



LA SALUD DE LOS MIGRANTES COMO DESAFIO PARA LA SALUD PÚBLICA

Cecilia Molina¹

RESUMEN

La legislación argentina garantiza la atención de los migrantes en los servicios de salud públicos y el derecho al trato respetuoso. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias se producen cotidianamente situaciones en las que se restringe el ejercicio de esos derechos, en especial cuando los demandantes provienen de países pobres. En este escrito se argumenta que el ejercicio del derecho a la salud de la población migrante está ligado a debates y tensiones más generales en torno al alcance de los servicios, el modelo de salud pública y de atención dominante y las nociones de accesibilidad que orientan la política sanitaria y las prácticas de los equipos de salud. A partir de una situación de violencia institucional en la principal maternidad de la provincia de Mendoza, se recuperan aristas para pensar el problema. Se concluye en que la producción de cuidados en salud demanda incorporar las creencias, experiencias y prioridades heterogéneas de los usuarios y no limitarse a la aplicación uniforme de procedimientos biomédicos.

Palabras claves: Población migrante; Política de atención sanitaria; Modelo asistencial; Accesibilidad; Equipos de salud

ABSTRACTS

The legislation of the Argentine Republic guarantees the attention of migrants in public health services and the right to respectful treatment. However, in health organizations, situations occur in which the exercise of these rights is restricted daily, especially when who demand attention come from poor countries. This paper argues that the exercise of the right to health of the migrant population is linked to more general debates about the mission of services, the public health and healthcare hegemonic model and the notions of accessibility that guide health policy decisions and the practices of health teams. From a situation of institutional violence in the main maternity of the province of Mendoza, edges are recovered to think about the problem. It is concluded that the production of health care demands to incorporate the knowledge and priorities of the users and not be limited to the uniform application of biomedical technologies.

Keywords: Migrant population; Health care policy; Healthcare model; Accessibility; Health teams

Recibido: 05/02/2019 · **Aprobado:** 28/02/2019

¹Trabajadora Social. Máster en salud pública y gestión sanitaria y doctora en Ciencias Sociales. Docente e investigadora. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Miembro del Consejo Deontológico del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Mendoza. E-mail: cmolina@isg.org.ar

Introducción

En tiempos de capitalismo global, los movimientos poblacionales desafían a los sistemas sanitarios y obligan a repensar nociones de la salud pública tradicional que, aferrada al enfoque de riesgo, separa los problemas de salud enfermedad de las condiciones sociopolíticas que los determinan y omite las subjetividades de quienes los padecen.

La legislación argentina garantiza la atención de los migrantes en los servicios de salud y el derecho al trato respetuoso. Sin embargo, en los hospitales y en los centros de salud de propiedad estatal se producen cotidianamente situaciones en las que se restringe el ejercicio de esos derechos, en especial cuando los demandantes provienen de países pobres.

En los últimos meses, conflictos vinculados con la atención médica de personas procedentes de Bolivia, Perú y Haití, entre otros países, han tenido una profusa repercusión en medios de comunicación nacionales y en los de la provincia de Mendoza. Expresiones controvertidas en torno al problema manifestadas por autoridades locales de salud, por legisladores y por segmentos profesionales desnudan la fragilidad del derecho a la atención de estas poblaciones en un contexto de regreso al modelo neoliberal. Incitan a revisar cuán preparados conceptual e instrumentalmente están los servicios de salud para tramitar con respeto las heterogéneas necesidades y demandas de esta y otras poblaciones usuarias y hasta qué punto recupera vigencia el concepto de “usurpación” con el que parte del gobierno y los medios de comunicación asociaron a los migrantes de los países limítrofes en la década de los noventa, culpabilizándolos por la pauperización del sistema de salud por sobresaturación, incitando de algún modo actitudes xenófobas (Castiglione, 2012; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

En este escrito se argumentará que los esfuerzos para hacer efectiva la atención de la salud de la población migrante no pueden pensarse disociados de debates pendientes más generales sobre los destinatarios legítimos de los sistemas de protección social, entre ellos los servicios de salud, el modelo de salud pública y de atención dominante y las nociones de accesibilidad que orientan las políticas sanitarias y las prácticas de los equipos de salud. Para sostener este argumento se recurrirá a literatura sectorial, a resultados de investigaciones locales y a las reflexiones que desencadenó la forma en que funcionarios del Ministerio de Salud de Mendoza abordaron (y presentaron a través de la prensa) una situación de violencia institucional que involucró a una mujer de nacionalidad haitiana en situación de calle cuando fue hospitalizada para tener a su hijo en la principal maternidad de la provincia.

