

Miscelánea

Inmigrantes de países limítrofes y el acceso a la salud en Argentina: el caso del trasplante de médula ósea

Lic. Virginia Michelli (unidad de trasplante de medula ósea (UTMO) CUCAIBA (centro único de Ablación e Implante de la provincia de Buenos Aires). Ministerio de salud. Provincia de Buenos Aires.

Lic. Laura Menna. FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL UNLP (Universidad Nacional de La Plata) Buenos Aires, Argentina.
Lic. Susan López. FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL UNLP (Universidad Nacional de La Plata) Buenos Aires, Argentina.
Lic. Cecilia Nogueira. FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL UNLP (Universidad Nacional de La Plata) Buenos Aires, Argentina.

En este trabajo se presenta la problemática de los inmigrantes de países limítrofes que buscaron en Argentina un TMO (trasplante de médula ósea) que les permitiría prolongar la esperanza de vida. En algunos casos, el ingreso al país fue determinado por la urgencia en la atención de la salud. En otros casos, enfermaron en este país y posteriormente fueron tratados con un TMO. El desamparo legal, la vulnerabilidad económica y social, la discriminación por nacionalidad, la escasa colaboración de los organismos oficiales de representación y las condiciones de acceso efectivo al TMO, son algunos de los aspectos que aquí se presentan.

El centro asistencial y la práctica médica:

La Unidad de Trasplante de Médula Ósea (UTMO), funciona en el Hospital Rossi de La Plata. (Buenos Aires - Argentina) bajo el Programa Provincial de Trasplante CUCAIBA (Centro Único de Coordinación Ablación e Implante de la provincia de Buenos Aires). Este es el único centro asistencial público del país que realiza este tratamiento en pacientes adultos, en forma gratuita. Depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con un sistema de financiamiento especial que garantiza la prestación a todo ciudadano argentino que cumpla con los requisitos para ser contemplado bajo el programa. La UTMO comenzó a realizar trasplantes de médula ósea en el año 1994. A la fecha, se realizaron 337 trasplantes de médula ósea, 14 en pacientes inmigrantes ilegales que no contaron con el beneficio del programa de subsidios.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento costoso en términos económicos (entre 50.000 y 80.000





pesos argentinos) y sufrimiento humano. Consiste en la extracción de cierta cantidad de médula ósea de un donante histocompatible o de la propia médula del paciente en período de remisión de la enfermedad. Mientras se acondiciona al donante con factores para estimular la generación de células, se trata al paciente con quimioterapia con altas dosis de citostáticos, que eliminan la médula del paciente. Este proceso dura alrededor de 5 días, previos al trasplante. En el día 0, se realiza el implante de la médula donada o la suva propia previamente tratada. Cuando la médula se introduce en el interior del torrente sanguíneo, esas células madre se trasladan hacia las cavidades medulares donde se implantan, crecen y se dividen. Así, el paciente puede producir células sanguíneas sanas. Esta es la única posibilidad de sobrevida a largo plazo, libre de enfermedad para algunos pacientes con leucemia u otras enfermedades como: aplasia medular, mieloma múltiple, linfoma Hodking, linfoma no Hodking, talasemia mayor, etcétera. (CUCAIBA, Septiembre 2000). Ver anexo 1

Luego del implante, la médula ósea trasplantada comienza a repoblar el cuerpo con células sanas. Las primeras semanas después del trasplante son físicamente las más difíciles para el paciente. Con el sistema inmunológico inmaduro, microorganismos que previamente no eran activos tienen ahora la oportunidad de crecer sin restricción. Los pacientes serán sumamente susceptibles a infecciones, fiebres y a úlceras en la boca y el aparato digestivo. Todo el período de internación debe permanecer en estricto aislamiento. Las condiciones ambientales, de servicios sanitarios y alimentación, luego del alta de interacción, son esenciales para el cuidado pos trasplante.

Salud como derecho humano y los discursos institucionales:

En la Provincia de Buenos Aires, el acceso a la atención en sus hospitales es, por derecho constitucional, libre y gratuito; sin embargo, un porcentaje importante de ella no ingresa o encuentra dificultades para su acceso. Las dificultades aumentan en relación a ciertas categorías que refuerzan la discriminación. El lugar de origen, la identidad cultural y racial, y la indocumentalidad, son categorías que muchas veces condicionan y otras veces determinan la accesibilidad de la atención a la salud.

