

Instituto de Investigaciones Gino Germani

VI Jornadas de Jóvenes Investigadores

10, 11 y 12 de noviembre de 2011

Laura Gottero

IIGG - UBA

lauritagottero@hotmail.com

Eje 12: Desigualdades y estructura social: producción-reproducción y cambio

Derecho a la salud y migración limítrofe reciente

Articulaciones institucionales, transformaciones normativas y desigualdades¹

Las estructuras institucionales del Estado, en tanto espacios de elaboración e implementación de políticas públicas, adoptan características particulares que las hacen, en sí mismas, susceptibles de un análisis. En efecto, la configuración del andamiaje de las dependencias estatales (áreas de influencia, programas estratégicos, modos de comunicación, autodefinición de funciones, etc.) puede ser observada y estudiada no sólo con las herramientas de la semiótica, sino a través de una óptica política y comunicacional, que es la que se intenta desarrollar en este trabajo.

En la actualidad, la conformación de las instituciones del Estado, como si de un mapa se tratara, tiene una vía de exposición más rápida y masiva que exime al observador de transitar los pasillos de los edificios públicos, estudiar organigramas y supeditarse a los circuitos muchas veces kafkianos de los esquemas jerárquicos y administrativos. Si tan sólo quiere conocer el modo en que una parte del aparato de Estado se encuentra conformado, como también cuáles son sus prioridades y lineamientos estratégicos —en el plano discursivo, claro está, pues los resultados concretos pueden ser bien distintos—, puede recurrir en primera instancia a la web, donde seguramente esa área gubernamental tendrá presencia. Asimismo, ese modo de abordaje de una estructura institucional posee un carácter masivo y público: toda persona interesada puede conocer el modo en que una dependencia estatal funciona, por lo menos en el plano discursivo.

¹ Este trabajo se realiza en el marco del Proyecto UBACyT “La cuestión migratoria en la Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales” (IIGG, FSOC, UBA).

Teniendo en cuenta esta idea general, este trabajo pretende analizar las articulaciones entre derecho a la salud para las poblaciones migrantes —reconocido en la ley migratoria vigente (Nº 25871)— y el “espacio” que éste puede hallar en la estructura del Ministerio de Salud, más específicamente en el área de epidemiología. Dichas relaciones, basadas en presencias y en ausencias, se analizarán con el material provisto por el sitio web oficial del Ministerio², en tanto éste constituye el modo de comunicación con la población y reúne tanto materiales para el personal de salud y los funcionarios, como para los habitantes del país que desean informarse sobre campañas vigentes, prevención y otros cuidados.

Políticas públicas de salud y Estado

La formulación de políticas públicas se considera una parte constituyente del proceso de racionalización propia del Estado y de la actividad política, en especial desde el siglo XX, en tanto “lo público” se reconoce como la esfera del hacer humano que requiere de la intervención gubernamental y social en pos de elaborar medidas comunes (Parsons, 2007). No obstante, esta racionalidad estatal no debe entenderse como algo homogéneo y cerrado, sino como una formación cuya trayectoria es “errática, sinuosa y contradictoria, en la que se advierten sedimentos de diferentes estrategias y programas de acción política” (Oszlak, 1980); en efecto, la construcción de sentido que emana de estas configuraciones institucionales es menos homogénea que contradictoria, fragmentaria y diversa, como producto de diferentes gestiones jerárquicas y de heterogéneas acciones administrativas. Es así como, para analizar las políticas públicas formuladas desde el Estado, resulta preciso entender a éste como una arena política, en términos de Oszlak y O'Donnell (1976) en el marco de un enfoque del Estado “desde adentro” que, como Boholavsky y Soprano (2010) afirman, presenta un carácter polifónico, dado que expresa la presencia y la interacción de grupos que actúan en función de sus variados (y muchas veces opuestos) intereses.

