

**Inmigración, políticas de salud pública y tuberculosis en clave
antropológica comparativa: los casos de España/Barcelona y
Argentina/Buenos Aires***

**Immigration, public health policies and tuberculosis in key anthropological
comparison: the cases of Spain / Barcelona and Argentina / Buenos Aires**

Alejandro Goldberg

Doctor

Profesor - Investigador

Instituto de Ciencias Antropológicas, CONICET-UBA.

Para correspondencia: alejandro.goldberg@gmail.com

Artículo recibido: 03/12/2013

Artículo aprobado: 29/04/2014

Resumen:

Se presenta un análisis comparativo sobre la incidencia de la tuberculosis (de ahora en adelante, TB) en inmigrantes localizados en Barcelona (España) y Buenos Aires (Argentina). Los objetivos principales del trabajo son: 1) Conocer, describir y analizar la incidencia de la TB en inmigrantes residentes en Barcelona, vinculada a la situación de vulnerabilidad social por la que atraviesan como consecuencia del empeoramiento en sus condiciones de vida y de trabajo a partir de la crisis de 2008 en adelante; y 2)

□ El presente manuscrito constituye una versión revisada de la ponencia titulada: "Tuberculosis en inmigrantes residentes en Barcelona y Buenos Aires: una aproximación etnográfica comparativa", presentada por el autor en las VII Jornadas "Santiago Wallace" de Investigación en Antropología Social, Buenos Aires, Argentina, 27 al 29 de noviembre de 2013.



establecer un marco comparativo de análisis entre la situación de vulnerabilidad social en inmigrantes residentes en Buenos Aires y en Barcelona, y su relación con la incidencia de la TB.

La hipótesis general a desarrollar es que la incidencia de la TB, tanto en inmigrantes residentes en Barcelona como en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires, tiene una vinculación multicausal con su situación de vulnerabilidad social en el contexto de cada sociedad de destino, relacionada con sus modos de vida/vivienda/trabajo en estas, así como con las políticas públicas de salud dominantes en cada caso.

Palabras clave: inmigración; políticas públicas de salud; tuberculosis; Barcelona; Buenos Aires

Abstract:

This paper presents a comparative analysis of the incidence of tuberculosis (hereafter, TB) in immigrants located in Barcelona (Spain) and Buenos Aires (Argentina). The main objectives of the paper are: 1) To determine, describe and analyze the incidence of TB in immigrants living in Barcelona, in the context of the worsening of their social vulnerability as a result of the deterioration in their living and working conditions from the crisis of 2008 onwards; and 2) to build a comparative analytical framework to study the links between social vulnerability among immigrants living in Buenos Aires and Barcelona, and incidence of TB.

The general hypothesis developed through this paper is that TB incidence, both among immigrants living in Barcelona and Bolivian immigrants living in Buenos Aires, is multi-causally linked with their social vulnerability in the context of each location and





related to their ways of living, housing and working, and to the dominant public health policies in each region.

Key Words: immigration; public health policies; tuberculosis; Barcelona; Buenos Aires

Introducción:

Este trabajo recoge algunos de los resultados obtenidos a partir de una investigación llevada a cabo durante 2013, en el marco de una Beca Externa del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina (CONICET). El objetivo general de la misma fue realizar una aproximación etnográfica sobre las dimensiones sociosanitarias de la tuberculosis (de ahora en adelante, TB) en inmigrantes residentes en Barcelona-España, en clave comparativa con el caso de estudio central de las investigaciones que vengo desarrollando desde 2007 en adelante: inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y su área metropolitana. Mediante la etnografía fue posible conocer las principales problemáticas de salud que sufren los inmigrantes en ambas ciudades, recuperando la perspectivas de los actores dentro de un enfoque relacional y procesual que incluyó, no solo al conjunto de los sujetos, sus estructuras de significado e intereses, sino también las consideración de las relaciones asimétricas -en términos de hegemonía/subalternidad- y el contexto en el cual aquellos están insertos. El estudio estuvo planteado sobre la base de dos líneas de trabajo principales: 1) Trabajo de campo, con las estrategias de investigación basadas en observaciones de campo y entrevistas en profundidad; y 2) Trabajo con fuentes secundarias. La hipótesis general de trabajo fue que la incidencia de la TB, tanto en inmigrantes residentes en Barcelona como en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires, tiene una vinculación multicausal con su situación de vulnerabilidad social en el contexto de cada sociedad de destino, relacionada con sus modos de vida/trabajo en estas, así como con las políticas públicas de salud dominantes en cada una.

Se recuperó el concepto de “vulnerabilidad social” como herramienta conceptual que posibilita la articulación del nivel macro de análisis de los procesos de desigualdad social con el nivel micro de la experiencia subjetiva. Esto supuso abordar la manera en que determinados contextos de vulnerabilidad social en los que se desarrollan los modos de vida/trabajo/vivienda de conjuntos socioculturales específicos de inmigrantes, están

marcados por situaciones de riesgo concreto para su salud (Goldberg, 2013a). En ese sentido, puede decirse que la mayor vulnerabilidad que poseen ciertos colectivos de inmigrantes frente a enfermedades infecto-contagiosas como la TB radica, sobre todo, en su condición de clase subalterna-subordinada en la sociedad de destino, y no en una supuesta predisposición genética, su origen geográfico o su identidad étnica (Comelles, 2007; Goldberg, 2010). De manera que en términos de padecimientos y muertes por TB y otras enfermedades, incluyendo las psicopatológicas y los trastornos mentales (Atxotegui, 2000), gravitan modos de vida/vivienda/trabajo específicos de estos sujetos, consustanciales a sus procesos migratorios y a sus condiciones de inserción a la nueva sociedad.

En el caso de España, la violencia estructural (Farmer, 2004) producto del ajuste neoliberal implementado desde 2008 en adelante, que profundiza el desempleo, la precarización de la vida social y la situación de irregularidad administrativa-migratoria, además del racismo y la xenofobia en aumento, constituyen factores de riesgo para la salud de las personas inmigrantes, quienes aparecen como el conjunto sociocultural subalterno con mayor grado de vulnerabilidad frente a la crisis, experimentando en gran proporción el sufrimiento social (Das et al., 2001) y las situaciones traumáticas (Fassin y Retchman, 2009) derivadas de la misma. En el caso de aquellos que se encuentran en condición “irregular”, adicionalmente, como parte de las mencionadas políticas, vienen sufriendo un proceso creciente de exclusión de sus derechos, entre los cuales se encuentra el de la atención sanitaria pública gratuita. Cabría definir este proceso, entonces, como una dialéctica entre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud. Siguiendo a Fassin (1996), la TB desde este enfoque, puede ser considerada como la enfermedad emblemática que incorpora la desigualdad existente en una sociedad (Goldberg, 2013b).

Desarrollo:

Desarrollo:

Desencantos en el reino de España: del estado de “bienestar” a uno de “malestar” en constante aumento.