Para desarrollar el argumento antes planteado, este escrito se ha organizado en torno a tres preguntas: ¿A quiénes se considera legítimos destinatarios de la atención sanitaria pública, más allá del marco normativo vigente?, ¿De qué manera los equipos de salud procesan las especificidades de la población migrante? Y, por último: ¿Cuándo los servicios de atención médica son verdaderamente accesibles? El escrito cierra con reflexiones que pueden hacerse extensivas a la misión de los servicios de salud cualesquiera sean los destinatarios.

Cuando los prejuicios pesan más que las normas

Los servicios públicos de salud tienen por mandato constitucional la misión de atender a todos los ciudadanos, sin distinción de posición económica, procedencia o tipo de aseguramiento que los protege. La Ley de Migraciones, aprobada en 2010, es clara al señalar que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria” (art. 8 de la Ley 25.871).

En Mendoza, los egresos hospitalarios de pacientes con nacionalidad distinta de la argentina en la última década representan el 3% de todos los egresos en el sector público. La proporción ha oscilado entre el 2,5 y el 3,5%, lo que significa no más de 3.000 egresos por año en una red de 24 centros con internación. La mayor parte de los migrantes atendidos en los hospitales públicos ha tramitado su residencia en Argentina, nació en países limítrofes y emigró en busca de trabajo en la agricultura, el comercio y la construcción. No obstante las cifras oficiales y los marcos regulatorios vigentes, es moneda corriente en la provincia el prejuicio que les adjudica a los migrantes (en especial chilenos, bolivianos y peruanos) ser los principales causantes del desfinanciamiento del sistema público de salud. Esta falsedad, internalizada entre parte de los funcionarios y los propios profesionales de la salud, constituye un peligroso sentido común.

Un ejemplo para ilustrar lo antes dicho. En una investigación sobre el papel de los médicos en distintas posiciones del gobierno de la salud en la política de descentralización de los hospitales de Mendoza

entre 1990 y 2015 (Molina, 2015), se identificó que, con frecuencia, gerentes y jefes de servicios les achacaban a los migrantes procedentes de los países antes mencionados “producir gastos” y “consumir recursos” que “deberían ser para los locales”. Una parte de esos profesionales proponía generar mecanismos para limitar esa demanda como medida prioritaria para sanear los presupuestos de los hospitales, crónicamente en rojo. Sólo unos pocos ponían en valor la contribución de los migrantes al desarrollo local y no consideraban el país de procedencia de los enfermos como un obstáculo para realizar su tarea².

En otro estudio sobre las implicancias de la Ley 25.871 en las organizaciones públicas de la provincia, Insa y Chiavetta (2015) le dedican un apartado especial al acceso a la salud de la población migrante por advertir que la “discriminación institucional” es moneda corriente en los centros asistenciales. En ese trabajo, basado en entrevistas a referentes institucionales, las investigadoras contrastan el derecho a la salud universal plasmado en la jurisprudencia nacional, con las frecuentes prácticas expulsivas que restringen el acceso a este servicio a las/os migrantes. Los testimonios de los consultados en ese estudio detallan que “son habituales las atenciones retaceadas”, más cuando son onerosas, que “se los atiende pero no se les entrega la medicación” y que “no se les realizan estudios complejos”.

Además, “se trata peyorativamente a las mujeres” –que son quienes concurren mayoritariamente a los centros de atención pública–, por sus dificultades para expresarse. Precisan Insa y Chiavetta que:

“las representaciones discriminatorias que persisten entre algunos de los encargados de brindar este servicio, sumadas a la ignorancia de las implicancias de la Ley 25.871 y al desconocimiento de los propios migrantes sobre sus derechos, llevan a que la información, la calidad y la eficiencia de la atención a las/os migrantes disminuya” (2015, p. 18).

No sólo la ley de migraciones en vigencia suele ser omitida. En no pocas situaciones también se incumple la ley nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en 2009. Esta norma, en su letra, no da lugar a ambigüedades respecto del “trato digno y no discriminatorio”, cualquiera sea la situación y condición social de las personas. Entre los incisos incluidos en el Capítulo I, titulado “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”, la ley dice lo siguiente:

“Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”.

“Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, (...) así como el debido resguardo de la intimidad y la confidencialidad de sus datos sensibles”.

“Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”.

Testimonios semejantes fueron identificados en el trabajo de Jelin, Grimson y Zamberlin (2006) sobre las visiones de agentes de salud de hospitales públicos de Buenos Aires respecto del derecho a la atención médica de los migrantes de los países limítrofes. El “alto costo” de ciertos tratamientos e insumos, la percepción de los extranjeros como usurpadores de los recursos públicos gratuitos que ofrece el Estado argentino y la creencia de que brindarles atención equivale a negar o retrasar la misma prestación a un ciudadano argentino como argumentos para objetar el acceso tienen cabida entre profesionales en Mendoza, donde también algunos médicos transmiten verdadera preocupación por facilitarles la asistencia.

La vulneración del derecho a la atención de los migrantes en los servicios de salud no obedece a una falta de normas. Sugerimos que en ellos opera cierto sentido común más amplio que “designa como “legítimas” a las desigualdades que aparecen como “normales” para los miembros de una sociedad (desigualdades consensuales, en los términos propuestos por Grimson, 2014, p. 37) y omisiones flagrantes de la legislación. Especialmente llamativa, en el caso de la mujer haitiana hospitalizada para tener a su hijo en la maternidad del Hospital Lagomaggiore, fue la manera en que algunas autoridades sanitarias y organizaciones de intereses de profesionales de la salud violaron derechos básicos contemplados en la ley de derechos del paciente en pos de justificar y legitimar la intervención punitiva de las fuerzas de seguridad. No hubo aspecto de las complejas condiciones sanitarias y vitales de la joven migrante que, por respeto a la confidencialidad de la información clínica y el resguardo de su intimidad, dejara de desnudarse ante la prensa y la opinión pública. Muy lejos estuvieron esas declaraciones de la intención de contribuir a desarrollar una cultura de inclusión, solidaridad y diversidad que haga posible disipar miedos y contrarrestar la xenofobia y la discriminación que afecta de manera directa a la salud y la vida de la población migrante (OMS, 2019, p. 14).

La exposición a la que se sometió a la mujer haitiana fue un claro ejemplo de instigación a la discriminación si entendemos a esta como “una conducta, culturalmente fundada y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo, sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales” (Rodríguez Zepeda, 2007, p. 67).

La importancia de la dimensión cuidadora en los servicios de salud

Sugerimos que el modelo asistencial dominante, esto es: la forma como se definen las prioridades asistenciales, cómo se organiza y divide el trabajo profesional y los criterios que guían la actividad de los servicios de salud (Tobar, 2010), subestima las intervenciones que desbordan los procedimientos biomédicos y se desentiende de las condiciones de desigualdad que producen enfermedad y de los sujetos que las padecen, entre ellos los migrantes, y dan así cabida a vulneración de derechos. Como repara el referente de la salud colectiva Emerson Elías Merhy, “el modelo asistencial que hoy opera en nuestros servicios está centralmente organizado a partir de los problemas específicos, dentro de la óptica hegemónica del modelo médico neoliberal que subordina claramente la dimensión cuidadora a un papel irrelevante y complementario” (2006, p. 86- 87).

Así las cosas, el modelo asistencial, atravesado por profundas asimetrías, deviene en una arena que propicia distintas formas de violencia institucional. Las asimetrías, siguiendo a Sonia Fleury (2013), se asientan en diferencias de saberes y sobre todo en sistemas de jerarquías que tienden a ser naturalizadas por gestores, profesionales y usuarios, con lo cual en los servicios de salud se reproducen relaciones de saber/poder que perpetúan formas de discriminación. A juicio de Fleury, la violencia institucional ocurre porque

“la conciencia del derecho a la salud es mitigada por la percepción que los profesionales tienen de su trabajo como una misión benefactora, que envuelve más la noción de compasión que la de derecho (···) y porque la ausencia de canales efectivos de denuncias y de sanciones por malos tratos y discriminación se suma a la actitud predominante de percibir el reclamo como una falta de respeto por parte de los pacientes” (Fleury, 2013, p. 17).

