocimiento y la percepción de la población migrante en cuestiones de salud y tienen una visión de los determinantes de los problemas de salud menos centrada en los comportamientos individuales, reconociendo patrones culturales.

Vale la pena señalar sucintamente algunas de las diferencias culturales relacionadas con prácticas y conductas que inciden sobre la atención médica que surgieron en el trabajo de campo:

- Posición para el parto: las mujeres bolivianas prefieren parir de cuclillas y pueden llegar a resistirse a entrar a la sala de partos.

Las bolivianas, tienen una cosa de darle más bola a lo que el cuerpo quiere: en el momento del parto se ponen de cuclillas. Yo he visto hasta pegarles a algunas para que se acuesten. En general tratan de no llegar hasta la sala de partos. Muchas han pa-

rido en el pasillo por no llegar a la sala de partos. Los médicos y las parteras tratan de adaptar a la gente a lo que ellos consideran que está bien. Raramente ves personas que tengan una mentalidad respetuosa con las diferentes culturas. Había una guardia donde sí se respetaba las preferencias de los pacientes. Pero era una sola guardia y era muy criticada además. Lo que pasa es que en el hospital, cuando vos no hacés lo hegemónico empiezan a surgir cosas... Porque también está el neonatólogo, que si veía que se hacía un parto en la cama dejaba al bebé internado una semana con antibiótico endovenoso en neonatología, aunque estuviera recontra sano. Entonces el jefe de piso decía “déjense de joder con los partos en la cama porque tenemos a todas las mujeres ocupando camas” (por la internación conjunta madre-hijo) (Griselda, 31 años; médica de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

- **Lactancia:** para las mujeres bolivianas no necesariamente es la madre la que debe amamantar al bebé.

Lo que yo veo por ejemplo de la lactancia, es que ellos tienen una cultura donde la tienen mucho más incorporada. Ha pasado que venían con la idea de que la compañera podía darle de mamar, o que han dado de mamar a otro bebé. Esas cosas son las que más nos llaman la atención, y a lo que tratamos de apuntar para prevenir el contagio de cualquier enfermedad por los riesgos que tienen (Nélida).

- **Machismo:** el sometimiento de la mujer boliviana frente a su marido aparece repetidas veces en los testimonios de los profesionales. Es común que, luego del parto cuando se completan los datos del recién nacido, las mujeres no sepan qué nombre se le dará a su hijo y piden a las enfermeras o a las obstétricas que “vayan a preguntarle a su marido”. Los relatos también dan cuenta de maridos que cuestionan la duración de la internación y reclaman

el alta inmediata de la mujer para que vuelva a trabajar cuanto antes, o que prohíben o autorizan determinadas prácticas médicas sobre sus mujeres. Esto último, como veremos en el caso de la cesárea, puede representar un obstáculo para la realización de procedimientos médicos que no pueden llevarse a cabo cuando la paciente no presta su consentimiento.

- **Rechazo a la cesárea:** los profesionales señalan que las mujeres bolivianas muchas veces se resisten a que se les practique una cesárea, aún cuando no hacerlo signifique un riesgo para la vida de la madre y el feto.

También las creencias de ellas te limitan a vos. Muchas veces tuvimos que ir a cesárea y les explicamos por qué, y ellas se niegan a ir a cesárea. Y te ponen en una posición muy difícil porque tenés que hacerlo pero no podés tampoco llevarla sin su consentimiento. Me ha pasado de una paciente que el marido entró al quirófano y sacó a la paciente y dijo “no, no la operan”. Y se la llevó. Corrían riesgo tanto el bebé como la madre. Eso fue un viernes, y fue a dos guardias más pero era un desprendimiento de placenta y en ningún lado le iban a hacer un parto normal y se terminó operando. Pero a todo esto hubo que llamar a un juez, pedir la intervención judicial porque la indicación médica era la cesárea y el marido se negaba. Ellos tienen la creencia de que la mujer deja de ser mujer si tiene una cesárea. Tienen que tener parto normal, si no no sos más mujer. Eso por un lado; por el otro lado, la cesárea tiene un postoperatorio y las mujeres no pueden volver a trabajar a la semana, tienen más tiempo de reposo. Son muy machistas. Ellas se niegan a la cesárea por el miedo al marido. Siempre que se niegan dicen ‘no, mi marido no va a querer’, como que el marido tiene que tomar la decisión (Adriana).

Yo he visto a maridos enojarse porque la mujer va a tener una a cesárea y no puede

tener un parto normal, es como que como mujer ya perdió, y te dicen “¿pero cómo, no puede parir?”. Eso es terrible. Ahí muchas se ponen a llorar. Eso sí les duele. Cuando les decís que hay que hacer una cesárea te piden por favor... yo creo que son capaces de morirse antes de que les hagan una cesárea. Para ellos es muy importante el parto normal. Nosotros tuvimos una paciente boliviana que tenía el bebé de cola y tenía que hacerse cesárea. Era un viernes, y le dijimos que el lunes se tenía que internar para hacer una cesárea programada. Se puso a llorar mal, y pedía que no, que por favor. Bueno, se fue a su casa y el lunes vino para internarse y le hicimos una ecografía para ver cómo estaba el bebé y estaba de cabeza. Y ella me contó que no me acuerdo qué mujer de la familia la había fajado, con una faja en la panza, y la habían mandado en un colectivo, a hacer todo el recorrido del colectivo en los asientos de atrás, saltando. Y lo que hicieron fue una especie de versión externa de una maniobra obstétrica pero peligrosísima. Aparte hacerla sola, con un embarazo a término. Pero, bueno, el bebé estaba dado vuelta y el parto fue normal. A partir de ahí hay residentes que cuando viene una mujer con un bebé de cola, dicen hay que hacer el “boli-system” (Griselda).

Ante la llamativa frecuencia con que la cuestión del rechazo a la cesárea apareció en el trabajo de campo con los profesionales de la salud, conversamos al respecto con Elsa, una mujer boliviana, con el fin de intentar dilucidar los motivos que subyacen a dicho fenómeno. Según ella, muchas mujeres no quieren que les hagan cesárea porque “les dan vuelta la matriz y después no pueden tener más hijos”. Esto se podría relacionar con la historia de esterilizaciones forzadas que existió en Bolivia como parte de las políticas de población impuestas durante la década de 1960. La ecuación que equipara cesárea con esterilización en el contexto de una cultura patriarcal donde el rol de la mujer se define a partir de la re-

producción, da lugar a diferentes estrategias para evadir esta práctica.

- Valor de la placenta: las mujeres bolivianas quieren llevarse la placenta consigo después del parto.

Muchas veces las pacientes bolivianas piden que se les dé la placenta después del parto. Piden la placenta para enterrarla porque para ellas es el hijo que no nació. Lo que hacemos es ponérselas en una bolsita de plástico, entera o les cortamos un pedacito (Isabel, 26 años; médica concurrente de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires).

En uno de los hospitales donde se realizó el trabajo de campo funciona un programa del INCUCAI de donación de placentas para uso en cirugías oculares. Como parte de este programa, al término de cada parto se solicita el consentimiento de la paciente para donar su placenta. Los profesionales reportan que con frecuencia las pacientes bolivianas no dan su consentimiento y piden que se les entregue la placenta en una bolsa para poder llevársela. Hubo un caso de una mujer que firmó el consentimiento pero luego su marido no quiso realizar la donación y reclamó la entrega de la placenta.

Este fenómeno, que para los médicos argentinos aparece como un hecho incomprendible, es una práctica común en la cultura aymará donde, luego del alumbramiento, la placenta recibe un tratamiento especial, y es lavada y observada en detalle ya que se cree que allí se encuentran signos sobre el futuro del recién nacido/a. Suele ser adornada con flores e hierbas y enterrada cerca del hogar de la familia.

- Rechazo a las extracciones de sangre.

Si uno les pide muchos análisis, sienten como que les van a sacar mucha sangre. Hay

todo un tema con la sangre, no quieren que les saquen sangre nunca. Nosotros no pedimos ningún bono ni nada, lo único que pedimos es que traigan los dadores de sangre. Y jamás lo hacen. Las bolivianas jamás han traído un dador de sangre. De tal manera que en una época se les había pedido a las pacientes a las que había que hacerles la determinación de grupo y factor que vengán acompañadas de un dador. Con lo cual nosotros nunca teníamos el grupo de sangre y la mujer llegaba al parto sin el grupo de sangre porque como tenían que venir con un dador para hacerse el grupo y factor directamente no venían (Nélida).

- **Vestimenta:** cuando los profesionales hacen referencia a la vestimenta de las mujeres bolivianas, señalan que estas habitualmente suelen llevar varias capas de ropa y estar “excesivamente abrigadas” en relación al clima local o a la temperatura de las salas de internación.

En verano vos las ves que están transpirando, que están muertas de calor, y vienen con toda ropa abrigada. Y vos les preguntás si no tienen calor, si no quieren que prenda el ventilador. “No, no quiero” te dicen. “Quiero tener así a mi bebé”, están todas transpirando y “así tiene que ser” te dicen. Pero vos les decís que no tienen por qué sufrir el calor... “no, no, es así” te dicen (Adriana).

Cabe destacar que, en la cultura andina, el momento del parto se asocia con la “apertura de la matriz” que puede “dejar entrar frío o hacer que se enfríe la sangre”, motivo por el cual las mujeres tienden a abrigarse y tomar bebidas calientes.

- **Pudor para desvestirse y para que las revisen:** comúnmente las mujeres bolivianas prefieren no desvestirse durante la consulta médica.

Se ponen tanta ropa, tantas capas que no es fácil el examen físico... quieren que uno

les resuelva el problema sin tocar y sin mirar demasiado (Mario).

No les gusta desvestirse. Igual si es una médica mujer, no quieren. Tuvimos una embarazada que tenía impétigo, tenía un grano que se le había hecho muy profundo. Y no se dejaba ver con nadie. Entonces la técnica que usé fue queriéndole poner la vacuna doble, que en la embarazada a los 7 meses se pone otra dosis más. Entonces yo le digo que le tengo que poner, que es para su bebé, para que no le agarre tétano. Entonces ahí aproveché cuando ella estaba de espalda y lo llamé al doctor para que vea... pero si no era así no se dejaba (Mercedes).

- **Hábitos de higiene:** los profesionales entrevistados con frecuencia hacen referencia a la falta de higiene personal de las mujeres bolivianas y en algunos casos se evidencia un profundo rechazo al acercamiento físico.

Esa mujer tenía un hedor tan fuerte que ni te podías acercar, entonces le dimos jabón y la mandamos a bañarse. Como tardaba fuimos a ver si no había parido en la ducha y estaba toda acurrucada a un costado mirando el chorro de agua como algo que nunca antes había visto (Adriana).

¿Vos le darías la mano a alguien que se acaba de limpiar los mocos con la mano? (Ramiro).

¿Cómo encarar y resolver estas diferencias culturales? ¿Cuáles son las estrategias que pacientes, comunidades y algunos agentes del sistema de salud elaboran para hacerles frente? A lo largo de este informe, hemos cubierto las prácticas médicas en instituciones públicas que no tienen políticas explícitas para encarar el tema. Más bien, parecería que esto queda librado a la orientación y actitud de las autoridades de las instituciones (en cuanto a políticas de apertura o restricción del ingreso a través del requisito del documento de

identidad o el DNI), a los propios médicos y personal de salud –cuyas orientaciones y actitudes varían desde posiciones claramente deshumanizante y racistas a visiones donde el reconocimiento de la diversidad cultural lleva a elaborar estrategias de

diálogo y superación de la distancia cultural–. Existen también algunas iniciativas que buscan encarar el tema de manera más institucional o estable, para superar así la dependencia en la “bondad” de un médico o enfermero. ■

4

Enfermedades de estado(s)

Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera

**Lidia Abel
Sergio Caggiano**

Contexto general

Breve caracterización de la población migrante y del contexto de recepción

La provincia de Jujuy se encuentra al norte de la República Argentina y limita con los departamentos de Potosí y Tarija, en el sur de Bolivia. A un lado y otro de esta frontera argentino-boliviana se trata de territorios alejados de las respectivas capitales nacionales. La provincia está dividida en cuatro regiones político-administrativas, que son también regiones geográficas y ecológicas diversas, y que se dividen a su vez en departamentos: la Puna (Cochinoca, Rinconada, Santa Catalina, Susques, Yavi), la Quebrada (Humahuaca, Tilcara, Tumbaya), los Valles (El Carmen, Dr. Manuel Belgrano –donde se encuentra la ciudad capital–, Palpalá, San Antonio) y el Ramal (Ledesma, San Pedro, Santa Bárbara, Valle Grande). De acuerdo con el censo de 2001 estas regiones reúnen respectivamente el 6,5, el 5,2, el 61,5 y el 27,3% de la población. Nuestro estudio se concentró principalmente en San Salvador de Jujuy, ciudad cabecera del departamento Dr. Manuel Belgrano y capital de la provincia.¹

En cuanto al desarrollo y la actividad económica, Jujuy es una de las provincias más relegadas de la Argentina desde la segunda mitad del siglo XIX, en que dicho desarrollo se orientó decididamente hacia el puerto de Buenos Aires, y en torno de la actividad agroganadera. El reciente quiebre de las economías regionales (durante

los últimos treinta años, agudizándose en los últimos quince) no ha hecho sino ahondar estas desigualdades históricas.

La composición étnica presenta por su parte un carácter singular en Jujuy (“singular” en relación con la singularidad de la composición étnica de la población de la región central del país). Hay que destacar la importante presencia de indígenas, muchos de los cuales se organizan en comunidades que se extienden principalmente a lo largo de la Quebrada y de la Puna. Por otra parte, al momento de la conquista española el Noroeste y el Río de la Plata constituían respectivamente las regiones más y menos pobladas del territorio que sería argentino. Esto está en relación con el hecho de que ambas regiones cuentan con historias migratorias diferentes. En términos cuantitativos, el impacto de la inmigración “europea” en el Río de la Plata a principios del siglo XX es mucho mayor que en San Salvador. En cambio los desplazamientos y contactos poblacionales entre el norte argentino y el sur occidental de Bolivia tienen una historia muy larga. Si nos ceñimos a la historia de las migraciones internacionales, la presencia boliviana

1. También realizamos trabajo de campo en otras ciudades de la provincia que, como veremos, por distintas razones revestían interés para nuestro problema. Más precisamente, las zonas rurales de Perico y San Pedro, por un lado, y la ciudad de La Quiaca, en la frontera con Villazón, en el sur boliviano, por otro. En cada caso nos guiaron problemáticas e indicaciones específicas surgidas en el desarrollo del trabajo.

en Jujuy se verifica desde el primer censo nacional de población, realizado en 1869. Pero si nos remontamos más allá de la división política moderna en estados nacionales, dichos desplazamientos y contactos son mucho más antiguos. El occidente boliviano y el noroeste argentino pertenecieron ambos al *Tawantinsuyu*,² y presentaban entonces una importante integración económica y social. En pocas palabras, “la dinámica migratoria de Jujuy se vinculó [...] a la migración limítrofe, siendo mucho menor la magnitud de las corrientes migratorias de países no limítrofes” (Sala, 2000: 338).

En consecuencia, entre los inmigrantes provenientes de otros países de América Latina, en Jujuy se encuentran bolivianos de manera principal, o casi exclusiva, si bien es cierto que se cuentan algunos trabajadores estacionales chilenos, y algunos inmigrantes peruanos, generalmente de paso hacia las ciudades del centro y del sur del país.

Podría decirse que la inmigración boliviana en Jujuy constituye una historia de arribos constantes en la cual es posible distinguir, a grandes trazos, cuatro etapas (Sala, 2000). Una primera, entre 1869 y 1914, en la cual se da un importante aumento en la presencia de bolivianos en el Ramal y Valle jujeños, producto de la creciente demanda de mano de obra generada por la cosecha de caña (en Ledesma) y el dinamismo agrícola (en El Carmen). La segunda etapa llega hasta mediados de 1940 y se

caracteriza por desplazamientos estacionales a la zafra en los ingenios tanto de Jujuy como de la vecina provincia de Salta. Durante la tercera etapa, que cubre aproximadamente la década de 1950, se da un incremento cuantitativo de dimensiones notables. Si bien continúa una migración pendular entre Bolivia y la Argentina, la residencia en la Argentina se prolonga progresivamente en este período. Esto se vincula al crecimiento y atractivo del trabajo agrícola (por la actividad tabacalera y frutihortícola) y a las mejoras en los salarios y las condiciones laborales. La cuarta y última etapa, desde 1960, se caracteriza por la caída de la demanda de mano de obra en la región, como resultado de la crisis de las economías regionales y la tecnificación de las explotaciones agrícolas. Comienzan a darse flujos migratorios interurbanos, y la inmigración presenta una tendencia a redireccionarse hacia la zona de Buenos Aires; ello hará que en estas décadas decrezca y se establezca la presencia en Jujuy de personas nacidas en Bolivia.³ No obstante, sigue siendo importante la cantidad de zafreiros en los ingenios de El Ramal. Asimismo, según Karasik y Benencia (1998-1999), por esta época se reconoce en los bolivianos una mayor capacidad que en los pobladores locales para ajustarse a un proceso de desplazamiento general desde El Ramal hacia los Valles.

En términos porcentuales, y si bien no contamos con datos actualizados,⁴ puede decirse que en Jujuy hay un porcentaje mayor de inmigrantes limítrofes que en el conjunto del país (5,89%), y que este porcentaje se compone casi exclusivamente de inmigrantes de origen boliviano. Las cantidades relativas más importantes dentro de la provincia corresponden a los departamentos de El Carmen, Yavi, Santa Bárbara, Ledesma, Palpalá, San Pedro, Santa Catalina, y Dr. Manuel Belgrano. De acuerdo con Karasik (1994), y Karasik y Benencia (1998-1999), hay dos aspectos principales a tener en cuenta del perfil so-

2. “Tawantinsuyu”, en quichua, es el nombre del Estado inca que significa “Las cuatro partes del mundo”.

3. Hay que señalar, acaso como una división en el interior de esta última etapa y un complemento de este redireccionamiento general hacia el centro del país, el aumento de inmigrantes registrado hacia 1980 en los departamentos donde se encuentran las capitales de Jujuy y de Salta, en detrimento de los departamentos en los cuales los bolivianos participaban fundamentalmente de tareas rurales (Sassone, 1988).

4. Los datos con que cuenta la provincia tienen como fuente al INDEC, Censo Nacional de Población de 1991.

ciológico de los bolivianos llegados a Jujuy en los últimos quince años. Por una parte, se detecta una mayor presencia femenina (al menos entre quienes regularizaron su situación jurídico legal hacia mediados de la década de 1990). Por otra parte, entre los bolivianos varones que se encuentran en San Salvador de Jujuy (o en todo el departamento Dr. Manuel Belgrano) se destaca la ocupación en la construcción (30%), en changas (19%), en el comercio y los servicios (14%), mientras que un 9% se dedica a la agricultura (y otro tanto a oficios manuales). En cambio, entre los que están en el resto de la provincia la agricultura es casi siempre la rama de actividad principal.

El sistema de salud jujeño. Sectores e instituciones

Como en otras provincias argentinas, la provisión de salud es cubierta en Jujuy por tres subsectores: público, seguridad social y privado. El Sistema Público de la provincia se organiza en una Secretaría de Estado, la Secretaría de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Forman parte de esta Secretaría, a su vez, tres organismos: Dirección de Sanidad, Dirección de Salud Pública y Sunibrom. Este sistema ofrece su cobertura a través de 22 Áreas Programáticas. En el marco de la Regionalización Sanitaria de la provincia, la Resolución N° 1156 de 1999 (y una posterior modificación de 2002) define la Red Provincial de Salud y determina la organización sanitaria en las mencionadas 22 Áreas Programáticas, así como el territorio de responsabilidad de cada una de ellas y los servicios de salud que la integran. En total, estas áreas cuentan aproximadamente con 26 hospitales, 184 puestos de salud y 56 centros de salud. En cuanto a la seguridad social, existen más de 60 Obras Sociales Nacionales; la Obra Social Provincial (ISJ), algunas mutuales y el Instituto

Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Por último, hay alrededor de 10 empresas de medicina prepaga y seguros privados de salud.

A lo largo de su historia, el sistema jujeño de salud fue adoptando una conformación sumamente fragmentada, al punto que, de acuerdo con el diagnóstico formulado por la Secretaría de Salud Pública de la provincia, “su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un ‘sistema’ de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura”.⁵ Por otra parte, las limitaciones económico-productivas de ciertas jurisdicciones y la ausencia de políticas provinciales que enfrenten y limiten los efectos negativos de la dinámica económica general han conformado un mapa territorial caracterizado por la falta de equidad, y por una enorme brecha entre las diferentes regiones. A estos problemas históricos se agregan los efectos negativos de la crisis de 2001 y de las medidas económico-financieras que se implementaron como respuesta.

Siempre de acuerdo con la Secretaría de Salud provincial, con anterioridad a la devaluación del peso argentino a comienzos de 2002 el gasto por habitante presentaba valores aceptables. El monto total de dicho gasto por habitante era entre los años 2000 y 2001 de alrededor de 650 dólares anuales. No obstante, si se considera que buena parte del gasto era y sigue siendo privado directo y se orienta según las preferencias y las posibilidades de cada individuo, y que la porción privada del gasto no se integra al financiamiento de los objetivos de la política de salud, el gasto por habitante se reducía en realidad a 335 dólares anuales. Adicionalmente, más de la mitad de ese monto quedaba en manos

5. *Plan Provincial de Salud, 2004-2007*, Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Jujuy, 26 de enero de 2004, p. 4.

de las obras sociales, guiadas por motivaciones propias y difícilmente reguladas, lo que tenía por consecuencia que el gasto por persona en el sistema público de atención de la salud (incluyendo todos los niveles de gobierno), alcanzara apenas 150 dólares por año.

Luego de la crisis y de las modificaciones financieras la situación ha empeorado. Como resultado de la devaluación de la moneda, y la consiguiente modificación de la estructura de precios relativos, “ya no es posible mantener el diagnóstico que establecía una cierta suficiencia del gasto en salud por habitante. Aun cuando pueda mantenerse un elevado nivel de gasto medido como porcentaje del producto, la nueva relación cambiaría define un nivel exiguo en términos de insumos importados, medicamentos y otro tipo de tecnología cuyos costos estén asociados al tipo de cambio. Sin duda esta crisis afecta con mayor fuerza a la seguridad social y al sector público. La primera por tener sus ingresos asociados al salario y el segundo por la fuerte restricción fiscal”.⁶

La cobertura poblacional de la Obra Social Provincial es muy dispar, así como es dispar la estructura de aportes y niveles salariales, y también es desigual la posibilidad de acceso regional, todo lo cual lleva a que los paquetes prestacionales brindados sean muy variados. Por su parte, las distintas Obras Sociales Nacionales, además de experimentar en su conjunto la crisis nacional, continúan presentando marcadas diferencias entre sí en los recursos disponibles per cápita. En ambos casos, las obras sociales han sufrido un deterioro en la calidad de los servicios prestados o en su cobertura.

Las consecuencias de esta crisis también se hacen evidentes en la demora en el

pago de los servicios a los prestadores, quienes a su vez en muchos casos deciden suspender la provisión de la atención a los beneficiarios. “Actualmente el sector privado se encuentra al límite de sus posibilidades dadas las fuertes acreencias que tiene con todo el sector financiador nacional y provincial. Así, el ajuste del sistema se produce vía la reducción desordenada de las prestaciones, la recomposición de la situación financiera (persistencia de los ingresos y disminución de los gastos) y/o la consolidación de una deuda prestacional permanente”.⁷ El sector privado ha sufrido una caída del 25% de su oferta en los últimos años, y el sistema público de atención probablemente no podría enfrentar una mayor demanda provocada por eventuales nuevos cierres en aquel sector.

En síntesis, la Secretaría de Salud define una serie de “núcleos-problema”, entre los cuales revisten gran interés la cobertura desigual, la indefinición del modelo prestacional, la fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, la escasez de recursos asignados a prevención y promoción, la desigualdad en el acceso (con relación a nivel de ingresos, ubicación geográfica o condición urbana, periurbana o rural), y las inequidades entre jurisdicciones.

Una descripción del sistema de salud de la provincia de Jujuy debe dedicar al menos un párrafo especial a la Atención Primaria de la Salud (APS). La APS es concebida como una estrategia integral que a través de la combinación de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación “tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo y su familia, sus saberes y cultura, con la medicina científica”.⁸ Los funcionarios de gobierno del área, muchos directores y médicos de hospitales y centros de salud le otorgan un lugar central. La Secretaría de Salud, por su parte, la señala como

6. *Ibidem*, p. 5.

7. *Ibidem*, p. 6.

8. *Ibidem*, p. 15.

“prioridad absoluta” e indica que la principal reforma a desarrollar es “el diseño de un nuevo modelo sanitario que contribuya a la construcción de redes de atención, reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria”.⁹ Por fuera del sistema público de salud también se rescata el peso histórico que tiene o debiera tener la APS en Jujuy, así como la importancia que tuvo la medicina jujeña en la consolidación de un sistema de APS en la región y en todo el país.¹⁰

En el marco del sistema de APS se organizan “rondas”. Como suelen decir los profesionales involucrados, la APS “no espera la demanda sino que la sale a buscar”. Las rondas son visitas periódicas a los hogares en las distintas zonas rurales de la provincia. Participan los agentes sanitarios (y los médicos en casos excepcionales dados por el estado de salud de algún paciente) y se completan generalmente tres a lo largo de cada año.¹¹ Los agentes sanitarios son en gran medida los responsables de la salud de la población correspondiente a las viviendas que les han sido asignadas (unas 200 en promedio por cada agente). El objetivo es la prevención, a través de la vacunación, la detección precoz del embarazo, el saneamiento ambiental, etc. Se administra un formulario único a nivel provincial. Con él los agentes sanitarios relevan, además de los datos personales (nombre y apellido, nacionalidad, tenencia de DNI, etc.), numerosos aspectos a partir de los cuales se miden dos tipos de riesgo: el sanitario (desnutrición, embarazo de alto riesgo, defunción de menores de un año, discapacidades, interrupción de embarazo, etc.) y el social (violencia doméstica, alcoholismo, analfabetismo, deserción escolar, desocupación, condiciones sanitarias e infraestructurales de la vivienda, etc.). En función de estos datos se establece si en la vivienda habita o no una “familia crítica”.

No obstante la importancia de la APS, desde fuera y desde dentro del sistema se destaca la demora en la aplicación de las

mencionadas reformas, o su inexistencia, y la inconsistencia o ineficacia del modelo resultante. Desde fuera, como veremos inmediatamente, es el criterio de la atención primaria el que guía proyectos surgidos desde ámbitos no estatales que buscan cubrir los huecos de la atención estatal. Desde dentro, no son pocos los profesionales de Atención Primaria que denuncian el hecho de seguir ocupando un lugar postergado y menospreciado en las políticas efectivas del gobierno, y en la asignación de recursos en el interior del sistema de salud. Por esta razón, según ellos, la efectivización de la APS depende en gran medida de la voluntad y el esfuerzo de los agentes sanitarios y otros profesionales, así como de las propias comunidades. La misma Secretaría de Salud, en el citado documento, señala que “aún no se ha consolidado la estrategia de Atención Primaria de la Salud como base de organización del sistema sanitario, más aún, el modelo informal prevalente privilegió la especialización, derivando la mayoría de los recursos disponibles hacia la alta complejidad”.¹² El foco parece puesto en los hospitales, lo

9. *Ibidem*, p. 13.