En España, como consecuencia de las políticas de ajuste neoliberal ejecutadas desde la llamada “crisis” de 2008 en adelante, específicamente en aquellas referidas al sector público de salud y las de extranjería, los inmigrantes, como conjunto sociocultural subalterno específico de la sociedad española, han experimentado un empeoramiento general en sus condiciones de vida, enmarcado en un proceso de exclusión creciente y mayor vulnerabilidad social caracterizado por la pérdida de derechos (entre otros, el de la asistencia sanitaria pública gratuita, el del trabajo y el de la vivienda). La Ley de Extranjería española, vigente desde el 23/1/01, limita el conjunto de derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente (derechos de asociación, de reunión, de libre sindicación, de educación, a la seguridad social, a la asistencia sanitaria, a la tutela judicial efectiva con asistencia jurídica gratuita, etc.) sólo a los extranjeros que se encuentren en situación administrativa-migratoria regular en el país (Goldberg, 2007b). Al respecto, no puede dejar de remarcarse que en lo sustancial, se trata de una ley diametralmente opuesta a la nueva Ley migratoria argentina N° 25 871, que se basa en el reconocimiento de la migración como un derecho humano “esencial e inalienable de la persona”, el cual debe ser garantizado por el Estado sobre la base de “los principios de igualdad e universalidad” (Art. 4). Tomando como punto de partida lo anterior, entonces, el Estado tiene la obligación de asegurar el cumplimiento de ese mismo conjunto de derechos, con independencia de la condición de regularidad o irregularidad en la que se encuentre el extranjero. A través del nuevo marco jurídico establecido por esta ley, en vigencia desde 2010, que implica un significativo avance en el reconocimiento de los derechos humanos, sociales y políticos de las personas migrantes -aunque este aún no se haya traducido de forma consolidada en las microprácticas-, se da un contexto general favorable para los procesos de inclusión e integración de estos

sujetos. Lo anterior, sin dejar de reconocer al mismo tiempo la situación de mayor vulnerabilidad que poseen determinados colectivos de inmigrantes¹, así como la existencia de contextos locales particulares –como el de la ciudad de Buenos Aires– con una administración de gobierno neoliberal de signo contrario a la del gobierno nacional, que se ha manifestado a través de discursos y políticas sectoriales contraria a dichos procesos de inclusión e integración de los inmigrantes (principalmente de aquellos que provienen de países limítrofes y del Perú).

En segundo lugar, las políticas de salud restrictivas-discriminatorias que se apoyan en argumentos mercantilistas y en supuestos usos “indebidos y excesivos de la sanidad pública por parte de los inmigrantes”, entre otros, constituyen en realidad falacias dirigidas a mantener cautivo un electorado temeroso que, más que nunca en tiempos de “crisis”, necesita construir un nuevo “chivo expiatorio” para desviar en “los otros” los problemas de la propia sociedad. Así, al igual que lo acontecido con otros procesos migratorios que se sucedieron en la historia de la humanidad, una parte de los extranjeros (principalmente inmigrantes “extracomunitarios” y de Rumania) ha sido convertida en el “chivo expiatorio” predilecto de la llamada “crisis” actual por la que atraviesa España/Unión Europea (UE). Sin embargo, los discursos que promueven esta culpabilización, y que en algunos casos rozan directamente la criminalización de aquellos (y en otros, lamentablemente cada vez más, se traducen en acciones xenófobas), se apoyan en una serie de argumentos falaces. Para comprobarlo, primero es necesario precisar algunos “datos duros” de la realidad, que contrastan con la percepción dominante que existe en buena parte de la opinión pública europea sobre el tema:

¹Tal es el caso de los migrantes bolivianos de ambos sexos que son reclutados en origen por medio de una red transnacional de tráfico y trata de personas, con el fin de reducirlos a la servidumbre en talleres textiles clandestinos de la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana.

- 34 millones de extranjeros residían en la UE en 2012, representando solamente el 4% de la población total (Eurostat, 2013).

- Existen diferencias entre los países que integran la UE en términos del porcentaje de extranjeros en relación a la población “nativa” o “nacional”. Lo propio sucede al interior de estos países, si se focaliza en determinadas regiones, ciudades o barrios dentro de éstas. Por ejemplo en España, sobre una población total de 47 265 321 habitantes, 5,1 millones eran extranjeros, quienes se concentraban mayoritariamente en Cataluña y Madrid. Representaban el 12% de la población total y correspondiendo sólo la mitad de ese porcentaje a extranjeros “extracomunitarios”; la otra mitad refiere a extranjeros originarios de países de la UE. El ranking por país estaba encabezado por los rumanos: 897 203, seguidos de los marroquíes: 788 563, los británicos: 397 892, los ecuatorianos: 308 174 y los colombianos: 246 345 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2012).

Como tercer elemento a considerar, estamos en condiciones de afirmar que la coyuntura histórica actual de España, aproximadamente desde que se decretó formalmente la llamada “crisis” (2008 en adelante), está marcada por -y, en parte, es consecuencia de- el proceso de retracción del “Estado de Bienestar”, el cual viene siendo transformado por las políticas neoliberales de ajuste en una suerte de “Estado de Malestar” (Goldberg, 2007a).

Como resultado de las mismas, es posible exponer los siguientes datos, extraídos de informes realizados por el Eurostat (2013) y el INE (2013):

- ✓ El desempleo en el primer trimestre de 2013 afectaba a 6 202 700 personas, con una tasa del 27,16%.
- ✓ La tasa de desocupación juvenil -menores de 25 años- se situó en el 59,21% (960 400 jóvenes desempleados).
- ✓ La tasa de desocupación entre inmigrantes alcanzó el 35%.

- ✓ Si bien la precarización de la vida social crece en la UE, donde el 24,2% de la población está en riesgo de pobreza o de exclusión social (120 000 000 de personas), en España es padecida por el 27% de la población (12 400 000 de personas).
- ✓ El “índice de pobreza español” se duplicó en el país desde el inicio de la crisis, llegando al 6,4% de la población: 3 000 000 de personas (semejante a la población extranjera “extra-UE” en España). Su cara visible: desempleados de larga duración, entre ellos, mujeres solas con hijos o personas a su cargo, parejas jóvenes con hijos y los inmigrantes “extra-UE”. Sus síntomas más dolorosos: orden de desahucio o ya desahuciados, falta de permiso de trabajo/residencia, imposibilidad de reagrupar a sus familiares en origen o situaciones de explotación laboral extrema (Informe Cáritas, 2013).
- ✓ España resulta ser el país con mayor desigualdad social de la eurozona: el 20% de la población más rica concentra 7,5 veces más riqueza que el 20% más pobre. El número de individuos con grandes patrimonios se incrementó un 5,4% hasta alcanzar las 144 600 personas en 2012 (Fuente: “Informe Anual sobre la Riqueza en el Mundo”, elaborado por Capgemini y RBC, citado en El País, 12/9/13, edición digital)

