



El Agora

Núcleo de Salud Internacional

Migraciones y Salud en el Area Metropolitana Buenos Aires

*...y para todos los hombres del mundo
que quieran habitar el suelo argentino...*

documento borrador para discusión

octubre 2006

Coordinación General: Claudia Laub
Equipo de trabajo: Brykman Diana,
Perez Panelli Ana M.,
Rovere Mario,
Rúgolo Estela,
Uriburu Graciela.

Introducción

Alrededor de un 3, 5 % de la población mundial vive hoy en un país diferente al de nacimiento, los migrantes internacionales se encuentran en una proporción que tiende a crecer y que marca, en tiempos de globalización un nuevo desafío para las sociedades, para los gobiernos, para los servicios de salud y para los organismos internacionales como prevenir desventajas y garantizar los derechos al innumero de personas y de familias que se encuentran en esa condición, legalizados o no, nacionalizados o no.

Argentina como un país de desarrollo intermedio se encuentra en una situación dual en referencia a esta compleja problemática, por un lado desde mediados del siglo XIX el país ha reconocido la importancia de las migraciones para su propio desarrollo y se ha definido como un país receptor, que promueve y da la bienvenida a la población migrante tal como reza el preámbulo de la Constitución de 1853 ante citado; por el otro lado las crisis periódicas políticas y económicas que la han afectado en las últimas décadas han generado flujos emigratorios importantes cuali y cuantitativamente hacia diversos destinos.

Un fenómeno adicional, poco usual y consecuencia de estas dinámicas es que una parte de la población argentina que reside en el país ha experimentado ella misma la inmigración y/o el exilio y se podría especular que puede por ello ser mas empática con la problemática que nos ocupa.

Complementariamente puede decirse que a pesar de la declaración explícita de bienvenida, la inmigración en la Argentina desde sus orígenes creo diversas tensiones sociales, laborales, legales, culturales, económicas y políticas que el país fue reabsorbiendo en formas a veces gradualistas y en ocasiones en forma conflictiva o traumática.

La población migrante reconocida en la Argentina a partir de los datos relevados por el censo del 2001 es de 1.527.320 habitantes que constituye un porcentaje de 4,15 % sobre la población total lo que coloca al país como el 10º país receptor de migración a nivel mundial.

Desde el siglo XIX y principio de siglo XX en que se establecen los censos decenales que se viene midiendo esta variable y la información no deja lugar a dudas sobre la importancia de la inmigración como un fenómeno constitutivo de la identidad nacional y del progreso económico, cultural y social del país.

Hasta el censo de 1980 y siguiendo una larga tendencia centenaria la mayoría absoluta de migrantes la constituía la población europea agrupada en la más amplia categoría de "migrantes de países no limítrofes". A partir del censo de 1991 y confirmando esa tendencia en el 2001 la población proveniente de países limítrofes ha comenzado a superar el 50 % del total de migrantes.

La población migrante se constituye en consecuencia en dos grandes subgrupos la de los europeos en buena medida mayores de 65 años y la de los provenientes de los

países limítrofes con mayor peso en los grupos de 20 a 45 años; ambos grupos comparten el contar con una mayor proporción de mujeres.

Otro rasgo general de la migración en la Argentina es su gran concentración en el Área metropolitana de Buenos Aires ya que se puede afirmar que reside en ella casi el 60 % del total de la población migrante reconocida censalmente en el país.

La relación entre el fenómeno migratorio y la salud, puesta de manifiesto por su dimensión demográfica en el área metropolitana y en la Argentina como un todo, genera una problemática social y sanitaria compleja con fuertes desafíos para los servicios de salud que se encuentran frente a demandas complejas de difícil resolución y la necesidad imperiosa de configurar nuevas respuestas.

Los migrantes recientes sufren desarraigo, desventajas sociales y económicas, carencias en servicios básicos, situación laboral precaria, y riesgos de engaño y explotación que crean un marco poco propicio para la salud personal y familiar a lo que debe agregarse una falta de experiencia y una fuerte distancia cultural en el uso de los servicios que el área metropolitana con sus grandes diferencias ofrece.

Cuando se explora una dimensión adicional como es la de “salud y equidad de etnia” las referencias parecen llevarnos a situaciones muy alejadas de la cotidianeidad de una ciudad como la de Buenos Aires, sin embargo varios de los países de donde se nutre la migración, especialmente la de las últimas décadas viven esta problemática interna con particular intensidad de forma tal que difícilmente podría analizarse hoy el tema de migraciones y salud, en forma inconexa de la dimensión de equidad de etnia.

En este trabajo preliminar hemos explorado esta problemática en círculos concéntricos a partir de nuestras posibilidades y de la información disponible a efectos de generar un campo de discusión e interés sobre esta realidad.

Un primer círculo más abarcativo a través de un análisis teórico y valorativo que nos sirve para entender el fenómeno migratorio en general y la forma como otros países receptores dan tratamiento a la interfase con los servicios de salud.

Un segundo círculo más demográfico aprovechando el excelente material generado por el INDEC en los últimos años para dimensionar y caracterizar la población migrante a través del censo 2001 y la encuesta complementaria del 2003 concentrado en las familias que cuentan con al menos un miembro nacido en Paraguay o en Bolivia censadas en el área metropolitana.

Un tercer círculo más específico aun y de carácter fuertemente preliminar y exploratorio referente a la población migrante de Bolivia, en el entendido que por presentar un carácter más multiétnico que los otros países prevalentes en la inmigración y el gran desarrollo y extensión de la medicina tradicional de este país se suma allí una complejidad adicional para poner de manifiesto las diferencias y para poner de manifiesto con más argumentos la necesidad de una atención de carácter intercultural.

En todos los casos entendemos en este trabajo que al proponer detectar diferencias en las necesidades de salud y promover una sensibilidad especial para el diálogo intercultural, no queremos especializar ni sobre todo estigmatizar la atención de las



poblaciones migrantes, antes bien pensamos que podemos generar una mejora en la calidad de los servicios que no solo será aprovechada por la población en estudio sino por todos quienes se atienden hoy en los servicios de salud.

Un marco teórico y valorativo

Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados americanos; ...

PREÁMBULO DEL PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" .

La generación de un encuadre para esta exploración nos remite tanto a los numerosos trabajos y estudios sobre los fenómenos migratorios como a las declaraciones, documentos y marcos legislativos que van generando los antecedentes para pensar el derecho a la salud inserta en una lógica de una ciudadanía universal.

El desarraigo afecta seriamente la salud de las personas y de las familias generando una constelación de factores predisponentes, afecciones y síntomas.

Obviamente la situación de desarraigo es vivida de forma diferente si este es voluntario que si es forzado, pero no siempre los límites entre ambas situaciones están claros y dentro mismo de los núcleos familiares puede haber miembros mas activos y miembros mas pasivos en relación a la decisión de migrar.

Las distancias culturales, que solo en parte se expresan por las diferencias idiomáticas, pueden ser enormes o sutiles pero siempre generan un campo de inadecuaciones y malentendidos en la interfase entre los migrantes y el personal de los servicios de salud que en general no se encuentra formado para una atención de carácter intercultural.

Como la interfase ocurre de todas maneras, se genera un conjunto de situaciones de difícil lectura, se podría decir "cuasiexperimentales" de encuentro desencuentro con resultados inciertos sobre la misma eficacia terapéutica o de intervención, razón de ser de los propios servicios de salud.

Las inadecuaciones pueden ocurrir antes que los migrantes contacten los servicios de salud. La población general, se podría decir arraigada, cuenta con un capital social intangible que es su experiencia personal y su historia familiar sobre como resolver los problemas de salud. No es infrecuente que algunas mujeres procuren atención obstétrica en el mismo servicio en el que nacieron o que las personas recurran casi instintivamente frente a una urgencia a un hospital de referencia.