10. En este sentido es significativa la referencia casi permanente al Dr. Carlos Alvarado entre los miembros del sistema de salud jujeño. Alvarado fue un sanitarista que ante la alta tasa de mortalidad infantil de la provincia de Jujuy ideó y puso en vigencia un Plan de Salud Rural cuando promediaba la década de 1960. El plan consistía en implementar acciones de salud pública en terreno (vacunación, estimulación de la lactancia materna, promoción de la planificación familiar y de medidas de sustentabilidad medioambiental, sistematización de nociones de nutrición que se apoyaban en prácticas nativas, instalación de letrinas portátiles y cocinas económicas, etc.). Este Plan habría sido el inicio de lo que luego se conocería, dentro y fuera de Jujuy, como Atención Primaria de la Salud.

11. La presencia de los médicos varía según la zona: en zonas semirurales los médicos van algunas veces por semana a los puestos de salud y atienden lo que agentes sanitarios y enfermeros no pudieron resolver, mientras que en las zonas rurales las visitas médicas son más esporádicas.

12. *Plan Provincial de Salud, 2004-2007*, p. 7.

cual debilitaría a la APS en vez de fortalecerla, en la medida en que los recursos (insumos y medicamentos, profesionales, etc.) se destinan principalmente a aquellas instituciones.

“Políticas” de salud por fuera del sistema público de salud

Ciertas experiencias privadas, públicas no estatales, o estatales pero externas al sector Salud aportan elementos de interés sobre los aspectos que interesan a este Informe: la atención primaria en salud, el derecho a acceso a la atención de los inmigrantes, las relaciones culturales y comunicacionales entre estos inmigrantes y los profesionales de la salud, etcétera.

El Tujume (Tucumán Jujuy Medicina) es un proyecto de docencia y formación de estudiantes universitarios avanzados de medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, creado por iniciativa de un médico jujeño y algunos colegas de esta provincia y de la de Tucumán. Consiste básicamente en que los estudiantes jujeños de aquella Universidad reciban formación como médicos generalistas y realicen prácticas en instituciones públicas de salud en los últimos dos años de su carrera. En el séptimo y último año se efectúan “Giras Médicas” a las zonas rurales de la provincia, entre ellas a la Puna, región fronteriza con el sur de Bolivia. El proyecto está guiado por un concepto de atención primaria en salud que en cierto sentido discute la concepción oficial vigente en la adminis-

tración pública. La atención se brinda con la explícita omisión de cualquier pedido de documentación que acredite la nacionalidad del paciente.

El Tujume nació en 1989 con una reforma curricular de la carrera de medicina de la Universidad de Tucumán, luego de conseguir la autorización del Ministerio de Bienestar Social de Jujuy. Durante los diez primeros años no se contó con recursos económicos para que las Giras llegaran a hospitales de frontera o a zonas alejadas de la capital provincial. Pero a partir de 2001, con la asistencia de EJSSESA (Empresa Jujeña de Sistemas Energéticos Dispersos S.A.) se organiza una Gira cada mes y se llega a las comunidades más alejadas de la Puna y otras regiones rurales. En los cuatro años que llevan las Giras se ha atendido a más de 15.000 personas en sus propias comunidades. Con este acuerdo, la empresa desarrolla sus propias estrategias de “marketing social” y el Tujume consigue acercarse a su objetivo central de atención en terreno. Dicho trabajo en terreno es considerado fundamental para una formación integral de los futuros médicos que trasciende la puesta en práctica de las competencias técnico-profesionales correspondientes.

Ahora lo que sí hay que hacer, y en eso estamos trabajando, es jerarquizar la atención primaria de la salud, jerarquizar la atención de ese tipo, la atención comunitaria [...] Ahora ahí también hay que romper los hospitales rurales, ponerles (metafóricamente) una bomba a los hospitales rurales, y ponés cuatro vehículos y que los médicos vayan a las comunidades y vivan con las comunidades de ahí. Es decir lo que hago con los chicos, que duerman con ellos, coman con ellos, vivan ahí, se caguen de frío para que entiendan (médico ginecólogo, ex coordinador de las Giras Rurales).¹³

Los chicos tienen, a través de las giras rurales, un conocimiento básico ya de medicina rural en todos los ambientes, en el ambiente de la minería, de la alta montaña, de

13. El mismo médico señala a propósito del Hospital central de San Salvador y acerca de pacientes procedentes de Bolivia o del norte jujeño: “Y entrás al Vaticano. Es decir, cuando vos entrás a los códigos que vos no sabés, y te gritan y te hablan por un micrófono, y no sabés la voz de dónde viene te abruma...”. Esto muestra que la discusión sobre el sistema de APS se liga a la cuestión de las distancias culturales y comunicacionales que atenderemos más adelante.

la selva. Es decir que tienen una visión no completa pero sí que les permite saber cuál es la realidad socioeconómica, epidemiológica, antropológica de la provincia. Porque si no no pasan de Yala, la mayor parte de ellos [...] Es la única forma de que le haga entender qué es Salud Pública, qué es atención primaria en la Salud (médico pediatra, iniciador del proyecto y actual coordinador general del Tujume).

La mención geográfica es relevante puesto que Yala constituye, mirada desde San Salvador, una suerte de puerta de entrada a la Quebrada y la Puna jujeñas, es decir, una entrada a la zona andina, fronteriza con Bolivia. Por tratarse de una zona de históricos contactos y movimientos poblacionales, el trabajo en las comunidades de esas regiones implica necesariamente el encuentro con pacientes nacidos en Bolivia, así como con pacientes que no poseen documento de identidad alguno, ni boliviano ni argentino. Los médicos que participan de las giras del Tujume no consideran que esto suponga un obstáculo para la atención.

En esos lugares, en lugares de frontera, ahí se ve gente de Bolivia... Los chicos están trabajando desde otra lógica; nunca se les dijo ni se les preguntó... Van allá y atienden, y trabajamos cerca de la frontera con Bolivia, y viene gente de Bolivia a atenderse. Por supuesto, más bien... Yo digo: el problema es de la gente de la Embajada, o no sé de quién... Nosotros atendemos, llegamos y atendemos, y es una experiencia fantástica (médico ginecólogo, ex coordinador de las Giras Rurales).

Por otra parte, el último médico citado llevó adelante durante la década de 1990 atenciones en terreno en la puna jujeña en respuesta a la demanda de la asociación Warmi Sayajsunqo (“Mujeres Perseverantes”, en quechua) y de su fundadora y dirigente, Rosario Quispe. La inquietud moti-

vadora había sido simple: “¿Qué era lo que mataba a las mujeres de la Puna?”. Y la respuesta era conocida: “el cáncer de cuello de útero y el aborto provocado”. En estas visitas médicas se hizo el estudio de unas 1500 mujeres y se operó a casi 300 de ellas por lesiones precancerosas. La Universidad de Buenos Aires y el Hospital de Clínicas consiguieron el financiamiento de diversas fundaciones de Capital Federal. (Más tarde, con el acercamiento de una organización suiza dedicada al desarrollo en América Latina se formó una suerte de red de unas treinta organizaciones sociales, culturales, de comunicación, etcétera.)

Son diversos los modos de organización, las fuentes de recursos y los intereses puestos en juego. En algunos casos los proyectos no estatales complementan el trabajo encarado desde el Estado nacional o provincial. En otros casos es indudable que los intereses privados guiados por una lógica de mercado no atienden las necesidades de vastos sectores de la población. Pero también en oportunidades los proyectos no estatales chocan con las políticas gubernamentales porque son estas últimas las que están atadas o condicionadas por los intereses de empresas privadas y de capitales muy importantes en el lugar:

Estaba en el Tujume y todavía no tenía esta experiencia de pensarlo desde el punto de vista político, con toda mi ingenuidad me voy a Ledesma,¹⁴ ¿para qué?, para que les permitan a los estudiantes de Tujume hacer un trabajo sobre tomas de sangre de los inmigrantes en los lugares donde estaban acampando en las chacras de la caña de azúcar. Vos mirá un lugar de esos donde están, son rancheríos que ha hecho el ingenio para alojarlos durante los 4 ó 5 me-

14. El ingenio Ledesma se encuentra en la ciudad Libertador General San Martín. Su importancia es de tal magnitud que es común que se llame a la ciudad por el nombre del ingenio.

ses que dura [la zafra]. Bueno, y yo fui con mis alumnos y hablo con un colega [...] “mirá, te vengo a proponer que me permitas que hagamos con los chicos, con los estudiantes de Tujume, un trabajo de investigación, además no venimos a chequear nada, esto no es político” [...] “Vos estás en pedo”, dice, “¿vos podés creer que esto se lo voy a llevar a los jefes, que los alumnos de medicina vengan a ver esto?, pero ¡estás en pedo! Ni yo te voy a autorizar”, me dice (médico pediatra, iniciador del proyecto y actual coordinador general del Tujume).

Acceso al sistema de salud de la población extranjera

Definiciones legales. Universalismo y apertura

En la provincia no existe una reglamentación específica que estipule las condiciones de acceso de la población inmigrante al sistema de salud. La Constitución provincial en su artículo 21, del Derecho a la Salud, no hace distinción de acuerdo con ningún criterio para garantizar que “Todos los habitantes de la Provincia gozan del derecho a la salud y a su protección mediante la creación y organización de los sistemas necesarios”. Consultados sobre el tema, algunos funcionarios refieren la Constitución Nacional como marco general, puntualizando a veces en el artículo 25, de Igualdad ante la Ley, para señalar que no puede haber discriminación de ningún tipo en la atención.

La nueva Ley Nacional de Migración (ley 25.871), a su vez, se ha convertido en una referencia constante entre médicos y directivos de hospitales, desde su promulgación en enero de 2004. Según esta ley todas las personas independientemente de su nacionalidad y de contar o no con documentación argentina deben recibir atención médica en forma totalmente gratuita en todo el territorio argentino. Dicha ley

establece que “[e]l 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”. Más adelante insiste en este derecho, completándolo y especificándolo en torno a la salud, al determinar que “[n]o podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”.

No obstante la ley es reconocida en tanto que tal, como veremos inmediatamente las alusiones a la misma por parte de los profesionales de la salud de Jujuy suelen ser críticas, y los mecanismos concretos de atención no parecen regirse estrictamente por sus disposiciones.

Acceso real. Restricciones, controles y estrategias

La disconformidad manifestada en torno a la nueva Ley de Migraciones sugiere que los procesos efectivos de atención no son tan indiscriminados, universalistas o irrestrictos como la legalidad indica. Los profesionales de la salud que expresan esta disconformidad señalan que la ley no contempla la situación específica de la provincia en tanto que región fronteriza. La ley aparece como una prescripción que habría que atender, una obligación impuesta al profesional médico más allá de sus propios criterios.

Y por una ley, convenio entre los dos países tenemos que brindarle la atención que se merecen [...] O sea, visceralmente vos decís “no”, pero sos una institución (médico ginecólogo, hospital).

[S]abemos que la nueva ley de migraciones realmente es totalmente a favor del migrante, y a nosotros nos obliga, en cierta forma, a brindar servicio de salud... (médica, directora de hospital).

De acuerdo con estos profesionales, que la nueva ley no contemple el carácter fronterizo de la provincia significa principalmente que no toma en cuenta el importante flujo migratorio limítrofe que Jujuy debe “sufrir” por su cercanía con Bolivia y, consecuentemente, la presión que, según estos entrevistados, dicho flujo genera sobre las coberturas sociales estatales, la sanitaria en primer lugar. Esto está en estrecha relación con una de las imágenes que más recurrentemente se asocia al tema “migración y salud” en Jujuy: la de la saturación del servicio que sería causado por el uso que del mismo hacen los inmigrantes (bolivianos casi exclusivamente). Muchos intentan explicar las debilidades del sistema de salud provincial por la presencia de los inmigrantes. Desde esta perspectiva, que el sistema se encuentre saturado y la capacidad de atención sobrepasada convertiría en un desatino cualquier propuesta de atención “demasiado” inclusiva.

Nos estamos empezando a ver saturados [...] [Estamos] preparados para una población que no excedería las 40.000 personas [...] Estamos obligados [a atenderlos]. Lamentablemente allá [en Bolivia] no hacen nada [...] Hoy tengo [recursos], pero no va a durar si seguimos así (médico ginecólogo 2, director de hospital).

El indigente, el que no tiene ninguna obra social, va al hospital público y recibe exactamente la misma atención que cualquier persona, sea argentino, boliviano, chileno, la atención es igual. Pero lamentablemente tenemos un caudal de inmigrantes extranjeros que revientan todas las estadísticas y recursos hospitalarios (médico cirujano, gestión central).

En Jujuy no es infrecuente escuchar que más de la mitad de las personas que reciben atención en el sistema público de salud son bolivianos, que el 50% de las camas del Hospital Pablo Soria (el hospital central de San Salvador) está ocupado por bolivianos, por ejemplo, etc. Desde trabajadores del área hasta abogados asesores de la Secretaría de Derechos Humanos provincial reproducen este tipo de afirmaciones. No se cuenta con estadísticas ni relevamientos confiables que nos permitan contrastar estas afirmaciones. Pero las pocas existentes parecen suficientes para desmentir estas estimaciones.

El Departamento Provincial de Bioestadística entregó un informe a la Dirección de Recursos y Docencia que da cuenta del total de egresos de pacientes de hospitales públicos de la provincia durante 2004, distinguiendo de ese total el número de pacientes bolivianos. Sumando los datos de todas las instituciones, los resultados indican un total de egresos de 51.989 pacientes entre los cuales aparecen 1918 de nacionalidad boliviana, lo que representa un 3,69% del total. De acuerdo con los propios responsables del informe, distintas circunstancias le restan fiabilidad, por lo cual es preciso manejar los datos con cuidado y considerarlos apenas un esbozo de sistematización de la situación. No obstante, cualquiera sea la precisión estadística de este informe, no quedan dudas que las representaciones vigentes en distintos sectores de la sociedad sobreestiman enormemente la presencia efectiva de inmigrantes en los Hospitales.¹⁵

15. Existe asimismo un Relevamiento de Identificación de Población que se realiza por medio del sistema de APS. El realizado en la Tercera Ronda de 2004 arroja un total de 326.694 argentinos relevados (2978 de ellos indocumentados) y 13.391 bolivianos (2989 indocumentados). Los números nuevamente no son confiables (no hay concordancia con las cifras censales, por ejemplo). Pero nuevamente nos llevarían a concluir la inflación numérica de las imágenes acerca de la sobrecarga de inmigrantes del sistema.

En lo que hace a las condiciones reales de acceso a la salud podemos destacar dos puntos. Por un lado, una tendencia general restrictiva y de control. Por otro lado, una cierta variabilidad en esta tendencia general que va atada al margen de decisión con que cuentan los profesionales o equipos de profesionales de las distintas instituciones.

La tendencia restrictiva y de control implica que se colocan obstáculos para la atención de los inmigrantes a través del pedido de documento nacional de identidad

No deja de resultar relevante para este Informe, no obstante, observar los intereses y los criterios de medición del Estado provincial. Como en el otro Informe citado, la planilla del relevamiento se estructura en base a dos únicas opciones de nacionalidad (“argentinos” o “bolivianos”), las cuales se cruzan con el dato de su situación documentaria (“documentados” o “indocumentados”), lo cual ofrece una pista acerca de los interrogantes que guían el relevamiento.

16. No es seguro, por lo demás, que esto siempre suceda. En junio de 2004, por ejemplo, la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de San Salvador elevó una nota a la Dirección del Hospital Pablo Soria solicitando la atención de una paciente a quien habrían dado de alta tempranamente, sin que dicha paciente se encontrara en condiciones médicas para ello. La nota menciona posibles motivos de “discriminación” en la decisión del alta, puesto que, de acuerdo con la misma involucrada, la habrían “sacado del Hospital por ser extranjera”. En su respuesta a esta nota, la Directora del Hospital indica que la paciente fue atendida durante un lapso de cuatro días. Entretanto se habría solicitado la regularización de su situación legal, puesto que la mujer no tendría documento de identidad. Como eso no sucedió (por cierto, no era posible que sucediera en ese corto período de tiempo), se dispuso el alta. De acuerdo con la Directora del Hospital, “la paciente continúa bajo control a través de Consultorio Externo”. La paciente, según expresa la nota de la Comisión de Derechos Humanos, padece de cáncer de cuello de útero.
17. El 3 de febrero de 2004, a menos de dos semanas de la promulgación de la nueva ley migratoria, por disposición 2079/2004 de la Dirección Nacional de Migraciones el gobierno nacional dispuso suspender las expulsiones de todos los extranjeros provenientes de los países limítrofes que pudieran encontrarse en situación documentaria irregular. Por otra parte, veremos más adelante que es posible hablar de una suerte de “deportación encubierta” (véase el mecanismo descrito en la primera cita del apartado “Política, estados, fronteras y jurisdicciones”, por el cual los pacientes son “devueltos” a su país para ser atendidos).

(DNI). Aunque en realidad los pacientes accedan al servicio aun sin contar con el documento,¹⁶ en estos casos se da aviso a la Dirección Nacional de Migraciones para que intervenga. Lo que suceda a partir de entonces dependerá de las autoridades políticas y de las habilidades de los inmigrantes. Las opciones más comunes son el inicio de la tramitación de la documentación legal o la prórroga de permisos de estadía, pero puesto que la deportación fue una alternativa hasta hace no mucho tiempo,¹⁷ la sola derivación a “Migraciones” suele ocasionar la interrupción de la atención o del tratamiento.

Interesa subrayar que los profesionales presentan diferencias en su posición sobre la restricción y control de los inmigrantes. Estas diferencias se corresponden, a grandes rasgos, con las distintas áreas o sectores institucionales ocupados.

El grupo de los médicos es quizás el más heterogéneo. Las posiciones se reparten entre aquellos que sostienen una postura de atención universal, muchas veces apoyada en el compromiso profesional y el juramento hipocrático, y aquellos que directamente rechazan la idea de atender sin la “debida” documentación; entre quienes ofrecen argumentos inclusivos, atentos a las condiciones de vida de la población, y quienes critican la atención indiscriminada aludiendo a la escasez de recursos hospitalarios, la necesidad de priorizar a los pacientes argentinos, etcétera.

Acá llegan extranjeros –digamos– si hoy tuviera una resonancia magnética de 600 pesos se la piden, y si hay que pedirles la tomografía, se la hacen. Y a lo mejor con papeles, sin papeles, ¿viste?, una cosa increíble (médico, hospital).

[L]o ideal es con documento, pero –como te digo– no le vas a privar, porque uno más que nada se pone del punto de vista de la salud, de última vos decís “bueno, ¿qué me van a reclamar?, tengo un paciente que necesita la medicación”, o sea, uno en ese

momento piensa como médico más que otra cosa (médico, puesto de salud).

Entre los directores de hospital, por su parte, predomina un discurso universalista, inclusivo. Indudablemente existen variantes: posiciones humanistas, referencia a tradiciones nacionales de recepción de inmigrantes, etc. Pero en cualquier caso nunca se manifiesta abiertamente una posición restrictiva.

Como nosotros sí somos un país de corazón abierto, un país de puertas abiertas, un país de fronteras abiertas, acá se atiende a “personas”. Acá no atendemos a “argentinos”, “bolivianos”, “paraguayos”, “peruanos”... atendemos a “personas” que vienen a solicitarnos ayuda. No hacemos distinción absolutamente, ni mucho menos, de nacionalidad, tampoco religiosa. Es absolutamente libre, y se los atiende de absolutamente la misma forma a todos. La atención es absolutamente sin distinción, es igualitaria, es con los principios de accesibilidad y universalidad que me han iluminado desde que me transformé en un sanitarista y que por supuesto [está] en curso dentro de esta política provincial y esta política nacional donde también son las banderas que tiene: la universalidad y la accesibilidad (médico, director de hospital).

En algunos casos se fundamenta el pedido de DNI, pero apenas como un requisito de medición estadística a nivel hospitalario o como base para elevar reclamos al Consulado boliviano para el reintegro en dinero o recursos.

Nosotros, ya ahora, mejorando un poco la detección del extranjero, si se atiende directamente eso ya hemos pasado orden a estadística y facturación para que facturemos. Eso a nosotros nos va a permitir evaluar en determinados períodos de tiempo, cuántos extranjeros... todavía no tenemos en eso información para sacar conclusiones. Y ver en 6 meses, en un año, cuántos hemos atendido y qué impacto, desde el

punto de vista económico y financiero, ha tenido para la institución. Y relacionarlo con el presupuesto del hospital (médica, directora de hospital).

A su turno, los profesionales del servicio social de los hospitales o los empleados administrativos encarnan la cara negativa de este discurso universalista y “políticamente correcto” de los directores. Son ellos quienes fundamentan generalmente la necesidad de la restricción, o al menos justifican el control de los inmigrantes y la identificación de los casos fuera de regla, así como su derivación a la Dirección de Migraciones. Entre los trabajadores sociales y los administrativos encontramos un razonamiento que parece predisponer a los controles y sustentar los recelos: los inmigrantes no sólo usarían el sistema de salud público sino que lo harían con mayor éxito que los propios nativos. La idea es que los bolivianos consiguen una posición cómoda, mejor que la de los argentinos. Así, si existiera alguna injusticia o desigualdad esta sería la que sufren los jujeños a favor de los inmigrantes. Incluso las condiciones de pobreza en que viven los bolivianos son presentadas como una especie de argucia de la que ellos se aprovecharían para conseguir beneficios.

[C]on colegas decimos “qué suerte que tiene el boliviano” porque viene y es una persona muy constante, si tiene que dormir en el hospital duerme, y consigue lo que necesita. Se ha detectado muchísimo en el Servicio del Hospital Pablo Soria, que es el hospital de complejidad que tenemos nosotros acá, que vienen exclusivamente a hacerse el tratamiento que no pueden pagar o que no pueden hacerlo en Bolivia, lo vienen a hacer acá. Y acá lo consiguen. Hay que atender a la persona que está enferma, no la vas a dejar sin atención. Y se la atiende. Tiene muchísima más suerte que, por ahí decimos el jujeño de más en el norte (trabajadora social, Programa Federal de Salud).

Es muy agresiva la gente de Bolivia porque ellos quieren que se les atienda ya, quieren que se les haga ya todo, o sea, quieren que se le solucione en el acto el problema que ellos tienen. Generalmente la gente que viene de Bolivia vienen a hacerse operar, tipo vesícula, hígado, qué sé yo lo que se hacen operar. Pero generalmente todo le provee el Hospital, eso sí. Y son agresivos, no quieren esperar. O cuando vos le decís “tienen que hacer esto”, “tienen que venir al otro día”, no, ellos quieren ser atendidos ya, y quieren ser atendidos antes que un argentino. Y quizá nosotros hemos visto que ellos tienen más posibilidades que un argentino [...] Ellos recurren mucho a los asistentes sociales. Como ser, ellos se valen de que tienen casas precarias, entonces, se los atiende, se verifica, se comprueba, y realmente viven entre cuatro chapas como yo te digo. Y obviamente si el Hospital tiene materiales les cubre (empleada administrativa, hospital).

Son estos profesionales entonces los que presentan la cara oscura del mecanismo de acceso al sistema de salud. A propósito de la derivación de los pacientes “indocumentados” a la Dirección Nacional de Migraciones, una trabajadora social llegó a quejarse señalando que “*lamentablemente* en la mayoría de los casos esto significa el inicio de los trámites para obtener la documentación argentina”, y no una medida que más resueltamente genere un control real del flujo de extranjeros. Entre estos profesionales la relación con los inmigrantes se da siempre en clave estatal. Atravesada por el pedido de documentos, es una relación estatizada y nacionalizada. Sobre este eje se desenvuelven las tensiones: “[a] veces es una cuestión de nacionalidad puede uno decir, molesta por ahí [uno] dice “tenemos todos 92, 92, 92, 92...¹⁸ [...] son extranjeros, pero

podríamos decir que es la mitad más uno” (trabajadora social, Programa Federal de Salud).

Ahora bien, las diferentes posiciones de los profesionales en torno de este tema no se explican (o al menos no prioritariamente) como una consecuencia de su formación disciplinar. Si miramos más detenidamente el mecanismo de acceso al servicio lo que vemos es que la división de las opiniones y valoraciones parece responder a la división del trabajo interna de la institución. Si el DNI –o una certificación de documentación en trámite– no es presentado ante el personal administrativo, es desde aquí que el paciente es derivado en forma inmediata al Servicio Social del hospital. Y son los trabajadores sociales quienes se encargan de dar cuenta del hecho ante la sede provincial de la Dirección de Migraciones. Esto no sucede en el servicio de guardia, donde luego de realizarse la atención, es el médico quien dispone si se toman o no los datos del paciente. Pero en el caso de las personas indocumentadas hospitalizadas de urgencia, es nuevamente el Servicio Social el encargado de hacer el seguimiento mencionado. Por otro lado, para la entrega de medicamentos en forma gratuita desde los puestos de salud se debe acreditar documentación argentina. Si se trata de acceder a algún recurso (prótesis, marcapasos, etc.), la tramitación está a cargo una vez más de los trabajadores sociales, quienes deben justificar la entrega como excepción.

Por encima de las posiciones y opiniones diversas y hasta enfrentadas que manifiestan los distintos profesionales se configura de esta forma la tendencia restrictiva de la atención y el control de los inmigrantes. La división del trabajo y la división de las opiniones no conmueve el funcionamiento coherente de este mecanismo, sino que más bien lo vuelve posible. Los directores de hospital despliegan en sus oficinas argumentos universalistas, y los empleados administrativos y trabajadores sociales fun-

18. El Documento Nacional de Identidad para extranjeros en la Argentina comienza generalmente con esa cifra.

damentan la necesidad del control, y lo ejecutan. Pero en última instancia todos conocen y sostienen el funcionamiento de este mecanismo. También los directores, que lo corroboran al ser consultados directamente sobre el tema.

Antes en realidad no era una exigencia la presentación del documento nacional de identidad, pero para nosotros fue claro entender un poco distintos tipo de situaciones, el tema de las responsabilidades del parte médico, responsabilidades legales, entonces modificamos la historia clínica. Tal es así que los números de las historias clínicas... los números de los documentos son los números de las historias clínicas. Entonces es una exigencia, y eso nos ha permitido detectar este tipo de situaciones. Pero no implica de ninguna manera... no les negamos la atención al que no presenta el documento, pero se intima, se lo detecta, se lo comunica a [Dirección de] Migraciones o a Servicio Social (médica, directora de hospital).

Tanto los hospitales como los puestos de salud asumen la tarea de “detectar” inmigrantes indocumentados y denunciarlos ante la Dirección de Migraciones. Como se dijo, esto acerca a los migrantes a la posibilidad de regularizar la situación legal (lo cual supone sus propios costos y dificultades), pero también conlleva el riesgo de alejarlos decididamente del sistema público de salud.

En segundo lugar, como anticipamos, a pesar de esta tendencia general restrictiva y de control es posible identificar variaciones y divergencias en las actuaciones de los distintos profesionales. Las mismas condiciones que permiten que el mecanismo funcione generan grietas y alternativas. La división del trabajo institucional y, fundamentalmente, el hecho de que no haya una legislación clara y generalizada que la regule, hace que las distintas instancias de decisión sobre atención, entrega de medicamentos, etc., gocen de una autonomía

relativa y se conviertan en posibles puertas de entrada al sistema.

