

población y desarrollo

Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina

Corina Courtis

Gabriela Liguori

Marcela Cerrutti



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño
de Demografía (CELADE) - División
de Población de la CEPAL



Santiago de Chile, septiembre de 2010

Este documento fue preparado por Corina Courtis, consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE – División de Población de la CEPAL), en el marco del Proyecto Promoción de los Derechos Humanos de Jóvenes y Mujeres Migrantes y Fortalecimiento de los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, Incluido el VIH/SIDA, y Violencia de Género en Zonas Fronterizas de Países Seleccionados del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El capítulo I sobre caracterización demográfica fue elaborado sobre la base del trabajo de Marcela Cerrutti, con participación de Guillermo Alonso. Los otros capítulos se basaron en documentos preparados por Gabriela Liguori, en conjunto con Brenda Canelo, Corina Courtis, Georgina Talpone y Sabrina Vecchioni. El documento fue realizado bajo la coordinación de Alejandro I. Canales, y la supervisión final de Jorge Martínez Pizarro y Leandro Reboiras Finardi del CELADE.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1680-8991

ISBN: 978-92-1-323445-7

LC/L.3248-P

Nº de venta: S.10.II.G.53

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2010. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
1. Contexto	9
2. La inmigración boliviana en la Argentina	10
2.1. La localización geográfica: el rol de las áreas fronterizas	11
I. Caracterización sociodemográfica de la población migrante en el área de frontera y el acceso a la salud de mujeres y jóvenes	15
1. Las fuentes para el análisis de migración, frontera, salud y género en la Argentina	16
1.1 Límites de las fuentes de información alternativas	16
1.2. Las fuentes empleadas.....	18
2. Las características de la población boliviana en las localidades de la frontera	18
2.1 La estructura por sexo y edad.....	18
2.2 La familia: las modalidades de unión.....	19
2.3 La fecundidad de las mujeres	20
2.4 Las condiciones sociales	21
3. Las características de la población boliviana residente en las áreas metropolitanas de San Salvador de Jujuy y de Salta	22
3.1 Los “motivos” de la migración.....	22
3.2 La maternidad a larga distancia ¿mito o realidad?	23
3.3 El acceso a la salud.....	24
4. Apostilla	24

II. Salud sexual y reproductiva de poblaciones migrantes en la frontera argentino-boliviana	25
1. Consideraciones preliminares	25
2. Abordaje académico	27
3. Abordaje desde las agencias gubernamentales	30
4. Abordaje desde los organismos internacionales	36
5. Abordaje desde la sociedad civil.....	39
6. A modo de cierre.....	39
III. Políticas Públicas y legislación que impide y/o promueve el acceso al cuidado de la salud, derechos y justicia de la población migrante	41
1. Normativa de nivel internacional.....	42
1.1 El acceso a derechos y las problemáticas de la salud en los instrumentos internacionales	42
1.2 La Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia: opiniones de los Comités de las Naciones Unidas	43
1.3 El derecho a la salud de las poblaciones migrantes y el MERCOSUR	46
1.4 Los acuerdos bilaterales y la salud.....	48
2. Políticas, planes y programas de nivel nacional: las poblaciones migrantes de frontera en la agenda nacional	49
2.1 El Estado Plurinacional de Bolivia	49
2.2 La Argentina	52
3. Denuncias: cuando la práctica viola derechos	61
4. Consideraciones finales	64
IV. Atención de las demandas de salud y/o acceso al derecho a la salud de las poblaciones migrantes en la frontera argentino-boliviana	67
1. El trabajo de las organizaciones intergubernamentales e internacionales	67
1.1 Organización Internacional para las Migraciones – Oficina Regional Cono Sur	68
1.2 El ACNUR, el programa ONUSIDA y el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF)	68
2. Organizaciones no gubernamentales: características y relación con poblaciones migrantes.....	69
2.1 Pastoral Migratoria Prelatura de Humahuaca	69
2.2 ONG Mujeres solidarias	70
2.3 ATTA Jujuy (Asociación de travestis, transexuales y transgéneros argentinas – sede Jujuy)	70
2.4 Asociación Juanita Moro	70
2.5 Clínica Jurídica UBA–CAREF–CELS	70
3. Articulaciones y experiencia de trabajo en redes.....	71
4. Algunas reflexiones	71
V. Síntesis integrativa	73
Bibliografía	77
Serie población y desarrollo: números publicados	83

Índice de cuadros

CUADRO 1	ARGENTINA: POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO Y POBLACIÓN NACIDA EN PAÍSES NO LIMÍTROFES Y LIMÍTROFES EN DIFERENTES FECHAS CENSALES, 1869–2001	10
----------	---	----

CUADRO 2	ARGENTINA: MUJERES DE ORIGEN BOLIVIANO ENTRE 15 Y 49 AÑOS EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS, 2001	20
CUADRO 3	ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO ENTRE 18 Y 65 AÑOS EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR SEXO, SEGÚN MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO	21
CUADRO 4	SAN SALVADOR DE JUJUY Y SALTA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO DE 18 AÑOS Y MÁS POR MOTIVO DE LA MIGRACIÓN, SEXO Y AÑO DE LLEGADA A LA ARGENTINA	23
CUADRO 5	SAN SALVADOR DE JUJUY Y SALTA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO POR SEXO, COBERTURA DE SALUD Y AÑO DE LLEGADA A LA ARGENTINA	24
CUADRO 6	ARGENTINA: EGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA POR GRUPO ETARIO Y LUGAR DE RESIDENCIA	33
CUADRO 7	PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO, 2007	33
CUADRO 8	PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN SEXO, 2007	34
CUADRO 9	PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES FEMENINOS NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN EDAD, 2007	34
CUADRO 10	PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE PACIENTES RESIDENTES EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO, 2007	35
CUADRO 11	PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE PACIENTES RESIDENTES EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN SEXO, 2007	35
CUADRO 12	PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE RESIDENTES FEMENINAS BOLIVIANAS SEGÚN EDAD, 2007	35

Índice de recuadros

RECUADRO 1	OTROS INFORMES RELEVANTES PRODUCIDOS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES	38
------------	---	----

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	ARGENTINA: REPRESENTACIÓN DE LA MIGRACIÓN BOLIVIANA EN EL STOCK DE INMIGRANTES DE PAÍSES LÍMITROFES Y DEL PERÚ, 1980-2001	11
GRÁFICO 2	ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO, 2001	13
GRÁFICO 3	ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2001	18
GRÁFICO 4	ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN DE LOS INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2001	19
GRÁFICO 5	ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO, EN UNIÓN O MATRIMONIO, EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA, SEGÚN SEXO Y EDAD, 2001	20

Resumen

La movilidad de personas entre el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina –en particular, la migración desde el primer país hacia el segundo– es de larga data y antecede a la formación de ambos Estados nacionales. Las ocupaciones (semi) rurales de la economía regional fronteriza argentina fueron foco de atracción para personas de origen boliviano hasta su declive en la década de 1960, cuando comienza a observarse la metropolización de esta dinámica migratoria. Con todo, subsiste en la frontera argentino-boliviana la impronta de estos procesos, a los que se suman movimientos recientes. En la actualidad, se registra en la zona –postergada socioeconómica y políticamente– una amplia gama de situaciones migratorias y de movilidad que incluyen la residencia habitual, la migración laboral temporaria para la zafra, la migración laboral fronteriza, los movimientos de los abastecedores (paseros/as y vendedores/as ambulantes) y consumidores fronterizos, el tránsito hacia otros destinos en el país y la movilidad indígena.

Las fuentes más confiables de información estadística sobre la población migrante en la Argentina permiten captar parte de esta población. Desde una mirada atenta al género, muestran que se trata de poblaciones feminizadas con un predominio en edades reproductivas y revelan la formación de familia temprana, la maternidad precoz y bajos alcances educativos de las adolescentes. Los datos dan cuenta de condiciones desfavorables de vivienda de la población de origen boliviano en zona de frontera y de un limitado acceso a los servicios de salud, aportando indicios de la alta vulnerabilidad general en la que se encuentran las mujeres jóvenes inmigrantes en la frontera.

Las estadísticas disponibles no permiten el análisis específico en profundidad de la situación de morbilidad y mortalidad de los inmigrantes pero los escasos estudios cualitativos existentes identifican un abanico de problemáticas salientes en materia de salud que afecta a las mujeres

migrantes: obstáculos estructurales y prácticas discriminatorias en el acceso a la salud en general de la población boliviana, especiales trabas para acceder a programas de salud materno-infantil, obstáculos para la inscripción de los hijos y dificultades para acceder al tratamiento del VIH/SIDA. Como temas vinculados a la violencia de género aparecen el ingreso y/o tráfico de personas adultas, niñas y adolescente víctimas de explotación y/o trata mayormente laboral, las condiciones de detención de mujeres acusadas de tráfico de droga en la frontera y la violencia ejercida por los agentes de control migratorio sobre las mujeres bolivianas durante las requisas fronterizas. En cuanto a la población joven, una problemática que involucra temas de salud es la de los riesgos de trabajo de los paseros.

Si bien, desde el punto de vista normativo, tanto en el plano migratorio como de la salud, el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina han ratificado los instrumentos internacionales de derechos humanos que brindan amplia protección a las poblaciones bajo foco, dicha protección resulta de carácter general y, en la práctica, no se aplica efectivamente a sus destinatarios. Los acuerdos bilaterales que involucran temas de salud han apuntado al control sanitario fronterizo antes que al derecho a la salud de la población migrante. De hecho, la salud de la población migrante en frontera no ha sido recogida por política específica alguna; su abordaje es de momento residual, subproducto de los intentos por erradicar enfermedades endémicas.

El funcionamiento de las iniciativas, programas y proyectos en materia de salud y migraciones llevados a cabo por gobiernos, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil en la frontera no han sido sistemáticos ni regulares sino implementaciones esporádicas de acciones nacidas de inquietudes extra-locales y ejecutadas por agentes sin inserción local real. Sumadas a la temporalidad reducida y al financiamiento acotado, estas deficiencias atentan contra la viabilidad y sustentabilidad de las iniciativas tendientes a la promoción de los derechos humanos de las poblaciones migrantes en frontera.

Introducción

1. Contexto

La Argentina es tradicionalmente conocida como país receptor de inmigración europea, especialmente de grandes contingentes de italianos y españoles que arribaron entre la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Sin embargo, a la par del ingreso cuantioso, aunque no constante, de los migrantes de ultramar, ya desde mediados del siglo XIX, el Estado argentino registra la llegada de inmigrantes regionales, principalmente limítrofes¹, cuya presencia resultó opacada por el fuerte impacto de la inmigración europea en la estructura demográfica de la población. Mientras que la migración de ultramar reconoció su límite máximo entre 1890 y 1914 –año en que llegó a representar casi el 28% de la población total– para luego disminuir bruscamente y detenerse poco después de la segunda guerra mundial, el ingreso de la migración limítrofe, aunque lento, fue siempre sostenido y hasta hoy estos migrantes representan entre un 2 y un 3% de la población total. Como consecuencia del cambio en la composición de las corrientes internacionales, el peso de los limítrofes en el conjunto de los extranjeros ha tendido a elevarse y hoy representan más de la mitad de los no limítrofes, situación que podría explicar la alta visibilidad social que la migración limítrofe ha adquirido en la Argentina actual.

Hasta la década de 1960, el principal foco de atracción de los migrantes limítrofes fueron las ocupaciones semi rurales en las economías regionales fronterizas a sus respectivos países de origen. En términos generales, el ingreso de los migrantes de países limítrofes estaba caracterizado por la estacionalidad y la pendularidad entre su lugar de origen y un destino relativamente cercano en la Argentina (Marshall, 1983).

¹ Los países limítrofes de Argentina son el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay, el Uruguay y Chile.

Pero después de esa década, y siguiendo el patrón de la migración interna, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) comenzó a adquirir cada vez más importancia como destino. Entre 1960 y 1991, el AMBA pasó de recibir el 25% de los migrantes a recibir el 50%. Esta tendencia fue acompañada por un gradual aumento de la proporción de mujeres migrantes. Además, en la década de 1990 –en la que se conjuga la caída de las economías regionales con la instalación, en la Argentina, de un régimen cambiario de paridad con el dólar estadounidense– la composición de los flujos regionales registra un aumento en el ingreso de ciudadanos peruanos.

CUADRO 1
ARGENTINA: POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO Y POBLACIÓN NACIDA EN PAÍSES NO LIMÍTROFES Y LIMÍTROFES EN DIFERENTES FECHAS CENSALES, 1869–2001

Año	Población total	Población extranjera	Extranjeros sobre población total	Población extranjera no limítrofe	Nacidos en países no limítrofes sobre población total	Población extranjera limítrofe	Nacidos en países limítrofes sobre población total
1869	1 737 076	210 189	12,1%	168 970	9,7%	41 360	2,4%
1895	3 954 911	1 004 527	25,2%	890 946	22,3%	115 892	2,9%
1914	7 885 237	2 357 952	29,9%	2 184 469	27,3%	206 701	2,6%
1947	15 893 827	2 435 927	15,3%	2 122 663	13,3%	313 264	2,0%
1960	20 010 539	2 604 447	13,0%	2 137 187	10,7%	467 260	2,3%
1970	23 390 050	2 210 400	9,5%	1 676 550	7,2%	533 850	2,3%
1980	27 947 447	1 912 217	6,8%	1 149 731	4,1%	753 428	2,7%
1991	32 615 528	1 628 210	5,0%	811 032	2,4%	817 428	2,6%
2001	36 260 130	1 531 940	4,2%	608 695	1,6%	923 215	2,6%

Fuente: INDEC (1997), "La migración en la Argentina: sus características e impacto", *serie Estudios 29*; INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001, www.indec.mecon.gov.ar.

Pese a la metropolización de la dinámica inmigratoria argentina, en diversas provincias fronterizas subsiste la impronta de procesos de larga data, a los que se suman movimientos actuales. Es el caso de las provincias del noroeste argentino colindantes con el Estado Plurinacional de Bolivia: Jujuy y Salta, que comprenden jurisdicciones donde la población boliviana alcanza –aunque muy por detrás del AMBA– mayores representaciones en el país y contienen, además, pasos que no sólo constituyen vías de ingreso terrestre significativas para la población proveniente tanto del territorio boliviano como del Perú, sino que subtienden localidades entre las que se han generado dinámicas de cruce recurrente. A lo largo de la frontera argentino-boliviana existen tres pasos legalmente habilitados, que conectan las localidades de La Quiaca-Villazón (en la precordillera andina, en el límite entre la provincia de Jujuy y el departamento boliviano de Potosí), Aguas Blancas-Bermejo y Salvador Mazza-Yacuiba (ambos en el límite entre la provincia de Salta y el departamento boliviano de Tarija). En Salta se ubica la pequeña localidad fronteriza de Los Toldos.

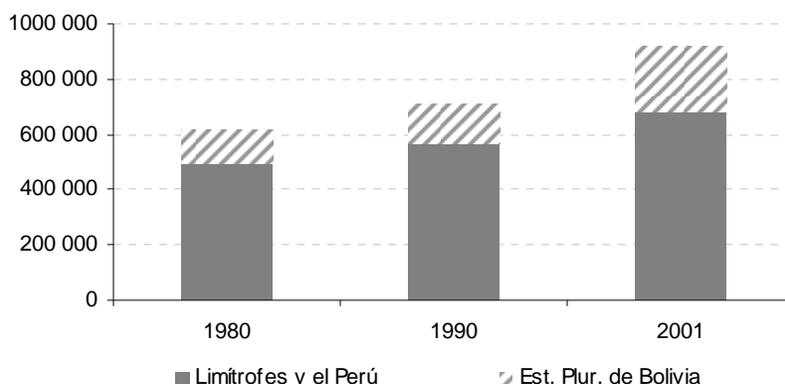
2. La inmigración boliviana en la Argentina

Sin duda, a lo largo de las últimas dos décadas, la inmigración proveniente del Estado Plurinacional de Bolivia a la Argentina ha sido, junto a la inmigración peruana, una de las más dinámicas². Las desventajosas condiciones económicas de dicho país sumando a las posibilidades de inserción laboral en la Argentina, promovieron la intensificación de un flujo migratorio relativamente continuo, estimulado por extensas redes sociales migratorias (Benencia, 1997; Benencia y Quaranta, 2007). Entre 1980 y 2001, el stock de bolivianos en la Argentina se duplicó pasando de 118.141 a 233.464 personas y, a lo largo de la década de los noventa, el stock de inmigrantes bolivianos se incrementó en un 63% –crecimiento muy por

² La migración del Estado Plurinacional de Bolivia a la Argentina junto con la del Perú y el Paraguay han sido las que evidenciaron mayor crecimiento a lo largo de la última década.

encima del experimentado por el conjunto de la inmigración regional (23%). Este dinamismo se expresa también en que una proporción significativa (12,6%) de los migrantes bolivianos residentes en la Argentina en 2001 había llegado al país a lo largo de los cinco años previos al relevamiento. El peso relativo de este colectivo dentro del conjunto de inmigrantes de países limítrofes y del Perú ha crecido en forma significativa pasando de representar el 23,7% en 1980 al 34% en 2001 (véase el gráfico 1).

GRÁFICO 1
ARGENTINA: REPRESENTACIÓN DE LA MIGRACIÓN BOLIVIANA EN EL STOCK DE INMIGRANTES DE PAÍSES LIMÍTROFES Y DEL PERÚ, 1980-2001



Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población y Vivienda 1980, 1991 y 2001.

Aunque en menor medida que otras migraciones de países vecinos, también la boliviana muestra un proceso gradual de feminización. Entre 1980 y 2001, la proporción de mujeres en el total de inmigrantes de bolivianos residiendo en la Argentina pasó del 44,4% al 49,7%. El hecho de que entre los migrantes recientes, es decir quienes arribaron al país desde 1996 hasta la fecha del censo, las mujeres constituyan el 52,2% es también indicativo de que el proceso de feminización continúa.

Dado que en general se afirma que esta migración es de carácter familiar, el proceso de feminización de los stocks de inmigrantes residentes en la Argentina estaría señalando dos posibles cambios: el acortamiento del tiempo que demanda la reunificación de las familias y/o un incremento en la migración femenina. Información proveniente de la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales (ECMI 2002–2003) sugiere que el incremento de la participación femenina en la migración boliviana a la Argentina se vincula más a la búsqueda de trabajo que a la migración asociativa (ya sea como menor o para reunificarse con la familia). Mientras sólo algo más de un tercio (34,2%) de las mujeres que llegaron a la Argentina antes de 1990 declararon haber migrado por motivos laborales, entre aquellas que llegaron con posterioridad la proporción crece a la mitad (50,7%).

2.1 La localización geográfica: el rol de las áreas fronterizas

Como nota Caggiano (2007), en el momento de la conquista española el noroeste constituía la región más poblada del territorio que luego devendría argentino. Los desplazamientos y contactos poblacionales entre esta región del noroeste argentino y el sur occidental boliviano tienen una historia muy anterior a la formación de los respectivos Estados nacionales puesto que ambas zonas pertenecieron al Tawantinsuyu y presentaban entonces una significativa integración económica y social. De allí la importancia de la inmigración boliviana en Jujuy y Salta³ en términos numéricos y socioculturales. De acuerdo al Censo Nacional de Población de 1895, casi la totalidad de los inmigrantes bolivianos se concentraba en estas provincias (55% en Jujuy y 40% en Salta) (Ceva, 2006). Sala (2000 y 2002) señala

³ Por el contrario, el impacto de la inmigración europea es significativamente menor al que tuvo en otras regiones del país y especialmente en el Río de La Plata.

que la provincia de Jujuy fue, hasta la década de 1970, el escenario más importante de la migración boliviana en la Argentina⁴ y, según el Censo Nacional de Población de 1991, el 97% de los extranjeros limítrofes censados en ese momento en Jujuy habían nacido en el Estado Plurinacional de Bolivia. Estos movimientos están asociados en un comienzo a la zafra en el área cañera y, más recientemente a las actividades tabacaleras y frutihortícola, y, principalmente en la capital provincial –San Salvador de Jujuy– y otras áreas urbanas, a la construcción, las *changas*⁵, al comercio y el servicio doméstico (Karasik, 1994 y Karasik y Benencia 1998 y 1999). La ocupación en este último nicho es concomitante con la feminización, al menos en sentido cuantitativo, de esta corriente migratoria (Sala, 2000 y 2002).

Cabe destacar con Caggiano (2007) que, tanto del lado boliviano como del argentino, se está ante regiones postergadas y alejadas de las respectivas capitales nacionales: Jujuy es una de las provincias económicamente más relegadas de la Argentina desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando el desarrollo se orientó hacia el puerto de Buenos Aires en torno de la actividad agroganadera. El quiebre de las economías regionales de los últimos treinta años ha ahondado estas desigualdades. En ese marco, el mercado laboral jujeño se ha mostrado crecientemente limitado para absorber la oferta de trabajadores, lo que ha redundado en la persistencia del patrón de concentración selectiva de trabajadores bolivianos en actividades de mano de obra intensiva, la creación de autoempleo y la emergencia de formas precarias de inserción laboral, que implican sobreexplotación y dificultades para acceder, no sólo al amparo de las leyes laborales, sino también a los sistemas de seguridad y previsión social. De ahí que, si bien la circulación de personas en las áreas de frontera siempre fue y posiblemente continúe siendo intensa, los migrantes bolivianos han dejado de preferirlas como lugar de residencia desde ya hace varias décadas. En el año 2001, las provincias argentinas fronterizas con el Estado Plurinacional de Bolivia concentraban sólo al 22% del total de inmigrantes bolivianos (véase el gráfico 2) mientras que seis de cada diez residentes bolivianos en la Argentina vivían en el AMBA⁶. Las otras provincias en las que se detectaron números significativos de inmigrantes de ese origen fueron Mendoza y Córdoba. La preferencia creciente por residir en la ciudad de Buenos Aires o en la provincia de Buenos Aires, en contraposición a hacerlo en provincias lindantes con el Estado Plurinacional de Bolivia se manifiesta en la proporción de migrantes recientes en una y otra región. Así, mientras algo más de dos tercios (68%) de quienes llegaron a partir de 1996 se establecieron en el AMBA, sólo el 6,2% lo hizo en Jujuy.

De las cuatro localidades argentinas de frontera con el Estado Plurinacional de Bolivia dos son muy pequeñas (Aguas Blancas y Los Toldos) y las otras dos albergan alrededor de 15.000 habitantes cada una (La Quiaca y Profesor Salvador Mazza)⁷. La evolución reciente de estas localidades ha sido muy dispar. Mientras la de Profesor Salvador Mazza en Salta experimentó un crecimiento poblacional del 71,2% entre 1991 y 2001, La Quiaca, en Jujuy, sólo creció un 19,7% en el mismo período. Por otra parte, si bien Aguas Blancas continúa siendo pequeña, su población creció un 34,4%. Contrariamente, la población de la ya pequeña localidad de Los Toldos se redujo (pasó de 833 habitantes a 757). Un dato interesante es que, a pesar de tratarse de localidades fronterizas, el peso relativo de la población de origen boliviana, si bien es mayor que en otras zonas del país, no es muy elevado. En efecto, en la localidad que presenta el mayor porcentaje de población de dicho origen, Aguas Blancas, el porcentaje es del 12%. Le sigue en orden de importancia La Quiaca (8,9%), profesor Salvador Mazza (6,9%) y Los Toldos (6,7%). Cabe mencionar que de todos los inmigrantes bolivianos residiendo en esas cuatro localidades fronterizas un 29,1% son migrantes recientes, es decir que llevan cinco años o menos viviendo en el país.

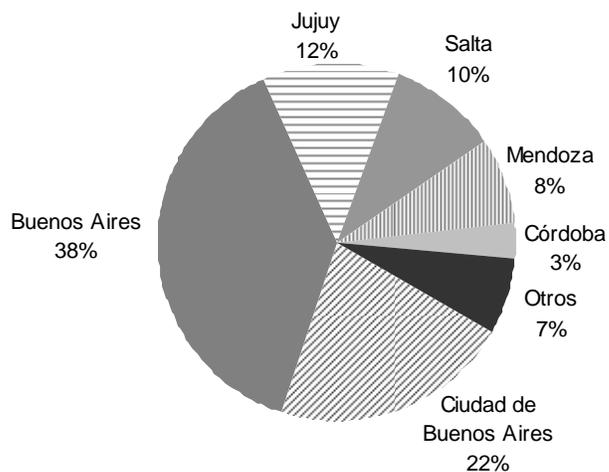
⁴ Si bien la provincia de Jujuy posee una historia de arribos constantes, se distinguen tres momentos en la llegada de bolivianos (Karasik, 1994; Karasik y Benencia, 1998-1999). El primero, desde mediados del siglo XIX, en el que arribaron a varias zonas de la Quebrada de Humahuaca migrantes bolivianos con recursos económicos, integrándose con éxito en la estructura socioeconómica de la región. El segundo, hacia el final de ese siglo y, especialmente, principios del XX, dado por la llegada de sectores campesinos empobrecidos. Y el último es el ingreso masivo de bolivianos durante las décadas del cuarenta y cincuenta.

⁵ En la Argentina, el Uruguay y el Paraguay se refiere a ocupaciones informales, en lenguaje popular.

⁶ La concentración de inmigrantes en la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires si bien parece elevada, es bastante menor en comparación con la de otros colectivos inmigratorios regionales. Por ejemplo, el 80,4% de los paraguayos en la Argentina, el 82% de los peruanos y el 88,9% de los uruguayos declararon su residencia en Buenos Aires o la ciudad de Buenos Aires. El único grupo inmigratorio que presenta una mayor dispersión geográfica que su par boliviano es el chileno.

⁷ La Quiaca, en Jujuy, tiene 13.761 habitantes, algo menos que la localidad de Profesor Salvador Mazza en Salta (16.068 habitantes). Aguas Blancas y Los Toldos cuentan con 1.403 y 757 habitantes, respectivamente.

GRÁFICO 2
ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS INMIGRANTES
DE ORIGEN BOLIVIANO, 2001



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

I. Caracterización sociodemográfica de la población migrante en el área de frontera y el acceso a la salud de mujeres y jóvenes

Si bien son numerosas las investigaciones que han descrito y caracterizado la inmigración boliviana en la Argentina⁸, son más escasas las que se han referido a las realidades sociales de los inmigrantes que viven en la frontera o de quienes se encuentran en tránsito entre un país y el otro⁹. Este capítulo busca efectuar una descripción y evaluación de las fuentes de datos disponibles en la Argentina para analizar aspectos referidos a la salud y al acceso a los servicios de salud por parte de los inmigrantes en la frontera argentino-boliviana, con énfasis en las mujeres y los jóvenes. Además, contribuir al conocimiento de los perfiles sociodemográficos de los inmigrantes bolivianos en las áreas de frontera, incluyendo algunos aspectos que directa o indirectamente se vinculan a su salud y a su acceso a servicios de salud.

⁸ De los colectivos de inmigrantes limítrofes, la inmigración boliviana ha sido la más estudiada en la Argentina. Para estudios clásicos de dicha migración, véase Balán, 1990; Benencia y Karasik, 1994; Benencia, 1997; Grimson, 1999.

⁹ Los estudios sobre la provincia de Jujuy destacan tensiones derivadas del rol relativamente marginal de esta provincia en el concierto nacional, por un lado, y de su rol central como puerta de entrada a los inmigrantes bolivianos a la Argentina, por el otro. Los principales antecedentes recientes referidos a la migración boliviana en la frontera son tanto de carácter antropológico (Karasik, 1994, 2000 a y b y 2005 y Caggiano, 2003, 2005 y 2006) como sociodemográficos (Karasik y Benencia, 1998-1999; Sala, 2000 y 2001 y Bergesio y Golovanevsky, 2005).

1. Las fuentes para el análisis de migración, frontera, salud y género en la Argentina

El estudio de carácter representativo de unidades poblacionales de tamaño reducido presenta una serie de dificultades. En la Argentina, la realización de investigaciones sobre temas específicos de colectividades de inmigrantes es un ejemplo claro de esta situación. Dos son básicamente las limitaciones que se presentan para estudiar a grupos de inmigrantes distinguidos por su origen nacional. La primera es que las fuentes tienen que contener el lugar de nacimiento de los respondientes, para poder identificarlos por su origen. Si bien esta condición parece una obviedad, lo cierto es que en la Argentina se han relevado encuestas conteniendo información que habría podido ser de utilidad para conocer mejor la situación de salud de los inmigrantes, pero en las que no se preguntó por el origen de las personas, perdiendo la oportunidad de conocer mejor la situación social, sanitaria y reproductiva de los inmigrantes que residen en el país.

La otra limitación se vincula al tamaño de las muestras. Dado que, en general, las encuestas no tienen como propósito la inmigración, la información no se releva con criterios técnicos específicos, como por ejemplo mediante un sobremuestreo. A consecuencia de ello, los parámetros que se estiman para colectivos migratorios particulares presentan un amplio margen de error. Esta limitación lleva a que los estudios sobre inmigrantes en la Argentina basados en encuestas prediquen sobre el conjunto de personas de origen latinoamericano o de países limítrofes y no sobre inmigrantes de nacionalidades específicas. Debido a estas restricciones, en la actualidad la inmigración boliviana en la Argentina sólo puede estimarse, caracterizarse y analizarse mediante dos fuentes principales de información: el último Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales, 2002–2003. Si bien la información relevada por ambas fuentes tiene varios años de antigüedad, son las únicas que proveen datos relativamente confiables sobre dicha población en particular. Estos datos permiten caracterizar a las poblaciones residentes en áreas de frontera y a la población residente en las capitales y áreas metropolitanas más cercanas a la zona de frontera entre la Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia, las ciudades de San Salvador de Jujuy y de Salta.

1.1 Límites de las fuentes de información alternativas

1.1.1 Los registros

Además de los censos de población existen dos tipos generales de fuentes de información para el análisis de la inmigración: los registros de población y las encuestas. Para el estudio sobre salud y migración en la frontera con el Estado Plurinacional de Bolivia, tres son los registros con mayor utilidad potencial: los registros migratorios de entradas y salidas, los registros vitales y las estadísticas hospitalarias.

La posibilidad de captar y describir las poblaciones móviles en la Argentina se ve muy restringida por la baja calidad de los datos sobre entradas y salidas generada en los puestos fronterizos entre el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina. Si bien en la actualidad la Dirección Nacional de Migraciones de la Argentina está llevando a cabo políticas de mejoramiento de dichos registros, por el momento estos datos no constituyen una fuente confiable y de utilidad para el estudio de esta población¹⁰.

El segundo tipo de registros, las estadísticas vitales, tienen una limitación esencial: los certificados ya sea de nacimiento o de defunción no incluyen preguntas sobre lugar de nacimiento (ni del difunto, ni de la madre del recién nacido o del nacido muerto)¹¹. De este modo no es posible establecer tasas de mortalidad específicas ni tampoco un análisis de las causas de muerte de los inmigrantes en la frontera. Tampoco es posible establecer las características de la atención al parto o el peso del recién nacido de madres bolivianas. El único registro que incluye el lugar de nacimiento es el certificado de matrimonio. Sin embargo, como se verá más adelante, esta información tiene una utilidad bastante restringida, dada la alta incidencia de uniones consensuales en la población bajo estudio.