Este es un capital que un migrante reciente no tiene, todo ocurre por primera vez con altísimas cuotas de incertidumbre y en circunstancias que pueden resultar dramáticamente distantes de la forma como resolvería el problema en su lugar de origen.

Como resulta obvio, muchas de las reflexiones en este trabajo se aplican en mayor o menor medida también a los pueblos originarios, a las minorías religiosas o a los migrantes internos, fenómenos poco estudiados y atendidos en el sistema sanitario del país.

La importancia de la cobertura a las poblaciones migrantes en el caso de salud queda de manifiesto en el artículo 28 de la resolución de las Naciones Unidas.

Artículo 28

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

Migración y equidad de etnia

Desde fines de los 80s y probablemente al impulso de los avances logrados al enfocar la problemática de equidad de género, comenzó a impulsarse nuevos ejes que venían a complejizar los mas clásicos estudios de inequidad de clase o de estrato social.

Esta nueva mirada tropezó muy rápidamente con la falta de información confiable organizada en base a las hipótesis que comenzaban a emerger. Sin embargo las primeras cifras que comenzaron a circular resultaron tan contundentes que estimularon la realización de nuevos y mas refinados estudios a la par que se instó a los países a mejorar sus sistemas de información regular incorporando estas dimensiones¹.

La Conferencia Mundial de Durban, Sudafrica en el 2001 **“contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas relacionadas de intolerancia”** llamó la atención del mundo instando a observar y a investigar sobre la existencia de muchos -a veces mas sutiles a veces mas violentos- “apartheids” y a tomar medidas significativas para removerlos.

En el 2005 el Parlamento Latinoamericano durante su IV Conferencia definió en su artículo 3: “Ratificar que para alcanzar las Metas de Salud el Milenio se debe adoptar una perspectiva integral con educación, equidad de género, acceso al agua potable, pobreza, teniendo presente que los principales grupos vulnerables de la región son Afrodescendientes, Pueblos Indígenas, Niños y Mujeres.”

¹ Ver Torres C. Desagregación de Información en Salud; Instrumento de formulación de políticas de salud para la reducción de inequidades étnicas. Página web OPS.

La OMS en un trabajo conjunto con la OPS generó en el 2001 un documento propio con la natural especificidad del campo sanitario para la Conferencia Mundial contra “el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas conexas de Intolerancia”.

Una parte significativa de la población migrante de países limítrofes: en especial bolivianos, paraguayos, peruanos y chilenos en la medida que son países demográficamente más multiétnicos que la Argentina aportan a través de sus migraciones a una problemática que el país está abordando por cuestiones también internas (aproximadamente 450.000 personas se reconocen en la Argentina como pertenecientes a pueblos originarios)

Migraciones y salud

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni de virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”.

R. Colasanti. En: II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990²

Cuando se analiza el tema de migraciones y salud se puede observar que la casi totalidad de las referencias sobre este tema son españolas o mexicanas como si la Argentina no tuviera especiales aportes que realizar.

Las referencias españolas son muy numerosas divididas en función de la complejidad que le aporta el origen de las migraciones que se divide básicamente en Latinoamericana (con la ventaja de compartir un idioma común pero con grandes distancias culturales) y la población de otros orígenes particularmente complejas y conflictivas en el caso de África.

² Fuertes C. Martín Lazo M. A. **El inmigrante en la consulta de atención primaria**

Los principales temas levantados por la bibliografía española hacen referencia a los ejes de:

- Salud mental
- Salud sexual y reproductiva
- Salud redes y dinámica familiar
- Enfermedades transmiibles, especialmente HIV
- Salud laboral

Especialmente relevante nos ha parecido analizar los cambios en la natalidad entre las familias migrantes y las familias españolas por sus consecuencias para la organización de los servicios de salud.

Al respecto puede decirse que

En un país europeo receptor de migrantes como España, es conocido el descenso franco de la natalidad y la tendencia al envejecimiento de la población en los últimos veinte años. Ese régimen de muy baja fecundidad por debajo del nivel de reemplazo generacional es el resultado más visible de la denominada “segunda transición demográfica”, caracterizada por rupturas generacionales notables. . La convivencia de los patrones culturales de los países receptores con los de origen plantea enormes retos a unos servicios de salud que, entre otras cosas tienen que atender y acompañar a las poblaciones migrantes de diferentes patrones culturales (según el continente de origen), en el proceso de construcción de sus familias y convivir con concepciones y prácticas diferentes de matrimonio, sexualidad y maternidad. En general los trabajadores de la salud deben adaptarse a convivir con dos modelos reproductivos, uno tardío y otro temprano, diferentes modelos de espaciamiento de los embarazos, y también diferentes prácticas de planificación familiar.

En poco más de 20 años, España , por ejemplo, ha pasado de tener una de las fecundidades más altas de Europa (estimulada por el franquismo) , a tener una de las más bajas del mundo. Los migrantes de primera generación que provienen de países con regímenes demográficos de elevados índices de fecundidad traen consigo patrones de altas tasas de fecundidad que repercuten en la sociedad receptora elevando la fecundidad total.

Según datos del INE en España en el año 2002 hubo 31,4 % más nacimientos que en 2001 y 76 por ciento más que en 2000 en la población migrante. Los nacimientos de madres extranjeras fueron en el año 2002 el 10,4 por ciento del total (frente a 8,2 en el 2001 y 6,2 en el 2000). En 2002 los españoles tuvieron 2 266 bebés más que el año anterior, y los extranjeros tuvieron 10.393 niños más. La característica de la primera generación de migrantes es la intensidad con la que tienen hijos, pues a pesar de representar sólo un 5 por ciento de la población total de España (incluyendo los migrantes en situación irregular) tienen el 10 por ciento de los nacimientos, lo cual constituye una cifra muy llamativa.

La reducción de la fecundidad en España , en los últimos veinte años, impactó notablemente en el sector de salud: maternidades y salas de neonatología se cerraron por falta de demanda o se reconvirtieron para atender otras áreas del sector incluyendo el área administrativa. Actualmente, debido a la intensificación

del flujo migratorio con tasas más altas de fecundidad, muchas viejas maternidades han recuperado sus funciones anteriores de hospitales materno-infantiles. En la mayoría de los casos las estructuras y los equipos han debido modernizarse llegando incluso a construir nuevas maternidades para hacer frente a la nueva situación de la natalidad en las regiones en donde existe más concentración de población migrante. Concomitantemente, ha sido necesario aumentar y/o redistribuir los recursos humanos en las ciudades de acuerdo a los cambios en la demanda a estos servicios de maternidad e infancia.

La Reunión de Expertos sobre Migración Internacional y Desarrollo en América Latina y el Caribe. (México, 30 de noviembre al 2 de diciembre de 2005) apoyada por NN UU y CEPAL incluyó entre sus conclusiones que

- ✦ La migración internacional tiene un impacto en las condiciones de vida de los migrantes y de sus familias en las comunidades de origen. Así se observó en el caso específico de la salud, en donde hay alguna evidencia de que la experiencia migratoria de los padres tiene el potencial de disminuir la mortalidad infantil. Se señaló la necesidad de avanzar en la realización de estudios sobre los vínculos entre migración y salud, con un enfoque que permita anticipar los posibles retos de salud pública que se deriven del fenómeno migratorio, tales como las modificaciones en los comportamientos de riesgo y el desmantelamiento de las redes sociales familiares.
- ✦ Se señaló la necesidad de incrementar el diálogo y la integración de programas y servicios en materia de atención a la salud de los migrantes y sus familias entre países emisores y receptores. Se destacó la importancia de las medidas orientadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los migrantes, en particular las acciones de prevención, tratamiento y cuidado del VIH/SIDA.