La subordinación de la dimensión cuidadora y la dificultad para tramitar las heterogeneidades culturales que deben procesar las políticas públicas y las organizaciones de salud que aspiran a ser receptivas se agudizan cuando sus destinatarios no necesariamente han sido educados para decodificar mensajes como el sentido de alarma, la prevención o el autocuidado.

El conflicto con la mujer haitiana que reaccionó en defensa de su cría cuando, sin atender a su lenguaje y condiciones de existencia, los equipos técnicos de la maternidad decidieron separarla de su hijo con argumentos que le resultaron inaccesibles, fue una clara expresión del choque cultural. Este error llamativo se saldó parcialmente más tarde simplemente convocando a una médica residente con conocimiento de francés, cercano al *créole* haitiano.

El conflicto también puso en evidencia otra torpeza frecuente en el funcionamiento del Estado, como es la dificultad para articular áreas especializadas en el afrontamiento de problemas complejos. Las

mismas autoridades y profesionales que culpabilizaron a la mujer por “su falta de cuidados durante el embarazo” y por transitarlo en situación de calle, no convocaron al equipo de profesionales, estudiantes y docentes que a partir de un proyecto de extensión universitaria en el que están involucradas las facultades de Medicina y Odontología y atienden a personas y familias, muchas de ellas migrantes recientes, que viven en las calles de la Ciudad de Mendoza y que el propio Ministerio de Salud decidió financiar meses atrás del conflicto señalado.

Corresponde a las distintas áreas del Estado y no sólo al sector Salud trabajar de manera coordinada para garantizar las protecciones básicas que la ley prevé para los migrantes. Este “grupo poblacional diferenciado se caracteriza por una serie de procesos interrelacionados de vulnerabilidad laboral, barreras legales y exclusión social (...) que dificultan la necesaria responsabilidad para la protección de la salud” (Jiménez Martín, 2014, p. 172).

La propia Organización Mundial de la Salud, en un documento de orientación difundido en los últimos meses, reconoce que, por tratarse de una realidad multidimensional, no se puede abordar ni garantizar el derecho de los migrantes a la salud de manera aislada. La tarea requiere de la colaboración multisectorial en los niveles nacionales y locales que, además, se combine con intervenciones regionales o multipaís (OMS, 2019, p. 7). Naciones Unidas subraya además que la problemática en torno al acceso de las personas migrantes a la protección social (y el acceso a la salud como parte de ella) y al trabajo decente no solamente son claves como mecanismos de inclusión social, sino que son parte del compromiso más amplio y global con respecto a la garantía y goce efectivo de los derechos humanos (Maldonado Valera, Martínez Pizarro y Martínez, 2018, p. 97-98).

Si se entiende que las dificultades de la vida cotidiana son los principales determinantes de la salud de las poblaciones migrantes, “que ante la necesidad primordial obtener una ocupación para ganarse el sustento, viven el momento con escasos elementos de planificación futura y anteponen la necesidad de seguir trabajando ante cualquier otra consideración de salud” (Jiménez Martín, 2014, p. 172) cabe que los servicios de salud revisen sus lógicas. Hay que considerar también –y esto ocurrió con la mujer haitiana– que muchos migrantes en situación de irregularidad suelen evadir los mecanismos formales de atención por el miedo a ser deportados, lo cual perjudica su salud. Esta realidad, en vez de generar actitudes punitivas demandaría diseñar estrategias de salud pública específicas que incluyan la activación de las redes y el capital social del que puedan disponer los recién llegados (Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018).

Encuentros y desencuentros en los espacios de salud

Lo antes planteado conduce a revisar también la noción de *accesibilidad* que se maneja desde otro generalizado sentido común en los servicios de salud. Se trata de la noción que reduce la garantía de acceso a la idea de que, si se dispone de una oferta asistencial que es gratuita, esa oferta será efectiva en lo sanitario y receptiva desde el punto de vista cultural en lugar de pensarla como un vínculo, “como una relación entre servicios y sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes y otros, 2007, p. 202).

La inmigrante haitiana, quien pudo dar a luz y recibir, como su hijo, el tratamiento médico acorde a las complicaciones clínicas que padecía en un hospital público, fue de todos modos rechazada en su singularidad y, por lo tanto, violentada.

