

Artículos

MIGRANTES Y ACCESO A LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19. UN ESTUDIO SOBRE VENEZOLANOS/AS Y BOLIVIANOS/AS EN LAS PROVINCIAS DE SALTA Y JUJUY

MIGRANTS AND ACCESS TO HEALTH IN THE CONTEXT OF
COVID-19. A STUDY ON VENEZUELAN AND BOLIVIANS IN THE
PROVINCES OF SALTA AND JUJUY

Soraya Ataíde

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
(CONICET), Argentina*

*Universidad Nacional de Salta (UNSa), Argentina
soraya.ataide@gmail.com*

Andes vol. 34 núm. 1 188 223 2023

Instituto de Investigaciones en Ciencias
Sociales y Humanidades
Argentina

Recepción: 17/03/2022
Aprobación: 10/12/2022

Resumen: Este artículo tiene como objetivo contribuir a los estudios interesados en la problemática del acceso a la salud de los/as inmigrantes en Argentina desde una perspectiva de Derechos Humanos, focalizando en las experiencias de venezolanos/as y bolivianos/as en las provincias de Salta y Jujuy (Argentina). Con ese objetivo en primer lugar se revisan antecedentes que problematizan el acceso a la salud en los colectivos mencionados y en segundo término se presentan algunos resultados derivados de la primera edición de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina realizada entre octubre y noviembre del 2020, en el marco de la emergencia sanitaria declarada a partir de la COVID-19. El análisis se complementa con entrevistas en profundidad a referentes migrantes y funcionarios públicos. Los hallazgos permiten afirmar que a pesar de la consolidación del derecho a la salud para las personas migrantes, con la sanción de la Ley 25871 en el 2004, existen factores que obstaculizan el acceso a este derecho, especialmente para ciertos grupos migrantes. Asimismo, los datos muestran que en las provincias de Salta y Jujuy estas dificultades se acentúan comparativamente con los resultados obtenidos a nivel nacional.

Palabras clave: acceso a la salud, personas migrantes, bolivianos/as y venezolanos/as, derechos humanos, provincias fronterizas.

Abstract: This article is aimed at contributing to the studies interested in the access to health services of immigrants in Argentina from a Human Rights-based approach and, especially, those that focus on the experiences of Bolivians and Venezuelans in Salta and Jujuy provinces (Argentina). According to this research objective, in the first place, we review literature that problematise the access to health service in the mentioned migrant collectives. In second place, we present some results derived from the first edition of the National Migrant Survey of Argentina, held in October and November 2020, in the context of the health emergency declared because of the COVID-19 pandemic. This analysis is complemented with the information collected by depth interviews to migrant leaders and civil servants. The findings suggest that, despite the consolidation of the right to health among migrants since the enactment of Law 25871 in 2004, there

are still factors that interfere with the access to this right, particularly, in certain migrant groups. Moreover, data show that these difficulties are intensified in Salta and Jujuy in comparison with the results obtained at the national level.

Keywords: access to health service, migrants, bolivians and venezuelans, human rights, border provinces.

Introducción

Estudiar el vínculo entre migración internacional y salud resulta complejo debido en buena medida a la ausencia de fuentes de información apropiadas para su abordaje. Contar con estudios específicos a escala nacional, provincial y local puede contribuir a la defensa y promoción de los derechos que la población migrante tiene en materia de salud en nuestro país, desde el año 2004 con la aprobación de la Ley 25871. Este artículo tiene como objetivo contribuir a los estudios interesados en la problemática del acceso a la salud de los/as inmigrantes en Argentina desde una perspectiva de Derechos Humanos, focalizando en las experiencias de venezolanos/as y bolivianos/as en las provincias de Salta y Jujuy.

Con ese objetivo, por un lado, se revisan antecedentes que problematizan el acceso a la salud en los colectivos nacionales mencionados y, por otro, se analizan algunos resultados que surgen de la primera edición de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA) realizada entre octubre y noviembre del 2020. Los datos que se presentan dialogan con aquellos obtenidos a escala nacional sobre dicha temática y que se encuentran publicados en el Anuario Estadístico Migratorio de Argentina (2020), que condensa los principales resultados de la ENMA. Tanto la ENMA como el Anuario fueron impulsados por un equipo de investigadoras e investigadores nucleados/as en el Eje Migración y Asilo de la Red Institucional Orientada a la Solución de Problemas en Derechos Humanos (RIOSP-DDHH) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la República Argentina, en articulación con un conjunto de organizaciones y referentes migrantes de la sociedad civil^[1]. El análisis se complementa con entrevistas en profundidad a referentes migrantes y funcionarios públicos.

La elección de observar esta temática en las provincias de Salta y Jujuy parte del interés en situar la problemática del acceso a la salud en una región de la Argentina en la cual se viene observando el fenómeno migratorio protagonizado por bolivianos/as articulados/as como trabajadores del sector agrícola^[2]. Se optó por agrupar ambas provincias del noroeste argentino por su carácter fronterizo y porque manifiestan una historia migratoria similar, donde se destaca el colectivo boliviano como el grupo extranjero más antiguo, de arribo constante y de mayor magnitud^[3]. En la provincia de Jujuy, el colectivo boliviano representa el 94% de las personas nacidas en otro país, mientras en Salta ese porcentaje resulta en el 80% de la misma. Por otra parte, la ENMA (2020) ha evidenciado la presencia de otros tres colectivos de migrantes en ambas provincias, que por su carácter reciente no aparecen registrados en el último Censo Nacional de

Población, Hogares y Viviendas, realizado en el año 2010: los/as migrantes de origen venezolano, colombiano y senegalés. La muestra obtenida para este análisis refleja los resultados de 99 casos encuestados, donde se encuentran mayormente representados los colectivos venezolano y boliviano, es decir que los datos y reflexiones que emergen de los mismos dan cuenta principalmente de la situación de los dos grupos nacionales referidos. Para el análisis se recurrió a una metodología mixta, cuanti-cualitativa y la selección de la muestra ha sido de carácter intencional. Las variables seleccionadas fueron: 1. tipo de cobertura de salud y formas de resolución para la atención sanitaria; 2. Dificultades de acceso; 3. tipo de dificultades; y 4. Situación de salud de las personas migrantes en general y en relación al COVID-19, en particular.

Los hallazgos permiten afirmar que aún en un contexto normativo que reconoce el derecho a la salud para las personas migrantes, existen diversos factores que obstaculizan el acceso a este derecho. Asimismo, los datos muestran que en las provincias de Salta y Jujuy estas dificultades se acentúan comparativamente con los resultados expresados a nivel nacional.

Antecedentes para abordar la problemática del acceso a la salud de los/as inmigrantes en Argentina

Existe evidencia de que las personas que migran cuentan con una mejor condición de salud que quienes no lo hacen, sin embargo los/as inmigrantes constituyen una población que, con matices presenta rasgos de mayor vulnerabilidad que el resto de la sociedad^[4], ya que generalmente están expuestos/as a precarias condiciones de vida y limitado acceso a los servicios de salud^[5].

En Argentina, la sanción de la Ley 25871^[6] en el año 2004, consolidó el derecho a la salud para la población migrante. Esta Ley enmarcada en el paradigma de los Derechos Humanos reemplazó a la, hasta entonces vigente, Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración (N°22.439), también llamada “Ley Videla^[7]” basada en el enfoque de la seguridad nacional, la cual se caracterizó por criminalizar a los/as migrantes no deseados^[8], aquellos que no se ajustaban al tipo ideal argentino blanco y europeo o de descendencia europea^[9]. Al mismo tiempo, la Ley 25871 constituye un antes y un después al incorporar a la Constitución Nacional el derecho esencial e inalienable a migrar, resolviendo también la igualdad de los/as inmigrantes con respecto a los/as nacionales argentinos en el acceso a derechos sociales como seguridad social, vivienda, educación y salud. A su vez, establece que la irregularidad migratoria en ningún caso puede impedir el efectivo acceso a esos derechos^[10]. En su artículo octavo esta normativa determina 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^[11]”. Aún más, la ley expresa 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^[12]”.

Una cuestión no menor que contempla la mencionada ley refiere al derecho a la información. Sobre esto, diversas investigaciones muestran la existencia de un fuerte desconocimiento sobre los derechos que la misma garantiza, tanto por parte de los/as migrantes, como también del personal de salud o administrativo en establecimientos de atención sanitaria^[13]. Merece señalarse que no sólo reconoce el derecho a la salud sino también, la obligación del Estado de adoptar acciones positivas para garantizarlo. Ahora bien, esta ley cuya reglamentación se concretó recién en el año 2010, no logró garantizar que los derechos de los/as migrantes se hagan efectivos^[14]. La vulneración del derecho a la atención de los/as migrantes en los servicios de salud no obedece a una falta de normas.

De acuerdo con Molina^[15] la persistencia de situaciones de discriminación que obstaculizan el acceso a la salud se debe a la existencia de un cierto sentido común “*que designa como ‘legítimas’ a las desigualdades que aparecen como ‘normales’ para los miembros de una sociedad*”^[16]. A juicio de Fleury^[17] en muchos casos lo que sucede es que:

la conciencia del derecho a la salud es filtrada por la percepción que los profesionales tienen de su trabajo como una misión benefactora, que envuelve más la noción de compasión que la de derecho (...) y porque la ausencia de canales efectivos de denuncias y de puniciones por malos tratos y discriminación se suma a la actitud predominante de percibir el reclamo como una falta de respeto por parte de los pacientes^[18].

No obstante, diversos trabajos dan cuenta de que en muchas ocasiones las acciones orientadas a mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante parte de los mismos efectores de salud. Se reconocen iniciativas aisladas tanto previamente como después de sancionada la Ley 25871, en hospitales públicos ubicados en zonas de frontera o bien en instituciones de salud emplazados en lugares donde se reconoce la presencia y asistencia a migrantes^[19]. Entonces, la posibilidad de garantizar este derecho depende de las “buenas voluntades” del personal de salud^[20].

Ahora bien, esta problemática se acentúa por el carácter biologicista del modelo médico hegemónico, que asume lo biológico como parte constitutiva de la formación médica profesional, mientras los procesos sociales, culturales o psicológicos son considerados elementos anecdóticos^[21]. La propia idea de una “evolución natural”

de la enfermedad excluye a las condiciones sociales en las que se producen[22]. Entonces, la condición migratoria o el origen de los/as migrantes tampoco aparece como un factor a considerar en el modo en que se orienta la atención. Al mismo tiempo, este modelo biomédico, subordina o niega al resto de los saberes relacionados con la salud[23], como son aquellos saberes comunitarios o populares que traen los/as migrantes desde sus lugares y comunidades de origen.

Por su parte, desde la antropología médica crítica, se ha puesto énfasis en que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido en un proceso dinámico[24]. Esta mirada enfatiza en las relaciones de poder que configuran las maneras de concebir la salud y la enfermedad, las relaciones entre curador y paciente, como también a las acciones que llevan a cabo los/as sujetos/as y sus comunidades para atender a sus afecciones o dolencias[25]. En ese marco, se incorpora la noción de procesos de salud/enfermedad/atención[26] donde se incluye no sólo fenómenos clínicos y epidemiológicos, sino también condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.

Con respecto a los modelos de atención, en el contexto de las sociedades latinoamericanas “*se ha identificado la coexistencia de (...) la biomedicina (modelo médico hegemónico); las estrategias de autoatención; la medicina tradicional y el saber popular; los saberes alternativos o new age; finalmente, los saberes devenidos de otras tradiciones médicas académicas*”[27]. No obstante, en las sociedades occidentales la autoatención y la biomedicina son las formas más difundidas[28]. La primera es la actividad que “*los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud, sin la intervención de curadores profesionales, aun cuando éstos sean la referencia*”[29]. En la autoatención resulta relevante considerar la trasmisión intergeneracional de saberes comunitarios y la circulación de información entre familiares, vecinos/as, amigos/as y paisanos/as[30]. Por su parte, y como se plantó previamente, la biomedicina se caracteriza por el biologicismo que constituye la fundamentación del diagnóstico y el tratamiento y por la exclusión de los factores históricos, sociales y culturales[31].