Los organismos internacionales

Diferentes organismos internacionales han expresado en documentos recientes su preocupación por el fenómeno creciente de las migraciones y sus consecuencias en diferentes esferas de la vida cotidiana de las poblaciones

La Organización Internacional de las migraciones por ejemplo abre un capítulo a propósito de la relación migraciones y salud y menciona que:

El objetivo principal del Servicio de Migración y Salud de la OIM es promover la salud de las poblaciones móviles y ofrecer orientación en materia de investigación, políticas y gestión de la migración y salud. Estas actividades benefician a los migrantes, a las comunidades de acogida y a los Estados y organismos asociados. La aparición de nuevos desafíos, cada vez más complejos, planteados por enfermedades y dolencias en poblaciones de migrantes, junto con medios de viaje más rápidos y movimientos



masivos suscitados por complejas situaciones de emergencia, exigen una continua revisión y modernización de las prácticas relacionadas con la migración. La OIM provee el tratamiento adecuado y servicios de salud preventiva a los migrantes; promueve y colabora en la armonización y estandarización de las directrices y legislaciones en materia de salud internacional, y ofrece apoyo para la capacitación y formación del personal que trabaja en la atención de la salud de los migrantes.

“Las fronteras reales de hoy no separan las naciones, sino al poderoso del desválido, al libre del esclavizado, al privilegiado del humillado. Hoy no hay muros que puedan crear una división entre las crisis humanitarias o de los derechos humanos en una parte del mundo y las crisis de la seguridad nacional en otro.” Kofi Annan discurso de aceptación del premio nobel de la paz 2001.

“La voluntad que muestren los países ricos para dar la bienvenida a los migrantes y la manera en que les traten servirán para medir su grado de compromiso con la igualdad y la dignidad humanas; su preparación para adaptarse a los cambios asociados a la migración será un indicador de la medida en que están dispuestos a aceptar las obligaciones y oportunidades que conlleva la globalización, así como del concepto que tienen de la ciudadanía mundial; y la actitud que muestren hacia esta cuestión pondrá asimismo a prueba su conocimiento de las lecciones y obligaciones de la historia.” Kofi Annan

declaraciones del 21/11/03 NY citado en Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos.

Un análisis de situación

El 30 de marzo del 2006 en un taller en Caballito Ciudad de Buenos Aires perdieron la vida en un incendio 6 personas una mujer un hombre y cuatro niños todos de origen boliviano. La prensa habló casi por dos semanas de "mano de obra esclava". El dueño del local declaró que no tenía nada que ver y solo alquilaba; el Jefe de Gobierno de la Ciudad declaró que había trabajado esclavo (Clarín 31/3/06). La Secretaría de Derechos Humanos de la Nación anunció una presentación ante la justicia y la generación de un observatorio de migraciones bolivianas en Argentina. (Clarín 1/4/06). Sin embargo en casi dos semanas que el tema se mantuvo en la prensa lo que mas llamó la atención es que nunca apareció en los medios masivos el nombre de las víctimas.

Dimensiones poblacionales

Desde fines del siglo XIX la Argentina desarrolló una fuerte política poblacional migratoria que configuró buena parte de nuestra base poblacional. Españoles, italianos, rusos, japoneses, polacos, irlandeses, a su turno y en buena parte al vaivén de las coyunturas políticas, económicas y sociales de sus propios países eligieron venir al país, muchos regresaron, algunos mandaron llamar a sus cónyuges, muchos vinieron con un proyecto y terminaron desarrollando otro, pero la mayoría encontró formas de incluirse en la cotidianeidad de un país que crecía en buena medida gracias a su esfuerzo.

Como hemos mencionado un fenómeno menos visible pero no por eso menos importante lo constituyeron los migrantes de los países limítrofes que a fuerza de sostenerse en el tiempo y en función también de la reducción de la migración de ultramar desde hace casi 15 años y a partir específicamente del censo de 1991 comenzó a superar el 50 % de la población migrante en el país.

Así paraguayos, bolivianos uruguayos y chilenos y en un sentido similar –aunque no es técnicamente un país limítrofe culturalmente sí lo es- los peruanos comenzaron a prevalecer en la problemática migratoria aunque combinados por nuevas oleadas de asiáticos, algunos africanos, dominicanos y migrantes de países de la ex URSS (ucranianos).

A pesar del carácter universal de la migración en especial de los países limítrofes que trae en ocasiones aparejado una cierta complejidad adicional de un fenómeno que no puede fácilmente soslayarse en una perspectiva de integración como es el de una diversidad de etnia.

Población general

Tabla 1 Población migrante

	1980		1991 ⁽¹⁾		2001 ⁽¹⁾	
	Volumen	%	Volumen	%	Volumen	%
Total	1.903.159	100,0	1.615.473	100,0	1.531.940	100,0
Paraguay	262.799	13,8	250.450	15,5	325.046	21,2
Bolivia	118.141	6,2	143.569	8,9	233.464	15,2
Italia	488.271	25,7	328.113	20,3	216.718	14,1
Chile	215.623	11,3	244.410	15,1	212.429	13,9
España	373.984	19,7	224.500	13,9	134.417	8,8
Uruguay	114.108	6,0	133.453	8,3	117.564	7,7
Perú	8.561	0,4	15.939	1,0	88.260	5,8
Brasil	42.757	2,2	33.476	2,1	34.712	2,3
Polonia	57.480	3,0	28.811	1,8	13.703	0,9
Alemania	24.381	1,3	15.451	1,0	10.362	0,7
Resto	197.054	10,4	197.301	12,2	145.265	9,5

Nota: Datos ordenados de manera decreciente según resultados del Censo 2001.

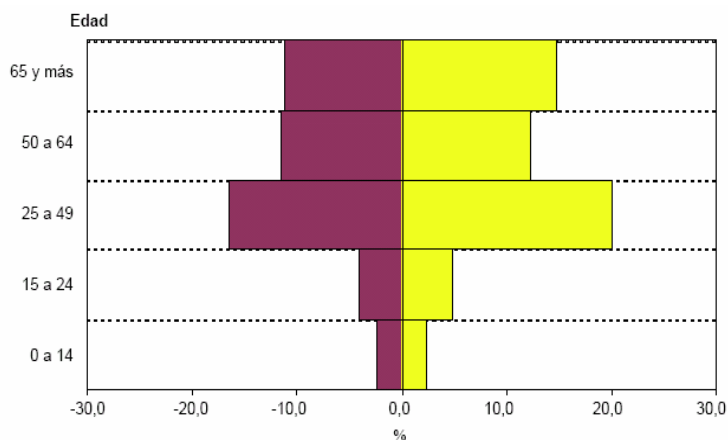
⁽¹⁾ Las cifras corresponden al número de inmigrantes con país de nacimiento conocido. Los casos ignorados se incluyen en el grupo "resto de países".

Fuente: INDEC (1997), *La Migración Internacional en la Argentina: sus características e impacto*, Serie Estudios 29; INDEC, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, página web

En el artículo "Tendencias Recientes de la Migración Internacional" de la publicación electrónica *Aquí se cuenta*³ se puede verificar como la población migrante de países no limítrofes viene retrocediendo en su peso sobre el total de la población residente en el país.