Algunas versiones periodísticas del conflicto emergente en la maternidad recogieron opiniones de profesionales y autoridades para quienes la mujer no colaboró o “no quiso entender” las prescripciones sanitarias haciéndola de algún modo responsable de no hablar bien castellano³. Dejaron de lado que la atención de salud implica una relación dialógica, que no puede quedar limitada a proveer tratamiento y medicamentos. Porque, para ser verdaderamente accesibles, los servicios de salud deben contemplar las creencias y los valores de sus destinatarios y no estructurarse sólo a partir de la racionalidad médica y administrativa. Y es que, como alertan Landini, González Cowes y D’Amore

“si la estructura misma del sistema y de la atención no es permeable a los marcos

⁹Antes de iniciar los debates de cada grupo focal, se leían las definiciones de los autores.

³Otras reflexiones a propósito de la vulneración de derechos que supuso la exposición mediática de la mujer atendida en la principal maternidad pública fueron expuestas en un comunicado del Colegio de Profesionales de Trabajo social de la Provincia de Mendoza, difundido en noviembre de 2018 y se recuperan en este escrito.

de sentido con los que se manejan los beneficiarios, resultará cuanto menos ingenuo asignar responsabilidades a los usuarios, cuando estos no respondan como se espera a algunas de las propuestas que se les realizan” (2014, p. 240).

Para iluminar la reflexión que se procura hilvanar, problematizando las versiones simplistas de la accesibilidad en salud, resulta esclarecedora la noción propuesta por Norman Long de “interfaz social”. Long (2007, p. 445, en Landini y otros, 2014, p. 237) define a la interfaz social como “un punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, campos sociales o niveles de organización social en donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y poder”. Los servicios de salud pueden pensarse como interfaces en las que de manera continua se encuentran y desencuentran saberes biomédicos con saberes, creencias y experiencias de los usuarios, que devienen en prioridades no necesariamente coincidentes.

Desde la perspectiva que se viene sosteniendo, la accesibilidad sería un vínculo a construir entre los sujetos y los servicios, que para ser utilizados no pueden desatender las creencias de la población que necesita relacionarse con ellos.

Un ejemplo local ilustra que el planteo no es utópico y que los equipos de salud dispuestos pueden gestionar recursos para hacer la atención médica más respetuosa y receptiva. En un estudio sobre memoria reciente de la Universidad de Cuyo (Molina y Fourcade, 2018), académicos de la Facultad de Ciencias Médicas rescataban las enseñanzas ejemplares de trato a los migrantes bolivianos que experimentaron como estudiantes en los comienzos del Hospital Central –centro inaugurado en 1944– con los jefes médicos que fueron sus maestros-profesores. Por entonces, y antes de que mediaran marcos legales claramente protectores de los migrantes y de los pacientes, un par de jefes médicos generó un puente con el Consulado de Bolivia en Mendoza de modo que, cuando se presentaran pacientes de ese país que hablaban quechua, un intérprete facilitaba la relación del equipo de salud con quien demandaba información y asistencia.

Mediaciones como la aludida dan cuenta del valor de la autonomía y la creatividad que los equipos asistenciales comprometidos con la salud integral y la noción ampliada de accesibilidad pueden desplegar en los servicios asistenciales para abordar poblaciones migrantes. En la actualidad, los equipos de salud también pueden acudir al auxilio de las áreas de género y diversidad, formadas para trabajar con esas comunidades, en vez de dejar librado el asunto a la discrecionalidad de profesionales de la salud aislados, quienes tiene que lidiar muchas veces sin recursos –ni materiales ni de formación– y sacar adelante situaciones críticas como la ocurrida en la maternidad de Mendoza. La construcción de respuestas superadoras desafía y pone en cuestión el modelo biomédico y la salud pública tradicional, funcionalista y normativa que se desentiende en “los obstáculos en la reproducción social vivenciados por el sujeto”. Estos obstáculos, como precisan Samaja y Galende (2009, en Casallas Murillo, 2017, p. 401), son centrales en una epistemología (crítica) de la salud como la que sostiene la salud colectiva. Este campo en construcción asume que para transformar las prácticas y las políticas de salud es imprescindible comprender las desigualdades en salud a partir de la lectura de la estructura social y del modo de producción vigente que condiciona las prácticas y las políticas y establece conexiones con las ciencias sociales para materializar la interdisciplinariedad (Casallas Murillo, 2017, p. 399).

