

Migraciones: la relación entre ciudadanía, dimensiones identitarias, y el acceso al derecho a la salud, en torno a la migración limítrofe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ana Paula Herrera Viana.

Cita:

Ana Paula Herrera Viana (2011). *Migraciones: la relación entre ciudadanía, dimensiones identitarias, y el acceso al derecho a la salud, en torno a la migración limítrofe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/845>

“Migraciones: la relación entre ciudadanía, dimensiones identitarias, y el acceso al derecho a la salud, en torno a la migración limítrofe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”¹

Autor: Ana Paula Herrera Viana

UBA

apaulahv@hotmail.com

Resumen

Las migraciones cobran un papel clave en los cambios que experimentan las sociedades contemporáneas. Modifican tanto a las sociedades de origen como a las receptoras, y producen efectos en los aspectos económicos, en las relaciones sociales, la cultura, la toma de decisiones de la política nacional, y las relaciones internacionales. Los flujos migratorios no tienen una sola explicación, sino que son múltiples los motivos que llevan a las personas a emigrar, tampoco se suceden hacia una misma zona geográfica, circulan alrededor del mundo al igual que los capitales, los productos, las ideas. Todos estos procesos pueden ir acompañados de controles más rigurosos de la inmigración, y muestras claras de xenofobia. Los estados hoy tienen un desafío que se les presenta y deben enfrentarlo.

La presente ponencia intentará analizar la relación entre ciudadanía, dimensiones identitarias, y el acceso al derecho a la salud en torno a la migración limítrofe, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se intentará reconocer las tensiones que se presentan en esta relación, concentrándose en los organismos gubernamentales y no gubernamentales que contienen a la cuestión migratoria como una de sus preocupaciones.

Palabras claves: políticas migratorias, sistema de salud, subsector público de salud, migrantes bolivianos.

¹ Proyecto de tesis en curso desarrollado en el marco de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales de FLACSO-Argentina.

I. INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas asistimos a procesos migratorios que afectan y moldean la conformación de las sociedades al interior de los territorios nacionales, y que representan un desafío urgente y obligatorio para los gobiernos y los diferentes organismos que trabajan sobre el tema. Estos procesos no son exclusivos de un territorio, de algunos determinados estados, o de un solo carácter: tienen direcciones que recorren todo el mundo, pueden ser migraciones económicas o políticas, y afectan a países “ricos y pobres” de todos los continentes.

En el caso de Argentina, se produjeron dos grandes oleadas inmigratorias de carácter económico: una a finales del siglo XIX proveniente de Europa y que continuó en los comienzos del siglo XX; y otra de menores dimensiones, a partir de la década del 80, acentuándose durante la convertibilidad cambiaria, proveniente de los países limítrofes, especialmente Bolivia y Paraguay. Todos estos procesos migratorios, y en especial aquellos de carácter económico debido a la cuantía de los inmigrantes, produjeron grandes cambios en la sociedad argentina, no sólo respecto a su composición sino también con respecto a sus prácticas.

Uno de los sistemas para los que la inmigración ha significado un importante reto es el sistema de salud, especialmente el denominado subsector público. En esta ponencia se intentará analizar la relación existente entre el subsector público de salud y la inmigración limítrofe. Para este fin, nos centraremos geográficamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y abordaremos la temática refiriéndonos a los migrantes de origen boliviano. Si bien lo anterior representa el objetivo principal de la presente, también se intentará indagar la tensión de esta relación, y sus repercusiones en los organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan sobre la materia.

La intención en esta primera etapa es generar un campo de interés y discusión sobre la temática, dado que la presente representa un trabajo preliminar que intentará explorar esta problemática a partir de la información recogida hasta el momento.

Como primera medida y a los fines expositivos, se va a desarrollar una breve descripción de los procesos migratorios que se sucedieron en nuestro país, y de los procesos más destacados de la historia de la sanidad en Argentina. Para esto se dividirá el recorrido en cuatro periodos históricos, a fin de simplificar la comparación y poder realizar un recorrido en conjunto de los dos procesos, rastreando la relación establecida entre ellos en diferentes momentos.

Finalmente se van a exponer una pequeña reflexión sobre los distintos tipos de políticas sociales que pueden presentarse, y que se pueden aplicar. respecto del pleno acceso al derecho a la salud por parte de los migrantes de origen

boliviano en el subsector público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

II. UN RECORRIDO POR LA HISTORIA: EL ORIGEN 1880- 1930

En el primer período, el Estado argentino va a adoptar posiciones opuestas respecto de los dos procesos. En relación a las migraciones, el Estado va a ser un actor principal, mientras que en el campo de la salud, su intervención va ser mínima.

Antes de ingresar al siglo XX el proyecto inmigratorio en el país tuvo fuerte impulso por parte de la elite política. Se consideraba que la mejor manera de traer al país la civilización era trayendo "...pedazos vivos de ellos en las costumbres de sus habitantes y radicarlos aquí" tal como expresaba Alberdi. La Constitución de 1853 pronunciaba claramente este sentimiento desde su preámbulo, garantizándole a "todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino" los derechos fundamentales. Lo que se buscaba con la inmigración era contrarrestar el atraso y las prácticas instaladas de la época colonial. La inmigración traería los "moldes" de la vida europea y con ella el buen gusto, los buenos modales, la laboriosidad, las buenas costumbres y todos los factores de producción, excepto la tierra, que en el país según estos pensadores se encontraba completamente despoblada. La civilización que acabaría con nuestra barbarie. El modelo europeo trasladaría consigo el progreso tan vituperado por los ideales de la época, además de que nos abriría las puertas al mundo. La idea que movilizaba la inmigración era sostenida con firmeza por las *elites* dominantes, que no solo veían en ella un avance moral, sino que vislumbraban un importante avance económico de la mano de los inmigrantes. Para nuestros intelectuales, fuertemente empapados por las ideas liberales provenientes de occidente, era necesario, en palabras de Halperín Donghi, construir "Una nación para el desierto argentino".