Con la intención de ampliar la mirada, se incorporó la noción de itinerarios terapéuticos[32], entendidos como todas aquellas acciones llevadas adelante en presencia de un problema de salud, que inician antes de la consulta médica y se extienden hasta luego de la misma. Esta noción permite por un lado, reconocer la presencia de diversos saberes y formas de intervención y por otro, visibilizar la vinculación con diferentes actores como la familia, la comunidad, los/as vecinos/as, curadores/as, instituciones, etcétera. Por ejemplo, en estas redes

circula información sobre médicos e instituciones más amigables^[33], lo que puede contribuir a disminuir las dificultades presentes en dichos itinerarios^[34].

En ese marco se impone la necesidad de incorporar una perspectiva intercultural que permita por un lado reducir las brechas existentes entre modelos de salud y por otro, atender a la manera en que las relaciones de poder y la desigualdad atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención^[35]. Baeza y Aizenberg^[36] sostienen que:

la llamada “barrera cultural” -entendida como las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y la enfermedad entre proveedores y usuarios- ha venido siendo señalada como una de las principales causas de la mala calidad de salud de las poblaciones migrantes, las relaciones de desconfianza entre profesionales y usuarios/as, la falta de acceso a los sistemas de salud modernos de los migrantes, la baja performance en el cuidado de la salud y la dificultad en el ejercicio de los derechos a la salud en general^[37].

Asimismo, las autoras evidencian que la articulación entre los estudios interculturales y el género resulta fundamental ya que permite comprender:

la mayor visibilidad que poseen las mujeres frente a los hombres migrantes por ser quienes asisten a los servicios solas o con sus hijas e hijos donde están expuestas a las largas esperas y colas para sacar turnos, por ser responsables de comprender o no los tratamientos y sostenerlos en el tiempo, de la alimentación en sus hogares, además del sostén económico único en muchos casos^[38].

Particularmente, uno de los temas abordados en el estudio de Cerrutti^[39] sobre mujeres bolivianas muestra las desventajas que se solapan, ser inmigrantes, mujeres, la condición de clase y sus pertenencias étnico-culturales. En especial menciona las dificultades que padecen en vinculación con pautas reproductivas y de cuidado que suelen ser diferentes a las de la sociedad de destino. La autora reconoce que los efectores de salud responden en la atención, de diferentes formas de acuerdo a sus valores, experiencias o percepciones.

La articulación entre los estudios interculturales y de género permite reconocer por ejemplo cómo se reproducen imaginarios y representaciones estereotipados en torno a las mujeres migrantes que influyen negativamente en su atención^[40]. Baeza y Aizenberg observan que las mujeres bolivianas suelen ser señaladas por los profesionales de la salud, “por su capacidad de “aguantar” o ser duras frente al dolor, reforzándose estereotipos que exotizan a las mujeres andinas como fuertes, pacientes y silenciosas”^[41]. Inclusive, se reflejan construcciones sociales del dolor que legitiman representaciones acerca de que los/as bolivianos/as tienen la

capacidad de soportar el dolor^[42] tal como en otros estudios se reconocen discursos que asignan a los/as bolivianos/as la condición de “buenos/as trabajadores/as” por ser capaces de soportar largas e intensas jornadas de trabajo^[43].

Baeza y Aizenberg sostienen que para las mujeres migrantes, las largas esperas se constituyen en el principal obstáculo al punto de aparecer como la causa del alejamiento del sistema de salud y la búsqueda de otros modos de sanación. También, reconocen la existencia de confusión en los tratamientos médicos que se recetan sin mediación de intérpretes de la lengua quechua o aymara y sin confirmación de que la transmisión y explicación sea exitosa. Las autoras observan que en ese contexto de situaciones límite se pone en evidencia la transmisión generacional de saberes vinculados al cuidado y sanación de los cuerpos. Dichos conocimientos dan cuenta de la articulación entre experiencias acumuladas por el grupo familiar, que en algunos casos combinan concepciones biomédicas y saberes populares^[44]. Ciertamente, en esas instancias se moldean los discursos sobre la enfermedad, su gravedad y cómo atenderla.

Por esto, abordar el vínculo entre migración y acceso a la salud requiere atender a las múltiples desigualdades que atraviesan las experiencias de las personas migrantes, de género, edad, raza o etnia y en cuanto a su situación socioeconómica^[45] no como una sumatoria de desigualdades, más bien como desigualdades interseccionadas y presentes en los distintos ámbitos por donde los/as migrantes transitan^[46].

Ahora bien, es preciso reconocer que el acceso y el uso de los servicios públicos de salud presentan dificultades que afectan a toda la población, incluyendo a la “nativa” y no solo a la migrante. Esto se explica por la presencia de un sistema público de salud sobresaturado, con problemas presupuestarios, en algunas ocasiones mal administrado y con demoras prolongadas, todo lo cual repercute negativamente en los usuarios pacientes^[47]. Justamente, la escasez de recursos coloca en el centro del debate la cuestión de cómo distribuirlos y si deben priorizarse algunos grupos sobre otros, por ejemplo, a los ciudadanos nacionales sobre los/as inmigrantes. Debate que suele acentuarse en contextos de crisis económicas o sanitarias como aquella que emerge con la pandemia de la COVID-19, en marzo de 2020.

El cuestionamiento sobre la presencia de los/as inmigrantes en territorio argentino y el uso que hacen de los servicios públicos, tiene una historia larga^[48] que se recicla cada tanto en el discurso de ciertos sectores de la sociedad, de representantes políticos y en algunos medios de comunicación^[49]. Esto puede evidenciarse con claridad en dos momentos diferentes, antes de la sanción de la Ley 25871 más precisamente durante la década del noventa, como tiempo después, a

partir del 2015. Ambos momentos coinciden con Gobiernos Nacionales que implementaron políticas de corte neoliberal, de medidas de ajuste en servicios esenciales para la población y retracción de derechos para la población más vulnerable, entre ellos los/as inmigrantes.

Durante la década del noventa los/as inmigrantes limítrofes fueron puestos en el lugar de “chivo expiatorio” de las consecuencias de las políticas neoliberales^[50]. Particularmente a estos sujetos se los responsabilizó de ser la causa de *“la crisis del sistema de salud, de la potabilización del agua y la detección de casos de cólera y de enfermedades que se suponían desaparecidas del país; también del crecimiento del índice de desocupación y el aumento de casos delictivos en Buenos Aires”*^[51]. Al mismo tiempo, la estigmatización hacia esta población fue amplificada desde ciertos medios de comunicación y altos funcionarios y representantes de instituciones locales.

Años más tarde, en 2015 con la llegada de una nueva derecha al poder, la política migratoria argentina sufrió importantes transformaciones que repercutieron negativamente en la vida de los/as inmigrantes. Se decidió el cierre de un Programa de Abordaje Territorial destinado a promover la regularización migratoria, se redujo el número de delegaciones de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) a lo largo del país y se promovió la creación de un Centro de Detención para migrantes (que finalmente no se concretó) con el objetivo de combatir la irregularidad migratoria. También aumentaron los controles de permanencia y la violencia policial en estos procedimientos y se estableció la aplicación de un sistema de radicación a distancia (Ra.D.Ex) sin contemplar las características de accesibilidad de la población migrante^[52].

En ese contexto de retrocesos en materia de derechos para las personas migrantes, en enero de 2017 el poder ejecutivo firmó el Decreto de Necesidad de Urgencia -DNU- 70/2017 sustentado en la supuesta relación entre migración y crimen organizado. De esa forma, la política migratoria retomó el enfoque de securitización y control contrarios al paradigma de derechos humanos^[53]. Justamente, a partir de este DNU se modificó tanto la Ley de Migraciones N°25871 como la Ley N°346 de Ciudadanía y Naturalización. Respecto de la primera, los cambios implicaron una ampliación de los motivos para impedir la radicación de extranjeros en el país y para ordenar su expulsión, así como un endurecimiento de los procedimientos para ejecutarla; respecto de la segunda norma, endureció los requisitos para poder solicitar la Carta de Ciudadanía argentina^[54]. El DNU estuvo enmarcado en lo que Domenech (2020) denominó como “política de la hostilidad” hacia los/as inmigrantes^[55]. Una política que implicó por un lado la “espectacularización” del tema migratorio, expresada en discursos criminalizantes hacia los/as inmigrantes por parte de

funcionarios públicos, utilizando algunos medios de comunicación y por otro, en la expansión e intensificación del control a la movilidad, “a través del incremento de la violencia estatal hacia los inmigrantes y la proliferación de prácticas punitivas y represivas”^[56].

En diciembre de 2019 asumió en Argentina un gobierno de coalición, de corte progresista que suponía un cambio de rumbo respecto al gobierno anterior. Sin embargo, la irrupción de la pandemia postergó debates de distinta índole, entre ellos el tema migratorio que recién obtuvo alguna respuesta en marzo de 2021 cuando se dejó sin efecto el polémico DNU 70/17^[57]. En marzo del 2020, con la reciente llegada del nuevo gobierno, luego de cuatro años de políticas neoliberales que provocaron un aumento en la desocupación y la pobreza en el país^[58], aparece la pandemia, cuyas consecuencias profundizaron aquel escenario de crisis social y económica^[59].

Es posible afirmar que abordar el acceso a la salud en las personas migrantes resulta complejo pues depende de factores de distinta escala y naturaleza. Para Comes y otros^[60], es necesario distanciarse de aquella noción de acceso que sólo la aborda desde el lado de la oferta y por lo tanto como distintas barreras que habría que sortear: geográficas (entendidas como distancias físicas), económicas (considerando la falta de dinero para trasladarse o para adquirir medicamentos), administrativas entendidas como la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos y; finalmente una barrera cultural o simbólica entre el personal de los servicios y la población. Siguiendo el planteo de los autores, el problema de definir la accesibilidad desde la oferta es que se invisibiliza el hecho de que los/as sujetos también son constructores de accesibilidad, por esto proponen definirla como “*el encuentro entre los sujetos y los servicios*”^[61]. De acuerdo con Molina^[62] esto conlleva incluir en el análisis una dimensión relacional, abordando a la población en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población, en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización.

El acceso a la salud para las personas migrantes resulta una problemática multidimensional y por lo tanto no puede abordarse de manera aislada^[63]. La accesibilidad al sistema de salud, debe considerar también los diversos ámbitos de la vida cotidiana donde se juegan otros derechos, como el acceso a ciudadanía, al trabajo seguro (formal), a la vivienda, al trato digno sin discriminación, etc.

Migrantes y acceso a la salud en Salta y Jujuy

A continuación, se presentan algunos antecedentes que contextualizan el acceso a la salud en los dos colectivos de migrantes mayormente representados en la ENMA: el boliviano y el venezolano. Para abordar esta temática en el colectivo boliviano se cuenta especialmente con estudios situados en la provincia de Jujuy. Por su parte existe una vacancia de investigaciones enfocadas en el acceso a la salud en migrantes venezolanos/as para ambas provincias por lo que se recurrirá a algunos documentos que muestran la situación en otras zonas geográficas del país.

Bolivianos/as en Salta y Jujuy. Antecedentes para abordar su acceso a la salud

En las provincias del NOA la hostilidad como forma de interpelar a los/as inmigrantes desde el Estado puede reconocerse especialmente dirigida hacia el colectivo no nacional mayoritario y de más antigüedad: los/as bolivianos/as o a quienes son marcados como tales, como sus hijos/as. Es decir, aquellos/as que siendo nacionales argentinos por el criterio de ciudadanía de jus solis que rige en Argentina, son de todas formas extranjerizados.

Hacia finales de la década de 1990 y comienzos del 2000 una serie de estudios visibilizaron la problemática de la salud en ciertas zonas fronterizas del NOA^[64]. Una preocupación se dirigió hacia los altos índices de mortalidad en general y de mortalidad infantil en particular, presentes durante los primeros setenta años del siglo XX, en las zonas de influencia de los ingenios azucareros de Salta y Jujuy donde convergieron trabajadores temporarios de origen campesino e indígena procedentes de provincias del norte argentino y de Bolivia. Estas investigaciones visibilizaron las pésimas condiciones de trabajo y la deficiente atención sanitaria que experimentaban los/as trabajadores/as, además de la escasa preocupación sobre estas problemáticas, por parte de las elites provinciales, dueñas de los ingenios^[65].