¹⁰ Cabe señalar que aun bajo el supuesto de que dicha información fuera confiable, los registros de entrada y salida tal como son reportados no permiten caracterizar a la población en términos sociodemográficos.

¹¹ Más detalles sobre los certificados de nacimiento, defunción y defunción fetal véase <http://www.deis.gov.ar/descrformularios.htm>.

Finalmente, las estadísticas de salud disponibles, que serían de suma utilidad para definir perfiles de morbilidad de la población boliviana en la frontera, no están exentas de limitaciones. Por ejemplo, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy genera periódicamente información sobre la notificación de una amplia gama de enfermedades e intoxicaciones. Para cada una de ellas se señalan los casos y se estiman tasas correspondientes. Asimismo, la provincia genera informes por hospital en los que se consignan las internaciones y los egresos por servicios, las atenciones de partos y abortos, e indicadores sobre rendimiento estadístico. Lamentablemente esta información no viene discriminada por lugar de nacimiento de los pacientes. Esto no necesariamente implica que en los hospitales no se registre dicha información aunque, por cierto, no se la reporta ni sistemática ni automáticamente¹².

1.1.2 Las encuestas

Las encuestas de diverso tipo, periódicas o puntuales, que se han llevado a cabo en la Argentina, presentan limitaciones para el estudio de colectividades migratorias específicas debido al tamaño reducido de sus muestras y/o a la imposibilidad de identificar el lugar de nacimiento de la población bajo estudio.

El reducido tamaño de las muestras es la limitación más frecuente. Es el caso de una de las fuentes más importantes y tradicionales de datos sociodemográficos en la Argentina, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Esta encuesta, de carácter multipropósito, genera información sobre un conjunto de rasgos sociales, demográficos, económicos y laborales de los individuos y sus hogares. Si bien dicha fuente incluye la variable lugar de nacimiento, no permite realizar estudios sobre colectivos inmigratorios específicos y por dicho motivo los estudios agrupan el conjunto de los inmigrantes regionales (fundamentalmente de países limítrofes) sin distinguir su origen nacional.

Otra de sus limitaciones es que no incluye características sobre aspectos vinculados a la salud¹³, aunque sí algunos rasgos indicativos del acceso a servicios de salud y sobre las condiciones de vida de los hogares, que indirectamente pueden afectar la salud (como por ejemplo condiciones de vivienda inconveniente). Estos rasgos, se mencionó, son plausibles de ser estudiados para el conjunto de inmigrantes limítrofes, pero no para colectivos inmigratorios particulares.

Existen dos fuentes de datos que integran una amplia gama de variables sobre los problemas de salud y de acceso a la salud de la población y que si bien permiten distinguir a los inmigrantes limítrofes, dado el reducido tamaño no dejan extraer conclusiones para colectivos migratorios específicos. Estas son la Encuesta de Desarrollo Social (EDS), relevada en 1997 y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), relevada en 2001¹⁴. Estas encuestas, si bien tienen varios años de antigüedad, son representativas a nivel nacional y contienen una rica información referida a problemas de salud, conductas preventivas y acceso a servicios de salud, así también sobre salud reproductiva y HIV¹⁵. Lamentablemente los estimadores no son confiables para analizar la población específica de inmigrantes bolivianos en la Argentina.

En el año 2004, el Ministerio de Salud de la Argentina relevó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, que generó información socioeconómica, de salud y nutricional de niños, niñas, mujeres en edades reproductivas y embarazadas. Esta fuente habría sido de una enorme riqueza para el análisis de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes y de sus hijos, pero lamentablemente no incluyó la pregunta sobre lugar de nacimiento que hubiera permitido distinguir el origen de la población.

¹² El Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC, Argentina) realizó en 2004 un diagnóstico socio sanitario de la provincia de Jujuy. Dicho diagnóstico contiene rica información sobre indicadores de salud a nivel departamental pero en ningún caso los datos se presentan desagregados por lugar de nacimiento.

¹³ A lo largo del tiempo, la Encuesta Permanente de Hogares fue incluyendo módulos específicos, algunos de los cuales se refieren directa o indirectamente a indicadores de salud y de acceso a la salud. Un ejemplo es el de la EPH de mayo de 1994, que incorporó un módulo específico sobre la situación de salud materno infantil. En el año 1999, la EPH incluyó también un módulo sobre Utilización de Servicios de Salud.

¹⁴ Ambas fueron relevadas por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina.

¹⁵ De hecho, mediante datos provenientes de dichas fuentes, Cerrutti (2006) realizó un diagnóstico comparativo de problemas de salud, utilización de servicios de salud y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina y población nativa.

1.2 Las fuentes empleadas

Debido a los motivos señalados la caracterización que se realiza en las secciones subsiguientes se hace en base al Censo Nacional de Población y Vivienda de la Argentina de 2001 y a la Encuesta Complementaria de Migración (ECMI) de 2002–2003. La ECMI forma parte del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y se propuso generar información sobre migraciones mediante el conocimiento de características de los desplazamientos de población poco estudiados a nivel estadístico.

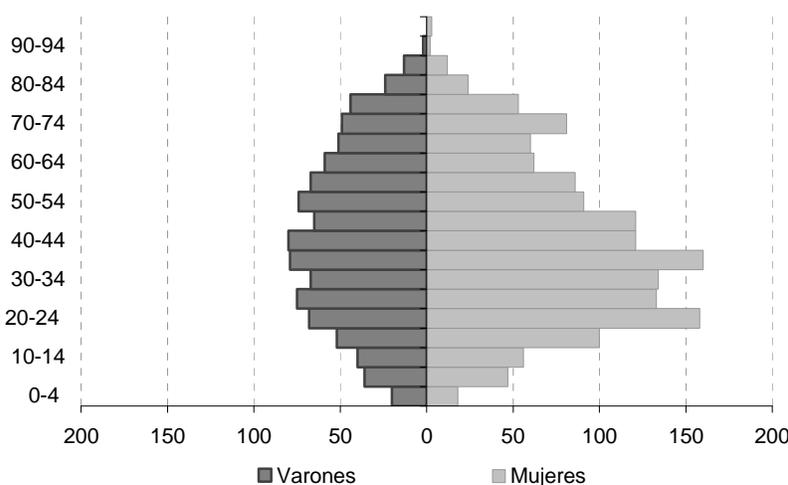
El carácter complementario de la encuesta respecto del censo estuvo dado tanto por el diseño conceptual como por el origen de su muestra. Los datos de la encuesta no reemplazan a los del censo, sino que se refieren a aspectos adicionales sobre la migración. En cuanto a la selección muestral, la captación del lugar de nacimiento por parte del censo de 2001 constituyó el marco del cual se extrajeron 18 muestras independientes de hogares con al menos una persona nacida en algún país limítrofe (Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile, el Paraguay y el Uruguay). Tales hogares fueron revisitados entre septiembre de 2002 y septiembre de 2003 para la realización de la ECMI. En este trabajo, a partir de los datos provenientes de la ECMI se amplía el diagnóstico a otros aspectos del proceso migratorio que no fueron contemplados en el censo, tales como los motivos de la migración, la maternidad a larga distancia y el acceso a servicios de salud de los inmigrantes.

2. Las características de la población boliviana en las localidades de la frontera

2.1 La estructura por sexo y edad

Una particularidad de la inmigración boliviana en las localidades de frontera es la alta representación de las mujeres (61,2%). Esta proporción es muy superior a la que se detecta para el total del país, que ronda el 50%. Considerando a la población de inmigrantes de todas las localidades juntas, la mayor disparidad entre mujeres y varones de origen boliviano se da en las edades comprendidas entre la adolescencia hasta alrededor de los 40 años (véase el gráfico 3). En dichas edades las mujeres casi duplican a los varones.

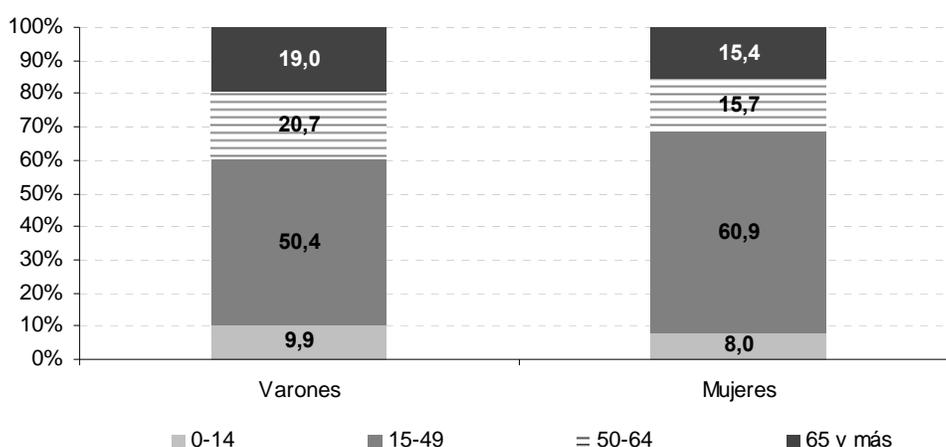
GRÁFICO 3
ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2001



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

En La Quiaca, la presencia femenina entre los inmigrantes es aun mayor, alcanzando el 64,7%. En esta localidad, las mujeres superan con creces el número de varones en todos los grupos etarios, con la excepción de los más pequeños (hasta 14 años). En cambio, en la otra localidad de mayor tamaño, Profesor Salvador Mazza, las brechas entre varones y mujeres son algo más bajas y mayormente en la población entre 19 y 39 años de edad. Los perfiles etarios de varones y mujeres bolivianos son algo diferentes: entre ellas hay un mayor predominio de las que tienen entre 15 y 19 años de edad, y entre ellos la población es algo más envejecida (véase el gráfico 4). Vale la pena mencionar que, al igual que otros colectivos de inmigrantes, la representación de niños y adolescentes menores de 15 años es relativamente baja (9,9% entre los varones y 8% entre las mujeres).

GRÁFICO 4
ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN DE LOS INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2001



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

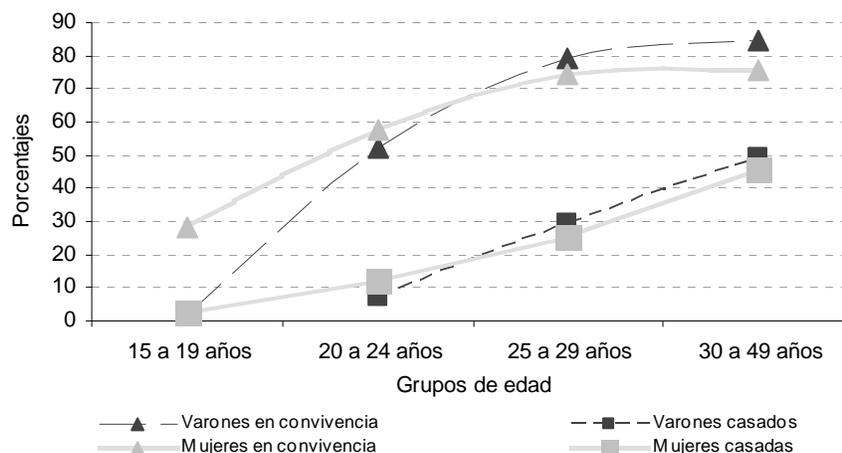
2.2 La familia: las modalidades de unión

Tanto mujeres como varones de origen boliviano que residen en la frontera, al llegar a los 25 años se encuentran mayormente conviviendo en pareja, lo que no implica que hayan contraído matrimonio. El gráfico 5 ilustra la brecha que existe entre el porcentaje de casados y el porcentaje de convivientes tanto en unión o matrimonio, lo cual estaría evidenciando que la modalidad preferida de formación de pareja es la unión consensual y no la legal.

Las mujeres comienzan más tempranamente a convivir en pareja que los varones, aunque con el tiempo el patrón es el opuesto: a edades adultas la proporción de varones que se mantienen conviviendo en unión libre o legal es más elevada que la de las mujeres. Dadas las diferencias en los números relativos de mujeres y varones, es posible especular que las bolivianas han formado pareja y conviven con varones argentinos¹⁶.

¹⁶ Lamentablemente, dado que no se cuenta con la base de datos a nivel individual, no se ha podido testear cuán difundida es la pauta de formación de parejas mixtas en la frontera. Sin embargo, dada la brecha entre sexos es muy posible que sea bastante extendida.

GRÁFICO 5
ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO, EN UNIÓN O MATRIMONIO,
EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA, SEGÚN SEXO Y EDAD, 2001



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

2.3 La fecundidad de las mujeres

Las jóvenes bolivianas residentes en la frontera mantienen una pauta de fecundidad temprana y elevada en comparación con la población nativa. Entre los 15 y 19 años de edad, el 35,8% de las adolescentes de origen boliviano ya han sido madres, proporción que más que duplica a la observada entre las adolescentes nativas que residen en las mismas localidades (16,6%). Entre los 20 y 24 años de edad, siete de cada diez mujeres de origen boliviano han tenido hijos, y entre las madres el promedio de hijos es 1,8 (véase el cuadro 2). Entre los 25 y 29 años, el número medio de hijos entre quienes han sido madres alcanza 2,8. Este promedio es superior al observado entre las jóvenes nativas (2,5).

CUADRO 2
ARGENTINA: MUJERES DE ORIGEN BOLIVIANO ENTRE 15 Y 49 AÑOS EN LAS LOCALIDADES
DE FRONTERA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS, 2001

Número de hijos	Grupos de edad				Total
	15-19	20-24	25-29	30-49	
Sin hijos	64,2	29,3	12,3	2,6	15,1
1	28,4	38,4	18,5	6,9	16,4
2	4,2	17,7	22,3	12,7	14,1
3	2,1	10,4	24,6	18,0	15,9
4	1,1	1,2	13,8	14,2	10,5
5	0,0	1,2	4,6	16,5	10,4
6	0,0	0,6	2,3	10,3	6,4
7	0,0	1,2	1,5	18,7	11,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	95	164	130	534	923
Promedio de hijos entre las madres					
Nativas	1,24	1,72	2,46	4,00	3,21
Origen boliviano	1,32	1,81	2,75	4,55	3,74

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

La pauta de esta alta fecundidad se manifiesta más claramente entre quienes se encuentran en etapas reproductivas más avanzadas, es decir entre 30 y 49 años de edad. Entre ellas, casi dos de cada diez tiene 7 hijos o más, y un cuarto entre 5 y 6 hijos. El promedio de hijos de estas madres es de 4,6.

2.4 Las condiciones sociales

Si bien el mantenimiento de pautas de fecundidad temprana y elevada entre las mujeres puede vincularse a sus particularidades culturales, también pueden ser el resultado de la falta de información y de recursos económicos y simbólicos necesarios para ejercer un control reproductivo efectivo. Es decir, esta alta fecundidad puede ser indicativa también de un estado de postergación social y económica de estas mujeres y de su dificultad para acceder a información y a métodos anticonceptivos.

A partir de los datos disponibles, en esta sección se examinan algunos indicadores de la situación social de estas poblaciones. En primer lugar, se presentan los perfiles educativos y la asistencia escolar de niños y jóvenes, los que evidencian el grado de vulnerabilidad social a futuro. En segundo lugar, las características de los hogares y viviendas, indicativas del grado de vulnerabilidad económica presente.

A modo de introducción, vale la pena mencionar que los alcances educativos de la población adulta entre 18 y 64 años de edad son bastante bajos, aunque no difieren de manera significativa entre mujeres y varones (véase el cuadro 3). La proporción de personas que no han alcanzado a completar la escolaridad primaria es del 59,6% en los varones y el 57% en las mujeres (proporción bastante más elevada al 43,8% correspondiente a la población rural de la provincia de Jujuy y al 19% correspondiente a la población urbana)¹⁷. Entre quienes sí lograron mayores alcances educativos, tampoco se evidencian diferencias por sexo, el 14,2% de ambos al menos completaron el nivel secundario.

En relación con la asistencia escolar de los niños y jóvenes, si bien existe una diferencia entre varones y mujeres, la tasa de asistencia en las edades comprendidas entre los 5 y los 14 años es relativamente alta (82,7% y 78%, respectivamente). Una minoría asistió y ya no asiste, es decir que quienes no están en la escuela, nunca lo han estado y posiblemente son los más pequeños.

CUADRO 3
ARGENTINA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO ENTRE 18 Y 65 AÑOS EN LAS LOCALIDADES DE FRONTERA POR SEXO, SEGÚN MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO

Máximo nivel de instrucción alcanzado	Varones	Mujeres	Total
Sin instrucción	14,0	21,0	18,4
Preescolar y primario incompleto	43,6	36,0	38,8
Primario completo	16,1	17,4	16,9
Secundario incompleto	12,3	11,4	11,7
Secundario completo	9,6	10,3	10,0
Terciario o Universitario incompleto	2,6	1,7	2,0
Terciario o Universitario completo	2,0	2,2	2,1
Total	100,0	100,0	100,0
	659	1 126	1 785

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

En la adolescencia, la tasa de asistencia escolar es muy baja y las diferencias a favor de los varones se acentúan. Sólo el 27% de las adolescentes bolivianas en la frontera se encuentra asistiendo a la escuela, mientras que entre los varones la proporción es del 40,4%¹⁸. Estas diferencias por sexo en las tasas de asistencia de los adolescentes seguramente se encuentran vinculadas a la maternidad precoz entre las

¹⁷ Datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 correspondientes a la población de 15 años residente en áreas rurales y urbanas de la provincia de Jujuy.

¹⁸ Cabe resaltar las marcadas diferencias entre municipios. Entre los adolescentes de La Quiaca, la tasa de asistencia es bastante superior, del 70% entre los varones y del 46% entre las mujeres.

mujeres. Como se mostró anteriormente, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad prácticamente una de cada cuatro ya son madres, lo que estaría conspirando contra su continuidad educativa.

Respecto a las características de los hogares en los que residen los inmigrantes bolivianos, un primer aspecto a señalar es que su tamaño promedio es algo más grande que el de los hogares que no tienen en su núcleo personas de origen boliviano (5,4 y 4,4 personas por hogar, respectivamente), seguramente vinculado a su alta fecundidad y al tipo de arreglo residencial de los migrantes¹⁹.

Asimismo, las condiciones habitacionales de los hogares en donde estos residen también son más deficientes. La incidencia de hacinamiento crítico —es decir con un promedio de 3 personas o más por cuarto— es mayor, ya que alcanza al 16,7% de los hogares, mientras que entre los hogares que no tienen miembros de origen boliviano es del 9,6%²⁰.

En cuanto a los indicadores de NBI²¹, vale la pena mencionar que si bien la proporción de los hogares que al menos tienen alguna de las condiciones del índice es elevada, lo cierto es que en dichas localidades los hogares que no poseen miembros de origen boliviano también presentan una alta incidencia de NBI. Así, por ejemplo, en La Quiaca y en Profesor Salvador Mazza, las dos más grandes, la proporción de hogares con algún indicador de NBI entre los que tienen migrantes y los que no tienen no son marcadamente diferentes (28,7 versus 23,5 en La Quiaca y 39,7% versus 30,7% en P.S. Mazza).

3. Las características de la población boliviana residente en las áreas metropolitanas de San Salvador de Jujuy y de Salta

La ECMI 2002-2003 incluye una serie de aspectos específicos de la migración que no han sido contemplados en el censo de población. Los datos que se presentan a continuación no se refieren estrictamente a las localidades de frontera sino a las áreas metropolitanas de las capitales de las provincias de Jujuy y Salta, San Salvador de Jujuy y Salta, respectivamente. Se ha priorizado analizar tres dimensiones vinculadas a la situación de las mujeres inmigrantes bolivianas: la primera se refiere a las razones de la migración, la segunda al fenómeno de la maternidad a larga distancia y la tercera al acceso a servicios de salud.

3.1 Los “motivos” de la migración

Un aspecto importante para comprender las características de la migración boliviana en la frontera con la Argentina se vincula con los motivos por los que decidieron emigrar. Si bien la indagación sobre las razones de la migración no es sencilla, dado que por lo general las decisiones migratorias son tomadas en función de un conjunto de situaciones mediatas e inmediatas, la mayoría de las encuestas sobre migración internacional incluye una pregunta tendiente establecer dichas razones. La ECMI no es una excepción, e incluye una pregunta realizada a todos los respondientes (quienes deben tener al menos 18 años de edad) sobre los motivos de la migración²². Las respuestas a dicha pregunta brindan un acercamiento a la problemática compleja de las decisiones migratorias y a las diferencias entre las motivaciones que conllevan a la emigración de varones y de mujeres.

Los resultados de la ECMI indican la existencia de diferencias en las razones aludidas entre varones y mujeres, pero no de una magnitud muy significativa (véase el cuadro 4). Si bien la falta o problemas de trabajo son los motivos más frecuentemente aludidos por los varones de origen boliviano, sólo menos de la mitad de ellos (44%) dio este tipo de respuesta. Entre las mujeres, esta proporción fue inferior (31%).

¹⁹ Existen algunas diferencias entre municipios: en La Quiaca la diferencia es superior (5,6 versus 4,0) que en Profesor Salvador Mazza (5,3 y 4,7).

²⁰ En Profesor Salvador Mazza la situación es más problemática, ya que el 20% de los hogares con miembros bolivianos tienen hacinamiento crítico.

²¹ Estimaciones del INDEC a partir de la información del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

²² La pregunta 5 del cuestionario dice: “¿Cuál fue el principal motivo por el que se fue de... (país de referencia)?”

El segundo motivo señalado con mayor frecuencia tanto por varones como por mujeres fue el haber tenido que acompañar a un adulto siendo pequeño. Esta respuesta indica que casi un tercio de los inmigrantes bolivianos (33% de las mujeres y 31% de los varones) dicen haber emigrado de niños acompañando a sus padres o a otros familiares. La importancia relativa de esta razón denota el carácter familiar de la migración boliviana a la Argentina, particularmente cuando se trata de movimientos fronterizos. Finalmente, otro motivo indicativo del carácter familiar de esta inmigración es el de la reunificación familiar, motivo aludido con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los varones (14% y 8%, respectivamente).

Al considerar los motivos de migración pero distinguiendo entre quienes llegaron a la Argentina más recientemente (es decir a partir de 1990), se constatan algunos cambios. El más saliente es la menor relevancia de haber emigrado del Estado Plurinacional de Bolivia siendo menores y siguiendo a sus familias. Consecuentemente adquiere mayor peso relativo tanto la migración por motivos laborales, en el caso de los varones, como para reunificar la familia, en el caso de las mujeres²³.

CUADRO 4
SAN SALVADOR DE JUJUY Y SALTA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO DE 18 AÑOS Y MÁS POR MOTIVO DE LA MIGRACIÓN, SEXO Y AÑO DE LLEGADA A LA ARGENTINA

Motivo principal de la migración	Varones			Mujeres		
	Antes de 1990	En 1990 o adelante	Total	Antes de 1990	En 1990 o adelante	Total
Era menor y viajó con adulto a cargo	33	13	31	35	14	33
Por falta o problemas de trabajo	42	53	44	30	36	31
Para reencontrarse con su familia	7	23	8	12	29	14
Por problemas políticos	1	0	1	0	0	0
Otros	17	12	17	22	21	22
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Complementaria de Migraciones 2002-2003.

3.2 La maternidad a larga distancia ¿mito o realidad?

En la literatura sobre género, familia y migración, uno de los temas que concita actualmente una gran atención es el de las familias divididas, familias transnacionales o el fenómeno más general denominado maternidad a larga distancia. Este fenómeno hace referencia a las formas de cuidado, de mantenimiento de lazos y de relación cuando madres e hijos se ven distanciados como resultado de la migración.

En el caso particular de la migración boliviana a la Argentina, tradicionalmente se ha afirmado que se trata de una migración de carácter familiar, por lo que es de esperar que el fenómeno de la separación entre madres e hijos no sea una práctica tan extendida.

La ECMI incluyó una pregunta que permite estimar cuántas de las madres tienen hijos menores de 14 años residiendo del otro lado de la frontera. Los resultados son elocuentes al respecto y reafirman la idea de que la maternidad a larga distancia no es un fenómeno muy difundido en el caso de esta migración en particular. En efecto, en San Salvador de Jujuy y en Salta, a pesar de la alta fecundidad de las mujeres bolivianas sólo un 1,9% de las madres entre 15 y 44 años de edad tiene al menos un hijo menor aun residiendo en su país de origen²⁴. Este resultado sugiere dos procesos: el primero es que, dado que una proporción elevada de mujeres y varones migran cuando pequeños, ellos forman su

²³ Una parte, aunque pequeña, de esta diferencia puede deberse a que los respondientes de la ECMI tenían al menos 18 años al momento del relevamiento, es decir que los menores que llegaron recientemente al país acompañando a sus padres o parientes no fueron incluidos.

²⁴ No sólo en términos relativos el número es pequeño, sino también en términos absolutos ya que de un total de 4.063 madres en dichas edades, sólo 79 vive separada de sus hijos por fronteras internacionales.

familia y tienen sus hijos en la Argentina. El segundo es que aquellos inmigrantes que formaron su propia familia antes de partir a la Argentina tienden a emigrar colectivamente o a reunificar la familia en la Argentina rápidamente.

3.3 El acceso a la salud

Dos tercios de los inmigrantes bolivianos en San Salvador de Jujuy y Salta no cuentan con cobertura de salud, es decir, cuando necesitan atención sólo pueden acceder a instituciones públicas (centros o salas de salud y hospitales)²⁵. Los datos no evidencian diferencias significativas en el nivel de cobertura que tienen varones y mujeres. Posiblemente la escasa diferencia entre los sexos no se deba a que ambos participan en igual medida de trabajos asalariados formales sino a que, por tratarse de una migración familiar, los beneficiarios de las obras sociales son extensibles a cónyuges e hijos.

El cuadro 5 es indicativo de la mayor vulnerabilidad en la que se encuentran los migrantes recientes, ya que, entre ellos, quienes tienen cobertura de salud representan una proporción muy inferior a la del conjunto de los inmigrantes. Solamente el 8,2% de las mujeres y el 13,1% de los varones cuentan con dicho tipo de cobertura.

CUADRO 5
SAN SALVADOR DE JUJUY Y SALTA: INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO POR SEXO, COBERTURA DE SALUD Y AÑO DE LLEGADA A LA ARGENTINA

Cobertura de salud	Varones			Mujeres		
	Antes de 1990	En 1990 o adelante	Total	Antes de 1990	En 1990 o adelante	Total
Tiene cobertura	34,2	13,1	31,4	36,3	8,2	32,2
No tiene cobertura	65,1	86,9	68,1	62,9	91,8	67,2
Sin información	0,6	0,0	0,6	0,8	0,0	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Complementaria de Migraciones 2002-2003.

4. Apostilla

Las fuentes de datos presentan una serie de limitaciones para examinar de un modo sistemático varias de las cuestiones atinentes no sólo a los problemas de salud sino también al acceso de la población migrante y móvil a los servicios de salud. Hoy en día son muchos más los interrogantes que las respuestas con sólida base empírica. A consecuencia de ello, las discusiones en materia de políticas de la salud son guiadas por información fragmentaria, que permite con mayor facilidad la emergencia de prejuicios y preconceptos, tal como evidencia la reducida literatura sobre el tema que revisaremos a continuación.

²⁵ En la Argentina, los migrantes indocumentados tienen, por ley, acceso irrestricto a los servicios públicos de salud.

II. Salud sexual y reproductiva de poblaciones migrantes en la frontera argentino-boliviana

Al igual que la investigación sobre las realidades sociales de los inmigrantes en zonas fronterizas, los estudios existentes sobre migración y salud en la Argentina son escasos. De allí que la literatura disponible específicamente referida al cruce entre migraciones y salud sexual y reproductiva en la frontera argentino-boliviana sea más bien exigua. Con todo, a través de la consulta en publicaciones especializadas, comunicaciones personales con investigadores, pedidos de información a entes públicos y el rastreo bibliográfico digital, hemos accedido a una serie de documentos que iluminan aristas salientes de esta problemática. Los textos relevados incluyen artículos publicados, ponencias presentadas en congresos, informes institucionales y materiales correspondientes a acciones realizadas por organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, y estadísticas producidas por centros de salud zonales e informes de programas de salud pública. Destacando los aportes particulares de cada uno, en este capítulo se presentan, ordenados según la fuente de producción de los documentos examinados, los resultados del relevamiento realizado.

1. Consideraciones preliminares

Sobre la frontera

Los llamados estudios sobre frontera han distinguido entre una concepción político-territorial estrecha que entiende la frontera como línea separadora y la frontera concebida en su dimensión zonal antes que lineal. Desde esta perspectiva, los diversos trabajos compilados y revisados para este estudio,

si bien no descartan la idea de separación –especialmente simbólica– tienden a interpretar el área de frontera como espacio de interacción en términos de circulación de personas, bienes y productos entre comunidades vecinas de países limítrofes, aunque con énfasis y alcances diferentes. Por un lado, se esgrime el concepto de espacio transfronterizo, en referencia a territorios bi o trinacionales con características y dinámicas propias marcadas por los intercambios estructurados, organizados y durables que se efectúan sobre cortas distancias a uno y otro lado de la frontera, es decir, entre unidades espaciales acotadas que pertenecen a dos regiones contiguas separadas por un límite de Estado. Por el otro, desde una perspectiva que pivotea sobre el centro político de un Estado, se habla de espacio fronterizo, en alusión a aquellos territorios colindantes con los límites geográficos del Estado, periféricos, de confines en un contexto nacional, en cuyas actividades sociales, comerciales y económicas se advierte la influencia directa del fenómeno fronterizo.

Concomitantemente, los “cortes” territoriales a los que apelan los estudios específicos relevados son variados: algunos toman en consideración toda la línea fronteriza; otros focalizan sobre alguno de sus principales pasos y las localidades que lo demarcan –en especial, La Quiaca (Argentina) y Villazón (Estado Plurinacional de Bolivia)– abordando situaciones de dominación, disimetría o interdependencia entre ambas; otros consideran el impacto de este paso particular en las instituciones públicas de la capital provincial y ponen la mirada en el territorio que se extiende entre el paso y San Salvador de Jujuy; y finalmente, hay autores que se centran en Jujuy o en Salta como provincias fronterizas.

Poblaciones migrantes en frontera: una taxonomía posible

La determinación del alcance del área de frontera está vinculada con la atención que simultáneamente se preste a la direccionalidad, la temporalidad y heterogeneidad de las acciones y situaciones de movilidad que emergen de esta realidad compleja, donde tienen presencia múltiples actores que establecen variadas dinámicas.