Siguiendo este razonamiento, el análisis de las políticas públicas de salud constituye una de las posibilidades del estudio del Estado “desde adentro”, y permite visualizarlas como dispositivos de acción y de control sobre la población, en el sentido que Foucault asignaba al término “policía” estatal: “Hombres y cosas son contemplados en sus relaciones [...] Se interesa también por la manera cómo viven, por las enfermedades y

² <http://www.msal.gov.ar/htm/site/epidemiologia.asp>

por los accidentes a los que los hombres están expuestos. La policía vela por un hombre vivo, activo y productivo” (Foucault, 1990). Por eso, en el plano de la salud pública, las políticas estatales remiten no sólo a la garantía de un derecho social institucionalizado, sino también a la operación con la técnica de la policía foucaultiana, un conjunto de mecanismos que propenden al mantenimiento de la vida de las poblaciones. Esta mirada política sobre el tratamiento de las enfermedades consideradas como cuestiones de salud pública se vincula en forma directa con los lineamientos epidemiológicos que un Estado, a través de su Ministerio de Salud, marca para el presente y el futuro inmediato.

Enfoque epidemiológico y enfermedades regionales

Siguiendo lo expuesto, la epidemiología constituye una esfera de observación privilegiada de las construcciones políticas que estructuran niveles de prioridad, importancia o emergencia, en virtud de ser una ciencia poblacional que articula tres ejes: la clínica, la estadística y la medicina social (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Por ello, las políticas de salud en el área epidemiológica responden, por un lado, a la situación de autoridad que desplaza la intervención médica más allá de las enfermedades propiamente dichas (Foucault, 1990) y, por otro lado, la estructura y el desarrollo de sus formulaciones contempla los lineamientos de un modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985), de carácter biologicista, a-histórico y a-social, que hace hincapié en causas de tipo eco-biológicas y promueve medidas de salubrismo selectivo (Menéndez, 2009), sin tener en cuenta que gran parte de la incidencia y la prevalencia de enfermedades endémicas tienen sus principales causas en las condiciones estructurales de pobreza con sus resultados asociados: salubridad e higiene deficientes, malnutrición, condiciones de vivienda inadecuadas, acceso debilitado o nulo a atención médica, etcétera.

En el ámbito de la epidemiología —tanto desde el sector público como el académico—, en la actualidad cobran vigencia los debates sobre las políticas y las acciones destinadas a enfermedades que han resurgido o se han expandido en territorios amplios, como es el caso de las enfermedades vectoriales, entre las que se cuentan el dengue, la fiebre amarilla, el mal de Chagas y la leishmaniasis visceral, afecciones que son de importancia en el noreste de Argentina, específicamente en las provincias fronterizas de Chaco y Formosa. El escenario social, económico y cultural de esta región permite pensar en términos de “unidades regionales” (Grimson, 2000), en las que la frontera no constituye una barrera, sino un espacio de comunicación e interacción particular. Y es

así como, en la intersección entre migraciones, derecho a la salud y provincias fronterizas, las políticas epidemiológicas sobre enfermedades vectoriales —que poseen un carácter regional— constituyen un relevante objeto de análisis que dinamiza estas cuestiones y pone en evidencia la conformación de la frontera como un espacio peculiar. El estudio de estas articulaciones cobra nueva relevancia, sobre todo, a partir del 2004, año en que entró en vigencia la nueva ley migratoria y se pusieron en marcha planes nacionales como el de prevención y control de la fiebre amarilla y el dengue.

Derechos para la población migrante: ley, información e institución

La posibilidad avalada por el Estado de que los migrantes reciban atención para su salud constituye uno de los avances de la ley migratoria 25871, vigente desde el año 2004, que reconoce a la migración como un derecho humano y, en consecuencia, garantiza derechos sociales, entre los que se encuentra el acceso a la atención médica que promueva la salud de la población migrante. El derecho a la salud se menciona en forma explícita en el Art. 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”. Si bien esta norma fue celebrada por quienes propugnaban por el cambio de la anterior ley 22439, que configuró una óptica policial y represiva para el tratamiento de las migraciones —basada en los preceptos de la doctrina de seguridad nacional—, la reglamentación demoró varios años en llegar, hasta el 2010. Asimismo, la cuestión de la difusión de estos cambios normativos, que benefician a las poblaciones migrantes así como establecen un nuevo marco de interacción en el conjunto de la población, constituye un objetivo aún desarrollado en forma esporádica y fragmentaria, tanto desde el aparato estatal como desde las diferentes instancias sociales. Justamente, la cuestión del acceso a la información es uno de los problemas desde los que se elabora este trabajo, pues la presencia (o no) de la articulación entre migración y derecho a la salud en los espacios masivos de comunicación institucionales —como es el caso de la web del Ministerio de Salud— brindan una idea sobre el modo o la intensidad con que las formulaciones estatales del área de la salud incorporan la concepción del derecho a la salud para las poblaciones migrantes en su organización discursiva. En efecto, tal como destaca Mármora (2002), “la específica y determinada percepción que el Estado tenga de las migraciones será el fundamento para la elaboración de esas políticas y su consecuente plan de acción”; por eso, en algo que parece tan cotidiano y administrativo como las informaciones y las