De acuerdo con Sala^[66], en ese período, el Sistema Provincial de Salud se involucró en forma limitada en tareas de supervisión dentro de los ingenios, y con la llegada del ferrocarril a la ciudad fronteriza de La Quiaca, en acciones de inmunización, fumigación y control sanitario. Para la autora, estas acciones “*se tradujeron en la reducción del nivel de morbi - mortalidad, pero abordaron al migrante no como un ciudadano con derecho a la salud, sino como a un potencial portador de viruela, chagas, y tuberculosis, al que había que inmunizar y fumigar*”^[67]. La autora afirma que aún con la llegada de un Estado de bienestar, la situación laboral y sanitaria de la población migrante no evidenció grandes transformaciones. Las condiciones precarizadas de vida y trabajo se mantuvieron, tanto en los ingenios azucareros

como en las fincas tabacaleras y hortícolas donde los/as bolivianos/as se fueron insertando a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Sala sostiene que hasta ese entonces, no se habían llegado a postular argumentos que cuestionaran el acceso a los servicios de salud para la población migrante. Reconoce que esos discursos emergieron en la década del noventa, en plena etapa neoliberal, cuando aparecieron dos epidemias de cólera. La primera con epicentro en localidades fronterizas salteñas circundadas por fincas hortícolas y la segunda en los valles templados de Salta y Jujuy, donde los/as bolivianos desarrollaban labores en fincas tabacaleras. Entonces, se atribuyó a los/as migrantes bolivianos/as el ser portadores/as de esta enfermedad. Si bien se adoptaron acciones preventivas en ambas provincias, en un contexto de ajuste y de disminución del presupuesto en el sistema de salud, el principio de universalidad fue cuestionado. En ese marco, a finales de 1998 se debatió en la legislatura de la Provincia de Jujuy el proyecto de Ley para realizar un “Censo de extranjeros ilegales”, que recibían prestaciones en servicios públicos de salud. De acuerdo con Sala, el principal objetivo de este Censo se dirigía a reforzar el argumento que asociaba a los/as inmigrantes con el debilitamiento en el presupuesto de salud pública de la provincia.

Veinte años después, en vigencia de la Ley 25871, Karasik y Yufra^[68] evidenciaron un nuevo intento por parte del gobierno de la provincia de Jujuy para restringir el acceso de los extranjeros al sistema de salud. La discusión se basó una vez más en el supuesto impacto económico que los extranjeros, especialmente los/as bolivianos/as generan en el sistema de salud de la provincia. Entonces se presentó un proyecto de ley para la creación de un Sistema Provincial de Seguro de Salud que los extranjeros deberían contratar. En el trabajo citado, las autoras analizan el proyecto de la ley, como también la discusión que se dio en aquel entonces tanto en la legislatura de la provincia como en algunos medios de comunicación. Con respecto al argumento referido al impacto económico, en su estudio contraponen los datos oficiales al respecto, los cuales indican muy bajos porcentajes de acceso a las prestaciones de salud por parte de extranjeros/as en nuestro país.

Por otro lado, Karasik y Yufra^[69] analizan la noción de “reciprocidad” introducida en el debate por quienes defendieron el mencionado proyecto, así como el cobro de prestaciones para inmigrantes. Desde esa postura se sostenía que los argentinos/as deberían recibir en Bolivia las mismas prestaciones de salud y bajo las mismas condiciones de gratuidad y calidad a las que sus nacionales acceden en la Argentina. Las autoras remarcan que este argumento no contempla las diferencias existentes entre los sistemas de salud en ambos países, desde el equipamiento hasta la organización. Asimismo, reflexionan sobre la histórica y naturalizada práctica del cobro de un adicional para los extranjeros que se atienden en el sistema público de

salud, lo que constituye una realidad legitimada, inclusive por los mismos migrantes. Sobre esto, afirman: *“no pareciera en realidad partir de una cuestión presupuestaria sino ideológica y política [que] introduce una cuña de criterios discriminadores y mercantilizadores en el sistema público de salud.”*^[70]. En definitiva, las autoras reconocen que tanto la Ley de creación del Sistema Provincial de Seguro de Salud para Extranjeros como la práctica del cobro de un adicional para estas personas no cumple el marco migratorio nacional vigente ya que afecta derechos reconocidos en el acceso a la salud pública. Y particularmente observan una concepción política regresiva y basada en prejuicios sociales hacia los/as bolivianos/as en Jujuy.

A partir de la Pandemia de la COVID-19 emergieron nuevamente discursos tendientes a restringir el acceso a derechos garantizados por la Ley 25871. Durante buena parte del 2020, medios de comunicación expresaron a diario la “preocupación”^[71] y el “peligro”^[72] sobre el aumento de casos positivos y muertes por COVID-19 en las localidades bolivianas fronterizas, como también por el ingreso “ilegal”^[73] de bolivianos/as a las provincias de Salta y Jujuy.

En ese marco, desde una modalidad de “espectacularización”, el gobernador de la provincia de Salta instaló en la agenda mediática un fuerte cuestionamiento hacia la población boliviana. Concretamente se refirió al cobro del IFE^[74] y la AUH^[75]: *“Con este tema de la pandemia hemos logrado detectar muchísima gente con doble nacionalidad que ingresa por pasos ilegales, que viene desde Bolivia a cobrar el IFE (...) Esto la verdad es una joda (...) tenemos gente que se nos muere de hambre en el país y estamos subsidiando extranjeros”*^[76]. Estos discursos tuvieron eco en algunos medios de comunicación que reprodujeron estereotipos discriminatorios sobre la población boliviana^[77] centrándose no sólo en cuestionar los beneficios sociales que reciben por parte del Estado argentino, sino también sobre el riesgo a la propagación de la COVID-19, por su ingreso a la provincia. Estos discursos expresan un doble movimiento, al mismo tiempo que se cuestiona la presencia de los/as bolivianos/as en territorio nacional, se los/as diferencia de aquellos ciudadanos merecedores del cuidado por parte del Estado argentino.

A lo largo de esta revisión que cierra en el momento pandémico pueden reconocerse algunos elementos discriminatorios que persisten y que actúan obstaculizando el acceso a la salud para los/as bolivianos/as en las provincias de Salta y Jujuy. Elementos que están presentes previa sanción de la Ley 25871 y que continúan operando en el mismo sentido posteriormente.

Venezolanos/as en Salta y Jujuy, breves referencias que contextualizan un fenómeno aún poco estudiado

A partir del año 2015 se reconoce un proceso emigratorio masivo y de crecimiento vertiginoso de venezolanos/as hacia distintos países de América Latina^[78]. En Argentina, los datos del último Censo Nacional de Población no permiten visualizar la magnitud de este fenómeno, ya que por entonces solo fueron registradas unas 6.379 personas nacidas en Venezuela. Sin embargo, de acuerdo al informe realizado por Pacceca y Liguori^[79], entre 2010 y 2018, el saldo entre las entradas y las salidas realizadas por personas venezolanas fue de 130.000 tránsitos. El informe indica que entre 2010 y 2014, el 80% de los ingresos se realizaron por vía aérea, principalmente a través del Aeropuerto Internacional “Ministro Pistarini”, ubicado en la localidad de Ezeiza, y en menor medida por el Aeroparque Metropolitano “Jorge Newbery” de la Ciudad de Buenos Aires; mientras que entre 2015 y 2018 se triplican los arribos realizados por vía terrestre. Uno de esos tránsitos terrestres se encuentra entre Villazón y La Quiaca (frontera con Bolivia) y por lo tanto puede inferirse que por esos años recientes, migrantes venezolanos/as comenzaron a arribar a las provincias del NOA.

En lo que respecta al acceso a la salud, el citado estudio registró historias dispares.

Muchas personas adultas no habían tenido necesidad de concurrir a hospitales o centros de salud; otras contaban con obra social (en virtud de su empleo) y en ocasiones se habían atendido en los sanatorios o clínicas prestadoras. Entre quienes concurren a hospitales públicos, la mayoría informó haber sido atendida correctamente contando solo con pasaporte (tal como establecen los artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones): les brindaron la atención requerida y también la medicación. En estos casos, se trató de personas que concurren a hospitales generales o especializados en oftalmología, odontología o pediatría. Sin embargo, varias personas reportaron situaciones de denegación de atención^[80].

Por otra parte, los datos obtenidos por el Monitoreo de flujo de población venezolana en Argentina^[81] indica que el 91.1% de las personas venezolanas encuestadas no se encontraba con ninguna condición de salud médica crónica y/o discapacidad y el 88.1% señaló no requerir medicamentos a diario. Inclusive, el 98,6% afirmó no haber sufrido enfermedades infectocontagiosas durante el último año. Sin embargo, los datos muestran la problemática de salud mental a la que están expuestas estas personas: un 41,6% afirmó haber sufrido estrés o malestar emocional durante el último año. “En relación a este último grupo de personas(...) el 58,1% recurrió a un familiar o amigo, el 23,9% buscó otro tipo de apoyo, 7,7% recurrió a la salud privada, el

6% a un centro religioso y únicamente el 4,3% buscó asistencia en la salud pública^[82]”.

De los testimonios obtenidos en diálogo con mujeres venezolanas en la provincia de Salta, se encontraron situaciones diversas. Las mujeres insertas en trabajos registrados, vinculados a la actividad comercial afirmaron estar conformes con la atención recibida en los centros de salud vinculados a las obras sociales, a los cuales se acercaron. Por otra parte se cuenta con el relato de una mujer quien experimentó una situación en la que se le denegó el acceso a la atención de salud en un hospital público de la capital provincial, a mediados del 2020. Según comentó, la negativa se produjo porque no contaba con la documentación de residencia:

La mujer manifestó con angustia dicha experiencia pues pasó varios días con fiebre y malestar. Ante esa situación se auto medicó, pero le costaba comprarse los antibióticos porque el dinero que ganaba apenas le alcanzaba para comer y pagar la habitación donde se hospedaba. Además trabajaba mucho, cuidando una señora donde también tenía que limpiar y cocinar, muchas horas, por poca plata. Según sus palabras: -se abusaban de la situación en la que estaba^[83].

En esta breve revisión referida a la población venezolana en las provincias de Salta y Jujuy aparecen algunas diferencias con respecto al proceso migratorio protagonizado por bolivianos/as. La primera resulta del carácter reciente de la migración venezolana (al país y más aún a la región del NOA) y en cuanto a las dificultades de acceso se reconocen situaciones diversas pero como en el caso anterior también se observan experiencias de denegación de acceso a la salud. Este panorama, aunque breve permite enmarcar los datos que se presentan a continuación.

Algunas características de la población migrante encuestada en Salta y Jujuy

Dentro de las provincias de Salta y Jujuy se encuestaron a 99 personas migrantes, 33 de ellas residentes en Jujuy y 66 en Salta. La mayor proporción está integrada por dos grupos nacionales: el colectivo venezolano con un 45% de respondentes y el boliviano con el 31%. En menor proporción se registró un 8% dentro del colectivo colombiano, un 5% del peruano y un 4% correspondiente al senegalés. También se observaron otras nacionalidades con muy baja proporción^[84], que también resultan minoritarias en el territorio salteño considerando los últimos datos censales con los que se cuenta. En este sentido, es importante considerar que los datos que presentaremos a continuación expresan las experiencias de los colectivos referidos con las diferencias mencionadas.

Las proporciones en términos de género resultan equitativas ya que se encuestaron a 48 varones y 49 mujeres, y en cuanto a los rangos

etarios, un 33% corresponde al grupo de 18 a 34 años, un 51% de 35 a 54 años y 16% de 55 y más años. Si focalizamos en los dos colectivos mayormente representados en la encuesta: venezolanos/as y bolivianos/as, podemos reconocer la juventud/antigüedad de cada uno. Al momento de la encuesta, el 96% de los/as venezolanos/as encuestados/as no llevaban más de 5 años en Argentina, mientras que el 83% de los/as bolivianos/as habían arribado hace 10 años o más.

Para conocer los motivos de la migración, la ENMA contaba con una pregunta de respuestas múltiples no excluyentes. Los mayores porcentajes los encontramos en torno a la dimensión económica. Un 37% afirmó haber migrado por su situación económica en el país de origen, donde no podía cubrir sus necesidades y un 18% consignó haber migrado por motivos de trabajo. Sin embargo, esta asociación entre migración y situación económica puede matizarse o relativizarse al observar que en tercer lugar encontramos a un 18% de encuestados/as que optó también por marcar como motivo de la migración: “para tener nuevas experiencias”. Este dato permite complejizar la construcción del proyecto migratorio y dar cuenta de los múltiples motivos que se entranan en la decisión de migrar.