En virtud de una asimetría históricamente preponderante en términos económicos, laborales, de servicios e infraestructura entre las localidades del suroeste boliviano y el noroeste argentino, la mayoría de los estudios consultados aborda la movilidad desde el Estado Plurinacional de Bolivia hacia la Argentina²⁶. Considerando esta direccionalidad, la noción de poblaciones migrantes aplicada al área de frontera de referencia involucra al menos las siguientes situaciones:

- Residencia habitual
- Migración laboral temporaria para la zafra azucarera o tabacalera
- Migración laboral fronteriza
- Abastecedores fronterizos (paseros/as y vendedores/as ambulantes)
- Consumidores/usuarios fronterizos
- Tránsito hacia otros destinos en el país (prosecución de viaje)
- Movilidad indígena

Si bien no se han encontrado, para esta frontera, estudios que propongan una taxonomía de patrones migratorios, las situaciones identificadas en los trabajos consultados tienden a conjugar criterios de temporalidad (frecuencia del cruce de frontera y permanencia, estacionalidad o transitoriedad de la estadía en el país vecino) y condicionantes de la movilidad (predominantemente económicos y resultantes en estrategias diferenciales de supervivencia basadas en modalidades distintas de movilidad). Además, algunos autores agregan la dimensión jurídica, de manera que, según la normativa migratoria del país de llegada, estas situaciones pueden encuadrarse como regulares o irregulares, clasificación que, en la práctica, produce impactos disímiles en las condiciones de vida de quienes recurren a la movilidad.

Los trabajos relevados no son necesariamente coincidentes en cuanto a la población que toman por foco; al contrario, según la fuente, los objetivos y las problemáticas específicas abordadas, los diferentes estudios hacen referencia a unas u otras de esas situaciones y de las poblaciones involucradas en ellas.

²⁶ La tendencia ha mostrado fluctuaciones: por ejemplo, luego de la llamada crisis argentina de 2001, se registró un aumento de movimientos de argentinos hacia el Estado Plurinacional de Bolivia.

2. Abordaje académico

El cruce entre migración contemporánea y salud en la Argentina ha comenzado a ser abordado por las ciencias sociales sólo recientemente y, en buena medida, como consecuencia de la visibilidad de la migración de países limítrofes en el Área Metropolitana de Buenos Aires y en respuesta a argumentos xenófobos sobre el uso abusivo de los servicios de salud por parte de esta población. En general, estos estudios destacan los obstáculos para el acceso a la salud y plantean discusiones en torno a la interculturalidad en este ámbito²⁷.

En este marco, los estudios sobre salud –y más específicamente, salud sexual y reproductiva– de la población migrante en la frontera argentino-boliviana son contados²⁸. Hemos encontrado tres estudios que, abordando el tema de la salud de la población migrante en la zona de referencia, hacen mención de problemáticas que atañen a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En el artículo “Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina”, Sala (2002) analiza diversas estrategias de salud pública orientadas a la población migrante en las provincias del noroeste argentino, especialmente en la de Jujuy, bajo la premisa de que el reducido porcentaje de ocupados nacidos en país limítrofe con obra social, plan médico o mutual registrado a partir del Censo de Población y Vivienda de 1991 hace de este el ámbito en el que los migrantes satisfacen en mayor medida sus requerimientos sanitarios. Afirma que el sistema público de salud de Jujuy no ha desarrollado acciones específicamente orientadas a las particularidades de la población limítrofe. Antes bien, la autora destaca la insistente mirada sobre el migrante como portador de peligro sanitario, que históricamente ha redundado en la adopción de acciones de control epidemiológico como única intervención en salud explícitamente asociada a la población extranjera en zona de frontera. Incluso las pocas experiencias en las que se mencionan brevemente los procesos migratorios como factores asociados a la difusión de enfermedades (tales como el convenio ARBOL II, al que se hará referencia más adelante) han contemplado la problemática de la “salud de fronteras” en los tradicionales términos del peligro extranjero, sin llegar a problematizar la exclusión sanitaria y las condiciones de vida de los migrantes. Muy excepcionalmente se ha considerado de manera expresa la importancia de la dinámica migratoria para explicar los cambios sanitarios y los requerimientos de salud de la población de zonas fronterizas. En ese sentido, la autora cita el Proyecto de Desarrollo Sustentable en Área de Frontera, dirigido por la red Foro Latinoamericano de Ciencias Ambientales (FLACAM) entre 1994 y 1995, donde la incorporación de la variable migratoria se tradujo en la elección del área de implementación del Proyecto de Prevención de Endemias en Áreas de Frontera en uno de los corredores del oriente boliviano, limítrofe con la provincia de Salta, por haber sido considerado uno de los que mostraba mayor movilidad de personas.

En lo que respecta a los trabajadores temporarios de la zafra, Sala recuerda que en los ingenios cañeros tempranamente fue descripta la enorme mortalidad de niños y adultos, producto de los traslados agotadores, las jornadas laborales extensas, la mínima retribución y las condiciones de salubridad deplorables. Durante los años en que Jujuy recibió importantes contingentes de trabajadores bolivianos, el Sistema Provincial de Salud se involucró en forma muy limitada en tareas de supervisión de las

²⁷ La constitución de un área sobre salud dentro de los estudios de la migración internacional en la Argentina tiene pocos años. La inquietud por la integración social y los derechos de los inmigrantes antes estaba centrada especialmente en las formas de incorporación a los mercados de trabajo y en aspectos socioculturales de los colectivos migratorios. A partir del nuevo milenio emergen nuevos intereses por la salud de los migrantes y su acceso a los servicios de salud, y no ya exclusivamente sobre los potenciales impactos negativos de la migración. Basados en una concepción que erige a la salud como un derecho humano inalienable, los estudios se propusieron aportar evidencias empíricas para contrarrestar los prejuicios de la opinión pública en torno al “abuso” en la utilización de los servicios públicos de salud por parte de los inmigrantes. Asimismo emergen como áreas de preocupación el trato propiciado a los inmigrantes en los servicios públicos de salud y las barreras comunicativas y culturales que pueden afectar la calidad de la atención. Como resultado de estas preocupaciones, los incipientes estudios, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, han abordado las problemáticas del acceso y utilización de servicios de salud, las conductas preventivas, las perspectivas y representaciones de actores vinculados al sistema de salud sobre la demanda de servicios por parte de la población inmigrante, y las visiones de los médicos a cargo del cuidado de la salud en contextos interculturales (Ramonigni, 1997; Cerrutti y Parrado, 2002; Jelin, 2006; Goldberg, 2008).

²⁸ Cabe mencionar que la carencia de estudios sobre salud reproductiva y migración internacional no se limita exclusivamente a los inmigrantes de origen boliviano sino que es extensiva al conjunto de inmigrantes limítrofes. Algunas excepciones son los trabajos de Cerrutti y Parrado, 2002; Cerrutti y Freidin, 2004 y Cerrutti, 2006.

condiciones sanitarias dentro de los ingenios y en acciones de inmunización y control sanitario en la zona de frontera. Estas prácticas de salud de fronteras permanecieron hasta mediados de los años setenta, época en que cayó notablemente el requerimiento de cosecheros de caña. El desarrollo del Estado benefactor en la Argentina, con sus prestaciones sanitarias de carácter universal, y sobre todo la difusión de la Atención Primaria de Salud (APS) entre las poblaciones rurales –que se dio de forma paradigmática en la provincia de Jujuy–, significaron un avance importante en las condiciones sanitarias de la población general y en cierto modo estos progresos también se extendieron a la población limítrofe. Desde la perspectiva de algunos agentes de salud, la presencia de la llamada “población golondrina” es un rasgo específico de la demanda de los destinatarios de APS en Jujuy. Sin embargo, no se desarrollaron estrategias sistemáticas para mejorar la cobertura de salud, ni la concurrencia a los servicios de la población extranjera, aunque no dejaron de existir en el marco de la APS experiencias aisladas como la educación sanitaria bilingüe orientada a madres bolivianas para la prevención de diarreas infantiles, la promoción del amamantamiento y planificación familiar.

Sala pone el foco en la situación de los migrantes que residen en áreas urbanas de la provincia hace varios años, insertos en ocupaciones como la construcción y el servicio doméstico. A partir de datos censales de 1991, observa que la población proveniente de países limítrofes representaba una demanda sanitaria con especificidades no contempladas por el sistema de salud provincial: creciente presencia femenina entre quienes arribaron a la provincia en la década del ochenta, el notorio envejecimiento de los residentes y la mayor exposición a enfermedad e invalidez por el uso intenso del cuerpo, la baja cobertura de salud de los ocupados y el importante período de residencia sin regularizar la situación migratoria. La autora recalca que, hacia el año 2000, la presencia extranjera en la provincia de Jujuy era primordialmente asociada a la movilidad permanente y, con ella, al desplazamiento continuo de patologías, sin que existiera una percepción clara de los requerimientos de la población limítrofe ya radicada, mayoritaria entre los extranjeros de Jujuy, ni de las diferentes modalidades de movilidad espacial en la región. Peor aun, en un contexto de ajuste, producto de las recetas neoliberales de descentralización de servicios públicos, con un sistema de salud crecientemente empobrecido, a fines del siglo XX comenzó a ser severamente cuestionado el principio de universalidad y gratuidad de la atención médica, sobre todo cuando los beneficiarios no podían acreditar la condición de “ciudadanos plenos” por ser extranjeros. De la mano de argumentos xenófobos esgrimidos por políticos, algunos efectores de salud y otros actores sociales –que consideran a los migrantes como competidores en el mercado de trabajo y responsables por el aumento del gasto en salud–, la atención sanitaria a migrantes devino espacio de exclusión a partir de prácticas como el pedido de documentos, la indagación sobre la condición de residencia en el país (que desalienta la búsqueda de atención) y el cobro irregular de aranceles.

Para ilustrar esta tendencia, Sala recoge el trabajo de Karasik (2000b) “Hombres de trabajo y mujeres peligrosas”, que examina en perspectiva etnográfica la atención materno infantil a mujeres bolivianas en el único hospital público de La Quiaca. Según esta última autora, las estadísticas de atención en este centro de salud informaban que en 1995 y 1996, Clínica Médica de Mujeres y Ginecología y Obstetricia fueron los servicios que atendieron a mayor proporción de migrantes (cerca de un tercio del total de las prestaciones que recibieron los nacidos en el Estado Plurinacional de Bolivia). Sin embargo, la demanda de atención en estos servicios no dio lugar a la formulación de acciones de promoción de salud orientadas hacia las mujeres migrantes sino que, por el contrario, las acciones desplegadas en el Servicio de Obstetricia comenzaron a mostrar una clara preocupación por limitar los partos de mujeres bolivianas. Karasik reconstruye los mecanismos, avalados por las autoridades sanitarias provinciales, a través de los cuales se efectúa dicha restricción: obligatoriedad del pago del arancel por las prestaciones, el pedido de Documento Nacional de Identidad y la exigencia de por lo menos cuatro controles prenatales previos. En este establecimiento los efectores de salud en muchos casos manifestaron resistencia a prestar atención a parturientas bolivianas porque consideraban que ellas preferían dar a luz en la Argentina debido a la gratuidad y mejor calidad de la atención del parto y, más importante, al hecho de que eso les permitía obtener la nacionalidad argentina para sus hijos (dada la pauta *jus solis*) y les facilitaba a ellas la regularización de su residencia en el país.

También Caggiano (2006, 2007) vuelve sobre esta problemática en dos trabajos recientes que aportan datos etnográficos actualizados, especialmente en relación con el cambio de normativa migratoria

de una ley restrictiva a otra que garantiza los derechos humanos y, en particular, el derecho a la salud incluso para los extranjeros que se encuentran en situación migratoria irregular (Ley N° 25.871/2004).

En el estudio realizado en 2006 junto con Abel, “Fronteras de la ciudadanía. Inmigración y conflictos por derechos en Jujuy”, este autor describe las condiciones de acceso a la salud de la población boliviana en esa provincia en el marco de una investigación colectiva sobre migración y derecho a la salud en distintos puntos del país. Encuentra que, a pesar de la normativa universalista en salud en Jujuy, la garantía de acceso a la salud establecida en la nueva Ley de migraciones fue recibida como una imposición de una jurisdicción capital que desconoce la realidad de frontera y no toma en cuenta el importante flujo migratorio limítrofe que afecta a Jujuy. El autor registra el reclamo de políticos y agentes de salud locales hacia el Estado nacional para que contemple el carácter limítrofe de la provincia y elabore un presupuesto diferencial para ella considerando la cantidad de personas que no están registradas como residentes. Del trabajo de campo, releva una de las imágenes recurrentes entre agentes públicos de la salud y otros sectores: la saturación del servicio que sería causada por el uso que hacen los inmigrantes bolivianos. Caggiano informa que “en Jujuy no es infrecuente escuchar que más de la mitad de las personas que reciben atención en el sistema público de salud son bolivianos”, aunque las pocas cifras existentes al respecto desmientan estas estimaciones. En ese sentido, cita, con recaudos, cifras de un informe del Departamento Provincial de Bioestadística para 2004 y otro de la tercera ronda de 2005 del relevamiento de identificación de población realizado a través del sistema APS²⁹, que nos aproximan al tipo de sobreestimación que ciertos sectores hacen de la presencia de inmigrantes en el sistema de salud pública de la provincia: en el primer caso, se habla de un total de egresos de 51.989 pacientes, de los cuales 1.918 son de nacionalidad boliviana (es decir, el 3,7%); el segundo arroja un total de 326.694 argentinos relevados (2.978 de ellos sin documento) y 13.391 bolivianos (2.989 sin documento).

Según Caggiano, cuando hablan de población boliviana, médicos y otros prestadores de salud distinguen entre el inmigrante golondrina que trabaja unos meses en la zafra y busca atención médica en los puestos de salud o en hospitales cabecera generando una “inflación estacional” de los servicios y quienes llegan directamente a Jujuy para utilizar calculadamente los servicios de salud (en especial el hospital de alta complejidad de la provincia), que son gratuitos, sea porque no pueden acceder a ellos en el Estado Plurinacional de Bolivia o porque prefieren la calidad de la atención del lado argentino. La situación de los residentes regulares queda, como también sugería Sala, subsumida bajo estas categorías y desdibujada. Justamente entre “los que vienen a atenderse” se encuentra la imagen de las parturientas bolivianas que llegan a los hospitales jujeños, especialmente al de La Quiaca, para hacer nacer a sus hijos en la Argentina³⁰.

En concordancia con las situaciones descritas por Sala y Karasik, el corolario práctico de estos discursos es una tendencia general (aunque no absoluta) restrictiva y de control. A pesar de lo que establece la nueva normativa migratoria nacional, aun se colocan obstáculos para la atención de los migrantes y la entrega de medicamentos en forma gratuita, a través del pedido del documento nacional de identidad. La solicitud no implica necesariamente la falta de acceso, pero sí un puesta en aviso a la Dirección Nacional de Migraciones y, dado que hasta 2004 regía la práctica de la deportación, el temor suele ocasionar la interrupción de la atención o el tratamiento. También Caggiano registra el mecanismo de un posible cobro por servicios formalmente gratuitos en el hospital de La Quiaca a pacientes bolivianos (denuncia realizada por la Pastoral Migratoria de la Iglesia Católica, Prelatura de Humahuaca). El cobro recaería fundamentalmente sobre las mujeres bolivianas que concurren a dar a luz al hospital, a la vez que se les exigiría llevar insumos imprescindibles (paños, apósitos de algodón):

“Una mujer (...) está casada con un argentino, tienen ya 5 hijos argentinos, y vive hace años aquí, entonces bueno... el agente sanitario la visita, la conoce, sabe que está embarazada, tienen los controles, pero va al hospital... “¿Boliviana?, paga”, pero ella

²⁹ En el marco de la APS se realizan rondas de visitas periódicas a hogares en zonas rurales, generalmente a cargo de un agente sanitario que administra un formulario que registra datos personales de la gente atendida (nombre, apellido, nacionalidad, DNI), indicadores de riesgos sanitarios (desnutrición, embarazo de alto riesgo, interrupción de embarazo, entre otros) y social (violencia doméstica, deserción escolar, desocupación, condiciones sanitarias, infraestructura de la vivienda). Por la tónica misma de la APS y la formación de sus agentes, lo declarado en estas instancias no incide en la inclusión o exclusión de la persona de la atención sanitaria.

³⁰ Para un análisis de esta situación en clave antropológica, véase Caggiano, 2007.

no puede pagar, y con dolores se tiene que ir a dar a luz aquí en cualquier casa de familia, arriesgando su vida... así es permanentemente: el que no puede pagar se va, lo mandan en la ambulancia y lo pasan la frontera y los hacen parir allí (...) es así de claro: vas (al hospital) y si eres boliviana, pagas” (miembro de la Pastoral Migratoria).

Más aun, según la información recogida en campo por Caggiano, algunas mujeres señalan que la entrega del certificado de nacimiento de su hijo fue condicionada a que se realizara dicho pago.

Además de examinar las condiciones de acceso a la salud de la población boliviana en Jujuy, Caggiano analiza la dinámica de la atención en salud, fundamentalmente la percepción que los prestadores de salud tienen de las diferencias culturales. En esa línea, registra que los agentes de salud identifican “costumbres” que serían propiamente bolivianas y estarían en la base de los malestares y enfermedades de esta población. Las diferencias culturales percibidas giran en torno a cuatro temas: parto de cuclillas versus parto horizontal, utilización de “yuyos”, visita a curanderos y distancia lingüística (dificultad para entender quechua hablantes). En todos los casos, reporta, aparecen conflictos y tensiones, pero también intentos de superarlos por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, la equiparación entre diferencias culturales y diferencias nacionales –un esfuerzo simbólico en una zona donde las similitudes culturales son palmarias– incide negativamente sobre los niños y adolescentes: para los prestadores de salud, los hijos de bolivianos nacidos en la Argentina, no obstante sean argentinos por ley, “son bolivianos” y se los mira con el mismo recelo que al migrante.

Desde el punto de vista de los estudios indígenas, además de la población móvil y migrante boliviana de origen indígena, existen en la frontera argentino-boliviana comunidades pertenecientes a otros pueblos originarios cuyos habitantes transitan diariamente de un lado a otro. En este sentido, y aunque no contemple el componente de movilidad, vale la pena mencionar una iniciativa académica que, de concretarse, podrá ofrecer información sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de comunidades indígenas guaraníes, chanés y tapietes, rurales y peri-urbanas de la provincia de Salta. El proyecto busca explorar y analizar los conocimientos, prácticas y saberes en torno a la sexualidad y reproducción de las adolescentes y jóvenes, indagando y profundizando en la convivencia de dos prácticas en la atención de la reproducción: la proveniente del sistema de salud pública oficial y las prácticas tradicionales (comunicación personal de la Dra. Silvia Hirsch).

3. Abordaje desde las agencias gubernamentales

Si bien la preocupación sobre las condiciones sanitarias de la población migrante es parte de la agenda de la salud pública a nivel provincial, el Estado argentino, tanto en escala nacional como provincial y municipal, ha destinado poco esfuerzo al estudio de la salud sexual y reproductiva de poblaciones migrantes en la frontera con el Estado Plurinacional de Bolivia. Los organismos gubernamentales argentinos que han producido algún material sobre la temática lo hicieron sólo colateralmente en el marco de otros estudios.

Los planes y programas de alcance nacional con injerencia específica en materia de salud sexual y reproductiva, elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, no han indagado en la situación de las poblaciones migrantes en áreas de frontera ni generado políticas especiales a tal efecto. Ni el **Programa Nacional de Salud Sexual y Reproducción Responsable**, ni el **Plan Nacer** han producido información al respecto³¹. Tampoco lo ha hecho el **Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS** que, junto con diversos objetivos preventivos y de atención integral de las personas infectadas y enfermas, se propone “estimular el desarrollo de investigaciones socio antropológicas, fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y evaluar las tendencias y proyecciones de la epidemia” (Resolución Ministerial N° 111, 1995)³². De igual modo, el **Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables**, que realizó, en San Salvador de Jujuy en julio de 2008, la I Jornada Provincial de Municipios y Comunidades Saludables de Jujuy, dirigida a equipos técnicos municipales de la provincia no habría mencionado como parte de las problemáticas sanitarias

³¹ Comunicación telefónica con las responsables del programa en Jujuy (24 de octubre de 2008) y en Salta (27 de octubre de 2008).

³² Idem.

locales aquellas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de la población general ni manifestado cuestiones específicas de las poblaciones migrantes en el área³³.

Frente a este escenario, se destaca lo realizado por otras agencias estatales, como el **Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la República Argentina** que, para contribuir a la mejora de la salud de los pueblos de la frontera argentino-boliviana, elaboró un diagnóstico socio sanitario participativo en el departamento de Tarija (2006). Si bien no abordó la problemática migratoria propiamente tal, el diagnóstico es un precedente interesante de acciones acordadas entre los Estados argentino y boliviano en cuanto a los habitantes de esa frontera. Este trabajo llama la atención acerca de la sobreabundancia de diagnósticos socio sanitarios del departamento de Tarija elaborados por distintos actores³⁴ con similares conclusiones, y la falta de actuación para cambiar la realidad diagnosticada.

El documento confeccionado por el Programa Médicos Comunitarios informa que el seguro universal materno infantil (SUMI) del Estado Plurinacional de Bolivia brinda prestaciones netamente asistenciales y que no realiza educación para la salud. Esta, no obstante, es llevada a cabo por el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que contempla actividades de prevención y promoción, así como provisión de anticonceptivos. En lo que respecta puntualmente a la salud de la mujer, el estudio informa también que, en el Estado Plurinacional de Bolivia, por cada 250 nacimientos muere una mujer por complicaciones del embarazo y parto (10 veces más que el promedio latinoamericano) y que un tercio de estas muertes deriva de complicaciones generadas por abortos. Una de cada dos mujeres en ese país desea planificación familiar y no tiene información ni acceso y más del 50% de las embarazadas presenta anemia y otros signos de desnutrición.

Es interesante destacar que, como el diagnóstico fue elaborado de modo participativo, permitió conocer cuáles eran las problemáticas sanitarias reconocidas como tales por la población y qué orden de prioridad asignaban a cada de una ellas. En este sentido, la “migración de familias” aparece como una problemática sanitaria desde la óptica de la población del departamento de Tarija, pero en el último lugar (número 15) al momento de evaluarla considerando variables como magnitud, gravedad, vulnerabilidad, sinergia, entre otras. Según el diagnóstico, las cinco problemáticas más acuciantes para la población son: 1) “escasa planificación en salud en función de las necesidades de salud de la población”, 2) “escasa actividad de prevención y promoción de la salud”, 3) “inadecuado saneamiento ambiental”, 4) “mortalidad infantil” y 5) “inaccesibilidad al sistema de salud”.

Para finalizar, el trabajo del Programa Médicos Comunitarios distingue cuatro barreras de accesibilidad que afectan en distinto grado a los cinco municipios del departamento:

- a. Económicas: aranceles del sistema de salud en todos sus niveles que deben ser costeados por una población que vive mayoritariamente bajo la línea de pobreza. Los seguros y programas como el SUMI, que proveen atención gratuita, no lo hacen sobre todas las prácticas y su existencia suele ser desconocida por la población.
- b. Geográficas: dispersión, distancia e inaccesibilidad de la población respecto de los centros de salud.
- c. Culturales: idioma, discriminación por causas étnicas, incompreensión de creencias y costumbres de la población.
- d. Institucionales: escasa y fragmentaria difusión de los programas de salud; descoordinación, ausencia de planificación y centralización que agudizan la ineficacia de las acciones emprendidas.

También la **Dirección Nacional de Población del Ministerio del Interior** organizó un taller afín a la temática bajo el lema “Las poblaciones en áreas de frontera. Los casos NOA y NEA”, que tuvo lugar en San Salvador de Jujuy los días 15 y 16 de octubre de 2008. Esta actividad fue dirigida a funcionarios de

³³ Los objetivos de esta actividad consistían en presentar a los municipios el plan estratégico operativo del programa, sensibilizar y evaluar capacidades, fortalezas y debilidades de los equipos técnicos locales para el desarrollo del programa en el nivel municipal. Según el informe de la actividad, las áreas problemáticas señaladas de modo coincidente por los asistentes fueron: “gestión de residuos, discapacidad, seguridad vial, adicciones, contaminación y agua segura” (Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, 2008: 5).

³⁴ Hasta el momento, no hemos tenido acceso a dichos diagnósticos.

gobierno, autoridades de organismos internacionales, expertos y representantes de la sociedad civil involucrados en la materia y proponía “reflexionar y realizar un diagnóstico sobre las características de la dinámica poblacional en áreas de frontera, y las cuestiones educativas, de salud, culturales, laborales, etc. relacionadas” (Dirección Nacional de Población 2008: 6). Vale la pena destacar las problemáticas sanitarias de la zona que aparecen mencionadas en el informe final de la actividad³⁵. Por un lado, se destaca la situación de los/las paseros/as y la necesidad de “establecer programas de salud para esta población en dos aspectos: atención y cuidados primarios en salud y campañas de educación y sensibilización en salud de ambos lados de la frontera” (*op. cit.*: 11). Por el otro, se denuncia la existencia de prácticas discriminatorias en el sistema de salud provincial que se manifiestan en demoras en la asignación de turnos, esperas innecesarias y poca dedicación de los profesionales. Esta denuncia no excluye la preocupación de los actores locales sobre la utilización “indebida” de los recursos de salud por parte de los inmigrantes en tanto, en las conclusiones del taller también consta que, “se hizo notar la presencia de población extranjera que ingresa al país para la utilización de servicios sanitarios para luego retornar a su país de origen, lo que constituye un conflicto por la utilización de recursos. También existe la particularidad del ingreso de madres embarazadas para dar a luz a sus hijos y así adquirir la nacionalidad argentina”³⁶.

Es pertinente finalizar la referencia a este trabajo recuperando un contraste planteado entre la “buena integración humana y económica” existente en los pasos fronterizos Jujuy-Estado Plurinacional de Bolivia no oficiales, y la “desintegración” presente en el paso oficial La Quiaca-Villazón, que “los pobladores” atribuyen al manejo discrecional de la legislación vigente por parte de organismos de control allí presentes (Gendarmería, Aduana, Migraciones, Policía Provincial) y a los conflictos resultantes del mismo.

La producción de cifras oficiales

Cuando se refirió anteriormente a las fuentes alternativas de información sobre salud sexual y reproductiva de la población boliviana en la frontera noroeste argentina, se mencionó que los hospitales públicos de las provincias fronterizas generan informes que consignan las internaciones y egresos de pacientes por servicios, las atenciones de partos y abortos e indicadores sobre rendimiento estadístico. El núcleo mínimo de datos básicos a registrar en caso de internaciones, establecido por el Ministerio de Salud, contempla el relevamiento de datos relativos al origen (en sentido amplio) de las personas atendidas: un documento (nacional o extranjero) y un domicilio que, de no ser en el territorio nacional, debe ingresarse solamente como país de residencia. De acuerdo al grado de detalle con que se registren estos datos, el hospital puede discriminar por lugar de nacimiento de los pacientes. A partir de un pedido especial realizado para este estudio, observamos que, para el año 2007, el **Departamento Provincial de Bioestadística de la Provincia de Jujuy** cuenta con información sobre personas nacidas en el Estado Plurinacional de Bolivia y residentes en ese país que fueron atendidas por el servicio de salud provincial. En este caso, los egresos de pacientes residentes en ese país representaron el 0,12 % del total de internados en Jujuy durante 2007 (cifra sugerentemente similar a la existente en Salta: 0,13%) mientras que los nacidos en territorio boliviano constituyeron el 4,8%. Es interesante observar la situación presentada en el cuadro 6, donde el departamento de estadística provincial desglosa la cantidad de pacientes bolivianos residentes y no residentes en dicho país e internados en Jujuy.

El cuadro 7 muestra que, mientras las personas bolivianas residentes e internadas en Jujuy suman 2.512 (donde 1.741 son mujeres), las residentes en el Estado Plurinacional de Bolivia e internadas en Jujuy son sólo 65 (incluyendo 46 mujeres). Así, la mayor parte de personas nacidas en dicho país internadas en Jujuy residen en esta provincia, lo cual bien puede repetirse en Salta, aunque es imposible confirmarlo con las estadísticas disponibles en esa provincia. La Dirección de Estadística Provincial facilita más información pertinente a este informe, que se ha procesado en los cuadros 7, 8 y 9.

³⁵ Lamentablemente no hemos logrado acceder a los discursos oficiales ni ponencias presentadas por especialistas durante las jornadas.

³⁶ Cabe mencionar que si bien las personas de origen boliviano pueden en la actualidad tramitar con mucha facilidad su residencia en la Argentina, el mismo informe señala que “la regularización de la condición migratoria de esta población presenta dificultades debido a la escasa documentación que trae el inmigrante al ingresar al país”.

CUADRO 6
ARGENTINA: EGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA POR GRUPO ETARIO Y LUGAR DE RESIDENCIA

Grupo etario	Lugar de residencia										Total general
	Prov. de Jujuy		Otras provincias		Est. Plur. de Bolivia		Ignorados		Total		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
<1 año	11	4	0	0	2	1	0	0	13	5	18
0-4	7	5	0	0	1	2	0	0	8	7	15
5-9	6	2	0	0	1	1	0	0	7	3	10
10-14	6	8	0	0	1	0	1	0	8	8	16
15-19	14	108	0	1	0	4	0	1	14	114	128
20-24	12	192	1	0	0	10	0	0	13	202	215
25-29	17	227	0	0	4	8	2	0	23	235	258
30-34	27	159	2	0	1	3	1	0	31	162	193
35-39	28	140	1	2	0	6	0	0	29	148	177
40-44	31	105	0	0	4	2	0	0	35	107	142
45-49	40	51	1	1	2	1	0	0	43	53	96
50-54	48	72	1	1	0	1	0	0	49	74	123
55-59	54	71	0	1	0	0	0	0	54	72	126
60-64	92	96	2	1	1	1	0	0	95	98	193
65-69	88	94	1	0	1	1	1	0	91	95	186
70-74	89	107	1	0	1	1	0	0	91	108	199
75-79	99	125	0	0	0	1	0	0	99	126	225
80-84	57	96	0	0	0	2	0	0	57	98	155
85-89	25	46	0	0	0	1	0	0	25	47	72
90-94	13	27	0	0	0	0	0	0	13	27	40
95-99	4	4	0	0	0	0	0	0	4	4	8
100-104	3	2	0	0	0	0	0	0	3	2	5
Total	771	1741	10	7	19	46	5	1	805	1 795	2 600

Fuente: Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección General de Control de Gestión y Monitoreo, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Jujuy.

CUADRO 7
PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO, 2007

Establecimiento	Departamento	Total egresos
Héctor Quintana	San Salvador de Jujuy	11
Pablo Soria	San Salvador de Jujuy	701
San Roque	San Salvador de Jujuy	386
Néstor Sequeiros	San Salvador de Jujuy	1
Nuestra Señora del Carmen	El Carmen	96
Dr. Arturo Zabala	El Carmen	230
Vicente Arroyabe	El Carmen	4
Gral. Belgrano	Humahuaca	19
Calilegua	Ledesma	2
Escolástico Zegada	Ledesma	74
San Miguel	Ledesma	37
Dr. Oscar Orias	Libertador Gral. San Martín	264
La Esperanza	San Pedro	3
La Mendieta	San Pedro	13
Dr. G. C. Paterson	San Pedro	217
Nuestra Señora del Pilar	Santa Bárbara	10
Nuestra Señora del Valle	Santa Bárbara	56
Maimará	Tilcara	27
Salvador Mazza	Tilcara	18
Dr. Jorge Uro	Yavi	323
Wenceslao Gallardo	Palpalá	99
Susques	Susques	1
Nuestra Señora del Rosario	Abra Pampa	8
Total	Provincia de Jujuy	2 600

Fuente: elaboración propia en base a datos del Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección General de Control de Gestión y Monitoreo, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Jujuy.