Según el gráfico del INDEC de la misma publicación la pirámide poblacional de los migrantes en el 2001 muestra como es habitual el escaso peso de los niños y el predominio de población femenina,

Gráfico 1 Población migrante total por edad y sexo

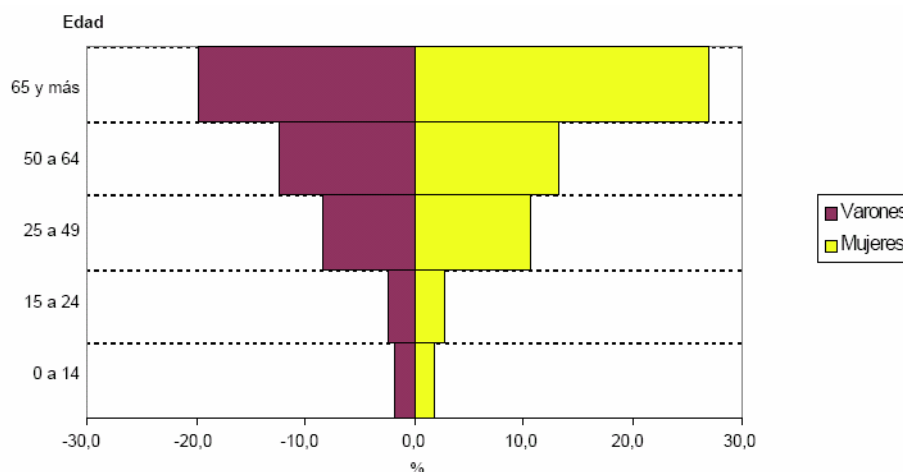


Fuente: INDEC, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, página web

³ INDEC No 12 febrero del 2004

Sin embargo cuando se diferencia la pirámide de migrantes de países no limítrofes se puede ver claramente como se trata de una población predominantemente de mayores de 65 años en buena medida migrantes de hace varias décadas.

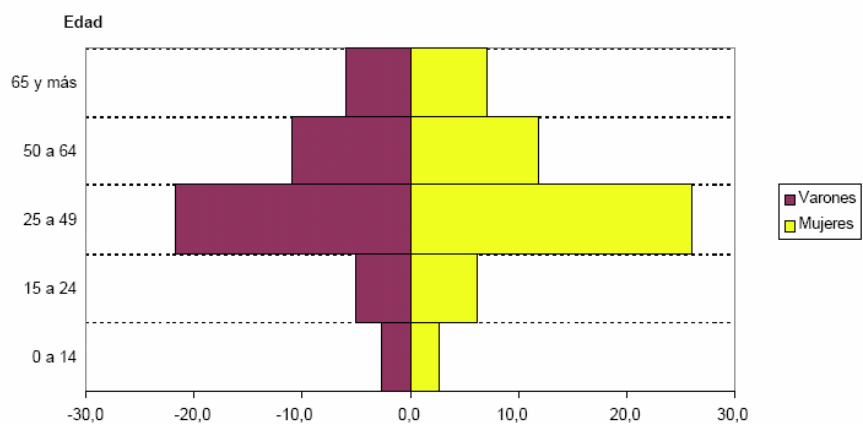
Gráfico 2 Población migrante de países no limítrofes



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, página web

Mientras que cuando se observa el caso de los migrantes de poblaciones limítrofes se observa que se trata de una población de adultos jóvenes con predominio de mujeres.

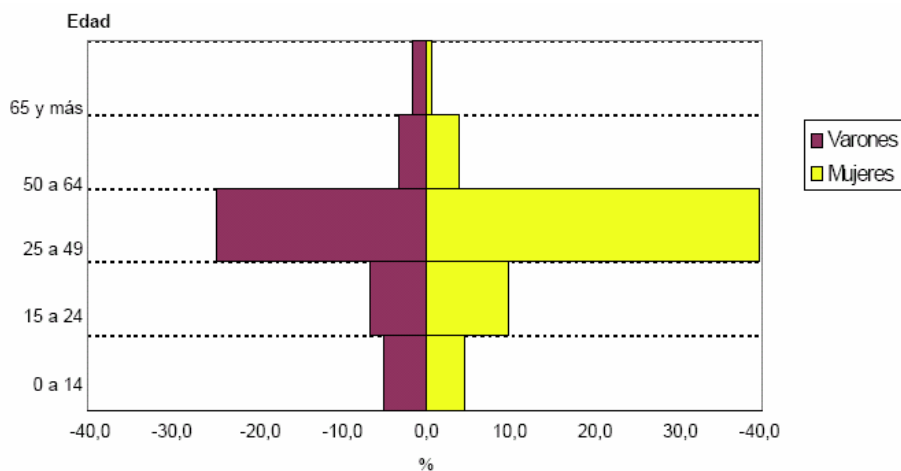
Gráfico 3 Población migrante de países limítrofes



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, página web

La información provista por el INDEC en su página web permite también resaltar un caso llamativo constituido por la migración proveniente del Perú que solo en 20 años pasó de representar del 0,4 al 5,8 % del total de población migrante en el país y que a pesar de ser parte de la migración de países no limítrofes se comporta demográfica, económica, social y culturalmente como si fuera una migración limítrofe, aunque con una proporción aun mayor de mujeres.

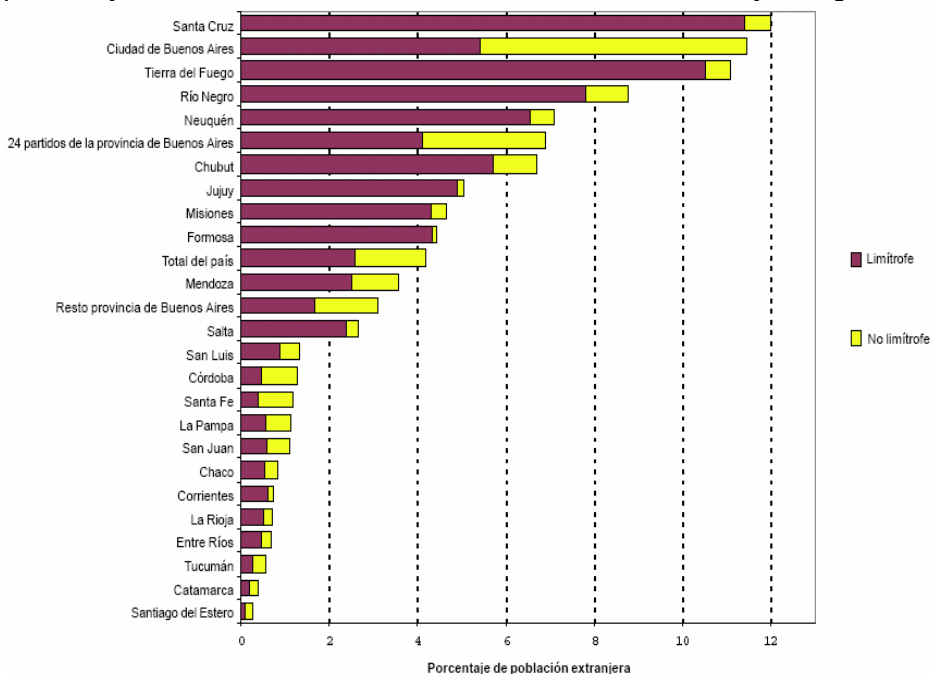
Gráfico 4 Población migrante proveniente del Perú



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, página web

Si se analiza la jurisdicción de asentamiento se percibe que el peso proporcional de la población migrante es mayor en las provincias patagónicas (aunque su número absoluto sea bajo) y en la Ciudad de Buenos Aires. Si se analiza en cambio el peso de la migración de países no limítrofe se puede ver que la migración europea continúa siendo relevante en Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

Gráfico 5: Proporción de nacidos en el extranjero de países limítrofes y no limítrofes por jurisdicción Censo 2001. fuente y graficación INDEC.



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, página web

Cuando se analiza en números absolutos puede verse como la Ciudad Autónoma y la provincia de Buenos Aires acumulan casi el 70 % de la población nacida en el extranjero, seguidas muy de lejos por Mendoza, Río Negro y Misiones.