Al indagar en la situación documentaria de las personas migrantes en Salta y Jujuy se reconoce un muy bajo porcentaje sin documentación (4%) -concentrada en el colectivo venezolano-, por lo que puede inferirse que el acceso a la documentación no resulta un problema para los/as migrantes en esta región del país. Dentro de los bolivianos/as encuestados/as, un 83% afirmó contar con DNI con residencia permanente, un 3,3% ser radicado o haber iniciado el trámite de radicación y un 10% estar naturalizado/a. En el caso de los/as venezolanos/as, el mayor porcentaje (48%) lo encontramos entre quienes poseen DNI con residencia temporaria, mientras un 13% posee la “precaria”^[85]. Esta última condición evidencia el carácter reciente de esta migración.

En estas provincias, las investigaciones mayormente de tipo cualitativas evidencian que hasta la década del sesenta los/as migrantes bolivianos/as se articularon en las producciones de tabaco y azúcar^[86] y desde la década de 1980 en la actividad hortícola y en la elaboración de ladrillos^[87]. En ámbitos urbanos también se insertaron en el comercio informal^[88], la construcción y en el caso de las mujeres en el trabajo doméstico remunerado^[89]. Al observar los datos de la ENMA se evidencia una inserción predominante en la comercialización directa y mayormente de forma independiente, en segundo lugar aparece la agricultura con un 14%, y con igual porcentaje pero de exclusiva inserción en mujeres, se observa el trabajo en casas particulares. Asimismo se registró un 7% que trabaja en la construcción (exclusivamente varones), 7% en venta ambulante o feriante y otro 7% en educación.

Por su parte, los datos para el colectivo venezolano muestran una inserción mayoritaria en el sector de servicios (18%), en particular de tipo gastronómicos (restaurantes, elaboración de comidas, etc.), como también en la comercialización directa (14%) (tiendas, supermercados y negocios varios); sin embargo encontramos un 14% de personas que indicaron estar trabajando en el sistema de salud (como médicos, enfermeros, etc.). Esto último refuerza los datos relevados sobre el alto nivel educativo que manifiesta esta población^[90]. Para el caso de los/as colombianos/as los datos convergen con aquellos obtenidos para la migración venezolana y en el caso del colectivo senegalés se registró como única inserción la comercialización directa.

Migración y acceso a la salud en Salta y Jujuy según datos de la ENMA, 2020

Para organizar algunas reflexiones sobre el vínculo entre las personas migrantes y el acceso a la salud en Salta y Jujuy, se consideran algunos aspectos que derivan de las preguntas realizadas en la ENMA. En primer lugar, se indaga en el tipo de cobertura de salud y los modos en que los/as migrantes resuelven la atención sanitaria, en segundo lugar, las dificultades que estas personas tienen para acceder a los servicios sanitarios, es decir las trabas o mecanismos que restringen dicho acceso; y por último, las dificultades o problemas de salud de los/as inmigrantes incluyendo su situación frente a la pandemia de la COVID-19. El análisis partirá de contraponer los datos regionales con los datos obtenidos a nivel nacional e intentará retomar algunos aspectos planteados en los ítems desarrollados anteriormente.

Tipo de cobertura de salud y formas de resolución para la atención sanitaria

En relación con el tipo de cobertura de salud que cuenta la población migrante, encontramos una primera diferencia importante con respecto a los datos registrados a nivel nacional. En Salta y Jujuy un 54% de migrantes respondieron que no contaban con cobertura de salud, porcentaje que supera al 46% obtenido a escala nacional. A continuación un 40% afirmó disponer de obra social para luego registrar bajos porcentajes en quienes poseen prepaga (1%) y PAMI (Programa de Atención Médica Integral)^[91] (4%).

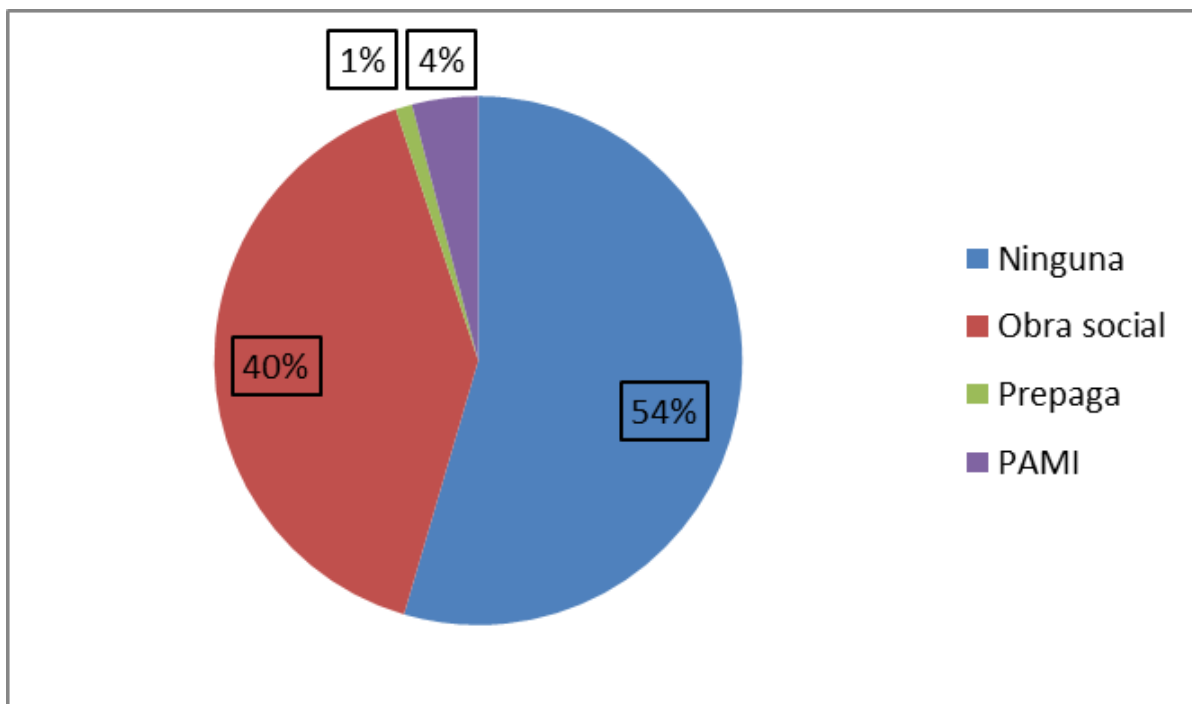


Gráfico n°1:

Tipo de cobertura de salud de la población migrante en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020

Es importante señalar que el alto porcentaje de migrantes que no cuentan con cobertura de salud refleja aquello que suele señalarse en investigaciones referidas a la informalidad laboral presente en los circuitos de trabajo donde ciertos colectivos de migrantes se articulan de forma predominante. Para avanzar en este análisis observamos los datos de cobertura de salud en las dos nacionalidades que se encuentran más representadas en la encuesta. Del total de venezolanos/as encuestados/as, un 50% afirmó no acceder a ninguna cobertura de salud. Este grupo comprende de migración recientes y suele articularse en mercados laborales informales, por ese motivo no cuentan con los beneficios enmarcados en los derechos laborales. Un 45% respondió que no se encontraba registrado/a en su empleo, porcentaje que podría ascender al 56% si sumamos las respuestas que apuntaron “no sé”. Estas últimas respuestas podrían estar encubriendo la situación de no registro ya que difícilmente un/a trabajador/a registrado/a desconozca su condición.

Dentro del colectivo boliviano, el 31% manifestó encontrarse sin cobertura de salud. Este dato refuerza aquello que ha sido evidenciado en investigaciones de tipo cualitativas y que muestran la segregación laboral de este colectivo en nichos caracterizados por su informalidad como la agricultura, el comercio informal o la construcción y en el caso particular de las mujeres, en el servicio doméstico. Justamente, de los/as bolivianos/as encuestados/as en las provincias de Salta y Jujuy, un 56% consignó encontrarse no registrado en su trabajo. Sin

embargo, estos porcentajes altos de informalidad en ambos grupos migrantes deben ser mirados considerando la situación de empleo general en la región caracterizada por altos niveles de informalidad^[92], que incluyen a la población “nativa”.

Por otra parte, se preguntó de qué forma las personas migrantes resolvieron durante los últimos cinco años el acceso a la atención sanitaria, independientemente de su cobertura de salud, los resultados muestran la importancia de la atención en el sistema público de salud que el 41% asistió a guardias o consultas en el Sistema Público de Salud (SPS), seguido por el 25% que se atendió en centros de atención primaria (salitas). En tercer lugar, con un 13% aparece el uso de consultorios externos en establecimientos de salud pertenecientes a su obra social o sistema de medicina prepaga, luego con un 11% se ubica la atención en consultorios externos del SPS, a continuación, un 6% afirmó acudir a la medicina tradicional y por último un 4% guiarse por recomendaciones de familiares y a través de la auto-medicación.

Dificultades en el acceso

Otro dato de interés que arroja la ENMA en torno al acceso a la salud de la población migrante, es que el 41% de las personas encuestadas en Salta y Jujuy manifestó haber tenido dificultades en la atención sanitaria al menos una vez (1% siempre, 2% frecuentemente y 37% alguna vez), superando el 33% registrado a nivel nacional. Por su parte, un 53%, manifestó no haber tenido nunca dificultades, mientras un 7% de les encuestadas respondió no haberse atendido nunca.

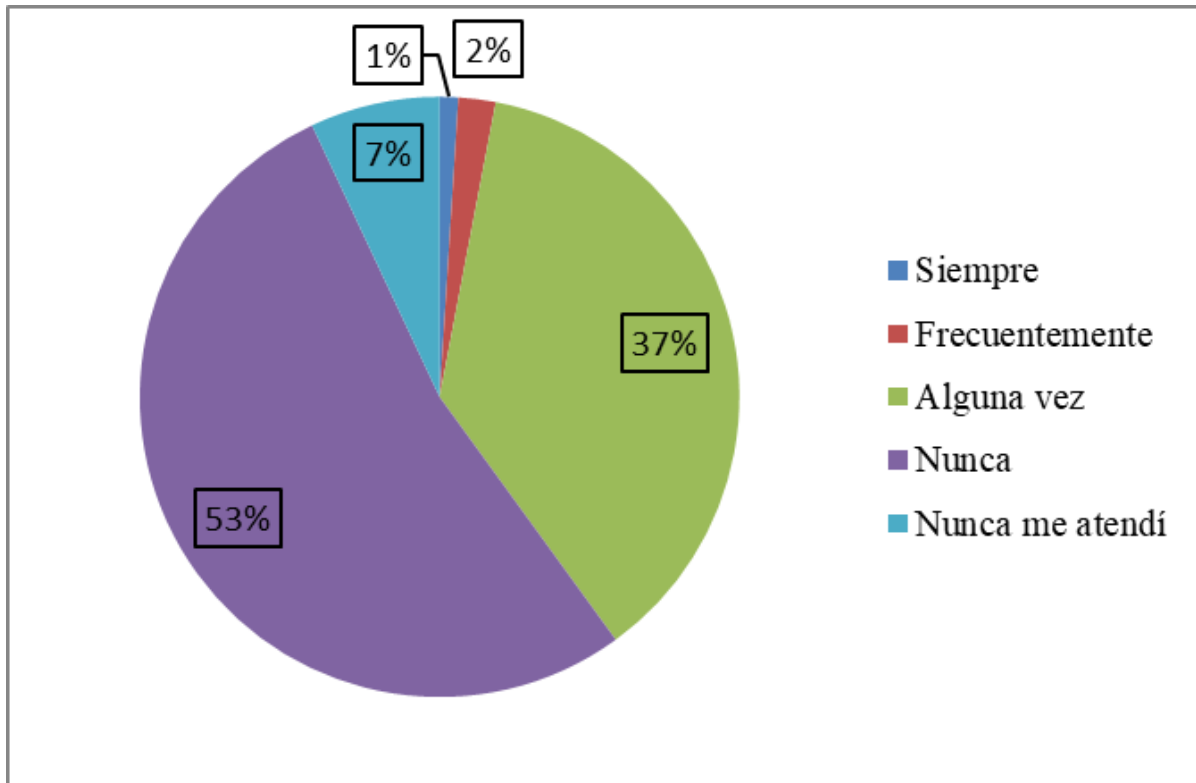


Gráfico N°2:

Dificultades en la atención sanitaria de la población migrante, en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020.