La lectura de estas fuentes permite señalar la marcada prevalencia de mujeres entre las personas de origen boliviano internadas en Jujuy, constituyendo el 69% del total (véase el cuadro 7). Se destaca también, y evidenciando un comportamiento similar al de las mujeres residentes en el Estado Plurinacional de Bolivia e internadas en Salta, que las bolivianas internadas en Jujuy mayoritariamente se encontraban en edad fértil (véase el cuadro 8), registrándose un incremento destacable en el número de internadas a partir de los 15 años (véase el cuadro 6). La gran cantidad de mujeres de más de 60 años atendidas por los servicios sanitarios jujeños (véase el cuadro 9) puede indicar la tendencia a un asentamiento definitivo (y no sólo durante los años productivos) de las mujeres bolivianas residentes en Jujuy. Finalmente surge de estas estadísticas que, luego de los hospitales de mayor complejidad existentes en San Salvador de Jujuy (Pablo Soria y San Roque), las internaciones de pacientes bolivianos se concentraron en el hospital Jorge Uro de la frontera ciudad de La Quiaca, departamento de Yavi (véase el cuadro 7).

CUADRO 8
PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN SEXO, 2007

Sexo	Total egresos	Porcentaje
Masculino	805	31
Femenino	1 795	69
Total	2 600	100

Fuente: elaboración propia en base a datos del Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección General de Control de Gestión y Monitoreo, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Jujuy.

CUADRO 9
PROVINCIA DE JUJUY: EGRESOS DE PACIENTES FEMENINOS NACIDOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN EDAD, 2007

Grupo etario	Total egresos
0-10	15
10-20	122
20-30	437
30-40	310
40-50	160
50-60	146
+60 años	605
Total	1 795

Fuente: elaboración propia en base a datos del Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección General de Control de Gestión y Monitoreo, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Jujuy.

Por su parte, el Programa de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Salta brinda la información que se publica en los cuadros 10, 11 y 12.

El mismo organismo informa que el porcentaje de egresos de personas con residencia declarada en el Estado Plurinacional de Bolivia constituyó en 2007 el 0,13% sobre el total de egresos de la provincia de Salta. En esta cifra vale destacar la prevalencia de la población femenina frente a la masculina (61%) (véase el cuadro 11) y, dentro de la población femenina, la preponderancia de las mujeres en edad fértil por sobre las niñas y las mayores de 40 años (véase el cuadro 12). Nótese, además, el mayor caudal de internados residentes en el Estado Plurinacional de Bolivia en los hospitales ubicados en la ciudad fronteriza de Tartagal y en el departamento de Orán (véase el cuadro 10). No obstante, es menester señalar que la clasificación “residentes en el Estado Plurinacional de Bolivia” utilizada en las estadísticas salteñas refiere a las personas que declararon vivir en el país vecino al momento de internarse y poseen documentación de ese país. Los registros que posee el Programa de

Estadísticas del Ministerio de Salud de Salta no contemplan el lugar de nacimiento de los pacientes³⁷. Por esta razón, las cifras presentadas no permiten conocer la situación migratoria de los “residentes en el Estado Plurinacional de Bolivia” y tampoco incluyen a las personas nacidas en ese país que residen regularmente en la Argentina, contando con documentación de este país.

CUADRO 10
PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE PACIENTES RESIDENTES EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO, 2007

Establecimiento	Departamento	Total egresos
Hospital Señor del Milagro	Capital	1
Nuevo Hospital del Milagro	Capital	13
Hospital Oñativia	Capital	13
Hospital San Bernardo	Capital	12
Hospital del Niño Jesús de Praga	Capital	5
Hospital Salvador Mazza	General San Martín	12
Hospital Tartagal	General San Martín	36
Hospital Aguaray	General San Martín	2
Hospital Joaquín Castellanos	General Güemes	5
Hospital San Vicente de Paúl	Orán	45
Hospital Santa Victoria Oeste	Santa Victoria	1
Total	Provincia de Salta	145

Fuente: Programa de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta.

CUADRO 11
PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE PACIENTES RESIDENTES EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA SEGÚN SEXO, 2007

Sexo	Total egresos	E
Masculino	56	38,62
Femenino	89	61,38
Total	145	100

Fuente: Programa de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta.

CUADRO 12
PROVINCIA DE SALTA: EGRESOS DE RESIDENTES FEMENINAS BOLIVIANAS SEGÚN EDAD, 2007

Grupo etario	Total egresos
0-10	9
10-20	12
20-30	26
30-40	18
40-50	7
50-60	6
+60 años	11
Total	89

Fuente: Programa de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta.

Por el lado argentino, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) señalaba, en 2007, que “la provincia de Salta, registra un índice de pobreza del 49,1%, una tasa de mortalidad femenina de 5,7 cada 10.000 nacidos vivos y un total de 5 muertes de mujeres por embarazos terminados en aborto; mientras que en Jujuy el índice de pobreza asciende a 51,2%, la tasa de mortalidad

³⁷ Comunicación electrónica con el área, 17 de noviembre de 2008.

femenina es del 8,5 cada 10.000 nacidos vivos y se registró un total de 6 muertes de mujeres por embarazos terminados en aborto” (INADI, 2007: 7). Por su parte, según reporta CLADEM Bolivia (2008), el Estado boliviano en los últimos años ha puesto en marcha diversos seguros públicos de salud con el objeto de reducir las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil existentes, tales como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro Básico de Salud y el Seguro Universal Materno Infantil. En lo relativo a la salud sexual y reproductiva, en 1990 se formuló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en 1994 el Plan Vida, programas que buscan reducir la mortalidad materna y de los niños menores de cinco años. No obstante esos esfuerzos, la tasa global de fecundidad en el país es de 3,8 hijos por mujer y la tasa de muertes maternas es de 229 por cada 100.000 nacidos vivos. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2003 señala que el 82% de las mujeres no indígenas acuden a un hospital para dar a luz, mientras que entre las indígenas el porcentaje llega solamente al 51%. A su vez, las madres rurales (que viven en condiciones de pobreza, son generalmente indígenas y poseen bajos niveles de escolaridad), mueren hasta en un 30% más que aquellas que viven en el área urbana. Se ha señalado que la debilidad institucional del Estado boliviano es un obstáculo para el diseño de políticas sociales, económicas y culturales con enfoque de género, lo cual se observa en el recurrente cambio de dependencia del Viceministerio de Género y Generacional y en la falta de asignación presupuestaria para el mismo (CLADEM-Bolivia, 2008)³⁸.

4. Abordaje desde las organizaciones internacionales

La **Organización Internacional para las Migraciones** (OIM) es una de las fuentes principales de estudios y acciones relativos a problemáticas sanitarias de poblaciones migrantes, incluyendo algunos realizados en áreas de frontera.

Entre estos, destaca el Proyecto “Migraciones y salud materno infantil”, realizado a pedido del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación entre 1996 y 1998, con el respaldo financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la asistencia técnica del Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA). Las acciones fueron llevadas a cabo en 14 municipios del conurbano bonaerense y en zonas de frontera de la provincia de Salta. El proyecto (OIM, s/f) presenta las características y problemáticas del sistema de salud argentino, donde destaca la fragmentación socioeconómica del acceso a la salud por la cual las personas de menores recursos quedan relegadas a un sector público precarizado y diferenciado por regiones. En este marco, se plantea que migrantes internos y externos asentados en los cinturones de las grandes ciudades y zonas fronterizas se encuentran en situación de vulnerabilidad, definida por la imposibilidad de resolver de modo satisfactorio situaciones que pueden afectar su subsistencia y calidad de vida.

Se distinguen luego tres abordajes frecuentes del problema de la salud y las migraciones: 1) *las políticas de control de las migraciones*, a cargo del Servicio de Salud de la Dirección General de Migraciones que atiende a personas con diversas enfermedades que tramitan su radicación en la Argentina y que detectó la asociación entre las personas de origen boliviano y la enfermedad de Chagas o la tuberculosis; 2) *las políticas de salud pública*, a cuyos efectores concurren la mayoría de los migrantes, pero que muy raramente han elaborado prestaciones o abordajes diferenciados para estos; y 3) *el proceso de integración de los migrantes* desde la perspectiva de los derechos humanos, que enfatiza que la atención médica debe contemplar la diversidad del migrante y su derecho a ser atendido por los servicios públicos. El proyecto encuadra en este último abordaje y sostiene que la principal dificultad para los migrantes no es tanto el acceso a los servicios de salud como la atención que reciben por parte de los agentes sanitarios.

El trabajo continúa sistematizando características del campo de la salud y las migraciones, a saber:

- La necesidad de brindar atención específica a la persona que migra.
- La frecuente incapacidad del sistema formal de salud para contener a esta población.
- El habitual comportamiento discriminatorio hacia los migrantes por parte de la sociedad en general y del sistema de salud formal en particular.

³⁸ El relevamiento realizado hasta el momento no nos ha permitido conocer la existencia de informes elaborados por el Estado boliviano que aborden específicamente temáticas de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en la frontera con la Argentina.

- El alto riesgo de enfermar y morir entre los migrantes, a causa de su situación de pobreza estructural y del estrés que provoca el proceso migratorio.
- La existencia de barreras culturales, sociales y de discriminación que generan temor a acercarse al sistema de salud formal.
- La mayor vulnerabilidad, dentro de la población migrante, del segmento materno infantil.
- La concentración de problemáticas relacionadas con la falta de cuidado de la salud materno infantil (embarazo, parto y puerperio, lactancia materna y desarrollo y estimulación del niño sano).

Se señalan también factores asociados a la migración que colocan al migrante en una doble situación distintiva de vulnerabilidad y alto riesgo:

- Aspectos de la documentación, que pueden colocarlo en situación administrativa irregular.
- Características idiomáticas y culturales, que pueden dificultar su comunicación con el personal de salud.
- Patologías propias de su región de origen.

El proyecto menciona la importancia de abordar cuestiones asociadas con la adolescencia (adicciones, violencia, abuso y tiempo libre), enfermedades como la tuberculosis, chagas, HIV y de transmisión sexual (así como dengue, paludismo, cólera, leishmaniasis, hantavirus, alcoholismo, patologías laborales y medio ambiente) y salud mental (entiende al migrante como grupo de riesgo psicopatológico).

Años más tarde, la OIM realizó otro estudio que incluía problemáticas de salud de las poblaciones migrantes en la frontera argentino-boliviana, esta vez referidas a los “paseros” o “bagalleros”. El informe preliminar “Problemática socioeconómica y sanitaria de los paseros en la frontera argentino-boliviana con especial referencia a la situación de los menores” (2005) fue elaborado sobre la base de trabajo de campo en pasos fronterizos del noroeste para actualizar los datos de un trabajo de consultoría previo (2003).

Atendiendo a los puntos más pertinentes para este estudio, se observaba que los inconvenientes para la población de paseros registrados en 2003, que incluye a varones, mujeres y niños, se habían incrementado en 2005 debido al aumento de personas llegadas desde comunidades agro pastoriles al interior del Estado Plurinacional de Bolivia en busca de recursos económicos. El estudio da información demográfica de las localidades y de la región estudiada que permite ponderar la gravedad de las problemáticas socio económicas existentes a ambos lados de la frontera. Entre las dificultades más estrechamente vinculadas a la salud, se mencionan los accidentes ocurridos por la necesidad de “trota” entre camiones de gran porte para pasar la frontera la mayor cantidad de veces posible con cargas de hasta 140 kilos, así como un alto porcentaje de lesiones y patologías laborales (problemas en las articulaciones, afecciones pulmonares y de la piel) que afectaban a los/las paseros/as y que fueron constatadas en puestos sanitarios próximos. A esto se sumaba la presencia de desechos, polvo de cereales y harina en el aire, aguas servidas e insectos. En el informe también se señala la persistencia, en 2005, de un alto porcentaje de trabajo infantil (22% de los paseros eran menores de 18 años) y situaciones de riesgo para los niños más pequeños, quienes aguardaban a que finalizara la jornada laboral de los mayores a la intemperie, en las proximidades del puente, solos y sin alimentarse. El texto expone las características laborales de la actividad de los paseros, tras lo cual señala que la mayoría de estos son inmigrantes relativamente recientes y que los llegados entre 8 y 5 años atrás tuvieron hijos en su nuevo destino (Villazón, Yacuiba/Pocitos). Respecto de este punto, se informa que el 67% de los paseros tienen familias numerosas de más de tres hijos y que el 8% de estas familias está a cargo de una mujer sola, jefa de hogar. No se presentan detalles adicionales respecto de la situación específica de las mujeres.

Una problemática distinta que atañe al área de frontera que nos ocupa es la del tráfico de personas, con o sin fines de trata. La OIM se ha ocupado exhaustivamente del tema y ha relevado información sobre dinámicas de ingreso en la frontera argentino-boliviana que resultan en la explotación laboral, no sólo de adultos sino también de niñas y adolescentes bolivianas –particularmente en el servicio doméstico– en otros puntos del país (Roth y Fernández, 2004).

RECUADRO 1

OTROS INFORMES RELEVANTES PRODUCIDOS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES

Además de la literatura producida por organismos internacionales sobre migración y salud con perspectiva de género y juventud en la frontera argentino-boliviana, existen otros informes en materia de salud y migración en la Argentina que vale la pena rescatar porque sirven de referencia para las problemáticas que aquí se relevan, sea porque abordan la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, sea porque miran situaciones de frontera.

En lo que refiere a salud sexual y reproductiva de la población migrante, la OIM, por ejemplo, durante la ejecución inicial del proyecto "Migraciones y salud materno infantil" previamente mencionado realizó una encuesta a 265 madres migrantes con hijos menores de 6 años en el municipio de José C. Paz (Gran Buenos Aires), cuyas conclusiones presenta Solari (s/f). En este trabajo se señala la muy baja (y preponderantemente pública) cobertura del sistema de salud formal sobre las mujeres en edad reproductiva, los escasos o nulos controles del embarazo y el deficiente o nulo control de los niños. Entre los motivos de esta situación, las encuestas manifestaron dificultades de acceso a la salud tales como distancia a los centros de salud y costos económicos del traslado, falta de comprensión por parte del sistema de salud hacia las pautas culturales de las encuestadas (y recíprocamente de ellas respecto de las instrucciones médicas recibidas), complejo universo de prácticas no formales en salud y escasa importancia a la medicina preventiva, baja señal de alarma entre las madres respecto a la salud de sus hijos, e indocumentación.

Posteriormente, durante el año 2006, la OIM llevó adelante la investigación cuali-cuantitativa "Derechos y VIH – prevención de la transmisión vertical" en el Hospital Piñeiro de la Ciudad de Buenos Aires, donde el 50% de las parturientas son migrantes, mayormente bolivianas. En este trabajo nuevamente se hace referencia a la situación de vulnerabilidad que afrontan las mujeres y los niños migrantes debido al estrés de la migración, la ruptura de las redes previas, los factores culturales y religiosos, el escaso acceso a los servicios de salud y la frecuente discriminación experimentada en ellos. La investigación realizada halló en este ámbito urbano que, sobre un total de 1.234 embarazadas, el 10,7% no concurrió a ningún control prenatal y el 48,7% realizó controles en forma inadecuada. Las cifras producidas también indican que el 37,1% de las pacientes llegó al parto sin serología para VIH y que las pacientes con serología reactiva detectada a tiempo presentaban falta de adherencia a las acciones destinadas a evitar la transmisión vertical, tanto por razones socioculturales como económicas. Respecto de las primeras, vale recalcar que, según los investigadores, las mujeres consideran que las principales vías de transmisión del VIH son las relaciones sexuales y las transfusiones de sangre y no tienen en cuenta que puede transmitirse durante el embarazo. Entre los aspectos hallados que diferencian a las nativas de las migrantes bolivianas podemos destacar los siguientes: el 46% de las argentinas usaron preservativos en su primera relación sexual frente al 14% de las bolivianas; el 22,2% de las argentinas utilizaron preservativos siempre o casi siempre en sus relaciones sexuales en el último año frente al 12,9% en conjunto de mujeres migrantes; el 63% de las argentinas comenzaron a cuidarse desde que escucharon hablar del VIH mientras que sólo el 43% de las bolivianas lo hizo; el 40% de las argentinas piensan que los mosquitos pueden transmitir el virus y el 28% que puede hacerlo el uso del mismo inodoro frente al 66% y 56% de bolivianas, respectivamente; el 67% de las argentinas realizaron controles adecuados de su embarazo cuando sólo el 52% de las bolivianas los hicieron. De este modo, el estudio constata que tanto la información como la realización de testeo estaba más presente entre nativas que entre migrantes.

Por otra parte, en el marco de un proyecto de Cooperación Técnica entre Países para "desarrollar la capacidad de análisis e intervención del personal de salud en el ámbito inter-fronterizo" (Zurita y otros, 2004), la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) realizó en 2004 un diagnóstico participativo acerca de la situación sanitaria existente en la frontera argentino-paraguaya. Dicho trabajo, provee información que puede orientar abordajes ulteriores de las condiciones existentes en la frontera argentino-boliviana. El diagnóstico realizado halló una situación socio económica y sanitaria similar a ambos lados de la frontera (y diferente respecto de otras regiones de ambos países), así como una relación de hecho entre los servicios de salud argentino y paraguay, que son utilizados en forma simultánea y complementaria. La OPS destaca que las poblaciones paraguayas costeras sólo poseen servicios de baja complejidad, mientras que la presencia de cuatro capitales provinciales del lado argentino ha propiciado la instalación de centros de mediana y alta complejidad a los que concurre la población paraguaya en caso de necesidad. No obstante, la coordinación institucional entre ambos sistemas de salud es mínima, en gran parte debido a la inexistencia de un proceso de trabajo continuado para crear acuerdos políticos y técnicos sobre esta problemática. De este modo, los profesionales desconocen los recursos sanitarios y las normas de atención existentes del otro lado de la frontera y carecen de información epidemiológica local, al tiempo que la aceptación del "paciente extranjero" (especialmente paraguayo) termina quedando sujeta a decisiones locales que incluyen el rechazo de quienes requieren tratamientos de alto costo. El diagnóstico de OPS concluye que la solución a este problema requiere que ambos Estados nacionales reconozcan que la población residente en la zona de frontera se mueve en ella como si se tratara de un espacio común, e integren los servicios de salud existentes, previo desarrollo y perfeccionamiento de los acuerdos marco y multilaterales del MERCOSUR.

También el **UNICEF** se encuentra realizando una investigación de carácter regional que revisa diversas formas de vulnerabilidad que afectan a niños y jóvenes migrantes. La investigación incluye como temas, entre otros, el derecho a la identidad –lo cual implica la posibilidad de inscripción y obtención de un documento–, y la detención y expulsión de niños. Ambas problemáticas tienen expresión en la zona de frontera seleccionada para este proyecto. Lamentablemente, aun no existen informes disponibles.

5. Abordajes desde la sociedad civil

Si bien, como se verá más adelante, existen diversas organizaciones no gubernamentales desarrollando una variedad de proyectos en el noroeste argentino, prácticamente no se han encontrado estudios o informes realizados por ellas sobre las temáticas que nos ocupan.

En su informe anual de 2005, el **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)** cita la denuncia realizada por la Pastoral Migratoria sobre las dificultades de la población boliviana para acceder a la salud en La Quiaca (véase el capítulo 3; apartado 3.3). Por otra parte, en un informe interno sobre una serie de talleres de capacitación a agentes de control migratorio realizados en La Quiaca, en el marco del proyecto “*Capacitación en materia de migraciones para ONGs y agentes públicos en zonas de frontera y control migratorio*” (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), se reporta haber debatido sobre el adecuado trato a las personas en los procedimientos de requisa, dadas las quejas sobre maltrato y violencia, en particular, a mujeres bolivianas de origen indígena en tránsito hacia otros puntos del país.

El **Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF)** produjo una serie de informes para el proyecto ejecutado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) “*Accesibilidad a testeo y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de la protección de los derechos humanos de la población extranjera residente en Argentina*” (2007), desarrollado en áreas urbanas y de frontera a través de talleres de capacitación a agentes públicos de control migratorio y de salud y a organizaciones no gubernamentales abocadas a temáticas de salud y especialmente al VIH/SIDA. Un informe diagnóstico realizado para este proyecto evidencia la falta de articulación entre actores de los ámbitos de las migraciones y de la salud, y las dificultades de la población extranjera para acceder al tratamiento de VIH/SIDA y para hacer efectivo el derecho a la salud en general. Informes intermedios señalan que algunas ONGs locales participantes del proyecto observaron que, ante la ausencia de un programa nacional de VIH/SIDA en el Estado Plurinacional de Bolivia como el existente en la Argentina, algunas personas podrían llegar hasta el país para atenderse por una cuestión “de vida o muerte”, ingresando por La Quiaca en camino hacia Buenos Aires. También destacan las limitaciones del Programa Nacional de Sida en las provincias del noroeste, hecho que afecta a nativos y extranjeros (baja frecuencia de estudios serológicos a embarazadas con el consecuente alto riesgo de contagio a los bebés, conflictos ideológicos que resultaban en la “desaparición” de los preservativos enviados por el Programa, etc.). El informe final reporta que el trabajo “en terreno” en La Quiaca dejó traslucir, además, el grado de desconocimiento de los agentes públicos encargados del control migratorio sobre las nuevas leyes de migración y asilo.

Por su parte, el **Grupo de Estudios sobre Asilo y Migración (GEAM)**, en un informe interno sobre población extranjera en cárceles, donde se hace patente la alta proporción de mujeres bolivianas detenidas por aplicación de la Ley de estupefacientes, recuerda las condiciones infrahumanas en que, en el año 2005, se encontraron detenidas 25 mujeres bolivianas acusadas de traficar droga en la provincia de Jujuy, hacinadas junto a sus hijos, en containers de 10m. por 2m. improvisados como cárcel por la Gendarmería.

6. A modo de cierre

Avalando los indicios ofrecidos por los datos censales sobre vulnerabilidad de la población boliviana en las provincias del noroeste argentino, la literatura recopilada y revisada en esta sección, aunque escasa, da cuenta de las problemáticas salientes en materia de derechos humanos de jóvenes y mujeres migrantes y, en particular, en relación con la atención a la salud sexual y reproductiva (incluido el VIH/SIDA y la violencia de género) en la frontera argentino-boliviana. Se destaca que estas problemáticas no involucran de manera exclusiva a quienes residen habitualmente en territorio argentino, sea en condición administrativa regular o irregular, o a los trabajadores temporarios, sino que se hallan ligadas a situaciones de movilidad caracterizadas por estadías breves y puntuales del lado argentino y por el cruce diario y reiterado de la frontera como parte de estrategias de supervivencia, o por el tránsito hacia otros destinos en el país.

III. Políticas públicas y legislación que impide y/o promueve el acceso al cuidado de la salud, derechos y justicia de la población migrante

La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos: entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a planificar la familia de su elección, así como el acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual y va más allá del mero asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (E/CN.4/2004/49. 16/2/2004, párr. 18).

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y

el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.

Como contrapartida, la **mala salud reproductiva** constituye una violación de los derechos humanos cuando es causada, en su totalidad o en parte, por el hecho de que un responsable –típicamente un Estado– incumple su deber de respetar, proteger o cumplir una obligación relativa a los derechos humanos (E/CN.4/2004/49). Como afirma la Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental (preámbulo y párrafo 6).

El fenómeno de las migraciones internacionales plantea la existencia de grupos de personas que se desplazan atravesando las fronteras de los diversos Estados, como así también, permaneciendo en aquellas zonas denominadas “*fronterizas*”³⁹ comunes a varios Estados. Dada la cruda realidad social que muchas veces conlleva el hecho de migrar⁴⁰ es imperioso poner sobre el tapete la situación de acceso a derechos de estas personas. Cruzando los ejes “migración” y “vulnerabilidad”, esta sección explora los alcances de la legislación, planes y políticas públicas de los Estados argentino y boliviano en materia de salud para garantizar de manera efectiva este derecho a la población migrante.

1. Normativa de nivel internacional

1.1 El acceso a derechos y las problemáticas de la salud en los instrumentos internacionales

El marco normativo de nivel internacional es el mismo en ambos Estados, ya que los dos son signatarios de los principales tratados que a nivel universal y regional resultan garantes de los derechos de las poblaciones migrantes que se analizan.

A modo de síntesis, puede decirse que tanto la Argentina como el Estado Plurinacional de Bolivia han ratificado los siguientes instrumentos: la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25); la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (art. XI); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 26 respecto del acceso y goce igualitario de derechos sin discriminación por razones de nacionalidad); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 11 y 12); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5, inc. iv)); la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (art. 12); la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24, 26, 27); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 24); y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y sus Familias (art. 28).

Estos tratados son entendidos como el pilar fundamental sobre el cual se erige la noción de derechos humanos y que permite establecer el marco y contenido de esos derechos, ofreciendo mayor exigibilidad por parte de los sujetos titulares. Si bien muchos de los instrumentos reseñados contienen normas específicas sobre el derecho a la salud en general y prescripciones básicas respecto de situaciones particulares como el acceso a derechos de personas con enfermedades como el VIH/SIDA, también es cierto que muchos sólo contienen normas condenatorias de la discriminación en el acceso a derechos en general, lo cual resulta aplicable en la materia. Atendiendo a los derechos de las poblaciones

³⁹ Siguiendo a Gutiérrez Posse (2003), la frontera es definida, a los efectos de este capítulo como *la zona en la que convergen las jurisdicciones de dos o más Estados*.

⁴⁰ “Considerando la situación de vulnerabilidad en que con frecuencia se encuentran los trabajadores migratorios y sus familiares debido, entre otras cosas, a su ausencia del Estado de origen y a las dificultades con las que tropiezan en razón de su presencia en el Estado de empleo” (Gutiérrez Posse, 2003).

migrantes, el artículo 28 de la Convención Internacional sobre la Protección de Todos los Derechos de los Trabajadores Migratorios y sus Familias establece: “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”. Es decir que, en el nivel de normativa internacional, tanto la Argentina como el Estado Plurinacional de Bolivia han ratificado instrumentos que otorgan una mayor protección potencial a las personas que se encuentran bajo su jurisdicción. Aunque en un principio esto podría resultar del todo alentador, más adelante veremos cómo el simple acto de ratificación de un instrumento no constituye su aplicación efectiva, ni mucho menos el goce de la protección acordada, ya que los diferentes sistemas jurídicos de los Estados pueden establecer pasos a seguir en la operatividad de dichos tratados⁴¹.

1.2 La Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia: opiniones de los Comités de las Naciones Unidas

En numerosos instrumentos de derechos humanos se establece el principio de no discriminación en el acceso, goce y ejercicio de derechos basados, entre una de las tantas razones, en cuestiones de nacionalidad; sin embargo, este principio suele ser el blanco de numerosos ataques por parte de los Estados respecto de las poblaciones migrantes que en ellos se encuentran, ya que suele exigirse que, para acceder a derechos en el Estado receptor, el migrante cuente con documentos que acrediten su situación migratoria. Así, debido a la falta de una acreditación administrativa que de cuenta de su situación, el migrante pierde la protección otorgada por los instrumentos de derechos humanos en el Estado receptor, que se basa en el único y simple hecho de ser persona. Esto representa un incumplimiento de las obligaciones asumidas por el Estado y un incremento de la vulnerabilidad en que se coloca a aquellas personas excluidas del sistema.

Sobre el **acceso a derechos en condiciones de igualdad**, en 2001, el Comité contra la Discriminación Racial⁴², ante el Informe presentado por la Argentina (CERD/C/304/Add.112. 27 de abril de 2001) estableció:

14. El Comité toma nota con preocupación las dificultades con que tropiezan los inmigrantes, principalmente de países vecinos, para sufragar los gastos de obtención de los documentos de residencia, así como los trámites de inmigración lentos y excesivamente burocráticos, y recomienda que el Estado parte tome medidas al respecto, incluidas medidas de asesoramiento gratuito. El Comité recomienda, en particular, que el proyecto de Ley de migraciones actualmente en examen incluya disposiciones para superar los problemas señalados.

Por otro lado, el acceso a derechos en condiciones de igualdad se ve asimismo afectado por las características geográficas de las zonas que se analizan, según el Informe sobre el Estado Plurinacional de Bolivia presentado al Comité contra la Discriminación Racial en 1996, donde se estableció:

“14. Se toma nota de las diferencias de acceso a los beneficios económicos, sociales y culturales entre los diferentes grupos étnicos. Si bien se aprecian las dificultades de ofrecer esos beneficios en regiones muy alejadas de la capital, son motivo de gran preocupación los efectos desproporcionados que pueden dificultar el desarrollo relativo de las distintas comunidades, ya que quizás perpetúen la discriminación racial contra los grupos desfavorecidos” (CERD/C/304/Add.10. 27 de septiembre de 1996).

La situación se agrava por la pobreza que se registra en esas zonas, como se indicó en dicho documento:

⁴¹ Como ejemplo puede mencionarse el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, donde hasta la fecha no se incorporó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales optando así a su plena operatividad y protección (Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Bolivia, 21/05/2001).

⁴² Los tratados de derechos humanos, celebrados bajo los auspicios de las Naciones Unidas, cuentan con Comités ante los cuales los Estados deben presentar informes periódicos de cumplimiento de las obligaciones asumidas. Los informes de los Estados aquí citados se corresponden con aquellos que la Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia han presentado respectivamente en los Comités.

“La pobreza queda demostrada por la falta de acceso a servicios básicos como el abastecimiento de agua potable, **la atención médica**, la educación y la electricidad”.

Respecto de la pobreza, en el Informe del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 2001 sobre el Estado Plurinacional de Bolivia, quedó establecido que:

“13. El Comité está consternado por el grado de pobreza que hay en Bolivia. Según las cifras presentadas por el PNUD, el 88,8% de todas las unidades familiares de Bolivia tiene ingresos inferiores al umbral de pobreza. Además, el 90% de esas unidades familiares vive en zonas rurales. Esta situación se refleja en indicadores como la mortalidad infantil, la esperanza de vida, la alfabetización y el acceso al saneamiento y al agua potable. A este respecto, el Comité deplora la distribución extremadamente desigual de la riqueza en Bolivia” (E/C.12/1/Add.60. 21 de mayo de 2001).

Esta situación crea condiciones que pueden constituirse en el punto de partida para los mencionados desplazamientos y que propagan las desigualdades imperantes. Entre estas condiciones se menciona, según el mismo informe: la desigualdad de facto entre hombres y mujeres bolivianos (manifiesta en las altas tasas de analfabetismo femenino, la desigualdad de remuneración por igual trabajo y la elevada proporción de mujeres que trabajan en condiciones inadecuadas en el sector no estructurado o como empleadas domésticas), y la situación de los derechos de la mujer en relación con la salud reproductiva, y en particular la alta tasa de mortalidad materna -la más alta de América Latina- que se atribuye a los abortos ilegales y a la falta de asistencia médica durante el parto, y el nivel actual del salario mínimo que no permite a los trabajadores y sus familias disfrutar de un nivel de vida digno.

En 2008, en opinión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las condiciones referidas son las que provocan que cientos de bolivianos emigren a la Argentina en busca de un futuro mejor.