Tabla 2 Población total por lugar de nacimiento, según provincia.
Total del país. Año 2001

Provincia	Total	Lugar de nacimiento	
		En el país	En el extranjero
Total del país	36,260,130	34,732,810	1,527,320
Ciudad de Buenos Aires	2,776,138	2,459,399	316,739
Buenos Aires	13,827,203	13,072,205	754,998
Partidos del Gran Buenos Aires	8,684,437	8,087,671	596,766
Resto Buenos Aires	5,142,766	4,984,534	158,232
Catamarca	334,568	333,260	1,308
Chaco	984,446	976,611	7,835
Chubut	413,237	385,812	27,425
Córdoba	3,066,801	3,027,196	39,605
Corrientes	930,991	923,763	7,228
Entre Ríos	1,158,147	1,150,037	8,110
Formosa	486,559	464,725	21,834
Jujuy	611,888	581,295	30,593
La Pampa	299,294	295,851	3,443
La Rioja	289,983	287,820	2,163
Mendoza	1,579,651	1,522,352	57,299
Misiones	965,522	920,895	44,627
Neuquén	474,155	440,156	33,999
Río Negro	552,822	504,406	48,416
Salta	1,079,051	1,050,234	28,817
San Juan	620,023	613,444	6,579
San Luis	367,933	362,969	4,964
Santa Cruz	196,958	173,293	23,665
Santa Fe	3,000,701	2,964,352	36,349
Santiago del Estero	804,457	802,188	2,269
Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	101,079	89,879	11,200
Tucumán	1,338,523	1,330,667	7,855

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Inmigrantes de países limítrofes

El primer censo de población realizado en 1869, mostraba una presencia de habitantes provenientes de países limítrofes, que alcanzaba al 20% del total de extranjeros que residían en el país. Ya a comienzos de siglo, en 1914 la cifra alcanzaba al 8%; en 1991 fue más del 50% del total de la población inmigrante (INDEC, citado por Grimson).

A raíz del proceso de sustitución de importaciones, después de los años 30, va aumentando la presencia de estos inmigrantes que, fueron ocupando los lugares en el sector primario que iban dejando libre, las migraciones internas desde el interior a BsAs, para integrarse al proceso industrial."El aumento en valores absolutos de la inmigración limítrofe, se verifica en el período 1947-1960, sobre todo asentándose en las áreas lindantes con Bolivia, Chile y Paraguay. En 1951 se advierte el predominio anual de éstos sobre el resto de los inmigrantes.

Entre 1970 y 1980, el incremento neto de los inmigrantes limítrofes en el país fue más bajo que en las décadas anteriores. El proceso más importante que se acentúa en esta etapa, es el flujo interno, tanto como de argentinos como de inmigrantes limítrofes, desde las zonas fronterizas hacia el GBA donde residía el 45% del total (más de 300.000) y en ciudades intermedias donde residía el 8% del total (unos 56.000) (Sassone y De Marco, 1991). Balán (1992) ha señalado la existencia de un "sistema migratorio del cono sur".

A diferencia de Brasil, que no ha sido en sus inicios país receptor, después de las migraciones transatlánticas, la Argentina se caracteriza por una mayor atracción como país de destino de los migrantes limítrofes. Los otros países del Cono Sur –Chile, Paraguay, Uruguay, Bolivia- son fundamentalmente países de envío. La migración limítrofe es una parte constitutiva del complejo migratorio de la región que involucra, además, a la inmigración europea y a la asiática, así como a la emigración de países desarrollados (Ver Oteiza, Novick y Aruj, 1995).

En los últimos años, el 90% de los inmigrantes, proviene de países limítrofes (Sassone y De Marco, 1991). "Entre 1958 y 1992 más de 1.140.000 extranjeros de origen limítrofe llegaron a obtener su radicación definitiva mediante la tramitación habitual y la aplicación de amnistías" (Sassone, 1995) La inmigración desde los países limítrofes se incrementa y reduce periódicamente según ciertas condiciones económicas (mercado de trabajo y tipo de cambio) y políticas." Grimson, 1999.-

Inmigración desde Bolivia

Según Grimson, Hacia fines del siglo casi la totalidad de los inmigrantes bolivianos se concentraba en el Noroeste, para trabajar como cosecheros en el Norte argentino; y hacia 1920, hacia Salta y Jujuy, para la zafra de la caña de azúcar. -Unos regresaban y otros se quedaban, en busca de otras actividades-(Laumonier,1990) citado por Grimson.

“En 1947 casi el 88% estaba instalado en las provincias de Jujuy y Salta y sólo el 7% en BsAs” (Grimson).

“Sassone y De Marco diferencian cuatro etapas de la migración boliviana hacia la Argentina :

1. las migraciones estacionales hacia la zafra azucarera de Salta y Jujuy;
2. la combinación de la zafra azucarera con la recolección de hojas de tabaco y las cosechas frutihortícolas ;
3. el aumento de la cantidad de zafrero, entre el 60 y 70, en los ingenios del Ramal, al tiempo que se inicia la participación en la vendimia y cosechas frutihortícolas de los oasis mendocinos, y crece la presencia permanente en el Gran BsAs.
4. la mayor difusión espacial, desde 1970, de los asentamientos de bolivianos y una búsqueda de ocupación permanente y de ascenso socioeconómico”

La modificación operada en la producción de caña de azúcar, fueron acercando a los inmigrantes bolivianos hacia BsAs, en particular al sector de la construcción. Según los censos nacionales , los inmigrantes bolivianos aumentaron en valores absolutos desde 1895 :7.361 hasta llegar a 143.569 en 1991 –(cit. Por Grimson)

La tendencia laboral desarrollada por los bolivianos se fueron modificando de lo rural.rural a rural-urbano y urbano-urbano, al provenir de ciudades bolivianas-Gr

Los autores coinciden en que el aumento de los valores de inmigración a comienzo de la década pasada, no expresan un incremento como para convertirse en incidencia significativa e la desocupación en la Argentina. Lo que sí se produjo es una mayor visibilidad de la presencia de población proveniente de países limítrofes, dado su progresiva instalación en las grandes ciudades.

Según el autor, fue esta mayor visibilidad, la que produjo un incremento de la xenofobia, de larga data en la Argentina, a la que nos referiremos como “la historia de un estigma”.

La radicación de extranjeros se desaceleró después de la crisis del 2001 pero desde 1999 al 2004 se mantiene a un promedio de 25.000 radicaciones al año.

Tabla 3: Radicación definitiva de extranjeros por año de obtención del beneficio, según grupos de nacionalidades. Años 1999-2004

Nacionalidad	Total de radicaciones en el período 1999-2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	132,809	5,559	33,717	31,421	18,562	24,022	19,528
Bolivianos	33,725	3,981	7,609	5,809	3,696	5,531	7,099
Paraguayos	16,190	2,354	2,992	3,899	1,649	2,696	2,600
Peruanos	40,881	7,092	11,626	7,871	4,375	5,979	3,938

Aunque no hay cifras disponibles debe inferirse que este ritmo se ha incrementado luego del incendio en el taller textil (marzo 2006) en donde el tema de la situación de los migrantes tomó estado público y se aceleró la respuesta para facilitar los trámites aunque parecen existir dificultades en la documentación de los países de origen.

Migrantes recientes

El análisis enfocado en la población Boliviana y Paraguaya del área metropolitana muestra que la presión migratoria de los últimos años es fuerte y probablemente resultado de políticas económicas que colocaron al país como “elegible” por aquellos migrantes que necesitan “remesar”. Es decir enviar divisas a sus familiares en el país de origen.

Sin poder confirmarlo, al menos en lo que a migrantes calificados se refiere, es posible que el flujo migratorio después de la convertibilidad se haya visto afectado, especialmente en la población migrante proveniente de países latinoamericanos no limítrofes con peso en la migración de los 90s (Perú, Colombia, República Dominicana).