Tal como planteamos en el apartado de antecedentes, los procesos de salud/enfermedad/atención se encuentran atravesados por desigualdades de género, no sólo debido a diferencias anatómicas y/o fisiológicas, sino también por las trayectorias de vida, las cargas de trabajo y las relaciones de poder, que en sociedades patriarcales perjudican a mujeres y a otros sujetos feminizados^[93]. Los datos de la ENMA muestran que las mujeres experimentan mayores dificultades de acceso en comparación a los varones (49% vs 32%), situación que merece especial atención pues en la organización social del cuidado^[94] ya que suelen ser ellas quienes dedican más tiempo a acompañar y asistir a los/as niños/as, jóvenes y adultos/as mayores en la atención de salud. Es decir, suelen ser las mujeres quienes en mayor medida se vinculan con el sistema de salud, ya sea para ellas mismas o para el cuidado de otros/as.

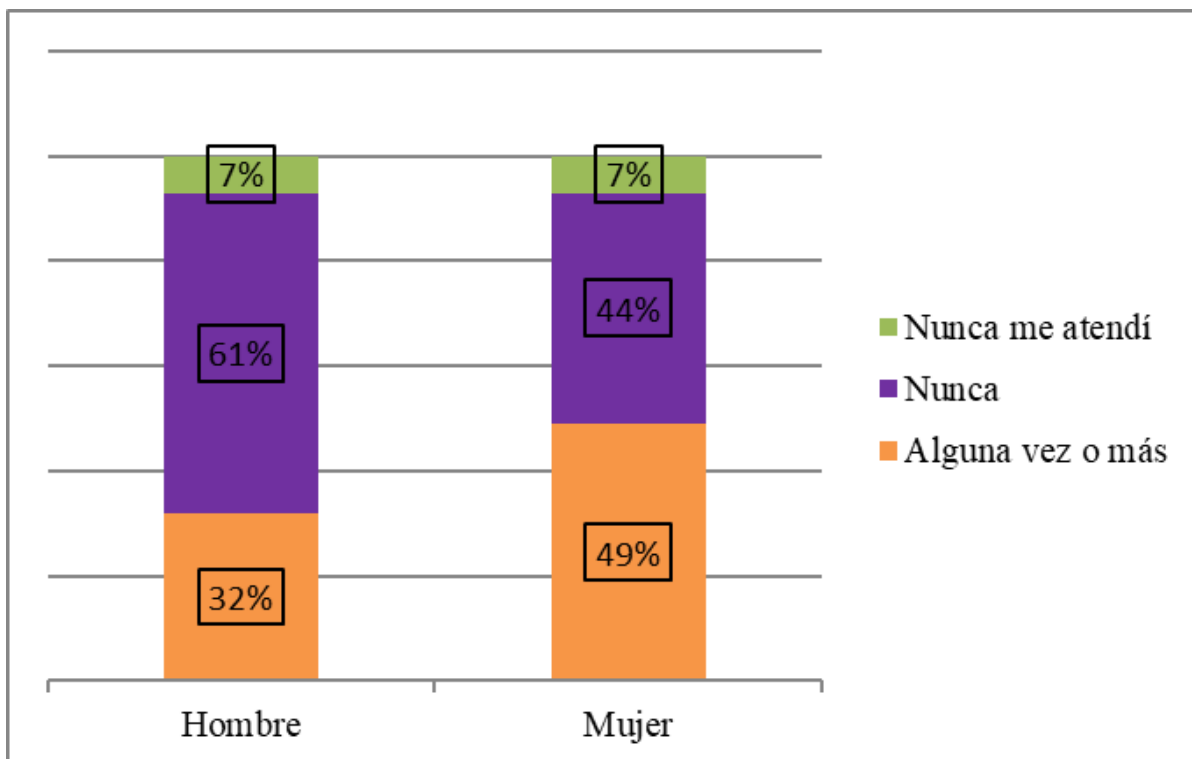


Gráfico N°3:

Dificultades en el acceso a la atención sanitaria por género en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020.

Tipo de dificultades

En Salta y Jujuy, el 43% de los/as encuestados/as respondió no haber tenido dificultades en la atención. Al observar los porcentajes de quienes sí experimentaron dificultades se reconoce como el principal problema la obtención de turnos o bien, cuando fueron otorgados coincidían con los horarios de trabajo de las personas (15%). No obstante, tal como indicamos más arriba, la problemática vinculada a los turnos afecta a toda la población que se atiende en el SPS y no únicamente a migrantes.

En menor medida encontramos dificultades que pueden asociarse especialmente con la condición de migrante. El 12% indicó haber recibido malos tratos o discriminación. Un 10% indicó que se les había exigido el DNI, luego alrededor de un 6%, respondió que les habían solicitado un pago adicional. Si bien estos tipos de dificultades se encuentran diferenciadas, en todos los casos supone una discriminación, un trato diferente que construye una relación en forma de obstáculo al acceso, de exclusión. Estas situaciones van a contra mano de la normativa migratoria vigente y de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. La discriminación hacia la población boliviana en nuestro país ha sido estudiada en profundidad en distintos trabajos^[95] y en

particular en Jujuy^[96] y Salta^[97], los cuales dan cuenta de la densidad histórica aunque dinámica y re-articulada que explica sus mecanismos, funcionamiento y permanencia. Desde el trabajo de Briones puede leerse la discriminación a partir de las “*formaciones nacionales de alteridad*^[98]”, donde los/as “*aindiados hermanos latinoamericanos*^[99]”, principalmente aquellos procedentes de países limítrofes han sido clasificados como “*otros externos*^[100]”, recortados contra el sujeto ideal argentino, blanco y de origen europeo. Estos otros externos aparecen como “*subordinados tolerables*^[101]” en la medida en que sólo son tolerados en su condición de trabajadores precarizados y provisorios porque su presencia en territorio nacional es permanentemente cuestionada^[102].

Al analizar los procesos de inclusión/exclusión en la provincia de Salta, Álvarez Leguizamón utiliza la noción de formas de racismo indio que hace referencia a la “*relación surgida de la apropiación de tierras, cuerpos y almas, operada desde el momento colonial hasta el presente (...) que a través de mutuas constricciones morales y de habitus variados, se mantienen en el largo tiempo*^[103]”. Esta relación opera en los procesos de discriminación hacia la población boliviana o a quienes son marcados como tales. De acuerdo con Karasik en contraste con otros distritos donde la presencia “*boliviana se recorta contra perfiles demográficos, sociales y patrones culturales y hasta fenotípicos contrastantes*^[104]”, en Jujuy –y en Salta también– la procedencia de Bolivia configura una categoría que en muchos casos los asimila con otros grupos subalternizados; “*sin embargo, las visiones dominantes producen distinciones radicales sobre ellos*^[105]..

Ahora bien, ¿qué lógicas operan en la discriminación hacia la población migrante de origen venezolano? Responder a este interrogante excede a este trabajo pero podemos sugerir que aquella distinción que opera desde las formas de racismo indio hacia los/as bolivianos/as no aparece en buena parte de la población venezolana presente en la región. Esta población, más “blanca” y con mayor nivel educativo resulta en una menor distancia social hacia la “*comunidad imaginada*^[106]”, o ideal de la sociedad hegemónica. Sin embargo, la existencia de obstáculos de acceso a la salud, manifestadas por algunas de las personas encuestadas y entrevistadas permite reconocer que al menos la condición migrante opera como mecanismo de exclusión.

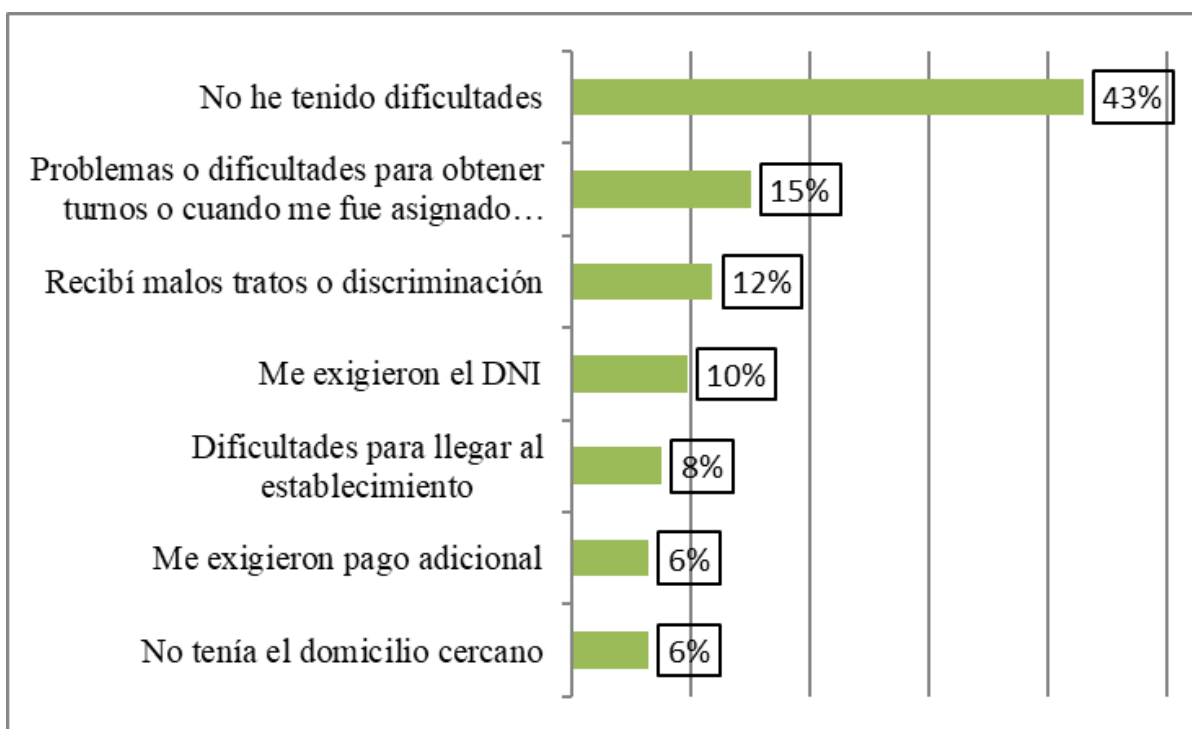


Gráfico N°4:

Tipo de dificultades en el acceso a la atención sanitaria en personas migrantes en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020

Situación de salud de las personas migrantes

En cuanto a la situación de salud de la población migrante a nivel nacional, un porcentaje mayoritario de personas (63%) no contaba con ninguna enfermedad. Esto coincide con las tendencias observadas en estudios previos ya citados, permitiendo sostener que la población migrante en la Argentina, no presenta una situación desmejorada o peor respecto de la población no migrante con características socioetarias y de actividad similares^[107]. En las provincias de Salta y Jujuy este porcentaje es aún mayor ya que un 72% de la población encuestada no presentaba ninguna enfermedad al momento de la ENMA. Este dato refuerza el argumento referido al bajo impacto económico que los/as inmigrantes generan al sistema de salud.