“17. Al Comité le preocupa la persistencia del desempleo y el subempleo, así como la precariedad del trabajo reflejada en los empleos de urgencia, que no cuentan con una regulación laboral adecuada. El Comité observa con preocupación que la falta de oportunidades laborales ha obligado a una gran parte de la población boliviana a emigrar” (E/C.12/BOL/CO/2. 8 de agosto de 2008).

Esta situación de discriminación en el acceso a derechos en general se plantea específicamente respecto del derecho a la salud y la salud reproductiva, contenido de manera directa e indirecta en los instrumentos anteriormente mencionados. Ante el Informe que la Argentina presentara al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este organismo de las Naciones Unidas reconoció su preocupación:

“23. (...) porque en el Estado parte no se ejerce plenamente el derecho a la salud. Le preocupan en especial las condiciones en los hospitales públicos en general y en los hospitales psiquiátricos en particular.

24. El Comité está preocupado por la salud de las mujeres embarazadas, en especial por la tasa de mortalidad materna relativamente alta y las elevadas cifras de embarazo en la adolescencia.

25. El Comité también toma nota con preocupación del número cada vez mayor de casos de violencia contra la mujer, en particular violencia doméstica” (E/C.12/1/Add.38. 8 de diciembre de 1999).

En lo atinente al goce de la salud reproductiva y sus implicancias en la esfera de derechos de las personas, el relator de las Naciones Unidas, Sr. Paul Hunt, en su Informe sobre “**El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**”, estableció que:

“14. De los numerosos obstáculos a la salud sexual y reproductiva, muchos están interrelacionados y se encuentran profundamente arraigados. Estos obstáculos se presentan en diferentes niveles: los cuidados clínicos, el nivel de los sistemas sanitarios, y los factores determinantes de la salud. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de la mujer. **La modesta condición social de las jóvenes y las**

mujeres suele contribuir a su mala salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres sufren violencias durante el embarazo, que pueden provocar abortos y nacimientos prematuros, y el peso insuficiente de los recién nacidos. Algunas opiniones tradicionales en materia de sexualidad obstaculizan la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el suministro de información fiable, y tienen un efecto especialmente nocivo para los adolescentes. La **pobreza** guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. Con demasiada frecuencia la mejora de los servicios públicos de salud beneficia sobre todo a los más ricos” (E/CN.4/2004/49. 16 de febrero de 2004).

Respecto de los niños, hijos de trabajadores migrantes y la discriminación de que son objeto, se pronunció el Comité sobre los Derechos del Niño, respecto del Informe presentado por la Argentina:

“29. Al Comité le preocupa que el principio de no discriminación no se aplique plenamente a los niños que viven en la pobreza, los niños indígenas, los hijos de trabajadores migrantes, sobre todo los de los países vecinos, los niños de la calle, los niños con discapacidades y los adolescentes marginados que no estudian ni trabajan, especialmente con respecto a su posibilidad de gozar de servicios adecuados de atención de la salud y de educación” (CRC/C/15/Add.187. 9 de octubre de 2002):

Atendiendo a la salud y condiciones de vida de los niños ubicados en la zona norte de la Argentina, donde se destaca la frontera con el Estado Plurinacional de Bolivia, el mismo documento expresa:

“46. El Comité toma nota de que han bajado las tasas de mortalidad de lactantes, infantil y materna, pero le preocupa que esas tasas se mantengan altas y presenten grandes diferencias, en particular en lo que respecta a los niños de extracción humilde, los que viven en las zonas rurales, especialmente en las provincias norteñas, y los niños indígenas. También toma nota de que de diez muertes de lactantes seis podrían evitarse con medidas de bajo costo.

(...) 48. El Comité toma nota con profunda preocupación de que, según las estadísticas más recientes, el aumento de la tasa de malnutrición está afectando a más de 4 millones de niños y, en particular, a los recién nacidos y a los que viven en las provincias norteñas. (...)”.

Por otro lado, y atendiendo a la problemática del VIH/SIDA, se destaca en el mismo informe que:

“50. El Comité toma nota con preocupación del número cada vez mayor de casos de VIH/SIDA que se dan entre los jóvenes, a pesar de existir un plan nacional de lucha contra el SIDA, y reitera su preocupación (Ibíd., párr. 12) por el número de embarazos de adolescentes, especialmente en algunas provincias”.

El Comité de los Derechos del Niño recepta esta situación también en el Estado Plurinacional de Bolivia:

“49. El Comité está preocupado por el gran número de embarazos y de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los adolescentes y por la falta de programas sobre salud sexual y reproductiva. Le preocupa asimismo la elevada incidencia del abuso de alcohol y de tabaco en el Estado parte” (CRC/C/15/Add.256. 11 de febrero de 2005).

La situación reseñada fue motivo de especial preocupación para la Organización Mundial de la Salud, que, en su 61ª Asamblea Mundial de la Salud del 24 de mayo de 2008, dictó la resolución WHA61.17, por la cual exhorta a los Estados miembros de la Organización, entre los cuales se encuentran la Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia a:

- “1) A que promuevan políticas de salud que tengan en cuenta a los migrantes;
- 2) a que fomenten un acceso equitativo de los migrantes a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, y creen mecanismos para mejorar su salud; **sin discriminación por motivos de género, religión, nacionalidad** o raza;

- 3) a que establezcan sistemas de información sanitaria para evaluar y analizar las tendencias de la salud de los migrantes, desglosando la información sanitaria con arreglo a las categorías pertinentes;
- 4) a que creen mecanismos para mejorar la salud de toda la población, incluidos los migrantes, en particular mediante la detección y corrección de deficiencias en la prestación de servicios de salud;
- 5) a que obtengan, documenten e intercambien información y prácticas óptimas para atender las necesidades sanitarias de los migrantes en los países de origen o retorno, tránsito y destino;
- 6) a que fomenten entre los proveedores y los profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes;
- 7) a que capaciten a los profesionales de la salud en el manejo de los problemas sanitarios asociados a los desplazamientos de población;
- 8) a que promuevan la cooperación bilateral y multilateral en materia de salud de los migrantes entre los países afectados por el conjunto del proceso migratorio;
- 9) a que contribuyan a reducir el déficit mundial de profesionales sanitarios y sus consecuencias en lo que atañe a la sostenibilidad de los sistemas de salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

Hasta ahora no se conocen datos aportados por estos países sobre el cumplimiento de esta directiva.

1.3 El derecho a la salud de las poblaciones migrantes y el MERCOSUR

En el marco del proceso de integración regional conocido como Mercado Común del Sur (MERCOSUR), no se han establecido por medio de instrumentos específicos obligaciones en materia de derecho a la salud para los Estados respecto de los migrantes en sus fronteras ni se ha hecho presente la unificación de políticas en este sentido. Antes bien, el marco normativo a nivel regional en materia de acceso y goce efectivo del derecho a la salud en las poblaciones analizadas se encuentra regulado por los acuerdos que los Estados suscriben por fuera del proceso regional de integración.

Sin embargo, este panorama, a primeras luces desalentador, parece cambiar al analizar los acuerdos de libre tránsito de personas que, en el marco del MERCOSUR, se encuentran vigentes. Así, desde el inicio de este proceso, se han establecido pautas específicas que permiten la libre circulación de bienes y personas que involucran al Estado argentino (en tanto Estado parte) y boliviano (Estado asociado). La importancia de dichos acuerdos radica en el hecho de que, las más de las veces, permiten que los residentes de un Estado circulen hacia el otro sin necesidad de cumplir ninguna de las prescripciones que en materia migratoria aplica dicho Estado, todo lo cual se traduce en la existencia de un estado de derecho aplicable a dicha circulación que le garantiza el acceso a prestaciones tales como la salud y la atención médica durante su permanencia en el Estado receptor.

Entre estos instrumentos de libre circulación se puede mencionar el **Acuerdo sobre residencia para nacionales de los Estados partes del MERCOSUR, Bolivia y Chile**, celebrado en la ciudad de Brasilia en 2002, que establece el **trato igualitario con los nacionales del Estado receptor respecto de los trabajadores migrantes provenientes de alguno de los Estados que conforman el MERCOSUR** (Art.9). También, y en el caso de los hijos de los trabajadores migrantes que hubieran nacido en el territorio de una de las partes se estableció que tendrán derecho a tener un nombre, al registro de su nacimiento y a tener una nacionalidad, de conformidad con las respectivas legislaciones internas.

Si bien este es un acuerdo de nivel regional, se comprende que su aplicación debe darse en todo el territorio de los Estados partes, sentando así las bases de su aplicación en las zonas de frontera y respecto de las poblaciones migrantes que allí se encuentran. Estos acuerdos de libre circulación fueron ratificados y nuevamente impulsados en cuanto a la vigencia de su contenido en la trigésimo quinta

Cumbre del MERCOSUR, realizada en la ciudad argentina de San Miguel del Tucumán el 2 de julio de 2008, que finalizó con una medida que busca facilitar la circulación de personas en la región. Los mandatarios firmaron un acuerdo en el que *se descarta la utilización del pasaporte para transitar entre los países miembros y asociados del organismo*⁴³.

Por otro lado, conviene hacer una mención de las normas internas que los propios Estados miembros del MERCOSUR sancionaron para promover el debido cumplimiento de obligaciones internacionales en materia de derechos humanos para con los nacionales de los demás Estados de la región. Se destaca el caso de la Argentina que, a través de una nueva **Ley de Migraciones (N° 25.871)**, sancionada a fines de 2003, estableció condiciones más favorables respecto de la migración proveniente de los países que conforman el MERCOSUR. En especial, en relación con la salud, dicha ley establece que:

“Artículo 6° - El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Artículo 8° - **No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria.** Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria”.

En esta tónica, años más tarde, a través del **Programa Patria Grande**⁴⁴, el gobierno argentino dispuso la regularización de la situación migratoria de los extranjeros nativos de los Estados parte del MERCOSUR y de sus Estados asociados, en busca de facilitar la tramitación para acceder a una residencia legal en el país. A tal fin, se implementó un nuevo criterio de radicación basado en la acreditación de la nacionalidad de uno de los países de la región y adoptando la buena fe como principio rector del programa.

Entre los argumentos que destacaron la importancia de este programa figuraba: “ (...) Un indocumentado sólo puede recurrir a la salud pública recargando los costos de la misma cuando, a través de su regularización, podría aliviar los costos estatales utilizando otras estructuras de atención de la salud, obras sociales, salud privada, etc. Hay dos aspectos que hacen recomendable bregar por la desaparición de sectores de la población indocumentados. El primero que hace a la esfera de los derechos humanos, la forma de destruir la personalidad de un individuo es atacar su propia identidad, la falta de documentos identificatorios genera la marginalidad y la desigualdad exponiendo al ser humano a todas las formas de degradación. El segundo hace al organismo social en cuanto a su seguridad, en todos sus aspectos, social, laboral, etc., ningún plan en esta área puede funcionar efectivamente cuando sectores de la población integran un ejército blanco conformado por N.N” (www.patriagrande.gov.ar).

1.4 Los acuerdos bilaterales y la salud

La salud de las poblaciones migrantes ubicadas en la frontera argentino-boliviana también ha sido materia de discusión y atención por parte de los Estados de ambos países, obligados al cumplimiento de las normas internacionales precedentemente mencionadas. En la década de 1990, la Argentina y el

⁴³ Cumbre del MERCOSUR declara la libre circulación de personas. Nota publicada en el sitio de la Agencia Informativa Pulsar de la Asociación Mundial de Radios Comunitarias para América Latina y Caribe (AMARC ALC). Tegucigalpa. 2/07/2008. Disponible en www.agenciapulsar.org/nota.php?id=13099.

⁴⁴ Normativa que rige el Programa Patria Grande: la Ley de migraciones 25.871, sancionada por el Congreso de la Nación el 17 de diciembre del año 2003 y promulgada por el Poder Ejecutivo en enero de 2004, fija los lineamientos fundamentales de la política migratoria de la República Argentina y da cumplimiento a los compromisos asumidos por el país en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes. Los decretos N° 836/2004 y 578/2005 disponen la creación e implementación del Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria, orientado a la ejecución de medidas encaminadas a la inserción e integración de la población migrante a través de la facilitación de acceso a la residencia. En tal sentido, la Dirección Nacional de Migraciones puso en funcionamiento el Programa mencionado a través de la Disposición DNM N° 53.253/2005, a la cual pudieron acogerse los nativos de los Estados parte y asociados del MERCOSUR (el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Chile, el Ecuador, el Paraguay, el Perú, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela) ingresados al país con fecha anterior al lanzamiento efectivo del programa (abril de 2006).

Estado Plurinacional de Bolivia firmaron el convenio ARBOL II (1992-2000) de cooperación en materia de salud. Este convenio, ejecutado por la Dirección de Sanidad de Fronteras y Terminales de Transporte del Ministerio de Salud de la Nación, estaba referido al área de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades vectoriales y apuntó principalmente al control del cólera y EDA, zoonosis, paludismo, mal de Chagas, dengue, fiebre amarilla, rabia y tuberculosis en la Zona Federal de Frontera, entendida como los 50 Km. que se extienden a cada lado de la línea fronteriza.

En 1994, se firmó el **Acuerdo por canje de notas suscrito con el Gobierno de la Republica del Estado Plurinacional de Bolivia sobre la salud de la población en zonas de frontera**⁴⁵, a través del cual: “El gobierno argentino, consciente de la extraordinaria importancia que en el marco de la lucha contra el cólera reviste la realización de obras de infraestructura, especialmente las destinadas a la provisión de agua potable y alcantarillado en áreas de frontera, se compromete a realizar las inversiones necesarias para la ejecución, con un aporte extraordinario de fondos, de esas obras de saneamiento básico, tanto en territorio argentino como boliviano. Por su parte el gobierno boliviano, como contrapartida, se compromete, a su costo, a financiar las otras líneas de acción en salud previstas en su territorio, de acuerdo con las pautas consensuadas en la precitada reunión binacional del Plan Operativo ARBOL II”.

Este acuerdo quedó concluido a través del envío de notas diplomáticas constituyendo un instrumento vinculante en materia de acceso y goce del derecho a la salud de las poblaciones móviles en la frontera referida.

En el año 2000 entró en vigencia un Acuerdo entre la República Argentina y la República del Estado Plurinacional de Bolivia sobre Controles Integrados de Frontera, el cual no contiene ninguna prescripción respecto de las condiciones sanitarias de las personas en tránsito, ni tampoco sobre los derechos que deben garantizarse al momento de efectuar dichos controles⁴⁶.

Por otro lado, es de destacar el **Convenio de Migración entre la República Argentina y Bolivia (1998)**⁴⁷, cuyo Preámbulo reza: “Reconociendo la responsabilidad compartida de ambos gobiernos en la adopción de medidas que organicen y orienten los flujos migratorios entre las partes, para que efectivamente sirvan como vehículos de integración entre ambos países; **Considerando que el desplazamiento de nacionales comporta situaciones complejas, vinculadas a dificultades en el acceso a los sistemas de salud y de educación, de previsión social y de contralor fiscal y otras consecuencias no deseadas del fenómeno migratorio; Reiterando el especial interés de procurar en las zonas fronterizas la adopción de medidas y el desarrollo y la promoción de proyectos que conlleven la estabilización de las poblaciones de frontera, asegurando un impacto social significativo en esas regiones.**

El convenio establece en diferentes artículos las formas que adoptará la cooperación binacional a los fines del cumplimiento del instrumento. Así, por ejemplo, figura que:

Artículo 18: Las partes se comprometen a impulsar el desarrollo de proyectos comunes orientados al área social, con el objeto de mejorar las condiciones de vida y estabilizar las poblaciones de frontera; y a estudiar nuevos mecanismos de facilitación que permitan el abastecimiento de las poblaciones fronterizas y el desarrollo de la producción local.

Artículo 20: Las partes se comprometen a desarrollar un Programa de información a los potenciales inmigrantes sobre las condiciones objetivas de vida en las áreas de recepción migratoria. A dichos efectos, ambas partes gestionarán la cooperación de los organismos internacionales especializados en la materia”.

Si bien este texto normativo destaca en sus preliminares la importancia de establecer condiciones más favorables de cara a las complejidades que deben afrontar las poblaciones migrantes que se

⁴⁵ Suscrito en Buenos Aires el 17 de marzo de 1994 y aprobado por ley 24659/96. Disponible en la Biblioteca del Congreso de la Nación. Buenos Aires, Argentina.

⁴⁶ Suscrito en Buenos Aires, el 16 de febrero de 1998 y aprobado por Ley 25253, sancionada el 18 de mayo de 2000 y promulgada el 25 de julio de 2000. Biblioteca del Congreso. Red Glin: Tratados Internacionales Bilaterales.

⁴⁷ Suscrito en Buenos Aires, el 16 de febrero de 1998 y aprobado por Ley 25.098, sancionada el 21 de abril de 1999 y promulgada el 5 de mayo de 1999. Biblioteca del Congreso. Red Glin: Tratados Internacionales Bilaterales.

encuentran en la frontera, y reconoce la existencia de gravosas dificultades a la hora de acceder al derecho a la salud, incluyendo lo concerniente a la salud reproductiva y el VIH/SIDA, su extenso articulado termina por establecer un marco normativo genérico que deja de lado cualquier posible prescripción específica respecto de la temática salud.

Otro esfuerzo conjunto para lograr el máximo y efectivo goce del derecho a la salud en las zonas de fronteras también se dio en el IX Comité de Integración⁴⁸. El encuentro se realizó en la ciudad de Orán, a escasos kilómetros del paso fronterizo Aguas Blancas-Bermejo, y en él participaron autoridades de ambos países. En esa ocasión, la delegación argentina recordó la recomendación efectuada en la VIII Reunión del Comité de Frontera Bermejo-Aguas Blancas del año 2004 en sentido de estudiar un mecanismo de financiamiento para mantener y reforzar el presupuesto de los establecimientos hospitalarios de la zona de frontera y reiteró la importancia de incluir el tema en la agenda de los Ministros de Salud del MERCOSUR, el Estado Plurinacional de Bolivia y Chile. También, la delegación argentina solicitó establecer contactos permanentes entre responsables de salud de ambos países en la zona de frontera a fin de intercambiar información en materia de vigilancia epidemiológica y seguimiento de pacientes.

En la XXIII Reunión del Comité de Frontera Yacuiba-Salvador Mazza, en el marco de la creación del puente que unirá esos punto geográficos, llevada a cabo el 26 de julio de 2004 en la República Argentina, se estableció, respecto del ítem “facilitación fronteriza - salud y epidemiología”, la creación de una comisión binacional de nivel local, bajo la responsabilidad de ambos gerentes de salud de dichas jurisdicciones:

“(…) A efectos de coordinar las acciones de prevención de las enfermedades endémicas (chagas, dengue, paludismo, tuberculosis, rabia, SIDA) las autoridades participantes recomiendan la creación de una comisión permanente binacional de nivel local cuyas funciones serán:

- a) Intercambiar información.
- b) Solicitar colaboración de otras instituciones locales.
- c) Promover el cuidado del medio ambiente.
- d) El adecuado control de vectores y eliminación de la basura.
- e) Estudiar la problemática de la financiación de la salud”.

Lo reseñado constituye una muestra de los esfuerzos conjuntos de ambos Estados en el plano normativo bilateral para lograr la plena vigencia de derechos en las zonas de frontera. Queda en evidencia que esos esfuerzos no cumplen su función cuando no se establecen prescripciones específicas que contengan el derecho analizado o las políticas establecidas en esos tratados.

2. Políticas, planes y programas de nivel nacional: las poblaciones migrantes de frontera en la agenda nacional

En esta parte del trabajo se analizará la normativa de nivel nacional de los Estados boliviano y argentino, y se revisará los planes –y su implementación efectiva– respecto del acceso y goce efectivo del derecho a la salud, en especial, la salud reproductiva, la atención médica y la prevención y asistencia del VIH y el SIDA de las poblaciones migrantes ubicadas en la frontera de estos Estados.

2.1 El Estado Plurinacional de Bolivia

2.1.1 Estructura y organigrama del Estado boliviano para garantizar el derecho a la salud, en especial a la salud sexual y reproductiva

Antes de iniciar el análisis de los planes dispuestos por el Estado boliviano para garantizar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud de sus nacionales y personas que se encuentren bajo su jurisdicción, se hará mención de la estructura vigente para garantizar este derecho. En este sentido, existe un ministerio

⁴⁸ “Argentina y Bolivia acordaron fortalecer la integración fronteriza”. Embajada del Estado Plurinacional de Bolivia en la República Argentina. Buenos Aires, 24 de Septiembre de 2007.

específico en la materia, denominado **Ministerio de Salud y Deportes (MSyD)**, entre cuyas misiones se incluyen todas aquellas relacionadas con la prevención y lucha del VIH y SIDA, ITS y la atención de la salud reproductiva. Asimismo, el ministerio cuenta con varios viceministerios, a los cuales se han asignado por ley distintas funciones. Al Viceministerio de Salud cabe, entre otras, la función de formular políticas de prevención, control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Se destaca la creación del **Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad**⁴⁹, instancia gubernamental responsable de promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, de transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales del nivel central y en el nivel descentralizado, de formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud⁵⁰. La importancia de este nuevo enfoque de la medicina propuesto en el Estado boliviano se da en el marco de la revalorización de las culturas ancestrales, permitiendo así una mayor llegada a los sectores más vulnerables de la sociedad en un marco de intercambio de conocimientos. Esto no deja de afectar la temática en análisis, principalmente la salud reproductiva.

2.1.2 Políticas, planes y programas

Luego de la expresa mención a la estructura organizativa respecto de la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, y adentrándose en el análisis de la problemática referida, conviene destacar que uno de los problemas más graves que enfrenta el país es la desigualdad de género, que repercute en diversos estratos de la sociedad boliviana, generando condiciones inadecuadas de vida que pueden contribuir a la creación y mantenimiento de una situación de vulnerabilidad extrema; sin embargo, esta situación ha comenzado a revertirse a partir de la sanción de distintas leyes que promueven la igualdad de género⁵¹.

Siguiendo esta línea, se adoptaron políticas y programas en el marco de la ley, que son asumidos desde el Ministerio de Salud y Deportes, tales como el **Plan Nacional de Equidad de Género y Salud 2004–2007**⁵² que persigue los siguientes objetivos:

- a) Incorporar estrategias e institucionalizar mecanismos para la participación efectiva de la mujer en el cuidado de la salud.
- b) Potenciar el conocimiento, la información y la toma de decisiones de las mujeres en el componente de salud sexual y reproductiva.
- c) Desarrollar acciones de atención primaria en salud mental para la mujer, con énfasis en el abordaje de las diferentes formas de violencia en la que se encuentra expuesta.
- d) Profundizar dentro de los procesos de reforma del sector, los componentes relacionados a sistemas de información, investigación, capacitación y de recursos humanos y planificación, incorporando el análisis de consideraciones de género.

Desde 1996, en el Ministerio de Salud y Deportes, se dio inicio a una etapa de estructuración de la transversalización de género al interior de las acciones y políticas con que cuenta este sector, asimismo se creó un sistema tripartito de coordinación intersectorial compuesto por salud, educación y género. También se introdujo el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, destinado a mejorar la provisión y calidad de los servicios básicos en salud, especialmente para mujeres y niños; y posteriormente se implementó el Seguro Básico de Salud con prestaciones gratuitas para menores de 5 años, que tuvo vigencia hasta fines del año 2002, cuando se instituye el **Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)** que incrementa el financiamiento y los niveles de complejidad de las prestaciones (Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002; vigente en todo el Estado Plurinacional de Bolivia a partir del 1 de enero de 2003). Estos servicios deben ser prestados de

⁴⁹ Decreto Supremo N° 28.631 (marzo, 2006).

⁵⁰ Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Sitio Web oficial <http://www.sns.gov.bo> y <http://www.sns.gov.bo/index.apx?op=5.7>.

⁵¹ Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos segundo, tercero y cuarto combinados de los Estados partes. Estado Plurinacional de Bolivia. Distr. general 27 de marzo de 2006. CEDAW/C/BOL/2-4. Legislación sobre promoción de igualdad de género en el Estado boliviano. Pág. 15 a 17.

⁵² Programa establecido en el marco de la Ley N° 975 de 2 de mayo de 1988.

manera obligatoria y gratuita por los Centros de Salud Pública y de la Seguridad Social y por aquellos centros de salud de ONGs e iglesias que hubieran firmado convenios con los municipios.

El SUMI es un seguro de carácter universal, integral y gratuito que otorga prestaciones a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Las prestaciones que otorga el SUMI son de prevención, curación y rehabilitación y comprenden, entre otras: atención ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales, emergencias gineco-obstétricas y pediátricas en los niveles de atención del sistema nacional de salud y de la seguridad de corto plazo. Ellas se adecuan a la medicina tradicional boliviana, donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos sean de elección. Este programa es un esfuerzo propio del país que se desarrolla con recursos nacionales provenientes de tres fuentes de financiamiento: el Tesoro General de la Nación, los impuestos nacionales y el Fondo Solidario Nacional (FSN) con recursos que provienen de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000 (Recursos HIPC II, programa de alivio de la deuda externa) (UDAPE-OPS/OMS, pág.73). Según información contenida en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2000), los logros del SUMI son notables –especialmente en lo relativo al aumento en la cobertura de partos institucionales– llegando a cubrir en 2003 un 55% a nivel nacional y disminuyendo la tasa de mortalidad materna de 390 mujeres por 100.000 nacidos vivos en 1994 a 229 en 2003 (si bien dicha tasa no deja de ser alta). Con esta cobertura, el 79% de las mujeres recibieron atención prenatal y, de ellas, 70% fueron atendidas por personal de salud calificado (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, 2003).

El **Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud Extensa** se destaca como parte de una estrategia que el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia ha establecido con el objetivo de ampliar la atención en salud y terminar con la exclusión en salud de numerosos grupos poblacionales localizados en comunidades rurales y urbanas marginales de todo el país. El Programa desarrolla acciones que conducen al fortalecimiento de la gestión local en salud, buscando generar un modelo de atención integral que sume la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud a la de la medicina tradicional.

El Ministerio de Salud y Previsión Social, en agosto de 2002, emitió la Resolución Ministerial N° 0422 por medio de la cual se instruye la creación de la Unidad Nacional de Género y Violencia, que deviene en el **Programa Nacional de Género y Violencia**, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud. Su misión es “generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir las incidencias de todos los tipos de violencia e inequidades de género, difusión, aplicación y su adecuado control con eficiencia, responsabilidad y convicción. Todo esto orientado a mejorar la salud de la población en general y de los grupos vulnerables de la comunidad⁵³”.

En salud reproductiva, el Estado Plurinacional de Bolivia ha implementado el **Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2004–2008; aprobado por Resolución Ministerial N° 56/04), que apunta a proveer de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, incluyendo servicios de anticoncepción y atención calificada del embarazo, el parto y sus complicaciones, así como la atención a las infecciones y enfermedades de la edad reproductiva del escolar y adolescente y de las víctimas de la violencia sexual y de género. Para llevar adelante este programa, se han programado tres planes:

- Plan Nacional de Maternidad y Nacimiento Seguro: orientado a reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, da continuidad y fortalece el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Plan de Violencia Sexual: busca fortalecer las redes de servicios de salud en la atención de la violencia sexual, contribuir al funcionamiento articulado de las redes de servicio y las redes sociales para el abordaje integral de la violencia sexual, promover el empoderamiento de las mujeres, adolescentes, niñas, niños y personas con necesidades especiales para que ejerzan sus derechos en cuanto a la prevención, detección, denuncia y atención a las víctimas de la violencia sexual.

⁵³ Ley N° 2442 de marzo de 2003.

- Plan Nacional de Control de Cáncer de Cuello Uterino: esta enfermedad es la principal causa de muerte de las mujeres adultas en el Estado Plurinacional de Bolivia y su incidencia es mucho mayor entre quienes viven en condiciones de pobreza y exclusión.

A partir de la implementación del SUMI y de la ampliación de los servicios de salud sexual y reproductiva, la tasa global de fecundidad ha disminuido de 4,8 hijos/as por mujer, registrados/as en 1994, a 3,8 hijos/as por mujer en el año 2003. Esto resulta de un mayor conocimiento de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres, que se evidencia en un aumento de mujeres que usan métodos anticonceptivos: de un 69% registrado en 1998 a un 78% en 2003 (ENDSA, 2003).

Luego de analizar el marco normativo y los planes vigentes en el Estado Plurinacional de Bolivia, así como su operatividad, conviene destacar que, a pesar de los numerosos planes que se han implementado a nivel nacional, no se registran planes específicos en la zona de frontera con la Argentina respecto de temas como salud reproductiva, atención médica adecuada y VIH/SIDA. También se ha establecido en el Informe que el Estado boliviano presentara al Comité contra la Eliminación de toda Discriminación contra la Mujer, y respecto de la particular situación de discriminación de género en dicho país, que:

“312. Gran parte de la población de mujeres aun desconoce sus derechos sexuales y reproductivos, no tienen acceso a la información y a servicios de atención de calidad, las mujeres se mueren por falta de atención y la política nacional de salud no abarca todo el ciclo vital de las mujeres” (CEDAW/C/BOL/2-4. Pág. 64).

De esta forma, si bien parece reinar un estado de protección legal, existen, en la práctica, fallas por la ausencia de programas en el nivel específico de la frontera y obstáculos para lograr que los planes nacionales tengan un mayor impacto en esta región del Estado Plurinacional de Bolivia.

2.2 La Argentina

2.2.1 Estructura y organigrama del Estado argentino para garantizar el derecho a la salud, en especial a la salud sexual y reproductiva

El Estado argentino, a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación y de los distintos ministerios provinciales de esta rama, se ha encargado de la elaboración, promoción y operatividad de distintos programas de nivel nacional y provincial referentes al derecho a la salud sexual y reproductiva. Dichos planes se constituyen en la cara visible de la legislación, nacional y provincial, que rige la materia en análisis y que se estructuran conformando un sistema.

Estos planes, programas y servicios en materia de salud implementados por el Ministerio de Salud de la Nación –organismo que posee acción en el nivel nacional–, alcanzan las zonas de frontera donde, formalmente, la población migrante se incluiría como beneficiaria. Con todo, es necesario señalar, como sostiene Sala (2002) que cuando el Estado nacional piensa en acciones de salud relacionadas con el fenómeno migratorio, “las migraciones y los migrantes limítrofes son asociados a problemas sanitarios que han dado lugar a diversas acciones de salud que, en general, no han reconocido a sus destinatarios como sujetos con derechos y que expresan un profundo desconocimiento de sus pautas culturales y estrategias de vida”. De hecho, como resultado de las búsquedas realizadas y las comunicaciones establecidas con referentes e informantes clave, hasta el momento no se han encontrado, dentro de la órbita de la atención de la salud, planes, programas y/o proyectos que en la actualidad posean alguna especificidad o focalización en la atención de la población migrante. Sí existen programas y acciones en materia de salud pública realizadas en frontera –de hecho, se trata de las acciones de gobierno con mayor antigüedad en materia de salud en zonas de frontera– que, si bien poseen entre sus beneficiarios a la población migrante, están orientados a la prevención y control de epidemias, enfermedades zoonóticas, etc. cuya prevención y erradicación han sido consideradas prioritarias por el alto costo que le significan al sistema de salud (tales como el Programa Federal de Chagas, principal endemia en la República Argentina) y no abocadas a la atención en materia de salud en general ni de salud sexual y reproductiva. El **Área de Sanidad en Frontera** es el único espacio gubernamental que orienta históricamente sus acciones hacia las zonas fronterizas: las acciones que realiza son de carácter claramente epidemiológico, tales como la vacunación contra la fiebre amarilla.