explicaciones difundidas a través de la página oficial de Internet pueden advertirse las características del tratamiento de las poblaciones migrantes en el contexto (o a pesar) de vigencia de la ley migratoria.

Panorama migratorio y atención médica

Pensar a la región fronteriza como si fuera una “unidad regional” en la acepción de Grimson (2000) que ya fue mencionada, permite construir a la frontera no como una barrera, sino como un espacio de comunicación e interacción particular. Dicha acepción encuentra correlato en la definición de *frontier* o “frontera-zona”, que se opone a *border* o “frontera-límite” (Del Pozo y Trigal, en Fantín, 2009), por lo que adquiere características socioeconómicas y culturales especiales: “Las características sociodemográficas de la población en la frontera difieren de las existentes en el resto de las comarcas en ambos estados-nación. Dichas diferencias devienen de su propia condición de frontera” (Fantín y Meichtry, 2008). En esta región, la relación entre condiciones socioeconómicas y salud mantiene un vínculo evidente que brinda sus más notorios indicadores en las enfermedades infecciosas, tal como señala Fantín (2008). Teniendo en cuenta que estas “unidades regionales” son espacios de circulación fronteriza y migratoria, la situación de salud manifestada cobra nuevos rasgos pues, tal como señala el informe de UNFPA sobre la población en Argentina (2009), la proporción de migrantes con cobertura médica es baja: “El porcentaje que posee algún tipo de cobertura médica (más allá de la atención en hospitales públicos) es significativamente bajo entre quienes provienen de Bolivia y de Paraguay, mientras que es bastante más alto entre quienes nacieron en Chile o en Uruguay” (UNFPA, 2009). Esta cita cobra especial significación en el caso de las provincias citadas (Chaco y Formosa), que reciben una mayoría de población migrante proveniente de Paraguay. En efecto, este fenómeno se inscribe en el paulatino crecimiento de la migración limítrofe por sobre la extranjera no limítrofe y, especialmente a partir de 2004 —aunque es un proceso de varias décadas—, de los migrantes de Paraguay y Bolivia (UNFPA, 2009). No obstante, Halpern (2010), señala que es en 1991 cuando la inmigración limítrofe superó a la no limítrofe. El autor, en lo que refiere a la migración paraguaya —cuestión de interés si se piensa en la circulación fronteriza en Chaco y Formosa—, define a ésta como una “comunidad nacional” que se encuentra en aumento, en Argentina, desde 1947. A partir de los datos suministrados por los censos de 1991 y 2001, es posible observar que los migrantes de Paraguay van disminuyendo en número en las provincias

de Formosa (9,9 Censo 1991; 6,4 Censo 2001) y Chaco (2,4 Censo 1991; 1,4 Censo 2001), tal como refiere Halpern tomando las estadísticas oficiales. No obstante, la circulación es muy activa en zona de frontera, aun cuando los habitantes limítrofes no residan en forma permanente en la Argentina, por motivos de trabajo y atención médica (Fantín, 2009; Velazco, 2008).