Por un lado, muchas de estas decisiones son facultad de los directores, aunque entre ellos no hemos podido encontrar diferencias profundas sino variantes del mismo modelo que acabamos de describir. Pero también hay márgenes de acción sectoriales e individuales. En los servicios de guardia de los hospitales no se solicita documentación para la atención. Consecuentemente, según la experiencia de algunos profesionales, los inmigrantes tienden a concurrir a la guardia aun en ocasión de malestares propios de atención en consultorio. De este modo, el porcentaje de inmigrantes en relación con los pacientes argentinos parece ser mayor en la guardia que en el resto de los servicios. Ante esta estrategia muchos profesionales se muestran al menos contemplativos, y atienden incluso esos malestares que son “inapropiados” para la guardia.

Esta flexibilización de la restricción y el control de las instituciones también se puede dar en el sector de Servicio Social. Para el inicio de la tramitación de excepción, la entrega de medicamentos sin la condición de la documentación y la facilitación de la atención o la consulta hay también trabajadores sociales dispuestos a allanar algunos caminos.

Cuando realmente... la mujer embarazada sobre todo, me dicen de que no pudieron ingresar, que tienen problemas en el embarazo, yo inmediatamente me comunico con ginecología y de esa manera es la única forma para ingresar (trabajadora social, hospital).

Por último, la tendencia general descripta presenta variaciones según se trate de instituciones en la zona rural o la urbana y, ligado con ello (aunque no superpuesto), según se trate de hospitales centrales o de centros o puestos de salud. En estos últimos lugares los márgenes de ac-

ción parecen ampliarse, o en todo caso las decisiones tomadas en dichos márgenes van en la dirección de una mayor inclusión y reconocimiento de la salud como derecho universal. En algunos puestos de salud de la periferia de San Salvador la apertura de los profesionales parece responder a posiciones políticas claras que intentan favorecer el acceso a la salud de todos los pobladores de la zona. En los puestos de salud periurbanos y rurales, por su parte, la documentación no supone ni trabas ni derivaciones a organismos como la Dirección de Migraciones. En el relevamiento de la población que los agentes sanitarios realizan mediante sus rondas periódicas sólo asientan en registros la situación sanitaria y de documentación de cada poblador, sin que esto tenga consecuencias de ningún tipo sobre su derecho a la atención.

[D]ice “sin documento” y se pone “sin documento”, ¿entendés? [...] uno como médico capaz que no se pone a pensar si tenés documento, no tenés documento. Para entregar el medicamento en lo de Remediar, te piden un montón de cosas, DNI, cuánto pesas, un montón de registro, documento, fecha de nacimiento, si tienen obra social o no, peso. Pero bueno, en esos casos se pone “sin documento” (médico pediatra, puesto de salud rural).

[Se atiende a] todos por igual [...] porque en el campo es la gente más humilde, necesitada, más... que en la ciudad no es tanto, se diferencia mucho en la ciudad que acá en el campo (empleada administrativa, puesto de salud rural).

Interpretar minuciosamente este aspecto sería muy complejo. En las zonas rurales o periurbanas sin duda la cercanía y el trato cotidiano de los profesionales con los pobladores del lugar (inmigrantes y no inmigrantes), el conocimiento de sus condiciones de vida, etc., ayuda a una disposición diferente para considerar su derecho a recibir los cuidados sanitarios correspondientes. Intervienen también múltiples factores que van desde los requerimientos de un estado provincial que busca un control sanitario indiferenciado en zonas rurales que son identificadas (y estigmatizadas) como posibles focos infecciosos hasta los intereses de empresarios tabacaleros y azucareros en torno a la atención sanitaria de sus trabajadores estacionales o permanentes.¹⁹

En el siguiente fragmento de una entrevista con una paciente boliviana puede apreciarse claramente la variabilidad de criterios a lo largo del tiempo, según el profesional de que se trate y según el servicio. Pero también puede apreciarse como fondo la tendencia restrictiva general ya descripta. Por último, queda claro también que el mecanismo exige al inmigrante ciertas tácticas y una gran persistencia.

Y sí, acá [en el puesto de salud] se me ha dicho que si no tengo el DNI no nos dan. Y en el Ministerio también, porque ahí dan pañales, todo eso, porque hay que comprar pañales, tampoco [...] A lo primero me atendieron bien, pero después ya como que pedían documento y no lo tenía al documento, bueno, me decían que no me lo iban a atender, que estaban haciendo un privilegio porque el chico está mal, porque llegó mal [...] Al comienzo la Elvira²⁰ [una enfermera] sí, pero la Elvira es piola, ¿ha visto?, es re buena, así que nos atiende bien, el médico que viene a la salita, ahí vamos, nos atiende bien, nos conoce y ya sabe nuestro caso [...] Al principio, sí [tuve que] insistir, ir, buscar, sacar allá, hablar, te digo me costó mucho (paciente boliviana con la documentación en trámite).

19. Un replanteo serio de la cobertura en salud en estas regiones debiera enfrentar las situaciones de explotación de los trabajadores, las condiciones de vida a que deben adecuarse (muchas veces en casillas “acondicionadas” por las propias empresas, etcétera).
20. Cuando se utilizan nombres estos han sido cambiados para preservar la intimidad de los entrevistados y demás involucrados en las entrevistas.

No podemos concluir este apartado sin hacer mención de otro problema ligado al acceso de los inmigrantes a la salud: el posible cobro por servicios formalmente gratuitos que el Hospital público de la ciudad fronteriza de La Quiaca haría a pacientes bolivianos.

La denuncia proviene de la Pastoral Migratoria de la Iglesia Católica (Prelatura de Humahuaca), y han tomado parte en el conflicto suscitado, además de los involucrados directos, algunos funcionarios locales y provinciales así como el Defensor del Pueblo de la provincia. De acuerdo con los denunciantes, se efectúa un cobro de unos 100 o 150 pesos a las mujeres bolivianas que concurren a dar a luz al hospital, y a la vez se les exige llevar algunos insumos imprescindibles (paños, apósitos o algodón, por ejemplo). Algunas mujeres señalan que la entrega del certificado de nacimiento de su hijo fue condicionada a que realizaran el pago “correspondiente”. De acuerdo con la Pastoral Migratoria también hay casos en que se habría cobrado 50 pesos a un paciente boliviano por la donación de sangre dado que él no podía conseguir “sus propios donantes”.

Una mujer [...] está casada con un argentino, tienen ya 5 hijos argentinos, y vive hace años aquí, entonces bueno... el agente sanitario la visita, la conoce, sabe que está embarazada, tienen los controles, pero va al hospital... “¿boliviana?, paga”, pero ella no puede pagar, y con dolores se tiene que ir a dar a luz aquí en cualquier casa de familia, arriesgando su vida... Así es permanentemente: el que no puede pagar se va, y si no lo mandan en la ambulancia y lo pasan la frontera y los hacen parir allí [...] Es así de claro: vas [al hospital], y si eres boliviana, pagas (miembro de la Pastoral Migratoria).

El director del hospital de La Quiaca niega el hecho, el Ministerio de Bienestar Social no ha tomado determinaciones al respecto, y el Defensor del Pueblo en un

dictamen reciente ha recomendado a dicho Ministerio que investigue las denuncias y compruebe la veracidad de los recibos de pago que la Pastoral ha presentado en su denuncia. La resolución del caso puede tener implicaciones políticas e institucionales importantes.²¹ Por lo pronto nos interesa destacar que cualquiera sea esta resolución el conflicto mismo, y la forma que este ha tomado se relacionan, por un lado, con las imágenes “típicas” que sobre los inmigrantes circulan entre los profesionales de la salud y, como veremos, también se relacionan con uno de los modos generales en que la cuestión “migración y salud” es interpretada en la provincia: asociada a problemas de estados, jurisdicciones y fronteras.

Dinámica de la atención

Creencias de los prestadores de salud sobre los derechos de los migrantes

Hay dos imágenes recurrentes que resumen las creencias predominantes de médicos y otros prestadores de salud acerca de los derechos de los inmigrantes: la del “inmigrante golondrina” y la de quienes llegarían a Jujuy directamente a utilizar los ser-

21. Por nuestra parte, en el trabajo de campo hemos hallado otras referencias directas (aunque quizá no deliberadas) al tema. “[P]or ahí cuando una embarazada llega al hospital y es de Bolivia, no sé muy bien pero lo tenés que hablar con el director, si hay algún arancel que tiene que pagar [...] Tengo entendido que hay un arancel, que teóricamente no debiera existir. Eso tenés que hablarlo con el director, no quiero avanzar mucho porque no conozco” (funcionario municipal del área de salud). “Por ahí algunas cositas hay que hacerles comprar y algunos no quieren comprar los medicamentos para ellos. Y por ahí es difícil... uno no le está negando, pero también quiere que también colabore con algo [...] Es verdad, no se debe discriminar, pero no alcanza. El presupuesto no está como para regalar a todos por igual. Aquí no se paga ningún arancel. Nosotros por ahí les pedimos un bonito contribución” (enfermera, hospital de La Quiaca).

vicios de salud. Ambas imágenes se recorran como diferencia respecto de lo que serían los inmigrantes ya asentados en la provincia, con su documentación argentina en regla, etc., y concentran casi siempre valoraciones negativas y críticas. Pero, en rigor, no hay referencias positivas a los derechos que sí tendrían los inmigrantes “en regla”. Lo que sucede en realidad es que cuando se utilizan esas imágenes se lo hace totalizando al conjunto de los inmigrantes y, consecuentemente, emitiendo un juicio sobre todos ellos (las fórmulas son del tipo “*lo que tenemos acá* son inmigrantes golondrinas...” o “*los bolivianos vienen* acá a hacerse atender en el hospital...”, etc.). Como contrapartida, en los discursos minoritarios, pero existentes, en que se defiende el derecho a la salud de los inmigrantes tampoco suele diferenciarse grupos a propósito de ello y se defiende al conjunto de los inmigrantes.

Los “inmigrantes golondrina” son los trabajadores temporarios que llegan principal aunque no exclusivamente para la cosecha del tabaco y la zafra y que en algunas épocas del año buscan atención en los puestos de salud o en hospitales cabecera.

Creemos que en determinadas épocas estamos brindando mayor atención y que son más los que viven, o por lo menos que tienen la vivienda acá [...] Entonces están en el tabaco y después siguen con la zafra, época noviembre, diciembre, enero, es la cosecha del tabaco, ¿me entendés?, entonces ahí quizá la densidad aumenta [...] así también la atención por guardia (médico ginecólogo, hospital).

22. La mayoría de los profesionales de la salud entrevistados se refieren indistintamente a extranjeros/inmigrantes/indocumentados/nacionalizados; puede suceder que al hablar de “boliviano” se estén refiriendo a un trabajador temporario sin documentación argentina o a bolivianos residentes con la documentación local en regla. En muchas oportunidades pueden referirse a hijos de padres bolivianos nacidos en la Argentina y que, en consecuencia, son ciudadanos argentinos.

Acá en la ciudad, en Capital [San Salvador], acá vienen para sus puestitos de venta de ropa, un montón de cosas y se hacen atender (médico pediatra, hospital).

El otro caso es el de las personas que al conocer la falta de restricción en el acceso y la gratuidad del servicio, viajarían hasta la provincia de Jujuy exclusivamente para hacerse atender. Entre ellos, una parte lo haría por no poder pagar la atención en su país, otra parte por no querer hacerlo y otros más porque preferirían la atención argentina por ser de mejor calidad.²²

[E]videntemente la ley de migraciones es conocida por los extranjeros, esta información que uno baja a los servicios trasciende... entonces ha generado un poco más de demanda (médica, directora de hospital).

Argentina [es] el único lugar donde la atención en los Hospitales públicos es totalmente gratuita. Se les da medicación, se les da el tratamiento, se les hace los estudios absolutamente gratis [...] en Bolivia no tenés la medicación, no te dan la medicación. Entonces les conviene, ¿sí?, cruzar, hacerse atender acá. Inclusive muchos vienen más que nada a buscar los remedios, ¿sí? Como hay programas de medicación gratuita aprovechan eso. Inclusive aunque no tengan nada (ningún malestar), muchas veces los llevan a los niños al Hospital para que les den las gotitas de paracetamol, para que les den la medicación, simplemente para que les den la medicación (médico pediatra, en hospital).

Los hospitales tienen una gran carga de gente que en Bolivia no recibe atención adecuada. Entonces pasan el puente, en Argentina hacen sus partos y a ellos no les cuesta nada. Entonces pasan la frontera y tienen mejores partos (médico cirujano, gestión central).

Esta cita introduce una variante dentro de este segundo conjunto de imágenes: la de las mujeres bolivianas que llegarían a

los hospitales de la provincia de Jujuy (principalmente al hospital de La Quiaca, en la frontera con Bolivia) para hacer nacer a sus hijos en la Argentina y de esta forma, dado que en el país rige el *ius solis*, lograr que tengan la nacionalidad argentina, lo cual abriría las puertas para que ellas tramitaran luego su propia nacionalidad.

[E]llos vienen únicamente para nacer, pero no habitan. Ellos viven al otro lado. Por ejemplo se vienen a atender, algunos creen que no los van a atender entonces dicen “yo vivo en tal calle” [...] ¡Y no vive ahí! Y ella dice: yo vivo ahí, hace una semana que he trasladado... Miente. Pero la cuestión es que ellos vienen por tener a su hijito. Y así tienen la doble nacionalidad (enfermera, hospital).

Es que la gente de Bolivia prefiere venir a tenerlos [los hijos] acá, porque así son argentinos y se pueden quedar [...] la mayoría de la población en sí de Bolivia tienen conocimiento de todo eso: del beneficio que tienen al tener un hijo argentino [...] en La Quiaca es peor, porque ahí se cruzan al hospital para que nazca el bebé acá (entrevista con dos enfermeras de hospital).

[A] fin y al cabo pareciera que se cruzaran la frontera solamente para tener motivos para tener documentación acá, lo terminás documentando acá. Y muchas veces a mí se me pasó por la cabeza “estos se vinieron acá porque ya iba a nacer” que es una manera de conseguir un documento (médica, hospital).

En ocasiones las dos imágenes, la de la “inflación estacional” de la demanda y la del “uso calculado” del servicio, parecen sumarse y sumar sus efectos indeseables.

Porque ellos vienen siempre con urgencias [...] lo que pasa es que son una especie de golondrinas: van y vienen, van y vienen. Entonces vienen, se hacen el primer estudio, el segundo estudio, el tercer estudio, de pronto se les va complicando, especial-

mente a los cardíacos, ¿sí?, cuando necesitan un marcapasos. Y bueno, vienen y acceden (trabajadora social del Programa Federal de Salud).

En cualquiera de los dos casos los inmigrantes bolivianos son vistos como causantes de un mal funcionamiento en el sistema de salud. Sin duda la segunda de las dos figuras es más crítica, en la medida en que supone un uso estratégicamente abusivo. Pero ambas confluyen en provocar una sobrecarga que el sistema de salud provincial no estaría en condiciones de atender.

Política, estados, fronteras y jurisdicciones

Podría resumirse gran parte de lo planteado en torno a la migración y la salud en Jujuy directamente en la controversia acerca del derecho que los inmigrantes (bolivianos) tendrían o no de recibir atención. Muchos de los aspectos tratados hasta aquí, y en particular las imágenes reseñadas anteriormente, se comprenden como parte de este dilema general pero preciso: el reconocimiento o no del derecho a la atención de los inmigrantes. Quisiéramos agregar ahora que dicho dilema general se desarrolla en los términos específicos de una problemática *estatal*. Es decir, es en el marco interpretativo de los “problemas de estado” que toma forma la discusión, y que se definen sus criterios y principios. La dimensión política estatal está siempre presente en el tratamiento de la cuestión “migración y salud” en la provincia y atraviesa todos los estamentos del sistema. Los distintos profesionales y prestadores de salud se muestran involucrados precisamente en tanto que agentes del Estado. Las decisiones que toman y las opiniones y valoraciones que ofrecen responden primordialmente a esa posición estatal.

El siguiente párrafo nos ayuda a ilustrar el planteo. Al solicitársele a una de las

médicas entrevistadas que compartiera alguna experiencia en la atención de inmigrantes (procurando introducirnos en la problemática de las diferencias comunicacionales y culturales en la relación médico/paciente), la médica relató estas dos breves historias:

Lo viví en el Hospital de Niños, una niña [boliviana] que tenía un problema ocular y la habían traído acá justamente para operarla, tenía un tumor en el globo ocular. Y la terminaron operando y al poco tiempo desapareció, se fue a su país. Después volvió con la mala suerte que tuvo un problema en una de sus piernas, tenía un tumor en la pierna. Y la han operado de esa pierna, se la tuvieron que amputar a la piernita. Y esa nena necesitaba, por ejemplo, quimioterapia. Y ya se había hecho mucho por ella. Y la madre cada vez que necesitaba algo venía y se internaba en el hospital de niños sin muchos trámites. Cuando pedimos ayuda porque la quimioterapia cuesta mucho, y cuando se le pidió ayuda al Consulado [boliviano] para conseguir las drogas... difícil conseguir para uno de adentro, para uno de afuera imagináte que es mucho más, el doble de difícil, entonces el Consulado se borró, se lavó las manos, dijo “no”, nunca la ayudó. Y estaba entre “sí”, “no”, “no sabemos qué hacemos”. A esa niña se decidió ayudarla y seguir adelante, pero se pidió ayuda. Después vino otra mujer boliviana con un niño tuberculoso, que no había mucho que hacer, porque estaba dañado, también se pidió ayuda al Consulado, de ese niño se pidió llevarlo directamente a Bolivia y se lo dejó en Bolivia para que siga en su país digamos [...] En la ambulancia se llevó hasta La Quiaca y de La Quiaca a Bolivia y que se haga cargo su país (médica pediatra, hospital).

Puede verse en este breve relato cómo el tema “migración y salud” es vinculado inmediatamente a la política, las relaciones estatales, las fronteras y las jurisdicciones. En la primera historia el hospital jujeño decide “ayudar” a una niña boliviana

(y a su madre), y lo hace además en reiteradas ocasiones, aun gestionando la obtención de drogas escasas para los “de adentro” y, sobre todo, aun a pesar de que el Consulado boliviano mismo se negara a colaborar. En la segunda historia, en cambio, y ya que nuevamente no se consigue ayuda del Consulado boliviano, el niño es directamente trasladado a la frontera, y dejado en Bolivia, para que “su país se haga cargo”.

Salud y migración como problema de Estado distingue y en gran medida enfrenta al Estado nacional argentino (y/o al Estado provincial jujeño) con el Estado de Bolivia, por un lado, pero también, por otro lado, a la provincia de Jujuy con el Estado nacional argentino. Previsiblemente, el problema central es, en ambos casos, un conflicto en torno a los costos del servicio y a los recursos disponibles. Respecto del Estado boliviano los agentes de salud en Jujuy denuncian el abandono a que sometería a sus emigrantes. Señalan la renuncia de Bolivia a colaborar o ayudar al Estado argentino o al Estado provincial de Jujuy en la atención y la protección de sus propios paisanos. Desde este enfoque sería más que justo, inexcusable, que el Estado boliviano cooperara en la atención de los emigrados. Las autoridades del Consulado de Bolivia en Jujuy sostienen que actualmente se considera la posibilidad de llevar adelante alguna medida en esta dirección. Tanto estas autoridades como funcionarios de la provincia refieren inicios de acuerdos bilaterales para efectuar planes conjuntos. Pero los trabajadores y profesionales del sistema de salud persisten en esta protesta. Por otra parte, el reclamo al Estado boliviano puede derivar en muchos de los prejuicios vistos, o en la exageración numérica a propósito del impacto de la inmigración en el sistema de salud.

Y nosotros nos sentimos que... pensar que ellos tienen un presidente, un presupuesto, todo para la salud y sin embargo ellos vie-

nen y cubren lo nuestro. Y lo poco que nosotros tenemos no nos alcanza, no nos alcanza. No es que no queramos darles, no nos alcanza [...] No es que yo esté queriendo discriminar. Vuelvo a recalcar: no es discriminación. Si no que nosotros como habitantes de la Argentina damos todo y ¿por qué otros países también no dan o se hacen cargo de sus habitantes? (enfermera, hospital).

Y esa gente no tiene, no tiene trabajo, no tiene vivienda. Nosotros usamos nuestros recursos y les otorgamos una casa en un barrio, les otorgamos... [...] Por supuesto que eso es a costo nuestro [...] [N]o sé si tenemos recursos para apoyar nuestra gente y también la gente que viene de fuera, que usa esa trampa para ser ciudadano argentino y llegar a Jujuy y tener automáticamente una casa en un barrio, automáticamente un bolso alimentario, cada quince días, cada veinte, además, un Plan de los miles de planes²³ que yo creo que son perversos, un dinero... (médico, gestión central).

En cuanto a la relación entre el Estado provincial y el Estado nacional argentino, el conflicto está centrado aquí en el hecho de que este último no contemplaría las condiciones desfavorables que la situación fronteriza supone para Jujuy y para su servicio de salud pública. Si bien no podemos detenernos en ello, es evidente que la irritación provincial frente a este problema echa raíces en uno de los conflictos estructurantes de la nación (y de la nacionalidad) argentina: el enfrentamiento entre el puerto de Buenos Aires y las provincias, y el centralismo del proyecto hegemónico de desarrollo del país consolidado desde la segunda mitad del siglo XIX. Con las particularidades del caso de esta provincia (dadas, como dijimos, por la situación socioeconómica de la provincia, su composición étnica y su historia migratoria), el conflicto “Capital/Interior” parece estar en la base del descontento jujeño con el Estado nacional respecto de la cuestión “migración y salud”.

Pudimos ver anteriormente que la promulgación de una nueva ley migratoria era uno de los fenómenos que concentraba parte de esta difícil relación entre la provincia y la nación. Dicha ley no contemplaría la situación fronteriza de Jujuy, ni la consecuente mayor presión inmigratoria que su servicio de salud recibiría. En el trabajo de campo hemos podido comprobar, por cierto, que muchos directivos y empleados de hospitales de la provincia (de la ciudad de La Quiaca de manera sobresaliente) comparten el temor de que la nueva ley migratoria pueda generar una suerte de aluvión que, desde Bolivia, cruce la frontera con el fin de utilizar un servicio de salud gratuito y eficiente. La ley migratoria aparece como muy flexible o muy abierta. En realidad la obligación de la atención gratuita y universal regía con anterioridad, en la medida en que eso se infiere de las constituciones nacional y provincial. Pero la formulación positiva de la nueva ley parece dejar menos margen a las restricciones.

Lo que nos pasa por ahí... en situaciones en las que un extranjero está en situación irregular, y sabiendo que la ley de migraciones nos obliga a ciertas cosas, nos exige... Nos exige tal vez más, y aun teniendo posibilidades desde el punto de vista económico de hacerse cargo de determinados gastos de la atención, oculta su condición y nos exige una atención 100% gratuita. Y para nosotros a veces es difícil (médica, directora de hospital).

Como este fragmento muestra, lo relevante es, además de la “naturaleza abusiva” de algunos inmigrantes, el carácter de imposición que la nueva ley reviste, y su relación con el presupuesto en salud. Este es el otro factor estructurante de la rela-

23. Se refiere a los planes sociales de gobierno, como el “Plan Jefes y Jefas de Hogar”, el “Plan Trabajar”, etcétera.

ción conflictiva entre el Estado provincial y el nacional. Lo que el Estado nacional no hace (nuevamente, por no considerar la situación fronteriza) es elaborar presupuestos diferenciales en función de la cobertura total real (es decir, tomando en cuenta a los inmigrantes) que el sistema de salud jujeño debe brindar. Las distintas provincias manejan autónomamente un presupuesto para la salud que resulta del sistema de coparticipación federal. Lo que se pide desde esta perspectiva es que el Estado nacional contemple el carácter limítrofe de Jujuy y destine una partida presupuestaria exclusiva para este caso puntual. Es decir, que en la discusión política no sólo cuenten los índices de mortalidad, o la cantidad de habitantes, etc., sino también la cantidad de personas que no están registradas como población residente y que son atendidas por el sistema de salud jujeño.

A diferencia de la cuestión de la nueva ley migratoria, cuya recepción genera algunas posiciones distintas a la mayoritaria, en el caso de la discusión sobre recursos y presupuestos encontramos un consenso pleno, que atraviesa profesiones y categorías institucionales e incluso posiciones políticas opuestas. Médicos, trabajadores sociales, enfermeros o administrativos; nacionalistas defensores de la restricción del servicio o universalistas de izquierda que sostienen el derecho a la atención, todos acuerdan en identificar como uno de los problemas vitales del sistema de salud provincial la falta de una política nacional que reconozca su situación singular como provincia de frontera.

[...] eso hace que el Hospital de La Quiaca esté calculado para una ciudad de 14.000 habitantes y dé atención a 50.000 habitantes, en definitiva.²⁴ Porque muchas veces

se dice “no, ¿qué vamos a aumentarle el presupuesto al hospital de La Quiaca si hay 10.000, 15.000 habitantes, son poquitos”. Sí, pero ¿y todos los que vienen a operarse, a tener familia? ¿eso no se tiene en cuenta? Entonces yo creo que ahí habría que hacer saber [...] el tema es cómo lo blanqueamos (médico, gestión municipal).

Lo que sí sería justo es que la Nación pudiera contemplar concretamente, para las provincias limítrofes, en este caso Jujuy, un aporte especial por este tipo de atención dado que, esto es innegable, por más bajo que sea el porcentaje de pacientes extranjeros que son atendidos en el sistema provincial de salud, por ende en el sistema nacional, incide en el presupuesto de salud (que de por sí es escaso, o es muy ajustado, y que si tiene estos agravantes empeoran la situación). La Nación debería tener una política en ese sentido, de atención especial para la cobertura sanitaria de estos hermanos latinoamericanos (médico, dirigente sindical de izquierda).