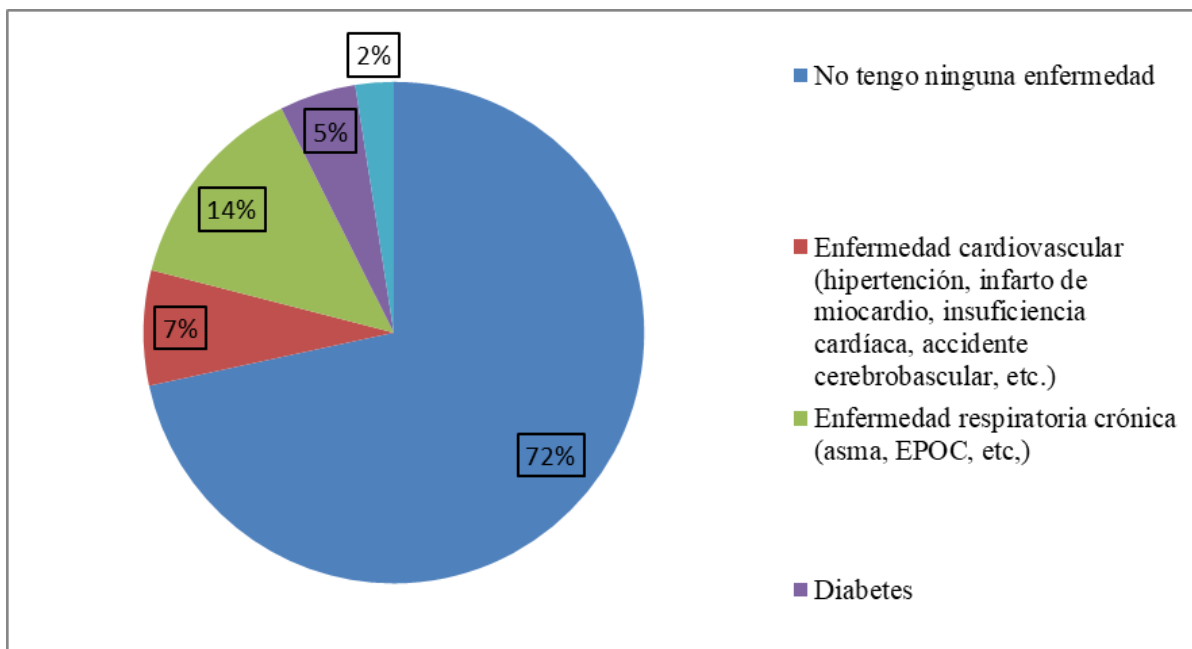


Gráfico N°5:

Situación de salud de la población migrante en las provincias en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020

Al observar la situación de salud de los migrantes en vinculación a la pandemia de la COVID – 19 en Argentina, Debandi^[108] indica que, hasta el 30 de septiembre de 2020, el 7% de las personas contagiadas corresponde a personas migrantes, valor superior al peso poblacional de las personas migrantes sobre la población total del país. En la ENMA realizada un mes después, a nivel nacional, el 5% de las personas migrantes encuestadas confirmó haber tenido la enfermedad (es decir, que obtuvieron la confirmación de contraer Covid-19 por medio de un test), mientras que otro 5% indicó haber experimentado síntomas pero no haberse realizado un test, y un 5% haber tenido contacto estrecho debido al contagio de convivientes. Agrupando estas tres categorías, se obtiene que un 15% de las personas migrantes encuestadas tuvo Covid-19 o una exposición cercana al virus.

Si tomamos como referencia este agrupamiento, el porcentaje en Salta y Jujuy es aún mayor, un 24% afirmó haber tenido Covid-19 o haber estado expuesta al virus. Posiblemente la mayor exposición al virus para las personas migrantes tenga vinculación con las actividades esenciales^[109] en las cuales se insertan, como la agricultura y el comercio. Es decir, muchos continuaron con sus actividades por estar exceptuadas del ASPO.

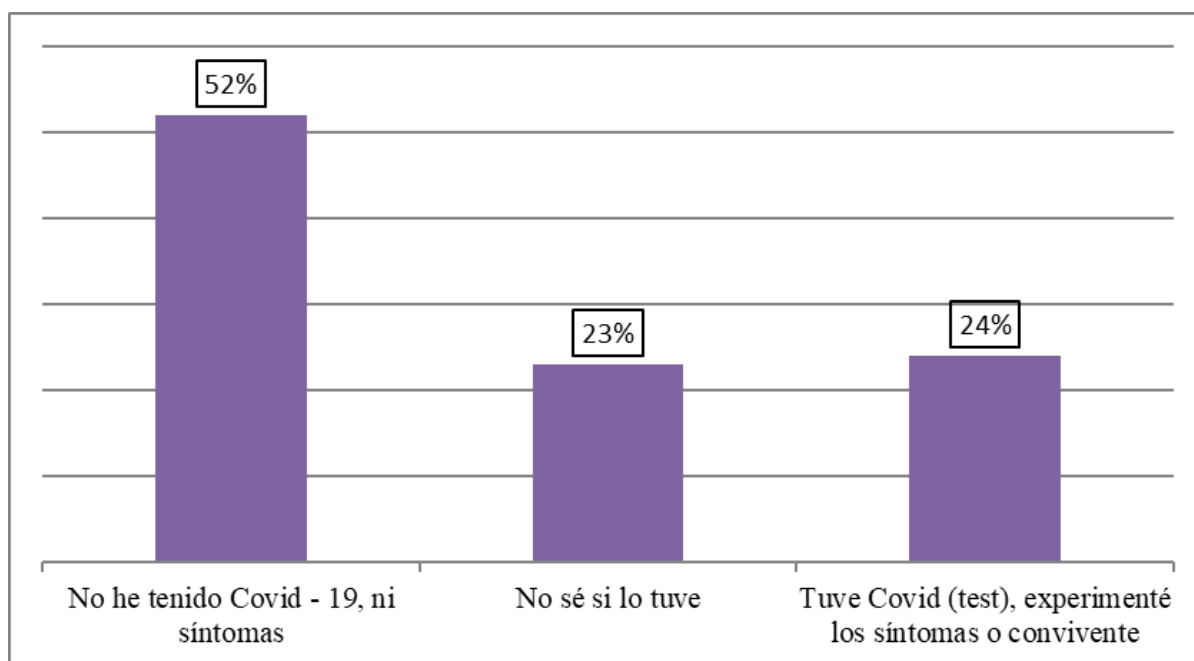


Gráfico N°6:

Situación de salud de los migrantes en vinculación a la pandemia de la COVID – 19 en Salta y Jujuy

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENMA 2020

Reflexiones finales y algunas propuestas de acción

Este artículo se propuso contribuir a los estudios interesados en la problemática del acceso a la salud de los/as inmigrantes en Argentina, desde una perspectiva de Derechos Humanos, focalizando en las experiencias de venezolanos/as y bolivianos/as en las provincias de Salta y Jujuy. Con ese objetivo en primer lugar se revisaron antecedentes que problematizan el acceso a la salud, visibilizando la complejidad de su abordaje, rescatando la perspectiva intercultural y de género en la misma. Se puso de relieve el hecho de que la sanción de la Ley 25871 no logró garantizar los derechos que la misma otorga a las personas migrantes, en particular en materia de salud. Principalmente, en momentos de crisis económicas y sanitarias suelen aparecer con más fuerza discursos que cuestionan a los/as migrantes como sujetos de derechos.

En la población boliviana o marcada como boliviana existe una mirada predominante que los concibe únicamente como trabajadores precarizados y provisorios. Posición que tiene su anclaje en lógicas discriminatorias de larga data, que pueden comprenderse a partir de las *formaciones nacionales de alteridad* y en las *formas de racismo indio*. Desde estas lógicas se justifica y legitima su inserción laboral y social subalternizada. Asimismo, en ciertas ocasiones estas lógicas encontraron expresión en iniciativas legales que buscan restringir sus derechos en territorio argentino. Por su parte, la migración venezolana, más reciente en territorio argentino y aún más en las

provincias del NOA, presenta escasos antecedentes. Sin embargo, también se han registrado algunas situaciones de exclusión en esta población.

Posteriormente, el artículo presentó resultados derivados de la primera edición de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina realizada en el marco de la emergencia sanitaria declarada a partir de la COVID-19. Los datos evidenciaron porcentajes más altos de personas migrantes sin cobertura de salud, en comparación al promedio obtenido para todo el país. Esto puede vincularse a los altos porcentajes de informalidad laboral presentes en los dos colectivos mayormente representados en la ENMA. Por otra parte se observó un mayor porcentaje también de personas que respondieron haber tenido dificultades en el acceso al menos una vez, situación que se acentúa en el caso de las mujeres. Al considerar el tipo de dificultades se reconoce una mayoría vinculada a la obtención de turnos o cuando fueron asignados coincidían con horarios de trabajo. Esta dificultad afecta a toda la población que se atiende en el SPS y no sólo a las personas migrantes. Sin embargo, aparecieron otras respuestas que pueden asociarse con la población migrante como haber experimentado discriminación y malos tratos, la exigencia de contar con DNI y la solicitud de un pago adicional. Finalmente, los resultados de la ENMA mostraron el bajo porcentaje de personas migrantes con problemas de salud lo que permite confirmar que la misma produce un bajo impacto sobre el SPS.

Advirtiendo la complejidad de la problemática que vincula migración internacional y salud recuperamos un tema planteado en el inicio del artículo. Es necesario construir herramientas para obtener información, que se orienten a conocer en profundidad la situación de salud de las personas migrantes y las dificultades o problemas que encuentran en la atención y en el acceso a los recursos relacionados con su salud. Como sostiene Cerrutti: *“La falta de información solo genera aversión y discriminación; por ello es preciso introducir transparencia en esta problemática”*^[110]. También es necesario mejorar la comunicación sobre los derechos que goza la población migrante en nuestro país. En este sentido, podrían promoverse instancias de capacitación para dar a conocer la Ley 25871 en términos generales y sus implicancias en materia de salud en particular, dirigidas tanto a la población migrante como también a los efectores de salud y personal administrativo vinculado a instituciones sanitarias. Una última cuestión que puede señalarse es la necesidad de diseñar estrategias orientadas a sensibilizar sobre las experiencias de discriminación y xenofobia que sufren los/as migrantes, desde un enfoque intercultural, interseccional y de género. Estas estrategias pueden estar diseñadas por los diferentes actores interesados. No es un tema que deba abordarse únicamente desde el Estado o desde el sistema de salud, pueden participar las organizaciones de migrantes y

de base, aquellos sectores preocupados por promover los derechos humanos de las personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad como podemos visualizar en ciertos sectores de la población migrante.

Notas

- [1] Penchaszadeh, Ana Paula (Coord.), Anuario Estadístico Migratorio de la Argentina 2020, Ciudad de Buenos Aires, Red de Investigaciones en Derechos Humanos (RIOSP), CONICET, Encuesta Nacional Migrante de la Argentina.
- [2] Ataide, Soraya (2019), “Discursos estereotipados y marcaciones desvalorizadas en torno de los/as niños/as identificados/as como bolivianos/as en una escuela pública rural de la provincia de Salta”, Revista Temas de Antropología y Migración, pp. 99 - 120. Ataide, Soraya (2019), “La reproducción de las desigualdades de género en contextos migratorios y laborales. En caso de migrantes bolivianos y bolivianos en torno al mercado de trabajo hortícola de Salta. (Argentina)”, REMHU, Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana., Brasília, Vol. 27, N°55, pp. 181-197. Ataide, Soraya (2019) “Género y migraciones. Un estudio sobre mujeres migrantes tarijeñas en torno al mercado de trabajo hortícola de Apolinario Saravia en la provincia de Salta”, Revista Mundo Agrario, vol. 20, n° 43. pp. 1-16. En línea: <https://www.mundoagrario.unlp.edu.ar/article/view/MAe107/10510> [consultado: 22, noviembre, 2021]. Ataide, Soraya (2020), “Escuela y vida cotidiana. Un análisis sobre las representaciones que circulan en contextos escolares, rurales y migratorios de la provincia de Salta (Argentina)”, Revista Periplos Revista de Investigación sobre Migraciones, vol. 4, n° 1, pp. 200-223. Ataide, Soraya (2020), “La construcción del proyecto migratorio de campesinos/as tarijeños y tarijeñas con destino al Noroeste argentino”, Revista Migraciones Internacionales, pp. 1-22. En línea: <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/1897/1611> [consultado: 22, noviembre, 2021].
- [3] Whiteford, Scotth (1977), Workers form the North. Plantations, bolivian labor and the city en northwest Argentina, Austin, University of Texas Press. Hinojosa Gordonava, Alfonso (2010), Buscando la vida. Familias bolivianas transnacionales en España, 1° Edición, Buenos Aires: Editorial Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales –CLACSO-, pp. 5 - 120. Pacceca, María Inés y Courtis Corina (2008), Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas, Serie Población y Desarrollo 84, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la Comisión Económica Para América Latina, Santiago de Chile. Sassone, Susana (2012), “Bolivianos en la Argentina: entre la precarización laboral y el empresariado étnico”, Voces en el Fenix, n° 21, pp. 96-101.
- [4] Cerrutti, Marcela (Coord.) (2011), Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina, Buenos Aires, Programa Naciones