Las cuestiones que se vienen planteando deberían ser parte insustituible de los procesos de formación profesional. Los trabajadores de la salud necesitan de las ciencias sociales para intervenir sobre las circunstancias sociales que determinan los problemas de salud de los migrantes y para interpelar los dispositivos de atención homogéneos. De lo contrario, como exponen Insa y Chiavetta (2015, p.13) en uno de los testimonios sobre los modos en que las organizaciones públicas han incorporado los postulados de la Ley 25.871 en Mendoza

“como no existe ninguna instancia como estudiantes donde se hablen de estos temas (...) depende de la voluntad de uno que se los trate a los migrantes con respeto o no”. Y si bien es simplista pensar que “el conocimiento acerca de l@s discriminad@s va a conducir a acabar con la discriminación” (Caggiano, 2013, p. 107).

“puede resultar productiva la capacitación sobre relaciones interculturales (...) orientada por un lado, a poner en entredicho estereotipos, modificar expectativas o reducir la

incomprensión (...) y por el otro a erradicar prácticas básicas de discriminación que lindan con el simple incumplimiento de reglamentaciones” (Caggiano, 2013, p. 111).

Reflexiones finales

La vigencia de un peligroso sentido común que estigmatiza a los migrantes que demandan asistencia pública como mal educados y como ilegítimos apropiadores de recursos para los ciudadanos argentinos encuentra asidero en políticas públicas autoritarias y también en algunos servicios y trabajadores de la salud. La violencia que a veces recae en los equipos asistenciales no va a disiparse levantando más rejas o endureciendo códigos de faltas que ponen en desventaja y/o colocan en posición de potenciales delincuentes a los ya maltratados “pacientes”.

La cantidad de los migrantes internacionales, en proporción con la población global, ha crecido a lo largo del tiempo y ninguna señal hace prever que los movimientos de población no planificados entre países y entre regiones más o menos favorecidas dentro un mismo país vayan a detenerse (OMS, 2019). Las migraciones se seguirán incrementando, afectando la salud de los grupos migrantes, en especial cuando sus nuevas circunstancias laborales no sean acordes con su educación y sus capacidades (Gofin y Gofin, 2012, p. 13). Es prioritario, por lo tanto, implementar estrategias que comprometan a todas las políticas para proteger la vida y la salud de estas poblaciones.

Los servicios de salud, sobre todo los del primer nivel, pueden posibilitar la inclusión brindando asistencia integral, oportuna y de calidad a los migrantes que en su mayoría vienen a provincias en busca de trabajo. Concretamente, se puede demandar a las autoridades sanitarias la incorporación de mediadores culturales en los centros de salud y hospitales regionales, en especial en los territorios donde hay concentración de migrantes de países vecinos; en el caso de Mendoza, bolivianos y peruanos. Esta figura, acordada con las comunidades, puede contribuir, como sugiere Caggiano (2013, p. 112), a “salvar diferencias culturales que resultaran perturbadoras y también colaborar en no sobredimensionar diferencias pequeñas que a veces son convertidas en barreras”. Los mediadores pueden facilitar que en el diseño de materiales de comunicación en salud se contemplen las creencias y lenguajes de distintos segmentos de destinatarios, desterrando estereotipos que refuerzan la exclusión. En la misma línea, sería deseable reforzar los equipos de primer nivel de atención que desarrollan sus tareas cerca de las fincas, ferias y hornos de ladrillos, para que intervengan activamente con una lógica poblacional (y no “a demanda”) en el cuidado de la salud de niñas, niños y de sus padres, trabajadoras y trabajadores migrantes.

No sólo ellos se encontrarán en mejores condiciones de ejercer sus derechos a partir de un mejor hacer de los servicios de salud. Advierte Merhy:

“sabemos, por experiencia como profesionales y como consumidores, que cuanto mayor es la composición de la caja de herramientas (entendidas como el conjunto de saberes de que se dispone para producir actos de salud) utilizadas para la conformación del cuidado por los trabajadores de salud, en equipo o individualmente, mayor será la posibilidad de comprender el problema enfrentado en la salud, y mayor la capacidad de enfrentarlo de modo adecuado, tanto para el usuario del servicio como para la propia composición de los procesos de trabajo” (2006, p. 81).

Estas reflexiones interpelan la tarea en salud. Tarea que no depende sólo de equipamiento, de fármacos ni de capacidades para “aplicar” protocolos inflexibles o disciplinariamente sesgados, cuestiones que exalta el neoliberalismo sanitario, discurso económico y político que en los noventa alimentó el estereotipo del migrante de los países limítrofes como usurpador para “desviar la atención del núcleo que generaba los problemas: el modelo que se expandió de manera particularmente cruenta en ese período” (Castiglione, 2012, p. 26), y que recuperó vigor en los años recientes.

Para contribuir a garantizar derechos, a través de servicios verdaderamente receptivos, los equipos de salud deben prepararse para comprender y tramitar las tensiones que supone articular de manera respetuosa necesidades, expectativas, demandas y respuestas en sociedades cada vez más heterogéneas.

Bibliografía

- Cabieses B., Gálvez P., Ajraz N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. En Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, n°35 (2), pp. 285-91.
- Caggiano, S. (2013). Acechanzas de la discriminación: elementos para la cautela y la intervención. En Voces en el Fénix, n°29, pp. 104-114.
- Casallas Murillo, A.M. (2017). La medicina social. Salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. En Revista Ciencias de la Salud, n°15 (3), pp. 397-408.
- Castiglione, C. (2012). La cabeza de la hidra y el lugar del sujeto migrante en los medios de comunicación. En Voces en el Fénix, n°3 (21), pp. 24- 29.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios (pp. 201-209). Buenos Aires: Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires.
- Fleury, S., Bicudo, V. & Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. En Salud colectiva, n°9 (1), pp. 11-25.
- Gofin J. y Gofin R. (2012). Salud comunitaria global. Principios, métodos y programas en el mundo. España: Elsevier.
- Grimson, A. (2014). El sentido común de la discriminación. En Revista Ensamblés, n°1 (1), pp. 37-56.
- Insa, C. & Chiavetta, V. (2015). Migraciones y prácticas institucionales. Una aproximación a los alcances y desafíos de la ley 25.871 en Mendoza, Argentina. Ponencia presentada en las Jornadas de Sociología de la facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo. Balances y desafíos de una década larga (2001-2015), realizadas en Mendoza los días 27 y 28 de agosto de 2015. Recuperado el 19 de agosto de 2019 de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7302/insaponmesa6.pdf
- Jelin, E., Grimson, A., Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud (pp. 33 a 45). En E. Jelin (dir.). Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires: IDES.
- Jiménez Martín, J.M. (2014). Salud pública en tiempos postmodernos. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Landini, F., González Cowes, V. & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. En Cadernos de Saúde Pública, n°30 (2), pp. 231-244.
- Maldonado Valera C., Martínez Pizarro, J., Martínez, R. (2018). Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. Santiago de Chile: Documentos de proyectos de Naciones Unidas. Recuperado el 14 de octubre de 2019 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44021/1/S1800613_es.pdf
- Merhy, E. E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Molina, C.; Fourcade M. (2018). Del análisis de las políticas de salud en Mendoza a la reconstrucción de las memorias de académicos de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Ponencia presentada en el Taller Trayectorias interiores: memorias e historias intelectuales en Mendoza, realizadas en Mendoza el día 23 de noviembre de 2018.
- Molina, C. (2015) Entre lo político y lo técnico. Los médicos en el proceso de descentralización de los hospitales públicos de Mendoza, Argentina. Tesis de Doctorado (sin publicar).
- ONU: Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de abril de 2019). Documento de orientación sobre migración y salud de la OPS. Recuperado el 6 de septiembre de 2019 de <https://www.refworld.org/es/docid/5d3b4b004.html>
- República Argentina. (2010). Migraciones. Decreto 616/2010. Reglamentación de la Ley de Migraciones N°25.871 y sus modificatorias. Boletín oficial N°31.898 6/5/2010 disponible en: http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/residencias/Decreto_616_2010.pdf
- República Argentina. (2009). Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>
- Rodríguez Zepeda, J. (2007). ¿Qué es la discriminación y cómo combatirla? (pp. 57-96). En M. Carbonell, J. Rodríguez Zepeda, R. García Clarck y R. Gutiérrez López (coord.). Discriminación, igualdad y diferencia política. México D.F.: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Tobar, F. (2010). ¿Qué aprendimos de las reformas en salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.