De modo que, acuciada por la deuda pública y la evolución negativa de sus finanzas, sin posibilidad de recurrir a una devaluación de la moneda por pertenecer a la zona euro, España –junto con Portugal y Grecia- asume la receta recomendada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en 2010 para “superar la crisis”: destruir empleos y bajar de manera generalizada los salarios para recuperar competitividad. Justamente, la reforma laboral implementada por el actual gobierno español en tal sentido está cumpliendo con ambos objetivos, produciéndose así un proceso acelerado de concentración de la riqueza y distribución de la pobreza. Aquí también encontramos otro aspecto que se ubica en el lado opuesto al caso argentino, cuya ruptura con el FMI, plasmada por el gobierno nacional de Néstor Kirchner en 2003, significó el inicio de la

recuperación económica, política y social. Al respecto, es posible identificar las diferentes realidades que viven actualmente, a nivel general y en relación al empleo, los países de la UE y los de Sudamérica. Mientras que, como se expuso con anterioridad, en los primeros la desocupación sigue en aumento, en los segundos las políticas inclusivas impulsaron la creación de 35 millones de puestos de trabajo en diez años, llevando a que los índices se situaran –también con diferencias en cuanto a países- en un mínimo histórico. En el caso de Argentina, por ejemplo, la desocupación descendió del 25% en 2003 al 7% en 2013; y del 50% al 18% en los jóvenes en el mismo período (Eurostat, 2013; Banco Mundial, 2013).

Ante semejante panorama, uno se pregunta si no están dadas las condiciones para que se produzca algún tipo de estallido social en España, o se esté generando el caldo de cultivo necesario para un brote xenófobo masivo contra la inmigración. Según los indicadores del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), siete de cada diez españoles creen que el país está al borde de un estallido social (Fuente: El País, 20/1/13, edición digital), al mismo tiempo que va creciendo el rechazo a la presencia de extranjeros en todo el Estado. Los motivos de este rechazo se deben a determinados mitos que se consumen entre la población nativa contra los inmigrantes, creados desde ciertos discursos del Poder y reproducidos por algunos medios de comunicación masiva. Me refiero, por ejemplo, al hecho de que muchos españoles fueron convencidos, de manera más o menos fácil, de que los inmigrantes constituyen el grupo que más ayudas recibe del Estado, incluso por delante de las personas mayores –“nativas”– que viven solas. O en lo relativo a la percepción que tiene una mayoría sobre el número de extranjeros que hay en España: las sensaciones –tal como hemos podido verificar anteriormente–, sujetas a manipulación, se encuentran de igual forma muy alejadas de la realidad, ya que sólo una de cada diez personas que viven en el país ha nacido fuera de él. En tal sentido, siempre en función de los datos arrojados por el barómetro del CIS, únicamente el 17% de los españoles cree que el número de inmigrantes es “aceptable”; mientras el 70% piensa que las leyes sobre extranjería son demasiadas o más bien



“tolerantes”.² Esta valoración negativa de la inmigración en España, insisto, a tono con Europa, se manifiesta asimismo al momento de (no) reconocer la contribución de los trabajadores extranjeros a la economía del país, a la posibilidad de mantener las pensiones o al equilibrio demográfico. En efecto, según el último sondeo difundido por el CIS sobre “actitudes hacia la inmigración”, casi el 60% de los españoles (siete puntos más que en 2008 cuando se decretó la “crisis”) se muestra convencido de que los inmigrantes reciben del Estado más de lo que aportan, cuando la realidad vislumbra lo contrario: los extranjeros reciben del Estado menos de lo que aportan. Las opiniones más críticas se concentran, no obstante, en el ámbito de las prestaciones y los servicios sociales públicos. Puntos de vista del tipo “los inmigrantes reducen la calidad de la sanidad” o “abusan de ella” son frecuentes, y por ello seguramente retomados por el gobierno para confeccionar las políticas sectoriales, como se abordará seguidamente para el campo de la salud pública. Otra construcción de sentido distorsionada es la asociación entre inmigración e inseguridad (un 30% de españoles las relaciona), la cual merecería un tratamiento aparte. Probablemente un ensayo entero (Fuente: La Vanguardia, 11/2/11, edición digital).

En estrecha vinculación con lo planteado, esta aproximación “radiológica” a la crisis se completa con otro dato significativo que también forma parte de las consecuencias de esta: un nuevo éxodo de España de casi dos millones de personas en los últimos cuatro años. Esta cifra se desprende, tanto del número de españoles residentes en el extranjero (1,9 millones) como de los inmigrantes que abandonaron el país para volverse a los suyos de origen o probar suerte en otro destino; y que en conjunto hicieron descender la

²Cabría preguntarse entonces cuál sería la opinión de los españoles sobre la recolocación en la valla de Melilla (frontera sur de la UE con África) del entramado de alambre con cuchillos para “amedrentar” el traspaso de inmigrantes africanos... ¿Constituye esta otra vulneración de los derechos de los inmigrantes por parte del Gobierno de España, con el visto bueno de la UE? ¿Cuál sería la valoración en el caso de que les sucediera lo mismo a los jóvenes españoles, italianos y de otros países del sur de Europa, quienes debido a la crisis, desde 2008 y hasta la actualidad, emigran a destinos del sur del planeta? ¿Y a los bisabuelos o abuelos de estos, que huyeron del hambre y las guerras que azotaron Europa con destino a América, a principios y a mitad del siglo XX?

población extranjera de España en 200 000 personas (Fuente: Página 12, 11/10/13, edición digital).

Derechos y condiciones de acceso de los inmigrantes a la salud pública: lo que en España se quita, en Argentina se da (al menos en lo que establece la ley)

a. “No es una cuestión de humanidad, sino de presupuesto”: expropiación ilegal del derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita a inmigrantes en España.

En el plano internacional, el “derecho a la salud” se recoge en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La misma reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Art. 25,1). En idéntica línea, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en vigor desde 1976 y del que España es parte, establece que “los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Art. 12,1). Por otro lado, el derecho a la salud se encuentra plasmado en otros tratados internacionales, como lo es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 o la Convención sobre Derechos del Niño del año 1989. En España, el derecho a la salud aparece reflejado en el artículo 43, capítulo tercero, de la Constitución, titulado: “De los principios rectores de la política social y económica”. En ese marco, la sanidad representa una de las competencias que la Constitución permite al Estado delegar a las comunidades autónomas. De manera tal que los Estatutos de Autonomía de varias comunidades (entre ellas, el de Cataluña en su artículo 23,1) reconocen el principio de universalidad del acceso a la atención sanitaria.



En lo que se refiere a la legislación estatal, el Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012 modifica la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De esta forma, se limita el acceso al sistema de salud, garantizado hasta entonces por la Ley General de Salud Pública 33/2011, únicamente a “las personas con consideración de aseguradas y beneficiarias”. En consecuencia, por medio de la puesta en vigor del RDL señalado, se les retira la tarjeta sanitaria a los extranjeros en situación irregular a partir del 1 de septiembre de 2012, obtenida con anterioridad a través del empadronamiento y con la cual podían atenderse en el sistema sanitario público. En cumplimiento de esta ley, por tanto, estos sólo podrán ser atendidos “en caso de urgencia, por enfermedad grave o accidente; y durante el embarazo, parto y postparto”, aunque los menores extranjeros de 18 años, independientemente de su situación regular o irregular, tienen derecho a recibir la misma asistencia médica que los españoles.