Dicho esto, se mencionan las normas específicas que conforman el sistema legal tendiente a garantizar la salud sexual y reproductiva en la Argentina:

- La Ley nacional de SIDA N° 23.798, dictada en 1990, establece que, en la lucha contra el VIH/SIDA, están comprendidas las siguientes acciones: la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población. Esta ley establece que la atención hospitalaria necesaria para la detección y tratamiento de la enfermedad puede realizarse en cualquier centro de salud público y que el examen de detección del virus es gratuito. De hecho, los profesionales que detectan el virus deben informar a la persona sobre su “derecho a recibir asistencia adecuada” (art. 8). La ley contempla a la población inmigrante de manera específica en estos términos:

“Artículo 9°. Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH”.

- La Ley N° 24.455 de prestaciones obligatorias de las obras sociales, sancionada en 1995, incluye la obligatoriedad de que las obras sociales dispensen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a sus afiliados viviendo con VIH/SIDA y lleven a cabo programas de prevención del VIH/SIDA y de drogodependencia.
- La Ley N° 25.543 establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada, como parte del cuidado prenatal normal en todos los establecimientos médico asistenciales estatales, dependientes de obras sociales y de las entidades de medicina prepaga.
- La Ley N° 24.754, sancionada en 1996, dirigida a establecer prestaciones obligatorias para las empresas de medicina prepaga, dispone que las empresas o entidades del sub sector privado deben cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales por la Ley 24.455. De acuerdo al marco normativo descripto, tanto el sub sector estatal como el de las obras sociales y el de las empresas de medicina prepaga están obligados por ley a brindar tratamiento médico, psicológico y farmacológico a las personas conviviendo con el VIH/SIDA, y a llevar a cabo programas de prevención del SIDA. Sin embargo, debe destacarse que las obras sociales provinciales y municipales, al no estar alcanzadas por la Ley nacional 23.661, que establece el Programa Médico Obligatorio, no resultan obligadas a brindar cobertura del tratamiento para combatir el VIH/SIDA.
- La Ley nacional de salud sexual y reproductiva N° 25.673, sancionada en 2002, reconoce que el derecho a la salud comprende la *salud sexual*, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. De este modo, por primera vez, se incorpora la temática a la agenda de las políticas públicas del Estado Nacional. La ley establece la creación del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. En esta línea, mediante Resolución N° 310/04 del Ministerio de Salud de la Nación, se debe brindar cobertura del 100% en anticonceptivos a los beneficiarios de obras sociales y medicinas prepagas. Para aquellos que carezcan de cobertura, el gobierno garantiza anticoncepción gratuita en los centros de planificación familiar.

2.2.2 Políticas, planes y programas

En cuanto a los planes implementados y que se basan en la estructura normativa reseñada, actualmente se encuentran vigentes tres programas, que se desarrollan bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación:

1) El **Programa nacional de lucha contra los retrovirus del humano VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)**. Creado a partir de la Ley nacional de SIDA, está a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. Sus objetivos son: prevenir la transmisión sexual y perinatal, por sangre, hemoderivados, transplantes y durante procedimientos invasivos; prevenir la infección entre

usuarios de drogas; reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico; reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia y consolidar los aspectos administrativos, gerenciales y de gestión del programa. Para ello, propone, entre otros medios, desarrollar actividades educativas, impulsar acciones de prevención de la infección, mantener el nivel de información y sensibilidad social en relación a la epidemia del VIH, fortalecer y proseguir con las políticas de no discriminación sustentada en la Ley nacional de SIDA, reforzar la atención integral de las personas infectadas y enfermas, movilizar recursos nacionales e internacionales y coordinar el uso racional de los disponibles. El programa nacional posee, además, un componente de gerenciamiento por el cual se hace efectiva la entrega gratuita de medicamentos y los estudios de carga viral a las personas de todo el país que carezcan de recursos y no sean beneficiarios de obras sociales o medicinas prepagas.

No obstante, con frecuencia, la población migrante y/o refugiada logra acceder al diagnóstico pero no al tratamiento de la infección por VIH, ya que para esto se suele exigir la presentación de DNI argentino. Diversas ONG abocadas a la temática del VIH señalan la existencia de “zonas grises” en el Programa que permiten que la cobertura real en VIH para aquellas personas que residen en el país en situación irregular dependa muchas veces de interpretaciones personales no exentas de arbitrariedad. Esta situación pone en evidencia que, al momento de garantizar la cobertura integral de la infección por VIH, el programa nacional tiende a ignorar una de las problemáticas más acuciantes para los migrantes que residen en la Argentina: la obtención de documentación (CAREF, 2007).

2) El **Programa de asistencia financiera a agentes de seguro de salud**, que si bien no es un programa específico para VIH/SIDA, es el que administra y distribuye los subsidios provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a través de la Administradora de Programas Especiales (APE), organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en la jurisdicción del Ministerio de Salud.

3) El **Programa nacional de salud sexual y procreación responsable**, que plantea “promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual” y contempla acciones vinculadas con la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y la promoción y difusión de información sobre salud sexual y reproductiva. De esta forma, se promueve la “consejería” en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país, que ofrece la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Además, tiene como objetivo específico “detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario” (Ley 25.673, artículo 5). Este programa abarca:

- a) Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los centros de atención primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada. Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados y anticonceptivos hormonales de emergencia, dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.
- b) Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- c) Capacitación a los equipos de salud mediante la unión con el Programa de médicos comunitarios.
- d) Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- e) Actividades de comunicación social y campañas.
- f) Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios y agencias de las Naciones Unidas, de las asociaciones científicas y profesionales, del sector educativo y organizaciones no gubernamentales (científicas, de desarrollo comunitario, académicas) especializadas en la temática, para el análisis y debate de los principales temas que

competen al área y la elaboración de líneas de acción posibles (Resolución 1/2007, Secretaría de Programas Sanitarios, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación).

El programa comenzó en 2003. A pesar de su consagración legislativa, no ha contado con una asignación de recursos específicos y desagregados en el presupuesto de ese año ni el siguiente. Se contemplan recursos para salud reproductiva dentro del programa 17 del Ministerio de Salud, de atención a la madre y el niño.

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, en 2006 los centros de salud y hospitales con prestaciones del programa superaban los 6.100 en todo el país, siendo 1.900.000 sus usuarias/os, sin distinción entre nacionales o extranjeros (“Alcance del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable”. <http://www.msal.gov.ar>). Al cumplirse tres años de vigencia del programa, el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) publicó un estudio que, si bien reconoce que el panorama normativo resulta alentador, destaca las graves fallas del programa: la falta de entrega de anticonceptivos por parte de muchas empresas prepagas, el cobro por la colocación de dispositivos intrauterinos en algunos centros de salud públicos y la ausencia de una campaña de difusión nacional. También establece que las irregularidades que se detectaron en el programa se produjeron no sólo en la Ciudad de Buenos Aires, sino también en las provincias. Según el estudio, todavía hay personas que desconocen que pueden recibir anticonceptivos gratis o ser asesoradas en sexualidad y reproducción (<http://www.auno.org.ar/leer.php/2490>).

Otros planes y programas pertinentes en materia de salud sexual y reproductiva incluyen:

4) **Plan Nacer**. Fue diseñado en el marco del Plan Federal de Salud para disminuir el componente sanitario de la mortalidad materno infantil en la Argentina, reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población, fortaleciendo la red pública de los servicios de salud.

Si bien dicho plan asegura gratuitamente la atención y el cuidado de la salud para mujeres embarazadas y púerperas, niños y niñas de hasta seis años, con respecto a la inclusión de las madres y niñas y niños migrantes destaca un dato que inquieta ya que, según la página oficial del Ministerio de Salud, este plan posee entre los requisitos para la inscripción la posesión de DNI argentino (aunque contempla la inscripción provisoria para quienes carezcan de él). Cabe notar que la obtención del DNI no depende estrictamente de la voluntad de las personas migrantes sino más de voluntades políticas gubernamentales. La posibilidad de que una persona se radique en la Argentina está relacionada con los programas migratorios y tiempos burocráticos extensos. Además de un trámite engorroso, la radicación supone el pago de tarifas de legalizaciones consulares en dólares. Los costos excesivos representan un obstáculo determinante a la hora de tramitar el DNI argentino. Por lo tanto, el requisito es llamativo dado que, en el propio sitio Web del plan, se establece que se trata de “un Plan que plantea como desafío social cuidar y proteger el futuro de los niños y madres, en una sociedad que se proyecta hacia un camino justo y distributivo” (<http://www.nacer.gov.ar/index.asp>)⁵⁴.

5) **Programa nacional médicos comunitarios**. En reuniones entre los ministerios del Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina en abril y mayo del año 2006, se ampliaron las acciones enmarcadas dentro del convenio ARBOL II y se prestó atención a la promoción de la salud familiar comunitaria e intercultural. En este sentido, se dio intervención al Programa nacional médicos comunitarios, de formación de recursos humanos en salud creado por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del Plan Federal de Salud. El programa se articula entre la nación, las 24 provincias argentinas y los municipios junto a 17 universidades nacionales. Vinculado a la conformación de un estudio de

⁵⁴ Debe destacarse que este no es el único caso de una política o programa de salud en la Argentina que impone requisitos diferenciales para la población nativa y la población extranjera. Esta distinción también aparece, por ejemplo, en el Programa Federal de Salud (PROFE) de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, que garantiza la cobertura médico asistencial a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al programa. Según el decreto que regula las pensiones asistenciales, los extranjeros con discapacidad deben poseer 20 años de residencia en el país y las personas mayores que requieren pensiones destinadas a la “atención de salud especial para la vejez” deben haber residido en el país durante 40 años. El conflicto, además de la discriminación visibilizada en estas prácticas, es que la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales confunde residencia con radicación, o sea vivir en la Argentina con haber regularizado la situación migratoria y obtenido el documento nacional de identidad argentino.

posgrado universitario en salud social y comunitaria que, según cifras oficiales, involucraría en la actualidad a 8 mil profesionales de todo el país, el programa busca incrementar la dotación de recursos humanos calificados y entrenados específicamente para fortalecer la estrategia para la Atención Primaria de la Salud (APS). Se trata de uno de los pocos programas y/o acciones gubernamentales que han realizado acciones específicas en torno a la atención de la salud en zonas de frontera, especialmente la argentino-boliviana. A su vez, constituye la única acción concreta encontrada como materialización del Acuerdo de Cooperación Sanitaria firmado entre los presidentes del Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina; su último objetivo fue “cooperar con la República del Estado Plurinacional de Bolivia ofreciendo equipos de profesionales pertenecientes al Programa médicos comunitarios del Ministerio de Salud de la República Argentina, para contribuir en la mejora de la salud de los pueblos de la frontera argentino-boliviana”.

Como parte de este programa, en el año 2006 un grupo de profesionales de la salud⁵⁵ pertenecientes al Programa médicos comunitarios se instaló en distintas zonas de la frontera argentino-boliviana. El trabajo se realizó en cinco municipios del departamento de Tarija (Estado Plurinacional de Bolivia): Bermejo, Padcaya, Caraparí, Yacuiba y Yunchará. Los objetivos específicos del proyecto incluyeron colaborar en el desarrollo participativo de un diagnóstico socio sanitario de las comunidades de estos cinco municipios fronterizos, proponer un plan de acción centrado en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades tendiente a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud y colaborar en la resolución de situaciones y problemáticas relacionadas con la salud de las comunidades de los municipios seleccionados.

6) Programa para el desarrollo del proyecto de fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS). Enmarcado dentro del Plan Federal de Salud, tiene como objetivo contribuir, en un período de cuatro años, a mejorar la salud integral de los habitantes de siete provincias de las regiones del noroeste y noreste argentinos (NOA: Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán; NEA: Corrientes, Chaco y Misiones) a través del fortalecimiento del modelo de gestión y de atención de salud pública, desde la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Es producto de un acuerdo de cooperación con la Unión Europea y llega a su concreción mediante la suscripción del Convenio de Financiación N° ALA/2005/17-606, firmado entre la Unión Europea y la República Argentina en diciembre de 2005.

2.2.3 Igualdad de género en la agenda nacional argentina

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a través de la Resolución 431/2005, estableció la Coordinación de Unidad de género y salud, conformada en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, con la finalidad de promover la igualdad de oportunidades para las mujeres en el cuidado y acceso a los servicios de salud. Esto fue realizado en respuesta a las prescripciones establecidas a partir de la reforma constitucional de 1994, donde se acordó el rango de ley fundamental para la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; y atendiendo a que en dicha Convención se sentaron las bases para impulsar un proceso de modificación de las leyes y de las instituciones sociales a los fines de promover acciones positivas orientadas a la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y varones. La medida atiende también a que los países miembros del MERCOSUR y la República de Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia expresaron, en el año 2000 en la ciudad de Buenos Aires, la voluntad de incorporar una perspectiva de género en las políticas públicas de sus gobiernos. Es de destacar que al referirse a mujeres, según los fundamentos y expresiones vertidas en la resolución, no se efectúa distinción alguna entre mujeres nacionales o migrantes, como tampoco se establecen supuestos específicos respecto de mujeres pertenecientes a poblaciones migrantes en zonas de frontera.

Para los fines del presente documento, las funciones que destacan de este organismo son:

- Impulsar los acuerdos internacionales comprometidos por nuestro país, con el aporte de las organizaciones sociales.
- Promover la incorporación y transversalización en perspectiva de género en los servicios de salud.
- Promover la protección de la salud y los derechos de salud sexual y reproductiva como derechos humanos.

⁵⁵ Se trata de médicos, enfermeras, obstétricas, trabajadores sociales, antropólogos, veterinarios, expertos en ambiente y nutricionistas.

- Evaluar sistemáticamente la situación de género y salud, fortaleciendo los vínculos interinstitucionales, intersectoriales con la sociedad civil.
- Promover la protección de la salud de la mujer en situación de violencia y reconocer a la misma como tema de salud pública.
- Promover la equidad de género trabajando sobre las disparidades evitables e injustas entre hombres y mujeres en el acceso a la atención de la salud, a servicios de calidad y a la participación para la toma de decisiones.

La resolución que crea esta unidad enfatiza la necesidad de una política clara de participación de la sociedad civil que no se agote solamente en un programa de capacitación sino que la habilite a apoyar, controlar y monitorear en forma conjunta la implementación y marcha del Programa de salud sexual. Para ello, se estableció que dependerá de esta unidad el Consejo consultivo de la sociedad civil, espacio donde la Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias y representantes de organizaciones no gubernamentales, sectores sindicales, académicos y científicos dialogan, intercambian información y se organizan alrededor de los temas inherentes a la salud integral de mujeres y varones. No se registran datos recientes de la operatividad de este organismo en los sitios oficiales.

2.2.4 Salud reproductiva en las provincias. Casos de Salta y Jujuy a propósito de la frontera con el Estado Plurinacional de Bolivia

Como bien se ha establecido en el análisis precedente, y tal como se desprende del sistema federal de gobierno establecido en la Constitución argentina, toda normativa a nivel nacional tiene su correlato en la normativa provincial; así en materia de salud reproductiva en la provincia de Jujuy se destaca la Ley provincial N° 5133, que crea el **Programa provincial de maternidad y paternidad responsable y de prevención de enfermedades de transmisión sexual**⁵⁶. Entre los objetivos de este programa se destacan:

- a) Educar a la comunidad en general, en particular a las familias, los jóvenes, hombres y mujeres, sobre maternidad y paternidad responsable, el autocuidado de su salud integral y el cuidado de la salud de los niños desde su concepción.
- b) Prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- c) Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna, atacando los flagelos que la provocan, como la ignorancia, el abandono personal, el descuido, la desnutrición, la violencia familiar, etc.
- d) Contribuir a la disminución y progresiva eliminación del número de abortos provocados, concientizando, informando y asesorando a la población en forma permanente y continua, acerca de los efectos negativos de las prácticas abortivas que atentan contra la vida y la salud (artículo 2).

El artículo 3° de dicha ley establece que todos los establecimientos sanitarios dependientes del Ministerio de Bienestar Social, a través de los servicios de Tocoginecología y Obstetricia y las unidades de primer nivel de Atención Primaria de la Salud, en su accionar interdisciplinario y multisectorial, brindarán los siguientes servicios educativos y de cuidados:

- *Prevención primordial*: fomento de autocuidado a través del conocimiento de sí mismo, de la salud de los integrantes de su núcleo familiar, de la valoración de la vida y de la sexualidad.
- *Prevención primaria*: a) capacitar permanentemente a todos los agentes de salud involucrados en el programa y a la comunidad en su conjunto; b) informar, asesorar y capacitar coordinadamente y en articulación con otras áreas de gobierno y organizaciones no gubernamentales sobre aspectos vinculados a los objetivos del programa; c) informar y asesorar, ética y científicamente a cónyuges, parejas, hombres y mujeres, sobre métodos anticonceptivos no abortivos para el ejercicio de una maternidad y paternidad responsable; d)

⁵⁶ Creación en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social. Sanción: 03/06/1999; promulgación: 16/06/1999; Boletín oficial 21/07/1999.

detectar precozmente enfermedades de transmisión sexual mediante controles periódicos; e) prescripción y entrega gratuita de anticonceptivos con indicación médica a personas que así lo soliciten y que no puedan acceder económicamente a los mismos por sus propios medios (los métodos anticonceptivos, no abortivos, que los profesionales médicos podrán prescribir son: naturales, hormonales o químicos y mecánicos y/o de barrera); f) facilitar la información y accesibilidad para el tratamiento de la infertilidad y la esterilidad excluyendo la clonación y otras formas reñidas con la ética y cuando las circunstancias lo requieran, valorar la adopción; y g) proporcionar atención profesional psicológica y social a mujeres que se hayan practicado abortos, para que elaboren los componentes vinculados al proceso vivido, con énfasis en los mecanismos de prevención de embarazos no deseados.

De todo lo expuesto no se desprende que la legislación vigente en la provincia de Jujuy establezca ningún tipo de especificaciones determinadas respecto de las mujeres y varones migrantes que se encuentren en territorio provincial para ejercer los derechos que, por ley provincial y normativa nacional, se les otorgan. Tampoco sería necesario, como bien lo establece la Ley nacional de migraciones que, para el acceso y goce de estos derechos, los migrantes cuenten con DNI. Por lo tanto, ningún tipo de discriminación es establecida en la legislación respecto del derecho a la salud entre nacionales y extranjeros.

En el caso de la provincia de Salta se encuentra vigente la **Ley provincial sobre sexualidad responsable N° 7311**⁵⁷, que dispone en su artículo 1° “un régimen para la promoción de la responsabilidad en la sexualidad y en la transmisión y cuidado de la vida”. Para ello, se establece que el Ministerio de Salud Pública implementará un programa destinado a la población en general, sin discriminación alguna. El Estado provincial garantiza los servicios de atención médica, educativa y de asistencia social que alude esta ley. Los objetivos de este régimen son:

- a) Proteger y promover la vida de las personas desde la concepción.
- b) Promover el desarrollo integral de la familia y la autonomía de las personas.
- c) Promover la salud individual y familiar.
- d) Revalorizar el rol del varón y de la mujer, estimulando el ejercicio responsable de la sexualidad y la procreación.
- e) Promover la cultura del discernimiento que afirme el derecho y el deber del consentimiento informado.
- f) Respetar la diversidad y pluralidad de pautas culturales de la provincia.
- g) Posibilitar el acceso igualitario de las personas a la información, asesoramiento y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el cumplimiento de esta ley.
- h) Contribuir a la eliminación de los abortos, concientizando, informando y asesorando a la población en forma permanente y continua acerca de los efectos negativos de las prácticas abortivas que atentan contra la vida y el cuidado de la salud (artículos 2 y 3).

Para el cumplimiento de estos objetivos, el Estado provincial deberá garantizar:

- a) El acceso de las mujeres a los controles preventivos y a su atención integral durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia en condiciones apropiadas.
- b) La prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, de patologías genitomamarias y de otras endemias regionales.
- c) La reducción de la morbilidad y mortalidad materno infantil.
- d) La asistencia de la población en situación de riesgo social y/o biológico.
- e) El asesoramiento y asistencia en los casos de infertilidad y esterilidad.
- f) El asesoramiento a los interesados acerca de los métodos de regulación de la fertilidad, naturales y no naturales, indicando sus ventajas, desventajas y correcta utilización.

⁵⁷ Ley N° 7311. Promulgada y vetada parcialmente por decreto N° 2088 del 08/09/04. Sancionada el 24/08/04. B.O. N° 16.968. Expte. N° 90-15.676/04. Reglamentada por el decreto N° 2088.

2.2.5 VIH y SIDA

En 1990, con la sanción y entrada en vigencia de la Ley N° 23.798, que declara de interés nacional la lucha contra el SIDA, comienza el desarrollo normativo tendiente a brindar una protección eficaz a las personas afectadas. Esta ley nacional funciona como marco donde se proyectan las distintas normativas nacionales y provinciales en la materia, así como también todos los programas a implementarse tanto a nivel nacional como provincial. A partir de esta ley y de su decreto reglamentario 1244/1991, comienza la estructuración de un sistema de lucha contra el virus, que además regula la atención de quienes viven con el VIH/SIDA.

Cabe resaltar que, si bien la ley establece que los gastos que ello demande “serán solventados por la nación, imputados a Rentas Generales, y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción” (art. 21), también reconoce que el Ministerio de Salud podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir a su cumplimiento. Más allá de estas previsiones, el deslinde de competencias entre la nación y las autoridades de las otras jurisdicciones sólo es abordado en una resolución del Ministerio de Salud que establece pautas muy generales. En todo lo que no está regulado por dichas normas, la cuestión se maneja a través de la firma de convenios y por acuerdos y prácticas institucionales que no están claramente definidas en ningún documento escrito de relevancia jurídica⁵⁸.

Para permitir el cumplimiento de lo preceptuado en la norma nacional, las provincias sancionaron leyes especiales. En **Jujuy** dos son las leyes que regulan la materia, la Ley N° 4.784 de prevención y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que plantea la adhesión de la provincia a la Ley nacional N° 23.798, y la Ley N° 4.792 de lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que efectúa la declaración de interés provincial y establece las normas para su prevención y control.

Atendiendo a la calidad de tratamiento brindado, la Ley 4.792 establece:

Art. 17. Derecho al tratamiento adecuado: Toda persona que padezca del síndrome, tiene derecho a recibir tratamiento médico en los servicios de salud pública y privada.

El sistema provincial proveerá a la atención y tratamiento gratuito de los enfermos del síndrome en los establecimientos públicos con las garantías establecidas en esta ley (art. 3°), quedando expresamente prohibido a las obras sociales negarse a brindar tal tratamiento a sus afiliados o adherentes, el que se hará conforme a sus respectivas reglamentaciones.

Otro punto a destacar en la normativa provincial es el contenido en el artículo 18:

Art. 18. Exámenes obligatorios: La autoridad u organismos de aplicación arbitrarán los medios para que se realicen, con carácter obligatorio, los análisis para la determinación de portadores infectados y enfermos con el virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en los siguientes supuestos:

- a) Carnet sanitario.
 - b) Certificado de radicación para extranjeros.**
 - c) Control materno infantil.**
 - d) Examen médico de aptitud para el ingreso a la administración pública provincial o municipal.
 - e) Los demás casos que reglamentariamente se establezcan.
 - f) Queda terminantemente prohibido cualquier tipo de arancelamiento para el diagnóstico.
- En ningún caso se considerarán inhabilitante para el ejercicio de su actividad laboral el hecho de que resultara seropositiva al VIH.

⁵⁸ La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha interpretado las disposiciones de la Ley de lucha contra el SIDA estableciendo tres criterios de importancia fundamental para comprender la distribución de responsabilidades legales que estatuye esta ley. La Corte dice: i. “Si bien los gastos que demanda el cumplimiento de la Ley de lucha contra el SIDA 23.798 deben ser solventados por la Nación y por las provincias, ello no supone que el Estado federal haya delegado la responsabilidad del cumplimiento del mencionado régimen (...), declarado expresamente de interés nacional”; ii. “Aunque los medicamentos para los enfermos de SIDA (...) se distribuyan a través de los gobiernos locales, el Estado nacional es el responsable del cumplimiento de la ley frente a terceros, sin perjuicio de la responsabilidad que, cabe a las jurisdicciones provinciales o instituciones privadas”; iii. “La responsabilidad del Estado, en su condición de autoridad de aplicación que diseña el plan de distribución de los medicamentos para los enfermos de SIDA (...) no se agota con las entregas, sino que debe velar por su correcto cumplimiento, asegurando la continuidad y regularidad del tratamiento médico”.

En el caso de **Salta**, la norma vigente es la **Ley provincial N° 6.660**, que declara en su artículo 1° de interés provincial el control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Para ello crea en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, el **Programa de prevención y control de las infecciones por HIV** como único organismo para la programación, normalización, supervisión y referencia de todas las acciones que se realicen en los sectores públicos y privados para el control de la infección por VIH (art. 2).

En cuanto a las atribuciones y responsabilidades de este programa provincial, se mencionan:

- a) Dictar normas y pautas para la educación e información, en todos los niveles que se relacionen con la prevención y el control de la infección.
- b) Realizar los estudios específicos de laboratorio, necesarios para efectuar la detección de infectados y enfermos de SIDA.
- c) De conformidad con lo estatuido por las leyes nacionales sobre sangre humana y sobre trasplante de órgano, promover y fiscalizar el control de donantes de sangre y sus derivados, tejidos y/u órganos efectuados por los distintos centros públicos y privados (...).
- d) Controlar el estado de la salud en comunidades o grupos humanos e instituciones considerados de alto riesgo.
- e) Brindar asesoramiento y adiestramiento profesional y técnico.
- f) Solicitar y controlar el accionar de las instituciones municipales, provinciales, nacionales, regionales y/o internacionales, para un mejor desarrollo del programa.
- g) Organizar un registro unificado de todas las informaciones y datos que se recaben por aplicación de la presente ley.

En síntesis, en la Argentina existe un Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, que cuenta con implementación en las distintas jurisdicciones provinciales y municipales, según las propias normas lo indican. Se observa que, tanto a nivel nacional como provincial, la detección del virus constituye la primera herramienta de lucha, y ello también incluye a las poblaciones migrantes, ya sea al momento de regularizar su situación migratoria como en el caso en que accedan a la atención médica de mujeres embarazadas en los hospitales que se encuentren en la zona de frontera.

“Acceso a los servicios” y “fortalecimiento de la ciudadanía” son los principios que orientan sus líneas estratégicas. Para definir y coordinar las políticas de prevención y atención del VIH/SIDA y otras ITS en el ámbito nacional, y articular sus acciones con los programas provinciales, y también con los actores de la sociedad civil y los organismos internacionales nucleados en ONUSIDA, se creó la **Dirección Nacional de SIDA y ETS**, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

Cabe notar que, si bien se registra la existencia de planes y programas a nivel nacional y provincial, no se registran planes específicos en frontera que traten la temática abordada. Ello no obsta a la aplicación de leyes como la arriba mencionada (Ley nacional N° 25.543), que establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada, no importando su condición de nacional o migrante, en situación regular o irregular.

2.2.6 Otras acciones públicas pertinentes

Además, como parte de las políticas públicas puestas en marcha por el Estado argentino en relación con el acceso a la salud, en especial a la salud sexual y reproductiva, y que alcanzan a las poblaciones migrantes en áreas de frontera, encontramos algunas acciones llevadas a cabo por otros ministerios.

En el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología se desarrolla el **Programa nacional de educación sexual integral**. Creado por Ley nacional N° 26.150 persigue entre sus objetivos:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas.
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.

- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres (art. 3).

En cuanto a las acciones a promover y las jurisdicciones de aplicación, esta ley dispone que las actividades que promueva el Programa nacional de educación sexual integral estén destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el superior de formación docente y de educación técnica no universitaria (art. 4).

La importancia de este programa radica en la concientización de los sujetos de derechos desde sus primeros años, permitiendo así el cumplimiento del interés superior del niño, a través de la promoción del conocimiento en materias que son de vital importancia para el acceso y ejercicio del derecho a la salud. Asimismo, y en tanto programa de nivel nacional, en términos normativos se garantiza su aplicación en el conjunto de los establecimientos educativos de todo el país, incluyendo, por supuesto, aquellos que se encuentran en la zona de frontera analizada.

Los objetivos de esta ley fueron reglamentados a través del decreto N° 1489/2006. Sin embargo, y atendiendo a las prácticas observadas, se registran problemas en cuanto a su aplicación y vigencia.

Por otra parte, existen también otras acciones que implican el monitoreo, ejercicio y promoción de los derechos humanos de determinados grupos considerados especialmente vulnerables como los migrantes, por ejemplo aquellas llevadas a cabo por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), dependiente del Ministerio de Derechos Humanos, que posee delegaciones provinciales, y las Defensorías del Pueblo (tanto nacional como locales).

Por último, la Dirección General del Extranjero, parte del área Social de la Municipalidad de Salta, se propone atender a la población migrante que reside en dicha provincia con los siguientes objetivos:

- Desarrollar una política tendiente a lograr la integración plena a la comunidad de todas las mujeres extranjeras, en un contexto de amplias posibilidades de acción e interrelación con sus congéneres, en el lugar que eligieron para vivir, para estudiar, para trabajar, con la esperanza de un futuro con más y mejores posibilidades para si y para sus hijos.
- Posibilitar a las mujeres inmigrantes un ámbito gubernamental que les permita institucionalizar sus expresiones artísticas y culturales a los fines de preservar sus identidades, como así también la inserción en talleres de capacitación referentes a diversas disciplinas.
- Brindar asesoramiento y orientación sobre políticas migratorias que garantizan sus derechos.
- Otorgar oficialmente asistencia para la obtención de residencia, dentro del Acuerdo marco de cooperación entre la Dirección Nacional de Migraciones y la Municipalidad de la Ciudad de Salta, como órgano colaborador del Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria implementada por el gobierno nacional.

3. Denuncias: cuando la práctica viola derechos

En esta sección se propone analizar las denuncias presentadas, a través de organizaciones de defensa de los derechos humanos a las distintas autoridades pertinentes, respecto de violaciones al derecho a la salud de la población migrante que se encuentra en la frontera argentino-boliviana.

Para comprender el alcance de estas violaciones de derechos, corresponde señalar que, sin importar quién sea el responsable directo de la provisión de atención adecuada e irrestricta a la salud, la Constitución argentina reconoce **a todos los habitantes de la República el derecho a la salud** con los alcances definidos en los tratados internacionales de derechos humanos de jerarquía constitucional. La importancia de esta afirmación radica en que, al utilizar el vocablo *habitantes*, el constituyente se ha asegurado la vigencia plena e irrestricta del derecho a la salud para todas aquellas personas que se

encuentren en el territorio nacional, no importando su nacionalidad o condición migratoria. De esta manera y, en tanto el derecho a la salud es un derecho humano, el Estado argentino debe garantizarlo respetando los principios de universalidad, no discriminación, la obligación de progresividad y la prohibición de regresividad⁵⁹.