En el marco de la definición del tema “migración y salud” como problema político estatal y jurisdiccional es posible comprender otro elemento significativo: las proposiciones acerca de un “cordón sanitario” como estrategia preventiva. Las fronteras políticas y las fronteras de la salud son colocadas en el centro de la escena. La “avanzada” sobre las fronteras sanitarias, su cuidado y su protección, es vista como una tarea nacional o provincial, en cualquier caso como una tarea “patriótica”. Las consideraciones al respecto encuentran expresión institucional. En la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo provincial (de octubre de 2000) se indica que es función del Ministerio de Bienestar Social “[l]a defensa sanitaria de las fronteras de la Provincia, así como la ejecución de programas sanitarios tendientes al control y erradicación de enfermedades”. Por otra parte, el Proyecto de Reforma del sistema y servicios de la salud de la provincia sostiene, a propósito

24. El entrevistado está sumando a los habitantes de la ciudad de La Quiaca la población de Villazón, la ciudad fronteriza en el lado boliviano, de unos 35.000 habitantes.

de la búsqueda de “equidad”, que “[l]a provincia de Jujuy se caracteriza por una irregular distribución de su población y de las posibilidades de desarrollo. El sector salud debería contribuir aun más en la reducción de las disparidades de cobertura de servicios y programas básicos. Se agrega la migración interna y externa que agudiza el problema”.²⁵

La idea de la defensa sanitaria de las fronteras, así como la calificación de las migraciones como obstáculo a la equidad forman parte de una cosmovisión en la que ocupa un lugar privilegiado la noción de “enfermedades importadas”. Las enfermedades importadas serían precisamente enfermedades que no surgirían en el territorio nacional o provincial sino que serían traídas desde fuera, comúnmente por “inmigrantes golondrinas” o indocumentados provenientes de Bolivia. Esta noción a la vez que disculpa las condiciones sanitarias y las condiciones de vida en general de la región, culpabiliza a los inmigrantes de los malestares y deficiencias en el área de salud. La figura de la importación de enfermedades tuvo su pico en el año 1992, cuando se responsabilizó a los inmigrantes bolivianos por los brotes de cólera en las provincias vecinas de Jujuy y Salta y el tema llegó a la agenda política y mediática nacional. No obstante haber sido discutida por investigadores y dirigentes sociales, y no obstante no haber pruebas ciertas de tal “importación” de enfermedades, la noción presenta una gran pregnancia entre los prestadores de salud (y la población en general), lo cual tiene a su vez importantes consecuencias en la atención y, como acabamos de ver, en la promulgación de leyes y programas de gobierno.

El primer foco que hemos tenido el año pasado de dengue, por ejemplo acá, prácticamente el 90% del dengue que tuvimos fue un dengue importado. Fue dengue que vino, gente que vino desde Bolivia para acá

[...] Autóctono, dengue autóctono, no hemos tenido. Lo mismo ocurrió con el paludismo; también fue importado, no fue autóctono. Fue traído: fue infectado allá y fue traído hacia acá (médico, director de hospital).

“[E]l cólera entró por los dos lugares, a nuestra provincia entró por el norte, por la zona de la Puna, y a Salta entró por la zona de las Yungas, que son los mismos ambientes en todo sentido, desde el cultivo, desde el trabajo, desde la producción, etcétera, todo lo mismo [...] Una forma de prevenir es crear una banda de prevención dentro del país de ellos [...] por ejemplo, qué sé yo, para paludismo entrás 50 kilómetros y desinfectás 50 kilómetros (médico, hospital).

El cordón sanitario, entonces, preveniría la llegada de enfermedades importadas y ayudaría así en la defensa de las fronteras sanitarias de la provincia y de la nación. Más mesuradamente, otros profesionales señalan que, más allá de la exageración de algunos temores “patrióticos”, la diferencia en la infraestructura, y en el alcance y la calidad del sistema de salud (particularmente del servicio público) a uno y otro lado de la frontera argentino-boliviana hacen que efectivamente algunas enfermedades se desarrollen con mayor velocidad al otro lado de la frontera. Ante ello, lo que se solicita y espera de parte “del lado boliviano” es una mejor y más rápida información de la aparición de enfermedades, es decir, que hubiera “un mayor dinamismo y efectividad en el aviso y la advertencia cuando hay brotes de, por ejemplo, chagas, dengue, rabia, etc.”. Igualmente los médicos jujeños mencionan la necesidad de planes compartidos a

25. Vale hacer notar que en todo el documento no hay ninguna otra mención que dé precisión a esta idea general según la cual la migración sería un factor de agudización de la inequidad y las disparidades.

un lado y otro de la frontera, insistiendo en la inutilidad de, por ejemplo, campañas de vacunación en La Quiaca que no tengan su correlato en Villazón, o en el riesgo que supone para cualquier política sanitaria la desproporción en los servicios entre ambas ciudades y entre ambas regiones.

“[E]stá todo el tema sanitario de las cloacas, el agua. Esto debe ser tomado, desde ya que de un modo integral, la política de integración no tiene que ser entre dos presidentes, tiene que empezar de abajo: entre dos ciudades [...] De este lado hay mucho y del otro lado hay muy poco. Entonces vos, cualquier política sanitaria la tenés en una ciudad que tiene agua, cloacas en un 90% y del otro lado tienen 20% de cloacas y agua (médico, gestión municipal).

Dentro de esta versión “mesurada” de la importación de enfermedades, hay quienes señalan que el padecimiento de enfermedades no está ligado a una nacionalidad sino a determinadas condiciones de vida. Presentan argumentaciones intrincadas en este sentido, en las cuales las causas últimas de la enfermedad pueden ser ubicadas en las condiciones socioeconómicas que se imponen a los inmigrantes tanto como en sus características culturales y educativas “intrínsecas”.

Entonces obviamente que siempre van a aparecer extranjeros entre los enfermos. Y ¿por qué? Porque son los más marginados, o sea, que tienen menos acceso a tener educación, una vivienda digna, etcétera, servicio sanitario, etcétera. Entonces obviamente son los que más (enfermedades) tienen no porque sean extranjeros... Son extranjeros que viven en un país subdesarrollado, en una provincia pobre, con carencias de infraestructura de décadas, ¿sí? Entonces eso, el bajo nivel cultural y nivel de instrucción que tienen las personas facilitó la dispersión de la enfermedad (médico, hospital).

Por último, al lado de las versiones más extremas o de las más medidas de la importación de enfermedades, es cierto que pueden hallarse también enfoques que niegan rotundamente esta noción. Algunos profesionales ven en ella una suerte de operación ideológica por medio de la cual se intenta ocultar las condiciones de precariedad del sistema de salud provincial (y nacional), buscando un chivo emisario para los problemas y crisis locales. Como figura aglutinante de los males, el inmigrante boliviano que trae enfermedades permite a la vez rehuir la discusión acerca de las condiciones sanitarias de la provincia y sostener la imagen autocomplaciente de una Argentina “más desarrollada”.

Sí, esta es la jerga, o la muletilla, con la que se quiere encubrir la aparición de nuevas enfermedades que no existían en la provincia, o la reaparición de patologías que se creía que habían sido erradicadas. Y entonces se recurre a esto de decir que son “casos importados” porque de alguna manera se está queriendo ocultar que hay también casos que son autóctonos, producto de estas insuficiencias que citábamos al comienzo. Hay que reconocer la realidad tal cual es, no ocultarla (médico, dirigente sindical).

Incluso hay profesionales que colocan el tema en otra clave, instando a poner el foco sobre la estructura económica de la provincia y sobre los intereses empresariales ligados a la inmigración. Desde esta perspectiva la insuficiencia y los problemas del sistema de salud no pueden comprenderse, ni las soluciones correspondientes encararse (sea del tipo “cordón sanitario” o cualquier otra) si no se parte de comprender las relaciones de fuerza que dan forma a los movimientos migratorios, que explican las condiciones en que los migrantes deben vivir y que a la vez implican limitaciones al accionar de los gobiernos y otros actores políticos. Para

entender estas posturas hay que recordar un dato básico: los brotes de las presuntas “enfermedades importadas” (el cólera en 1992, los casos de dengue de algunos meses atrás, etc.) no tuvieron su foco ni su inicio, o al menos no únicamente, en la frontera con Bolivia propiamente dicha. El epicentro estuvo en los Valles y en el Ramal, a unos 400 kilómetros al sur de La Quiaca, en las cercanías de ingenios y, sobre todo, de fincas tabacaleras, en San Pedro o en Perico, por ejemplo. En las explotaciones agrícolas de esta región muchos inmigrantes bolivianos, y muchos argentinos, encuentran trabajo y también viviendas de gran precariedad, altos niveles de hacinamiento, ausencia de servicios esenciales como el agua potable, etc.

La inmigración se hace en masa y no se hacen controles sanitarios en forma ordenada, entonces... ¿por qué pasa esto? La empresa es muy fuerte. Están de por medio los políticos corruptos, que son los que ocupan los ministerios. Entonces allá... los capos de [el Ingenio] Ledesma, vienen, hablan con el gobernador: “che, no nos jodan con tanta... al final no va a poder entrar ningún boliviano porque tiene esto o aquello, hagan la vista gorda”. Entonces no se hace un control sanitario como se debe (médico pediatra, coordinador general del Tujume).

Porque las fincas de acá, y creo que en Mendoza lo mismo, son conventillos. Tiene su marido, sus tres hijos, capaz que uno que tiene 6 meses, uno que tiene 8 años y otro que tiene 14, y los hijos viven en una pieza como esta (de unos dos metros cuadrados), tienen un baño compartido que comparten unas cinco casas [...] [U]no lo ve en el consultorio, pero como te digo yo hago visitas domiciliarias y sé cómo son en cada una de las fincas. Entonces si vos no tenés un buen espacio y todas esas cosas, hacinamiento... hay un mal saneamiento ambiental, no en todos como te dije, pero en la mayoría, los baños sucios. Eso incide sobre la salud, el tema parasitosis, los chi-

cos descalzos [...] Yo digo que la parte de migración y salud para mi punto de vista está en la parte de dónde vive, porque nadie vive cómodo, nadie. La mayoría, el 80 ó 90% vive mal, vive mal trabajando y trabajando, trabajando (médico pediatra, hospital de Perico).

Y acá si van a las fincas van a encontrar que todavía, estamos en el 2005, todavía usted va a encontrar [que las] casas donde ellos viven son conventillos, son lugares tan precarios que un baño [es] para 20 familias, para 15 familias, les pagan en negro, no tienen obra social (agente sanitaria, centro periurbano).

Es pertinente notar que este enfoque reprobatorio de la noción de “enfermedades importadas” no proviene de posiciones centrales del sistema de salud. Quienes lo sostienen no ocupan espacios importantes de decisión, bien porque se ubican en un nivel subordinado de la jerarquía institucional, o porque pertenecen a instituciones o sectores que, por fuera de la estructura oficial, son críticos en cuanto a la organización del sistema en su conjunto, al perfil dado a la salud pública y al sistema de APS. Suelen ser estos mismos actores “minoritarios”, en un sentido numérico y político, los que, por otra parte, tienen una mirada crítica general sobre las condiciones provinciales para el acceso de los inmigrantes a la salud, e incluso sobre la xenofobia y la discriminación con que ven actuar a muchos de sus colegas, o con que se organiza el sistema en su conjunto. Son los mismos que subrayan que la incidencia de los inmigrantes en los indicadores estadísticos no es muy relevante, y que ven en un racismo más o menos oculto la razón que explica el temor a una invasión de inmigrantes y las medidas restrictivas y los controles llevados a cabo.

La percepción de las “diferencias culturales” y su impacto en la relación con los pacientes

Las diferencias culturales en la relación entre los médicos y otros prestadores, por un lado, y los pacientes bolivianos, por otro, se hicieron presentes de diversas maneras en nuestro trabajo de campo. En primer lugar veremos que para los profesionales del área existen claros vínculos entre ciertas concepciones y prácticas de los inmigrantes y el surgimiento y la difusión de algunas enfermedades. En segundo lugar, a propósito del modo en que las diferencias culturales y comunicacionales pueden afectar la atención, podremos observar un amplio espectro de reacciones que van desde la estigmatización de determinadas prácticas hasta la comprensión y el esfuerzo por lograr un vínculo simétrico.

Prácticas culturales y difusión de enfermedades

No sorprende que la percepción y valoración de “la cultura de los inmigrantes bolivianos” por parte de los profesionales del sistema de salud sea encuadrada muchas veces como una cuestión “política”, ni tampoco que dichos profesionales se posicionen también a este respecto como agentes del Estado. “Ideas”, “costumbres” y “modos de ser” que serían propios de los bolivianos son tomados como la causa de enfermedades y malestares difundidos en la provincia.

En ocasiones, sus costumbres y prácticas culturales provocarían el surgimiento o la transmisión de enfermedades endémicas, asociadas generalmente a las enfermedades que suelen ser designadas como “importadas”. Los bolivianos, individualmente o en grupo, serían los responsables de su propagación.

[C]uando apareció el tema del cólera fue un impacto impresionante porque resultó

que decían que justamente esta práctica [el carnaval] era lo que generaba malos hábitos de educación sanitaria. Porque se reúnen para el carnaval en casas de familias y arman lo que se llaman las típicas comparzas. Entonces ellos hacen toda una veneración a la tierra con toda su significación: hacen una veneración a la tierra, un agradecimiento a todo lo que ellos han obtenido durante el año, entonces ellos preparan comida, hacen todo popular, las bebidas... entonces por ahí no se respeta si vos tomás del mismo vaso, por ahí vos comés del mismo plato: todo es bien popular y familiar. Y se baila en las calles, por ahí las bebidas están... no se toman los recaudos (trabajadora social, centro de salud periurbano).

[G]ente que venía de afuera, que había alquilado una habitación para dormir y todo eso, y baño con inodoro. Y ellos no estaban acostumbrados a eso porque directamente hacían en el campo. Y así se infestaba todo el mundo, el campo, el agua, todo eso. Y la gente que más hacía ese tipo de... era la gente que venía de afuera. Así que por no tener digamos hábitos de utilizar baño (médica pediatra, hospital).

En otras ocasiones su forma de vida, sus hábitos, sus concepciones acerca de la crianza de los niños o de la importancia del trabajo, etc. es lo que generaría padecimientos o trastornos de la salud propia o de la de los hijos.

Tratan de acumular riqueza y de querer superar que dejan de lado por ejemplo en la crianza de los chicos el tema alimentario, el tema educativo [...] Otro tema es el tema de la vacuna, como ellos no tienen prioridad el tema de salud y muchas veces nos ha pasado de que fallezcan sus chicos y no les pasó nada, falleció así, murió, murió, listo, o sea, vienen con esa cultura ellos, tal vez insensibilidad; si hubiera venido una mamá argentina estaría a los llantos (trabajadora social, hospital).

Y la mayoría de los padres son de bajo nivel, de bajo signo de alarma [...] capaz que

el chico está caminando descalzo, lleno de granitos y no le da bolilla; capaz que está con fiebre y no le da bolilla [...] Lo otro es el tipo de alimentación que hacen, ¿me entendés?, por ahí que sí que se alimentan con tipo o ya comidas a base de mucho condimento picante, mucho contenido graso, ¿me entendés?, mucho almidón. Y bueno y después por supuesto algunas particularidades en cuanto a comportamiento, o sea en cuanto a higiene, ¿me entendés?, eso uno ve que por ahí no es fácil pero... (médico ginecólogo, hospital).

Estas consideraciones comparten algunos rasgos que es preciso destacar. En primer lugar es evidente el sesgo racista en la naturalización y cosificación de las prácticas culturales del “otro”, así como en la imputación hecha a los inmigrantes de rasgos socialmente desaprobados, como la insensibilidad hacia la muerte de un hijo. En segundo lugar, las relaciones entre fenómenos que se presentan en estas afirmaciones son, por cierto, imposibles de comprobar, cuando no incluso difíciles de imaginar, como en el caso de la asociación entre el festejo del carnaval y el brote de cólera. En tercer lugar, se trata generalmente de prácticas y valores que no son exclusivamente “bolivianos” sino compartidos al menos por un porcentaje importante de la sociedad jujeña, y acaso por los sectores populares de otras sociedades, como en el caso de la preferencia por alimentos picantes, de alto contenido graso, etc. Por último, lo más importante en cuanto al carácter “político estatal” de esta percepción de las “diferencias culturales” es que todas estas consideraciones evitan pensar las “responsabilidades” de la sociedad de destino, las condiciones estructurales o las relaciones de desigualdad en que los inmigrantes llevan la peor parte. Desde sus celebraciones hasta sus hábitos higiénicos, “su cultura” es convertida en causa de enfermedades que podrían sufrir ellos mismos y su familia o también, y no se debe subestimar las im-

plicaciones políticas de esto, el conjunto de la sociedad en general.

Cultura y comunicación: distancias y vecindades

Como anunciamos, el impacto de las “diferencias culturales” en la atención toma formas diversas, y se despliega en una franja amplia de alternativas. Como en Buenos Aires y el centro del país, encontramos también aquí numerosos modos de desautorización y menosprecio de prácticas y costumbres de los inmigrantes. Pero a diferencia de lo que sucede allí, en Jujuy es común que los profesionales de la salud acepten dichas prácticas y costumbres, las conozcan y, en oportunidades, las compartan. En síntesis, la distancia entre la cultura médica oficial y la cultura médica de los inmigrantes bolivianos no parece infranqueable. Se comprueban tensiones y conflictos, intentos de acercamiento a veces logrados y a veces no, e incluso imbricaciones en torno a ciertas prácticas y creencias. Estas diferencias culturales pueden organizarse en torno a cuatro grandes temas: el parto, los “yuyos”, los curanderos y el lenguaje.

Cuál sea la posición correcta para el parto, la horizontalidad de la cama del hospital o las cuclillas preferidas por muchas pacientes, es motivo de disputas, de desconocimientos y de aprendizajes. Los siguientes cuatro fragmentos nos ayudan a apreciar la variedad de respuestas que ensayan los profesionales.

Era difícil poder hacer entender a las mujeres que tenían que estar acostadas para poder dar a luz y que nazca el bebé, y [la mujer] se levantaba y se acostaba, y se levantaba y nosotros no sabíamos qué íbamos a hacer, corriendo el ginecólogo, la partera, yo [...] fue distinta la forma, se quería parar [...] te daban ganas de pegarle una “trompi” al marido y a la mujer dar-

le un “bollo” porque no había forma de que entienda, de que entienda que tenía que quedarse acostada, que le íbamos a ayudar a nacer a su bebé, que no se tenía que parar (médica pediatra, hospital).

–Las “pacientitas” hasta algunas tuvieron siempre los partos en las casas. Y no les podés hacer entender que vayan a hacerlo a la cama dura y abran las piernas. Y está todo el mundo: el médico, la enfermera, a veces están los residentes y no, no quieren, se niegan. Ellas quieren hacerlo sentadas. A veces es una lucha total, y uno la tiene que dejar en la cama ¿qué va a hacer?

–Y tienen su bebé ahí, al estilo de ellos...

–Sí, porque no hay forma. Entonces entre luchar para que abran las piernas en una cama, que corresponde, entonces se las deja a la comodidad de ellas y adoptan una posición en cuclillas, se sientan y hacen una... y como que menos esfuerzo, y nace. Nada más que para el médico es más complicado porque tiene que [...] improvisando todo (entrevista con dos enfermeras de hospital).

En el caso del parto no... Acá hay una norma entonces esa norma... por la misma forma que tiene la sala de parto... Pero yo nunca tuve inconvenientes de que tengan a los chicos en cuclillas o que no quieran venir porque se las pone en las camillas ginecológicas (jefe de un área de APS).

[...] porque tienen miedo, porque quizás el que la atiende no le da la contención necesaria, no entiende la cultura. Yo cuando recién vine acá a Perico tenía una señora de mantenimiento que hablaba el quichua, entonces cuando llegaba una paciente que venía, yo la llamaba a ella para que más o menos me pudiera entender. Y ahí hay mucha terminología que uno desconoce, por ejemplo. Lo mismo en sala de parto, la postura para hacer el parto. “No, que te tenés que acostar así.” O sea uno viene con otro tipo de cultura. Eso va cambiando de acuerdo a las experiencias personales o por ahí tratar de implementar algo, decir “bue-

no, lo que estoy haciendo, lo estoy haciendo bien, pero dicen las normas o dice el trabajo científico que no es así” [...] hacer el parto en cuclillas, bueno, que eso fue una experiencia, sobre todo porque tengo una bibliografía de la zona de Bolivia, cómo trabajan ellos, ¿sí? Por ahí nos sirva ese tipo de literatura, nos sirva para entender los tipos de costumbres, las culturas de ellos (médico ginecólogo, hospital).

La colocación sucesiva de los cuatro párrafos muestra una suerte de progresión. Primero la lucha literal por “hacer entender” la “posición correcta” a las pacientes. Cierta violencia recorre el relato en la descripción misma de las situaciones. Pero ya en el segundo fragmento se puede ver una especie de capitulación en esta lucha por imponer la “posición correcta”, y la renuncia final a hacerlo (“entonces se las deja a la comodidad de ellas”). Y además se admite que la horizontalidad significa mayor facilidad pero para el médico, no para la parturienta. Concesión, entonces, y reconocimiento de las ventajas que la posición en cuclillas tendría para las mujeres, que paren así con menor esfuerzo. Aprendizaje, finalmente, y respeto por la posición elegida por las pacientes. El último médico procura la intermediación de una mujer que habla quechua para comprender a sus pacientes y, lo que es destacable, considera que hace bien al permitir el parto en cuclillas, aun cuando las “normas científicas” indiquen otra cosa.

Ante el uso de hierbas medicinales, los “yuyos”, en forma de té e infusiones, cataplasmas, etc. también existen variadas respuestas.

La “intoxicación folclórica”, se llama. Hay muchísimas intoxicaciones por eso, por yuyo de paico, té de coca, todo eso. Hay muchos que producen daño renal. Y hay muchísimos casos de intoxicaciones. Inclusive hay una pomada: “evivori”, que usan para todo [...] La miasis es cuando vienen mos-

cas y te dejan gusanos en la cabeza, ¿sí?, y te van comiendo por dentro el cuero cabelludo. Y [una madre a su hija] le había lavado con té de yuyos, que ahora no sé cuál es el yuyo, y le limpiaba con eso. Las moscas, felices porque tenían cuero cabelludo para comer y té de yuyo para tomar (médico pediatra, hospital).

Y así de transmisión oral, de generación en generación dicen “para la diarrea tal medicamento”, “para cuando tengas tal cosa, tal medicamento”, y eso tiene también su base. En algunas zonas de altura de la Argentina se usa algunos té que, sin saber ellos, empíricamente, están tomando cardiotónicos, en toda la zona del mundo de altura hay algunas hierbas que son cardiotónicos (médico, gestión central).

Esas prácticas [de las pacientes] en el hogar, ella [la doctora] las iba alternando con sus prácticas científicas [...] El otro médico que se fue, el pediatra que era el jefe del servicio, él algunas veces le decía [a un paciente] ponete esto, dale esto... incorporaba a su práctica cotidiana también el saber cotidiano de la gente. De acuerdo a la experiencia. O por ahí, yo me mataba de la risa porque una vez que le daba la receta y después él pedía el té de anís si le dolía la panza... “no, a mí no me den más pastillas porque...”. Acá está muy instalado, y se va pasando de generación en generación, tradiciones. Y muchos, hasta nosotros hemos cuidado a nuestros hijos con el saber cotidiano que trae la familia (trabajadora social, centro de salud periurbano).

Nuevamente ordenamos las citas “progresivamente”. En un extremo encontramos la llamada de alerta frente al peligro de enfermedad que la utilización de hierbas podría traer aparejado, por intoxicaciones debido a usos desmedidos, etc., y la ironía acerca de “alimentar” en vez de combatir una infección con dichas hierbas, lo mismo que en la elección del nombre “intoxicación folclórica” para referirse a estos efectos. En segundo lugar, el “reconocimiento” del valor medicinal de los yu-

yos. Se trata por cierto de un reconocimiento relativo porque por un lado, mediante el uso de terminología técnica (“cardiotónicos”), confirma que el parámetro para medir la legitimidad de una práctica es el saber científico y porque, además, deja a los inmigrantes en la ignorancia de su propia práctica, ya que si bien aciertan en la medicina lo hacen “sin saber” que lo están haciendo. Por último encontramos la combinación de prácticas médicas convencionales y no convencionales. Puede verse que se trata a veces de la aceptación de otros saberes, y a veces de la participación de los propios profesionales en dichas prácticas, tomando ellos mismos las hierbas y formando parte del contexto de transmisión generacional de esos saberes.

La posición de los prestadores de salud respecto al hecho de que los pacientes recurran a curanderos y chamanes es asimismo compleja y presenta diversas alternativas. Desde luego, los médicos preferirían no tener que lidiar con su presencia. Muchas veces estos son sindicados como los responsables de que los tratamientos no se cumplan o se inicien demasiado tarde o no se inicien nunca. Pero lo llamativo es que también respecto de ellos y de sus trabajos hay posturas de aceptación y de “convivencia pacífica”.

Vos viste que el tema del curandero [en Jujuy] –no sé en otras zonas del país– es muy fuerte. Esto tiene que ver con los ancestros, ¿no es cierto?, ¿cómo se fue... cómo se estructuraba, médico, médico popular?, digamos, ¿qué poder tenían sobre la experiencia de la gente? De pronto yo en una época estaba, sabíamos que existían dos o tres curanderos oficiales, digamos, que son los que tienen reconocimiento popular, cierto de misticismo, cierto de miedo de la gente, ¿no es cierto?, y respeto. Y de pronto tienen a veces más confianza en un curandero que en el mismo médico. Eso es una cuestión pero casi, cómo te puedo decir, lógica, de una estructura muy arraigada de lo que es esto, mezcla de lo

místico, ¿no es cierto?, con la salud, utilización de hierbas, es decir los yuyos como curativos, toda esta cuestión. Nosotros en algún momento, me acuerdo en algún momento en el Hospital hicimos hasta contacto con aquellos curanderos [...] Entonces hacíamos contacto y más que tomarlo como denuncia, trabajábamos con ellos para hablarles un poco de esto de, digamos, de la lógica de funcionamiento que sea un poco hasta coherente. O sea, no se desterraba y no se descartaba que la madre pudiera concurrir al curandero, ¿entendés? Lo que se trataba es que se le den algún tipo de yuyos o cosa, la ingesta y se respetaba la confianza que tiene la mamá en su curandero, ¿sí? Porque vos fijáte que de pronto si vos decís “el curandero no”, lo que logras es rechazo de la gente, la gente no te vuelve al médico, ¿sí? Si esto va en conjunto, con cierto cuidado respecto a la consulta por lo místico, lo religioso, etc., etc., esto ayuda porque la mamá también va a colaborar en la recuperación de su bebé con esto de “la vio el curandero, me quedé tranquilo, ahora que la operen los médicos” (trabajadora social, hospital).

[E]l médico trata de tener muy buena relación con el curandero, trata de tener, ¿no es cierto?, porque así se entienden, entonces, complementan ambos. Es muy raro el médico que venga y no acepte, es muy raro. Pero con el tiempo, o se va el médico del lugar o termina aceptándolo al curandero [...] Si hay algún curandero, viene uno de por allá, el chamán no sé cuánto, no sé de dónde, sale por todas las [radios] FM. Y bueno, ahí va la gente que tiene otro tipo de problema, no es de salud específicamente (trabajadora social, Programa Federal de Salud).

Más allá de las diferencias entre ambos, los dos párrafos anteriores presentan al menos tres importantes aspectos comunes. Es indudable que a lo largo de los dos fragmentos hay una tensión en torno a aceptar o no a los curanderos y chamanes, pero es indudable también que la tensión parece resolverse a favor de la primera de

las alternativas. Se los reconoce y acepta, si no en cuanto al valor de su saber o en la eficacia y mérito de sus tratamientos, al menos sí en el respeto y prestigio ganado entre muchos de los pacientes. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, es claro un cierto carácter instrumental de este reconocimiento. Dada esta reputación de los curanderos y su ascendencia en un sector importante de la población (inmigrante y local), y dado que en un enfrentamiento frontal con ellos posiblemente la medicina oficial estaría en desventaja, la decisión más atinada parece ser el respeto táctico, y una suerte de “reparto de tareas” en el que cada quien pueda tener su lugar sin intentar sustituir o reemplazar al otro. Por último, se comprueba un elemento de gran peso para pensar la relación entre médicos (y otros profesionales) y pacientes de sectores populares (bolivianos o no): la percepción de los profesionales de que para quienes recurren a curanderos y chamanes no hay una distinción clara y tajante entre la dimensión del cuerpo y la salud y la dimensión de lo religioso y lo místico podría significar la comprensión de un rasgo capital de las culturas populares. Seguramente este elemento no adquiere la forma de un conocimiento sistematizado, pero en tanto que conocimiento cotidiano o sentido práctico podría estar jugando un papel importante en sostener esta tensa “convivencia pacífica”.