Retomando las falacias argumentativas desplegadas por el gobierno español para explicar semejante medida mercantilista-segregadora, la ministra de Sanidad, Ana Mato, sostuvo que con ella se pondrá freno a los “abusos” del Sistema Nacional de Salud” y al bautizado “turismo sanitario” por parte de los extranjeros. En octubre de 2012, es decir, un mes después de que los inmigrantes irregulares –unos 873 000 según Amnistía Internacional (2013)– fueran excluidos de la sanidad pública gratuita española por ley, el gobierno central puso en marcha una póliza que deberán pagar los inmigrantes irregulares para volver a estar cubiertos por la sanidad pública, cuyo costo oscila entre los 710 a los 1 800 euros, según la edad (Fuentes: El País, 3/10/12, edición digital; Público, 4/7/13, edición digital). ¿A qué se refiere concretamente la ministra con aquello de la “utilización indebida” de los servicios sanitarios por parte de algunos extranjeros, así como respecto a los “abusos que estos cometen” accediendo al sistema sanitario “sin tener derecho a ello”? (Fuente: Rueda de Prensa del Consejo de Ministros, Madrid, 20/4/12) ¿Cuál es el motivo por el cual se aplica la medida únicamente contra los extranjeros “extra-UE” en situación irregular? ¿Por qué el RDL no alcanza a los jubilados ingleses que residen en la costa de Alicante, a los alemanes que son

propietarios de buena parte de la isla balear de Mallorca, o a los jóvenes emprendedores del norte de Europa que viven en Barcelona?

En las declaraciones de la ministra se trasluce claramente el falso axioma por el cual los inmigrantes (“algunos”: léase, los irregulares extra-UE) realizarían un uso “excesivo” de los servicios de atención sanitaria, lo que implicaría un “gasto extra e innecesario” que no tendría por qué “financiar” el ciudadano con sus impuestos ni el gobierno con “sus recursos”. Idéntico planteamiento esgrime el actual Jefe de Gobierno de la ciudad de Buenos Aires en Argentina, Mauricio Macri, en sus reiterados intentos de excluir a los inmigrantes de países limítrofes de su derecho (constitucional a nivel estatal y autonómico, y consagrado por la nueva Ley Migratoria) a una atención sanitaria pública y gratuita de calidad en el sistema de salud.

¿Por qué falso? Porque la realidad permite corroborar que los inmigrantes utilizan en menor proporción los servicios sanitarios que los “nativos”, consumen menos fármacos y visitan menos al médico que estos. Así se desprende de distintos estudios realizados, tanto a nivel europeo como del Estado español. Lo mismo sucede con la denominada “carga de enfermedad”, una variable que mide el contacto y la frecuencia de utilización general del sistema sanitario, así como el número de episodios por paciente: los españoles tienen una media de 7,65, y los extranjeros de 5,05. Estos últimos, ni siquiera usan más los servicios de urgencias: 40,6% frente al 44,6% de los primeros. A nivel de la UE sucede algo parecido: un estudio realizado por la Comisión Europea calcula que, en promedio, los gastos asociados a la asistencia sanitaria prestada a los inmigrantes desocupados de la UE, son muy limitados respecto al gasto sanitario global (sólo el 0,2%). (Fuente: Público, 7/10/13, edición digital)

En suma, de acuerdo a Amnistía Internacional (2013, p. 4-5), el RDL 16/2012 vulnera los estándares internacionales de derechos humanos desde el momento en que “constituye una violación del derecho humano a la salud de la personas migrantes que viven en España, al constituir una medida regresiva y discriminatoria, prohibida por los

estándares internacionales de derechos humanos”. Se trata del fin de la sanidad universal, pública y gratuita en España, y su reemplazo por un sistema de aseguramiento; además de suponer un ataque a la universalidad de los derechos humanos y contribuir a construir prejuicios y a estigmatizar a las personas inmigrantes. Al respecto, desde organismos como la Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos de la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (OSCE), o la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI), se alerta:

“(…) en tiempos de crisis, los migrantes, las minorías y otros grupos vulnerables se convierten en 'chivos expiatorios' para los políticos populistas y medios de comunicación. La historia de Europa demuestra cómo la recesión económica puede conducir trágicamente al incremento de la exclusión social y a la persecución”. (Amnistía Internacional, 2013, p. 15)

Por su parte, en el informe titulado “El impacto de la reforma sanitaria sobre el derecho a la salud” (Médicos del Mundo, 2013), basado en 1 192 casos de vulneraciones de este derecho documentados por la organización Médicos del Mundo, se denuncia que la medida está generando situaciones “absolutamente dramáticas”, personales y familiares, que están ocasionando un “deterioro físico inexorable” y un “sufrimiento psicológico intenso” entre los afectados. El documento advierte que tras un año en vigor, el RDL sanitario ha provocado una “ruptura” en el seguimiento de pacientes con enfermedades graves o crónicas, tales como enfermos con HIV-Sida, diagnosticados de cáncer, enfermedades renales avanzadas o personas en lista de espera de cirugía. De acuerdo a esta organización internacional, en el caso de España han sido los inmigrantes sudamericanos quienes recibieron más atención en sus programas respecto a otros colectivos y, por tanto, los que sufrieron mayor exclusión de parte del sistema sanitario público en el último año. En efecto, el citado informe señala que el 62% de los pacientes que atendieron habían sido previamente rechazados en el sistema público de salud.

Enfocado el problema desde la órbita de la salud pública, resta por ver en el tiempo el impacto que pudiera llegar a tener esta medida a nivel epidemiológico, por ejemplo, en relación a determinadas enfermedades infecto-contagiosas como la TB, cuya incidencia entre la población inmigrante de España alcanza tasas que representan, en algunos contextos urbanos de Madrid y Barcelona, el 50% de los casos.

Antes de indagar en torno a esta problemática, es necesario aclarar que no todas las Comunidades Autónomas del Estado español acataron hasta el momento el referido RDL sanitario. Tal es el caso de Andalucía, Cataluña y el País Vasco, donde se continúa prestando asistencia sanitaria pública gratuita a los inmigrantes indocumentados.

b. Argentina: ante el desafío de llevar a la práctica el nuevo marco garantista y de inclusión de derechos que promueve la ley.

En trabajos anteriores analicé las dimensiones socio sanitarias de inmigrantes bolivianos de la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana, focalizando en la TB (Goldberg, 2009; 2010; 2012; 2013a; 2013b; Goldberg y Silveira, 2013). A los fines del desarrollo de esta presentación, en primer lugar abordaré brevemente los aspectos cuantitativos del fenómeno a partir de la consulta de distintas fuentes secundarias estadísticas, para posteriormente establecer ejes comparativos de análisis cualitativo en relación al caso español discutido con anterioridad.