Es necesario recordar que, por su propia condición, los derechos humanos son universales, es decir, que corresponden a todas las personas sin excepción de ninguna naturaleza. Supone que todos deben tener acceso tanto a servicios de carácter preventivo, como a los de carácter curativo y a todas aquellas medidas relacionadas con la protección de la salud, gozando de las mismas oportunidades y beneficios. De la mano del criterio de universalidad, el criterio de igualdad se refiere a la no discriminación, y le otorga a todas las personas el mismo valor ante la ley, dando lugar a que todos tengan el derecho a acceder al sistema de salud y a recibir los beneficios que genere su ejercicio, sin distinción de ningún tipo de raza, sexo, color, origen nacional, condición económica o de otra índole¹.

Argentina ha suscrito tratados Internacionales con rango Constitucional –pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convenios Internacionales— que garantizan el derecho a la salud sin discriminación. También gran cantidad de los países de América Latina, han incorporado los tratados de Derechos Humanos con rango constitucional; así lo ha hecho Argentina en la reforma de la Constitución realizada en 1994. Pero, lamentablemente, sin el compromiso traducido en práctica de los actores, en este suelo latinoamericano seguirán existiendo sujetos con enfermedades que quedarán lisa y llanamente excluidos de la posibilidad del ejercicio pleno de derechos.²

Sin embargo, por los pasillos de los hospitales circulan también estos discursos: "peruca", "inmigrantes ilegales", "extranjeros", "bolitas", "paragua", "boliguayos", "residentes ilegales" "cuando tengan los papeles, operamos a su hijo" o "esto es un problema médico no te metas, que se arreglen con él", "nos vienen a sacar acá lo que no tenemos para los nuestros", entrelazándose un juego de poder—saber.

Para la Nueva Escuela Francesa, los discursos son entendidos como vehiculizadores de poder. Si acordamos con esta línea de construcción, estaríamos aceptando que las palabras no son inocentes. El poder es inmanente a la relación que se conjuga entre los dichos y las cosas. Son constructoras de subjetividades, porque en dicho tránsito se unen los discursos a las cosas con una intencionalidad. Esto quiere decir que determinadas palabras inscritas en diferentes escenarios promueven distintos significados. ¿Cómo lo producen? Con lo dicho y con lo que se ve. El profesional, con sus dichos, condensa en sus palabras el propio recurso. Lo nombra y lo encarna. Produce en el otro un estado de dominio y de obediencia y no lo "habilita". En definitiva, el discurso profesional responde a una urgencia his-



tórica: "no se puede atender a todos". Primero hubo un poder para que luego haya un saber. (Foucault, 1983) La imposibilidad de revisar esto, nos lleva a que, por acción u omisión, el resultado sea el mismo. En muchos casos en materia de salud este desenlace puede ser fatal.

¿Por qué hay inmigrantes? ¿De quiénes se trata? ¿Qué ocurre con ellos en materia de salud?

Podríamos, sencillamente, decir que son personas que, padeciendo una enfermedad onco-hematológica y habitando el territorio argentino, no son ciudadanos de este país: son ciudadanos de países limítrofes, que han dejado afectos, cultura, suelo, y vinieron a este país en busca de un proyecto de vida mejor. Éstos han podido establecer diferentes grados de legalidad en la permanencia en el país: ciudadanía en trámite, residencia definitiva, residencia temporaria, visa de turista, etcétera.

También están aquellos que, viviendo en el país de origen enferman y carecen de la posibilidad de acceder a la atención médica en su país de nacimiento. En algunos casos porque existe la práctica médica no ha alcanzado ese grado de desarrollo, y en otros, existe la práctica médica pero no es un servicio que esté al alcance de la población en forma gratuita.