- Unidas para el Desarrollo; Centro de Estudios de Población. Cabieses, Báltica, Gálvez, Piedad y Ajraz, Nassim (2018), “Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 35, n° 2, pp. 285-91. En línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a16v35n2.pdf> [consultado: 26, noviembre, 2021].
- [5] Aizenberg, Lila; Rodríguez, María Laura; y Carbonetti, Adrián (2015), “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, *Migraciones Internacionales*, vol. 8, n° 1. Goldberg, Alejandro (2014), “Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”, *Anuario Americanista Europeo*, n° 11, pp. 199-216.
- [6] Ley de Migraciones N°25871 -Decreto 616/2010- En línea: http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/campana_grafica/pdf/Libro_Ley_25.871.pdf [Consultado: 15 de mayo de 2021]
- [7] Pacceca María Inés y Courtis, Corina (2008), Ob. Cit.
- [8] Domenech, Eduardo (2011), “Crónica de una ‘amenaza’ anunciada. Inmigración e ‘ilegalidad’: visiones de Estado en la Argentina contemporánea”, en Feldman-Bianco, Bela; Rivera Sánchez, Liliana; Stefoni, Carolina y Villa Martínez, Marta Inés (comp.), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina Prácticas, representaciones y categorías*, Quito, FLACSO Sede Ecuador, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 31-77. En línea: <https://www.academica.org/eduardo.domenech/22.pdf> [consultado: 19, noviembre, 2021].
- [9] Briones, Claudia (2008), “Formaciones de alteridad: contextos globales, procesos nacionales y provinciales”, en *Cartografías Argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*, Buenos Aires, Editorial Antropofagia, pp. 9-36.
- [10] Ceriani Cernadas, Pablo (2011), “Luces y sombras en la legislación migratoria latinoamericana”, *Revista Nueva Sociedad*, N° 233. En línea: <https://biblat.unam.mx/hevila/Nuevasociedad/2011/no233/7.pdf> [consultado: 19, noviembre, 2021].
- [11] Ley de migraciones N°25871, Ob. Cit. p.11.
- [12] Ley de migraciones N°25871, Ob. Cit. p.11.
- [13] Gottero, Laura; Baeza, Brígida; Debandi, Natalia y Chávez, Elena del Rosario (2021), “Capítulo 6. Salud”, en Debandi, Natalia; Nicolao Julieta y Ana Paula Penchaszadeh (Coords.), *Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Consejo Nacional Investigaciones Científicas Técnicas -CONICET-

- pp. 61–72. En línea: <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/8237/1/2021%20Anuario%20Migratorio%20Argentino%202020%20con%20ISBN.pdf>. [Consultado: 15 de mayo de 2021]. Burgos Moreno, Mónica y Parvic Klijn Tatiana (2011), “Atención en salud para migrantes: un desafío ético”, *Revista Brasileira de Enfermería*, vol. 64, n°3, pp.587-591.
- [14] Jelin, Elizabeth (Dir.) (2006), “Introducción”, en *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Ciudad de Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social IDES. En línea: <https://publicaciones.ides.org.ar/sites/default/files/docs/2020/jelin-2006-saludymigracionregional.pdf> [Consultado el 5 de marzo, 2021]. Incluye la Ley nacional 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en 2009 que establece el “trato digno y no discriminatorio”, cualquiera sea la situación y condición social de las personas. En línea: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432> [Consultado el 13 de julio, 2023].
- [15] Molina, Cecilia (2019), “La salud de los migrantes como desafío para la salud pública”, *Escenarios Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n°29, pp. 1-8.
- [16] Molina, Cecilia (2019), *Ob. Cit.* p. 4.
- [17] Fleury, Sonia, Bicudo, Valeria y Rangel Gabriela (2013), “Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil”, *Salud colectiva*, vol. 1, n° 9. pp. 11-25. En línea: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/197/180> [consultado: 25, noviembre, 2021].
- [18] Fleury, Sonia; Bicudo, Valeria; y Rangel Gabriela, 2013, *Ob. Cit.*, p. 16.
- [19] En Molina, Cecilia, 2019, *Ob. Cit.* se hace referencia a una iniciativa de jefes médicos en la provincia de Mendoza, durante la década de 1940 que gestionaron con el Consulado de Bolivia en la posibilidad de disponer de intérpretes quechua hablantes en caso de que se presentaran pacientes procedentes de Bolivia que lo necesitaran. En otro trabajo: Sala, Gabriela Adriana (2012), “Acciones sanitarias dirigidas a los migrantes bolivianos residentes en Jujuy durante los años noventa”, *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy*, n° 41, pp. 273-292; realizado para la provincia de Jujuy, se hace referencia a la existencia de medidas aisladas en educación sanitaria bilingüe dirigida a madres bolivianas en la década del setenta, en zonas cañeras tendientes a prevenir diarreas infantiles, promover el amamantamiento y la planificación familiar. En ese marco también se les otorgó un carnet de vacunación para controlar la inmunización de los niños y la alimentación complementaria que recibían los menores de un año.
- [20] Aizenberg, Lila; Rodríguez, María Laura; y Carbonetti Adrián (2015), “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres

migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, *Migraciones Internacionales*, vol. 8 n° 1, pp. 65-94.

- [21] Menéndez, Eduardo (1988), “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Buenos Aires. Pp. 451- 464. En línea: https://www.psi.uba.ar/academica/carreras/degrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf [Consultado: 20 de mayo de 2021]
- [22] da Costa Marques, Sofía; Linardelli, María Florencia. y Maure Gabriela (2016), “La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión”, ponencia presentada en las I Jornadas Nacionales de Investigación de la Universidad Nacional de Cuyo, 25 y 26 de agosto de 2016, Ciudad de Mendoza.
- [23] Menéndez, Eduardo (2009), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar editorial.
- [24] da Costa Marques, Sofía; Linardelli, María Florencia y Gabriela Maure, 2016, Ob. Cit.
- [25] da Costa Marques, Sofía; Linardelli, María Florencia y Gabriela Maure, 2016, Ob. Cit.
- [26] Menéndez, Eduardo (1994), “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?”, *Alteridades*, vol. 4, n° 7, pp.71-83.
- [27] Menéndez, Eduardo (2009), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar editorial.
- [28] Menéndez, Eduardo (2009), Ob. Cit.
- [29] Méndez, Eduardo (2018), “Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos”, *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México. n°58. p.106. En línea: <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n58/2448-5144-desacatos-58-104.pdf> [Consultado el 25 de mayo, 2021].
- [30] Buzzi, Pablo y Sy, Anahí (2020), “Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires”, *Anthropologica*, año XXXVIII, n° 44, pp. 187-208.
- [31] Buzzi, Pablo y Anahí Sy, 2020, Ob. Cit.
- [32] Buzzi, Pablo y Sy, Anahí, 2020, Ob. Cit.
- [33] Jelin, Elizabeth (Dir.) (2007), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- [34] Buzzi, Pablo y Sy, Anahí, 2020, Ob. Cit.

- [35] Baeza, Brígida y Aizenberg, Lila (2021), “Aportes para pensar la interculturalidad en el campo de estudio de la salud del migrante. El caso de mujeres migrantes andinas en Argentina”, *Revista de Filosofía y Teoría Política*, n° 51, pp. 1-15. Menéndez, Eduardo (1988), Ob. Cit. Menéndez, Eduardo (2020), “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, *Salud Colectiva*, n° 16, pp. 1-25.
- [36] Baeza, Brígida y Aizenberg, Lila, 2021, Ob. Cit.
- [37] Baeza, Brígida y Aizenberg, Lila, 2021, Ob. Cit. p. 4
- [38] Baeza, Brígida y Aizenberg, Lila, 2021, Ob. Cit. p. 7
- [39] Cerrutti, Marcela, 2011, Ob. Cit.
- [40] Baeza, Brígida y Lila Aizenberg, 2021, Ob. Cit.
- [41] Baeza, Brígida y Lila Aizenberg, 2021, Ob. Cit.
- [42] Baeza, Brígida y Lila Aizenberg, 2021, Ob. Cit. p. 4.
- [43] Benencia, Roberto y Ataide, Soraya (2015), “Segmented Labor Market and Migratory Identity Constructions in Two Horticultural Areas in the Province of Salta”, en Pizarro, Cynthia (Ed.) *Bolivian Labor Immigrants' Experiences in Argentina*, New York City, Lexington Books.
- [44] Gerhardt, Tatiana Engel (2006), *Itinerários terapêuticos em situare de pobreza: diversidade e pluralidade*. *Cadernos de Saúde Pública*, n° 22, pp. 2449-2463.
- [45] Gottero, Laura; Baeza, Brígida; Debandi, Natalia; y Chávez, Elena del Rosario, 2021, Ob. Cit.
- [46] Anthías, Floya (2006), “Género, etnicidad, clase y migración: interseccionalidad y pertenencia translocalizacional”, en Rodríguez, Pilar (ed.), *Feminismos periféricos*, Granada, Alhulia, pp. 49-68.
- [47] Jelin, Elizabeth, 2006, Ob. Cit. Goldberg, Alejandro (2009), “Salud e interculturalidad: aportes de la antropología médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, *Buenos Aires Boliviana, Colección Temas de Patrimonio Cultural*, vol. 24. Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Cultura, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. pp. 233-246. En línea: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/T6nVQYcJjtN64CVWxySjC8P/?format=pdf&lang=es> [Consultado: 20, octubre de 2021].
- [48] Domenech, Eduardo, 2011, Ob. Cit.
- [49] Goldberg, Alejandro y Silveira, Cássio (2013), “Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa”, *Saúde e Sociedade*, vol. 22, n° 2, pp.283-297. En línea:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/T6nVQYcJjtN64CVWxySjC8P/?format=pdf&lang=es> [Consultado: 20, noviembre, 2021].

- [50] Pizarro, Cynthia (2012), “Clasificar a los otros migrantes: las políticas migratorias argentinas como productoras de etnicidad y de desigualdad”, *MÉTIS: historia & cultura*, vol. 11, n° 22, pp. 219-240.
- [51] Caggiano, Sergio (2005), *Lo que no entra en el crisol*, Buenos Aires, Prometeo Libros.
- [52] Penchaszadeh, Ana Paula (coord.), *Anuario Estadístico Migratorio de la Argentina 2020*, Ciudad de Buenos Aires, Red de Investigaciones en Derechos Humanos, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- [53] Penchaszadeh, Ana Paula (2021), “De papeles y derechos. La difícil traducción del paradigma de derechos humanos en la política migratoria de la Argentina actual”, *Colombia Internacional*, n° 106, pp. 3-27.
- [54] Courtis Corina y Penchaszadeh Ana Paula (2019), “Los poderes del estado frente a la población extranjera residente en la Argentina: La naturalización como campo de disputa”, *Postdata*, n°2, pp. 301-329. En línea: <http://www.scielo.org.ar/pdf/postdata/v24n2/1851-9601-postdata-24-02-21.pdf> [Consultado: 19 de noviembre, 2021].
- [55] Domenech, Eduardo (2020), “‘La ‘política de la hostilidad’ en Argentina: detención, expulsión y rechazo en frontera”, *Revista Estudios Fronterizos*, vol. 21, pp.1-25. En línea: <https://www.scielo.org.mx/pdf/estfro/v21/2395-9134-estfro-21-e057.pdf> [Consultado: 22 de mayo, 2021].
- [56] Domenech, Eduardo, 2020, Ob. Cit.
- [57] A comienzos del 2021, luego de constantes reclamos por parte de las organizaciones de migrantes y de derechos humanos, el DNU fue derogado.
- [58] Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019) *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos Primer semestre de 2019. Informes Técnicos*, vol. 3, n° 182. En línea: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_19422F5FC20A.pdf [Consultado: 5 de marzo de 2021]. Díaz Langou, Gala; Kessler, Gabriel; Della Paolera, Carola; y Karczmarczyk Matilde (2020), *Impacto social del COVID 19, en Argentina. Balance del primer semestre del 2020*, Ciudad de Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. En línea: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/10/197-DT-PS-Impacto-social-del-COVID-19-en-Argentina.-D%C3%ADaz-Langou-Kessler...-1.pdf> [Consultado: 5 de abril de 2021].
- [59] Naciones Unidas Argentina (2021), *Análisis conjunto del Sistema de Naciones Unidas 2021: Efectos de la Pandemia por Covid-19 en la*