En el nivel nacional y en el periodo 1990-2002, puede observarse que la migración limítrofe tuvo un crecimiento, con respecto a décadas precedentes, en lo que respecta a los migrantes oriundos de Paraguay, Bolivia y Brasil, mientras que los uruguayos y los chilenos han decrecido en número³. No es la intención de este trabajo abordar cuestiones demográficas, pero esta idea general de carácter cuantitativo es útil para considerar el porcentaje de cobertura de salud —mencionado en líneas precedentes de manera general— en niños y jóvenes inmigrantes (de 0 a 24 años), durante el lapso 2002-2003, que fue publicado por UNFPA (2009):

- Bolivia: 7 a 10%
- Paraguay: 19 a 21%
- Chile: 32 a 35%
- Uruguay: 37 a 40%

Sin contar a la población adulta y la que se encuentra transitando la tercera edad, es ineludible considerar la importancia del derecho a la salud en el marco de la ley migratoria vigente, teniendo en cuenta el bajo índice de cobertura médica en las poblaciones migrantes más numerosas y que han experimentado un aumento en el último tiempo. Es por eso que, pensando en las articulaciones entre salud pública y migración, la propuesta es indagar la presencia de este eje temático en las presentaciones online de la web oficial del Ministerio de Salud argentino.

Migración: un espacio en la estructura

³ Nacidos en Paraguay: 1980-1989: 8.984 / 1990-2002/03: 17.876

Nacidos en Bolivia: 1980-1989: 11.611 / 1990-2002/03: 29.629

Nacidos en Uruguay: 1980-1989: 12.047 / 1990-2002/03: 3.318

Nacidos en Brasil: 1980-1989: 1.195 / 1990-2002/03: 2.504

Nacidos en Chile: 1980-1989: 2.505 / 1990-2002/03: 1.052

(Fuente: ECMI, INDEC)

A partir del contexto que fue expuesto en líneas generales, y utilizando como objeto y material de estudio a los discursos elaborados para ser publicados en el sitio web del Ministerio de Salud nacional, la pregunta que orienta este análisis es:

¿Qué espacio encuentra, en la estructura del Ministerio de Salud argentino, la articulación entre la migración como fenómeno sociopolítico e histórico, vinculada con la promoción y el desarrollo de la salud pública y colectiva a partir del derecho a la salud para las poblaciones migrantes reconocido por la ley 25871?

El hallazgo de ciertos datos significativos tanto en la presentación institucional de este organismo público, como en los materiales específicamente destinados al área de epidemiología, permiten problematizar las siguientes cuestiones.

a. Funciones y acciones estratégicas del Ministerio

Es de esperarse que, con el nuevo contexto de política migratoria, uno de los objetivos institucionales fuera el de incorporar la perspectiva inclusiva respecto de grupos poblacionales que durante mucho tiempo fueron excluidos de la mirada oficial a la hora de repartir beneficios. Por esa razón, una de las primeras búsquedas en el sitio web es el del listado de funciones del Ministerio⁴, con el fin de analizar el orden de prioridades y de acciones estratégicas que se consideran esenciales para la misión de este organismo. En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación establece, entre una de sus funciones, la de “entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional” (Art. 3 del Dto. 828/2006), lo que puede ponerse en relación con otro objetivo: “Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades”. No incluye de manera explícita, y como correlato de esta vigilancia, la promoción del derecho a la salud en la población migrante en todo el país, atendiendo a la Ley 25871, que es anterior a la sanción de este decreto. Asimismo, tampoco incluye una perspectiva de carácter regional que exceda la situación de control para construir un abordaje coordinado de problemáticas de salud pública que atañen a varios países vecinos. No obstante, esa mirada conjunta sí prevalece en otras cuestiones que tienen que ver con el cuidado de la frontera; la referencia a los territorios limítrofes, claro está, se encuentra con relación a una demanda de trabajo en sus propias zonas que permita una menor gravedad en los casos y cuestiones detectados en el suelo argentino. Uno de los