El cuarto tema general, el lenguaje o los modos de hablar, es quizás el que menos rispideces exhibe, si bien es cierto que no constituye una dimensión exenta de conflictos.

Muchas veces no le entendés, o sea, son muy pocas las veces que, en estos momentos, que uno ya se acostumbra al idioma de ellos, a la forma de hablar, ¿no?, entonces ya uno va, va captando. Pero muchas veces tenés que reiterar las preguntas y que ellas [las pacientes bolivianas] te digan varias veces... “Vómitos”, por ejemplo, no te di-

cen “vómitos”, te dicen “gómitos” y hasta que vos entendés que “gómito” es igual que “vómito”, pasa un tiempito. Pero, no, en definitiva, te cuesta entender, pero entendés (médica pediatra, hospital).

[C]on respecto al lenguaje es distinto, por ejemplo, nosotros que vivimos en la frontera. Algunos tienen el idioma quechua y nosotros no los entendemos. Y ella, por ejemplo, mi compañera, que tiene familiares en Bolivia, entiende bien el quechua. Algunas compañeras también. Algunas cosas podemos deducir. Y algunas veces no, no podemos traducirlo [...] Capaz que ellos entienden algo, pero no bien, y nosotros tenemos que hacerles entender [...] para eso nosotros usamos un vocabulario, siempre adecuado al lugar, a la zona donde estamos (jefa de enfermeras, hospital).

Generalmente la gente de más... la gente de edad avanzada habla así y ellos dicen así, pero uno sabe, entonces no hay un dialecto particular para poder comunicarse [...] No hay algo particular así para poder comunicarse. Gente un poco reacia, pero cuando llega a la consulta, un poco más tímida tal vez, pero no hay problemas de vocabulario (médico pediatra, hospital).

Un poco hay que aprender a hablar de nuevo en muchos sentidos, porque aparecían palabras que directamente no conocía. Eso suele pasarle a los médicos siempre cuando recién empiezan y vienen de afuera, pero en general son términos y léxicos... un código que los jujeños comparten, que no resultan tan raros. La “pata de cabra”, que es el empacho, el “cocacho”, que es cuando le pegan una paliza. Pero eso es muy propio de acá, de los jujeños, es algo compartido (médica, gestión central).

En el caso de este aspecto estrictamente “comunicacional”, en los modos de hablar y las palabras empleadas, la distancia parece mínima. Aun en el caso en que se subrayan los obstáculos, como en el primer fragmento, no se advierten problemas de peso. El uso de “gómito” por “vómito”

es un modismo extendido en el habla popular local, y la palabra suele ser también usada por los niños cuando están aprendiendo a hablar, con lo cual no parece que pudiera implicar grandes complicaciones a la escucha y al entendimiento (lo que no deja de ser significativo, por cierto, es el gesto de distanciamiento de la médica al subrayar “gómito” como obstáculo). Por lo demás, el uso de giros dialectales, o incluso de otras lenguas como el quechua parecen ser inconvenientes subsanables. Pero el rasgo más importante en lo concerniente al lenguaje es una cierta disposición de los profesionales a adecuarse al habla de los pacientes, que puede comprobarse en las tres últimas citas (particularmente en la segunda y en la cuarta). Parece operar aquí la idea de que existe una distancia, pero que esta distancia no es insalvable, y que es el profesional quien tiene la mayor responsabilidad en lograr que no lo sea.

En conclusión, en cualquiera de estos cuatro grandes temas se comprueba la existencia de conflictos y tensiones, pero también intentos de superarlos. Si, por un lado, es cierto que los pacientes bolivianos son discriminados y sus prácticas culturales estigmatizadas por médicos, enfermeros, trabajadores sociales y empleados administrativos, también lo es que estos mismos profesionales u otros muestran no pocas veces comprensión y apertura hacia estas prácticas. En ocasiones sucede que los profesionales comparten en alguna medida las prácticas de los pacientes (como el uso de hierbas medicinales), otras veces se trata de una tolerancia estratégica (como en la relación con los curanderos), también se dan aprendizajes indispensables (como con los modismos y giros lingüísticos), y hasta aprendizajes más fundamentales que implican un reconocimiento del saber del paciente (como con la posición en cuclillas para el parto).

La relación con los saberes y concepciones populares de los inmigrantes no son homogéneas entre el conjunto de los pro-

fesionales del sistema de salud. Las diferencias en el interior de este conjunto se estructuran con arreglo a dos ejes principales: el lugar ocupado en la jerarquía institucional y la procedencia del profesional.

Con referencia al primero de estos ejes, no se da un reparto preciso y sistemático entre las diversas profesiones, pero es posible reconocer, por ejemplo, diferencias entre médicos y enfermeras en torno al lenguaje y modos de hablar de los pacientes y, aun más, en torno al uso de “los yuyos” (de hecho, entre las enfermeras hubo quien nos ofreció de estos yuyos durante el trabajo de campo, para que pudiéramos conocerlos de manera directa). Por lo demás, se trata de una diferencia percibida por los propios actores:

Son más abiertos. Las enfermeras, no tanto los médicos. Las enfermeras sí [...] Los médicos en general, como fueron formados en toda la parte científica, pero las enfermeras son un poco más abiertas. Muchas veces la enfermera practica la medicina no tradicional. Se ponen hojas de coca... (médico clínico, hospital).

Las diferencias relativas a la procedencia del profesional resultan más importantes aquí, puesto que podrían estar dando cuenta de aspectos específicos del contexto jujeño. A propósito de ello, un médico en la ciudad de La Quiaca señalaba que

[E]stá esa cosa inconsciente de que [el paciente] es de Villazón, o que no entienden lo que vos les decís, o que no... esas cosas se dan por ahí más en los médicos que no son de La Quiaca. El médico que es de La Quiaca, de hecho tenemos acá muchísimos médicos como el Dr. Laciari que es del Hospital del La Quiaca y es de Villazón. Los médicos de La Quiaca son como más abiertos. Los de San Salvador son más... [hace un gesto con las manos como indicando distancia]. O sea, el que trata de igual a igual es el médico de La Quiaca [...] Pero los médicos que son de otra zona: de

Jujuy [se refiere a San Salvador], de Tucumán, ni te digo si viene un porteño, o uno de La Plata. Me da la sensación, yo, que no soy de acá, que el médico quiaqueño es un poco más igualitario en el trato y que el de Jujuy [San Salvador] no tanto y si es tucumano menos. Me da la sensación... (médico, gestión municipal).

Pese a que pueda resultar algo esquemática, y a que esté centrada puntualmente sobre la ciudad de La Quiaca, la escala que presenta el entrevistado es sugerente. Su desplazamiento imaginario hacia el sur es presentado como correlativo de un aumento en el nivel de incompreensión y de prejuicio potencial hacia el boliviano. Dicho desplazamiento hacia el sur significa dos cosas diferentes, pero que pueden complementarse. Por un lado significa *alejarse de la frontera*. Que la cercanía a la frontera implique una mejor interrelación o menos discriminación no es nada seguro, y antes bien podría responder a cierta idealización ingenua de los contactos fronterizos. Pero es cierto que dicha cercanía implica la posibilidad de un mayor contacto y conocimiento mutuos. Por otro lado significa *acercarse a Buenos Aires*, lo cual tiene una significación geográfica pero, sobre todo, una significación política y cultural. No es casual que al referirse a la llegada de médicos de otras ciudades el entrevistado subraye las ciudades de Buenos Aires y La Plata. Este énfasis sobre los profesionales que llegarían del “centro” del país dice algo acerca de cómo pueden intervenir en la relación médico/paciente las relaciones históricas entre la capital (“blanca” y pujante) y la provincia (“morocha” y pobre).

Diferencias culturales y diferencias nacionales. Desarreglos en una equiparación engañosa

Hablar de la percepción y valoración de las diferencias culturales, y del modo en

que esto opera en la interrelación entre los prestadores de salud y los pacientes inmigrantes nos obliga a aludir a la complejidad que entraña la idea de diferencia cultural aquí. Nos hemos referido a la diferencia cultural entre los profesionales argentinos y los/las pacientes inmigrantes bolivianos/as. Pero, en rigor, la nacionalidad de los actores no es la única dimensión en juego, y no siempre es la más importante. Hay otras dimensiones que intervienen volviendo menos clara la distinción de actores definidos en términos nacionales. Quién es o, mejor, quién no es boliviano, cómo reconocer a los bolivianos, cómo señalar (advertir y designar) la diferencia son todas cuestiones que no parecen resueltas de manera sencilla y definitiva, sino que presentan ambigüedades, reactualizaciones conflictivas, intervenciones cotidianas.

Es preciso recordar algunas de las características descritas de la inmigración boliviana y de Jujuy. De una parte, que se trata casi exclusivamente de una inmigración de trabajadores pobres que llegan a una provincia relegada en términos de desarrollo económico, pero dentro de un país que ha logrado un relativo desarrollo en el contexto del Cono Sur y que, fundamentalmente, hace de este desarrollo relativo una de las imágenes principales de su autoidentificación oficial. De otra parte, que se trata muchas veces de inmigrantes de adscripción indígena, procedentes en su mayoría de las zonas rurales de Bolivia que llegan a una provincia con una importante presencia indígena y con una historia de intercambios poblacionales permanentes con el sur de Bolivia, pero dentro de un país que hace de la inmigración europea de fines del siglo XIX y principios del XX y de su “blanquitud” étnica otra de las imágenes principales de su autoidentificación oficial.

No sorprende encontrar entre los médicos y otros profesionales la superposición de la nacionalidad con la clase social,

o con el nivel de vida o de ingresos. Muy resumidamente, los bolivianos son los pobres. Por momentos, por ejemplo, parece necesario aclarar que entre los argentinos también hay pobres, que “también nosotros tenemos nuestros pobres, como ellos” (médico, hospital). También vimos que muchas consideraciones acerca de cómo las prácticas culturales “bolivianas” incidían en la aparición y contagio de enfermedades eran en realidad una estigmatización de prácticas populares (“bien populares”, como el carnaval) tan bolivianas como argentinas, norteañas o jujeñas al menos. Esta superposición, que percibe lo boliviano como pobre y, muchas veces, lo pobre como boliviano interviene como factor importante en la relación (y las representaciones recíprocas) en la atención.

Existe una segunda vía por la cual se confunde o desdibuja la diferenciación simple en clave nacional: la racialización de las relaciones sociales (y de las relaciones nacionales mismas). La percepción racializada del otro vuelve difícil en Jujuy el funcionamiento de la distinción jurídica estricta, y llega a prevalecer sobre ella. La generalización de esta percepción en Jujuy supone que los hijos de bolivianos “son bolivianos”, no obstante toda persona nacida en territorio argentino sea legalmente argentina, dado que es el *ius solis* el principio que rige la definición de *status* legal. Lo cual no significa que los jujeños desconozcan la ley, sino que hacen competir en un plano de cuasi equivalencia el principio legal y este otro principio “doméstico”.

[L]o que pasa es que los niños que se atienden *son argentinos* porque nacieron acá, pero *son hijos de inmigrantes bolivianos*, fácil el 80%, fácil, ¿sí? Es gente que viene a la Feria, etc., que vienen a vender cosas que hacen, que hacían antes el contrabando hormiga [...] pero el 80% *son inmigrantes* (médico pediatra, hospital).

Entonces yo digo que acá la mayoría son procedentes de bolivianos [...] Tenemos fa-

milia [boliviana], como todos han venido, entonces son muy pocos los argentinos-argentinos (trabajadora social, centro de salud periurbano).

La percepción racializada del otro y la pérdida de límites precisos entre la distinción nacional y la distinción étnica se manifiesta también en el juego de superposiciones y separaciones ocasionales entre lo boliviano y lo kolla,²⁶ o lo indígena, o lo norteño jujeño. En muchas entrevistas el mundo “boliviano” no parece comenzar más allá del río La Quiaca, que delimita la frontera internacional, sino apenas al norte de San Salvador, y a medida que se avanza en esa dirección. Es decir, el norte jujeño, y más precisamente la Puna, son presentados como parte de un mundo común compartido con la Bolivia “típica”, la del Altiplano. Y como precisamente el Altiplano es asociado a Bolivia y la bolivianidad, el norte y la Puna jujeños quedan también asociados a ellas. Esto no está ligado a una valoración en particular. Hay quienes defienden la pertenencia de Jujuy a esa “tradición y cultura incaica”, pero también hay quienes sobre la base de este razonamiento “extranjerizan” a los indígenas de la provincia considerándolos bolivianos. Lo que nos interesa señalar es que en un caso o en otro las fronteras con “lo boliviano” no son ubicadas exactamente sobre el río límite. Esta nueva superposición, entonces, hace que lo boliviano sea percibido como indígena o kolla y, al mismo tiempo, que lo indígena o lo kolla sean percibidos como boliviano.

Cuando vos cruzás la barrera de acá [San Salvador] a 20 kilómetros te encontrás con una población que decís “¿cómo la diferen-

cio?”. No, no existe [la diferencia, o la posibilidad de establecerla] (médico ginecólogo, Giras Rurales del Tujume).

En el norte, por ejemplo, acá algunas mujeres tienen los bebés paradas. Están acostumbradas, más las que viven con poca accesibilidad a un hospital, a tener... [...] son la gente... los peones rurales, que la mayoría son *extranjeros* (médica pediatra, hospital).

Es que la raíz, es decir, hay muchas costumbres jujeñas que son heredadas de la misma raíz, digamos, *lo incaico*, ¿me entendés? Entonces hay muchas costumbres que se entremezclan [...] y está absolutamente ligado y en relación con lo que hace el boliviano en su país [...] Hay un área que es típicamente la *costumbre norteña*, que también es la *costumbre boliviana* (trabajadora social, hospital).

Y acá viene donde, fundamentalmente acá en el Norte, hay colonizaciones de hermanos *bolivianos*, paraguayos, pero también hay *indios*, también hay árabes [...] La influencia que tuvo nuestro pueblo es una influencia más europea, que *indígena*, que *autóctona* (médico, director de hospital).

Imagináte este concepto de xenofobia y de cerrar las fronteras con *nuestros hermanos de sangre*. Porque el boliviano ¿qué frontera hay si la Puna de Atacama es una zona que la compartimos con Chile, con Bolivia y hasta con Perú? Las mismas patologías, la misma forma de vida [...] Aparte nos han culturizado los bolivianos, yo no digo ‘desculturizado’, esa es la bronca de la xenofobia (médico pediatra, coordinador del Tujume).

Norteños, indígenas, extranjeros, hermanos de sangre, bolivianos, jujeños... de San Salvador hacia arriba se abre una discusión sobre la frontera nacional. Para algunos empieza muy cerca, para otros podría no existir. Este hecho, junto con la atribución de una nacionalidad hereditaria a los hijos de bolivianos, nos muestra que

26. “Kollas” denominaba originariamente a grupos indios del Altiplano que constituían parte del “mundo incaico”. Vale recordar que el occidente boliviano y el noroeste argentino pertenecieron ambos al *Tawantinsuyu*.

la diferenciación nacional está atravesada por la étnica/racial, a veces combinándose con ella, a veces en tensión. Lo mismo observamos en relación con la dimensión de clase y la cultura popular. ¿Dónde empieza lo boliviano y dónde lo argentino? ¿dónde empieza en términos del territorio, si los indígenas aparentan ser bolivianos, pero los indígenas son de aquí mismo, o de aquí cerca?, ¿dónde comienza lo boliviano y dónde lo argentino en el interior de la propia familia, en la que los hijos son argentinos pero siguen siendo bolivianos?, ¿cómo distinguir a “nuestros pobres” de los “bolivianos”, pobres ellos a su vez, pero bolivianos?, ¿cómo hacerlo si nuestros propios pobres se nos aparecen a veces como bolivianos?

Apuntes conclusivos

No pretendemos en este Estudio avanzar mucho más allá del señalamiento de estas superposiciones, confusiones y ambigüedades. Es suficiente con decir que la “diferencia cultural” interviene en la atención de los inmigrantes nos ha llevado a ver que la distinción nacional en este contexto está lejos de ser un tema simple, o resuelto en términos absolutos. Pero quisiéramos puntualizar, a modo de conclusión, algunas breves proposiciones que nos parecen fundamentales para pensar la problemática “migración y salud” en Jujuy.

En las situaciones concretas de atención, lo étnico/racial y la clase social se articulan con la distinción nacional. No se trata, desde luego, de sumar dimensiones, si no de analizar situaciones concretas en que estas dimensiones actúan. Lo que es claro es que para los distintos trabajadores de la salud en la provincia no se trata nunca de bolivianos “a secas” sino de bolivianos racial y clasistamente definidos. Evidentemente la articulación de estas dimensiones puede potenciarlas recíproca-

mente en sus efectos discriminatorios y estigmatizantes. Puede también llevar a una mayor comprensión, o a la declaración de sentidos de pertenencia comunes. Las referencias a la raíz del mundo incaico, las prácticas medicinales populares compartidas, los “lenguajes” comunes van en esta dirección. De hecho, llegamos a este “desdibujamiento” de las fronteras nacionales, a la confusión y superposición de dimensiones siguiendo el análisis de las “diferencias culturales”, de su percepción y su incidencia en el trato. Fue en este análisis de lo cultural/comunicacional donde lo que comprobamos no fue un hiato insalvable entre profesionales y pacientes sino más bien tensiones y acercamientos, prácticas que eran toleradas o incluso compartidas.

Donde observamos un quiebre más profundo y una posición más inflexible fue en relación con las creencias de los profesionales acerca de los derechos que los inmigrantes tenían a debían tener en cuanto a la atención en salud, al uso de los servicios, etc. Vimos funcionar, más allá de las excepciones, y más allá de algunas declaraciones altisonantes, un sistema restrictivo y de control que derivaba, en última instancia, en la Dirección Nacional de Migraciones, o en el intento de limitar la atención, o en el cobro por servicios. Definimos la esfera de la política, los estados y las jurisdicciones como un espacio de enorme relevancia para estudiar nuestra problemática en Jujuy porque era en este espacio donde se dibujaban los mayores conflictos. Era allí donde se tomaban las más férreas posiciones no inclusivas y se desarrollaban los más duros juicios sobre los inmigrantes. Era en estas controversias sobre derechos ciudadanos donde las fronteras nacionales eran o, mejor, debían ser más claras y rotundas.

Acaso este hecho no debiera sorprendernos. Allí donde los diacríticos culturales no funcionan a la par de los modos hegemónicos de diferenciación nacional, y donde los mecanismos socialmente apren-

didados de visibilización étnica/racial tampoco respetan las líneas de distinción nacional parece comprensible que otros mecanismos, jurídico legales (y políticos), que operan en torno a la documentación personal, a la garantía de derechos, etc. adquieran un lugar primordial en la regu-

lación social y en la definición de pertenencias y exclusiones. La discusión política en clave estatal adquiere centralidad en este marco, y los instrumentos que se despliegan en esta discusión muestran que son mucho más que meras herramientas administrativas. ■

5

El acceso a la salud de los inmigrantes limítrofes en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén

Laura Mombello

Puntos de partida

Ante la inexistencia de documentación oficial sobre el tema y de reglamentación específica en el área de salud de ambas provincias destinadas a regular la atención de los migrantes, los puntos de partida para este trabajo fueron los datos y los “rumores” recogidos en la zona. Dentro de la categoría “rumores” quedan contenidas aquellas expresiones y anécdotas que distintos actores sociales repiten como datos de la realidad aunque no tengan una relación directa con los acontecimientos. Se trata de anécdotas que condensan sentidos acerca de las percepciones de los otros, cuya fuerza reside en su contenido simbólico, por lo que orientan las acciones y modos de articulación y relación con aquellos que son definidos como “otros” o “diferentes”.¹

Cabe mencionar que la migración limítrofe más significativa asentada en el Alto Valle en términos cuantitativos y cualitativos es la de origen chileno, seguida por la de origen boliviano, de reciente aparición. Mientras que los migrantes bolivianos ocupan las zonas rurales del valle rionegrino, los chilenos se concentran en los centros urbanos, especialmente en la ciudad capital de Neuquén. En esta ciudad, los agentes de salud del hospital central visualizan a los migrantes chilenos como una “sobrecarga injustificada” para el sistema. Estiman que un 30% del total de pacientes que se atiende regularmente en el hospital es de este origen. También estiman que dentro de este porcentaje, una proporción

considerable es de pacientes que residen en Chile y vienen especialmente a atenderse a los servicios de salud de Neuquén.

En el Alto Valle, por otro lado, las actitudes frente a chilenos y bolivianos difieren. Para los bolivianos, pesan las estigmatizaciones que históricamente recayeron sobre los peones rurales (la mayoría de ellos chilenos en décadas pasadas). Los chilenos, a su vez, cargan con las acusaciones de “oportunismo” y “apropiación ilegítima” –que depositan en los grupos extranjeros las responsabilidades de las carencias o problemas sociales que enfrenta la región–. A pesar de que ambos grupos de migrantes padecen los efectos de los prejuicios de la sociedad valletana, el umbral de tolerancia de la población local hacia la población de origen boliviano es mayor que lo expresado con respecto a la de origen chileno. Así, mientras que a los migrantes bolivianos se los caracteriza como “trabajadores”, “sacrificados”, “humildes”, “sumisos”, “callados”, “buenitos”, “serviciales” y “sencillos”, a los migrantes chilenos se los define como “ventajeros”, “char-

1. El trabajo de campo para este informe fue realizado durante los meses de enero, febrero y marzo de 2005 en centros de salud de las ciudades de Neuquén y General Roca (provincias de Neuquén y Río Negro respectivamente). Consistió en una serie de registros de observación y entrevistas realizadas en campo, además de un relevamiento de las normativas en el campo de la salud de ambas provincias. Cabe mencionar que no existen datos estadísticos o documentación oficial referente al tema de la atención de los migrantes en el sistema de salud pública.

latanes”, “mentirosos”, “ladrones”, “creídos”, “soberbios”. En el caso de los migrantes bolivianos podemos encontrar expresiones como: “viven todos juntos (en relación a que las familias viven hacinadas), como animalitos, pero son muy trabajadores”;² “no tienen higiene, vos ves a los chicos así no más, con los mocos por la rodilla, pero la familia está sobre el surco desde que sale el sol y hasta que se pone, y trabaja toda la familia; y vos los ves así con una humildad... son sencillos, son distintos de nosotros, por ahí no tienen tanta educación, pero son buenitos”.³ En las representaciones estereotipadas de los chilenos en cambio, aparecen expresiones del tipo “son patriotas, quieren a su país, no como nosotros, ellos defienden lo de ellos. En cambio nosotros les abrimos las puertas a todos y nos quedamos sin nada pasa nosotros, y encima que viven acá, viven de nosotros se la pasan hablando mal de Argentina y de los argentinos, y comparando todo el tiempo, que en Chile es mejor, todo es mejor en Chile. ¿Qué hacen acá entonces?, que se vuelvan a Chile”.⁴

Estos estereotipos y representaciones del “otro” se articulan con procesos socioeconómicos que conllevan mutaciones y ampliaciones o reducciones de los umbrales de tolerancia por parte de la sociedad receptora. Lo que parece no modificarse en el tiempo es el sustrato de

subestimación que sustentan las diferentes formas de relación con los migrantes. La población boliviana está articulada de manera funcional a la economía agrícola valletana, ocupando un nicho laboral y un campo de producción despreciado por los otros sectores sociales. A esto se suma que su peso cuantitativo es insignificante, aunque su visibilidad es muy alta. Con la población de origen chileno la situación es otra: se trata de un grupo con el que se convivió desde siempre. La migración cordillerana es de vieja data y, aunque las oleadas migratorias determinaron distinto tipo de relación entre unos y otros, lo cierto es que existe una relación de competencia y rivalidad con el chileno, más allá de que en épocas muy específicas (como fue a mediados del siglo XX) también encontraron una articulación económica similar a la que tienen hoy los grupos bolivianos.

Los migrantes en el sistema de salud pública del Alto Valle rionegrino

El sistema de salud en la provincia de Río Negro está fuertemente orientado a la prevención y atención primaria, aunque se ve muy deteriorado debido a la falta de inversión en el sector y la desfinanciación que lo afectó duramente en la década pasada. Esta situación generó un éxodo, tanto de pacientes como de profesionales, hacia la próxima ciudad de Neuquén; unos buscando un atención adecuada, otros buscando mejores condiciones de trabajo.⁵ Si bien algunos elementos de la situación crítica fueron superados, regularizándose los pagos a profesionales y proveedores, no se logró recuperar el sistema de salud público provincial de modo tal que genere en la población del Alto Valle un nivel de confianza aceptable. Según datos publicados por la prensa, la atención en los hospitales públicos rionegrinos aumentó un 2,5% en un año (2003-2004), pero el subíndice regional para la zona del Alto Valle bajó.⁶

2. Agente de salud, General Roca.

3. Conversación con una enfermera, Hospital de General Roca.

4. Conversación con una paciente valletana en la sala de espera del Hospital de Neuquén.

5. Este mismo proceso se vivió en otros campos, como en educación.

6. Las estadísticas muestran que durante el año 2004 se realizaron 14.000 consultas menos que en 2003 en esta zona. En promedio esta reducción significa alrededor de 40 consultas menos por día. El hospital roquense, por ejemplo, registró una baja de más de 10.000 atenciones, que equivale a un 6% menos que en 2003, y en el hospital de Cinco Saltos (Provincia de Río Negro) la baja superó las 33.000 consultas, esto es un 29%, lo que implica que 3 de cada 10 pacientes atendidos en 2003 ya no concurren en 2004.

En este contexto de crisis y disminución de consultas, la situación de los migrantes no parece especialmente significativa para los agentes de salud rionegrinos. Cabe destacar que en la normativa vigente no existe ninguna especificidad que reglamente la atención del migrante. De hecho, no existen mecanismos que regulen el acceso y la atención de la población migrante. La percepción general es que son muy pocos los que llegan a los centros de salud, y por lo tanto no representan un problema para el sistema. De todos modos, aparecen repetidos los estereotipos anclados en la nacionalidad. Así, ante la pregunta acerca de si era habitual la atención de extranjeros, una agente de salud respondía: “acá siempre hubo chilenos y siempre se atendieron. Muchos tienen familia acá. Van y vienen, es lo común, pero no son la mayoría de los pacientes, son pocos. Ahora se están viendo familias bolivianas; las mujeres sobre todo que vienen a parir, porque no se controlan los partos, vienen cuando ya están por tener. Y si no les gusta el médico o cómo las atienden ni vuelven, los tienen en sus ranchos y se atienden entre ellas”. Cuando se la consultó acerca de si era muy habitual la atención de mujeres bolivianas ella contestó, “no, no, no; de vez en cuando hay alguna, lo que pasa es que se notan mucho porque ellos son muy distintos”. Al solicitarle que especifique sobre las diferencias, explicó: “en todo [son distintos], en cómo se visten, en cómo son físicamente. Además, son muy sufridos, no son para nada quejosos, muy callados, muy reservados. En cambio el chileno es más parecido a nosotros, aunque tiene su tonadita y su mentalidad también, en eso no nos parecemos, pero si ves un chileno por la calle no te das cuenta, hasta que no habla no te das cuenta, en cambio el boliviano sí, es muy distinto”.