Las condiciones para recibir el "aporte directo" de la modernización ya estaban dadas. En muchos de los artículos de la Carta Magna se confirmaba la igualdad que se buscaba entre ciudadano y extranjero. Después de dos años de estar radicados en el país, los inmigrantes podían escoger la ciudadanía, aunque no estaban obligados a hacerlo. Una vez naturalizados durante diez años quedaban exentos del servicio militar. También se conformó la ley de inmigración y colonización de 1876, que con poca claridad intentaba explicar quienes eran considerados inmigrantes, y por esto favorecidos por los beneficios que le otorgaba el Estado argentino. Entre sus artículos se puede entender que las características para ser inmigrante coincidían con: ser europeo, sano y en edad laboral, con ciertos conocimientos en el labrado de la tierra, o con algún otro tipo de habilidades manuales, a pesar de que no eran descartados los conocimientos intelectuales.

Comienzan a instalarse en el país personas de diferentes países europeos, mayoritariamente españoles e italianos. Las causas que los traían a estas tierras eran variadas, estaban las guerras, las crisis políticas, los bajos salarios y el desempleo. La mayor parte de los recién llegados no se asemejaban al ideal civilizatorio, y tampoco provenían de las zonas geográficas planificadas. Sarmiento va a ser uno de los más fervientes adherentes a la inmigración en sus principios, así también como uno de sus críticos luego de 1880, porque consideraba que los inmigrantes poseían tanto derechos como deberes, y uno de éstos era el de nacionalizarse, proceso por el cual gran parte de los inmigrantes se negaban a pasar. En el censo de 1914 el 30% del total de la población era inmigrante, lo que muestra que ya dentro del nuevo siglo, la inmigración deja de ser un proyecto para pasar a ser una realidad. Aquí es cuando comienza a visualizarse como verdadero peligro.

A pesar de todos los esfuerzos que se realizaron el proyecto inmigratorio no se aplicó tal como estaba planeado. La gran mayoría de los que arribaron a estas costas no traía consigo el progreso esperado, todo lo contrario, incorporaron nuevos atrasos a los que ya se encontraban y eran más las similitudes religiosas, culturales que las diferencias lo que los unía a los pobladores de estas tierras. Todo esto sumado a nuevas ideologías que venían con ellos. Es así que junto a la inmigración arribaron nuevos conflictos.

La mayor parte de los recién llegados se concentró en los centros urbanos, que a la vez fueron los lugares en donde se presentó la mayor conflictividad social de la época. Por entonces, la inmigración comenzó a participar activamente en la vida política del país, a través de los sindicatos, mutuales, cooperativas, asociaciones civiles, etc., en muchas oportunidades sin renunciar a su nacionalidad. El movimiento obrero de orientación anarquista empezó a crecer a medida que la inmigración se instalaba en el país, con lo cual cada vez se asociaba más y más a los extranjeros con el anarquismo, el socialismo, y todas las ideas relacionadas con el activismo desarrollado en especial dentro de las fábricas (Martínez Mazzola, 2003) Las reivindicaciones se referían a las condiciones de trabajo, en especial a la jornada laboral y al trabajo de mujeres y niños.

Los reclamos iban más allá de las reivindicaciones laborales y se extendían a las condiciones habitacionales, tanto en los conocidos conventillos concentrados en barrios de Buenos Aires, como en las zonas rurales, y el acceso a los servicios básicos, como la educación. El delito aumentó notoriamente en esta misma década, con lo que la teoría criminológica no tardó en relacionar los conflictos obreros, y en especial el anarquismo, con el agravamiento de la criminalidad.

Predominaba la idea de que había entrado una peste al país que había que extinguir de una u otra manera, para evitar su diseminación, y no permitir bajo ningún punto de vista que surja un nuevo brote. Esta es la primera muestra de cierre de las fronteras, en donde queda excluido el extranjero.

Claramente puede observarse que en cada etapa de la construcción del Estado nación, se identifican los corrimientos de frontera que la ciudadanía realiza. En un primer momento existe una apertura que invita a la inclusión del extranjero, pero luego la situación se modifica y se produce su exclusión, la frontera

determina un adentro al que el extranjero no pertenece. Todo este proceso va a estar sustentado por una antinomia, que en un principio fue “civilización-barbarie”, y que con el correr del tiempo va a ir modificándose, para repetirse en diferentes circunstancias del país, como veremos más adelante.

Mientras tanto para el Estado liberal tradicional, la salud era considerada un problema privado, no público. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades².

La medicina entonces era privada destinada a aquellos que la pudieran afrontar económicamente, y estaba personificada en la figura del médico como profesional liberal. La relación médico-paciente se caracterizaba por su carácter asimétrico.

En 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene. Si bien se puede entender esta acción como una iniciativa de política sanitaria por parte del Estado, la misma solo se restringía al control y a las funciones educativas.

En esta época compartían la atención de los sectores que no contaban con los recursos suficientes la Sociedad de Beneficencia, las Mutuales o Asociaciones de Socorros Mutuos y las Asociaciones de Profesionales. Los dos últimos se encontraban ligados a condiciones inmigratorias o a la participación en el mercado de trabajo, pero las asociaciones de profesionales a diferencia de las mutuales contaban con un importante aporte del Estado Nacional además del de sus beneficiarios.

Estas formas organizativas colectivas fomentaban la solidaridad mutua entre sus miembros, mientras ofrecían contención afectiva y económica en momentos de contingencia.

Estas expresiones de solidaridad de grupos sociales afines, como lo define Tobar, se extendieron en todo el país y alcanzaron altos niveles de organización, creándose en 1920 la Federación Mutualista. Pero fueron muchos los obstáculos que debieron sortear, especialmente los relacionados a las dificultades económicas.

Con el transcurso de los años la demanda de atención en el sistema público de salud aumenta de manera considerable. De acuerdo a Belmartino, a partir de la década del 30 comienzan a darse consensos en torno a la necesidad de intervención del estado en el campo de la salud, además de que comienza a ser una cuestión socialmente problematizada.

III. UN RECORRIDO POR LA HISTORIA: EL “ALUVIÓN” 1930-1955

² Ver Tobar, F. (2008). Breve Historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.

En este contexto es que se inicia el segundo período, el cual se asemeja a un Estado de Bienestar con algunas diferencias que han llevado a denominarlo como *Estado de Compromiso*³. Como característica especial para nuestro análisis, es la incorporación en la agenda política de la temática sanitaria.