⁴ http://www.msal.gov.ar/htm/site/instit_des_func.asp

ejemplos más notorios es el de una acción ministerial de salud estratégica: la “sanidad de frontera”, temática que es tratada desde la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud. Esta dependencia organiza, desde el año 2009, reuniones de “sanidad de fronteras” en las que sí hace partícipes a los funcionarios de la Dirección Nacional de Migraciones en conjunto con otras áreas significativas en su peculiar combinación: Ministerio del Interior, Gendarmería Nacional, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Policía de Seguridad Aeroportuaria, secretaría de Transporte de la Nación y secretaría de Turismo de la Nación. La ligazón de la perspectiva migratoria con el control policial, por un lado, y por el otro en forma descontextualizada de alguna dependencia que reúna a la migración y a la salud, se encuentra no sólo en la “lista de invitados”, sino en las palabras del Subsecretario Andrés Leibovich que, en ocasión de la primera reunión de Sanidad de Fronteras (2009), expresó: “Desde el punto sanitario tenemos que coordinar todas las acciones con los distintos organismos que tienen injerencia en las fronteras, para hacer un trabajo que genere el alerta y la vigilancia epidemiológica que permita prevenir patologías como la gripe A y el dengue”. El paso migratorio se encontró implícito, también, en la concepción de circulación expuesta por el funcionario: “Una de las ideas es trabajar sobre el vehículo, el ambiente y la persona. Es muy difícil a veces controlar a cada una de las personas que pasan por las fronteras, y más cuando son terrestres, pero si se detectan casos objetivamente comprometidos con cuadros muy febriles, automáticamente se da el aviso al área de epidemiología y ellos, conjuntamente con el área de emergencia, actúan de manera inmediata para que esa persona no propague la enfermedad”⁵.

La incidencia puesta en la acción sobre la frontera con una perspectiva de control y de vigilancia, en desmedro de un objetivo que enfoque de manera prioritaria la cuestión de un abordaje regional cooperativo en su planificación y seguimiento, puede relacionarse con la construcción estatal de un territorio finito, con límites que marcan el espacio de la pretendida protección. En efecto, tal como señala Anderson (1993), uno de los dispositivos que permite imaginar a la nación es la idea de que es un territorio con límites precisos que, aunque puedan ser flexibles, marcan el comienzo de otras naciones ajenas. Esta imaginación nacional puede ser, también, el resultado de la serie de

⁵ http://www.msal.gov.ar/htm/site/Noticias_plantilla.asp?Id=1649

reconfiguraciones que permite, siguiendo a Grimson (AÑO), que la nación se constituya en forma relacional con respecto a los fenómenos globales y regionales.

b. Epidemiología y salud pública estatal

Yendo de manera específica al área de epidemiología, esta parte del sitio web⁶ cuenta con diversos materiales para los equipos de salud, los epidemiólogos, los funcionarios y el público en general. En todos los documentos publicados se ha rastreado la conexión entre migración y salud que, en lo posible, llegara a atenuar la mirada vigilante en pos de una perspectiva basada en el derecho a la salud para las poblaciones migrantes que forma parte de la legislación migratoria vigente. Los ejemplos que se señalan a continuación brindan un panorama del escenario reconstruido.

En principio, existe un link estable, la “Sala de situación de salud”⁷, que registra las problemáticas epidemiológicas centrales por cada región del país, así también incluyen indicadores demográficos que brindan ciertas características de la población habitante en cada zona. En ninguno de los recortes geográficos aparece la migración como un factor involucrado en el diagnóstico, ni se destaca la existencia de grupos migratorios que circulan en la zona de frontera, con el fin de destacar la necesidad de una mirada que vaya más allá del límite territorial del Estado. En efecto, el fenómeno migratorio se encuentra oculto en la descripción del diagnóstico, aunque en los manuales de procedimiento para enfermedades como el dengue y la fiebre amarilla aparezcan apartados que de manera explícita abordan las conductas que se deben seguir en relación con los países limítrofes. Esto permite inferir que, a pesar de los cambios normativos, los procesos de exclusión de la temática migratoria en las cuestiones estatales subsisten. Tal como señala Barth, ello no depende de una falta de información o de dinamismo del fenómeno deliberadamente omitido: “Antes bien, implican procesos sociales de exclusión e incorporación por los cuales son conservadas categorías discretas” (Barth, 1976).