Según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en la última década, de los 700 000 sudamericanos que emigraron de sus países 500 000 llegaron a la Argentina, encabezados por los paraguayos y los bolivianos (OIM, 2012). Por su parte, la Dirección General de Migraciones de la República Argentina (2012) calculaba que entre 2004 y 2012, alrededor de 1 579 000 extranjeros solicitaron la residencia en el país, también aglutinados mayoritariamente por ciudadanos paraguayos y bolivianos: de los 5000 permisos de residencia otorgados en 2004 a los primeros, se pasó en 2006 a 177 593. Mientras que aquellos concedidos a los segundos treparon de 10 496 a 86 509,

tomando en consideración el mismo período. Por último, los datos arrojados por el Censo 2010 del INDEC, muestran que entre 2002 y 2010 llegaron a nuestro país 3 de cada 10 inmigrantes que residen en él. En términos de ranking de nacionalidades, el trabajo coincide con los otros dos enumerados anteriormente, ubicando de igual forma a Paraguay como el país con mayor cantidad de extranjeros contabilizados en nuestro país (550 713 personas); seguido de Bolivia (345 272); Chile (191 147) y Perú (157 514). De acuerdo al informe oficial, el 38% de los paraguayos y el 36% de los bolivianos llegaron al país a partir de 2002.

Coincidiendo con lo señalado al momento de explorar las dimensiones de análisis del caso español, también ha experimentado un crecimiento progresivo –aunque mucho menor que el flujo de sudamericanos- la llegada de europeos al país: en 2004, unos 312 españoles y 202 italianos solicitaron la radicación, mientras que en 2011 la cifra alcanzó 2 279 y 1 800, respectivamente. Un colectivo que particularmente comenzó a tener presencia, sobre todo en la ciudad de Buenos Aires, es el colombiano, cuyos ciudadanos, en tan sólo ocho años, registraron 47 758 solicitudes de residencia.

Este proceso de relativo aumento desde 1990 hasta la fecha de inmigrantes provenientes de países limítrofes, del Perú y últimamente de Colombia (mismos que en conjunto representan solamente el 4,5% de la población total del país), que se instalan como residentes en la ciudad de Buenos Aires y su área Metropolitana, ha provocado ciertos celos y rechazos directos de parte de determinados sectores de la sociedad porteña, incluyendo, como parte de estos, a las autoridades del gobierno local y medios masivos de comunicación afines. De manera semejante al caso español, estos discursos, en general, tienden a vincular delincuencia e inseguridad con inmigración “ilegal” (en este caso, sudamericana)³, utilizando así a los inmigrantes como “chivos expiatorios” de los

³El mismo argumento falaz del caso español, utilizado en este caso por la derecha argentina: el apelo a la masiva ilegalidad de los inmigrantes de países limítrofes, en el sentido de delincuentes que están por fuera de la ley... cuando los datos de la realidad demuestran lo contrario: que la mayoría de los nuevos migrantes se encuentran en situación regular. Esto, debido a que entre 2004 –año que entró en vigencia el

males de la propia sociedad. Basta con repasar declaraciones de funcionarios del gobierno de la ciudad de Buenos Aires del tipo: “(...) la cantidad de extranjeros que delinquen es alta en proporción a la cantidad de extranjeros en el país”; o editoriales como el del diario La Nación del 12/3/2011, centrado en una crítica a la política migratoria del actual gobierno nacional (Nueva Ley de Política Migratoria N° 25 871) como causa de los problemas sociales (de “orden público”, de “recursos escasos”, de saturación de los servicios públicos de salud, educación, etc.) que, según su enfoque, provoca la inmigración “indeseada” (provenientes de países sudamericanos, en contraposición a la “deseada”, proveniente de Europa).

Estos sectores elitistas y hasta hace una década históricamente privilegiados de la sociedad argentina, con un extenso historial en su haber de persecución al “distinto/diferente” (sea este indígena, negro, gaucho, comunista, judío, migrante interno del norte o inmigrante de país limítrofe, Perú o Colombia), es el que promueve representaciones y prácticas xenófobas violentas en la actualidad contra este último grupo. Lo anterior, teniendo en cuenta que la antigua ley N° 22 439 de política migratoria, sancionada en 1981 durante la última dictadura militar, y conocida como “Ley Videla”, tenía un carácter sumamente represivo y discriminatorio desde su concepción, considerando al inmigrante limítrofe como un “peligro para la seguridad nacional y el orden público”. Así, la ley establecía mecanismos de control para negarles el acceso a aquellos derechos fundamentales garantizados por la Constitución Nacional, a la vez que establecía que todo funcionario público que tuviera contacto con inmigrantes en situación “ilegal” tenía la obligación de denunciarlos... ¿Cualquier coincidencia entre la “Ley Videla” y la ley de Extranjería española; entre el gobierno de

nuevo marco normativo migratorio– y 2010, se otorgaron más de 500 mil residencias definitivas, con un promedio anual de más de 100 mil (OIM, 2012).

España y el de la ciudad de Buenos Aires; y entre los diarios La Nación argentino y La Razón⁴ español, es pura casualidad?

Ya apuntado con anterioridad, la “Ley Videla” fue derogada a finales de diciembre de 2003 por el Congreso Nacional, aprobándose en su lugar la Nueva Ley de Política Migratoria N° 25 871 que entró en vigencia en 2010. En este sentido, es importante insistir en el cambio de paradigma garantista e inclusivo que supone la misma, la cual propugna el reconocimiento de la migración como un derecho humano “esencial e inalienable de la persona”, que debe ser garantizado sobre la base de “los principios de igualdad e universalidad” (Art. 4). Tomando como punto de partida lo anterior, entonces, a nivel del derecho a la salud, el Estado tiene la obligación de asegurar las condiciones de acceso a la atención sanitaria pública gratuita (Art. 6), estableciendo que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria” (Art. 8). Cabe recordar, asimismo, que la salud es un “derecho humano básico” y que Argentina, como Estado firmante de tratados internacionales sobre derechos humanos incorporados a la Constitución Nacional, no sólo reconoce el derecho a la salud y la obligación del Estado de adoptar acciones positivas para garantizarlo, sino que al mismo tiempo también se compromete a adoptar medidas destinadas a evitar la discriminación en el acceso a ese derecho.

Por último, en lo que respecta específicamente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el sistema público de salud se basa en los principios de universalidad y gratuidad contemplados en el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad. Asimismo, la Ley Básica de Salud (Ley N° 153 de 1999) establece entre sus disposiciones “la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, (...) o de cualquier otro orden (...) que rige dentro del territorio de

⁴A pesar de lo contradictorio de su nombre, se trata de un diario nazi-fascista monárquico español que representa los intereses de sectores del Opus Dei y del franquismo en el poder.

la Ciudad y alcanza a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires”. Por su parte, la ley 664, sancionada en 2001, establece en su artículo 1°:

“El acceso a los servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social que brinda la Ciudad de Buenos Aires es de carácter irrestricto. Ninguna limitación a su ejercicio podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social (Margulies et al., 2003)”. (Citado en Goldberg y Silveira, 2013, p. 5)