Estas afirmaciones parecen carentes de sentido y aplicación si se observa la situación real del derecho a la salud, su acceso, ejercicio y goce efectivo por parte de las poblaciones migrantes en la zona de frontera. En el año 2005, los representantes de la Pastoral Migratoria de La Quiaca recibieron, por parte de migrantes, múltiples denuncias sobre restricciones en el acceso a la salud en el hospital de dicha ciudad. Es este el caso de una mujer boliviana a punto de dar a luz a quien, a falta de DNI, se le exigió que aportara un litro de sangre o que abonara 30 pesos en el banco de sangre del hospital para ser atendida, ya que de lo contrario no se le otorgaría el certificado de nacimiento de su hijo. Luego de dicho “aporte”, y con el certificado de nacimiento, la mujer se dirigió al Registro Civil para inscribir a su hijo, donde le informaron –pese a que ninguna norma lo exige– que debía ir a la frontera y pedir un ingreso legal al país como condición para que su hijo pudiera ser inscripto y obtener su DNI⁶⁰.

La importancia de este hecho no sólo radica en la denegatoria de atención médica a mujeres embarazadas de nacionalidad boliviana, sino también en la negación de inscripción y registro del nacimiento de los hijos nacidos en territorio argentino, a quienes, de acuerdo al *principio jus soli* consagrado en la Ley nacional 346, se les priva de este modo de su nacionalidad, del derecho a la identidad, a un nombre y a todos los derechos que todo individuo tiene, generando así una potencial situación de apatridia respecto del menor recién nacido.

Como muestran las investigaciones académicas ya reseñadas, esta situación no es reciente, sino que se manifiesta desde hace varios años sin una respuesta concreta por parte del Estado. El tratamiento otorgado a las parturientas de origen boliviano no se condice con ningún impedimento de tipo legal que avale la conducta precitada, ya que la Ley nacional de migraciones (25.871), no establece en ninguna parte de su articulado ningún tipo de prohibición de ingreso de mujeres embarazadas provenientes de países limítrofes bajo la sospecha de búsqueda de mejor atención médica u obtención de nacionalidad argentina de su hijo nonato. La prestación sanitaria a extranjeros parece depender, en los hechos, de la discrecionalidad de los efectores de salud y, en muchos casos, se establecen medidas *ad hoc* a fin de limitarla. Estas exigencias que disminuyen la accesibilidad a los servicios sanitarios, muestran un sentido contrario a los lineamientos básicos que apuntan a promover el parto hospitalario y los controles prenatales en el marco de la promoción de la salud materno infantil, y que no condicionan el primero a la realización de estos últimos (Sala, 2002:9).

En igual sentido y más reciente es la denuncia efectuada por la Pastoral Migratoria Prelatura de Humahuaca, dependiente de la Fundación Católica de Migraciones Conferencia Episcopal, dirigida al Sr. Ministro del Interior Aníbal Fernández, del 9 de febrero de 2007. En ella se ponen en evidencia las prácticas

⁵⁹ El principio de universalidad demanda que las políticas y acciones del gobierno en materia de salud estén orientadas y alcancen a todos los habitantes sin exclusión de ningún tipo. El principio de no discriminación prohíbe a los Estados realizar distinciones, exclusiones, restricciones o establecer preferencias que estén basadas en alguno de los motivos prohibidos, como el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de cualquier otra índole, que tiendan a anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (Comité de Derechos Humanos, Observación General 18, No discriminación, 10/11/89, CPR/C/37, párr. 7, citado en CORTE IDH, OC 18/03, Condición jurídica y derechos de los inmigrantes indocumentados, 17 de septiembre de 2003, párr. 92). Para una mayor especificación de las obligaciones del Estado en este campo, contamos con la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (agosto 2000), que puede considerarse como el consenso actualizado de la comunidad de naciones en torno a la naturaleza de este derecho fundamental. En esta Observación, el Comité identifica como elementos básicos derivados del reconocimiento del derecho a la salud: a) disponibilidad; b) accesibilidad (que contempla diversas dimensiones: la garantía de no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información); c) aceptabilidad; d) calidad. Además, cabe mencionar aquellas obligaciones mínimas e inexcusables de los Estados, que el Comité considera deben atenderse en forma inmediata, así como aquellas que demandan implementación prioritaria; a) garantizar la no discriminación en el acceso a los bienes y servicios de salud; b) brindar medicamentos esenciales, conforme los define el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; c) asegurar la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; y d) implementar una estrategia nacional para la salud pública y un plan de acción basado en evidencia epidemiológica, que aborde los problemas de salud de toda la población. Se destaca la necesidad de incluir indicadores del disfrute del derecho a la salud y de cumplimiento de metas que permitan monitorear el desarrollo e implementación de dicho plan.

⁶⁰ CELS. Informe Derechos Humanos en la Argentina. 2005. Pág.344.

discriminatorias respecto del acceso a la atención médica de mujeres embarazadas de nacionalidad boliviana que, en este caso, contaban con el certificado de residencia precaria ya que se encontraban tramitando su residencia en el país dentro del Plan Patria Grande. En la denuncia referida se destaca:

“Las mujeres mencionadas de nacionalidad boliviana fueron enviadas al hospital de La Quiaca para que les realizaran los controles de embarazo y el hospital no ha querido atenderlas diciendo que la precaria de Patria Grande sólo les servía para viajar. El hospital argumenta que las mujeres para ser atendidas tienen que ser derivadas por el agente sanitario. Las mujeres afirman que nunca les visitó en su casa. Fueron a visitar al agente sanitario y tampoco ha querido darles la derivación. Hablamos con la Jefa de APS y tampoco ha querido darles la derivación.

[Además] ... es una práctica común derivar en la ambulancia a las mujeres bolivianas y llevarlas a Villazón para que tengan allí el parto.

Hemos agotado todas las posibilidades que estaban a nuestro alcance y percibimos que la dirección del hospital de La Quiaca no respeta la nueva Ley de normalización documentaria, discriminando a estas mujeres y arriesgando la vida de ellas y las de sus hijos (...).

Como información adicional le queremos expresar que esta situación del hospital se viene arrastrando desde hace varios años y en los casos en donde las mujeres bolivianas pagan 100 a 150 pesos en el hospital y además se les obliga a que aporten dos donantes de sangre, toallitas y otros insumos en esos casos si puedan dar a luz. El juez Luis Kamada del Tribunal N° 3 de Menores Secretaria Asistencia ciudad de Jujuy ha tenido que intervenir tres veces en el Hospital La Quiaca (Información facilitada por la Pastoral Migratoria de la Prelatura de Humahuaca) para que el director, Dr. Suárez, entregara el certificado de nacido vivo del niño porque la madre prometió pagar los 150 pesos y, como no podía pagar, dichos certificados quedaban retenidos, con lo cual las madres no podían asentar a sus hijos en el Registro Civil pasados los 40 días”.

Cabe destacar que esta denuncia no ha tenido respuesta.

Esta situación se suma a la reseñada en otra sección de este documento respecto de la violencia a que son sometidas las mujeres de nacionalidad boliviana en los puestos fronterizos. Las cifras de estos hechos, como así también las denuncias efectuadas al respecto no constan en ningún asiento oficial, incurriendo así el Estado argentino en responsabilidad internacional.

En octubre de 2008, un grupo de periodistas de **Red PAR** (Periodistas de Argentina en Red. Por una comunicación no sexista), junto a la **Asociación por los Derechos Civiles (ADC)**, efectuó un pedido de informes⁶¹ al Ministerio de Desarrollo Social del gobierno de la provincia de Jujuy solicitando datos para el periodo 2006-2008 sobre: cantidad de niñas y adolescentes atendidas por razones de violencia contra la mujer por los programas y centros de atención integral dependientes de esa Secretaría; principales causas de violencia contra niñas y adolescentes relevadas a partir de las denuncias recibidas o casos atendidos por esa área de gobierno; la existencia en la órbita de ese Ministerio de programas o actividades destinados a trabajar la temática de la violencia contra la mujer, además de las acciones llevadas a cabo por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia respecto de niñas y adolescentes; los servicios prestados por el Ministerio y la modalidad para acceder a ellos; la

⁶¹ Esta solicitud se enmarca en lo dispuesto por la Ley 4.444 de la provincia de Jujuy, que en su artículo 10 establece que “El derecho de libre acceso a las fuentes de información pública puede ejercerlo toda persona física o jurídica...”. Asimismo, el pedido se funda en lo establecido en los art. 12 y 31 de la Constitución de la provincia de Jujuy, 1, 14 y 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, 13 de la Convención Americana de Derechos Humanos, 19 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, 19 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, estos últimos reconocen expresamente el derecho de acceso a la información pública. Cabe resaltar que si bien en principio se reconoce que el Estado no se encuentra obligado a crear o producir información con la que no cuente al momento de efectuarse la solicitud, esta regla cede en aquellos casos en que se encuentra legalmente obligado a producirla. En materia de violencia de género, el Estado argentino firmó y ratificó mediante Ley 24.632 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, que exhorta a los Estados signatarios a “garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios” (art. 8). En el ámbito internacional, la Argentina ha participado en el dictado de diversas resoluciones que establecen estándares y pautas en esta materia, como el art. 4° de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Resolución de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre de 1993).

cantidad de mujeres atendidas por ese Ministerio a través de esos programas; y las principales causas de violencia contra la mujer relevadas. En esta misma instancia, se efectuó un pedido de informes dirigido al Presidente del Superior Tribunal de Justicia de la provincia de Jujuy, a los fines de obtener, para el mismo período, información sobre la cantidad de denuncias de casos de violencia contra mujeres y niñas recibidas por el Poder Judicial de la Provincia de Jujuy y las principales causas de violencia contra mujeres y niñas relevadas a partir de las denuncias recibidas. Ninguna de estas solicitudes ha sido contestada aun por las autoridades. Se está a la espera de respuesta para observar, entre otros puntos, si se hace mención explícita de las situaciones mencionadas en este documento que afectan a las mujeres migrantes.

4. Consideraciones finales

De lo expuesto, se evidencia que aun cuando el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina hayan celebrado tratados internacionales y ratificado los instrumentos internacionales de derechos humanos que brindan una amplia protección a quienes se encuentran bajo sus jurisdicciones, dicha protección resulta de carácter general y, en la práctica, en el territorio de cada uno de estos Estados existen palmarias situaciones de desprotección, tal como lo manifiestan algunas opiniones de los Comités de las Naciones Unidas. Esta divergencia entre la norma internacional y la práctica –que en estos casos no constituye un correlato directo de la vigencia de dicha norma– plantea para la población migrante problemas tales como el no acceso a derechos en condiciones de igualdad con los nacionales de los Estados receptores, las más de las veces debido a cuestiones como exigencias excesivas de documentación para acceder efectivamente al derecho que se busca ejercer; como así también, el no acceso a derechos como la atención médica por cuestiones relacionadas a la extrema pobreza en que suelen vivir los migrantes en condición irregular en los Estados receptores. También, debe sumarse al *racconto* de problemáticas la discriminación de *facto* y de *jure* por cuestiones de género y las cuestiones relacionadas con la discriminación de los niños y niñas hijos de migrantes.

Si bien del análisis efectuado surge la clara vocación de ambos Estados en cuanto a la celebración de acuerdos bilaterales con la finalidad de solucionar la situación de limitado acceso y goce efectivo del derecho a la salud de las poblaciones que residen en sus fronteras, los acuerdos firmados apuntan principalmente al control sanitario de la frontera, presentan prescripciones genéricas sobre el derecho a la salud de la población migrante o incluyen el tópico específico del VIH/SIDA y la salud reproductiva dentro de una amplia gama de compromisos en torno a la salud que los Estados firmantes se obligan a cumplir. En todo caso, la problemática de la salud de la población migrante en frontera no aparece como parte de una política específica sino, en el mejor de los casos, sujeta al control de endemias que los Estados consideran prioritario erradicar.

El proceso de integración verificado en la región se erige como una nueva esperanza en la temática analizada, en cuanto a la posibilidad de unificar políticas, legislación y esfuerzos que tiendan a garantizar el acceso, goce y ejercicio efectivo del derecho a la salud y sus conexos para las poblaciones migrantes. Con todo, los propios Estados miembros, a través de sus ministros de salud, han hecho notar la necesidad de aunar esfuerzos frente a la falta de regulación, lo cual parece quedar, en principio, subsanado por la esperanza generada con los acuerdos de libre tránsito que permiten a los migrantes acceder a determinados derechos como la salud en condiciones de igualdad con los nacionales del Estado receptor. Esta política de buena vecindad se ha visto implementada fronteras adentro a través de las normativas internacionales, como la modificación de las leyes migratorias en la Argentina con la sanción de la Ley nacional de migraciones N° 25.871 y la implementación, a partir de 2005, del plan nacional de regulación migratoria denominado Patria Grande. Estos esfuerzos que buscan la regularización de situaciones migratorias se traducen en la posibilidad de obtención de documentos que permiten eliminar las barreras entre el derecho y el sujeto titular de este, contribuyendo así a la disminución y, en muchos casos, a la eliminación de los obstáculos propios generados por la situación de vulnerabilidad asociado al fenómeno migratorio.

Al analizar la normativa, los planes y programas de ambos Estados se hace evidente que la problemática del derecho a la salud, y en particular a la salud sexual y reproductiva, de la población

migrante en las zonas de fronteras están lejos de constituir ejes centrales de sus políticas sanitarias. Aun así, estos sujetos titulares de derechos se encuentran normativamente abarcados por las políticas de carácter nacional y provincial como destinatarios no específicamente identificados por su estatus migratorio –en el que sí focalizan los planes de prevención y lucha contra endemias fronterizas.

Como consecuencia de la situación de vulnerabilidad extrema en la que se encuentra buena parte de la población migrante en frontera, se verifica que las denuncias por violación de derechos efectuadas por organismos activos en la zona acusan una carencia significativa de tratamiento por parte de las autoridades pertinentes. Si bien el primer paso lo constituye la denuncia de la violación padecida (como el caso de la no atención médica por discriminación por razones de nacionalidad), el segundo paso en este proceso queda constituido por los canales efectivos a los que se puede acudir para plantear dichas violaciones. De esta forma, la asistencia de ONGs constituye la vía principal por la que se canalizan los esfuerzos para revertir las violaciones alegadas. Estos esfuerzos quedan trunca cuando las autoridades encargadas de dirimir las cuestiones planteadas evitan todo pronunciamiento recurriendo al silencio. El problema, por tanto, no sólo estaría dado por la vulnerabilidad asociada a la condición de migrante, sino también por la ineficacia de aquellos llamados a aplicar la ley y castigar las violaciones sufridas y alegadas.

IV. Atención de las demandas de salud y/o acceso al derecho a la salud de las poblaciones migrantes en la frontera argentino-boliviana

A continuación se identifican organismos intergubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones y redes que desarrollan acciones vinculadas a la atención de la salud y/o al derecho al acceso a la atención de la salud de la población migrante en la frontera entre la Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia⁶². Las fuentes consultadas a tal efecto fueron textos de programas y proyectos, informes de evaluación, información oficial de las instituciones e intercambios con referentes de organizaciones que compartieron información en entrevistas cara a cara o por vía electrónica. Se empieza dando cuenta de las acciones emprendidas por los organismos internacionales y/o intergubernamentales para luego pasar a las iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil y las redes en la zona mencionada.

1. El trabajo de las organizaciones intergubernamentales e internacionales

Entre las organizaciones internacionales que trabajan en la región se han encontrado algunas iniciativas, programas y/o proyectos que han orientado sus acciones de intervención hacia aspectos referentes a la salud de la población migrante en áreas de frontera.

⁶² Este relevamiento debe considerarse como una primera aproximación exploratoria al escenario multiactoral de la zona mencionada que, seguramente, ameritará futuras profundizaciones.

1.1 Organización Internacional para las Migraciones – Oficina Regional Cono Sur⁶³

A fines de los noventa, en su carácter de agencia intergubernamental, la Oficina Regional Cono Sur de la OIM, junto al PNUD colaboró con el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación⁶⁴ desarrollando el proyecto “**Salud materno infantil y migraciones**”.

Según los fundamentos del proyecto: “dentro del conjunto de los pobres estructurales, las peculiaridades que definen a la mujer y al niño migrantes y que los colocan muchas veces en situación de marginalidad y exclusión son la existencia de diferencias socioculturales muchas veces ignoradas que condicionan la accesibilidad de este grupo a los servicios de salud” (Informe de Evaluación del Programa, OIM).

Se conformó un equipo especializado para desarrollar esas tareas, donde participaban dos médicas y tres psicólogas que trabajaron en las salas de espera de centros de salud. Se trabajó en la provincia de Buenos Aires (Municipio de José C. Paz) y en las zonas fronterizas de la provincia de Salta. Este proyecto tuvo una primera etapa de conformación de un material didáctico específico para trabajar en dinámica de talleres. En cada lugar o centro de salud donde se desarrollaron actividades se entregaron una serie de materiales que incluían un “Manual de instrucciones” sobre “Salud y Migraciones” y dos videos: uno de ellos “Embarazo, parto y puerperio; Desarrollo infantil y Lactancia materna” y el otro “Camino a la escuela”. El material intenta como objetivo general “*conseguir que el embarazo, parto y el puerperio, la lactancia materna y el desarrollo del bebé constituyan, para el grupo de madres migrantes y sus hijos, una experiencia propia, importante, cultural y gozosa dentro del marco de la salud y favorecer su integración al sistema formal como actores sociales plenos*” (Informe de evaluación del programa, OIM). Según evaluaciones de la OIM, los resultados del proyecto son: se produjeron 550 sets didácticos; se llegó a más de 500 agentes multiplicadores de salud en zonas de frontera de la provincia de Salta, entre los que se encuentran aborígenes; tomaron contacto con los contenidos y/o actividades del proyecto 50.000 mujeres de dicha zona.

Otra acción relevante llevada adelante por este organismo es el mencionado estudio sobre “**Problemática socioeconómica y sanitaria de los paseros en la frontera argentino-boliviana con especial referencia a la situación de los menores**”. En el año 2005, en el marco del Programa latinoamericano de cooperación técnica sobre migraciones (PLACMI), a requerimiento de los gobiernos de la región, la OIM contrató un equipo de investigadores⁶⁵ para la realización de un informe preliminar sobre la situación de los “paseros y/o bagalleros” que transportan mercaderías en la frontera argentino-boliviana. Se realizó el trabajo de campo en la zona de los pasos fronterizos Salvador Mazza–Yacuiba/Pocitos y La Quiaca-Villazón, que se caracterizan por el comercio intenso y el tránsito de mercaderías que llegan en camiones y luego son cargadas por los paseros sobre sus espaldas para atravesar la frontera. El informe resultante, cuyos hallazgos se ha sintetizado, pretendió “permitir a las autoridades gubernamentales avanzar en medidas concretas para una mejor gobernabilidad de las migraciones, una mejor relación con los diferentes actores involucrados en estas políticas públicas y de las condiciones de vida de los migrantes y sus familias. La consideración de la perspectiva bilateral para consensuar las líneas de acción es fundamental para alcanzar las soluciones de los problemas identificados en las regiones fronterizas”.

1.2 El ACNUR, el programa ONUSIDA y el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF)

El proyecto “**Accesibilidad a testeo y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de la protección de los derechos humanos de la población extranjera residente en Argentina**”⁶⁶ fue ejecutado en el año 2007 en el marco de la Actividad 4 de los Fondos para la Aceleración de Programas (PAF) del ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA) y promovida por el Grupo temático técnico de

⁶³ Parte de la información surge de una entrevista con Elena Solari, OIM, Buenos Aires, 17 de noviembre de 2008.

⁶⁴ En 2007, el Ministerio de Salud y Acción Social volvió a ser sólo Ministerio de Salud.

⁶⁵ El equipo de investigación fue conformado por un coordinador general y responsable del trabajo de campo, Oscar Castro Olivera, dos trabajadores sociales, Estela Recalt y Pablo Pelaso, una estudiante de antropología, Lucía Castro Olivera, una estadígrafa, Rosario Recalt, y dos encuestadoras.

⁶⁶ Antecedentes provenientes del Informe de evaluación final del proyecto mencionado producido por CAREF, Buenos Aires, 2007.

VIH/SIDA de las Naciones Unidas en la Argentina. Este proyecto tuvo como finalidad promover el acceso a acciones de prevención y tratamiento del VIH/SIDA de la población refugiada, solicitante de asilo y migrante en la Argentina y, a su vez, fortalecer la protección de los derechos de estos grupos desde una perspectiva de derechos humanos. El ACNUR fue designado como organismo de ejecución por parte de las Naciones Unidas y la coordinación de las actividades previstas en el proyecto fue delegada al CAREF, mediante un convenio de cooperación celebrado a través del PNUD en el mes de mayo de 2007.

El proyecto distinguió su población destinataria y foco temático acorde a dos grandes zonas geográficas predefinidas: las zonas urbanas y las zonas fronterizas. Buenos Aires, Rosario y Mar del Plata conformaban el primer conjunto; La Quiaca, Posadas y Puerto Iguazú, el segundo. Para las zonas de frontera, el plan de acción preveía el desarrollo de tres seminarios-taller destinados a agentes públicos de control migratorio, justicia y salud y talleres con ONG locales: uno en La Quiaca, otro en Posadas y el tercero en la Triple Frontera. Los temas abordados fueron derechos humanos, derecho a la salud, migración y refugio.

Según muestra el informe de evaluación final del proyecto, si bien cada encuentro estuvo caracterizado por la descripción detallada de la realidad local y sus especificidades en torno a los temas población extranjera/derechos humanos/derecho a la salud/accesibilidad a testeo y tratamiento de VIH, en términos generales, hubo profundas coincidencias respecto de los siguientes puntos:

- La escasez de recursos de las ONG para abordar la problemática.
- La necesidad de información confiable y clara.
- El requerimiento de espacios de formación y discusión conjunta.
- El interés por articular con organizaciones con sede en Buenos Aires ya que perciben que estas son vinculaciones estratégicas para su quehacer diario.
- La identificación de problemas tales como la discriminación hacia el extranjero, la falta de acceso a servicios básicos de educación y salud.
- Las organizaciones sociales que no son especialistas en el tema de migraciones desconocían la nueva Ley de migraciones de la Argentina.
- Las organizaciones sociales que sí atienden migrantes desconocían la existencia de la Ley de refugiados de la Argentina.
- El señalamiento de una brecha entre las autoridades públicas y la sociedad civil que denota falta de diálogo fluido y sustancioso.
- Identificación de situaciones concretas de violación de derechos fundamentales: inaccesibilidad de niños extranjeros a la educación, falta de atención de la salud en general, dificultades para las inscripciones de los nacimientos de los hijos de extranjeros en territorio nacional, explotación laboral, excusas burocráticas para negar el acceso a la medicación para el tratamiento del VIH/SIDA.

2. Organizaciones no gubernamentales: características y relación con poblaciones migrantes

A partir de los relevamientos realizados y la información reunida a través de informantes clave, se encontraron organizaciones no gubernamentales de distinto tipo, trayectoria, fines, etc. que trabajan en las provincias de Jujuy y de Salta. Sólo algunas de ellas han trabajado o trabajan actualmente con población migrante:

2.1 Pastoral Migratoria Prelatura de Humahuaca

Dependiente de la Fundación Católica de Migraciones (Conferencia Episcopal), dentro de la estructura de la Iglesia Católica argentina con sedes provinciales denominadas Pastorales Migratorias, la Pastoral Migratoria de Humahuaca está ubicada en la ciudad de La Quiaca. Desde hace varios años es la única existente en Jujuy que da atención específica a la población migrante. Allí se han iniciado una serie de acciones administrativas que dan cuenta de irregularidades de organismos públicos para con las mujeres de nacionalidad boliviana en Jujuy.

2.2 ONG Mujeres solidarias

Tiene sede en La Quiaca y cuenta con ocho años de antigüedad. Realiza actividades relacionadas con los derechos humanos de las mujeres, capacitando en derechos que promuevan el desarrollo local. Han asesorado y acompañado esporádicamente a las mujeres migrantes de la zona con recomendaciones y orientación general para la gestión de documentación y accesibilidad a servicios públicos. Ofrece asesoramiento individual y también talleres grupales. Esta ONG tuvo participación en el apoyo logístico local de las actividades realizadas en el marco del Convenio de cooperación sanitaria en frontera entre el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina, dado que, como parte de este acuerdo, se asistió a mujeres embarazadas. Según manifestaron integrantes de la organización, “este acuerdo consistía en la **atención de las embarazadas del Estado Plurinacional de Bolivia con el cobro de un arancel o devolución de materiales descartables utilizados**”.

2.3 ATTA Jujuy (Asociación de travestis, transexuales y transgéneros argentinas sede Jujuy)

Esta organización busca “mejorar la calidad de vida de las personas que están involucradas en la diversidad sexual”. Ha realizado el seguimiento de personas que encontraron dificultades para acceder a las prácticas médicas garantizadas por la Ley nacional de SIDA y la Ley nacional de migraciones N° 25.871.

Según explicó la referente de la organización, “para acceder a ciertos estudios como el de análisis de carga viral y de CD4, a algunas personas se les pedía tener DNI argentino”, o sea tener regularizada su situación migratoria. La ATTA asesoró a estas personas para que puedan iniciar su trámite migratorio y, con la constancia del trámite migratorio iniciado (radicación precaria), realizarse las prácticas médicas específicas. Esto se desarrolló en conjunto con la Fundación AYNÍ (*trabajo en reciprocidad*, en lengua quechua).

2.4. Asociación Juanita Moro

Esta organización, también ubicada en la provincia de Jujuy, realiza acciones de salud en el ámbito local. Desde hace más de dos años trabaja con un programa médico de Cuba, apoyado por la República Bolivariana de Venezuela y el Estado Plurinacional de Bolivia, denominado Operación Milagro. Desde su inicio, la organización ha construido una red para el relevamiento de la población que no posee cobertura de salud formal alguna, producto de sus relaciones laborales precarias e informales. Según sus integrantes, tanto en la provincia de Jujuy como en la de Salta, descubrieron, junto a un equipo de médicos, “la ausencia de médicos especialistas en los hospitales de las ciudades de frontera” y pudieron diagnosticar por primera vez a personas que llevaban años de afección.

2.5. Clínica Jurídica UBA-CAREF-CELS

La Clínica Jurídica es un proyecto coordinado entre dos organizaciones de larga trayectoria en el trabajo por la defensa y promoción en los derechos humanos en la Argentina.

CAREF (Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados)⁶⁷ es una organización de la sociedad civil que, desde 1973, trabaja específicamente con la población migrante, refugiada y desplazada que ingresa a la Argentina. Realiza acciones de promoción en derechos humanos que van desde la asistencia individual en sede de la organización hasta acciones de capacitación, articulación entre organizaciones barriales y estrategias de incidencia pública, como el monitoreo de legislaciones, etc. Por su parte, el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) es un organismo de especialización jurídica en materia de litigio en derechos humanos. CAREF y CELS fueron creados en el contexto político de la década de 1970, signado en América Latina por dictaduras, golpes de Estado y persecuciones políticas que derivaron en la desaparición forzada de personas. En este marco, CAREF fue iniciado por algunas iglesias evangélicas históricas para brindar alojamiento, servicios y contención a los refugiados chilenos que buscaban protección frente a la dictadura militar encabeza por Pinochet.

⁶⁷ Para mayor información véase <http://www.caref.org.ar>

En la Clínica se articula la experiencia, atención y trayectoria específica del trabajo de CAREF con migrantes y la experiencia en litigio jurídico en derechos humanos del CELS. Integran anualmente la Clínica 20 estudiantes del último año de la carrera de Abogacía de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, que realizan sus prácticas pre profesionales oficiales en este servicio. Sus objetivos son: brindar asesoramiento y patrocinio jurídico gratuito a la población migrante, solicitante de asilo y refugiada en la Argentina; favorecer el ejercicio práctico pre profesional de los estudiantes de Abogacía en la temática de derechos humanos, brindando herramientas jurídicas específicas sobre prácticas discriminatorias; y realizar acciones de investigación académica sobre el cumplimiento y estándares de protección de derechos humanos en la Argentina. Las sedes de las organizaciones parte de este proyecto se encuentran en Buenos Aires; pero debido a la especialización en migrantes y refugiados y al inicio de acciones colectivas en derechos humanos, el proyecto se ha convertido en un espacio de referencia y consulta técnica para organizaciones a lo largo del país. Se han realizado actividades de capacitación en diversas zonas de frontera, articulaciones con organismos gubernamentales y organizaciones internacionales y se ha buscado fortalecer, prioritariamente, las acciones realizadas por organizaciones sociales –muchas de ellas, no necesariamente especializadas en migración, solicitan servicios especiales y/o piden recomendaciones para casos de violación a derechos humanos y/o discriminación. Actualmente, la Clínica Jurídica está articulada con la Pastoral Migratoria en La Quiaca, acompañando los procesos tendientes a la construcción grupal de estrategias alternativas en materia de litigio y mecanismos de acción colectiva.

3. Articulaciones y experiencia de trabajo en redes

El análisis de las acciones relevadas indica que, si bien no parecen existir experiencias de redes que trabajen exclusivamente temas de migrantes, la mayoría de las iniciativas presentadas viabiliza problemáticas migratorias en articulación y/o en redes conformadas por varias organizaciones. Por ejemplo, en el caso de la denuncia sobre irregularidades para con la población migrante realizada por la Pastoral Migratoria de Jujuy, si bien es una organización la que inicia la acción y/o recibe la demanda por tener contacto directo con la “situación problemática”, existen otras personas, organizaciones o medios masivos de comunicación que potencian la gestión. Se destaca la existencia del **Colectivo Periodístico del NOA (COPENOA)**, quienes, tomando información sobre las acciones planteadas por las organizaciones relacionadas con el tema en las zonas de fronteras, han colaborado en la difusión masiva de temas de política pública y migración⁶⁸.

4. Algunas reflexiones

Las iniciativas en materia de salud y migraciones en la Argentina no han sido sistemáticas ni regulares. Se encontró que las iniciativas, programas y/o proyectos en materia de salud y migraciones en áreas de frontera se caracterizan por ser *implementaciones momentáneas de acciones especiales*, en contraposición con líneas de acción que, en temas como la intervención en salud, suponen políticas sustentables, sostenidas y perdurables.

Del análisis de las iniciativas y proyectos sistematizados, especialmente de las acciones iniciadas por los organismos internacionales y los gobiernos locales, existen ciertos puntos de contacto. Primero, se observa que en su mayoría estos proyectos y sus correspondientes actividades (investigaciones, talleres de capacitación, etc.) *no han tenido su origen exclusivamente en gestiones y/o inquietudes locales*. Antes bien estas acciones han sido parte de programas o proyectos de intervención social cuyos ejecutores y/o responsables, ya sean organismos internacionales o gobiernos nacionales, *no poseen sedes o bases de trabajo estables en las zonas de frontera*. En lo que respecta a la Argentina, la mayoría de las sedes centrales de estos organismos se ubican en la Ciudad de Buenos Aires. La falta de inserción local real, con la duración y la complejidad que implica el conocimiento profundo sobre las “nuevas” problemáticas sociales locales –como la situación de salud de los migrantes–, permite cuestionar aspectos relacionados con la viabilidad de estas acciones desde sus inicios. No se trata de realizar una sobrevalorización errónea de la permanencia física de los ejecutores responsables de proyectos y programas durante mayor tiempo en terreno sino que nos interesa enfatizar la *necesidad de repensar una serie de actividades que se consideran*

⁶⁸ Para ampliar la información véase el sitio Web http://www.copenoa.com.ar/Niegan-atencion-medica-en-la.html?var_recherche=boliviana

vitales para la viabilidad de las políticas, programas y proyectos sociales. El análisis de actores involucrados y el pertinente acercamiento a las problemáticas locales son acciones que llevan a la construcción de *vínculos sólidos con las organizaciones sociales que trabajan in situ*⁶⁹ en proyectos sociales que apuntan a trabajos profundos y en temas complejos como la salud. La falta de este componente vincular torna “riesgosa” la viabilidad y continuidad de las acciones emprendidas.