En segundo lugar, merece ser citado el Dossier sobre Dengue (2010), un documento oficial elaborado para comunicar el descenso de incidencia de esta enfermedad en el periodo 2009-2010. Dejando a un lado la importancia política de las series cortas en epidemiología —que, como destaca Menéndez (2009), permite eludir el debate sobre condiciones estructurales que provocan la prevalencia de la enfermedad y, por el

⁶ <http://www.msal.gov.ar/htm/site/epidemiologia.asp>

⁷ http://www.msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/index.asp

contrario, facilita la posibilidad de favorecerse con resultados de corto plazo—, en la presentación realizada por el Ministro Manzur se hace explícita la necesidad de evitar que “se repitiera la situación de miles de compatriotas enfermos”. De esta manera, el criterio de nacionalidad se encuentra delimitando el espacio del éxito de una estrategia, así como define las poblaciones prioritarias para las acciones sanitarias en esta enfermedad. En relación con esto, se explica también que el Estado nacional elaboró, con Brasil, Paraguay y Bolivia, pautas comunes para el abordaje regional de esta enfermedad transmitida por vectores, “dado que el dengue es una enfermedad endémica en esos países [...] Manzur relacionó la baja de la incidencia del dengue en el país ‘con la existencia de una ciudadanía movilizada, comprometida y activa’”. Sumado al “requisito” de nacionalidad, la importancia de ser ciudadanos comprometidos desplaza a la relevancia de ser habitantes que, igualmente comprometidos, colaboren con las estrategias de salud más allá del estatuto que posean frente al Estado. Es así como, en la definición de prioridades para las acciones epidemiológicas: tanto los “ciudadanos” como los “compatriotas” están ubicados en el núcleo de la urgencia y, también, del alivio cuando los índices de afectados por el dengue comienzan a disminuir. La construcción de los destinatarios de acciones en salud, que sean pertenecientes a la nación y en tanto tales ostenten un estatus particular en contraposición con los no nacionales, también se inscribe en la elaboración de un artefacto cultural e histórico señalado por Anderson (1993), que permite la inclusión de ciertos grupos y la omisión fácil de otros. Viéndolo de otro modo, la identidad nacional (o no) de los afectados parece traslucir también el orden de importancia de los avances en materia de salud epidemiológica: son compatriotas los que han logrado eludir el ataque de la enfermedad y, por eso, los logros son tanto más importantes. La construcción de compatriota y de ciudadano en relación con una expectativa de salud remite al tipo de producción localizada que Hall explica: “Precisamente porque las identidades se construyen dentro del discurso y no fuera de él, debemos considerarlas producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos en el interior de formaciones y prácticas discursivas específicas, mediante estrategias enunciativas específicas” (Hall, 2003). El autor, asimismo, destaca la vinculación inescindible con las operaciones de poder, en tanto las identidades son producto de la marcación de la diferencia y la exclusión, por un lado, y de una unidad imaginaria que parece idéntica en sus partes y natural en su constitución, por el otro. En este sentido, cabe incluir el análisis que Halpern (2010) realiza a partir de los análisis cuantitativos del INDEC sobre migraciones, que en este caso puede sumarse

a una discusión sobre el ocultamiento del fenómeno migratorio —salvo en cuestiones de control de fronteras— en los documentos oficiales sobre salud: “Es ese ocultamiento el que genera una reafirmación de la división cultural de la ‘nación’, considerando prácticas (y sujetos) ‘legítimas’ —culturales— y prácticas (y sujetos) ilegítimas —no culturales” (Halpern, 2010).

El tercer ejemplo que se traerá en este trabajo exploratorio es el de los planes nacionales de enfermedades transmitidas por vectores, tomando el de mayor alcance, formulado en el 2009: el Plan Nacional de Control y Prevención del Dengue y la Fiebre Amarilla, de especial importancia en las provincias fronterizas del noreste argentino (Chaco, Formosa y Misiones). En principio, en el conjunto de organismos asesores para esta formulación estatal no se encuentran instituciones que aborden la migración, a la vez que sí se destaca la participación de la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero. Este ocultamiento del “factor migración” como una cuestión para tener en cuenta en virtud de un abordaje regional, que opte por un trabajo coordinado en las fronteras y no por una vigilancia soberana, también puede observarse en los materiales destinados a la población en general: en ninguno de los afiches o trípticos publicados se encuentra un destinatario migrante, pero sí se halla un destinatario viajero, a quien se le recomienda acudir a un centro de salud cuando experimente los primeros síntomas que pueden asociarse con estas enfermedades. Por otra parte, en las líneas estratégicas del mencionado Plan, no se encuentra un trabajo coordinado con poblaciones nativas y migrantes, así como en la enumeración de funciones que cada organismo gubernamental debe cumplir para concretar los objetivos de esta política, al Ministerio del Interior —en cuya órbita se encuentra la Dirección Nacional de Migraciones— le compete “fortalecer la capacidad de gestión de los gobiernos locales. Apoyo financiero y tecnológico”.

Por último, la creación del Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales⁸, en febrero de 2011, no está incluido en la lista de sitios relacionados con epidemiología del Ministerio de Salud, aunque sí se encuentra en la página del organismo. Este organismo es interesante en su análisis porque, a pesar de su corto tiempo de existencia, revela una vinculación clara entre salud y geopolítica, a partir de su localización en la zona de la Triple Frontera, así como establece una mirada regional para el tratamiento de enfermedades endémicas. En sus objetivos institucionales, este organismo se propone: “Coordinar a nivel regional la planificación y desarrollo de las estrategias sanitarias de

⁸ <http://www.msal.gov.ar/inmet/documentos.asp>

prevención y control de enfermedades tropicales en la Argentina [...] Su misión es generar respuestas sanitarias integrales frente a patologías de impacto para la salud pública de nuestro país en el presente y a futuro, tales como: Chagas, Paludismo, Dengue, Leishmaniasis, Helmintiasis, Córlera, Fiebre Amarilla, Lepra y Esquistosomiasis". A pesar de la pretendida perspectiva regional, la inclusión de fenómenos típicos de este abordaje, como es el caso de la migración, también permanece ausente en el tratamiento propuesto por este nuevo Instituto. Esto indicaría que, en relación con el derecho a la salud y con la presencia de grupos migratorios en el país, la cuestión migratoria se halla tematizada del modo que Halpern (2005) describe: codificada por el Estado y por el sentido común, así como susceptible de procesos de esencialización y estereotipación que son reproducidos por las diferencias instancias estatales. La ausencia de una referencia inclusiva del fenómeno migratorio en el discurso sobre el abordaje regional de las enfermedades endémicas, en términos de derecho y no de mero control, ofrece un ejemplo de la acción del Estado que destaca Halpern (2005): "Ha definido políticas que han contribuido claramente a la construcción de una cuestión migratoria y, más aun, de una problemática inmigratoria: uno de los terrenos donde más evidente ha sido la violencia simbólica y las formas de codificación del proceso social".

Acceso migrante a la salud: ¿un derecho fragmentado?

A partir del análisis de los documentos y materiales referidos, puede observarse que las acciones en salud que contemplan el fenómeno migratorio todavía son fragmentarias, puntuales y no atienden de manera global la transformación en materia de derechos que la Ley 25871 ha promovido para el conjunto de la población (nacional y extranjera). Esta situación es especialmente problemática en enfermedades epidémicas, que tienen un carácter regional, teniendo en cuenta que los movimientos migratorios suelen implicar largas trayectorias hasta el lugar de destino (de países limítrofes a CABA, por ejemplo, o pensando en la migración por etapas) y deben ser seguidas de acuerdo con estas condiciones, dejando a un lado la perspectiva única del control (policial) fronterizo y la vigilancia. En este sentido, subsisten ciertos imaginarios con respecto a la frontera y a la "soberanía sanitaria" que impiden una articulación efectiva e integral del binomio migración-salud, de tal manera que las acciones sean exitosas y continuadas en el tiempo y se inscriban en la mirada más inclusiva que discursivamente construye la actual política migratoria.

En este panorama de permanencias del sentido común, ausencias de nuevas miradas y persistencia de imaginarios asociados con el control y la seguridad, resulta imprescindible remitirse al modo en que el Estado construye una perspectiva sobre las migraciones, de tal modo que habilita el espacio para una aceptación fragmentaria y espasmódica del derecho a la salud para las poblaciones migrantes, en las prácticas que efectivamente deberían tematizarlo y contemplarlo. Es por eso que se sigue a Halpern cuando afirma: “Destacamos el papel del Estado en la formación, activación y administración de los marcos de interpretación respecto de los grupos sociales [...] fundamentales para comprender no sólo el modo en que las delimitaciones son producidas, sino también que las mismas se inscriben en relaciones de poder en las que el agente por excelencia (por poseer la capacidad monopólica del uso de la violencia, física y simbólica) es, precisamente, el Estado” (Halpern, 2005).