Pero en lo que respecta a la política migratoria, los resabios de la crisis económica mundial de los años 30, hicieron que ésta nuevamente se recostara en la vía administrativa y la utilización de los obstáculos burocráticos para desalentar la migración (Devoto, 2004). Más allá de las medidas adoptadas, los flujos migratorios descendieron notablemente, y los diferentes grupos de inmigrantes que se encontraban en el país dieron inicio a procesos de organización y acomodamiento.

Pero dos nuevos actores comienzan a tomar notoriedad en el país, los denominados “refugiados” y los migrantes de países limítrofes. Tanto uno como el otro no generaban demasiadas simpatías entre las elites argentinas.

La imagen del refugiado creaba nuevas controversias en las discusiones sobre migración. El conflicto político-ideológico, se intentó solucionar a través de la definición del refugiado, como un no migrante, dado que la salida del país de origen no tenía carácter voluntario, sino que ciertas condiciones lo habían obligado a tomar esa decisión.

Como medidas limitantes al ingreso de migrantes de países limítrofes, se multiplicaron los centros de control aduaneros a lo largo de las diferentes fronteras terrestres del país, además de que se crearon acuerdos multilaterales con Brasil, Paraguay, Bolivia y Uruguay. La intención de estos últimos fue la de tutelar la emigración.

En lo denominado el primer peronismo, puede decirse siguiendo a Devoto, que la inmigración ocupaba un lugar poco privilegiado en la agenda política del país. El proceso inmigratorio se había convertido en un hecho común que aportaba ciertos beneficios, como por ejemplo ser un buen indicador de la situación del país. Pero como en épocas anteriores, la idea del migrante deseable, que aportara al desarrollo de la política industrial-militar que se venía instalando, se encontraba presente. Eran múltiples las entidades que tenían injerencia en la temática migratoria, generando dificultades a la hora de indicar una única línea de acción desde el gobierno.

Para finalizar, se puede decir acudiendo a Eduardo Míguez, que este periodo menos preocupado por las nuevas oleadas inmigratorias, con una base demográfica más amplia, hizo que el flujo migratorio tuviese un impacto menos disruptivo.

En este periodo se reconfigura una nueva estrategia asistencial, y se evidencia el reconocimiento de la salud pública, creándose en 1943 la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que unos años después adquirió la categoría de Ministerio. La lógica que se desarrollará irá en dos direcciones: la

³ BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos. *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires. O PS. N° 40. 1994.

del Estado como garante del derecho a la salud, y la de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, como origen del futuro sistema de obras sociales.

El proyecto estatal contenía la expansión de la salud pública, y para esto se conformó el sector, ampliando y fortaleciendo el sistema hospitalario nacional. De esta manera la población contaba con una variada oferta de servicios de salud pública, universal y gratuita. Los agentes sanitarios se multiplicaron y se obtuvieron niveles de atención nunca antes alcanzados, al tiempo de que se consiguieron erradicar enfermedades, como el paludismo. La financiación y sostenibilidad de este sistema se consiguió a través de la sanción de diferentes leyes, dentro del Primer Plan Quinquenal. Un personaje fundamental de estas transformaciones fue el Dr. Ramón Carrillo, responsable del sector sanitario durante nueve años.

Pero hablamos de dos lógicas, la segunda de ellas, formaba parte de los derechos que le eran adjudicados a la figura del “trabajador”, y como la organización de la atención de la salud de los trabajadores fue transferida a manos de los sindicatos. De esta forma la salud no quedaba en manos de la buena predisposición de los empleadores, sino que su estructuración dependía de los trabajadores formales.

Por impulso del Estado se configuró y extendió el modelo de seguro social. Es de esta forma que podemos rastrear en este período los inicios del fragmentado sistema de salud actual, donde las tareas del Estado se dividen en proveer servicios de salud a través del sector público sanitario, a la vez de regular y fiscalizar los recursos y las tecnologías. Puede decirse que estas tareas fueron llevadas a cabo bajo cierta discrecionalidad e improvisación, abandonando la idea de un sistema de salud unificado bajo conducción estatal.

IV. UN RECORRIDO POR LA HISTORIA: RECONFIGURACIONES 1955-1976

Con el golpe militar de septiembre de 1955 y la caída del peronismo entramos en el tercer período, en donde los actores que participan del sistema de salud intentarán recomponer sus posiciones de poder en el nuevo escenario político. El Estado configurará sus acciones en torno a la necesidad de generar acciones que impulsen la eficiencia y modernidad. La iniciativa privada se estimulará desde el programa de gobierno, beneficiando a la corporación médica, y reduciéndose la participación del Estado en la seguridad social. Asimismo, se instalará una política de transferencia que terminará reubicando la administración de más de cien hospitales nacionales en la esfera de los estados provinciales⁴.

Las dos corporaciones más importantes que intervienen en el sistema de salud-organizaciones profesionales médicas y sindicatos-, mantendrán su rivalidad respecto a la conformación y control del sistema de atención médica financiado

⁴ Ley de Descentralización Hospitalaria N° 19032/1971.

por las obras sociales. Con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, se abrirán espacios de diálogo entre los dos sectores, que autores como Belmartino han caracterizado como pacto *corporativo*. De esta manera comienza una etapa de acuerdos, olvidando los conflictos y reconociendo que lo verdaderamente importante para la defensa de sus intereses es la afirmación de la seguridad social médica en las condiciones de fragmentación cristalizadas por la ley 18610/1970⁵. La Ley de Afiliación Obligatoria, obligaba a cada trabajador a afiliarse a la obra social correspondiente a su rama de actividad. Esto terminó generando trabajadores cautivos de la obra social correspondiente a su gremio, y obras sociales que se sostenían gracias al financiamiento que provenía exclusivamente de aportes y contribuciones sobre el salario de cada gremio, es decir dependientes del salario medio del gremio. Esto representó desigualdades entre la cobertura que ofrecía una y otra obra social, dependiendo de la rama de actividad en que se desempeñe el trabajador. Asimismo, se produjo un fuerte crecimiento del subsector privado, mientras que el público quedó reservado para las personas más carenciadas, desprovistas de cobertura social.

Las políticas migratorias de este periodo mantienen la matriz utilitaria que se venía desarrollando, pero intercambian la relación migrante-actividad agropecuaria, por la concepción del migrante como instrumento para satisfacer las necesidades de la mano de obra industrial. Con esta nueva concepción, los diferentes gobiernos del periodo, adoptaron políticas de diferente orientación respecto de la inmigración. A fin de recapitular las mismas, o por lo menos las más significativas, es necesario comenzar en 1958 en la presidencia del Dr. Frondizi, con la derogación de la Ley de Residencia N° 4144 del 22 de noviembre de 1902, y la creación de la Comisión Asesora sobre Migraciones⁶. Pero durante el gobierno de facto de Guido se vuelve a tomar una medida restrictiva para la admisión, permanencia y expulsión de extranjeros, ampliando las facultades de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM).⁷

En 1965 durante el gobierno de Illia, con el Decreto 4418 la DNM comenzará a hacerse cargo de la elección y la guía de las corrientes migratorias hacia zonas destinadas a la colonización. Este Decreto establecerá categorías de admisión, que van a ser adoptadas en cada una de las medidas posteriores: *“los extranjeros podrán ser admitidos en el país según las siguientes categorías: a) con residencia permanente b) con residencia no permanente.”* La categorización para los inmigrantes va a ser: espontáneos, llamados y asistidos. El presidente Illia también dicta dos decretos de amnistía que buscan regularizar la situación legal de los inmigrantes, especialmente de los limítrofes que habían sido los más afectados por las políticas anteriores.

En el gobierno de Onganía se firma la Ley 17.294⁸ en 1967, entendiendo que se carecía de normativa al respecto, y que finalmente los inmigrantes *ilegales*

⁵ Ver: BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos (1994) El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires.

⁶ Decreto 10790/58

⁷ Dec-ley 4805/63.

⁸ Esta Ley se tituló “Inmigración clandestina; prohibición de emplear o dar alojamiento en hoteles, etc.a quienes no acrediten su residencia legal”

contaban con los mismos derechos, libertades y garantías que los habitantes de derecho. A la DNM se le reserva poder de policía.

V. UN RECORRIDO POR LA HISTORIA: RETROCESOS Y AVANCES 1976-ACTUALIDAD

El cuarto periodo se encuentra marcado por la adopción de políticas de corte neoliberal por parte de la dictadura, generando la reducción de la intervención estatal, la desindustrialización, la liberación de la economía y una apertura hacia el mercado internacional. Estas medidas fueron acompañadas por un disciplinamiento social basado en la persecución y la represión.

Este nuevo rumbo adoptado por el gobierno de facto en el sector de la salud no hizo más que favorecer la expansión del capital privado por un lado y deteriorar las entidades sindicales por el otro. Este hecho quedó evidenciado en el intento de reforma del sistema, a través de la Ley N° 22269, que se basaba en la libre elección de entidades de la atención médica por parte de los afiliados, independientemente de su rama de actividad. Esta ley nunca consiguió aplicarse.

Asimismo se profundiza la descentralización de los hospitales, y se consigue delegar la responsabilidad de la salud de la población a los niveles provinciales y municipales, inclusive al hospital público se le otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales⁹.

En esta primera etapa del cuarto periodo, podemos decir - siguiendo a Novick – que la legislación en materia poblacional por primera vez ha sido abordada de manera global. En 1977 a través del decreto que fija la línea de las políticas poblacionales, se sustenta la idea de incrementar y conducir el flujo inmigratorio con carácter selectivo, con el objetivo de asegurar condiciones sanitarias y culturales que aseguren la integración en el país.

Respecto a la política migratoria, en 1981 se produce un abrupto cambio hacia una tendencia que se venía imponiendo en el país. La Ley 22.439 se elabora pensando en la necesidad de tener un único texto que contenga todos los aspectos del fenómeno migratorio.

En 1984, ya en gobierno democrático, el Dr. Raúl Alfonsín dicta un decreto que dispone una amnistía con la intención de obtener la radicación definitiva para todos aquellos extranjeros que acreditaran residencia con anterioridad al 30 de noviembre de 1983. Pero en 1985 la Dirección General de Migraciones por medio de una Resolución determina una política inmigratoria restrictiva, a causa de la

⁹ Ver Tobar, F. (2008). Breve Historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.

crisis económica en el país. En 1987 se reglamenta la Ley General de Inmigraciones y Fomento de la Inmigración dictada por el gobierno de facto en 1981. Durante este período no se incorporó como proyecto político a la población¹⁰.

En 1992, ya en el gobierno de Menem, se dicta un decreto para extremar los controles para el otorgamiento de las radicaciones, basándose en las nuevas modalidades de la delincuencia internacional. Se incorpora un nuevo artículo al Reglamento de Migraciones, que menciona la necesidad de un certificado de antecedentes internacionales policiales y judiciales de todo aquel que solicite la radicación definitiva. Simultáneamente se declara una amnistía a los ciudadanos nativos de países limítrofes que ingresaron al país hasta el 31/12/1991¹¹. Una medida de suma importancia es la derogación del decreto de la dictadura militar en el que se establecían Objetivos y Políticas Nacionales de Población, única norma existente en el país de políticas globales de población.¹²

Asimismo se le otorga al Ministerio del Interior facultades para llevar a cabo las actividades correspondientes a políticas de integración migratoria y poblacional. En 1993 se autoriza a la Secretaría de Población y a la Subsecretaría de Seguridad Interior, ambas dependientes del Ministerio del Interior, a realizar operativos que controlen la inmigración ilegal en el país. La Dirección Nacional de Migraciones fue habilitada a realizar las expulsiones de todo aquel inmigrante que cometa algún delito, y que no pueda demostrar pertenencia u obtención del inmueble en el que habita.

A partir de 1994 se practica una clara política restrictiva, en la que el poder Ejecutivo amplía sus facultades y se delega en el Ministerio del Interior *"la facultad de modificar los lineamientos de políticas de inmigración previstas en el decreto"*. Es de suma importancia hacer notar que se formularon políticas específicas para los inmigrantes provenientes de países europeos, que eran diferentes a las creadas para inmigrantes de países limítrofes. Todas estas medidas fueron implementadas *"a fin de resguardar los intereses nacionales"*.¹³

La reforma constitucional de 1994 no tuvo en cuenta ni el Art. 20, que reconoce los derechos de los extranjeros, ni el Art. 25 que pone el fomento de la inmigración europea en manos del Gobierno Federal. Esto demuestra que se mantuvieron los mismos lineamientos que en 1853, en materia constitucional.

Esto se vio acrecentado porque diferentes organismos del Estado Nacional, y de algunos Estados Provinciales en la década de los 90' se han encargado de crear calificaciones con respecto a los inmigrantes limítrofes que se encontraban en el país. Muchos funcionarios del gobierno nacional, de la esfera sindical y de otros ámbitos de la política impusieron la denominación de ilegales a los extranjeros residentes, difundándose esta calificación entre la sociedad civil.

¹⁰ Oteiza-Novick-Aruj, *"Inmigración y Discriminación. Políticas y Discursos"*.

¹¹ Esta amnistía no comprende a los inmigrantes provenientes del Perú que representan una proporción muy importante del total de inmigrantes limítrofes.

¹² Oteiza-Novick-Aruj, *"Inmigración y Discriminación. Políticas y Discursos"*. Pág. 118

¹³ Ídem., Pág. 119

Si bien, se mantiene desde 1853 en el Preámbulo de la Constitución la igualdad de derechos para todos los argentinos y todo aquel hombre que desee habitar nuestro suelo, como ya hemos visto, la realidad suele encontrarse alejada de la norma. La idea que estaba instalada en la sociedad colocaba a los inmigrantes, especialmente los limítrofes, como usurpadores de bienes y servicios públicos, a la vez de colaboradores del malestar general que imperaba en el país gracias a una profunda crisis económica, social y política que se vivía.

Los tres últimos gobiernos, desde la dictadura hasta Menem, consideraron a la inmigración como un problema poblacional que no necesitaba estar de manera permanente en la agenda. Las escasas medidas que se tomaron para resolverlo fueron dirigidas a la prohibición al acceso al trabajo remunerado y el control de policía. La utilización de la misma ley en los tres períodos fue la pauta de lo antedicho, incluso los dos gobiernos democráticos llevaron a reforzar su legitimidad con la redacción de dos Reglamentos de Migración, uno en 1987 y el otro en 1994.

En este contexto, en el Congreso de la Nación se trabajaba para derogar la ley sancionada por la dictadura. El análisis se hizo en conjunto con organismos del Estado, legisladores, expertos, representantes de organismos de derechos humanos, de colectividades extranjeras, etc.

El tratamiento del proyecto de ley finalmente se acuerda llevarlo a cabo sobre tablas en la última sesión ordinaria del año 2003, donde recibe una votación sin objeciones. En la Cámara de Senadores también se aprueba, quedando convertida en Ley en diciembre de 2003.

En relación al sistema de salud en 1988 se intentó mediante la creación de un Fondo Solidario de Redistribución, compensar las diferentes capacidades financieras que mostraban las obras sociales. Esta Ley fue acompañada por la de Obras Sociales (Ley N° 23.660), ambas leyes intentaron “mejorar la cobertura y equidad de la oferta de salud”. Pero ninguno de los objetivos planteados fueron conseguidos, sino que se reprodujeron la dinámica de un legado histórico de debilidad institucional en la regulación del sistema de servicios de salud. La primera acción crea un seguro nacional dotado de muy escasa sustentabilidad, tanto financiera como política, y termina engrosando la lista de leyes y decretos, sancionados bajo diferentes orientaciones ideológicas para fortalecer el régimen regulador de los sistemas de servicios y que nunca fueron aplicados. La segunda reafirma la fragmentación organizativa del sistema de obras sociales, permanente prenda de negociación entre los diferentes gobiernos y el movimiento sindical.

La década del noventa incrementó la desregulación de la seguridad social. En 1993 por medio del Decreto 9 se inicia la salida del esquema solidario, permitiendo la libre elección para los beneficiarios de las obras sociales, ejercida con los aportes y contribuciones del titular. Por su parte las obras sociales debían asegurar un número de prestaciones básicas para sus afiliados. Con este nuevo mecanismo de libre elección, cada afiliado podía trasladar su carga salarial destinada a la seguridad social, a la obra social que prestara un servicio más acorde a sus gustos y necesidades. Esto provocó la concentración de aquellos afiliados con altos salarios en las obras sociales más fuertes, provocando graves problemas en el financiamiento de las obras sociales de los gremios de ingresos medio-bajos.

El Fondo Solidario de Redistribución no consiguió obtener el efecto que de él se esperaba: reducir las diferencias de financiamiento entre las obras sociales, sino que tendió a beneficiar a las más “ricas”. Así es como se plantea su reemplazo mediante el PMO. Aquí se define lo que va a ser el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual determina el piso prestacional para el conjunto de servicios que las obras sociales están obligadas a proveer. A esta cobertura mínima pueden acceder todos los beneficiarios de la seguridad social.

Si bien se sostiene la importancia del sub sector de obras sociales, se amplía la relación entre sistema de salud y participación en el mercado formal de trabajo. De esta forma, a partir de la reforma constitucional de 1994, se formaliza el reconocimiento del derecho a la salud, abandonando la vinculación directa que existía con el trabajador a partir del artículo 14 bis de la Constitución Nacional. Esto se realiza a partir de la incorporación de tratados internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁴, y la adopción por parte del Estado de medidas tendientes a asegurar este derecho, como la prevención y tratamiento de las enfermedades, la creación de condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad a todos, más allá de su condición de trabajador.

En este recorrido llegamos a la actual presentación de la organización del sector salud en Argentina: subsectores público, de la seguridad social y privado, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. El subsector público atiende a toda aquella población que demande atención sanitaria, y cubre financieramente a toda la población sin cobertura social, concentrando una porción considerable de los recursos de atención en los niveles provincial y municipal.

El subsector privado se conforma con prestadores directos y entidades financiadoras o “prepago”. En este grupo se encuentran las clínicas, sanatorios, laboratorios y hospitales privados. También figuran las Medicinas Prepagas.

Por su parte el subsector de la seguridad social alcanza a las Obras Sociales Nacionales, PAMI, Provinciales, y otras como las de las Fuerzas Armadas o la Policía. Los recursos provienen de aportes y contribuciones sobre el salario, y contratan generalmente servicios médicos privados. En su gran mayoría presentan fuertes dificultades para cumplir con las coberturas de sus afiliados, impactando sobre la demanda de los hospitales públicos.

VI. SALUD Y MIGRACIONES HOY

¹⁴ En su artículo 12 describe el derecho a la salud como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posibles de salud física y mental”.

El sector salud en Argentina, siguiendo a Cetrángolo y Devoto, se presenta fragmentado y desarticulado, lo que impide la conformación de un sistema de salud eficiente y equitativo. En este contexto se presentan fuertes desigualdades jurisdiccionales, que muestran a la cobertura del sector salud fuertemente ligada al desarrollo económico de la región. Esta situación se intensifica en las provincias que tienen altos índices de pobreza y empleo informal, porque al reducirse la población cubierta por la seguridad social, se ejerce mayor presión en el subsector público (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Es así que el sistema de salud argentino puede definirse como un “híbrido”, ya que no se ajusta al modelo que sostiene que el mercado debe proveer la provisión de salud; pero tampoco cuenta con un sistema público de salud universal, que considere una cobertura homogénea para todos. Si bien se intentó llegar a un sistema universal con características similares al modelo inglés, sólo se obtuvieron niveles razonables de cobertura.

La inmigración de los países limítrofes comienza a considerarse a partir de la segunda mitad del siglo XX, lo que no implica que no sea un fenómeno de larga y constante tradición. Si bien nunca ha sido muy numerosa, es a partir de la década de los 90' que comienza a superar en número a la de países no limítrofes, representando más del 50% del total de la población inmigrante en el país (Benencia, 2003, 434). Esta inmigración tuvo dos corrientes. Una de ellas que se ubicó en las zonas fronterizas, en donde los inmigrantes se dedicaron a los trabajos rurales, en especial los temporales (trabajos golondrinas). Y la otra corriente que se ubicó en centros urbanos, incorporándose en sectores de baja productividad, como el servicio doméstico, la construcción, etc.

Las migraciones limítrofes que llegan a la Argentina en los últimos años presentan modificaciones con respecto a las de épocas anteriores. No sólo las zonas de localización geográfica han cambiado¹⁵, sino que también han aumentado los flujos de algunos países sobre otros, en especial se puede observar un considerable incremento de la migración boliviana por sobre las demás¹⁶. Pero no se pueden identificar modificaciones significativas en los tradicionales patrones de migración, continúan siendo flujos que surgen a partir de los núcleos familiares y no por una planificación desde arriba, es decir por parte del Estado.

Hoy en la Argentina se puede decir que existe una inmigración de carácter transnacional, es decir que si bien estuvo presente en el pasado, en la actualidad se muestra como dominante¹⁷. Los países emisores son fundamentalmente, y en este orden, Bolivia, Perú y Paraguay. Esta inmigración despertó fuertes manifestaciones xenófobas en la población nativa, quedando claramente identificadas en diferentes momentos como: la epidemia de cólera a principios de los 90, los altos índices de desocupación registrados durante la segunda mitad de esta misma década, el aumento de la criminalidad a finales de este período.

¹⁵ A causa de la caída de los precios de los productos regionales, y la incorporación de tecnología en industrias productoras de estos, el rumbo de la inmigración limítrofe cambió hacia el Área Metropolitana de Buenos Aires que era la que ofrecía las nuevas oportunidades laborales.

¹⁶ En Noviembre de 1992 y Enero de 1994 se produjo en Argentina una amnistía en la que casi el 50% de los beneficiados eran de nacionalidad boliviana.

¹⁷ Benencia Roberto, en “*Historia de la inmigración en la Argentina*”.

Puede señalarse anticipadamente que la política de población llevada a cabo en la Argentina, históricamente nunca consideró al emigrante de origen limítrofe, un migrante “deseable”.

Si bien se han hecho intentos para realizar avances sobre el reconocimiento de los derechos de los inmigrantes, a fin de mostrar distancia con las políticas llevadas a cabo en el transcurso de la década de los 90', siguen persistiendo tensiones que es importante tener en cuenta. Especialmente en el sector salud, la migración suele ser un problema instalado entre los estados, sobre las fronteras y las jurisdicciones.

Como ya se mencionó más arriba, en las últimas décadas las corrientes inmigratorias provenientes de Europa desaparecieron, y fueron reemplazadas por grandes inmigraciones desde los países vecinos. La identidad argentina conformada en torno a rasgos europeos con atributos de superioridad ha provocado que estos inmigrantes vecinos sean una figura de exclusión, persecución y de discriminación en lugar de integración. Esta situación también se ve agravada por el hecho de que la mayoría de los inmigrantes se ven imposibilitados por distintas razones de realizar los trámites para residir como habitantes legales en el país, es decir como ciudadanos, obteniendo todos los derechos que esta categoría contempla.

VII INMIGRANTES BOLIVIANOS

La migración boliviana hacia la Argentina tiene larga data, aunque en los primeros tiempos se pueden reconocer características estacionales relacionadas con la zafra azucarera, la cosecha de tabaco, frutas y verduras. La modificación operada en la producción de caña de azúcar, fueron acercando a los inmigrantes bolivianos hacia Buenos Aires, en particular al sector de la construcción. Según los censos nacionales, los inmigrantes bolivianos aumentaron en valores absolutos desde 1895:7.361 hasta llegar a 143.569 en 1991. Actualmente se puede evidenciarse un fuerte crecimiento de las mujeres entre los migrantes de este origen.

Algunas investigaciones se han dedicado a estudiar cómo residen los inmigrantes bolivianos en la Argentina, específicamente en la Capital Federal (Grimson, 1999; Halpern, 1999). Estas investigaciones demuestran que los bolivianos son objeto de discriminación, persecución y exclusión. En este sentido, ser extranjero, y especialmente de países limítrofes en Argentina es como vivir sometido a una “sanción social”, ya que el inmigrante sufre una estigmatización constante en cualquier ámbito de la vida cotidiana. La discriminación de la que han sido y son víctimas no sólo proviene de parte de miembros de la sociedad argentina en actos individuales y aislados de discriminación, sino también desde otros actores sociales como los

sindicatos¹⁸. Otros actos de discriminación provienen desde las autoridades del Estado como la policía¹⁹, y también se han presentado desde los funcionarios del Poder Ejecutivo, lo que se ve reflejado en los discursos oficiales²⁰, y también en las políticas públicas. En este sentido, la clase dirigente argentina ha buscado siempre favorecer la inmigración europea (aún perduran en el imaginario los rasgos “civilizatorios” de los europeos) en detrimento de la inmigración latinoamericana: todavía se puede leer en el artículo 25 de la Constitución argentina que “El gobierno federal fomentará la inmigración europea...”. Este artículo fue sancionado en 1853 y ratificado en 1994, sin modificaciones.

Existe un discurso hegemónico respecto de los bolivianos en el país, especialmente en aquellas áreas donde han se han asentado. Este discurso reproduce imágenes que van de la indiferencia a acciones discriminatorias, pasando por la necesidad de regulación de la situación. Como hemos visto gran parte de las calificaciones han sido generadas por políticos y dirigentes sociales de distintas ramas, siendo los medios de comunicación los encargados de su reproducción.

Es así que la imagen del boliviano tipo lo describe como un poco sumiso, llegando a ser “cerrado”, obediente, pero fundamentalmente trabajador. A la vez de que se encuentra en el país de manera “ilegal”, usurpa bienes y servicios públicos escasos, reclama derechos que no le corresponden, y como es trabajador, genera el desempleo de la población nativa.

La migración boliviana a su vez presenta una importante interculturalidad, lo que genera formas de concebir las situaciones de manera diferente incluso a su interior. Estos rasgos en los temas sanitarios quedan fácilmente evidenciados, porque cada grupo tiene una receta diferente para la enfermedad que lo afecta, dificultando el tratamiento.

Asimismo, los lugares y las condiciones en las que se asientan los bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la mayoría de los casos no reúnen las condiciones básicas de acuerdo a NBI. De esta forma las condiciones socioambientales representan un riesgo para su salud de este grupo. Muchas veces la vivienda coincide con el lugar de trabajo, talleres textiles

¹⁸ “Que no se apoderen de nuestro pan de cada día con la importación de mano de obra clandestina”; “Defendamos los intereses de los trabajadores argentinos” [Carteles del Sindicato de la Construcción – UOCRA- citados en Oteiza y Aruj (1997: 26)].

¹⁹ Los extranjeros de los países de la región son constantemente hostigados por la policía, quien los detiene pidiéndoles los documentos para luego quitarles el dinero que lleven (Grimson, 1999: 154). Este es sólo un ejemplo “ligero” de los abusos que sufren los inmigrantes latinoamericanos en la Argentina por parte de las fuerzas policiales.

²⁰ En 1993, Carlos Ruckauf, por entonces Ministro del Interior, hacía las siguientes declaraciones: “Muchos ingresan con documentos falsos, se los trata como mano de obra esclava, nos crea un grave problema de salud pública y de seguridad y pueden constituir una competencia desleal con la otra mano de obra nacional” (citado en Oteiza y Aruj, 1997, p. 27). Asimismo, en junio de 1998 el entonces viceministro de Economía Carlos Rodríguez afirmó que, a pesar de la mejoría económica, la persistencia de la pobreza se debía a que los inmigrantes “ocupaban” esa franja cuando los argentinos “subían el escalón”: “Yo no quiero que se eche la culpa al modelo económico de que los sectores más pobres no mejoran sus ingresos si se demuestra que el factor determinante es la migración, aunque también hay otros factores” (Clarín, 19-06-98).

mayoritariamente, produciendo diversas enfermedades respiratorias que solo son tratadas en estado avanzado.

La cobertura de salud de esta población es bajísima, dado que los trabajos a los que acceden son informales o “en negro”, es decir no registrados.

Son variadas las redes solidarias que se conforman alrededor de la migración de origen boliviana hacia Argentina. Muchas de ellas se dedican solo a tender las redes para emigrar, otras además de información relativa a trámites de radicación, ofrecen contención para los paisanos recién llegados. Algunas de estas organizaciones son completamente familiares, mientras que otras han adquirido cierta formalidad que les permite llevar a cabo la representación de los bolivianos para la obtención de demandas como grupo.

De esta manera, (y dejando de lado la problemática de la ilegalidad de muchos) el inmigrante se mueve en un medio en el cual sus derechos (como ser humano y ciudadano) se ven constantemente violados o ignorados. Entonces, esto lleva a cuestionar el rol asignado al Estado como garante de derechos. A partir de ese momento, la ciudadanía puede verse convertida en una mera “declaración de derechos”, ya que los mismos sólo cumplen una función formal, sin ser realmente efectivizados en la práctica.

VIII LOS DESAFÍOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN RELACIÓN A LA INMIGRACIÓN BOLIVIANA

En los diferentes instrumentos jurídicos internacionales relacionados a los derechos humanos, entre ellos los relacionados con la salud, se reconoce que la aplicación de los mismos es para todas las personas, independientemente de su condición jurídica. La negación de estos derechos propicia riesgos tanto para los migrantes, como para las comunidades de acogida.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la relación entre el fenómeno migratorio y la salud, sumado a la dimensión demográfica, genera una problemática social y sanitaria compleja que necesita generar respuestas inmediatas para atender a las nuevas demandas.

Todas las carencias que sufren los migrantes bolivianos recientes generan un marco poco propicio para la salud personal y familiar. A esto se le debe agregar la falta de experiencia y una fuerte distancia cultural en el uso de los servicios que la Ciudad ofrece²¹. Asimismo, se agrega un componente característico de esta migración que complejiza la situación, y es la utilización de la medicina tradicional.

Otro factor que genera ciertos temores en los migrantes, es la solicitud de algún tipo de documentación a la hora de asistir a una consulta en algún centro de salud público. Esta situación lleva a esta población a evitar la utilización de los servicios sanitarios, hasta que no se presenten situaciones de emergencias que los obliguen a hacerlo.

²¹ Ver El Agora (2006) Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Núcleo de Salud Internacional.

Es así que la cultura de la salud debe reorganizarse en torno a la diversidad cultural que viene de la mano de la inmigración, porque desafía tanto la organización de los dispositivos, así como las culturas de organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque principalmente supone un reconocimiento de derechos²².

Lamentablemente la formación de los servicios de salud no prevé la atención intercultural, que va más allá de las diferencias idiomáticas que se puedan presentar, por lo tanto los resultados de la intervención terapéutica son aleatorios.

La atención se ofrece dando por sentado que se comparte con el paciente un sentido común, un *habitus* a la hora de resolver problemas relacionados con la salud. Es interesante como esta situación la expresa Colasanti, cuando dice que la medicina de la inmigración se trata de “unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”.

Existen organismos internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que trabajan esta problemática, a fin de proveer el tratamiento adecuado y servicios de salud preventiva a los inmigrantes, además de brindar capacitación sobre la temática a los agentes de salud.

El discurso hegemónico del que hemos hablado, también se reproducen en el personal de salud. Esto puede notarse en las imágenes que aparecen en los relatos, donde se presentan toda una serie de preconceptos establecidos en relación a los bolivianos.

De acuerdo a los primeros resultados que se han recogido en el estudio exploratorio realizado se puede notar que la población boliviana que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires carece de los medios necesarios para mantener niveles de salud óptimos, debido tanto a las condiciones socioambientales en donde reside, así como las condiciones laborales en las que se desarrollan.

Es interesante notar que la resolución de los reclamos relacionados a condiciones habitacionales que se vienen sucediendo en la Ciudad en los últimos tiempos, siendo el caso paradigmático el de la toma del Parque Indoamericano²³, además de generar fuertes manifestaciones xenófobas por parte de la población local, se encuentra fuertemente ligado a la generación de niveles de salud, óptimos, que conlleven a la prevención de enfermedades.

Asimismo de acuerdo a los primeros informes obtenidos en los centros de atención primaria del sur de la ciudad, la población boliviana asiste a la consulta médica principalmente para atender la salud de los niños, en segundo

²² Ver Comelles Josep M. El regreso de las culturas, diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI.

²³ Este conflicto se produjo en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los barrios de Villa Soldati y Villa Lugano, en los últimos meses del año 2010. Cientos de familias ocuparon las hectáreas de este espacio público, dejando al descubierto la crisis habitacional en la que se encuentra la Ciudad. El caso también expuso el enfrentamiento entre los gobiernos nacional y del gobierno de la Ciudad y las promesas incumplidas para la resolución de esta problemática.

término para obtener medicamentos tuberculostáticos y por último para tratar temas relacionados a la salud sexual, especialmente embarazos.

De acuerdo a lo que venimos desarrollando contamos con un sistema de salud completamente ligado a la condición de trabajador formal, por lo tanto es escaso el espacio que le queda a los migrantes que en la mayoría de los casos acceden a trabajos no registrados o informales. De esta forma la presión que se ejerce sobre el subsector público es mayor.

Como se puede ver la migración es una problemática compleja, que nos atraviesa como sociedad. La resolución de los problemas que de ella derivan deben ser tratados de forma integral, generando políticas públicas que vayan más allá de la vía administrativa. El trabajo articulado con organizaciones que trabajan sobre la temática aportaría visiones diferentes, enriqueciendo las respuestas.

La salud en tanto estado de completo bienestar físico, mental y social, requiere de ambientes y condiciones laborales saludables. La entrada de la problemática de los migrantes a la agenda política es un tema pendiente tanto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como en el Estado Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Villanueva, Problemas Públicos y Agenda de Gobierno, México D.F. Miguel Angel Porrúa.

Balibar, Étienne (2005). Violencias, identidades y civilidad. Para una cultura política global. España: Gedisa.

Belmartino, Susana; Bloch, Carlos. (1991). El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires.

Belmartino, S., Levín, S., Repetto F., Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: Breve historia de un retroceso. Sociales vol. 5.

Castles Stephen, (2007, junio 16) Discurso inaugural presentado en la reunión del Consejo Intergubernamental del MOST.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002, junio 17) Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. En Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, Toronto, Canada.

Cóhen Néstor - Mera Carolina, compiladores (2005). Relaciones interculturales: experiencias y representación social de los migrantes. Buenos Aires: Antropofagia.

Comelles Josep M. El regreso de las culturas, diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI.

Consejo Federal de Salud (COFESA) (2004): "Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007". Documento del Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Devoto Fernando, (2004) Historia de la Inmigración en la Argentina. Buenos Aires: Sudamericana.

Grimson Alejandro, Jelin Elizabeth, (2006) Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencias, desigualdad y derecho. Prometeo.

Martínez Pizarro Jorge (2006). Notas sobre migración y desarrollo local, una mirada desde las remesas de los migrantes. CEPAL/CELADE.

Maceira, D, Del Río Fortuna, C, Cetrángolo, O, Dulitzkl, D, Mera J. Pérez L, Saiegh, J, Schwab, N, Tarragona, S, Uribe J, (2002) Reforma y salud en la Argentina. Debate N° 2 Federalismo y Redistribución de fondos en salud. Centro de estudios de Estado y Sociedad.

Novick Susana, (2005, julio 23). Evolución reciente de la política migratoria argentina XXV Internacional Population Conference, Tours, France.

Novick Susana, (2004). Una nueva ley para un nuevo modelo de desarrollo en un contexto de crisis y consenso. En: Giustiniani, Rubén (ed.), La migración: un derecho humano, Buenos Aires, Prometeo,.

Oteiza Enrique, Susana Novick, Roberto Aruj, (2000). Inmigración y Discriminación. Políticas y Discursos. Trama editorial/Prometeo libros.

Oszlack Oscar, (1982). La formación del estado argentino. Orden, progreso y organización nacional”, Editorial Planeta.

Oszlack Oscar, O’Donnell Guillermo, (1982). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo, Nº 1.

Tobar Federico, (2001). Breve Historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. En Herramientas para el análisis del Sector Salud. Medicina y Sociedad.

Villavicencio Susana, (2003). Ciudadanos, bárbaros y extranjeros: figuras del Otro y estrategias de exclusión en la construcción de la ciudadanía en Argentina. En Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades. Año 4 Nº 9.

Villavicencio Susana (2000). Los avatares del liberalismo en América Latina. Neoliberalismo y política: las paradojas de la “nueva ciudadanía. Revista Internacional de Filosofía Política, 16.

Villavicencio Susana (Ed). (2003) Los contornos de la ciudadanía. Nacionales y extranjeros en la Argentina del centenario. Argentina: Eudeba.

El Agora (2006). Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Núcleo de Salud Internacional.