Retomando la línea desarrollada en el transcurso de este trabajo de desenmascarar críticamente los discursos neoliberales discriminatorios de exclusión de derechos, basados en una supuesta escasez de recursos, es posible detectar cómo, al igual que en el caso español previamente analizado, en la ciudad de Buenos Aires el impacto en el uso de los servicios de salud por parte de los inmigrantes no es significativo, no existiendo tal sobrecarga, ya que estos realizarían menos consultas en el sistema sanitario público que los “nativos” (OIM, 2012). Más bien la realidad muestra que son las ONGs las que, como consecuencia de “la desinversión en políticas públicas sociales (educación, salud, vivienda, servicios, medioambiente, trabajo, seguridad) del gobierno neoliberal de Buenos Aires” (Goldberg y Silveira, 2013, p. 4), se ven obligadas a atender la salud de conjuntos subalternos en situación de vulnerabilidad social. En este sentido, Médicos del Mundo (2012) denunció que 16 353 personas vivían en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, 1 100 más que en 2009. El “Informe 2011-2012 del Programa Salud en Calle”, elaborado a partir del trabajo que esta organización internacional despliega en los distintos puntos de la ciudad a los que llega con su Unidad Móvil Sanitaria para brindar atención en salud, contención psicológica y acompañamiento social a las personas en situación de calle, mostraba que el 80% de estas personas tenía problemas para acceder a los servicios públicos de salud porteños. En cuanto a las enfermedades detectadas en este grupo poblacional, la mayoría correspondieron a infecciones respiratorias (18,43%) en invierno; traumatológicas

(13,64%) y enfermedades de la piel asociadas a la falta de acceso a la higiene personal (12,84%) en verano.

TB e inmigración en España/Barcelona.

Según la WHO (2012), con 13 000 casos nuevos al año, España era el segundo país de Europa Occidental con mayor incidencia de casos de TB. Estos mostraban una importante brecha al focalizar en contextos urbanos específicos como los de algunos barrios de Madrid o Barcelona, tal como se describirá a continuación.

En lo que refiere a los grupos poblacionales, Joan Caylá, epidemiólogo y coordinador de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (Agencia de la Salud Pública de Barcelona), sostuvo que el perfil de los pacientes de TB es "muy diverso", ya que afecta desde el personal sanitario como enfermedad profesional, pasando por cooperantes que trabajan en zonas con alta prevalencia de TB, hasta personas de nivel socioeconómico bajo en España. Según sus apreciaciones, no obstante, los colectivos que presentan una mayor incidencia son los "pacientes inmunodeprimidos, indigentes, toxicómanos, presos o inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo". (Entrevista en profundidad al Dr. Joan Caylá)

Por otra parte, un estudio realizado en 2011 por la Sociedad Española de Neumonología y Cirugía Torácica (SEPAR), a través del Programa Integrado de Investigación de Tuberculosis (PII), mostraba el incremento de casos de TB en inmigrantes, que treparon hasta alcanzar el 30% del total español. Las conclusiones del trabajo reflejan algunas características que dominan el perfil sociodemográfico de los inmigrantes que sufren esta enfermedad: hombres jóvenes, indocumentados, desempleados o con trabajos inestables y precarios, que suelen vivir en condiciones insalubres y de hacinamiento, y con una alimentación deficitaria.

Vale apuntar que si bien la TB es diagnosticada mayoritariamente en el nivel hospitalario a través de urgencias o de revisiones específicas, el seguimiento del paciente, el control de los contactos y la administración de la medicación, salvo excepciones, se realiza a nivel de la atención primaria. En tal sentido, los obstáculos de acceso a la misma que suponen, entre otros factores, medidas restrictivas como el RDL 16/2012, puede dificultar seriamente la detección de casos, una adecuada atención de la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el control de los contactos, para enumerar sólo algunos de los problemas que podrían llegar a presentarse en términos epidemiológicos y a nivel de la salud pública. La paradoja de la situación es que con la TB, dada su condición de enfermedad infecciosa con un alto potencial de contagio, el no tratarla a tiempo supone extender su riesgo; y esto, a su vez, implicaría un aumento de los costos para el sistema sanitario. Es decir, en la práctica, justamente el resultado opuesto al que, de acuerdo a las argumentaciones analizadas, se pretende conseguir en España.

Del otro lado, del lado de los sujetos inmigrantes que sufren en carne propia los efectos directos de este tipo de medidas de exclusión del ejercicio de derechos humanos fundamentales como el de la atención a la salud, lamentablemente los resultados tampoco se hicieron esperar. El caso de AlphaPam, ciudadano senegalés de 28 años que murió de TB el 24 de abril de 2013 en su propio domicilio de Mallorca, es paradigmático en relación al análisis crítico propuesto. Su muerte se hubiera podido evitar con el acceso a la atención y un tratamiento relativamente fácil, con altas probabilidades de éxito (¡y todo ello a un bajísimo costo para el sistema sanitario!).

AlphaPam residía desde hace 8 años en el municipio de Can Picafort (Santa Margalida, Mallorca, Comunidad de las Islas Baleares, Estado español, continente europeo, Planeta Tierra). Al comenzar a sentir síntomas vinculados a un estadio avanzado de la enfermedad, el joven acudió al centro de atención primaria correspondiente a su domicilio de empadronamiento, donde no lo atendieron y en cambio lo derivaron al Hospital de Inca. Allí, en plena aplicación del RDL gubernamental, le negaron la

atención en dos oportunidades porque no disponía de tarjeta sanitaria, obligándole a firmar un compromiso de pago a cambio, el cual, por razones materiales obvias, rechazó. Sin atención sanitaria, falleció en su domicilio rodeado de amigos.

De acuerdo con el Código Penal vigente en España, la "negación de auxilio o asistencia" está tipificada como delito. Adicionalmente, el Tribunal Constitucional establece que el conjunto de la población está por encima de un eventual ahorro económico, consagrando el derecho a la Salud. Refiriéndose al caso, la portavoz en el Parlamento regional del partido "Més per Mallorca" ("Más por Mallorca") afirmó: "No podemos tener infecciones, como la tuberculosis, sin controlar. Lo que ha ocurrido es un apartheid sanitario, que responde a una actitud xenófoba y racista". (Fuente: Público, 28/5/13, edición digital)

Por otro lado, vale apuntar que la relación entre TB y nivel socioeconómico bajo suele ponerse de relieve con mayor énfasis en las grandes ciudades, ya que en ellas se manifiestan de manera más pronunciadas las desigualdades sociales. En ese marco, las ciudades tienen en general incidencias de TB mayores que las tasas globales del propio país, sucediendo lo propio al interior de las ciudades con determinados barrios, con contextos socioculturales específicos. En Barcelona, según Millet (2012), la epidemiología de la TB ha sufrido un importante cambio en los últimos 30 años, pasando a ser una enfermedad con una alta incidencia en personas con HIV-Sida y usuarios de drogas intravenosas en las décadas de 1980-90, a convertirse en una enfermedad que ataca a los sectores con mayor vulnerabilidad social de la actualidad; esto es, población inmigrante que proviene de zonas de alta incidencia de TB en origen y cuyos modos de vida/trabajo/vivienda en Barcelona está caracterizados por la precariedad. En este sentido, encontramos que el distrito de Ciutat Vella, en el cual el 43% de la población es extranjera (el mayor porcentaje de la ciudad a nivel distritos) tiene la incidencia más alta de TB de la ciudad. Dentro de este, el barrio del Raval, con el 50% de la población extranjera, es el más desfavorecido socioeconómicamente y el que cuenta con la tasa de TB más elevada de toda Barcelona (Ajuntament de Barcelona,

2012; Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2013). Algunos datos puntuales a precisar:

- ✓ Los casos de TB en población inmigrante representaron en 2012 el 52,5% del total de casos en Barcelona. En la mayoría de los distritos de la ciudad, la incidencia fue superior en inmigrantes que en “nativos”. Por país de nacimiento, 56 casos correspondieron a personas procedentes de países de América (16,3%), de los cuales 14 (4%) eran de Bolivia, 10 (2,9%) de Perú y 9 (2,6%) de Ecuador. Del continente asiático, se detectaron 89 casos (49,5%), de los que 53 (29,4%) fueron de Paquistán. Del continente africano fueron originarias 22 personas con TB (12,2%), de las cuales 14 (7,8%) eran de Marruecos.
- ✓ Tratándose mayoritariamente de población económicamente activa, la incidencia más alta de TB entre inmigrantes se ha observado en personas de entre 15 y 24 años. De los 343 casos notificados, 217 (63,3%) fueron hombres y 126 (36,7%) mujeres.
- ✓ El 14% de los pacientes inmigrantes presentaron la enfermedad durante el primer año de residencia en España, el 33% entre el primer y el quinto año y el 53% con más de cinco años.
- ✓ Apuntado anteriormente, Ciutat Vella es el distrito que mantiene la incidencia más elevada de la ciudad, con una tasa de 54,2/100.000 hab. y una proporción de casos en inmigrantes del 83%. Del otro lado, la incidencia más baja la presentó el distrito de Sarrià-SantGervasi, el más rico de la ciudad, con una incidencia de 8,4/100.000 hab. La distribución de la incidencia según el barrio de residencia mostró que El Raval, en Ciutat Vella, presentó la tasa más elevada: 94/100000 hab. (45 casos: el 70% del total de casos de Ciutat Vella). (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2013)

Estos datos sugieren que las desigualdades sociales presentes en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona, concretamente en el barrio del Raval, se traducen negativamente en desigualdades en salud de los conjuntos socioculturales que en su mayoría los habitan



(inmigrantes “extra-UE”). Por lo tanto, vivir en ese distrito, en el marco de un particular contexto de vulnerabilidad social, supone situaciones de riesgo específicas de infección y/o desarrollo de la TB para estas personas (Masvidal Alibercha et al. 2004). En opinión de la doctora Neus Altet, integrante de la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis en el CAP Drassanes (barrio Raval, distrito de Ciutat Vella de Barcelona):

"(...) el estrés, la mala alimentación y la falta de higiene o de vivienda son factores de riesgo muy ligados a la crisis que incrementan la posibilidad de caer enfermo (...) El bacilo puede permanecer latente hasta que una bajada de las defensas le permite despertarse y atacar y se desarrolla la tuberculosis".
(Entrevista en profundidad a la Dra. Neus Altet)

De forma similar a lo que sucede con el otro caso de estudio comparativo, y tal como he afirmado en algunos de los trabajos citados anteriormente, en este caso también los estudios de la epidemiología molecular permiten corroborar que buena parte de los casos de infección por TB en España/Barcelona en inmigrantes se producen en destino, siendo determinante el contexto de vulnerabilidad social y las situaciones de riesgo específicas que caracterizan los modos de vida/vivienda/trabajo de estos en la nueva sociedad. Y, en sentido inverso, “no parece que la transmisión de Mycobacterium tuberculosis de inmigrantes a autóctonos tenga una relevancia significativa como problema de salud pública”. (Molina Rueda et al., 2013, p. 1)

TB e inmigración en Argentina y en Buenos Aires: desigualdades sociales/desigualdades en salud.

De acuerdo a los últimos datos disponibles, Argentina tenía en 2011 una incidencia de 23,6 casos por 100 000 hab. Países limítrofes como Uruguay o Chile contaban con tasas menores, de alrededor de 20 a 22 por 100 000. Lo contrario a Perú y Bolivia, que poseían tasas mucho más altas, de 130 a 140 por 100 000 habitantes (MINSAL, 2012;

WHO, 2012). Al circunscribir la unidad de medida, los datos -como parte de las realidades diversas- se presentan diferentes. Así, provincias pobres del norte del país como Salta o Jujuy, en la frontera con Bolivia, tuvieron en ese mismo año tasas de 51 y 58,4 por 100 000 hab. respectivamente; dos departamentos de la provincia de Formosa (noreste del país), Ramón Lista y Matacos, 250,1 y 241,7 por 100000 hab., respectivamente (comparables a las tasas de Bangladesh: 225; Etiopía: 261 y Pakistán: 231); mientras que la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana concentraban juntas el 50% del total de casos del país. Lo propio sucede cuando focalizamos al interior de esta ciudad, en la que encontramos porcentajes de incidencia distintos entre la zona norte rica y la zona suroeste más pobre. Respecto a esta última, el área programática del Hospital Piñero⁵ alcanzó en 2011 los 198 casos por 100 000 habitantes: muy por encima de la tasa global de la ciudad (39,5%) y superando con creces la media nacional argentina (Goldberg y Silveira, 2013; Goldberg, 2013a).

Los datos sobre pautas aproximativas de la situación de la TB en Argentina y al interior del país, pueden ser proporcionados por cualquier estudio epidemiológico clásico. Sin embargo, por el propio método cuantitativo que utiliza esta disciplina biomédica, carece de herramientas para explicar la manera en que opera la dialéctica entre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud, la forma en que, en determinados contextos de vulnerabilidad social, una variable alimenta a la otra y viceversa. En este sentido, si bien la mayor parte de los casos notificados hasta 2011 inclusive, tanto a nivel nacional como de la ciudad de Buenos Aires, correspondían a argentinos, en el último decenio ha sido posible constatar en esta última un incremento en los casos referidos a inmigrantes, principalmente bolivianos (Goldberg, 2010). Como he señalado

⁵Localizada en el sur-oeste de la ciudad, esta área concentra los barrios más pobres, abandonados y precarizados de la ciudad, que sufren las consecuencias actuales de desinversión en políticas públicas sociales (educación, salud, vivienda, servicios, medioambiente, trabajo, seguridad) del gobierno local; y dentro de esta área se localizan muchos de los talleres textiles clandestinos donde trabajan y viven inmigrantes bolivianos con sus familias (Goldberg, 2013b).

en los trabajos citados anteriormente, dicho aumento se vincula fundamentalmente con los modos de vida/trabajo/vivienda en talleres textiles clandestinos que una parte de los inmigrantes bolivianos experimentan en sus procesos migratorios a la Argentina, en un marco en el que su derecho a la atención sanitaria, como el resto de sus derechos, se encuentra totalmente vulnerado (Goldberg, 2010; 2012; 2013b).

Las desigualdades sociales, que se profundizan en contextos de vulnerabilidad social como el referido, repercuten de forma negativa en el estado de salud de este conjunto sociocultural específico, en términos de disparidades frente a la enfermedad y a la muerte, traducándose en los indicadores y en relación al acceso a los servicios sanitarios. Las distintas formas de violencia que experimentan estas personas en el marco de sus procesos migratorios, que con frecuencia se dan a través de mecanismos de trata y tráfico de personas y reducción a la servidumbre, van desde la violencia estructural; la violencia física, psicológica, emocional; y la violencia simbólica, hasta las violencias ligadas con la explotación laboral de tipo esclavista que provocan deterioros físicos permanentes, dejando marcas en los cuerpos, que pueden llevar a enfermedades como la TB e incluso a la muerte.

Los derechos humanos, políticos, sociales y laborales consagrados en la ley argentina para los extranjeros, incluyendo el del acceso a una atención sanitaria pública y gratuita de calidad, no podrán tener plena vigencia para estos sujetos en la medida en que contextos de vulnerabilidad social específicos, como los referidos en el caso de estudio, no se vean modificados, lo cual implica esencialmente legalizar los talleres textiles y regularizar a los trabajadores con condiciones de trabajo y vivienda dignas.

Conclusiones:

En este trabajo analizamos la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención de diferentes colectivos de inmigrantes en dos contextos diversos, desde el punto de vista histórico-geográfico, sociopolítico y cultural. En ambos casos de estudio, se



focalizó en la TB como enfermedad con una creciente incidencia en estos conjuntos sociales, vinculada con sus modos de vida/de trabajo en las sociedad abordadas. Mientras que el Reino de España viene sufriendo un proceso de expropiación de derechos humanos y sociales respecto a la población de origen inmigrante, como consecuencia de la aplicación de políticas neoliberales de corte discriminatorio; la República Argentina, por el contrario, desde 2003 en adelante, a nivel legal-normativo y en el marco del afianzamiento de una política estratégica de integración regional, viene fomentado una ampliación del conjunto de derechos humanos (laborales, sociales, culturales, etc.) para los inmigrantes, provenientes principalmente de países limítrofes. Lo anterior, si bien aún no se ha traducido completamente en el plano de la realidad cotidiana, por ejemplo, de los servicios públicos de salud, forma parte de una prioridad política del Estado Argentino, consagrada en la Nueva Ley Migratoria. No obstante ello, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), gobernada por un partido de derecha identificado con el fascismo neoliberal del actual gobierno español, los derechos de los inmigrantes, al igual que lo que ocurre con otros sectores subalternos de la sociedad local, se encuentran en riesgo de ser vulnerados por políticas restrictivas de acceso a los servicios sociales, a la salud y a la educación públicas.

Como hemos podido comprobar a través de los casos presentados, las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud: no solo por los indicadores de morbimortalidad, sino en relación al acceso a los servicios sanitarios públicos, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas como la TB. Al respecto, hemos propuesto un marco comparativo de análisis entre la situación de vulnerabilidad social en inmigrantes residentes en Buenos Aires y en Barcelona, y su relación con la incidencia de la TB, como enfermedad de la pobreza ligada a las situaciones de opresión, violencia estructural, exclusión social, marginación y explotación contra conjuntos sociales específicos, que se perpetúan bajo el sistema capitalista mundial a distintas escalas. La vulnerabilidad, así, constituye un indicador de

la inequidad y las desigualdades sociales, siendo estas “las que determinan los riesgos diferenciales y es sobre ella que se debe actuar” (Bronfman et al., 2004).

Por último, sobre la base del enfoque antropológico comparativo propuesto, se han concebido los procesos de desigualdad y precarización social, simultáneamente, como procesos histórico-políticos y experiencias de vida. Al enfatizar en lo holístico, se articularon los niveles micro y macro en el análisis de los problemas de salud, lo cual en este trabajo supuso aportar una cierta capacidad explicativa al vincular y comparar dichos procesos con las manifestaciones de morbilidad por TB que presentan los inmigrantes de ambas ciudades.

Referencias:

Agencia de Salud Pública de Barcelona. (2013). *La tuberculosis en Barcelona, informe 2012*. Barcelona: Programa de prevención y control de la tuberculosis de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona. (2012). *Padrón Municipal de Habitantes a 30 de junio de 2012*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Departament d'Estadística.

Amnistía Internacional. (2013). *El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las islas Baleares*. Madrid: Amnistía Internacional.

Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (Comp.) *Medicina y cultura* (pp. 88-100). Barcelona: Bellaterra.

Banco Mundial. (2013). *World Development Report 2013*. Washington: World Bank.

Bronfman, M. et al. (eds.) (2004). *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Comelles, J. M. (2007). Migraciones, vulnerabilidad y la crisis del modelo de atención primaria en España. En M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 89-101). Bilbao: Osalde.
- Das, V. et al. (Ed.). (2001). *Remaking the world: Violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press.
- Dirección General de Migraciones de la República Argentina. (2012). *Informe 2012*. Buenos Aires: Ministerio del Interior y Transporte.
- Eurostat. (2013). *European social statistics*. Bruselas: European Union (UE).
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45 (3), 305-325.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2009). *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton: Princeton University Press.
- Goldberg, A. (2007a). "Tú Sudaca..." *Las dimensiones histórico-geográficas, sociopolíticas y culturales alrededor del significado de ser inmigrante (y argentino) en España*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Goldberg, A. (2007b). *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*. Tarragona: Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili.
- Goldberg, A. (2009). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Buenos Aires Boliviana*, Vol. 24 de la Colección Temas de Patrimonio Cultural, 233-246.



- Goldberg, A. (2010). Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (5), 13-21.
- Goldberg, A. (2012). Servitude and slave trade: the case of Bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops of the Buenos Aires Metropolitan Area. *Miradas en Movimiento*, Vol. Especial "Naturally Immigrants", 188-202.
- Goldberg, A. (2013a). Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, dossiê sobre "Migrações e saúde", 40, 93-106.
- Goldberg, A. (2013b). Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. En A. Martínez Hernández, L. Masana, y S. Di Giacomo (Ed.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp. 113-136). Tarragona/Porto Alegre: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica/Rede Unida.
- Goldberg, A. y Silveira, C. (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, 22 (2), 283-297.
- Instituto Nacional de Estadística de España (INE). (2012). *Extranjeros en la UE y en España*. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2010). *Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010*. Buenos Aires: INDEC.

Masvidal Alibercha, R. M. et al. (2004). Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *AnPediatr*, 60 (1), 22-7.

Médicos del Mundo. (2012). *Informe 2011-2012 del Programa Salud en Calle*. Buenos Aires: Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo. (2013). *El impacto de la reforma sanitaria sobre el derecho a la salud*. Madrid: Médicos del Mundo.

Millet, J. P. (2012). *Estudio de las recurrencias y de la supervivencia en los enfermos con tuberculosis que han completado el tratamiento en la ciudad de Barcelona*. (Tesis Doctoral). Departamento de Pediatría, Ginecología y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona.

Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL). (2012). *La salud en Argentina en 2011*. Buenos Aires: MINSAL.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2012). El impacto de las migraciones en Argentina. *Cuadernos Migratorios* (2). Buenos Aires: OIM.

World Health Organization (WHO). (2012). *Global tuberculosis report 2012*. Ginebra: WHO.