El deterioro del sistema de salud y la merma en la atención a pacientes en consultorio aparece como trasfondo en las representaciones que los agentes de salud

construyen sobre la población a la que atienden. En sus relatos, los migrantes están invisibilizados, incorporados a un universo marcado por la exclusión. El siguiente fragmento de una entrevista, mantenida con una médica ginecóloga del Hospital de General Roca, ilustra el tono recurrente de los relatos de los distintos agentes de salud del lugar:

—¿Qué características sociales y culturales tiene la población que atendés?

—Son mujeres muy pobres. Al hospital viene la gente que no puede ir a un consultorio privado y que no tiene plata ni para el pasaje a Neuquén. Este es el último lugar al que vendría cualquier enfermo, por eso los que viene acá son los últimos en todo sentido.

—¿Por qué el último lugar?

—Porque saben las condiciones que hay, vienen y no tenés los insumos, no tenés los remedios, esto es de una pobreza franciscana. Y nosotros también somos mirados con desconfianza, porque la gente piensa que si trabajas en un lugar donde no te pagan, o te pagan salteado, o te pagan una miseria y no te vas, debe ser porque sos muy malo. Si fueras buen médico estarías trabajando en la actividad privada y cobrando bien. Obviamente que esto no es así, porque de hecho todos trabajamos acá y en el privado, pero la gente eso no lo sabe y entonces tiene mucho prejuicio.

—Dentro de las pacientes que atendés ¿hay población de origen extranjero?

—No, muy poco. Antes sí, años atrás había mucha chilena, pero ya no. Hoy por hoy, si pueden pagar un privado lo pagan y ya no están tan mal económicamente tampoco, es como que encontraron un lugar, están más asimilados. Por ahí ves muy de vez en cuando alguna boliviana, pero es raro también. Acá dentro de todo estamos lejos, pero si están en Cipolletti o en Cinco Saltos se van caminando a Neuquén o Campo Grande (localidad neuquina lindera a Cinco Saltos), porque los bolivianos

caminan mucho, están acostumbrados, vienen del Altiplano.

—¿Alguna vez percibiste algún tipo de obstáculo en la atención a las pacientes extranjeras?

—En las mujeres muy muy carenciadas, que no vienen a hacerse revisiones de rutina o prevención. Cuando vienen es porque tienen un embarazo muy avanzado, o muy reciente y se lo quieren sacar, o no saben cómo hacer para dejar de tener hijos. Es eso, más que nada.

Tanto en los centros de salud periféricos como en el Hospital de General Roca, se requiere de los pacientes los datos mínimos para otorgarles un turno de atención médica. Estos datos son el nombre y apellido, más algún número de documento que acredite identidad (la planilla se completa con la edad y el sexo del paciente). En ningún caso se solicita residencia, ni domicilio fijado en la localidad; tampoco se pregunta por el origen nacional, por lo que los centros de salud no cuentan con este dato y, por lo tanto, no aparece como variable en sus registros estadísticos internos.

A su vez, los pacientes migrantes con los que pudimos tener contacto manifestaron no tener problemas para acceder a los turnos. Con una sola excepción (una persona que solicitaba turno para una consulta pediátrica preventiva) todos los pacientes migrantes consultados (13 personas, 9 de origen chileno y 4 de origen boliviano) que pedían turno para ser atendidos en consultorio externo habían llegado al centro sanitario (ya sea el hospital o el centro periférico) a través de una consulta de urgencia en la guardia. Señalaron también que no se atendían con regularidad en centros sanitarios, solamente acuden por urgencias. Por otro lado, aunque la atención de las guardias aumentó, la proporción de migrantes no parece ser lo suficientemente significativa como para que adquieran una visibilidad importante a los ojos de los profesionales de la salud y los paramédicos.

Consultado sobre este punto un médico clínico de la guardia del Hospital de General Roca, comentaba: “no hay mucho extranjero acá, va... sí somos todos hijos de gringos, de italianos, de gallegos, de italianos sobre todo. Pero acá en la guardia los que vienen son los paisanos, los peones de las chacras... ves mucho alcoholismo, mucha hidatidosis. Qué sé yo, por ahí hace 15 ó 20 años atrás era más habitual que cayera alguno con una herida punzante, porque se peleaban dos paisanos por el agua (por el turno del riego) y entonces uno le clavaba un facón al otro o le metía algún perdigón en la pierna o alguna cosa por el estilo. Y en general esos sí eran chilenos, o mapuchitos venidos de Chile, los de aquella época. Los chilenos son bravos, son muy pendencieros”.

Si bien la persistencia de los prejuicios acerca de la población migrante aparecen anclados en las marcas de origen nacional, estas se encuentran combinadas de forma compleja con diacríticos de raza y clase. El mismo tipo de articulaciones de sentido aparece en los centros periféricos de las zonas rurales que rodean a la ciudad de General Roca, tanto en relación a la población chilena como a la boliviana. Ambos grupos quedan subsumidos en la articulación entre la ruralidad y la precariedad laboral, contexto que parece homogeneizar o invisibilizar otro tipo de diferencias.

Los centros periféricos son los lugares a través de los cuales se distribuye la leche que el Estado facilita para los recién nacidos hasta que cumplen el primer año de vida. Este beneficio se otorga a los nacidos en los hospitales públicos de la provincia con residencia en el lugar. En algunos centros periféricos se encuentran con el problema de la falta de documentación que acredite residencia de los pobladores rurales migrantes. Conversando sobre esta situación una agente de salud comentaba: “Problemas para atender a la gente no hay; sí hay problemas para darles la leche, porque no tienen los papeles. Los bolivianos

hace poco que están, pero hay mamás chilenas que trabajan en las chacras, que las conocemos, hace años que están y no tienen los papeles... En esos casos te las rebuscás y se las das igual. ¿Sabés qué pasa?, son mamás con 4 ó 5 hijos o a veces más, y una sabe que ellas distribuyen la leche entre todos sus hijos, no le dan sólo al recién nacido, y los recién nacidos la mayoría de las veces ni la prueban porque los amamantan como hasta los dos años. El tema son los otros chicos, los más grandecitos, que si no tienen esas dos cajas de leche por mes, no tienen nada". En cuanto a la relación con las mamás, establece algunas diferencias, "con las mamás chilenas no hay mayores problemas, son más mandadas, se comunican mucho entre ellas, donde una se enteró que llegó la leche al rato ya están todas enteradas y la vienen a buscar enseguida. Con las bolivianas es otra cosa, porque son... no se molestan a veces ni en venirla a buscar, entonces vamos nosotras, les llevamos la leche, le enseñamos a prepararla. Tienen muchos problemas para entender el asunto de las proporciones, entonces... es más complicado, hacemos lo que podemos, pero por lo menos tratamos de que les llegue a todas las familias más humildes, las que sabemos que tienen más necesidad".

En suma, en el Alto Valle rionegrino la relación entre los distintos actores que intervienen en la salud pública y los grupos de migrantes limítrofes se entretujan al calor de un estado de empobrecimiento general, en el que quedan subsumidos tanto los grupos migrantes como el mismo sistema sanitario.

Los migrantes en el sistema de salud pública de la ciudad de Neuquén

Comencemos con el siguiente dato: los agentes de la pastoral de migraciones local tienen registro de varias intervenciones ante el director del Hospital y la Subsecretaría

de Salud Pública provincial para gestionar la atención de migrantes chilenos. Esta organización da cuenta de que el conflicto se instala cuando se trata de tratamientos prolongados: "el tema es que en las guardias los atienden sin problemas, pero después cuando tienen que seguir tratamientos largos o se indica una intervención quirúrgica entonces empiezan a solicitar un montón de documentación que los chilenos no tienen, empezando por la residencia. Nosotros tuvimos que intervenir muchas veces como organización acompañando a los migrantes para que los atendieran como corresponde. Ahora hace como tres o cuatro años que esto ya no se da tanto, un poco porque no hay tantos recién llegados como en décadas anteriores, y un poco porque se cuidan mucho de que se les haga una denuncia por discriminación, ya sea al hospital o a alguna dependencia del Estado (provincial), porque esto toma estado público enseguida y nos les conviene".

Más allá de que estos datos no nos permiten afirmar que las dificultades que pudieran tener los migrantes limítrofes en el acceso al sistema de salud fueron realmente superadas, lo cierto es que actualmente no se visualiza la asistencia al migrante como una carga excesiva para el sistema. En el Hospital Central de la ciudad de Neuquén, los agentes de salud, que calculaban que el 30% de los atendidos eran migrantes, hablan ahora de un 1%. Tratando de rastrear cuáles fueron los procesos que condujeron a este cambio tan significativo en las percepciones llegamos al problema de la demarcación y permeabilidad de las fronteras, y la relación entre frontera, pertenencia y derecho. Lejos de haber desaparecido la concepción acerca de la ilegitimidad de la atención al extranjero lo que ocurrió fue un desplazamiento del foco de conflicto de los grupos de migrantes extranjeros hacia los migrantes internos. Los agentes de salud actualmente afirman que entre un 30 y un 40% de los pacientes que se atienden en el Hospital neuquino son

rionegrinos. Un asistente social afirmaba: “los chilenos que se atienden acá son poquísimos, sí hay muchos hijos de chilenos, pero nacidos acá, que han hecho su familia, pero son neuquinos, como pueden ser los neuquinos descendientes de sirio-libaneses. Guardan algunas tradiciones, viajan a ver a sus parientes, pero son neuquinos. El problema más importante que tenemos es la sobrecarga de gente de Río Negro que se viene a atender y a operar acá. Claro, viene porque en Río Negro el sistema está acabado, pero si no se pone cierto límite este sistema tampoco va a poder absorber todo. Ahora, legalmente no se le puede pedir más que un documento de identidad al paciente, pero de hecho se está pidiendo domicilio en Neuquén, que figure en el documento pero también que vengan con algún servicio, luz, gas, teléfono, cualquiera, pero que esté a su nombre”. Si no cuentan con esta acreditación, “y bueno, se le dice que no se le puede dar un turno, y de esa manera se regula algo. No es un sistema muy eficaz porque esa gente se va a la guardia y ahí no se deja de atender a nadie, aunque venga de Marte se lo atiende igual. Si el médico le manda a hacerse un estudio y después lo deriva a consultorio, y bueno, ahí sí ya se da el turno porque viene derivado por el mismo médico del hospital. Y muchos rionegrinos que rebotan en ventanilla hacen ese otro recorrido”.

En Neuquén, al igual que en Río Negro, no existe una normativa específica en relación a la atención de los extranjeros. Tampoco existen registros estadísticos acerca del origen de la población que se atiende en el sistema de salud pública provincial. Si bien se estima un aumento de las consultas en el último año (4,5% según datos aún no procesados de la Subsecretaría de Salud), no existen datos fehacientes que indiquen claramente las causas de este incremento. Lo que sí existe es una presunción muy extendida acerca de la fuerte presencia de pacientes rionegrinos en el

sistema. Lógicamente, la merma simultánea de consultas en el Alto Valle rionegrino da sustento a estas presunciones locales, aunque evidentemente la percepción de los actores tiende a sobredimensionar las cantidades.

La salud pública neuquina está orientada a la atención primaria y preventiva, funciona con algunos hospitales de cabecera de alta complejidad y centros de salud periféricos que concentran la mayor cantidad de consultas en consultorios externos y campañas de prevención. En los centros de salud periféricos atienden médicos generalistas (especialización que privilegia la provincia de Neuquén de acuerdo con la orientación de sus políticas sanitarias), odontólogos, pediatras y ginecólogos. Recorriendo los centros periféricos de los barrios marginales de la ciudad capital y la vecina localidad de Plottier puede observarse que la población a la que se atiende son los vecinos del barrio y los pobladores rurales de la zona de influencia. En los barrios con alta concentración de población de origen chileno, la percepción de los agentes de la salud de los centros periféricos es bastante distinta a la que ofrecen en el hospital central. Reproducimos un fragmento de una entrevista realizada a la enfermera que es también la encargada de la parte administrativa del centro periférico del barrio Ceferino:

—¿Qué tipo de población se atiende acá?

—Es toda gente del barrio, la mayoría mujeres y niños, hombres menos, bastantes abuelos también.

—¿Tiene alguna particularidad la gente de este barrio?

—Depende, si comparamos con los centros periféricos del Sapere o de San Lorenzo (otros barrios marginales) no, es más o menos el mismo tipo de gente; ahora, si comparamos con el Industrial ya no, porque ahí sí que es más brava la situación. Acá es gente pobre, pero de trabajo. Acá

en Ceferino propiamente lo que tiene de especial es que atendemos a todas familias chilenas, son gente que ya está acá hace 10 ó 20 años, tiene sus fichas acá, les hemos seguidos sus embarazos y tienen sus hijos nacidos acá.

—¿Por qué es especial?, ¿qué tiene de diferente atender a familias chilenas?

—El chileno es muy demandante, muy exigente, tiene muchos humos. No importa si llegó hace 20 años o antes de ayer, ellos se creen con derecho a todo y que vos les tenés que dar y tenés la obligación de solucionar su problema. No son todos así, hay gente que de estar acá aprendió a ser más paciente, más humilde, pero sí una gran mayoría son muy creídos y te tratan como si vos fueras menos que ellos.

La ginecóloga del mismo centro periférico comentaba: “la mujer chilena no es una ignorante. Si bien es gente muy humilde tiene conciencia del cuidado de sí misma y de sus hijos, se viene a hacer sus controles, son muy disciplinadas con los tratamientos, y te cuestionan mucho también. Eso es muy propio del chileno, no se quedan con lo que vos le decís, te preguntan el porqué de las cosas, les gusta sentirse bien atendidos. A veces hay roces, en mi consultorio no tanto porque entre mujeres es diferente siempre, pero con el generalista hay a veces cosas”. Al respecto, el generalista del mismo centro explica, “trabajar acá tiene su pro y su contra, por un lado sos necesario porque la gente no se puede pagar una atención ni llegar hasta el centro (de la ciudad), pero por otro lado tenés que trabajar con esta gente, que la mayoría son chilenos y piensan que uno está para servirlos a ellos, pero servirlos en el mal sentido, hacerles de sirviente, y no es así. Cuesta mucho a veces que entiendan que acá el médico, el profesional, sos vos, no ellos”. Ante la consulta de cuáles eran concretamente los problemas que se presentaban comenta, “son prepotentes, llegan y quieren que los atiendan enseguida, te

amenazan que van a ir al hospital a quejarse y después, cuando ven que no te asustás, empiezan con el cuento de que ‘esto en *Yile* no pasa, que te atienden al tiro’ [imita la forma de hablar]. Yo muchas veces estoy haciendo recetas o informes en el escritorio con la puerta abierta y ellos me ven que estoy sin pacientes y los hago esperar, a propósito, después de un rato recién los hago pasar. Entonces ya entran más mansitos, pero si no los ubicás de entrada sonaste, entran montados al caballo y no los bajas más”.

Las pacientes de este centro con quienes pudimos conversar en la sala de espera se muestran conformes con la atención. Ante cualquier necesidad suelen recurrir en primera instancia a la enfermera, a la que llaman por su nombre de pila. Paralelamente hay dos agentes de salud afectadas al centro, son vecinas del barrio que realizan esta tarea como contraprestación de los planes de asistencia social que reciben. Las agentes de salud son residentes oriundas del país vecino, y las pacientes chilenas se referían a ellas en los siguientes términos: “aquí te atienden bien, pero desde que están las agentes de salud es mucho mejor, porque ellas tienen otro modo, son más atentas, más cordiales, y tienen conocimiento también. A veces cuando se dificulta llegar a la leche o las pastillas, tú hablas con ellas y te facilitan, porque te guardan, o te avisan, o te esperan, es diferente, con ellas nos entendemos mejor, nos conocemos hart”.

Si bien el acceso y la atención de los migrantes limítrofes parece estar garantizada de hecho, los prejuicios y las prácticas consecuentes acompañan las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes en el contexto local, focalizándose en la población de origen chilena el mayor grado de actitudes reactivas.

El centro de salud periférico ubicado a unos 20 kilómetros del barrio Ceferino, en las afueras de la ciudad de Plottier, atiende a una población de características diferen-

tes. Se trata de un contexto semirural que históricamente atendió a “la gente de los hornos”, familias que viven en la periferia de la mencionada ciudad y trabajan en la fabricación de ladrillos. Los “horneros” son considerados uno de los últimos grupos en el escalafón del estatus social. La zona de los hornos está rodeada por chacras de tamaño pequeño en la mayoría de las cuales existe un sistema de mediería. Conversando con la médica generalista del lugar acerca de las características de la población que se atiende en este centro, ella explicaba, “la mayoría de lo que atendemos acá son la gente de los hornos y los medieros, todos bolivianos. Gente muy de abajo, ves muchos problemas de salud que tienen que ver con el descuido, la falta de higiene, la falta de abrigo, los horneros con muchos problemas articulares, propios de la vida que llevan”. Consultada acerca de si la cantidad de población de origen boliviano era significativa ella responde, “bueno, no, serán no sé, ponéle... dos o tres grupos familiares. Lo que pasa es que antes no había, entonces se notan mucho”. En cuanto a la relación con los pacientes bolivianos manifestaba lo siguiente, “es gente muy de abajo también, como te decía, por ahí son todavía menos... como más ignorantes que la gente de los hornos, los horneros mandan a sus chicos al colegio, se relacionan más. Si bien son parcos, así y todo son mucho más comunicativos que los bolivianos, muchísimo más. Con los bolivianos es un tema, estás media hora y todavía no podés enterarte por qué vino, les cuesta un montón explicarse, describirte los síntomas, es muy difícil. Si traen un chico es más fácil, te dicen ‘no come’ o ‘tiene tos’, pero igual a partir de ahí tenés que sacarles las cosas con tirabuzón y ellos te contestan con monosílabos, ‘sí’, ‘no’. Al principio tenía dudas, pensaba que tenían alguna dificultad auditiva, porque no me contestaban, yo les hablaba y no me contestaban, después me di cuenta de que te escuchan, pero no te entienden, son muy... apocados”.

En suma, en la ciudad de Neuquén y sus alrededores la población migrante accede al sistema de salud pública sorteando una serie de dificultades que se relacionan estrictamente con los problemas de incomprensión resultante de la diferencia cultural. Los agentes de salud no apoyan sus argumentaciones en cuestiones ligadas a derechos o a la distribución de un recurso escaso; más bien el trato hacia el migrante está determinado por prejuicios y diferencias en los códigos culturales que terminan por dirimirse a través de la imposición de los propios códigos en detrimento de los que porta la población extranjera.

Fronteras, pertenencias y derechos

Los diversos obstáculos que atraviesan los migrantes limítrofes en el acceso y la atención en el sistema de salud pública del Alto Valle de Río y Neuquén exceden y complejizan la ecuación que fácilmente podría establecerse entre extranjería, discriminación y negación de derechos fundamentales. El desafío es desenredar la trama que permite sostener relaciones injustas entre grupos sociales cuyas diferencias culturales y/o territoriales, y/o territorializadas, son tomadas como base de un proceso de naturalización de las desigualdades.

Una primera cuestión es la escasa relación que se establece a nivel discursivo entre el rechazo al extranjero y una lógica de racionalidad económica. En otros contextos nacionales la discriminación al migrante es justificada a partir de la necesidad de administrar los recursos del sistema de salud, que claramente resultan escasos en función del nivel de la demanda efectiva. Es la realidad de la escasez la que da sustento a prácticas discriminatorias que aparecen avalando barreras que de hecho se interponen en el acceso al sistema de salud pública. En este punto, la modificación de la percepción de los agentes de salud del hospital de la ciudad de Neuquén, en rela-

ción al peso de los migrantes en el sistema de salud es una muestra de la dimensión dinámica de la frontera y de la relación directa, aunque compleja, que se establece entre territorio, origen y derecho. Poner los esfuerzos actuales en crear dificultades de acceso para los migrantes internos es consecuencia de no terminar de dirimir qué es lo que da derecho a ser atendido. Si tomamos el paradigma de los derechos humanos, la salud es un derecho fundamental y cualquier persona tiene derecho a ser atendida en el momento en que lo necesite en el lugar donde se encuentre. Aparentemente este es el paradigma que prima en el país a la hora de la atención de la urgencia, sin embargo, hace agua cuando se trata de tratamientos prolongados o intervenciones no ligadas a una situación crítica. Es en este segundo caso donde aparecen las presunciones diversas acerca de la legitimidad o ilegitimidad del derecho a ser atendido, que trataremos de explicitar a continuación, infiriéndolas de las prácticas observadas.

Para lograr cierta aproximación a la lógica de estas presunciones, es importante tener en cuenta que todas ellas tienen otro punto de partida. Si para el paradigma de los derechos humanos las personas “tienen” derechos fundamentales por el solo hecho de llegar al mundo como parte de la especie, para estas otras presunciones el derecho es algo que se “adquiere”. Es decir, no alcanza con nacer humano para tener derecho (a la salud, en este caso), además hay que hacerlo en determinado lugar, vivir de determinada manera y considerable cantidad de tiempo, compartir determinados códigos, poseer alguna documentación específica, etc. Es posible sintetizar estas otras posturas del siguiente modo:

a) *El derecho se adquiere por el origen.* Este es el supuesto más fuerte que sostiene las prácticas discriminatorias que buscan dificultar el acceso a la salud, pero también de

aquellas otras que, aunque permiten el acceso, se preocupan por sostener una posición de doble o triple sometimiento, según los casos, del paciente migrante. Aunque se trate de dar prioridad al paciente oriundo del lugar, en ciudades donde más del 70% de la población es llegada de otras latitudes, como es el caso de la ciudad de Neuquén, establecer una prioridad de acuerdo al origen se torna muy problemático. La misma noción de “origen” pierde su pretendida rigidez y se va conformando una especie de ranking en el cual quienes nacieron en el lugar ocupan el primer puesto, y luego se van ordenando en los puestos subsiguientes según los años de permanencia en la provincia. Aquellos que llevan mayor cantidad de años residiendo en Neuquén se encuentran en un estadio superior del ranking, seguidos por los que llevan menos años. Los recién llegados son los últimos, y quedan fuera del ranking los que tienen residencia permanente fuera de la provincia, ya sea que se trate de migrantes internos o limítrofes.

En el Alto Valle rionegrino, donde la población es más estable, la situación es diferente: el origen está más estrictamente ligado al lugar de nacimiento. En este contexto, el lugar de nacimiento articula procedencia nacional y posición de clase: asimilando la extranjería a la pobreza se invisibilizan las diferencias culturales. Efectivamente, el origen extranjero, cuando se trata de un país limítrofe, actúa como reforzador de las argumentaciones que caracterizan a las clases más desfavorecidas como “ignorantes”, de “bajo nivel educativo” o “incultas”. La dimensión cultural de la diferencia desaparece al ser leída como carencia y, al mismo tiempo, aquellos aspectos que se caracterizan como carencia se potencian en virtud de la extranjería. Esta dinámica puede observarse especialmente en las prácticas discriminatorias que implican a la población de origen boliviano.

La relación médico-paciente implica un vínculo fundado en una relación de po-

der donde el paciente ocupa un lugar subordinado, y la distancia es mayor cuando el paciente es caracterizado como perteneciente a una clase desfavorecida. Si además se trata de un migrante limítrofe, el nivel de subordinación se profundiza. En el caso en que el migrante no acepte pasivamente el lugar que se le asigna en la relación de poder, las prácticas discriminatorias no solamente fijan la distancia con el otro y ponen en cuestión su derecho, sino que también tienen por objeto producir un efecto disciplinante. Se trata de que “entiendan” cuál es su lugar en la relación y acepten, padeciendo, su doble sometimiento (en tanto pacientes y en tanto extranjeros). Las prácticas discriminatorias dirigidas a la población de origen chileno van en este sentido. Sobre la diferencia cultural, entendida como marca de origen, se apoyan las relaciones de injusticia que atraviesan las interacciones de los migrantes limítrofes con la sociedad receptora en el campo de la salud.

b) *El derecho se adquiere por la residencia permanente.* Este supuesto está por detrás de aquellos relatos que justifican las restricciones de hecho al acceso al sistema de salud para aquellos migrantes que se presume viajan al país con el solo objeto de atenderse en la Argentina. Representada en la figura del “charter de salud” en las grandes ciudades, focalizada en la visión del migrante interno como amenaza para la subsistencia del sistema en Neuquén, la relación entre residencia y derecho otorga los argumentos de mayor nivel de racionalidad a las prácticas discriminatorias más sutiles en su contenido, aunque más explícitas en sus prácticas. Son sutiles porque no acusan una referencia directa a la diferencia cultural del otro para llevarse a cabo; son explícitas porque son aquellas en que el tema de la documentación y la legalidad se ponen de manifiesto ampliamente.

Los énfasis se van desplazando de la legalidad de la residencia al nivel de perma-

nencia, dependiendo de las situaciones específicas. Si quien requiere un tratamiento prolongado es un migrante limítrofe se requerirá documentación que acredite la legalidad de la residencia en el país, y no cuenta que el migrante lleve cinco, diez o veinte años viviendo en el país, aun cuando pueda presentar certificaciones que acrediten domicilio local. En el caso del migrante interno ocurre lo contrario: tratándose de un compatriota, lo que se supone le otorga derecho a la atención de la salud, es la antigüedad y permanencia en la localidad receptora. Estas idas y vueltas de las argumentaciones entre la legalidad y la permanencia como fundamentos implícitos de la legitimidad del derecho a la atención de la salud, aunque ambiguas y contradictorias, tienen un alto nivel de impacto y aceptación en distintos círculos sociales. Aunque exigir la legalidad de la residencia permanente es tan discriminatorio como pretender la estabilidad de la residencia cuando no se trata de extranjeros, este tipo de prácticas no siempre se perciben como discriminatorias. Porque el punto se desplaza de la cuestión del derecho a la cuestión de la gratuidad del acceso y la atención de la salud. Concretamente, es muy difícil encontrar argumentaciones que sustenten la ilegitimidad de que un boliviano o un chileno se atiendan en la Argentina, o un rionegrino lo haga en Neuquén, o que un argentino lo haga en los Estados Unidos, si es que tiene la posibilidad de pagar por el servicio. El problema aparece cuando esta posibilidad no existe, y es aquí donde hay que volver a revisar lo que implica concebir la atención a la salud como un derecho humano fundamental, esto es, que se debe acceder a él sin distinción de raza, clase, origen, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o códigos culturales. Parecería que en las prácticas cotidianas nos seguimos debatiendo entre considerar a la salud un derecho que se corresponde con una necesidad básica, o entenderla como un bien a disposición de potenciales consumidores.

La atención de la salud de los migrantes limítrofes en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén está atravesada por la compleja articulación entre prejuicio y necesidad. Por un lado los prejuicios ponen distancia con el migrante. Pero la población de origen chileno y boliviano llega a los centros asistenciales demandando atención. Brindar o negar esta atención, buscar o no el logro de una atención de calidad, atender la necesidades de salud del migrante en forma integral o limitarse a realizar las prácticas sanitarias mínimas, son diferentes decisiones a partir de las cuales se construyen las relaciones entre los agentes de salud y los migrantes limítrofes.

Paradójicamente, sea cual fuere la decisión que se tome, se hace fundamentándola en la defensa de algún tipo de derecho de alguna de las partes implicadas. Así, se parte de la noción de derecho para: a) justificar la restricciones en el acceso a la atención de la salud (los extranjeros tienen menos derecho que los argentinos); b) sostener las prácticas discriminatorias a partir de las cuales

se busca dirimir las diferencias culturales (como se duda de la legitimidad de los derechos de los migrantes se considera que son ellos quienes deben adaptarse y comprender el sistema de salud o buscar alternativas por fuera de la salud pública); y c) poner en duda que la atención al extranjero deba ser gratuita (el argentino tiene derecho a ser atendido gratuitamente porque se supone que paga impuestos, mientras que el migrante limítrofe no tiene derecho porque se presume que no hace aportes).

Si existe la posibilidad de mantener la confusión, la ambigüedad y la contradicción en las prácticas cotidianas, esto no se debe solamente a la falta de normativa, aunque sin duda esta ausencia no ayuda. Más bien se trata de una falta de decisión política a nivel estatal y subestatal que, en este campo como en tantos otros, libra a la ciudadanía a una suerte de competencia por los recursos y a los avatares de una interpretación libre acerca de cuáles son los límites y los parámetros que deben regular el orden social. ■

6

Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad

La cercanía barrial y la acción institucional

Laura Mombello

Hasta aquí hemos visto las dificultades de los migrantes para acceder al sistema de salud y en el vínculo con los profesionales. Hay dificultades vinculadas a su situación legal (cuando se les pide DNI), dificultades propias del funcionamiento del sistema, dificultades por los prejuicios de los médicos, y dificultades por diferencias culturales. Frente a esta situación, algunas comunidades de migrantes han creado instituciones de salud más accesibles y acordes a sus códigos culturales. También se ha creado un programa institucional orientado en esta dirección.

La cercanía barrial y comunitaria

a. La experiencia de un Centro de Salud gestionado por la comunidad migrante en Charrúa y el barrio de Pompeya¹

En la zona de Pompeya, la visibilidad de la población migrante se combina con una distribución espacial directamente relacionada con el nivel económico. Las desigualdades de clase se expresan fundamentalmente en el lugar que se ocupa en el mapa urbano: desde la Villa 31 (vecina al barrio de Charrúa), pasando por el propio barrio Charrúa, hasta llegar a los moradores del barrio de Pompeya (que a su vez está sectorizado). En este sentido, salir del lugar de residencia habitual (particularmente de la Villa 31 y de Charrúa), doblemente estigmatizado por ser de extranje-

ros y de pobres, es considerado por los migrantes como una de las vías del ascenso social. Se trata de un ascenso principalmente económico al interior de una clase subalterna, útil para establecer una diferencia de estatus en relación con el recién llegado o el extranjero aún más pobre, pero que no resulta necesariamente eficaz como modo de integración o aceptación por parte de la sociedad receptora.

En relación al sistema de salud, esta diferenciación de clase se expresa de dos formas: por un lado la preferencia de los habitantes de la Villa 31 por atenderse en el Centro Comunitario de Charrúa y, consecuentemente, la resistencia y molestia manifestada por un amplio sector de la comunidad de Charrúa por la presencia de los “villeros” en “su” Centro de Salud. Por otro lado, en la tendencia de los sectores

103

1. El trabajo de campo se realizó en la Ciudad de Buenos Aires, en el barrio de Pompeya. Este barrio se caracteriza porque el componente migrante tiene allí una visibilidad importante. Existen comercios y profesionales que ofrecen servicios destinados específicamente a la población migrante (especialmente a la población proveniente de países limítrofes). Si bien la población migrante es heterogénea en cuanto a los lugares de origen, en la zona se destacan los migrantes internos de las provincias del NOA, y los migrantes extranjeros provenientes de Perú, Paraguay y Bolivia. En cuanto al nivel de visibilidad predomina la población boliviana, debido a que la migración boliviana es la más antigua y asentada. El barrio Charrúa en sus orígenes fue constituido por bolivianos, y allí se recompusieron vínculos comunitarios de origen y se resignificaron algunas prácticas propias, manifiestas en las tradicionales “ferias” o festividades que se organizan en el lugar.

más acomodados (que viven en Pompeya) a optar por el pago de la salud privada en los policonsultorios de la zona, antes que por la salud pública.

En la década de 1990, la comunidad del Barrio de Charrúa, con población predominantemente boliviana en sus orígenes, ya contaba con una organización propia importante. Uno de los problemas que deciden encarar es el de la atención sanitaria de la comunidad, tomando la iniciativa de construir una sala destinada a ese fin, respondiendo a las necesidades expresadas por los vecinos. La construcción del Centro de Salud Comunitario se realizó con fondos conseguidos a través de la Iglesia Católica, con aportes llegados desde Italia. La comunidad se organiza para levantar y mantener la “salita” (tal como la llaman los vecinos), y presentan un sinnúmero de reclamos a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires para que reconozcan este esfuerzo y den respuesta a sus necesidades. A la Municipalidad le llevará varios años atender la demanda de “los bolivianos”, a quienes atribuye derechos dudosos de ciudadanía, aunque pasó mucho tiempo desde que este barrio era casi exclusivamente de migrantes bolivianos, y todos ellos tienen hoy hijos y nietos argentinos, que son la población mayoritaria del barrio de Charrúa. De todos modos, para el municipio seguirá siendo “el barrio de los bolivianos”.

Finalmente la Municipalidad se hace responsable de la salita y paga salarios de personal, otorga nombramientos, y se hace cargo del costo de los insumos. Este cambio deriva en una considerable pérdida de control por parte de la comunidad de Charrúa sobre el “destino” de su salita. La intención de la comisión vecinal era cobrar una cuota social a la comunidad y administrar la salita. La asunción de toda la

responsabilidad por parte de la Municipalidad trunca esta iniciativa e integra a esta salita en la red de centros periféricos, convirtiéndola en un lugar de atención primaria de carácter público, bajo su órbita, sus reglas y sus políticas sanitarias. Para el Municipio, los vecinos de Charrúa ingresaron en la categoría de ciudadanos integrados en el sistema de salud público. Para los vecinos, este derecho reconocido se transforma en una expropiación de lo que ellos supieron construir para sí sin intervención ninguna del Estado. Alejandra,² un poco desconcertada comenta:

En general en la mayoría de los barrios el centro lo construyó la comunidad, lo que pasa es que en general en el resto de los lugares la comunidad una vez que tienen las paredes... es como un apriete a la Municipalidad para que ponga gente. Una vez que pone gente, bueno, háganse cargo de todo y se sacan el problema de encima. Estos no, en vez de sacarse el problema de encima, pelean (A. T.).

El problema de la jurisdicción y toma de decisiones sobre el Centro recrudece cuando se discute la atención a los habitantes de la Villa 31, también migrantes bolivianos en su mayoría, llegados recientemente al país. La comunidad se resiste a la atención de la población de la Villa 31, y la comisión vecinal propone “solucionar este problema” a través del cobro de un arancel que limite el acceso de esa población a la salita. Sin embargo, esta solución se torna inviable por la dependencia actual del Centro al Municipio y por la línea de la directora, quien adhiere al *ethos* de la salud comunitaria pública. El personal que hoy la acompaña, cerca de diez especialistas, fueron reclutados por ella cuidando que respondieran también a esta línea.

La Municipalidad aprobó una ampliación de la salita, según un proyecto presentado por Alejandra, mientras que la comisión vecinal se opone a la realización de

2. Alejandra Tessio, directora del Centro de Salud Comunitario de Charrúa, es una médica clínica formada en salud comunitaria.

esta ampliación. Alejandra relata el conflicto:

“ahora va a venir una obra de verdad, pero acá no, están poniendo trabas, Luis [dirigente de la comisión vecinal] no quiere que se haga la obra. Ya me lo volvió a decir y encima me dijo que ellos van a hacer una obra acá en el patio... Y yo le dije, se la van a tirar abajo... pero no, viste... Quieren recuperar el centro de salud para el barrio, como si fuera para otra cosa y no para el barrio (A.T.).

En este lugar, las relaciones interculturales en el área de la salud se fueron construyendo cotidianamente a lo largo de una década, siendo los actores principales la directora y el personal de salud que se fue incorporando al Centro, y los dirigentes de las distintas comisiones vecinales. Los vecinos sienten a la salita como propia; Alejandra también. La doctora se siente parte del barrio, en el que conoce a todas las familias y sus historias, tan diferente al lugar en el que reside, en el cual no conoce prácticamente a nadie. Los vecinos, por su parte, consideran a la médica como un referente importante, reconocen en ella al agente principal en el crecimiento en servicios y atención del Centro, y destacan su presencia permanente. Alejandra piensa que

este [la salita] es un Centro Periférico de Salud Pública y la salud debe ser gratuita y para todos, sin restricciones” (A.T.),

mientras que los vecinos sostienen que

la salita es nuestra, la hicimos nosotros con mucho esfuerzo, la construimos, conseguimos la plata hasta para pagarle a la doctora y ahora viene y se atiende cualquiera que no es del barrio, vienen los de la villa y la usan y les dan la leche, todo (M., vecina de Charrúa).

El conflicto con la atención de la población de la Villa 31 pone de relieve cómo

la necesidad de establecer nuevas fronteras con los “otros” (los recién llegados, los más excluidos) forma parte del complejo proceso de relación/integración con la sociedad receptora. La experiencia del psicólogo es reveladora del sustrato que puede encontrarse por debajo de estas actitudes que a simple vista podría ser rápidamente calificadas de xenofóbicas y/o racistas.³ En la consulta, el psicólogo se encuentra con una afirmación explícita y reiterada por los niños (en principio de varones entre los 9 y 14 años) “no quiero ser boliviano”, con el “agravante” (según él) de que no son bolivianos, son argentinos:

Los chicos me decían, “yo no quiero ser boliviano”. Y él no era boliviano, era argentino, hijo de bolivianos. Pero yo tampoco podía decirle eso, porque él se sentía boliviano y yo lo que tenía que hacer es que él revalorizara su cultura y su identidad boliviana. Que no la viviera como una carga sino como una ventaja. Él no era “nadie”, él era alguien, tenía una identidad, era boliviano. Un boliviano que por las circunstancias de la vida había nacido en la Argentina, pero era boliviano (Eduardo P.).

Eduardo cuestiona fuertemente el supuesto básico acerca de la linealidad entre el lugar de nacimiento, permanencia y diferencia cultural. También da cuenta de las graves consecuencias de la discriminación sistemática en la constitución de la identidad de un sujeto. Finalmente, su diagnóstico sobre la causa del problema de los ni-

3. Dentro del staff de la salita hay tres psicólogos, llegan allí por pedido de la comunidad, a partir de problemas en el rendimiento escolar de sus niños. Desde la escuela se sugiere a los padres la asistencia psicológica para los niños porque no aprenden. Las madres demandan la presencia de psicólogos en la salita. Sin embargo, una vez que llega el profesional, las mamás no llevan a los niños a la consulta. El primer psicólogo en llegar decide ir al potrero a jugar con los chicos a la pelota para entrar en confianza, la estrategia da resultado y luego las mamás comienzan a llevar a los niños a la consulta.

ños en la escuela fue contundente: “los chicos no aprenden porque están deprimidos y preocupados por ocultar quiénes son” (E. P.). Dio a conocer sus conclusiones a las docentes y directivos de la escuela, y además los acusó:

no hay ninguna razón psicológica, ni de deficiencia en la inteligencia, para que estos chicos no aprendan como cualquiera. Si tienen problemas en la escuela hay que buscarlos en la discriminación que acá sufren. Esa es toda la causa de su depresión y de que tengan su atención –en realidad es su libido, pero les dije así para que las maestras me entiendan– puesta en ocultarse, en pasar desapercibidos (E. P.).

Su trabajo continuó con los niños con distinto grado de éxito en el tratamiento según los casos, pero no trabajó con el cuerpo docente de la escuela. La molestia y la resistencia de la gente del barrio de Charrúa por la presencia de los habitantes de la Villa 31 en su salita hay que analizarla sobre el trasfondo que la declaración de “no quiero ser boliviano” de los niños argentinos del barrio de Charrúa implica. Los esfuerzos por el reconocimiento y la integración en la sociedad receptora tienen para la población migrante limítrofe un alto costo objetivo y subjetivo. En ese contexto, la presencia de los nuevos migrantes en el espacio conquistado por los más antiguos es vivida como una amenaza, en la medida en que esta presencia los recoloca en el lugar de la marginalidad que la condición de migrante limítrofe implica en la Argentina.

A pesar de estos conflictos complejos y profundos que atraviesan a la comunidad de Charrúa, los profesionales que trabajan en la salita no manifiestan dificultades en la comunicación con sus pacientes. La bolivianidad no aparece como barrera entre el médico y el paciente. Se trata más bien de un dato de la realidad, naturalizado, del mismo modo que el nivel socioeconómico

del barrio. Trabajar en estos contextos es vivido por los profesionales como un asunto de elección personal, que puede tener un contenido más o menos político. Ellos valoran su experiencia allí porque:

Con los pacientes tenés una relación mucho más cercana, le dedicás a la consulta todo el tiempo que necesitás, conocés a la gente y la gente te conoce. Es duro, porque no es un contexto fácil, a veces te encontrás con situaciones de mucha carencia, pero es muy gratificante, es una relación muy humana la que se da acá. Con los pacientes y también con los colegas (pediatra).

Por su parte los vecinos que se atienden en la salita no buscan otros centros. A lo sumo consultan al médico del barrio, pero aun así recurren antes o después a la salita, que es el punto indiscutido de referencia en lo que hace a la salud de la comunidad. En cuanto al trato que reciben, los vecinos se manifiestan muy conformes y destacan la facilidad de acceso a la atención:

Es mucho mejor que el hospital. Allá hay que esperar meses para un turno y a veces ni te lo dan, y ni conocés a los doctores, ni nada. Acá es distinto, te atienden bien (Yessica, vecina de Charrúa).

La salita de Charrúa ofrece servicios de prevención y atención primaria. Ante situaciones de mayor complejidad (enfermedades que requieren atención especializada o partos) deben derivar a los hospitales. Es en este nivel en que se revelan los mayores problemas con la atención de los migrantes:

Cuando tenemos casos complicados derivamos al Penna, pero depende de los servicios. Yo sé que si tengo un problema de traumatismo o de neumonía, llamo al servicio y les digo, mirá te mando a tal que va mañana y que tiene este cuadro. Y no hay nin-

gún problema. Sé que lo va a atender bien, lo mismo con pediatría. Pero con cardiología está todo mal, entonces buscamos por otro lado, aunque la gente por ahí tenga que viajar un poco más. Pero tratamos de manejarnos así, por contactos. Porque si vos sabés que los van a hacer ir doscientas veces o que no los van a atender rápido, o que por ahí van a tener que bancarse algún maltrato, no los mandás. Porque es verdad que la gente no se queja, el boliviano no se queja, pero no va más, no vuelve y no termina el tratamiento. Y como no termina el tratamiento, tampoco vuelve a acá, y cuando aparece de vuelta ya está reventado, entonces realmente es peor el remedio que la enfermedad (Alejandra T.).

En suma, en Charrúa se logró la construcción de un espacio que respeta los derechos a la salud de los migrantes. Este logro es fruto de la capacidad de agencia de la comunidad articulada con una concepción de salud comunitaria encarnada por la directora de la salita. La comunidad y la doctora parten de puntos diferentes en cuanto a la concepción acerca del fin y el modo de administración del servicio de salud. Sin embargo, comparten un punto fundamental: el acceso a la salud no sólo es una necesidad, sino también y principalmente un derecho básico. Los conflictos aparecen allí donde la noción de derecho no sólo juega un papel importante a la hora de garantizar un servicio básico a la comunidad como es la salud, sino que además implica un modo concreto de interacción ligado a los procesos de integración / negación / reconocimiento por parte de la sociedad receptora.

b. Consultorios privados destinados a personas de la comunidad migrante

Una situación diferente es la de las clínicas y consultorios privados atendidos por profesionales extranjeros, destinados princi-

palmente a la población migrante, que proliferan en las zonas de alta concentración de inmigrantes. En el barrio de Pompeya estos emprendimientos son iniciativas de profesionales de la salud de origen boliviano que ofrecen atención ambulatoria en distintas especialidades, y en algunos casos también odontología, con aranceles muy accesibles. Si bien en su mayoría se encuentran orientados al público boliviano, están también abiertos a toda la comunidad y una proporción importante de los pacientes son migrantes paraguayos y peruanos, además de argentinos vecinos del barrio.⁴ Los migrantes que optan por estos servicios lo hacen buscando una mejor calidad de la atención que la que reciben en los hospitales públicos. Ponderan positivamente el tiempo dedicado a la consulta y la facilidad y celeridad con que se otorgan los turnos, y sobre todo, el trato y la “confianza” en el profesional coterráneo. Expresiones que dan cuenta de la confianza depositada en el profesional compatriota son habituales a la hora de justificar la elección de este tipo de policonsultorios:

Estos doctores de aquí saben, tú sabes que no te van a decir cualquier cosa así no más. Te tienen en cuenta, te atienden bien y saben lo que te aconsejan (señora boliviana que esperaba ser atendida por un clínico en el centro médico Virgen de Urkupiña).

Por su parte, los médicos argumentan a favor de estos emprendimientos porque, habiendo en su mayoría pasado por el sistema de salud público argentino, conocen la cantidad de dificultades a las que los pacientes migrantes se enfrentan y se preocupan por ofrecer un servicio más cuidado y

4. Según un informante de uno de los policonsultorios del barrio de Pompeya, se atienden allí entre 4000 y 5000 consultas ambulatorias mensuales, de las cuales el 70% corresponde a extranjeros (50% bolivianos y 20% paraguayos) y el resto a argentinos residentes de la zona.

acomodado a los códigos de origen como alternativa al modo de atención que se les ofrece en los centros de salud pública.

La atención a migrantes provenientes de Paraguay o Perú es la que les presenta mayores desafíos:

Nos esforzamos para que el peruano o la señora paraguaya se sienta tan a gusto aquí como cualquier boliviano. Porque no es lo mismo, pero todos pasamos por las mismas dificultades, entonces eso hace que aunque las formas del paraguayo o del peruano sean diferentes, porque de hecho son diferentes, igual podemos darle un servicio de calidad. Eso nunca se lo va a dar el sistema público, porque en el hospital no les va a importar quién eres, qué tan distinto eres tú, les van a importar tus síntomas y resolver la enfermedad. En cambio aquí es distinto, porque sí importa tu origen, si importas tú, seas o no boliviano (Luis U., médico clínico del Centro Médico Virgen de Urkupiña).

108

En estos espacios se trata de recuperar una relación de confianza entre el médico y el paciente, basada particularmente en tres aspectos: 1) la cercanía en términos simbólicos entre los dos actores; 2) el rescate del origen del paciente como valor y base de la estima; y 3) la ponderación del tiempo y el espacio necesarios para lograr un nivel importante de comunicación. El primero de estos aspectos es destacado por los propios pacientes a la hora de optar por este servicio. Sin embargo, no se trata solamente de que un paciente boliviano prefiera ser atendido por un médico boliviano, sino de que un paciente migrante limítrofe o peruano escoge ser atendido por un profesional que, habiendo pasado también la experiencia de la migración, tenga un trato considerado. Como lo expresó una paciente de origen paraguayo en la sala de espera: “vengo acá yo porque tienen paciencia y afecto [los médicos]. Ellos han sufrido ya lo que estoy sufriendo yo ahora, por extrañar y ser dejada de lado a veces”.

En el segundo aspecto, lo fundamental reside en correr a la variable de la diferencia cultural del lugar de “obstáculo”. Se trata de atender el problema de salud por el cual se llega a la consulta y darle una respuesta que pueda ser aceptada y comprendida por el paciente. Los profesionales entrevistados coincidieron en afirmar que el problema de la diferencia cultural no era relevante para lograr una atención de calidad. Estos profesionales ubicaban el problema no ya en las supuestas limitaciones del migrante para hacerse entender o para comprender lo que el médico dice, sino en las actitudes discriminatorias, la incompreensión y la intolerancia a la que los migrantes se ven sometidos en el sistema de salud pública. La diferencia cultural en estos espacios alternativos no aparece como tal; más bien se da la situación contraria: la cultura es el campo que el médico y el paciente comparten. Aún cuando ambos no tengan un mismo origen nacional, hay una suerte de código del migrante que los acerca de una manera especial y que predispone la situación de consulta de una manera bien distinta a la que ocurre entre un médico argentino y un paciente extranjero.

El tercer aspecto resulta determinante a la hora de las preferencias por estos espacios de salud no sólo por parte de los migrantes sino también de la población local que opta por ellos. Tomarse tiempo parece ser la clave para superar los problemas de comunicación que la diferencia cultural o, en su defecto, la carencia de instrucción, puede provocar. Según afirma Miguel H., uno de los directores del polideportivo:

Yo acá tengo todo el tiempo de entenderte, comprenderte y buscarte la vuelta para explicarte una, dos o tres veces lo que te quiero explicar, o sea, asegurarme que vos entiendas. En el hospital no hay eso, entonces moriste, porque si uno es lento, lerdo, porque bueno, lamentablemente no pudo crecer como persona, culturalmente digo, la

parte educativa, bueno, muchas veces uno necesita que le recalquen las cosas una, dos, tres, cinco veces y eso es lo que no vas a encontrar en el hospital. El hospital está saturado, entonces, si entendiste, entendiste, y si no tomatelá, porque tengo que seguir trabajando. No es culpa de los médicos eso. Nosotros estamos hablando de los extranjeros, pero el sistema de salud está tan mal que ya no solamente está maltratando a los extranjeros, sino que los mismos argentinos se sienten mal, manoseados, porque van y tienen que estar a las tres de la mañana para que los atiendan a las diez, ese tipo de cosas, y bueno también vienen acá por ese motivo.

Esta predisposición a ofrecer un espacio de contención y un tiempo de escucha que resulte suficiente es mantenida también por los profesionales argentinos que trabajan en estos espacios. Los médicos argentinos que integran el plantel de los policlinitorios son reclutados por los directores de los mismos, en todos los casos profesionales migrantes. Los directores suelen seguir ciertas pautas para el reclutamiento de personal. En primer lugar, privilegian profesionales migrantes de origen boliviano (ya que todos estos centros se originan en un principio por iniciativa de profesionales de procedencia boliviana). En segundo lugar, profesionales migrantes de otros países sudamericanos (en el Centro Médico Virgen de Urkupiña, por ejemplo, atienden un médico colombiano y otro ecuatoriano), y en última instancia profesionales argentinos. Miguel H. comenta sus recaudos a la hora de verse obligado a incorporar profesionales argentinos:

Mirá, yo soy el que tienen la entrevista con los médicos y elige al personal que va a trabajar acá, y la prioridad es... el primer planteo que yo les hago es el tipo de población con el que trabajamos, si hay algún prejuicio se acabó la charla, punto. Si no hay prejuicio, si no hay problema a ese ni-

vel, sigue la charla, eso tiene que ser claro. Siempre se busca un perfil, acá pasa lo mismo, yo veo el perfil que tiene, si es compatible o no. Hemos tenido la suerte de incorporar gente, profesionales argentinos que no tienen prejuicios o si los tienen los disimulan bastante bien. Y la gente que viene acá en general se va contenta, con el profesional boliviano, o con el argentino, se va contenta. Después vos escuchás, que la ginecóloga, por ejemplo, que es argentina, hablan bien de ella, del traumatólogo que es argentino, hablan bien.

Los profesionales argentinos que trabajan en estos centros dicen no tener problemas graves de comunicación con el migrante y reconocen ciertos prejuicios en sus colegas que trabajan en los hospitales públicos con esta población. Roxana V., ginecóloga del Centro Médico Virgen de Urkupiña, afirma que “en los hospitales los tratan mal. No los quieren atender. Les exigen DNI, no cualquier documento que acredite identidad, sino un documento argentino. Esos mismos doctores, en sus consultorios privados los atienden. Si pagan los atienden”. En cuanto a la comunicación con las pacientes establece una clara diferencia entre las bolivianas y las paraguayas o peruanas. Mientras que las primeras suelen ir acompañadas por su pareja, las otras van solas y son más “desenvueltas, y te piden, te dicen no quiero tener hijos, cómo hago, o me lo quiero sacar. En cambio la boliviana no, desde que estoy acá nunca tuve una paciente boliviana que me diga que se quiere sacar el hijo, ni tampoco que venga sin marido” (Roxana V.). En cuanto a los modos propios de la interacción, ella caracteriza a las mujeres bolivianas como “sumisas”, “sometidas al hombre”, “el marido es el que habla. Como no entienden, no contestan. Contesta el marido. O le traduce en el mismo idioma con otras palabras” (Roxana V.). Mientras que según ella las mujeres paraguayas “son más jodonas” y parecen gozar de un mayor nivel de autonomía en rela-

ción a las decisiones sobre su propia sexualidad.

Sin embargo, algo unifica a las mujeres migrantes de distintas procedencias que concurren a estos ámbitos de salud y es que todas ellas “se sorprenden cuando uno las trata bien. Me dicen: nunca me habían explicado esto” (Roxana V.).

El éxito de los policonsultorios como alternativa para la atención de la salud parece confirmar que uno de los modos de acción de los migrantes ante la discriminación de que son objeto en los hospitales es salir del circuito del sistema público. Paralelamente, los profesionales migrantes encuentran en esta alternativa también una forma de gestionar espacios de trabajo que escapan a la explotación a la que se los somete en los centros privados de salud de argentinos para argentinos. Efectivamente, su calidad de profesionales no libra a los migrantes de las prácticas descalificadoras, por el contrario,

La discriminación... vos sabés que si no sos rubio y de ojos celestes, ya está, ya te discriminaron. Vos vas a buscar trabajo, o vas a cualquier lado, y desde ya, que el boliviano por ser morenito, medio ojos afinados, por lo negro, ya está, con sólo verte ya te están discriminando. Entonces cuando vas a buscar trabajo te discriminan. Está bien que la capacidad tiene que ver también, pero a igual capacidad un boliviano es discriminado, desde el vamos. Bueno eso es lo que pasa en la concurrencia, en la residencia... se nota en el trato, y en que te pagan menos, pasa... O sea encontrás un trabajo, pero te van a pagar menos, o te van a bicicletear, y te van a exigir más. Las condiciones de trabajo son pésimas, y estamos hablando de profesionales. Lamentablemente, muchas empresas que son la mayoría... el interés por la salud en sí, pasa a un segundo plano, en una empresa lo que importa es lo económico, las ganancias que dejan, la salud pasa a un segundo plano. A los dueños de esta empresa no le importa si le das una buena atención al paciente o no, le importan los números, y si te puede pa-

gar menos, mejor, más ganancia, y si el empresario asume la responsabilidad con gente que no tienen los papeles en orden, que no tienen documentos, bueno, pero te lo cobra. Muchos bolivianos (se está a refiriendo en este caso a los profesionales de la salud) que vienen acá y no tienen sus papeles en orden, salen a buscar trabajo y agarran lo que sea (Miguel H.).