Si tratamos de aproximarnos al patrón migratorio reciente podemos aprovechar la información disponible que nos permite al menos afirmar (y confirmar una nueva tendencia detectada por organismos internacionales como OIT y UNFPA (tabla 4) el predominio de mujeres que migran lo cual es válido para casi todos los países considerados con una proporción excepcional en el caso de Paraguay de Perú.

Tabla 4. Población de 5 años o más empadronada en la Ciudad de Buenos Aires que en 1996 residía en el extranjero según país de residencia por sexo. Año 2001

País de residencia en 1996	Total	Varones	Mujeres
Total	63,075	27,500	35,575
País limítrofe	24,464	10,166	14,298
Bolivia	9,184	4,121	5,063
Brasil	2,597	1,206	1,391
Chile	1,235	595	640
Paraguay	9,215	3,160	6,055
Uruguay	2,233	1,084	1,149
País no limítrofe	36,803	16,544	20,259
Alemania	487	267	220
España	1,736	872	864
Estados Unidos	3,106	1,670	1,436
Italia	1,041	535	506
Perú	17,469	6,550	10,919
Resto	12,964	6,650	6,314
Ignorado	1,808	790	1,018

Al intentar concentrar nuestra preocupación sobre grupos migrantes con mayor peso relativo y mayor grado de riesgo consolidamos información en otro recorte que puede verse en las tablas 5 a 10 y que define cuatro grupos personas o familias con al menos un miembro nacidos en Paraguay que viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), nacidos en Paraguay que viven en los partidos del Gran Buenos Aires (GBA), Nacidos en Bolivia que viven en CABA, Nacidos en Bolivia que viven en GBA.

Reforzando nuestra reflexión sobre migraciones recientes puede verse en la tabla 5 que con excepción de Paraguayos en el GBA (con un fuerte grupo radicado desde hace mas de 30 años el mayor aporte poblacional se concentra en la última década.

Tabla 5. Población limítrofe por año de llegada a Argentina. Jurisdicciones seleccionadas. Años 2002-2003

Lugar de nacimiento y jurisdicción seleccionada (1)	Población limítrofe				
	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2002/3
Nacidos en Bolivia					
Ciudad de Buenos Aires	49,475	5,135	3,600	11,611	29,129
Partidos del Gran Buenos Aires	69,639	14,635	11,082	13,932	29,990
Nacidos en Paraguay					
Ciudad de Buenos Aires	46,279	11,595	7,824	8,984	17,876
Partidos del Gran Buenos Aires	190,419	61,668	42,462	32,455	53,834

El flujo migratorio está fuertemente atado a los vínculos familiares y personales que estructuran la “polea de transmisión” de la migración. Los datos de la tabla 6 son contundentes al respecto.

Tabla 6 conocidos en la Argentina que pudieran facilitar la migración.

Lugar de nacimiento y jurisdicción seleccionada (1)	Población limítrofe de 18 años y más			
	Total	Existencia de compatriotas en Argentina		
		No tenía compatriotas conocidos	Tenía compatriotas conocidos que no eran de su ciudad o pueblo	Tenía compatriotas que conocidos de su ciudad o pueblo
Nacidos en Bolivia				
Ciudad de Buenos Aires	41,826	6,131	2,739	32,944
Partidos del Gran Buenos Aires	60,722	14,133	3,314	42,540
Nacidos en Paraguay				
Ciudad de Buenos Aires	41,194	10,558	3,051	27,316
Partidos del Gran Buenos Aires	176,704	43,270	8,434	124,307

Las condiciones de vida de las poblaciones migrantes de Paraguay y Bolivia son especialmente duras aun comparadas con los promedios de los asentamientos de origen generando condiciones de riesgo socioambiental y sanitario superiores a los de la población general. Al respecto en la tabla 7 podemos observar que la proporción de hogares con al menos un nacido en el extranjero con necesidades básicas insatisfechas está en valores que oscilan entre 14 y 25,4 % con los mejores valores relativos para la población paraguaya en la CABA y los peores para la población boliviana en la CABA.

Tabla 7 Hogares con al menos un nacido en el extranjero por necesidades básicas insatisfechas 2003

	Bolivianos en la CABA	Paraguayos en la CABA	Bolivianos en el GBA	Paraguayos en el GBA
Con NBI porcentaje	5,335 (25,4%)	4,049 (14,0 %)	4,930 (14,6 %)	18,000 (15,5 %)
Sin NBI	15,587	24,723	28,804	100,770
Total	20,945	28,772	33,734	118,770

La combinación con la información de la tabla 8 nos permite inferir que probablemente la población boliviana de la CABA es más reciente, con una alta tasa de endogamia (es decir que migran familias enteras) es proveniente de regiones de Bolivia (La Paz) diferentes a la población histórica del GBA (Potosí Cochabamba) y se asienta en lugares y bajo condiciones que no reúnen condiciones básicas tal lo que prevé el indicador NBI. Es fácil asociar éste fenómeno con los talleres textiles.

La mayor o menos endogamia de los núcleos familiares parece establecer una clara diferencia entre población paraguaya y boliviana, independientemente del lugar de residencia.

Tabla 8 Hogares con al menos un nacido en el extranjero por patrones de nupcialidad del núcleo conyugal 2003

	Bolivianos en la CABA	Paraguayos en la CABA	Bolivianos en el GBA	Paraguayos en el GBA
Endogámico porcentaje	11,668 (81,1 %)	6,765 (35,13 %)	16,249 (63,9 %)	34,989 (38,5%)
exogámico	2,716	12,489	9,165	55,888
Total hogares	14,384	19,254	25,414	90,877

Cuando se busca ejes de articulación y participación social la información relevada por el INDEC parece mostrarnos que el eje de participación religiosa en las familias con al menos un nacido en el extranjero es sustancialmente mayor que el producido por las organizaciones de connacionales que sin embargo constituyen una fuerte voz, aunque no siempre unificada de las necesidades de la población.

Tabla 9 Hogares con al menos un nacido extranjero con miembros que participan o integran activamente organizaciones de la sociedad civil, por tipo de organización, 2003

	Bolivianos en la	Paraguayos en	Bolivianos en el	Paraguayos en
--	------------------	---------------	------------------	---------------

	CABA	la CABA	GBA	el GBA
Organizaciones connacionales	1,970	1,344	2,194	2,802
religiosas	3,717	4,283	5,842	21,268
Total	6,609	7,309	8,872	32,475

Finalmente si consideramos la cobertura social de los migrantes en términos de salud e indirectamente de todos los otros beneficios incluidos en el salario indirecto del empleo formal vemos que las coberturas son bajísimas nuevamente con mayor proporción de familias sin cobertura en la población boliviana de la CABA, seguido por la población boliviana del GBA, la población paraguaya del GBA y la población paraguaya de la CABA que de todas maneras es muy alto (52,9 %)

Tabla 10 Cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual. Año 2003

	Bolivianos en la CABA	Paraguayos en la CABA	Bolivianos en el GBA	Paraguayos en el GBA
Sin cobertura: Porcentaje:	40,848 (82,5 %)	24,503 (52,9 %)	58,382 (83,8 %)	138,982 (73,0 %)
Tiene	8,586	21,729	11,135	49,982
Total	49,475	46,279	69,639	190,419

Interfase población boliviana servicios de salud; Un exploración cualitativa

Desde agosto del presente año -en buena medida como consecuencia de las inquietudes surgidas por los trabajos de campo de los alumnos del orientado en Salud Internacional de la Maestría en Salud Pública de la UBA- se comenzó un estudio exploratorio que tuvo como epicentro la población boliviana residente en el área metropolitana de Buenos Aires.