- Argentina. Documento de Actualización del Análisis común de País. En línea: <https://argentina.un.org/sites/default/files/2021-09/Informe%20CCA%202021%20Argentina.pdf>. [Consultado el 10 de mayo de 2022]. Salvia, Agustín (Coord.), (2021), Efectos de la pandemia COVID-19 sobre la dinámica del trabajo en la argentina urbana. Una mirada crítica sobre el impacto heterogéneo del actual escenario tras una década de estancamiento económico (2010-2020). Documento Estadístico, Barómetro de la Deuda Social Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Educa.
- [60] Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia (2006), “El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios”, Anuario de Investigaciones, vol. XIV, pp. 201-209. Comes, Yamila (2001), “Integración sanitaria interfronteriza. Discursos y Prácticas de los actores sociales involucrados”, ponencia presentada en el IV Encuentro Nacional de Salud y Población, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- [61] Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia, 2006, Ob. Cit. p. 202
- [62] Molina, Cecilia, 2009, Ob. Cit.
- [63] Organización Panamericana de la Salud (2019). Documento de orientación sobre migración y salud de la OPS. En línea: <https://www.refworld.org/es/docid/5d3b4b004.html> [Consultado: 6 de septiembre, 2019]
- [64] Ortiz de D`arterio, Patricia y Alfredo Bolsi (2005), “Caña De Azúcar y Mortalidad Infantil. Los Casos del Noroeste Argentino en el Siglo XX”, Revista THEOMAI. Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo, n° 12, pp.1-14. Comes, Yamila, 2001, Ob. Cit.
- [65] Ortiz de D`arterio, Patricia y Bolsi, Alfredo, 2000, Ob. Cit.
- [66] ala, Gabriela Adriana, 2012, Ob. Cit.
- [67] Sala, Gabriela Adriana, 2012, Ob. Cit. p. 279.
- [68] Karasik, Gabriela A. y Yufra Laura C. (2019), Extranjería y acotamiento del derecho a la salud en una provincia de frontera Iniciativas legislativas y debates sociales en Jujuy, San Salvador de Jujuy, Tiraxi Ediciones.
- [69] Karasik, Gabriela A. y Yufra, Laura C., 2019, Ob. Cit.
- [70] Karasik, Gabriela A. y Yufra Laura C., 2019, Ob. Cit. p. 39.
- [71] “Preocupan los constantes intentos de ingresos de bolivianos por pasos clandestinos”, Diario El Tribuno de Salta, 13/07/2020. En línea: <https://www.tribuno.com/salta/nota/2020-7-13-12-58-0-preocupan-los-constant-intentos-de-ingresos-de-bolivianos-por-pasos-clandestinos> [Consultado: 13 de abril de 2021].

- [72] “Yacuiba superó los 1.000 casos positivos de COVID-19”, Diario El Tribuno de Salta, 20/08/2020.” En línea: <https://www.tribuno.com/salta/nota/2020-8-20-12-8-0-yacuiba-supero-los-1-000-casos-positivos-de-covid-19> [Consultado: 13 de abril de 2021]
- [73] “Siguen cruzando ciudadanos de Bolivia al territorio argentino en Aguas Blancas”, Diario El Tribuno de Salta, 5/08/2020. En línea: <https://www.tribuno.com/salta/nota/2020-8-5-17-24-0-siguen-cruzando-los-bolivianos-al-territorio-argentino-en-aguas-blancas> [Consultado: 13 de abril de 2021].
- [74] El Ingreso Familiar de Emergencia –IFE– es una prestación monetaria no contributiva de carácter excepcional creado para compensar la pérdida o disminución de ingresos de personas afectadas por la emergencia declarada por la pandemia de coronavirus. El monto estipulado otorgado durante el 2020 fue de 10.000 pesos.
- [75] Asignación Universal por Hijo.
- [76] “Sáenz denunció que hay bolivianos cruzan la frontera para cobrar el IFE”, Portal El Economista, 12/08/2020. En línea: <https://eleconomista.com.ar/2020-08-saenz-denuncio-que-bolivianos-cruzan-la-frontera-para-cobrar-el-ife/> [Consultado: 13 de abril de 2021].
- [77] “Salta denuncia que bolivianos cruzan la frontera para cobrar el IFE”, Diario Quepasasalta, 14/08/2020 En línea: <https://www.diariosumario.com.ar/nacionales/2020/8/14/salta-denuncia-que-bolivianos-cruzan-la-frontera-para-cobrar-el-ife-21883.html> [Consultado: 13 de abril de 2021]. “Salta paga más de 40 millones de pesos a bolivianos por el IFE: el dato después del reclamo de Sáenz”. Diario Quepasasalta, 11/08/2020. En línea: <https://www.quepasasalta.com.ar/nota/240258-salta-paga-mas-de-40-millones-de-pesos-a-bolivianos-por-el-ife-el-dato-despues-del-reclamo-de-saenz/> [Consultado: 13 de abril de 2021]. “Salteño denuncia que bolivianos entran a Argentina en colectivo a cobrar planes”. Diario Quepasasalta, 3/09/2020. En línea: <https://www.quepasasalta.com.ar/nota/241578-video-salteno-denuncia-que-bolivianos-entran-a-argentina-en-colectivo-a-cobrar-planes/> [Consultado: 13 de abril de 2021].
- [78] Pacecca, María Inés y Liguori Adela Gabriela (2019), Venezolanos/as en Argentina: un panorama dinámico: 2014-2018, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CAREF -Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes-; OIM -Organización Internacional para las Migraciones-; ACNUR -Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados-, p.155.
- [79] Pacecca, María Inés y Liguori Adela Gabriela, 2019, Ob. Cit.
- [80] Pacecca, María Inés y Liguori Adela Gabriela, 2019, Ob. Cit. p. 80.

- [81] Displacement Tracking Matrix (2019), Monitoreo de flujo de población venezolana. Ronda 4. Argentina (Ingresos), Organización Internacional para las Migraciones. En línea: <https://dtm.iom.int/reports/argentina-%E2%80%94-informe-monitoreo-de-flujo-de-poblaci%C3%B3n-venezolana-ronda-4-ingresos-septiembre> [Consultado: 15/11/2021].
- [82] Displacement Tracking Matrix, 2019, Ob. Cit.
- [83] Comunicación personal con una mujer venezolana, 20 de agosto de 2021. Registro de trabajo de campo realizado para la Red de Investigadores en la Solución de Problemas de Derechos Humanos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- [84] Italia (2%), Alemania (2%), Chile (1%), Francia (1%)
- [85] Los/as extranjeros/as son admitidos/as para ingresar y permanecer en el país en las categorías de “residentes permanentes”, “residentes temporarios”, o “residentes transitorios”. Hasta tanto se formalice el trámite correspondiente, la autoridad de aplicación podrá conceder una autorización de “residencia precaria”.
- [86] Whiteford, Scott (1977), *Workers from the North. Plantations, bolivian labor and the city in northwest Argentina*, Austin, University of Texas Press. Rutledge, Ian (1987), *Cambio agrario e integración: el desarrollo del capitalismo en Jujuy, 1550-1960*, Buenos Aires y Tilcara, Jujuy.
- [87] Sassone, Susana, 2012, Ob. Cit.
- [88] Karasik, Gabriela (1995), “Trabajadoras bolivianas en el conurbano bonaerense. Pequeño comercio y conflicto social”, en Benencia, R. y Karasik, G. (eds.), *Inmigración limítrofe: los bolivianos en Buenos Aires*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, pp. 65-98.
- [89] Tolava, María Florencia (2014), *Procesos de construcción identitaria en empleadas domésticas bolivianas del barrio Tres Cerritos de la ciudad de Salta*, Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, inédita, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta, Salta.
- [90] Displacement Tracking Matrix, 2019, Ob. Cit.
- [91] Es una obra social de jubilados y pensionados, de personas mayores de 70 años sin jubilación y de veteranos de Malvinas que opera en la República Argentina bajo el control del Gobierno Nacional.
- [92] Paz, Jorge (2015), “Capítulo VI Dimensión regional de la informalidad y la segmentación laboral”, en Bertranou, Fabio y Casanova, Luis (Coords.) *Caminos hacia la formalización laboral en Argentina*, Buenos Aires, Oficina de País de la Organización Internacional del Trabajo para Argentina, pp. 139–156.
- [93] da Costa Marques, Sofía; Linardelli, María Florencia y Gabriela Maure, 2016, Ob. Cit.

- [94] Faur, Eleonor (2014), *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- [95] Pizarro, Cynthia (2011), “Sufriendo y resistiendo la segregación laboral: experiencias de migrantes bolivianos que trabajan en el sector hortícola de la región metropolitana de la ciudad de Córdoba”, en Pizarro Cynthia (coord.), *Migraciones internacionales contemporáneas: estudios para el debate*, Buenos Aires, Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad, CICCUS, p. 496. Grimson, Alejandro (1997), “Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos aires”, *Revista Nueva Sociedad*, n° 147, pp. 96-107. Mallimaci Barral, Ana Inés (2011), “Las lógicas de la discriminación”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. En línea: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/60921#quotation>. [Consultado: 11, enero, 2022].
- [96] Karasik, Gabriela (2011), “Sobre-etnización y epistemologías de la extranjerización. Reflexiones a partir del caso de Jujuy como contexto de migraciones bolivianas (tempranas) en la Argentina”, en Pizarro Cynthia (coord.) *Migraciones internacionales contemporáneas. Estudios para el debate*, Buenos Aires, Ediciones CICCUS.
- [97] Benencia, Roberto y Ataide, Soraya, 2015, Ob. Cit. Ataide, Soraya (2020), “Experiencias migratorias y laborales de bolivianos vinculados a la producción hortícola de la provincia de Salta. Surcando procesos de desigualdad y racismo”, *Revista INCLUSIVE*, n° 1. En línea: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/01/inadi-revista-inclusive-n1-092020.pdf> [Consultado el 14 de julio de 2023].
- [98] Briones, Claudia, 2008, Ob. Cit. p. 16.
- [99] Briones, Claudia, 2008, Ob. Cit p. 16.
- [100] Briones, Claudia, 2008, Ob. Cit. p. 21.
- [101] Briones, Claudia, 2008, Ob. Cit. p. 28.
- [102] Sayad, Abdelmack (1998), “O que é um imigrante”, en *A migração os paradoxos da Alteridade*. Traducción Cristina Muracho. Sao Paulo: Editora Universidade de Sao Paulo.
- [103] Alvarez Leguizamón, Sonia (2017), *Formas de racismo indio en la Argentina y configuraciones sociales de poder*, Rosario, Prohistoria Ediciones, p. 11.
- [104] Karasik, Gabriela, 2011, Ob. Cit. p. 401
- [105] Karasik, Gabriela, 2011, Ob. Cit. p. 401
- [106] Anderson, Benedict (1983,1991), *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*, México, Fondo de Cultura Económica.
- [107] Gottero, Laura; Baeza, Brígida; Debandi, Natalia; y Elena del Rosario Chávez, 2021, Ob.Cit.

- [108] Debandi, Natalia (2020), Incidencia del COVID en la población migrante en Argentina. Informe de divulgación, Informe de divulgación, Universidad Nacional de Río Negro. En línea: <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/7445/1/2020%20DEBANDI%20Impacto%20de%20COVID%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20migrante%20en%20Argentina%2020%2011.pdf>
- [109] El Decreto 297/2020 que estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio exceptuó de dicha medida a una serie de actividades por considerarse esenciales, entre las que se encontraban la producción, distribución y comercialización agropecuaria y la comercialización de alimentos.
- [110] Cerrutti, Marcela, 2011, Ob. Cit.



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12777314006>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Soraya Ataide

MIGRANTES Y ACCESO A LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19. UN ESTUDIO SOBRE VENEZOLANOS/AS Y BOLIVIANOS/AS EN LAS PROVINCIAS DE SALTA Y JUJUY
MIGRANTS AND ACCESS TO HEALTH IN THE CONTEXT OF COVID-19. A STUDY ON VENEZUELAN AND BOLIVIANS IN THE PROVINCES OF SALTA AND JUJUY

Andes

vol. 34, núm. 1, p. 188 - 223, 2023

Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades

, Argentina

andesportalderevistas@rectorado.unsa.edu.ar

ISSN: 0327-1676 / **ISSN-E:** 1668-8090



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.