La explotación como modo específico de discriminación sufrida por los profesionales da cuenta del peso específico de la diferencia cultural en la construcción de relaciones de desigualdad. Más allá de que desde una perspectiva económica o de estatus el migrante logre cierto ascenso social, este no alcanza para neutralizar las desigualdades a las que se ven subordinados, ya que estas relaciones de desigualdad se sostienen en el dato insalvable, e imposible de invisibilizar, de su extranjería. La “marca de origen” de los extranjeros (especialmente del migrante boliviano, que es el que padece los efectos del mayor nivel de estereotipación) se ancla en rasgos fenotípicos y modos comunicacionales específicos que la sociedad receptora atribuye al “otro”. Así, se puede llegar a la negación de la pertenencia al “nosotros” de un sujeto que “porte” las marcas atribuidas al extranjero, tal como le sucedió al médico Miguel H., oriundo de la provincia de Jujuy:

Llegué a ser jefe de residentes, y para mí esa fue una gran sorpresa. ¿Se puede contra la discriminación? Sí, se puede, pero es algo que te condiciona. Algunos pacientes, por ahí te discriminan, y no quieren mucho que los atiendas, después cuando te conocen, ya sí. Y especialmente que tienen plata, que se quiere llevar el mundo por delante. Me pasó sí una vez, que mis compañeros no querían que participara del Ateneo, porque decían que yo era boliviano, y que como que no iba a entender lo que hablaban, por la falta de formación científica, y les expliqué que no, que era ar-

gentino y que había estudiado acá. Pero no me creyeron, quedó así como un malestar, entonces les llevé el título de UBA y les mostré mi documento, y ahí se quedaron más tranquilos. Después ya no tuve problemas.

Los policonsultorios, como espacio alternativo de salud, articulan la atención específica con la comprensión de la situación contextual en que se origina la consulta. Aquí, a diferencia del sistema público, la experiencia de la migración es la condición de posibilidad para la comunicación entre el médico y el paciente. Es esta experiencia específica, resignificada en un clima de respeto y reconocimiento mutuo, lo que permite a los pacientes acceder a una atención eficaz de la salud; y a los profesionales migrantes a mejores condiciones laborales tanto desde el punto de vista económico como vincular.

Una iniciativa institucional para la atención intercultural de la salud

Existe un tipo de iniciativa desde y por algunos agentes de salud que visualizan la diferencia cultural como un obstáculo que se interpone entre el paciente y el médico, y puede tener como consecuencia el fracaso o la poca eficacia del tratamiento indicado. Tal es el caso del Programa de Formación de Facilitadores Culturales Bilingües del Hospital Italiano de Buenos Aires, que se origina a partir de la demanda de algunos médicos por mejorar la comunicación con los pacientes extranjeros, muchos de ellos orientales, pero también personas de países limítrofes que “no hablan” o “no entienden”.

Este programa parte de la base que los pacientes extranjeros, particularmente los que no hablan castellano, requieren una asistencia diferenciada, y se propone capacitar agentes de salud de distinto origen para que faciliten la comunicación en-

tre el equipo de salud y los pacientes extranjeros y acompañen a estos últimos en su tránsito por el hospital. Por medio de una capacitación de un año de duración se espera que cada agente formado no actúe como un mero intérprete sino que “facilite” la atención de los extranjeros funcionando como “un acercador de culturas y un facilitador de la comunicación entre culturas”. De esta forma el facilitador representa una figura de interfase que habilita la palabra del paciente ante el médico, y para el paciente representa un interlocutor válido que ofrece guía y contención.

El Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires, institución privada de una larga trayectoria y con un prestigio considerable, comenzó a recibir desde hace algunos años una cantidad significativa de migrantes orientales. Esta población, de origen coreano en su mayoría y en menor medida china, comenzó a ser un “problema” para los médicos. Estos migrantes podían pagar una salud privada, pero de todos modos la atención que se les brindaba era muy deficiente. El obstáculo principal era el idioma. La primera reacción de los médicos ante el fracaso de los tratamientos fue derivar a esta población a la consulta psiquiátrica, no tanto por considerar que el paciente tuviera problemas de salud mental, sino porque parten de la premisa de que

el psiquiatra tiene más tiempo para hablar con ellos, esa es la característica de su consultorio. Y tienen herramientas para lograr niveles de comunicación con el paciente, más allá del idioma. Pueden comunicarse con un psicótico, entonces con más razón pueden hacerlo con un paciente que no tiene problemas mentales, que su dificultad es el idioma, es que es extranjero (Javier S., médico clínico del Hospital Italiano).

Así llega el “problema” a manos de la doctora Mónica Santágata (M.S.), psiquiatra y psicóloga del Hospital. Ella toma la

iniciativa de armar el proyecto del Programa “Intérpretes Profesionales en Salud” (IPS), que el hospital avala:

Todo esto fue cambiando desde la percepción de necesidad de asistir diferencialmente. Tanto el paciente como el médico tenían una dificultad sentida, nunca expresada y nunca consideraron que podía haber una solución para esta dificultad. La solución era “yo no lo atiendo, que aprenda a hablar castellano, que aprenda lo que es un sistema de salud, si no le gusta que se vuelva su país, por qué yo voy a tener que hacer un esfuerzo si él es el diferente”. A lo largo de los años, cuando le vas ofreciendo distintas intervenciones, entre ellas el facilitador cultural, el médico va aprendiendo que esto le ofrece trabajar con mayor calidad, con mayor eficiencia y con menor costo personal, porque el costo personal que tiene el trabajar con alguien tan diferente es muy alto (M. S.).

El Programa “Intérpretes Profesionales en Salud” comienza a funcionar y en general es bien recibido, pero aun así los problemas subsisten y en algún punto se agravan. El intérprete solía ser confundido por el médico con un familiar del paciente, cuando era identificado como intérprete se ponía en cuestión el secreto médico, el intérprete era alguien de la comunidad migrante y esto traía también problemas en la medida que no todos los migrantes querían expresar sus problemas delante de alguno de estos intérpretes. Paralelamente, aparecían los problemas institucionales: ¿cómo pagarles sus honorarios? En salud hay tres categorías: profesionales, administrativos y proveedores. Los intérpretes entraron en la categoría “proveedores”, “así como entran las ampollas, como entran los medicamentos, como entran las jeringas, entran los facilitadores culturales” (M. S.). Y esta situación creaba nuevos problemas de contratación y facturación.

Esta es la génesis del Programa de Facilitadores Culturales Bilingües, que la doc-

tora Santágata promovió, logrando que el departamento de Ciencia e Investigación del Hospital Italiano extienda las certificaciones. El objetivo de este Programa es convertir a los intérpretes que eran “proveedores” en “equipo de salud” (similar a un enfermero u otro paramédico). Al mismo tiempo, exigir a los intérpretes que se capacitaran para sortear una serie de dificultades que no resolvían el problema de fondo, es decir una atención ineficiente del migrante: “no quiero que interpreten, lo que quiero que hagan es que faciliten” (M. S.).

El Programa propone tres módulos: el primero destinado a estudiar en qué consiste el sistema de salud, cuáles son las políticas de salud, cuántos sistemas de salud hay y qué diferencias tienen con el sistema de salud de otros países. En el segundo se abordan cuestiones generales sobre antropología y sociología, y en el tercero se aprenden técnicas de facilitación. Luego de esta formación se hace una “práctica”, rotando en algún hospital público. La duración total de la formación es de un año. Está destinada a determinado tipo de población:

El recurso humano tenía que tener determinadas características, ser bilingüe, ser bicultural, conocer algo del sistema de salud y tener vocación de servicio para poder funcionar como un acercador de culturas, como un facilitador de la comunicación de cultura... Y así nace la escuela, con toda una pelea institucional, en cuanto a la cabeza del sistema de salud, porque para qué había que inventar esto si no es necesario, y quién va a venir a estudiar esto. Bueno trece héroes vinieron a estudiar esto, un peruano, cinco bolivianos, una brasileña, una persona que maneja la lengua de señas, una persona que maneja italiano, otra persona que habla francés y es enfermera, otra persona que habla italiano, dos personas que hablaban chino, una persona que habla coreano y es coreana. Todas personas que hablan otro idioma y nacieron en otro país, salvo la que maneja la lengua de

señas y la que habla francés, que habían adquirido otro lenguaje, pero no tenían la cultura ni de los sordos mudos ni de los franceses (M. S.).

De este primer grupo, los que terminaron el curso y recibieron su certificación fueron finalmente nueve, los migrantes limítrofes y peruano, la persona que manejaba la lengua de señas y la coreana.⁵ Entrevistamos a varios de ellos, indagando acerca de las motivaciones que los llevaron a realizarlo, sobre sus trayectorias en el país y sobre sus experiencias en el sistema de salud. Todos manifestaron razones económicas y la intención es lograr acceder a un “trabajo mejor”, especialmente en relación al nivel de remuneración esperado, como razones para tomar el curso. Sin embargo, hay matices. Esteban, peruano, se encontraba sin trabajo al momento de llegar al Programa, mientras que los migrantes bolivianos todos trabajaban en condiciones muy desventajosas y buscaban una vía de salir de ese estado de explotación extremo en el que se encontraban.

Nilda, brasileña, buscaba en cambio un trabajo más estable y que completara los ingresos que logra en su trabajo habitual como traductora.⁶ Ante la pregunta de cómo le resultó desenvolverse en el nuevo medio responde: “muy fácil, muy fácil, la gente aquí es muy cariñosa, nadie deja de lado porque escuche que tienes acento extranjero. Es un poco más difícil, el trabajo, cuesta encontrar un lugar donde puedas tener un sueldo bueno. Trabajé en oficina, pero se gana poco, no conviene, es mejor dedicarte a las traducciones, ganas más y además no tienes gasto” (Nilda S.). Decidió migrar porque “en ese momento aquí las cosas estaban mejor”, no tiene pensado volver a Brasil, salvo de visita porque “aquí estoy muy cómoda” y también porque el marido se ha establecido como comerciante.

Esteban, en cambio, manifiesta lo difícil que es ser aceptado “piensan que todos

los peruanos somos ladrones, entonces decís peruano y no te toman en ningún lado”, y esto a pesar de tener un nivel educativo aceptable y manejar ciertas competencias como computación. Es un hombre muy joven que reside aquí hace dos años. También migró por cuestiones económicas y “porque quiero estudiar (en la universidad), pero no sé si lo voy a poder. Por eso entré en el curso, porque puedo estudiar algo y después tener un trabajo” (Esteban T.). No tiene ninguna experiencia en el sistema de salud, ni tampoco se atendió nunca.

Francisco, Moisés, Eliseo, Daniel y Enrique, bolivianos, migraron también por razones económicas en la década de 1990. Ellos llegan al curso con la expectativa de mejorar sus condiciones laborales aunque también aparecen otras motivaciones. Francisco tuvo una mala experiencia personal en el sistema de salud argentino que lo llevó a regresar a Bolivia para atenderse: “Me puse muy malo acá, me ponía cada vez más enfermo y los médicos no sabían cuál era mi mal. Había que esperar mucho tiempo para que te viera el doctorcito y el mal cada vez peor. Entonces me volví yo, me fui a Bolivia, y los médicos allá sí me atendieron bien, todo, porque ellos sí sabían cuál era el mal y me lo sacaron. Después que me puse bueno entonces me volví yo [a la Argentina]” (Francisco C.). La experiencia de Francisco da cuenta de algunas de las consecuencias de las dificultades en el acceso de los migrantes por el sistema de salud argentino. El relato de esta situación vivida apareció a la hora

-
5. El curso de facilitador es pago; se abonaban 40 pesos por mes.
 6. Nilda no parece “cruzada” por su extranjería. Dice sentirse muy cómoda aquí y tener muchos amigos argentinos. Hace ocho años que reside en el país, tiene un nivel educativo y socioeconómico que podríamos calificar como medio y es de tez blanca. No tiene ninguna experiencia laboral en el sistema de salud y las veces que debió atenderse lo hizo por rutina. Abona una prepaga de bajo costo, con la que está muy conforme.

de explicar por qué eligió este curso, “para ayudar a las personas, que los doctorcitos les entiendan y le arreglen su mal más ligero. Para ayudar a las señoras que no quieren hablar con los doctorcitos de sus males” (F. C.). Pero también hay otras razones, “y así también los paisanos te respeten mejor, porque ven que haces algo mejor, que tienes tu platita” (F. C.).

Moisés no es tan explícito como Francisco. Sin embargo, algo es claro: “no quiero ser ‘bolita’, así, que no sirve para nada, porque no soy bolita, boliviano sí. Puedo estudiar, puedo aprender y puedo salir del barrio también si quiero, pero no quiero” (Moisés F.).

Eliseo, Daniel y Enrique tienen dos cosas en común: viven en la zona de Pompeya y conocen algo del sistema de salud por experiencia. Eliseo y Daniel se atendieron en el Hospital Penna y Enrique pasó por el Álvarez. Tanto Eliseo como Daniel dicen haber sido atendidos muy bien en el hospital, pero “es difícil conseguir los turnos, tardan mucho, o tienes que llevar muchos papeles, y no los tienes. Después te enteras que no los necesitas, pero después, en el camino vas y vienes muchas veces” (Daniel P.); “los doctorcitos pasan y te preguntan como estás, y tú te quedas callado o dices ‘bien doctorcito’, y ellos se van tranquilos. Y no es así, si tú estás en la camilla, o internado, estás malito y ellos deben atender a la persona” (Eliseo H.). Eliseo fue a la guardia por un problema gástrico y quedó internado cuatro días. Enrique, en cambio, llegó al Álvarez acompañando a su esposa a una consulta ginecológica. Fue a ese hospital aunque le queda lejos porque una parienta de la mujer le sacó el turno allí, ya que “en ese hospital atienden a los bolivianos” (Enrique C.).

Detrás de la participación en el curso hay claramente una motivación económica, pero también de integración y reconocimiento, que aparece muy explícita en el caso de los migrantes bolivianos, más soslayada en el del migrante peruano y total-

mente invisibilizada en el caso de la migrante brasilera. La directora del curso lo expresa desde su perspectiva:

Empezaron a rotar en el Casa Cuna, hicieron una rotación de un mes y medio, tutorados por una médica, una pediatra que se dedica a todo lo que es salud comunitaria y bueno, la verdad es que resultó una sorpresa. La pediatra estaba fascinada con el recurso del facilitador, y los facilitadores se sentían absolutamente fascinados con que ya no eran los bolitas, los peritas o los coreanitos, sino que eran los señores facilitadores que les venían a solucionar los problemas. Habían pasado a una jerarquía social dentro del sistema de salud, donde no eran discriminados, eran necesitados, donde no eran molestos, eran útiles, esperados (M. S.).

No es casual que quien le abra la puerta a los facilitadores en el sistema de salud pública sea una médica especializada en salud comunitaria. Hay distintas concepciones acerca de la medicina que coexisten en el sistema de salud, pero que implican prácticas muy distintas. La salud comunitaria parte de una concepción de la salud con un fuerte contenido social e integrador y está orientada especialmente a la prevención y a la atención primaria. Dentro este marco conceptual el éxito en la comunicación es parte fundamental de la tarea, basada en gran medida en las campañas de prevención y en conseguir una buena inserción del profesional de la salud en la comunidad de referencia. Sin embargo, lo que puede ser evaluado por los actores como una dificultad en la comunicación es tan polisémico como lo que puede ser considerado una diferencia cultural. De hecho ambas dimensiones visualizadas como dificultad desde los actores suelen aparecer en sus discursos en un mismo nivel de análisis y justificando las dinámicas propias de la marginalidad del extranjero.

Recordemos: el IPS surge a pedido de los médicos que no lograban entenderse

con los migrantes orientales. El problema es que estos extranjeros hablan otro idioma y la primera solución que se propone es que ellos aprendan castellano o que haya un traductor.⁷ Una vez que se instala un traductor en la consulta los problemas persisten; de ahí que Mónica busca generar un recurso humano que no traduzca el idioma sino que facilite el encuentro intercultural, busca generar “un acercador de culturas, un facilitador de la comunicación de cultura” (M.S.). Ella apuntaba a que los aspirantes al curso tuvieran ciertas características, dentro de las cuales la más relevante es que se tratara de personas bilingües y biculturales, y allí se encuentra con la primera dificultad que expresa de este modo: “primer problema: no sabía medir la biculturalidad o sea a qué llamo bicultural. ¿Cómo sé si el recurso reclutado es bicultural o no?” (M.S.). Más allá de la forma práctica en que termina resolviendo el problema apelando al propio sentido común, “solamente desde la credibilidad que me podía ofrecer la gente” (M. S.), dirá ella, es interesante observar cómo los vaivenes entre la asimilación, la integración y la comprensión se juegan sobre la necesidad y al mismo tiempo la imposibilidad de objetivar y cuantificar la diferencia.

Si bien este es un problema propio de las relaciones interculturales en todos los campos, en el área de salud se vuelve urgente en la medida en que hay una enfermedad que sortear y cuya resolución dependerá en gran medida de cómo se resuelva esa relación entre los distintos. Si Mónica se preocupa por crear el IPS es porque sabe que “cuando uno generalmente expresa el dolor, el miedo o las cosas más relacionadas con lo más íntimo, es muy difícil que lo puedan expresar desde la lengua adquirida, sino que se hace desde la lengua madre, o desde los conceptos de la cultura madre”. Del mismo modo Francisco C. sabe por propia experiencia que la combinación entre la extranjería, la discriminación y la enfermedad potencian

la condición de “paria” en la cual se encuentra muchas veces el migrante. Por eso él se propone “ayudar a la gente a preguntar a los pacientes en qué están más mal o menos, después hay señoras muy dolientes que no pueden expresarse fácilmente o tienen miedo de contarle al doctor, y para eso estamos practicando nosotros” (F. C.). Sin embargo, la clave para lograr una relación entre los distintos que permita destrabar la situación de conflicto para él está lejos de la “cantidad” o el “tipo” cultural, Francisco sostiene que “las señoras de edad tienen miedo, por todo, por el idioma también, ya sea el aymará o el castellano, pero hablando con cariño se consigue, que tengan confianza en el doctor y que el doctorcito escuche también, si no entiende bueno, pero que pueda escuchar, y si la señora no habla que espere no más” (F.C.).

El facilitador se convierte en una figura de interfase que de alguna manera habilita la palabra del paciente ante el médico, y para el paciente representa un interlocutor válido y más contenedor que el profesional. Sin embargo, el facilitador es también un migrante cruzado por sus dilemas como tal, según Mónica “ellos por lo general pertenecen a una población que tiende a asimilarse o tiende a aculturarse y buscan este recurso como una forma de salir de su comunidad. Lo loco es que lo buscan como una forma de salir de su comunidad, pero termina siendo una forma de entrar en su comunidad y entrar en nuestra comunidad” (M. S.). Entrar, salir, aculturarse, asimilarse, reconocerse, quedarse, volverse, enfrenar la discriminación de la sociedad receptora y la de los paisanos que llegaron antes; con la valija llena de dilemas los migrantes de los países limítrofes y los peruanos llegan a los hospitales a tratar

7. En otros espacios de salud puede verse cómo el principal problema que los profesionales argentinos dicen tener con los bolivianos es “que no hablan” o “que no entienden”.

sus problemas de salud, a parir a sus hijos, a acompañar a parientes o paisanos para que la situación no les resulte tan ardua, a trabajar como facilitadores para ver si “ha-

blando con cariño se consigue” una relación que logre entamar el derecho a la salud con el reconocimiento de la diferencia, y que, finalmente, sea posible curarse. ■

Referencias bibliográficas

- Anderson, L.M.; D.L. Wood y C.D. Scherbourne (1997), “Maternal Acculturation and Childhood Immunization Levels Among Children in Latino Families in Los Angeles”, en *American Journal of Public Health*, 87(12): 2018-2021.
- Berk, M.; C.L. Schur; L.R. Chavez y M. Frankel (2000), “Health Care Use Among Undocumented Latino Immigrants”, en *Health Affairs*, 19(4): 51-64.
- Bollini P. y H. Siem (1995), “Health Needs of Migrants”, en *World Health*, 48(6): 20-22.
- Brunvand L y J. Sander (1993), “Iron Deficiency Anemia among Immigrant Children from Developing Countries”, en *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 113(4): 1719-1720.
- Cenicacelaya, María de las Nieves (2003), “El Defensor del Pueblo y los derechos de las minorías frente al accionar de la Administración Pública. El caso de los inmigrantes en la Ciudad de Buenos Aires”. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración (Córdoba, 27-29 de noviembre). Disponible en: www.aaeap.org.ar/ponencias/congreso2/Cenicacelaya_Maria.pdf.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Comité de Acción Jurídica (CAJ) (2001), “Situación de los inmigrantes y refugiados”, capítulo de la “Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial”, febrero.
- Ceriani Cernadas, Pablo y Asa, Pablo (2002), “Migrantes: Ley inconstitucional y práctica arbitraria”, en CELS, Informe sobre Derechos Humanos 2002.
- Ceriani Cernadas, Pablo y Morales, Diego (2004), “Ley de Migraciones: los derechos de todos”, *Clarín*, 5 de enero.
- Cerrutti, Marcela y Parrado, Emilio (2001), “Salud y migración en un contexto de integración económica: El caso de la migración paraguaya en la Argentina”. Informe final del Proyecto de Investigación, Organización Panamericana de la Salud (HDP/HDR/RGP/81/1).
- Codecasa, L.R.; A.D. Portea; A. Gori; F. Franzetti; A. Degli Esposti; A. Lizioli; V. Carreri; M.C. Di Proietto; F. Perozziello y G. Besozzi (1999), “Tuberculosis among Immigrants from Developing Countries in the Province of Milan 1993-1996”, en *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3(7): 589-595.
- Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002), Encuesta Anual de Hogares 2002.
- Findley, S.; M. Irigoyen; y A. Schulman (1999), “Children on the Move and Vaccination Coverage in a Low Income, Urban Latino Population”, en *American Journal of Public Health*, 89(11): 1728-1731.
- Fundación Huésped (2004), *Prevención del VIH/Sida en población migrante. Guía para promotores comunitarios*, Buenos Aires.
- Hajat A.; J. B. Lucas; y R. Kington (2000), “Health Outcomes Among Hispanic Subgroups:

- Data from the National Health Interview Survey, 1992-1995”, en *Advance Data*, Num. 310, 25 de febrero.
- Hardie R. M. y J. M. Watson (1993), “Screening Migrants at Risks of Tuberculosis”, en *British Medical Journal* 307(6918): 1539-1540.
- Hjelm, K. (1998), *Migration, Health and Diabetes mellitus - Studies comparing foreign-and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden*. Lund: Studentlitteratur.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001), Censo Nacional de Población 2001.
- Karasik, Gabriela (1994), “Plaza grande y plaza chica: etnicidad y poder en la Quebrada de Humahuaca”, en Karasik, Gabriela (comp.), *Cultura e Identidad en el Noroeste argentino*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Karasik, Gabriela y Benencia, Roberto (1998-1999), “Apuntes sobre la migración fronteriza. Trabajadores bolivianos en Jujuy”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, n° 40/41, Buenos Aires.
- Kuo, J. y K. Porter (1998), “Health Status of Asian Americans: United States, 1992-1994”, en *Advance Data*, Núm. 298, 7 de agosto.
- Martens P. y L. Hall (2000), “Malaria on the Move: Human Population Movement and Malaria Transmission”, en *Emerging Infectious Diseases* 6(2): 102-109.
- MMWR (1990), “Recommendations for Prevention and Control of Tuberculosis among Foreign-born Persons”. Report of the Working Group on Tuberculosis among Foreign-Born Persons. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report 47(RR-16): 1-29.
- Prothero, R. M. (1984), “People on the Move”, en *World Health*, junio.
- Sala, Gabriela (2000), “Mano de obra boliviana en el tabaco y la caña de azúcar en Jujuy, Argentina”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, n° 45, Buenos Aires.
- Sassone, María Susana (1988), “Migraciones laborales y cambio tecnológico. El caso de los bolivianos en El Ramal jujeño”, en *Cuadernos de Antropología Social*, n° 1, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.
- Siempre (1997), Encuesta de Desarrollo Social 1997, Ministerio de Desarrollo Social.
- Siempre (2001), Encuesta de Condiciones de Vida 2001, Ministerio de Desarrollo Social.
- Siempre (2003), Encuesta de Condiciones de Vida 2003, Ministerio de Desarrollo Social.
- Strático, R.; Lavalle, S.; Barcán, A.; Levy, S.; Soriano, M. y Venuto, M. (2000), “Los inmigrantes, el hospital público y los derechos humanos” (mimeo).
- Stroot, P. (1989), “Health Problems of the Migrants”, en *World Health*, diciembre.
- Thamer, M; R. Christian; A. Casebeer Waldman; y N. Fox (1997), “Health Insurance Coverage among Foreign-Born US Residents: The Impact of Race and Ethnicity, and Length of Residence”, en *American Journal of Public Health*, 87(1): 96-102.
- Wandel, M. (1993), “Nutrition-related Diseases and Dietary Change Among Third World Immigrants in Northern Europe”, en *Nutrition and Health*, 9(2): 117-133.
- Weissman, A. M. (1994), “Preventive Health Care and Screening of Latin American Immigrants in the United States”, en *Journal of the American Board of Family Practice*, 7(4): 310-324.
- Wilson, M. (1995), “Travel and the Emergence of Infectious Diseases”, en *Emerging Infectious Diseases*, 1(2).
- Wood, D.; C. Donald-Sherbourne; N. Halfon; M.B. Tucker; V. Ortiz; J.S. Hamlin; Duan, N. R.M. Mazel; M. Grabowsky P. Brunei; H. Freeman (1995), “Factors Related to Immunization Status Among Inner-City Latino and African American Schoolers”, en *Pediatrics*, 96(2): 295-301.
- WHO (1996), *The World health report. Fighting Disease, Fostering Development*, Executive Summary, www.who.int/whr/1996/exsume.htm.

Fuentes

Actuación de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Jujuy. Constan en dicha actuación: presentación y denuncia de la Pastoral Migratoria, respuestas de órganos de gobierno, investigaciones y material probatorio, etc.

Documentación interna de Hospitales y centros de Salud (nota en respuesta por denuncias de discriminación del Hospital “Dr. Pablo Soria” de San Salvador; Información anual de la Oficina de Estadísticas del Hospital “Dr. Jorge Uro” de La Quiaca; notas de la Unidad de Servicio Social del Hospital “Dr. Pablo Soria” a Jueces de Menores, a la Dirección de Migraciones, etc.; otros documentos similares).

Informe sobre total de egresos de pacientes de Hospitales Públicos de la provincia durante 2004. Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección Provincial de Sanidad, Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Jujuy.

Ley de Migraciones N° 25.871. Poder Legislativo de la Nación.

Ley Orgánica del Poder Ejecutivo provincial (ley N° 5200). Legislatura de la Provincia de Jujuy.

Plan Provincial de Salud, 2004-2007. Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Jujuy.

Porcentaje de migrantes absolutos, internos e internacionales, según división político-administrativa. Año 1991. *Dirección Provincial de planeamiento, estadística y censos, Ministerio de Hacienda, Provincia de Jujuy.*

Proyecto de Reforma del sistema y servicios de la salud, con Criterios de Promoción. *Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Jujuy.*

Relevamiento de Identificación de Población. Dirección de Recursos y Docencia, Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Jujuy.