Sin duda, si la reglamentación de una ley migratoria novedosa en la región demoró casi 7 años, es de esperar que la inclusión de las premisas de esta normativa inclusiva sigan haciéndose esperar en todos los espacios institucionales donde el Estado actúa. Sin embargo, destacar la necesidad de un enfoque articulado entre la migración y el derecho a la salud, enfocando el fenómeno migratorio limítrofe —que es el que tiene una interacción más estrecha e inmediata con los servicios de salud— continúa siendo primordial en tanto esta formulación, en el plano discursivo, sienta las bases para una defensa práctica de los derechos otorgados (y ganados por) las poblaciones migrantes desde el 2004. Es por eso que, sin incurrir en análisis macro acerca del funcionamiento integral de un Ministerio o de una dependencia estatal, realizar un repaso por los instrumentos de difusión de dichos organismos —elaborados para que la población acceda a su información— constituye un abordaje exploratorio, un primer paso, para indagar sobre las concreciones o las cuestiones pendientes de una efectiva articulación.

Bibliografía citada

Manzoni, C. (2005). *Violencia y silencio: literatura latinoamericana contemporánea*. Buenos Aires: Corregidor.

De Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z. (2008). “Introducción”. En *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Anderson, B. (1993). “Introducción”. En *Comunidades imaginadas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Barth, F. (1976). “Introducción”. En Barth, F. (comp.) *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Boholavsky, E. y Soprano, G. (2010). “Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina”. En Boholavsky, E. y Soprano, G. (Eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Fantín, M. A. (2009, mayo) “Disponibilidad y demanda de los servicios de salud en la frontera argentino-paraguaya”. Ponencia presentada en el II Taller “Paraguay como objeto de estudio de las Ciencias Sociales”, Asunción.
- Fantín, M. A. (2008) *Población, sociedad y salud en la frontera argentino-paraguaya*. Asunción: Serie Investigaciones de la Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO).
- Fantín M. A. y Meichtry, N. (2008, mayo). “Particularidades sociales y demográficas de la frontera argentino-paraguaya”. Ponencia presentada en el I Taller “Paraguay como objeto de estudio de las Ciencias Sociales”, Resistencia.
- Foucault, M. (1990). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” y “*Omnes et singulatim*. Hacia una crítica de la razón política”. En *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ediciones Altamira.
- Grimson, A. (2000). *Interculturalidad y comunicación*. Buenos Aires: Norma.
- Grimson, A. (1998). *La producción mediática de nacionalidad en la frontera. Un estudio de caso en Posadas (Argentina)-Encarnación (Paraguay)*. Buenos Aires: Serie Documentos de Debate del MOST, IDES.
- Hall, S. (2003) “¿Quién necesita identidad?”. En Hall, S. y Dugay, P. (comps.): *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Halpern, G. (2010). “Paraguayos en Argentina”. En *Etnicidad, inmigración y política*. Buenos Aires: Prometeo.
- Halpern, G. “Neoliberalismo y migración: paraguayos en Argentina en los 90”. *Política y Cultura* (2005), número de primavera.
- Mármora, L. (2002). *Las políticas de migraciones internacionales*. Buenos Aires: OIM-Paidós.
- Menéndez, E. (2009). “Estilos de vida, riesgo y construcción social”. En: *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Menéndez, E. “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. *Cuadernos Médico Sociales*. 33 (1985).
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Dossier sobre Dengue*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Plan Nacional de Control y Prevención del Dengue y la Fiebre Amarilla*. Buenos Aires: MSN.
- Oszlak, O. *Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. Documento de Estudios CEDES. Vol. 3 Nº 2 (1980).
- Oszlak y O'Donnell, G. *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*, Documento CEDES / G. E. CLACSO, Nº 4, 1976.
- Parsons, W. (2007). “Introducción”. En *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO.
- UNFPA (2009). “La migración internacional reciente”. En *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: UNFPA-PNUD.
- Velazco, O. (2008, mayo) “La dinámica socio laboral del tránsito vecinal fronterizo. El caso Posadas (Arg)-Encarnación (Par)”. Ponencia presentada en el I Taller “Paraguay como objeto de estudio de las Ciencias Sociales”, Resistencia.