El trabajo nos llevó a entrevistas con población, con líderes comunitarios, a observaciones participantes y a entrevistas con personal de salud. Por la pertinencia y validación compartimos un adelanto de los datos de investigación, básicamente de entrevistas al personal de salud por la consistencia de los datos y la circulación prevista para este primer borrador.

La experiencia vivida hasta el momento en el estudio exploratorio indica que la población boliviana residente en el área metropolitana tiene un uso de los servicios de salud vinculado a problemas específicos y puntuales tales como:

- Emergencias
- Salud reproductiva (básicamente atención de parto)
- Tuberculosis
- Salud infantil
- Salud escolar

En general la interacción del personal de salud lleva a dos tipos de comentarios. Por un lado no son usuarios problemáticos, suelen seguir las indicaciones y por otro son poco expresivos al punto de no poder verificar la comprensión de lo indicado. Este último aspecto se ve en parte compensado porque con mucha frecuencia consultan en grupos, con parientes y alguno se "hace cargo" de la explicación.

Comentarios como "callados", "reobedientes", "sumisos", son comentarios frecuentes del personal de salud para explicar que no son pacientes problemáticos. Sin embargo también se utilizan para expresar "no sabés si te comprenden", "no entendés bien porque problema vienen".

Los comentarios muestran en general que hay poco conocimiento del universo y de la realidad boliviana por parte del personal de salud y que cuando el conocimiento es mayor es porque el mismo ha sido provisto por los propios pacientes.

La solicitud de documentos para ser atendidos, aun al solo efecto de la identificación, moviliza resquemores y preocupaciones, por el uso ulterior que pueda hacerse de esa información. Lo cual puede suponer que se ven desalentados de consultar a menos que la situación sea lo suficiente grave como para valer la pena correr el riesgo.

Ecós de una exploración en términos de lo que dice el personal de salud

Sobre el problema de la indocumentación.

Para atenderlos les pedimos documento de país de origen o partida de nacimiento; algo que demuestre que es quien dice ser...

...tienen miedo por lo que pueda ocurrir posteriormente. Nosotros tratamos de despejar esas dudas, pero puede haber otras estructuras con las que ellos se manejan que le den crédito a eso y lo agiganten como para tenerlos más controlados.

Lo que dificulta para sacar la documentación es la propia legislación boliviana, por la cual le piden 200 dólares para darles un papel que ellos necesitan para sacar los documentos acá. Ellos no les piden nada más que la documentación boliviana. Ese es un tema que ellos hablaron durante la reunión con el cónsul. Desde la Argentina tienen todas las facilidades; hay un 0800 donde el boliviano llama para sacar el documento. El tema se plantea en el consulado boliviano que, para traerles el documento legalizado, les cobran por documento legalizado. Entonces el boliviano se encuentra con que no puede acceder porque no tiene ese dinero. Estamos tratando de que saquen esa cláusula para que ellos vean este tema facilitado, porque muchos argentinos dicen que a ellos se les facilita más el tema, pero el problema lo tienen con el papel que deben darle en Bolivia.

Talleres

...hay talleres que son de bolivianos o de otras nacionalidades. Pero los quieren tener controlados; que no salgan mucho, que no se hagan ver. En ese sentido nosotros no podemos acceder a los hogares; nos atienden desde la puerta no más. Ante un diagnóstico de TBC, nosotros tenemos que ir a la casa y hacer un relevamiento; saber quienes son los contactos familiares y laborales, y de otras instituciones, como ser escuela. Cuando queremos acceder o a la parte laboral o a la parte de familia, o convivientes nos cierran la puerta, o nos dieron una dirección equivocada o niegan conocerlos. Entonces, muchas veces el estudio epidemiológico se corta por falta de respeto del otro lado.

...se nos ocurre planificar una acción conjunta con la médica boliviana, médicos clínicos, pediatras, trabajadoras sociales para hablar con el dueño. Entonces nos abrieron el taller y tenemos la oportunidad de hablar con la gente y explicarles, y en realidad, hablarles de los cuidados de la salud; que hicieran preguntas. (HIV y otras enfermedades que no recuerdan). Les dijimos a los dueños, que cuando ingresan los mandaran a hacer controles preventivos porque si el nuevo venía enfermo de alguna cosa podía contagiar. Esta experiencia se hizo en un solo taller; la idea era seguir con otros. Lo que ocurre es que esta experiencia fue previa a lo sucedido con el incendio del taller; entonces ahora la gente tiene miedo, se sienten perseguidos, no dicen la verdad, no abren la puerta, niegan.

Escuela

Tenemos otra vía de abordaje, que es el programa de salud escolar. Vamos a todas las escuelas de la zona para revisar y dar la libreta sanitaria a todos los chicos que están escolarizados; desde ese lugar no se sienten tan perseguidos porque se sienten juntos, con su grupo de pares, con otros padres igual que ellos, se sueltan más en la conversación, declaran

Trato de trabajar con aspectos culturales que ellos, como por ejemplo la resignación. Por ejemplo una mamá cuyo tercer hijo, estaba cursando por tercera vez el primer grado, le pregunté si había consultado y me dijo que no porque a todos sus hijos les había pasado lo mismo. Habían hecho tres veces el primer grado y después

arrancaban, lo consideraba en los parámetros de normalidad. Yo la derivé pero nunca supe si había ido o no.

Lo que sí vemos es problemas de falta de estimulación. Hay muchos chicos que tienen problemas de lenguaje; hay chicos que hablan el aymará, entonces no es entendido en la escuela, pero falta estimulación. Probablemente también influya la parte alimentaria, lo que también está ocurriendo en los argentinos. Lo que sí podemos decir es que hay una mayor repitencia en la educación media.

Después del incendio, dicen que se sienten perseguidos; no ven que se quiere ver los talleres para mejorar su trabajo; prefieren estar como estaban. Para que no los encuentren, los hacen trabajar de noche (de 7 de la noche a las 7 de la mañana); entonces se ven los problemas en la parte de salud escolar, porque las madres no van porque están durmiendo y los chicos no duermen a la noche porque están trabajando las máquinas.

Creo que el tema tienen que ver con esto de que si la gente "no habla como uno habla mal" Los mandan a la psicopedagoga, a la fonoaudióloga porque los chicos hablan mal y en realidad lo que pasa no es que hablan mal, sino que hablan distinto: Los bolivianos, conjugan distinto los verbos. Por lo menos los bolivianos que recibimos nosotros hablan distinto y bueno es esta cosa de no bancarse que el otro hable distinto

tradiciones

Declaran el tema de exceso de bebida, de alcohol; no sé si por el proceso de transculturalización, porque se sienten desarraigados de las costumbres que los contenían y aquí se siente muy solos o es una costumbre que forma parte de la cultura. Se ven cosas de tipo mágica para curar a los chicos, como té, yuyos, que son parte de la mística religiosa para la curación de determinadas cosas. En este punto vemos que tenemos que capacitarnos nosotros para ver desde ahí lo que se puede hacer; porque a veces decimos tal cosa no sirve y no podemos ir más allá.

Los nuevos y los viejos

Los bolivianos que trabajan en la construcción, son los viejos inmigrantes. Los que hace tiempo que están, es distinto; los chicos están bien en la escuela y están mucho más conectados; entonces los chicos van a la escuela. Las madres trabajan de empleadas domésticas, los padres en la construcción y los chicos van bien al colegio.