En segundo lugar, del análisis de las iniciativas analizadas surge que la duración de las acciones en frontera en oportunidades se reduce sólo a unos días de permanencia en terreno de los equipos a cargo de la ejecución de los proyectos. Esta temporalidad reducida, ahora asociada a la durabilidad de las actividades, en cierta medida *pone en riesgo la viabilidad de pensar acciones sustentables.* *En su mayoría las iniciativas encontradas han sido atravesadas por una temporalidad reducida.*

Diversos enfoques en ciencias aplicadas al estudio y análisis de las políticas públicas y la planificación social coinciden en sostener que, al momento de planificar programas y proyectos sociales y/o comunitarios en temas concernientes a la salud, debe priorizarse la prevención y el intento por construir prácticas sustentables asociadas a la atención primaria, que implican prácticas relacionadas al cuidado del cuerpo. Estas prácticas requieren de tiempos de trabajo apropiados, por lo cual deberían plantearse proyectos con una duración que permita acompañar procesos sociales y/o comunitarios donde se sienten las bases de acciones concretas y sostenidas. La ausencia de planificación de políticas específicas a largo plazo se debe en gran medida a que, por lo general, estos proyectos son pensados con recursos económicos que no exceden al año de duración. Así existen proyectos financiados por agencias internacionales y/o gubernamentales que poseen plazos de ejecución anuales y presumen una cantidad de actividades donde no siempre están contemplados el diagnóstico y la inserción previos. En cuanto a su lógica de evaluación, en la mayoría *los resultados de los proyectos son evaluados con variables estrictamente cuantitativas.* Son formas de evaluación asociadas a los viejos paradigmas positivistas, donde los resultados y/o logros de un proyecto son “medidos” por cuantificación (por ejemplo “cantidad de talleres grupales realizados en diversos puntos de frontera”). Además de estar caducos, estos modelos no permiten considerar cuestiones cualitativas clave para la viabilidad de iniciativas como las relaciones sociales y la apropiación de conocimiento por parte de las comunidades locales. Además conlleva, en ocasiones, lógicas y marcos de ejecución de proyectos con *poca permeabilidad a los cambios* inherentes a la complejidad de los procesos sociales y las características locales.

Por último, se ha observado que algunas iniciativas no han prosperado por la *falta de continuidad del trabajo por parte de las mismas organizaciones y/o equipos* en quienes se delega la responsabilidad de la ejecución de los proyectos. Este hecho –particularmente visible en acciones gubernamentales– pone en riesgo la coherencia entre las líneas de acción planteadas inicialmente con las que luego continúan desarrollando otras personas u organizaciones en el marco del mismo programa o proyecto.

A la luz de lo expuesto, y pensando en la futura construcción de acciones e iniciativas en materia de salud (integral) y población migrante, interesa resaltar dos ejes problemáticos, que pueden resumirse en:

- La dificultad de construir vínculos “reales” entre las organizaciones sociales de la zona y los organismos responsables de los recursos para la ejecución de estos proyectos.
- La temporalidad reducida y los obstáculos para emprender acciones que tiendan a materializarse en servicios, programas o proyectos de una durabilidad suficiente para atender demandas y/o brindar servicios que logren un impacto en las condiciones de salud de la población en general, incluyendo a los migrantes.

⁶⁹ Por ejemplo, existen agencias que realizan una actividad en zona de frontera durante un año y luego sostienen los vínculos con las organizaciones sociales locales sólo por vía electrónica o telefónica.

V. Síntesis integrativa

La frontera argentino-boliviana se sitúa en territorio que perteneció al *Tawantinsuyu* y cuya gravitación poblacional, al momento de la conquista española, era significativa en relación con lo que hoy se conoce como el cono sur de América Latina. La región se encontraba altamente integrada en términos económicos y sociales con anterioridad a la formación de los Estados nacionales boliviano y argentino, de modo que los contactos entre las actuales provincias argentinas de Jujuy y Salta, por un lado, y los departamentos bolivianos de Potosí y Tarija, por el otro, tienen carácter histórico. Hasta la década de 1960, la economía regional del noroeste argentino generó el ingreso –mayormente de carácter estacional y pendular– de población boliviana. Si bien, con la declinación de las economías regionales a partir de esa década, la migración boliviana a la Argentina muestra palmaria preferencia por el Área Metropolitana de Buenos Aires, en las provincias del noroeste argentino aun se registra la presencia de población de ese origen. Además, estas provincias se han convertido en territorio de entrada y tránsito de la migración boliviana más reciente y de aquella proveniente del Perú. Cabe destacar que, en el presente, el área fronteriza aquí aludida está inserta en jurisdicciones postergadas desde el punto de vista socioeconómico y político tanto en el contexto nacional argentino como en el boliviano.

La presencia de población de origen boliviano en el noroeste argentino remite a una variedad de situaciones migratorias y de movilidad que incluye la residencia habitual (en condición administrativa regular e irregular), la migración laboral temporaria para la zafra azucarera o tabacalera, la migración laboral fronteriza, la movilidad de los abastecedores fronterizos (paseros/as y vendedores/as ambulantes) y de los consumidores/usuarios fronterizos, el tránsito hacia otros destinos en el país y la movilidad indígena.

El Censo Nacional de Población y Vivienda (2001) y la Encuesta Complementaria sobre Migraciones (2002-2003) –las fuentes más confiables de información estadística sobre la población migrante en la Argentina– han permitido captar y caracterizar sociodemográficamente a una parte de esta población. Desde una mirada atenta al género, el análisis sobre los rasgos de la población de origen boliviano censada en esta zona fronteriza muestra algunas particularidades. En primer lugar, se trata de poblaciones altamente feminizadas con un predominio en edades reproductivas. En segundo lugar, las mujeres bolivianas no sólo tienen una alta fecundidad sino que inician su etapa reproductiva más tempranamente. En efecto, casi cuatro de cada diez mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de origen boliviano ya han sido madres (porcentaje muy por encima de sus pares nativas residiendo en las mismas localidades).

La contracara de esta temprana maternidad es el limitado alcance educativo de las adolescentes. A diferencia de sus pares varones, sólo una muy baja proporción de ellas se encuentra asistiendo a la escuela entre los 15 y 19 años de edad. Dadas las tasas de asistencia actuales, se espera que los logros educativos al alcanzar la adultez sean significativamente más bajos que los de los varones y las mujeres nativas.

Además de la formación de familia temprana (casi un 30% de las adolescentes bolivianas entre 15 y 19 años ya convive con su pareja), la maternidad precoz y los bajos alcances educativos, los datos censales dan cuenta de condiciones desfavorables de las viviendas en las que reside la población de origen boliviano censada en zona de frontera en la Argentina y de un limitado acceso a los servicios de salud.

Lamentablemente, la información censal no permite un análisis específico en profundidad de la situación de morbilidad y de mortalidad de los inmigrantes. Para ello, es necesario mejorar los registros existentes. Asimismo, tanto en áreas de frontera como en las de alta concentración migratoria, es preciso que se capacite y se mejoren los registros hospitalarios. En este sentido, es importante que se establezca la necesidad de que los registros hospitalarios (y de los centros de salud) incluyan sistemáticamente el lugar de nacimiento, el tiempo de residencia en la Argentina y algunas variables sociodemográficas básicas, de modo de poder efectuar análisis específicos sobre la salud de los inmigrantes. Adicionalmente, los registros sistemáticos de atención a pacientes y de caracterización de las consultas permitirán ponderar con evidencias empíricas la utilización relativa que la población extranjera hace de los servicios públicos de salud en la Argentina.

De todos modos, el análisis de los datos censales aporta indicios de la alta vulnerabilidad general en la que se encuentran las mujeres jóvenes inmigrantes en la frontera. Si bien esta situación de necesidad y carencias económicas no es privativa de las mujeres bolivianas, ellas son sujetos de una doble discriminación no solamente por ser mujeres pobres sino también por ser extranjeras. Los escasos estudios existentes que recogen información cualitativa así lo evidencian. Dichos estudios permiten identificar un amplio abanico de situaciones migratorias y de problemáticas salientes en materia de derechos humanos de jóvenes y mujeres migrantes y, en particular, en relación con la atención a la salud sexual y reproductiva (incluido el VIH/SIDA y la violencia de género) en las provincias fronterizas de Jujuy y Salta. A saber:

La situación más abarcativa se relaciona con el acceso de la población migrante a la salud en general. Diversas fuentes han registrado obstáculos estructurales para el acceso a la salud de la población boliviana en la frontera argentina (tales como reducido presupuesto para el desarrollo pleno de estrategias de APS que permitirían una mayor llegada a los trabajadores temporarios de la zafra y ausencia de programas integrales que tomen en cuenta las especificidades de la población migrante residente en la zona de frontera), así como ideologías xenófobas y prácticas discrecionales de los prestadores de salud que producen la exclusión de la población migrante del sistema público (discriminación, pedido de DNI, cobro espurio).

Específicamente, se destacan las dificultades de las mujeres migrantes para acceder a programas de salud materno infantil. Esto se asocia con las quejas de los profesionales de la salud de la provincia de Jujuy sobre el cruce de mujeres bolivianas para parir en la Argentina con el fin de darle nacionalidad argentina al hijo y facilitar la propia residencia regular. Una problemática relacionada es la de los obstáculos impuestos a las mujeres bolivianas para la inscripción de sus hijos, con la consecuente vulneración del derecho a la identidad de estos.

En relación con el VIH/SIDA, los estudios existentes destacan las dificultades de los migrantes para acceder al tratamiento, lo que se conjuga con las falencias en el funcionamiento del programa nacional de SIDA en los niveles provincial y municipal.

Un tema vinculado a la violencia de género es el de las condiciones de detención de mujeres acusadas de tráfico de droga en la frontera. Esta situación se enmarca en la problemática más amplia de la población extranjera en cárceles y de las vulnerabilidades de género que derivan en el reclutamiento de mujeres para actividades penadas por la ley.

Por otra parte, los estudios sobre tráfico de personas con fines de explotación laboral y/o sexual destacan que tanto los pasos fronterizos habilitados como los no habilitados en la provincia de Jujuy, constituyen puertas de ingreso no sólo de adultos sino también de niñas y adolescentes bolivianas cuyo destino es, por lo general, el trabajo doméstico en condiciones de esclavitud. En ese sentido, ponen la mira en la carencia de normas bolivianas que brinden protección a esta población y en la falta de controles exhaustivos al momento del ingreso de niños y jóvenes a la Argentina. Además, se ha encontrado menciones a la violencia ejercida por los agentes de control migratorio sobre las mujeres bolivianas durante las requisas fronterizas.

Por último, en lo que respecta a la población joven, una problemática que involucra temas de salud es la de los paseros y los riesgos de sus condiciones de trabajo.

Si bien, desde el punto de vista normativo –tanto en el plano migratorio como de la salud–, el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina han celebrado tratados internacionales y han ratificado los instrumentos internacionales de derechos humanos que brindan protección a las poblaciones bajo foco, dicha protección resulta de carácter general y, en la práctica, surgen situaciones de desprotección de sus destinatarios. La vocación de ambos Estados en cuanto a la celebración de acuerdos bilaterales tendientes a brindar algún tipo de solución a la situación del acceso y goce efectivo del derecho a la salud de las poblaciones de frontera, se presenta, en principio, con la firma y entrada en vigencia de tratados que apuntan al control sanitario fronterizo, no contemplando cuestión alguna referida al derecho a la salud de la población migrante. Otros acuerdos contienen prescripciones genéricas del derecho a la salud y su goce y ejercicio por parte de migrantes o incluyen el tópico del derecho a la salud y el VIH/SIDA y la salud reproductiva dentro de una amplia gama de ítems referidos a la salud que los Estados firmantes deben cumplir, pero no se observa el tratamiento de la temática de la salud de la población migrante en frontera como parte de una política específica, sino más bien su abordaje residual como subproducto de endemias que se busca erradicar.

Del análisis de las respectivas normativas nacionales y de los planes y programas que la legislación busca implementar, queda en evidencia que la problemática del derecho a la salud, su acceso, goce y ejercicio efectivo por parte de los migrantes en las zonas de frontera y las temáticas particulares del VIH/SIDA y la salud reproductiva no constituyen ejes centrales en las políticas sanitarias de los Estados boliviano y argentino. La variedad de planes y proyectos impulsados por la normativa específica que ambos Estados han sancionado, no aborda la problemática en su relación con las poblaciones migrantes y, menos aun, con los migrantes ubicados en las fronteras. Ello no impide que los migrantes se encuentren, al menos en el plano normativo, incluidos en las políticas de carácter nacional y provincial como destinatarios no focalizados. Aun así, el acceso a derechos se ha visto reiteradamente violado en la práctica y las denuncias efectuadas por ONGs locales han tendido a ser ignoradas por parte de las autoridades pertinentes.

Finalmente, del análisis del funcionamiento de las iniciativas, programas y proyectos en materia de salud y migraciones, llevados a cabo por gobiernos, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil en la frontera de marras, se desprende que estos no han sido sistemáticos ni regulares sino implementaciones momentáneas de acciones especiales nacidas de inquietudes extra locales. Por lo general, sus ejecutores o responsables no tienen inserción local real y no han generado vínculos sólidos con las organizaciones de carácter territorial. Esta deficiencia se suma a la temporalidad reducida y la financiación acotada, atentando contra la viabilidad y sustentabilidad de las iniciativas tendientes a la promoción de los derechos humanos de las poblaciones migrantes en frontera.

Bibliografía

- Abel, Lidia y Sergio Caggiano (2006), “Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera”, *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Elizabeth Jelin (Dir.) Buenos Aires, IDES.
- Agencia Informativa Pulsar (2008) [en línea], Tegucigalpa, “Cumbre del MERCOSUR declara la libre circulación de personas” <www.agenciapulsar.org/nota.php?id=13099>.
- Alvarado, Aníbal (2004), *La trata de personas, mujeres, adolescentes y niños con fines de explotación en Bolivia*, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Balán, Jorge (1990), “La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en la Argentina”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 5, N° 15-16. Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA).
- Belli, Elena y Ricardo Slavutsky (1994), “Cólera, estética y discriminación”, *Cuadernos médico sociales*, N° 67, marzo, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Benencia, Roberto (1997), “De peones a patrones quinteros. Movilidad social de familias bolivianas en la periferia bonaerense”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 35, Buenos Aires, CEMLA.
- Benencia, Roberto y Gabriela Karasik (1994), “Bolivianos en Buenos Aires: aspectos de su integración laboral y cultural”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 9, N° 27, Buenos Aires, CEMLA.
- Benencia, Roberto y Germán Quaranta (2007), “Mercados de trabajo y economías de enclave. La ‘escalera boliviana’ en la actualidad”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 60, Buenos Aires, CEMLA.
- Bergesio, Liliana y Laura Golovanevsky (2005), “Vulnerabilidad y pobreza en la ‘nueva ciudad’. El caso del barrio alto comedero en San Salvador de Jujuy”, trabajo presentado en el 7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, 10 al 12 de agosto.

- Caggiano, Sergio (2007), “Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción”, *Iconos Revista de Ciencias Sociales*, N° 28, Quito, FLACSO - Ecuador.
- (2006), “Fronteras de la ciudadanía. Inmigración y conflictos por derechos en Jujuy”, *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*, A. Grimson y E. Jelin (comps.), Buenos Aires, Prometeo.
- (2005), *Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*, Buenos Aires, Prometeo.
- (2003), “Fronteras múltiples: reconfiguración de ejes identitarios en migraciones contemporáneas a la Argentina”, *Cuadernos del IDES*, N° 1, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- (2001), “¿Bolivianos? En dos ciudades ¿argentinas? Identidades sociales en procesos migratorios contemporáneos”, Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO, Buenos Aires.
- CAREF (Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados) (2007), Informe de evaluación del Proyecto “Accesibilidad a testeo y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de la protección de los derechos humanos de la población extranjera residente en Argentina”, Buenos Aires, ACNUR-ONUSIDA (informe interno).
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2005a), *Informe derechos humanos en Argentina*, Buenos Aires, CELS.
- (2005b), *El derecho a la salud en la lucha contra el VIH/SIDA. Un examen de la política pública y los recursos presupuestarios*, Buenos Aires, CELS.
- Cerrutti, Marcela (2006), “Problemas de salud, utilización de servicios de salud y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina”, *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Elizabeth Jelin (Dir.), Buenos Aires, IDES.
- Cerrutti, Marcela y Betina Freidín (2004), “Evaluando la calidad de la atención en servicios de planificación familiar en la ciudad de Buenos Aires: medidas estandarizadas y percepción de las usuarias”, informe final, World Health Organization, (H9/181/R763, Project: A 15199).
- Cerrutti Marcela y Emilio Parrado (2002), “The Health Needs of Migrants in a Context of Economic Integration: The Case of Paraguay and Argentina”, Informe final, CENEP/Pan American Health Organization.
- Ceva, Mariela (2006), “La migración limítrofe hacia la Argentina en larga duración”, *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*, A. Grimson y E. Jelin. (comps.), Buenos Aires, Prometeo.
- CLADEM Estado Plurinacional de Bolivia y Oficina Jurídica para la Mujer (Cochabamba) (2008), “Reporte alternativo desde una perspectiva de género. Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Estado Plurinacional de Bolivia”, Pp 1-26.
- Comes, Y. (2001), “Integración sanitaria interfronteriza. Discursos y prácticas de los actores sociales involucrados”, ponencia presentada al IV Encuentro Nacional de Salud y Población, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 8, 9 y 10 de agosto.
- Diario CLARIN (2008) [en línea], Argentina, “Hospitales: el 50% de los partos son de embarazos no planificados”, <<http://www.clarin.com/diario/2008/12/03/sociedad/s-01814758.htm>>.
- Embajada del Estado Plurinacional de Bolivia en la República Argentina (2007), “Argentina y Bolivia acordaron fortalecer la integración fronteriza”, publicación de la embajada, Buenos Aires, publicado el 24 de septiembre.
- Eleit, Andrés Daniel y Armando Rubén Barruezo (comps.) (1999), *Migración ilegal en Jujuy*, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Jujuy.
- Estado Plurinacional de Bolivia (2000), Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP).
- Gobierno de la Provincia de Jujuy, Ministerio de Salud Pública (2008), Estadísticas provistas por Departamento Provincial de Bioestadística, Dirección General de Control de Gestión y Monitoreo, noviembre.
- Gobierno de la Provincia de Salta, Ministerio de Salud Pública (2008), Estadísticas provistas por el Programa de Estadísticas, noviembre.
- Goldberg, Alejandro (2008), “Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje socio sanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, ponencia presentada en las Jornadas Buenos Aires Boliviana. Migración, construcciones identitarias y memoria, Subsecretaría de Patrimonio Cultural, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2 al 4 de julio.
- Grimson, Alejandro (2000a), “El puente que separó dos orillas. Notas para una crítica del esencialismo de la hermandad”, *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, Buenos Aires, Ciccus-La Crujía.
- (2000b), “La migración boliviana en la Argentina. De la ciudadanía ausente a una mirada regional”, *Migrantes bolivianos en la Argentina y los Estados Unidos*, A. Grimson y E. Paz Soldán, La Paz, Cuadernos de Futuro 7.

- ___ (2000c), “Introducción: ¿fronteras políticas versus fronteras culturales?”, *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, A. Grimson (comp.), Buenos Aires, Ciccus-La Crujía.
- ___ (1999), *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*, Eudeba.
- Gutiérrez Posse, Hortensia (2003), *Guía para el conocimiento de los elementos de derecho internacional público*, Buenos Aires, Editorial La Ley.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) (2007), Recomendación general N° 002/07, “Discriminación en la atención sanitaria de casos de abortos legales y tratamiento post aborto”, mayo.
- Jelin, Elizabeth y otros (2006), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, IDES.
- Karasik, Gabriela (2005), “Etnicidad, cultura y clases sociales. Procesos de formación histórica de la conciencia colectiva en Jujuy, 1970-2003”, tesis de doctorado, San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán, aprobada en octubre de 2005, inédita.
- ___ (2000a), “Tras la genealogía del diablo. Discusiones sobre la nación y el Estado en la frontera argentino-boliviana”, *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, A. Grimson (comp.), Buenos Aires, Ciccus-La Crujía.
- ___ (2000b), “Hombres de trabajo y mujeres peligrosas”, ponencia presentada en las IV Jornadas de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy., San Salvador de Jujuy, 17 al 20 de mayo.
- ___ (1994), “Plaza grande y plaza chica: etnicidad y poder en la Quebrada de Humahuaca”, *Cultura e Identidad en el Noroeste argentino*, Gabriela Karasik (comp.), Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Karasik, Gabriela y Roberto Benencia (1998-1999), “Apuntes sobre la migración fronteriza. Trabajadores bolivianos en Jujuy”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 40/41, Buenos Aires, CEMLA.
- Llaya, Jorge (2007), “Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Ministerios de salud provinciales: el caso de Salta”, resumen de la presentación en el Ciclo de seminarios de salud y política pública, CEDES, Buenos Aires.
- Marshall, Adriana (1983), “Las migraciones de países limítrofes en la Argentina”, *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, México, El Colegio de México, UNAM, PISPAL.
- Ministerio del Interior, Presidencia de la Nación Argentina (2008), Informe final del taller “Las poblaciones en áreas de frontera. Los casos NOA y NEA”, San Salvador de Jujuy, Dirección Nacional de Población, octubre.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina (2008), “Informe de actividad. I Jornada Provincial de Municipios y Comunidades Saludables de Jujuy” [en línea] <<http://municipios.msal.gov.ar/pdf/informe-jujuy.pdf>>.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina (2006), “Cooperación con la República del Estado Plurinacional de Bolivia. Departamento de Tarija”, Programa Médicos Comunitarios.
- Organización Internacional para las Migraciones. Oficina Regional para el Cono Sur y Hospital Piñeiro (2007), “Informe final”, trabajo preparado para el proyecto Derechos y VIH – Prevención de la Transmisión vertical, Buenos Aires.
- Organización Internacional para las Migraciones. Oficina Regional para el Cono Sur (2005), “Informe preliminar”, documento preparado para el proyecto Problemática socioeconómica y sanitaria de los paseros en la frontera argentino-boliviana con especial referencia a la situación de los menores, Buenos Aires.
- ___ (s/f), Proyecto “Migraciones y Salud Materno Infantil” (documento interno).
- ___ (s/f), “Información acerca del material didáctico elaborado y sus resultados”, documento preparado para el proyecto Migraciones y Salud Materno Infantil (informe interno).
- ___ (s/f), “Prevención y erradicación del trabajo infantil en la población migrante del altiplano argentino-boliviano”.
- Organización Panamericana de la Salud (2005), Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015, noviembre.
- Ortiz de D’arterio y Bolsi (2000), “Caña de azúcar y mortalidad infantil. Los casos del noroeste argentino en el siglo XX”, ponencia presentada en las XVII Jornadas de Historia Económica, Asociación Argentina de Historia Económica, San Miguel de Tucumán, 20, 21 y 22 de diciembre.
- Pesci, R. (1997), “Marco conceptual de formulación del proyecto”, *Ambiente* N° 6, Año III, número especial dedicado al Proyecto de prevención de endemias en áreas de frontera, publicación trimestral de la Fundación CEPA, La Plata.

- Rabey, M. (1997), “Cólera: una epidemia de la trashumancia”, *Ambiente* N° 6, Año III, número especial dedicado al Proyecto de prevención de epidemias en áreas de frontera, publicación trimestral de la Fundación CEPA, La Plata.
- Rabey, M. y O. Jerez, (1999), “La frontera en los tiempos del cólera. Una etnografía de las trashumancias internacionales”, *Cuadernos* N° 18, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Contemporáneo, Buenos Aires.
- Ramonigni, María Elena (1997), “Políticas de salud y exclusión social: crónicas de un día de campo”, ponencia presentada en el V Congreso de Antropología Social, Universidad Nacional de La Plata, julio/agosto.
- Ripoll, C. (s/f), “Tareas cooperativas de control de Chagas con la República de Bolivia”, mimeo, Dirección provincial de epidemiología de la provincia de Jujuy.
- Roth U., Erick y Erik Fernández R. (2004), “Evaluación del tráfico de mujeres, adolescentes y niños/as en Bolivia” [en línea], Organización Internacional para las Migraciones (OIM/Bolivia) y la Organización de Estados Americanos (OEA) <<http://www.oas.org/atip/OAS/Bolivia%20report.pdf>>.
- Sala, Gabriela (2002), “Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina”, ponencia presentada en el XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, Cedeplar/Universidad federal de Minas Gerais, noviembre.
- ____ (2000), “Mano de obra boliviana en el tabaco y la caña de azúcar en Jujuy, Argentina”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 15, N° 45, Buenos Aires, CEMLA.
- Solari, Elena (s/f), “Proyecto migraciones y salud. Un nuevo enfoque para el trabajo en salud con población migrante”, documento de proyecto, Buenos Aires, Organización Internacional para las Migraciones.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), OPS y OMS (2004), “Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia”, (documento borrador), julio.
- Velasco, Omar Luis (2008), “La dinámica socio laboral del tránsito vecinal fronterizo. El caso Posadas (Argentina) – Encarnación (Paraguay)”, ponencia presentada en el I taller Paraguay como objeto de estudio de las ciencias sociales, Grupo de estudios Población, Migración y Desarrollo, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Centro de estudios, documentación y archivo del pueblo paraguayo en la Argentina y (CEDAPPA) y UNAM Casa Paraguaya de Posadas, Posadas, 12 y 13 de junio.
- Zurita, Alfredo y otros (2004), “Desarrollo del Sistema de Salud en el espacio inter fronterizo argentino paraguayo”, *La Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*, Rosa María Borrell y Mario Rovere, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.

Otros documentos

- Acuerdo entre la República Argentina y la República del Estado Plurinacional de Bolivia sobre Controles integrados de frontera. Suscripto en Buenos Aires, el 16 de febrero de 1998 y aprobado por Ley 25253, sancionada el 18 de mayo de 2000 y promulgada el 25 de julio de 2000.
- Acuerdo por Canje de Notas Suscripto con el Gobierno de la República del Estado Plurinacional de Bolivia sobre Salud de la población en zonas de frontera. Suscripto en Buenos Aires, el 17 de marzo de 1994 y aprobado por Ley 24659, sancionada el 19 de junio de 1996 y promulgada el 15 de julio de 1996
- Acuerdo sobre residencia para nacionales de los Estados partes del MERCOSUR, Estado Plurinacional de Bolivia y Chile. Celebrado en la ciudad de Brasilia en 2002.
- Comité contra la Discriminación Racial, Informe presentado por Argentina (CERD/C/304/Add.112. 27 de abril de 2001).
- Comité de Derechos del Niño. 38° Período de sesiones. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. Estado Plurinacional de Bolivia. CRC/C/15/Add.256. 11 de febrero de 2005.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). 40° Período de sesiones, Ginebra, 28 abril a 16 de mayo de 2008. Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del pacto. Observaciones finales. Estado Plurinacional de Bolivia. E/c.12/bol/co/2. 8/6/2008.
- ____ El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt (E/CN.4/2004/49. 16 de febrero de 2004).
- ____ Observaciones finales. Estado Plurinacional de Bolivia. 21/05/2001.
- ____ Observación General N° 14, El derecho al disfrute más alto posible de salud. Agosto, 2000.
- Comité de Derechos Humanos. Observación General N° 18, No discriminación, 10/11/89
- Convenio de Migración entre la República Argentina y la República del Estado Plurinacional de Bolivia. Buenos Aires, 16 de febrero de 1998. Aprobado por Ley 25.098, sancionada el 21 de abril de 1999 y promulgada el 5 de mayo de 1999.

Informe del Relator Especial Paul Hunt, sobre Los derechos económicos, sociales y culturales a la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (E/CN.4/2003/58. 13 de febrero de 2003).

Informe del Estado Plurinacional de Bolivia presentado al Comité contra la Discriminación Racial (CERD/C/304/Add.10. 27 de septiembre de 1996).

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Informes periódicos segundo, tercero y cuarto combinados de los Estados partes. Estado Plurinacional de Bolivia. Distr. General 27 de marzo de 2006.

CEDAW/C/BOL/2-4. Legislación sobre promoción de igualdad de género en el Estado boliviano. Pág. 15 a 17.

MERCOSUR/rms/Acuerdo N° 06/07 “Recomendaciones para las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en los Estados partes y asociados del MERCOSUR”.

Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

93. Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina, Corina Courtis, Gabriela Liguori y Marcela Cerrutti (LC/L.3248-P), N° de venta: S.10.II.G.53 (US\$ 10.00), 2010.
92. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3247-P), N° de venta: S.10.II.G.52 (US\$ 10.00), 2010.
91. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3246-P), N° de venta: S.10.II.G.51 (US\$ 10.00), 2010.
90. Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y República Dominicana, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3245-P), N° de venta: S.10.II.G.50 (US\$ 10.00), 2010.
89. Los derechos concedidos: crisis económica mundial y migración internacional, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3164-P), N° de venta: S.09.II.G.138 (US\$ 10.00), 2009.
88. Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante el nuevo escenario migratorio, María Verónica Cano Christiny, Magdalena Soffia Contrucci y Jorge Martínez Pizarro (LC/L.3086-P), N° de venta: S.09.II.G.71 (US\$ 10.00), 2009.
87. Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos, Jhon Antón, Álvaro Bello, Fabiana Del Popolo, Marcelo Paixão y Marta Rangel (LC/L.3045-P), N° de venta: S.09.II.G.47 (US\$ 10.00), 2009.
86. La emigración internacional a través de los censos en países de origen: evaluación de resultados y recomendaciones, Alicia Mirta Maguid (LC/L.2968-P), N° de venta: S.08.II.G.80 (US\$ 10.00), 2008.
85. Inmigración en Costa Rica: características sociales y laborales, integración y políticas públicas, Abelardo Morales Gamboa (LC/L.2929-P), N° de venta: S.08.II.G.64 (US\$ 10.00), 2008.
84. Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas, María Inés Pacecca y Corina Courtis (LC/L.2928-P), N° de venta: S.08.II.G.61 (US\$ 10.00), 2008.
83. Impacto social y económico de la inserción de los migrantes en tres países seleccionados de Iberoamérica, Jorge Martínez Pizarro y Leandro Reboiras Finardi (LC/L.2927-P), N° de venta: S.08.II.G.60 (US\$ 10.00), 2008.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país:

Tel.:..... Fax:..... E.mail: