

**ACCIONES SANITARIAS DIRIGIDAS A LOS MIGRANTES BOLIVIANOS  
RESIDENTES JUJUY DURANTE LOS AÑOS NOVENTA (1)**

*(HEALTH ACTIONS DIRECTED TO BOLIVIANOS MIGRANTS RESIDENTS  
IN JUJUY IN THE NINETIES)*

Gabriela Adriana SALA\*

**RESUMEN**

Se analizan acciones de salud pública destinadas a la población boliviana residente Jujuy. En particular, se describen las comprendidas en el Programa ARBOL II, orientadas a controlar los brotes de cólera de inicios de los noventa. También se abordan declaraciones de políticos sobre el derecho de los extranjeros a recibir atención en los servicios públicos de salud.

El artículo concluye que la especificidad de la condición migratoria no habría fundado prácticas sanitarias focalizadas. También muestra variaciones en la construcción discursiva sobre los migrantes y sus desplazamientos, considerados portadores de peligro sanitario. Asocia estos cambios con la caída del requerimiento de mano de obra agrícola, la reducción de los stocks de migrantes, la urbanización de esta población y la crisis del Estado de Bienestar. Concluye que la postura inicialmente inclusiva, con el desfinanciamiento del sector público y la crisis del sistema de salud en los años noventa, se tornó excluyente y llegó a cuestionar abiertamente el derecho de los extranjeros limítrofes a recibir atención sanitaria gratuita.

**Palabras Clave:** migración limítrofe, salud, enfermedades endémicas, cólera.

**ABSTRACT**

*Some public health actions oriented to Bolivians population living in Jujuy are analyzed. Among them, are mentioned those included in the ARBOL II Program, orientated to controlling the cholera outbreaks, at the beginnings of the nineties. Also, some declarations concerning to the foreigner's right to receive attention in public health services are aboard.*

*The article concludes that the specificity of the migratory condition didn't have founded focused sanitary practices. Also it shows changes in the discursive construction about the presence of border migrants and their displacements, considered as sanitary problems. It linked these changes to the fall of agriculture labour requirement, the migrant stocks reductions, the population urbanization*

---

\* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET) – Instituto de desarrollo económico y social - IDES.

**Correo Electrónico:** gabriela\_adriana67@yahoo.com.ar

*and the welfare estate crisis. It concludes that the inclusive initial position, with the financial loss of public sector and the health system crisis in the nineties, became excluding and quarrel about the right of neighbouring foreigners to receive free health care.*

**Key Words:** border migration, health, endemic diseases, cholera.

## INTRODUCCIÓN

En distintos países fue señalada la existencia de diferencias demográficas y epidemiológicas entre las regiones de origen y destino de migrantes y refugiados. También fueron considerados los efectos de la rápida movilidad de la población y la migración en la reducción de esas diferencias. Así, por ejemplo, Gushulak, 1998, Gushulak y Mac Pherson, (2000) señalan que los países y regiones emisoras presentaban mayor prevalencia de enfermedades extinguidas o con muy baja presencia en las áreas receptoras y mayor incidencia de enfermedades transmisibles entre la población migrante. También consideran el crecimiento de la demanda de acciones sanitarias relacionadas con enfermedades crónicas, asociadas al proceso de envejecimiento de esta población.

En el ámbito internacional fue señalada la carencia de estadísticas y estudios comparativos de la prevalencia de algunas enfermedades entre la población migrante y nativa. En Argentina es reciente la difusión de estudios relacionados con las demandas sanitarias de los migrantes (Karasik, 2000; Ortiz D'arterio y Bolsi, 2001; Comes, 2001; Eiman Grossi y Binsztein, 1999). En la frontera norte de Argentina se ha destacado la mayor prevalencia en la población limítrofe, de tuberculosis, chagas y paludismo (Ripol s/f). El acceso de los migrantes limítrofes residentes en Argentina atrajo la atención de los investigadores en la última década y quedó plasmado en una compilación de Jelin (2006) e investigaciones en curso (Cerrúti, 2009).

La mayor parte del artículo se refiere a la década del noventa, período se caracterizó por el aumento de la presencia de migrantes limítrofes en el Gran Buenos Aires y en Jujuy. En la segunda mitad de esa década, el aumento del desempleo y la extensión de la precariedad laboral, sumados a la falta de adecuación de las leyes migratorias, alimentaron el clima xenofóbico. En el marco de la reducción de responsabilidades del estado y de desfinanciamiento del sistema público de salud proliferaron las voces que abogaban por penalizar la irregularidad migratoria y negar la atención sanitaria a migrantes.

Este artículo se basa en la ponencia "Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina" a su vez basada en un capítulo de la tesis de Maestría en Demografía Social "Características demográficas y ocupacionales de los migrantes limítrofes residentes en la provincia de Jujuy". En esa tesis se procesó información del censo de población y vivienda del año 2001 y de la Encuesta permanente de hogares de la segunda mitad de la década del noventa. Los cuadros y gráficos que retratan el acceso de los migrantes y nativos residentes en Jujuy, clasificados según

ocupación y posesión de obra social plan médico o mutual y pueden consultarse en Sala (2000, 2001, 2002 y 2005) y en la tesis mencionada.

El artículo rescata estudios previos que se refieren a las grandes oleadas migratorias, anteriores a la mecanización de la cosecha de la caña de azúcar, que en Jujuy ocurrió en los años sesenta y setenta. También menciona el viraje de la política migratoria argentina a partir del año 2004, que implicó el reconocimiento expreso de los extranjeros residentes en Argentina a recibir atención sanitaria.

Pese a que la información sobre el perfil demográfico y epidemiológico es fragmentaria, la literatura especializada fundamenta el diseño y ejecución de planes de promoción y atención de salud orientados específicamente a la población migrante, a fin de reducir las barreras que encuentran en el acceso a las acciones, recursos e instituciones sanitarias públicas. Estos obstáculos estuvieron asociados a la localización en áreas rurales y en asentamientos urbanos periféricos, los bajos recursos, los patrones culturales diferentes a los de la población nativa, la ilegalidad que en muchos casos desalienta la búsqueda de asistencia y la movilidad espacial. Sin embargo, estas limitaciones fueron cambiando a lo largo del tiempo, ya que la población limítrofe residente en Argentina es cada vez más urbana, reside en centros con alta oferta sanitaria y en la última década tuvo mayores posibilidades de regularizar su situación migratoria y acceder a los documentos de identidad.

Este trabajo aspira a retratar algunos aspectos de las acciones públicas de salud orientadas a la población boliviana residente en la provincia de Jujuy durante los años noventa. También describe el Programa ARBOL II, orientado a controlar los brotes de cólera de inicios de los noventa y analiza un conjunto de declaraciones sobre el derecho de los extranjeros a recibir atención en los servicios públicos de salud. Concluye que la especificidad de la condición migratoria no parece haber fundado prácticas sanitarias focalizadas y que la presencia de migrantes limítrofes y sus desplazamientos fueron considerados "problemas de salud" durante la década del noventa.

Muestra que en los años previos a la mecanización de la cosecha de la caña y a la modernización agrícola, caracterizados por la mayor magnitud de la presencia limítrofe en la provincia de Jujuy, si bien se atribuyó a los extranjeros el ser portadores de Tuberculosis y Chagas, no llegaron a esgrimirse argumentos que cuestionaran su acceso a los servicios de salud, semejantes a los descritos en la segunda mitad de los años noventa, cuando Jujuy mostraba niveles alarmantes de desocupación y crisis de financiamiento del gasto público.

También pone en evidencia la variación de las apreciaciones de los agentes estatales y legisladores sobre los actores responsables del cuidado y promoción de la salud de la población migrante. A comienzos de siglo, las inspecciones de funcionarios nacionales responsabilizan a los ingenios de condiciones de vida de sus empleados. Con el desarrollo progresivo del Sistema Provincial de Salud, y la Atención Primaria de Salud, el Estado fue asumiendo crecientemente estas funciones hasta a llegar a incorporarlas en gran medida. Hacia finales del siglo XX se problematizó la asistencia gratuita a los extranjeros, con lo que implícitamente se dejó el cuidado de la salud librada a su responsabilidad.

La información epidemiológica de los brotes de cólera de la década del noventa y la presencia de elevados niveles de riesgo de expansión de dengue en las zonas de frontera argentina muestran el retraso socio-sanitario de estas regiones y la necesidad de reactivar acciones sanitarias binacionales. Otras experiencias internacionales muestran que los procesos migratorios tienen impacto en los patrones epidemiológicos y de mortalidad en áreas de origen y destino. Por lo que el establecimiento de medidas de salud orientadas a la población migrante supone un rol central de los Estados Nacionales en el establecimiento de acuerdos entre países y entidades involucradas en la promoción y el cuidado de la salud. En Argentina, este rol protagónico parece improbable, en un contexto en el que el Estado tendió a reducir sus compromisos en materia de gastos sociales, a descentralizar los servicios de salud y reducir el gasto destinado a ese sector. En este país el financiamiento de la estructura sanitaria pública es en buena medida una responsabilidad de los gobiernos provinciales, a los que el gobierno Nacional deriva fondos para programas específicos, como el Programa ARBOL II. La crisis presupuestaria de las administraciones provinciales creó un contexto propicio para la multiplicación de argumentos que proponían reducir el gasto público derivado de la atención a extranjeros.

Las medidas socio- sanitarias en áreas fronterizas no sólo deben orientarse a atender las emergencias sanitarias, sino que es necesaria la implementación de un programa integral de salud, que incluya como objetivos el mejoramiento del acceso de la población migrante a los servicios sanitarios la promoción de la salud reproductiva y la prevención de enfermedades sociales y degenerativas. Este abordaje lleva implícita la ampliación del área de ejecución de las medidas de salud de fronteras, ya que los desplazamientos de la población definen espacios mucho más amplios que las áreas próximas a los límites internacionales.

La provisión estatal de asistencia sanitaria constituye un aspecto de la política migratoria argentina. De ella se infiere la tolerancia relativa de la inmigración hasta mediados de los setenta y durante la segunda mitad de los ochenta y la preocupación por disuadirla desde comienzos de los noventa. La inversión del sentido de la relación del Estado y la clase dirigente de la provincia de Jujuy con los extranjeros limítrofes puede apreciarse en los fuertes cuestionamientos referidos al derecho de esta población a recibir atención gratuita en los servicios públicos de salud. En la década del noventa, pese a que la presencia limítrofe manifestaba indicios notorios de retracción, algunos funcionarios y legisladores de la provincia de Jujuy tendían a sobredimensionarla y a atribuirle responsabilidad en el incremento de la desocupación y del déficit público. Estas percepciones en buena medida se apoyaban en la mayor visibilidad del fenómeno migratorio, derivada de la urbanización y el asentamiento en las localidades más importantes de Jujuy, en un escenario en el que habían desaparecido los requerimientos de trabajadores limítrofes. Desde el año 2004, el Gobierno Nacional reorientó la política migratoria, a partir de leyes que reconocen derechos fundamentales de los migrantes y obligan a prestarles asistencia sanitaria.

---

**ALGUNOS RASGOS DE LA POBLACIÓN LÍMITROFE CENSADA EN JUJUY**

Antiguos y nuevos procesos migratorios dejaron huellas visibles en el tamaño, estructura y distribución de la población limítrofe censada en Jujuy. Las modificaciones más notables son la reducción de los stocks migratorios, el envejecimiento acentuado, debido a la ausencia de renovación de las cohortes por el ingreso de nuevos migrantes, y la feminización, producto de los saldos migratorios positivos femeninos y del envejecimiento y la sobremortalidad masculina.

La mayoría de los migrantes limítrofes censados en Jujuy en el año 2001 había nacido en Bolivia. En 1991 Jujuy era el segundo destino de los migrantes bolivianos residentes en Argentina, luego del Gran Buenos Aires. Entre ellos 13.631 eran varones y 15.104 mujeres. La mayoría de ellos residía en San Salvador de Jujuy, en las localidades próximas de Palpalá y del Departamento El Carmen y en la ciudad de La Quiaca. En los años 2002/3, la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales captó 10.667 nacidos en Bolivia viviendo en el Gran San Salvador de Jujuy. En el año 2011, la Encuesta Permanente de Hogares detectó en el mismo aglomerado 9.377 nacidos en país limítrofe, los que representaban el 1,6% de los varones y 4,3% de las mujeres del total de mujeres residentes. La población limítrofe, además de disminuir, mostraba notorias señales de envejecimiento, porque casi la mitad de los varones y cuatro de cada diez mujeres residentes en el Gran San Salvador de Jujuy tenían 60 y más años. En esta población, en 2011, era muy notoria la ausencia de menores de 15 años. Esto corrobora la escasa o inexistente renovación de los stocks migratorios por el ingreso de migrantes con sus hijos.

Con independencia del origen migratorio, el acceso y las formas de utilización de los servicios de salud esta condicionado por factores de orden global (cantidad, tipo, distancia y costo del acceso a los servicios de salud, etc.) y de tipo individual (estado de salud del individuo, percepción de la enfermedad, ingresos y educación). En la población migrante el acceso y las formas de utilización de los servicios de salud, tal como queda relatado en la experiencia internacional, esta condicionado además por el status legal del migrante y por el tiempo de permanencia en la sociedad receptora. Cabe destacar que en los últimos censos argentinos no fue indagado el status legal. Por otra parte, la pregunta sobre el año de llegada a la Argentina presenta una cantidad tan elevada de respuestas ignoradas, que prácticamente tornan inutilizable la información proveniente de esta variable. Sin embargo, la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales de 2002/3 detectó que en el Gran San Salvador de Jujuy, la mitad de los más de diez mil bolivianos residentes había llegado a la Argentina antes de 1970.

En lo que respecta al status legal del migrante, Karasik y Benencia (1997) han estimado que los extranjeros limítrofes residentes en Jujuy permanecían en promedio entre seis y siete años, antes de iniciar los trámites de regularización migratoria(3). Sin embargo, cabe destacar, que como consecuencia de los

cambios recientes en la política migratoria se acortó notablemente el tiempo de irregularidad migratoria. Hasta mediados de la década pasada, el abordaje del Estado Nacional de la cuestión migratoria cambió radicalmente, pasando a un enfoque centrado en la protección y promoción de los derechos de los migrantes. Con esta orientación el Gobierno Nacional creó instrumentos legales y promovió políticas de estado, entre los que se destacan la ley 25871, promulgada a comienzos del 2004 y el Programa Nacional de Normalización Documentaria migratoria para extranjeros nacidos en países del Mercosur y Estados Asociados (Patria Grande). Desde la puesta en marcha de este programa, hasta fines de noviembre del 2008, 179.439 hombres y mujeres nacidos en Bolivia iniciaron trámites de regularización migratoria en todo el país. Este trámite acortó el plazo de acceso a la residencia precaria y a la obtención del Documento Nacional de identidad de Extranjeros.

La cobertura de salud en Argentina a través de obra social supone la posesión de un empleo formal, el parentesco directo con un beneficiario o la contratación de cobertura médica privada. Además, la cobertura de salud informa sobre las características socioeconómicas de los migrantes, la precariedad de sus ocupaciones y la vulnerabilidad que enfrentan al momento de enfermar. En 1991 y en la segunda mitad de la década del noventa, presentaban mayor nivel de carencia de cobertura de salud quienes se insertaban en el servicio doméstico y la construcción, ramas en las que más de tres cuartos de la población carecía de obra social. La posesión de obra social estaba estrictamente asociada a la inserción laboral precaria. Entre los nacidos en país limítrofe los porcentajes más elevados de ocupados sin cobertura de salud estaban concentrados en las categorías servicio doméstico, trabajador por cuentapropia y trabajador familiar. Esta carencia estaba vinculada fuertemente con el sexo, variable que guardaba estrecha relación con las formas precarias de inserción laboral, predominantes entre las mujeres ocupadas. El bajo porcentaje de ocupados nacidos en país limítrofe con obra social, plan médico o mutual, conduce a analizar las estrategias de Salud Pública orientadas a la población migrante, ya que éste es el ámbito en el que ella satisface en mayor medida sus requerimientos sanitarios.

## **MIGRACIONES ESTACIONALES Y SALUD**

En los ingenios cañeros tempranamente fueron descriptas 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(4).

Ortiz D´arterio y Bolsi (2001) destacan el aislamiento y retraso en la aplicación de medidas de salud en los ingenios jujeños y los atribuyen al menor interés de la clase dominante local, la debilidad gremial, la composición multiétnica de la fuerza de trabajo y el carácter de plantación de enclave.

En un contexto de importante morbi - mortalidad, a comienzos de la década del veinte y mediados del treinta, durante dos epidemias de Viruela, que se consideraban provenientes de Bolivia y cuya propagación era favorecida por el

traslado de zafreros, el Estado Provincial intervino activamente en la vacunación y revacunación en la zona de frontera, y prohibió la circulación en trenes provenientes de la frontera a personas no inmunizadas.

En 1935 las autoridades provinciales asumieron que la vigilancia de la frontera era *casi imposible*, y dado que los pobladores no concurrían a inmunizarse, dispuso que vacunadores visitaran los domicilios (Davalos, s/f). El debate parlamentario que precedió a estas medidas giró en torno a la calidad de las vacunas, sin problematizar a la presencia o los desplazamientos de extranjeros y menos aún la atención de sus requerimientos sanitarios.

Durante los años en que Jujuy recibió importantes contingentes de población boliviana para la zafra, el Sistema Provincial de Salud se involucró en forma limitada en tareas de supervisión de las condiciones sanitarias dentro de los ingenios, y con la llegada del ferrocarril a la ciudad fronteriza de La Quiaca, en acciones de la inmunización, fumigación de vagones, personas y equipaje, y control sanitario en la zona de frontera de los trabajadores temporarios que se dirigían a la cosecha de la caña.

Estas acciones, que en muchos casos respondían al requerimiento de los ingenios, se tradujeron en la reducción del nivel de morbi - mortalidad, pero abordaron al migrante no como un ciudadano con derecho a la salud, sino como a un potencial portador de viruela, chagas, y tuberculosis, al que había que inmunizar y fumigar. Estas prácticas de "salud de fronteras" permanecieron hasta mediados de los 70, época en que cayeron notablemente los requerimientos de cosecheros de caña.

El desarrollo del Estado Benefactor en Argentina, con sus prestaciones sanitarias de carácter universal, y sobre todo la difusión de la Atención Primaria de Salud (APS) entre las poblaciones rurales, sin duda 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.

A fines de la década del '60 se estableció por ley que toda empresa que concentrara población debía prestar asistencia sanitaria, y así es como los ingenios y las empresas mineras construyeron hospitales y afrontaron el pago de salarios de efectores de salud. En los mismos años se formó el Sistema de Atención Primaria de Salud en la provincia de Jujuy, que a partir de medidas preventivas y de asistencia sanitaria de baja complejidad logró, con el correr de los años, mejorar las condiciones sanitarias de la población en general. Sin embargo, la situación sanitaria de la población migrante distaba de ser óptima por las malas condiciones de vida en lotes cañeros y fincas tabacaleras y hortícolas.

Ortiz D'arterio y Bolsi (2000), refiriéndose a la situación a mediados de la década de 1970 de los trabajadores del ingenio Ledesma (el principal ingenio cañero de la provincia de Jujuy) señalan "*la acción sanitaria tenía un alcance y una eficacia relativa, pues los centros médicos - de capacidad reducida y construcción precaria- atendían sólo parcialmente a los bolivianos, ya que sus mujeres, por ejemplo, atendían sus partos en las habitaciones de los galpones, en un ámbito de muy deficientes condiciones higiénicas*". También afirman que el idioma y la cultura conformaban una barrera escasamente franqueable como ocurría 60 o 70 años atrás con los matacos chaqueños.

Desde la perspectiva de algunos agentes de salud, la presencia de población móvil, descrita como “*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 también relatan experiencias aisladas, que dependieron más de decisiones individuales, que buscaron adecuar la atención de salud a los requerimientos y patrones culturales de la población migrante en el marco de la APS. Así por ejemplo, se ensayaron acciones en la zona cañera de educación sanitaria bilingüe orientada a madres bolivianas para la prevención de diarreas infantiles, promoción del amamantamiento y planificación familiar. También se proveyó a las madres migrantes de un carnet de vacunación para controlar la inmunización de los niños y la alimentación complementaria, que recibían los menores de un año de la mayoría de los hogares de bajos ingresos de la provincia, a fin de evitar la superposición de prácticas y duplicación de las entregas de alimentos. También en la primera mitad de los 70 se ensayaron experiencias de fumigación de viviendas en territorio boliviano a fin de prevenir el chagas, experiencia que se retomaría años más tarde, como parte de la política sanitaria en la frontera.

Sin duda, el golpe de Estado de 1976 significó un cambio profundo en las acciones sanitarias desplegadas hasta ese momento, además de sancionar severamente la presencia irregular de extranjeros, disuadiendo aún más la atención sanitaria entre los indocumentados. El retorno de la Democracia, unido al decreto de Amnistía de 1986, pudo haber actuado en sentido contrario, pero las prácticas sanitarias orientadas a migrantes al no estar legisladas pasan a depender de las disposiciones de cada establecimiento y de decisiones privadas.

### **CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y ATENCIÓN A EXTRANJEROS: DE LA INCLUSIÓN A LA EXCLUSIÓN**

Durante la segunda mitad de los 80, y con mayor crudeza durante los 90 fue revisada la forma de intervención del Estado en la prestación de atención sanitaria a la población. La receta neoliberal en materia de gasto social impulsó la descentralización operativa y financiera de los servicios de salud, y la delegación de las responsabilidades del Estado en instituciones públicas, ONGs y ciudadanos. La tendencia del Estado nacional a delegar su papel en las jurisdicciones menores y en las instituciones, ya ensayada durante los gobiernos militares, se reactualizó en argumentos tendientes a inducir a los hospitales públicos a obtener fuentes de financiamiento para solventar sus prestaciones. Paralelamente al proceso de ajuste experimentado por las instituciones de salud pública, se ha incrementado la demanda de atención que ellas reciben, debido a la crisis presupuestaria de las obras sociales y del sistema de previsión social y a la pérdida de cobertura de muchos afiliados y sus familias a raíz de la desocupación o precarización de las condiciones laborales.

En un contexto de ajuste, con un sistema de salud crecientemente empobrecido, fue severamente cuestionado el principio de universalidad y



gratuidad de la atención médica, sobre todo en aquellos casos en los que los beneficiarios no podían acreditar la condición de “ciudadanos plenos” por ser extranjeros.

A fines del siglo XX, si bien hubo un avance en términos de atención pública, la población migrante presentaba mayor vulnerabilidad sanitaria con relación a la población nativa, debido a la baja cobertura de salud de los ocupados, el envejecimiento acentuado y a las numerosas prácticas excluyentes de los servicios de salud, sustentadas en argumentos esgrimidos por políticos, algunos efectores de salud y otros actores sociales, que además de considerar a los extranjeros limítrofes competidores en el mercado de trabajo les atribuyeron responsabilidad en el aumento del gasto en salud.

Así por ejemplo, Eleit *et. al* (1999), señalaban que la búsqueda de atención sanitaria era el principal motivo de ingreso al territorio argentino entre quienes estaban internados en el hospital más importante de la provincia de Jujuy. También destacaban la ausencia de información estadística sobre la atención brindada a los migrantes indocumentados en los años previos a 1998, considerada un impedimento para determinar el impacto sobre el presupuesto de salud. Afirman que en los inicios de 1999 un 60% de las prestaciones en consultorios externos de ese nosocomio estaban dirigidas a inmigrantes limítrofes indocumentados, según información suministrada por la Unidad Estadística de ese establecimiento. También señalaban que la atención de salud dirigida a migrantes insumía el 20,51% del presupuesto para la atención de salud en la Provincia de Jujuy.

Estos porcentajes que sobredimensionan la asistencia a migrantes, y que probablemente no resistan una evaluación más rigurosa, han fundamentado la posición de legisladores provinciales en encuentros nacionales orientados a evaluar la problemática migratoria.

Eleit *et. al* (1999) afirmaban que la atención de salud gratuita prestada por establecimientos públicos debía dirigirse además de la población nativa sólo a aquellos extranjeros radicados, y los extranjeros con permanencia irregular debían ser denunciados por los efectores de salud. Estos argumentos sólo plasman el “clima de la época”, ya que a fines de 1998 se debatió en la legislatura de la Provincia de Jujuy el proyecto de ley para realizar un Censo de extranjeros ilegales a partir del registro obligatorio de extranjeros que recibían prestaciones en servicios públicos. Este censo estaba orientado a determinar el costo de las prestaciones y que se estimaba, comprometían un tercio del gasto público en salud(5).

Con relación a la creciente presencia femenina, también se observa la inadecuación de las prácticas sanitarias públicas, que tienden a obstaculizar la atención y promoción de salud reproductiva entre las mujeres migrantes.

Las estadísticas de atención en el único hospital público de La Quiaca, principal punto limítrofe de la provincia de Jujuy con Bolivia, informaban que en 1995 y 1996 Clínica Médica de mujeres y Ginecología y Obstetricia fueron los servicios de internación que atendieron mayor proporción de migrantes. Sin embargo, la evidencia de la mayor demanda de atención en estos servicios no dio lugar a modalidades de promoción de salud orientadas hacia las mujeres

migrantes, sino que por el contrario, las acciones desplegadas en el Servicio de Obstetricia muestran una fuerte preocupación por limitar los partos de mujeres bolivianas.

En esta institución se observaban tres tipos de prácticas dirigidas a las mujeres bolivianas, que contaban con el acuerdo de las autoridades sanitarias provinciales, y que estaban orientadas a disuadir el parto en el nosocomio: obligatoriedad del pago del arancel por las prestaciones, el pedido del Documento Nacional de Identidad y la exigencia de haber realizado por lo menos cuatro controles prenatales. En este establecimiento los efectores de salud en muchos casos manifestaban resistencia a prestar atención a parturientas bolivianas, porque consideraban que ellas preferían dar a luz en Argentina porque, además de la gratuidad y mejor calidad de la atención del parto, podían obtener la nacionalidad argentina para sus hijos (Karasik, 2000)(6). Estas exigencias, que disminuían 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.

Recientemente, el estudio “Salud Sexual y Reproductiva de poblaciones móviles”, muestra un inicio temprano de las uniones de pareja y de la primera maternidad entre las mujeres bolivianas residentes en Jujuy. Concluye que las migrantes con menor tiempo de residencia tienen mayor cantidad de hijos que aquellas que crecieron en Argentina y que los patrones fecundidad de las últimas tienden a asemejarse a los de las mujeres nativas. También señala que a pesar de la desventajosa situación socioeconómica de la mujer migrante boliviana y el menor número de controles prenatales, sus hijos tienen mejor peso al nacer y con mayor frecuencia llegan a término (En Red de Mujeres Ciudadanas, 2011).

El envejecimiento de la población limítrofe introduce una serie de demandas sanitarias específicas, asociadas a las enfermedades degenerativas crónicas de la vejez. A la pérdida de la autovalencia asociada a la vejez, se añaden factores específicos, como la indocumentación, los ingresos reducidos, las relaciones familiares inestables, que tornaban vulnerables a los adultos mayores nacidos en país limítrofe. Además, debido a la trayectoria laboral en ramas con predominio de formas precarias de inserción, estas personas carecían de cobertura previsional y obra social. También es posible que tuvieran mayor exposición que otros grupos a la enfermedad e invalidez por el intenso uso del cuerpo a lo largo de la historia laboral.

Durante muchos años, pese a la adhesión de la Argentina al Convenio de San José de Costa Rica, que incluye menciones a la atención sanitaria de los migrantes, las prestaciones de salud orientadas a extranjeros no estuvieron legisladas. Esto permitió a los efectores de salud decidir sobre la calidad y oportunidad de la atención a esa población, quienes en algunas ocasiones establecieron medidas *ad-hoc* a fin de limitarla.

A continuación se describen acciones sanitarias de frontera que consideran a las migraciones y los migrantes limítrofes como portadores de problemas sanitarios.

## **EL PROGRAMA ARBOL II – UNA EXPRESIÓN DE LA SALUD DE FRONTERA**

La "salud de frontera" es otra dimensión en la que queda en evidencia la escasa percepción de las autoridades estatales de los requerimientos específicos de la población migrante y de quienes viven y se movilizan en áreas de frontera.

En la frontera argentino - boliviana existen tres pasos legalmente habilitados, Villazón - La Quiaca, (Jujuy) ubicado en la precordillera y los pasos Bermejo-Aguas Blancas y Yacuiba-Salvador Mazza, en el oriente boliviano, en el límite de la provincia de Salta en Argentina.

Desde la década del '60 el gobierno boliviano promovió la colonización de tierras bajas del oriente y en las décadas siguientes se acentuó el asentamiento de importantes contingentes poblacionales en Bermejo y Yacuiba. Durante los años ochenta se produjo una notable aceleración del crecimiento de estas localidades y se recuperó la inmigración de bolivianos a la Argentina. Durante la década del noventa las ciudades fronterizas bolivianas crecieron explosivamente a partir de las actividades comerciales promovidas por la sobrevaluación del peso argentino.

El notable crecimiento de los años ochenta y noventa dinamizó el circuito migratorio de las zonas cálidas de la provincia de Salta y de un modo incipiente en localidades hortícolas del oriente jujeño. Paralelamente decayó la importancia del circuito migratorio "andino" que incluía el tránsito por las tierras altas de Bolivia. El crecimiento notable de las localidades fronterizas bolivianas, cuyo tamaño duplicaban o triplicaban al de sus pares argentinas, no fue acompañado por la mejora en la infraestructura(7). Del lado argentino, las localidades fronterizas de las tierras bajas salteñas están rodeadas por fincas frutihortícolas de tamaño medio, con condiciones habitacionales y sanitarias precarias y que fueron las que registraron los índices más elevados de incidencia de cólera.

A comienzos de la década del noventa, a raíz de las dos epidemias de cólera, se atribuyó a los migrantes bolivianos el ser portadores de esta enfermedad por sus costumbres y condiciones de vida. Estas epidemias dieron lugar a una variedad de acciones preventivas en las provincias afectadas, fundamentalmente Jujuy y Salta. Entre estas iniciativas se destacan las desplegadas a partir del Programa ARBOL II.

Conforme al convenio binacional Argentina - Bolivia, la Dirección de Sanidad de Fronteras de Argentina(8), a través de las Direcciones provinciales de Epidemiología de Jujuy y Salta, ejecutó entre 1992 y el año 2000 el programa ARBOL II. En el marco de este programa en 1992 se formó una Comisión Técnica Permanente Bilateral de Lucha Contra el Cólera en la frontera entre ambos países. Uno de sus objetivos fue llevar a cabo medidas de profilaxis internacionales del Cólera a partir del establecimiento de sistemas de Vigilancia Epidemiológica en cada zona. Otra meta fue la realización de gestiones conjuntas ante agencias internacionales para cooperación técnica y financiera multi o bilateral.

El programa fue muy activo en la ejecución de actividades de capacitación en temas referidos al saneamiento ambiental, manejo de alimentos, técnicas de

control bromatológico, epidemiología, utilización de microscopios y diagnóstico de chagas. A lo largo del período, a través del Programa el gobierno Argentino entregó a Bolivia insumos como sales de rehidratación oral, potabilizadores, etc.

Las acciones básicamente fueron impulsadas por los brotes de cólera y durante los dos primeros años se limitaron a esta problemática. En 1994, además de las acciones vinculadas a la prevención y tratamiento de cólera y la enfermedad diarreica aguda (EDA), el Programa ARBOL II incorporó nuevas acciones vinculadas a la Zoonosis y el Control de Vectores (Paludismo, Chagas, Dengue, Fiebre Amarilla, Rabia) y Tuberculosis. En 1997 y 1998 se agregaron acciones de prevención y tratamiento de la Leishmaniasis y el Hanta Virus.

Desde 1998 hasta el año 2000, se produjo un repliegue de las acciones enmarcadas en este programa, ya que se retornó a las actividades de capacitación y las delegaciones de los dos países acordaron sobre la necesidad de reactivar los proyectos de saneamiento básico en la frontera común. Hacia el año 2000 el objetivo apuntó a la obtención de financiamiento internacional para continuar con las acciones en la zona de frontera. Durante ese año se realizaron actividades de bajo costo, estrictamente sujetas a la disponibilidad de insumos.

En el marco del Programa ARBOL II en 1997 se presentó el proyecto Yuraj, orientado a proveer agua potable a las localidades fronterizas de La Quiaca y Villazón, finalmente no realizado. Se consideró la posibilidad de licitar las grandes obras hidroeléctricas sobre los ríos Bermejo y Grande de Tarija (límites internacionales naturales entre los dos países) para conseguir energía renovable a la zona. Finalmente estos emprendimientos no se concretaron. Las obras de alcantarillado y tratamiento de afluentes cloacales en Yacuiba se concretaron en parte. Los proyectos de construcción de una planta potabilizadora de agua y de una planta de tratamiento de líquidos cloacales para las ciudades de La Quiaca y Villazón no fueron ejecutados.

La inadecuación de propuestas destinadas a resolver emergencias sanitarias, como las planteadas durante los brotes de cólera a partir de megaobras, quedan en evidencia cuando se observa, que mientras en un caso el Proyecto Yuraj no se concretó, en localidades bolivianas situadas en la frontera con la provincia de Salta pudieron desarrollarse obras de saneamiento básico de pequeña escala y bajo costo, basadas en el trabajo comunitario, en el marco del Proyecto de Desarrollo Sustentable en Área de Frontera, dirigido por la ONG - FLACAM

La lectura de los resúmenes de las reuniones internacionales permite detectar una serie de obstáculos, que se tradujeron en el cumplimiento parcial de algunos acuerdos establecidos en las diferentes reuniones del programa ARBOL II.

En primer término, en la documentación oficial, no consta un diagnóstico profundo de los requerimientos sanitarios de las localidades de frontera ni se incluye la dimensión migratoria. Aparentemente, al delinarse este programa, en un contexto de emergencia sanitaria, producto del primer brote de cólera de 1992, no llegó a elaborarse un diagnóstico socio-ambiental, ni fueron revisadas exhaustivamente medidas semejantes de salud de frontera.

En general este programa no consideró a los extranjeros limítrofes con varios años de residencia en el país, ubicados según lo señala en censo de 1991

en departamentos de los valles templados y cálidos de la provincia, a más de 500 Km del límite internacional, ni los patrones de movilidad espacial en áreas alejadas del límite internacional. En Jujuy la mayor incidencia de cólera se registró en el área tabacalera de la provincia, ubicada a 500 km. de la frontera y a 40 km. de la Capital provincial. Esta región, además de la importante presencia de extranjeros residentes, todavía convocaba trabajadores migrantes de diferentes orígenes para la cosecha del tabaco. Sólo después de la explosión de casos de cólera en 1992 esta área fue incluida entre las actividades del programa ARBOL II.

Mientras los funcionarios argentinos vinculados al Programa ARBOL II tuvieron continuidad durante los casi diez años de vigencia del programa, los funcionarios bolivianos tuvieron una importante alternancia que fue observada en los convenios y que según el testimonio de los agentes de salud argentinos dificultó las acciones. También se observó la ausencia de evaluaciones sistemáticas de las acciones llevadas adelante por los efectores de salud bolivianos. La incorporación de productores agrícolas parece haber sido menos intensa, ya que sólo aparecen relatadas experiencias en 1993. Sólo en 1996 se incluyen planteos referidos a migraciones.

El acuerdo y la ejecución de acciones sanitarias fronterizas involucran a un conjunto de actores, entre los cuales los gobiernos centrales y jurisdiccionales de cada uno de los estados tienen gran relevancia. Algunas de las dificultades en la marcha de estos acuerdos posiblemente se relacionaron con las diferentes estructuras de los sistemas de salud de ambos países. En Bolivia las decisiones referidas al sistema de salud probablemente estuvieran más centralizadas que en Argentina, en donde tienen mayor injerencia de las autoridades locales, por lo que se esperaba mayor velocidad en las decisiones en el país vecino y transparencia en la asignación de los fondos. Sin embargo, como contrapartida, durante los años de vigencia del programa, se detectan mayor discontinuidad de los funcionarios, profesionales de salud y otros actores de Bolivia, dificultades en la evaluación de las acciones que debía ejecutar el personal de salud de Bolivia y menor gasto en salud en ese país, y en algunos casos protestas por la ausencia de registro sobre el destino de insumos.

Algunas acciones sanitarias en la frontera argentino - boliviana, llevadas a cabo en el marco del programa ARBOL II, pese a haber significado un importante avance, dan cuenta de las limitaciones de la percepción del Estado sobre las demandas sanitarias específicas de la población migrante y expresan un conocimiento poco preciso de las características del proceso migratorio en Jujuy. Estas acciones procuraron establecer una barrera sanitaria al desplazamiento de vectores y enfermedades y fueron regidas por el concepto de "vigilancia epidemiológica" para prevenir la propagación de enfermedades.

Cuando el Estado Nacional piensa en acciones de salud relacionadas con el fenómeno migratorio, circunscribe sus reflexiones a lo que acontece en las fronteras, teniendo además un concepto de frontera limitado a una franja de menos de 50 km. del límite internacional. Las medidas desplegadas en el Programa ARBOL II, señalan la intención de establecer una faja de seguridad capaz de atenuar las diferencias epidemiológicas entre los países, dejando fuera

la enfermedad, sin llegar a percibir la enorme complejidad de la movilidad espacial de quienes viven en un espacio migratorio, mucho más amplio que los 100 km. determinados por el Programa. En este sentido, las epidemias de cólera de los años noventa fueron pedagógicas al señalar la necesidad de ampliar y dinamizar el área de actuación de la Dirección de Sanidad de Fronteras.

Un estudio posterior, realizado por autoridades del Ministerio de Salud de Argentina, destaca el importante vínculo entre la diseminación del cólera en Argentina y la intensa movilidad espacial en la zona fronteriza y desde esta región al resto del país. Este informe cita un número importante de informes epidemiológicos realizados en las jurisdicciones afectadas que establecen nexos entre las migraciones y la propagación de la enfermedad. De lo que se concluye que existe una compartimentación notable entre las reparticiones del Ministerio de Salud de Argentina a la hora de diagnosticar y ejecutar políticas. *“Salta fue la primera provincia argentina que se enfrentó con el cólera en febrero de 1992. La población aborigen fue la primera y más intensamente afectada, mas que por su condición étnica, por las condiciones de marginalidad en que vivían. El cólera se expandió desde las áreas fronterizas a los conglomerados periurbanos de las ciudades más importantes de la provincia de Salta y Jujuy”* (...) De los 4.834 casos de cólera notificados desde febrero de 1992 a diciembre de 1998, 90% correspondían a las provincias de Salta y Jujuy. En otras 10 provincias que notificaron casos, en el 95% se encontró nexo epidemiológico (familiar, amigos, viajes) con las áreas epidémicas de las provincias del norte” (...) *El nexo epidemiológico con enfermos de cólera en la frontera boliviana parece haber sido una de las causas que iniciaron el brote. En ocho estudios se observó que el mayor riesgo provenía de las poblaciones golondrinas que migraron de una cosecha a otra trasladándose desde la frontera y dando lugar a asentamientos sin infraestructura sanitaria adecuada. En otras provincias, situadas más al sur la aparición de brotes se relacionó con el hecho de ser éstas rutas y nexo por transporte de pasajeros proveniente del Norte* (Eiman Grossi y Binsztein, 1999).

## **EL PROYECTO DE PREVENCIÓN DE ENDEMIAS EN ÁREAS DE FRONTERA**

Los brotes de cólera de comienzos de los noventa dieron lugar a medidas preventivas encaradas por diversos actores. Resulta interesante la indagación de aquellas realizadas por una ONG, inspiradas en supuestos diferentes a los del Programa ARBOL II, que tuvieron lugar entre 1994 y 1995 en la frontera argentino - boliviana, en la provincia de Salta a partir de la iniciativa de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Ambientales y Medio Ambiente (FLACAM), en el marco del Proyecto de Desarrollo Sustentable en Área de Frontera(9).

Este proyecto concebía al cólera como una enfermedad de la trashumancia y al desarrollo no sustentable como la causa profunda de instalación de esta patología como endemia, del recrudecimiento de las enfermedades diarreicas y la aparición o reaparición de diversas enfermedades tropicales, como la malaria, el dengue y el paludismo (Pesci, 1997).

Este proyecto, a diferencia de los diagnósticos del Plan ARBOL II, expresamente considera la importancia de la dinámica migratoria para explicar los cambios sanitarios y los requerimientos de salud de la población de zonas fronterizas. Esto 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 presentaban mayor movilidad de personas.

En el marco de este proyecto Rabey, (1997) y Rabey y Jerez (1999) proponen contemplar a los frecuentes movimientos temporarios de población en las zonas bajas de la frontera argentino- boliviana, como tercer factor explicativo de la rápida expansión del cólera, además de la pobreza y las pautas culturales de las poblaciones aborígenes.

Estos movimientos temporarios expresan una estrategia de vida basada en el aprovechamiento de ofertas productivas y laborales instaladas en hábitats diversificados, a partir de la movilidad periódica de individuos, familias y grupos entre distintos puntos dentro de la zona comprendida entre Tarija y Potosí, en la región andina, y Santa Cruz, en la Sierra Boliviana y provincias argentinas como Jujuy, Salta, Tucumán, Santa Fe y Buenos Aires.

Con relación a las metas relacionadas con la consolidación del sistema transfronterizo de salud, apuntó a incrementar la eficacia en la utilización de recursos sanitarios de las localidades fronterizas de cada país, complementarlos y hacer un adecuado uso en común de las ventajas comparativas de ambos países. Entre ellas Pesci (1997) destaca el mayor equipamiento, organización institucional y capacitación de los recursos humanos de Argentina y el mayor nivel de organización comunitaria, cultura más participativa y sistema legal más actualizado en términos de descentralización de la asignación de recursos y de toma de decisiones a escala local que fomentan la participación popular en Bolivia.

En el marco del Proyecto de Desarrollo Sustentable en Área de Frontera se realizaron acciones de capacitación de agentes sanitarios y agentes locales, equipamiento a Centros de Salud, mejoramiento de la coordinación del trabajo entre diferentes centros sanitarios, mejoramiento de las condiciones higiénicas de alojamiento para trabajadores de las fincas cañeras en Bolivia, construcción de viviendas, alcantarillado y microplantas de tratamiento a partir del esfuerzo comunitario, diseño de una feria municipal y construcción de viviendas y baños en fincas fruti hortícolas a ambos lados de la frontera (Pesci, 1997).

## **CONCLUSIONES**

Este recorrido muestra concluye que la especificidad de la condición migratoria no habría fundado prácticas sanitarias focalizadas. También muestra variaciones en la construcción discursiva sobre los migrantes y sus desplazamientos, considerados portadores de peligro sanitario. Asocia estos cambios a la caída del requerimiento de mano de obra en la agricultura, la reducción de los stocks de migrantes, la urbanización de esta población y la crisis del Estado de Bienestar.

Concluye que la postura inicialmente inclusiva, con el desfinanciamiento del sector público y la crisis del sistema de salud en los años noventa, se tornó excluyente y llegó a cuestionar abiertamente el derecho de los extranjeros limítrofes a recibir atención sanitaria gratuita.

También pone en evidencia que el sistema público de salud, aún en las épocas de mayor prosperidad, y salvo honrosas excepciones, no orientó sus acciones a las particularidades de la población limítrofe. En general los migrantes no fueron definidos como población objetivo a la que debían orientarse las acciones sanitarias. No fueron caracterizados como sujetos, sino como parte de la masa trabajadora residente en campamentos zafreiros, empresas mineras, o asentamientos urbanos de población pobre, que podían ser asistidos a través de las empresas, o a los que debían dirigirse medidas de Atención Primaria de Salud. Fue una inclusión limitada, transitoria y, como lo expresan los argumentos dados por los legisladores durante la década del 90, condicionada a la disponibilidad de recursos públicos.

Paradójicamente, en el relato de efectores de salud en los años '90, las migraciones fueron problematizadas en términos sanitarios a partir de la homologación *extranjero - trabajador golondrina - sucio y pobre - portador de enfermedades*. Se problematizaron los desplazamientos, la pobreza y el bajo nivel educativo y, en algunos casos, las deficientes condiciones de salubridad y vida de los lugares de trabajo. Sin embargo, estas apreciaciones no llegaron a fundar estrategias sanitarias dirigidas a específicamente a la población migrante. En síntesis, la presencia extranjera fue asociada a la movilidad permanente y ésta, 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.

Si bien el acceso diferencial a los servicios y recursos que protegen la salud es una de las múltiples caras de la exclusión y el empobrecimiento, la inequidad de este acceso entre los extranjeros limítrofes en Jujuy, además se asocia a cuestionamientos de la permanencia irregular y del derecho a recibir atención sanitaria.

Las acciones sanitarias orientadas a los extranjeros limítrofes deberían apuntar a promover el acceso a las obras sociales en aquellas ramas de la actividad económica que concentran a esta población. El déficit de cobertura de salud señala que son grupos especialmente vulnerables las mujeres insertas en servicio doméstico, los hombres que trabajan en la construcción y quienes se insertan en el comercio en actividades informales. También es necesario orientar la oferta sanitaria a las características específicas de la población limítrofe: creciente presencia femenina, el notorio envejecimiento de los residentes, la baja cobertura de salud de los ocupados. La feminización de los flujos migratorios hace necesario situar la atención de salud dirigida a la población migrante en la perspectiva de género y en la promoción de los derechos reproductivos. Quizás es en esta dimensión en la que más se avanzó, tanto en lo que respecta al relevamiento de datos, como a las acciones sanitarias focalizadas.



La sanción de la Ley de Migraciones 25871 y la puesta en marcha del Plan Patria Grande significan una enorme contribución en la promoción de las condiciones de vida de los migrantes. En lo que respecta a la atención sanitaria, esta ley impide negar o restringir el acceso al derecho a la salud, a la asistencia social o a la atención sanitaria a todo extranjero, sin importar su situación migratoria.

Por otra parte, en el año 2005 el Gobierno Nacional promovió cambios en la legislación, orientados a mejorar la inclusión de los adultos mayores en el sistema previsional que mejoraron el acceso a la cobertura médica del PAMI y a las asignaciones familiares. Con anterioridad a la promulgación de las leyes de inclusión previsional, los extranjeros que habían alcanzado los setenta años y podían demostrar diez años de residencia en Argentina, podían solicitar la cobertura de PAMI, aún sin contar con beneficios previsionales.

Cabe analizar si el acceso a los beneficios de la moratoria previsional fue diferenciado entre los nativos y extranjeros, porque si bien el Plan de Inclusión previsional tuvo amplio impacto, al suponer la adhesión voluntaria de individuos que reúnen determinados atributos de edad y tiempo de contribuciones, depende de las iniciativas y capacidades individuales de obtener información, realizar trámites, abonar honorarios y costear la moratoria previsional. Puesto que en general la situación de la mayoría de los migrantes limítrofes es desventajosa, es altamente probable que enfrenten limitaciones aún mayores que los nativos al momento de acceder a los beneficios previsionales y a la cobertura médica asociada.

## NOTAS

1) Este artículo se basa en la ponencia “Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina”, presentada en el Encuentro de Estudios Populacionais da ABEP. Ouro Preto, 2002, v.1, p. Agradezco a los evaluadores anónimos de la Revista Cuadernos de la UNJU por sus valiosos comentarios

2) A partir de solicitudes de regularización de la situación migratoria Karasik y Benencia (1997) establecieron que el tiempo transcurrido entre el ingreso al país y la regularización migratoria en promedio oscilaba entre 6 y 7 años, incluyendo a quienes se acogieron a las amnistías periódicas. Señalan que la mayoría de los trámites de regularización migratoria fueron iniciados a partir de tener un pariente directo, previamente regularizado, o nacido en Argentina, siendo mayoritarias las situaciones de regularización por tener un hijo argentino.

3) Según señalan Ortiz D´arterio y Bolsi (2000) a partir de afirmaciones de Niklison (1917) “*luego de semejante viaje, las primeras semanas de residencia en los ingenios son fatales para los pobres maticos...*”. En ese tiempo “... la mortalidad... adquiere proporciones pavorosas”... Las principales enfermedades de los indígenas integraban el grupo de las infecto-contagiosas. Como resultado de ello “*mueren de a montones*”, mientras que la mortalidad infantil “*reviste proporciones dignas de tenerse en cuenta*”.

4) Del articulado de la Ley 5043, que fue finalmente sancionada en 1998 ordenando el Censo, “en todas y cada una de las áreas dependiente del Estado Provincial donde se brinden los servicios de salud, educación, asistencia social, vivienda, justicia y demás servicios públicos básicos (...)”, en base a la cual se podrá solicitar al Poder Ejecutivo Nacional un resarcimiento económico que compense las erogaciones que le ocasiona al presupuesto provincial la prestación a los inmigrantes de los servicios públicos básicos mencionados (Karasik, 2000).

5) Las prestaciones en consultorios externos de Ginecología y Obstetricia representaron un tercio del total de las prestaciones que recibieron los nacidos en Bolivia, 27% en Octubre el mismo año, 23% en mayo de 1996 y 31% en octubre de 1996. Del total de internaciones registradas en las tres primeras fechas mencionadas, entre 7 y 8 de cada 10, correspondieron a Ginecología y Obstetricia y Clínica Médica Mujeres (Karasik, 2000).

6) A principios de los noventa Yacuiba contaba con 47.228 habitantes, mientras que la localidad gemela del lado argentino Salvador Mazza, registraba 11.995. La ciudad boliviana de Bermejo registraba 27.372 y mostró a lo largo de la década un importante crecimiento demográfico y periferización, mientras Aguas Blancas, la localidad gemela en Argentina, apenas superaba los mil habitantes y tendía a perder población. El crecimiento de las localidades bolivianas no fue acompañado por el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, ya que en estos años sólo 45,13 % de las viviendas de Yacuiba y 50,91% de las viviendas de Bermejo tenían agua. En el paso fronterizo en la zona andina, a inicios de los noventa, Villazón tenía 31.737 habitantes, mientras que la ciudad de La Quiaca, en la frontera argentina 13.302. La infraestructura de Villazón tampoco había acompañado el crecimiento de la población, ya que sólo 31,58% de las viviendas poseía agua potable.

7) La Dirección de Sanidad de Fronteras y Terminales de Transporte del Ministerio de Salud de la Nación, en colaboración con autoridades provinciales tiene, entre otras funciones, la de controlar a los vehículos y las personas que atraviesan la frontera, controlar el saneamiento del área de frontera y vacunar contra la fiebre amarilla a los viajeros internacionales. El área de actuación es la Zona Federal de Frontera, es decir, 50 Km. a un lado y otro de la línea de frontera internacional.

8) El **Proyecto de Prevención de Endemias en Área de Frontera**, desarrollado en la provincia de Salta durante 1995, estuvo enmarcado en el **Proyecto de Desarrollo Sustentable en Área de Frontera**, desarrollado por FLACAM, con financiamiento de la Fundación Catalana de Gas y de la Comunidad Económica Europea, con carácter de experiencia piloto en el triángulo Tarija-Villamontes-Pichanal. Las dos primeras localidades pertenecen a Bolivia y la tercera a la provincia de Salta

## BIBLIOGRAFÍA

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. UBA.

CUADERNOS FHyCS-UNJu, Nro. 41:273-292, Año 2012

---

DÁVALOS A. (s/f) La Salud Pública Provincial en las primeras décadas del Siglo XX. Seminario de Historia Argentina y Regional. Instituto de Enseñanza Superior Eugenio Tello. Dirección Nacional de Migraciones (2011) [http://www.migraciones.gov.ar/pdf\\_varios/estadisticas/Patria\\_Grande.pdf](http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/estadisticas/Patria_Grande.pdf)

EIMAN GROSSI M y BINSZTEIN M. (1999) Cólera en Argentina - 1992 a 1998. Conferencia Nacional de Epidemiología – Madrid. España

ELEIT. E et al. (1999) Migración Ilegal en Jujuy. Universidad Nacional de Jujuy

GUSHULAK & MacPHERSON (2000) Population Mobility and Infectious Diseases: The Diminishing Impact of Classical Infectious Diseases and New Approaches for the 21st Century. Charles D. Ericsson and Robert Steffen, Section Editors

GUSHULAK B (1998) Vaccination Policies and Movement of People within and through European Borders. Presented at the First Euro ELSAV Workshop Rome, July 3-4.

JELIN E. (dir.) (2006) Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural. IDES. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://cddhh.ides.org.ar/files/2012/05/Jelin-Salud-y-migraci%C3%B3n-regional.pdf>

KARASIK (2000) Hombres de trabajo y mujeres peligrosas. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales. FHYCS-UNJU.

KARASIK y BENENCIA (1998) Apuntes sobre la migración fronteriza. Trabajadores bolivianos en Jujuy. En Estudios Migratorios Latinoamericanos. Año 13/14 N° 40-41, 1998 -1999

ORTIZ de D'ARTERIO y BOLSI (2000) Caña De Azúcar y Mortalidad Infantil. Los Casos del Noroeste Argentino en el Siglo XX. Ponencia presentada las XVII Jornadas de Historia Económica. Asociación Argentina de Historia Económica.

PESCI R. (1997) Marco Conceptual de Formulación del Proyecto. Especial dedicado al Proyecto de Prevención de Endemias en Áreas de Frontera. Publicación trimestral de la Fundación CEPA.

RABEY M. (1997) Cólera: Una epidemia de la tranhumancia. En Documentos Ambiente N° 6. Año III. Número Especial dedicado al Proyecto de Prevención de Endemias en Áreas de Frontera. Publicación trimestral de la Fundación CEPA.

RABEY M. y JEREZ O. (1999) La frontera en los tiempos del cólera. Una etnografía de las tranhumancias internacionales. Cuadernos N° 18. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Contemporáneo.

Red de Mujeres ciudadanas (2011) Bolivia: Casi el 36% de madres bolivianas inmigrantes en Jujuy son adolescentes. Disponible desde el 02 de Diciembre de 2011 en [http://www.generoencooperacion.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1135:bolivia-casi-el-36-de-madres-bolivianas-inmigrantes-en-jujuy-son-adolescentes&catid=29:generales&Itemid=14](http://www.generoencooperacion.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1135:bolivia-casi-el-36-de-madres-bolivianas-inmigrantes-en-jujuy-son-adolescentes&catid=29:generales&Itemid=14)

RIPOLL C. (s/f) Tareas cooperativas de control de Chagas con la República de Bolivia. Dirección Provincial de Epidemiología de la Provincia de Jujuy. Mimeo

SALA G. (2005) Extranjeros limítrofes en San Salvador de Jujuy - Palpalá en la segunda mitad de los noventa". En Otero, Hernán (responsable) "VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Universidad Nacional de Tucumán. Tafi del Valle, provincia de Tucumán, 2003. Volumen 1. ISBN: 987-20091-3-9. Asociación de Estudios de población - AEPA, Buenos Aires, Septiembre de 2005

SALA, G. (2000) Mano de obra boliviana en el Tabaco y la caña en Jujuy. En Estudios Migratorios Latinoamericanos. Año 15 N° 45.

SALA, G. (2001) Migraciones y Mercados de Trabajo Departamentales. En "Jujuy en Tiempos de Convertibilidad. Empleo, Pobreza y Migraciones en los Noventa". Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Jujuy

SALA. G (2002) Características demográficas y ocupacionales de los migrantes limítrofes residentes en la provincia de Jujuy. Tesis de Maestría en Demografía Social, inscripta el 26 de marzo de 2002 en la Universidad Nacional de Lujan - Argentina.

SALA. G (2002) Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina Anais do XIII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP. Ouro Preto, 2002, v.1, p.. Disponible [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_MIG\\_PO49\\_Sala\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_MIG_PO49_Sala_texto.pdf)