Van y vienen

Con respecto a la TBC, es difícil saber si vienen enfermos o enferman aquí; lo que pasa es que van y vienen. El foco se va; a los chicos hay que hacerles la psicoprofilaxis; a la mitad de la psicoprofilaxis vuelve, vuelve mal curado y entonces hay que empezar una segunda opción de nuevo y entonces se estira mucho el tratamiento de los chicos y nunca se hace bien porque de nuevo se va y después vuelve. La otra vez, ocurrió que un tío se fue por la mitad de un tratamiento a Bolivia, para tomar "leche de burra" para curarse y después volvió. Se cree que la gran diferencia de alturas puede incidir en contraer la TBC; "en la montaña tienen mucho oxígeno" (¿??) y cuando bajan están en estado de vulnerabilidad, dado la situación de hacinamiento y mala alimentación; habría

que verlo bien. Lo que comentan los neumonólogos que ya no saben qué darles, porque las interrupciones, los malos tratamientos, están produciendo resistencias.

Maternidad y cohesión familiar

No hay madre como la madre boliviana para cuidar al pibe. Vos ves mamás que tienen muy poco con qué aprender, pero tienen una capacidad de retener cosas y de poner en práctica. Es rarísimo ver a un boliviano que no tienen las vacunas completas. Puede haber perdido el carnet, pero vienen para que les pongas todas de vuelta para que no le falte el carnet con las vacunas completas

Amamantan a los chicos hasta el año y medio o dos años; los chicos caminan rápido y también rápido dejan los pañales: Esto quizá sea porque tienen escasos recursos para los pañales, los hacen ellos.

Yo veo una diferencia y es que los padres bolivianos imponen a sus hijos que terminen la escuela; aquí tenemos más chicos en el secundario y terciario que los que no van. Hay una diferencia, incluso con los que son nietos de bolivianos, con padres argentinos, porque son más permisivos. Si repiten dos veces el secundario, se hartan y les dicen que se busquen un trabajo; unos lo están buscando, otros no y están en esta cosa de "estoy de joda" y estar de joda con plata en el bolsillo... Los que son directamente hijos de bolivianos, tienen más controles de la familia, es lo que yo noto; más controles, es el que se tienen que ir de la casa para salir a robar y todo; tienen que salir de la casa porque si no cobra mal. Acá es muy común que las cosas se arreglen a golpes en la casa, con las mujeres y las mujeres con sus hijos; es bastante común el golpe dentro de todo lo que tienen que ver con la crianza.

Cuando un chico que toma "paco" es boliviano, yo tengo la esperanza que esa madre, algo extra va a hacer, que nosotros no sabemos qué, con lo cual acercarse un poco más al pibe. Si uno le dice, andá a esta reunión de padres para ver qué se puede hacer y la gente va y se van bancando con cosas. Hay un chico que está prófugo de la justicia y la madre logró sacarlo de acá, se lo llevó con un familiar al interior al, interior; está bien, escribe, llama por teléfono, porque la madre era superperseguidora y cumplidora. Era capaz de meterse en la villa atrás del pibe, cosas para las que hay que tener una personalidad muy particular. Acá las madres se juegan por el chico, son capaces de jugarse la vida. Es "muy grosso".

Salud reproductiva

Son muchas las mujeres que se ponen un "DIU" sin que el marido sepa o se ponen la inyección porque si toman las pastillas el marido las puede encontrar. Hay una cosa de transmisión de madres a hijas que, a la cama, hasta después del matrimonio no se va. Entonces jóvenes, solteras, embarazadas son un tema; tenemos un montón de chicas que vienen después del aborto porque en la casa las matan.

Lo que pasa es que ellas no se quieren; no se cuidan. No van al ginecólogo, le tienen miedo. Hay una gran dominación del hombre.

Aquí hay muchas mujeres bolivianas, ya sabemos y tenemos “un banquito” para el parto vertical, sentada, algunas mujeres lo prefieren, depende mucho de la guardia que te toca, algunas colegas no quieren saber nada, pero la normativa lo permite....Ellos lo valoran mucho así que yo cuando me piden la placenta se las doy...

Obedientes? .

A los médicos que nos enseñaron a “bajar línea” nos encanta atender bolivianos porque son “re-obedientes”.

Ellos están viviendo en condiciones de sobreadaptación a la situación que le ha tocado vivir. El que se tuvo que venir porque allá estaba peor, se vino en condiciones terroríficas a vivir explotados por otros pares, en general, hay otros compatriotas que los traen para explotarlos .Uno ha escuchado cosas horribles ; “yo vine a trabajar porque no tenía trabajo pero me dan lugar para dormir, pero me las tengo que rebuscar para comer y no me pagan porque soy indocumentado” y es un familiar el que lo trajo.

Son superlaboradores, son muy perseverantes . Les cueste lo que les cueste, se ponen un objetivo y lo terminan logrando .

Hace falta un consultorio de admisión; alguien con una mirada clínica, que empodere a la gente. Poder discutir e interactuar. Yo lo que les digo a los residentes cuando atienden a esta población es que no les “bajen línea”, que no les digan todo lo que ellos creen que hay que hacer porque eso se vuelve en contra.

Ambiente saludable

Si entramos a desglosar un poquito más, te digo acá tenemos una gran cantidad de asmáticos , y si lo veo desde el punto de vista ideológico te digo lo ambiental acá es fundamental; esto era un bañado, enfrente estaba la quema de basura municipal . Cuando existían las industrias, era zona industrial, todo lo que es altamente contaminante y la gente haga asma.

A modo de (in) conclusión

La exploración abierta por este documento está recién en una fase exploratoria, pero un número muy significativo de “encuentros-desencuentros” entre personal de salud y población migrante está ocurriendo todos los días en los servicios de salud.

La posibilidad de establecer relaciones de enriquecimiento recíproco son aprovechadas con frecuencia en beneficio de los pacientes pero quedan libradas a la “actitud” y al entusiasmo del personal de salud, no se sistematizan las experiencias y se establece un techo máximo de calidad que es atender igual.

Llamar la atención sobre este fenómeno es al mismo tiempo un riesgo ya que toda diferenciación puede facilitar una discriminación. En consecuencia es fundamental establecer con claridad cuando una adecuación cultural es una “adecuación o

discriminación positiva” en beneficio el paciente y cuando constituye una “discriminación lisa y llana” que es una de las posibilidades cuando se llama la atención de una “nueva” (¿?) problemática.

El rol de las ONGs no es el de reemplazar las acciones del Estado sino sobre todo el de aprovechar su flexibilidad relativa para explorar, caracterizar, dimensionar o sistematizar problemáticas y objetos actuales o potenciales de política pública que en ocasiones no tienen visibilidad por ser muy obvios, por ser de naturaleza intersectorial. En ocasiones pueden también contribuir a organizar, dinamizar , catalizar y acompañar esfuerzos en la búsqueda de soluciones innovadoras.

Es simplemente lo que nos proponemos desde El Agora.

Primeras propuestas

Asumiendo un paradigma de interculturalidad que no intenta asimilar sino más bien articular y enriquecer el conocimiento y la capacidad resolutive de los servicios de salud nos parece razonable comenzar con algunas sugerencias concretas.

1. Desarrollar nuevas capacidades de atención a partir de la formación del personal de salud en el conocimiento de la diversidad (formar en la multi-versidad a quienes venimos de la uni-versidad).
2. Servicios de orientación, de asistencia, de “advocacy” a los migrantes, a los pacientes y al personal de salud para facilitar el acceso a todos los servicios y beneficios previstos en la legislación, para detectar vacíos legislativos, para remover obstáculos generados por la “libre interpretación” de normas, etc.
3. Generar múltiples mecanismos de investigación-acción que permita conocer las necesidades, las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención y las estrategias de respuesta de las familias y de las medicinas tradicionales y alternativas.
4. Desarrollo de redes entre servicios de salud, instituciones académicas, ONGs gobiernos nacionales y subnacionales de los países que intercambian migrantes que permitan explorar nuevas necesidades, de articulación con los servicios de salud de los países de origen.
5. Multiplicar los mecanismos de intercambio, becas viajeras, rotaciones de alumnos, Internados rotatorios, residencias, y personal de salud en general entre países que intercambian población.