Es interesante considerar que una de las características del proceso de reforma del sistema de salud en América Latina, fue justamente la oferta de canasta básica de servicios de salud gratuitos y arancelamiento para los servicios de mediana y alta complejidad de la región.³ La irrupción de la enfermedad y la significación que hace que, quien la padece no entiende de fronteras, acuerdos internacionales, reformas del sistema de salud, leyes migratorias, ni siquiera de lo que implicará para él, en tanto sujeto, su cambio de "tipificación": embarcarse en un plan que lo llevará en un breve plazo de ciudadano de un país a convertirse en un inmigrante ilegal. Resulta relevante dejar señalado que la doble condición de extranjero y de indocumentado expone al inmigrante a una virtual negación de sus ya precarios derechos. Los inmigrantes se encuentran con barreras a veces inexpugnables para garantizar el ejercicio de derechos elementales.

"Desde mediados del siglo XIX y hasta la primera mitad del siglo XX, Argentina se destacó por la marcada impronta europea de sus inmigrantes. La mayoría de ellos llegó entre 1870 y 1929 como respuesta a una política poblacional que tenía como principal objetivo la inserción de Argentina en el mundo moderno, tomando como modelo de desarrollo a las principales

potencias de la época. La configuración del mosaico poblacional argentino comienza a cambiar a mediados de siglo XX cuando, por un lado, se detiene la inmigración europea en función de la reconstrucción económica de Europa de la posguerra y, por el otro lado, Argentina comienza a posicionarse como uno de los polos industriales más importantes de América del Sur. Este último elemento tuvo dos fuertes implicaciones en la movilidad de las personas. Por una parte, determinó una enorme migración interna desde las zonas rurales hacia las grandes urbes, principalmente Buenos Aires. Por otra, estableció la migración de países de la región, con trabajadores de Chile, Bolivia, Uruguay, Paraguay y Perú. A pesar del constante deterioro de la economía argentina iniciado a mitad de la década del 70, la migración proveniente de los países limítrofes continuó abasteciendo una demanda de empleo generada básicamente por el sector informal. A su vez, la normalización del funcionamiento de las Instituciones democráticas en 1983, estableció un mejoramiento de las condiciones políticas para nacionales y extranjeros, y es a partir de 1990 que se incrementó fuertemente el flujo de migrantes provenientes de Perú, Paraguay y Bolivia. Dentro de la conformación de las migraciones actuales, se destaca la afluencia de personas de Europa del Este, particularmente desde el año 1994, así como migración proveniente de Corea del Sur, China, y diversos países africanos. Otra de las características esenciales de estas nuevas migraciones, en consonancia con un fenómeno internacional, es la de su marcada feminización" (CELS: 2004).

Entre los problemas más graves que han enfrentado las migraciones contemporáneas en Argentina, pueden mencionarse las campañas racistas y xenófobas que se instalaron en la esfera pública en los últimos años de la década del '90, al compás del agravamiento de la crisis económica. Sus mentores fueron algunos medios de comunicación y dirigentes políticos que utilizaron a los migrantes como el "chivo expiatorio" de la falta de empleo y el aumento de los índices de delitos" (CELS: 2004).4

Es importante señalar que recién en diciembre del 2003, se derogó la Ley de Migraciones 22.439, llamada "Videla", sancionada durante la última dictadura militar y considerada una de las principales fuentes de violaciones de los derechos humanos de los migrantes.

La Ley de Migraciones 25.871 aún se encuentra sin reglamentar, y el goce de los beneficios todavía no puede ser ejercido por los destinatarios.⁵



La búsqueda de una vida mejor en el aspecto laboral se traslada también cuando lo observamos desde el punto de vista de la salud. Pensemos que Argentina, en 1946, organizó un sistema de salud nacional centrado en hospitales públicos y rentas generales. Escudero y López (1998) hablan de "especificidades nacionales" que son a veces extremas. A partir de los años 60's el sistema se volvió progresivamente menos solidario. Y a pesar de ello, aun en el marco de la crisis sanitaria actual, podemos acceder a ciertos servicios gratuitos en salud, situación que no acontece en algunos países limítrofes.

La inexistencia estructural de políticas universales de salud en Paraguay, Bolivia y Perú. Hasta el año 1995, Paraguay no tenía un Ministerio de Salud. El aumento de la pobreza, sumado al prestigio histórico de la calidad de los profesionales argentinos, crea un imaginario al respecto.⁶

Podríamos decir que el inmigrante siente que llega a un lugar institucional que lo recibe y se introduce en el circuito sanitario con la precariedad de alguien que se acerca en condición de "pagano". Una vez que descubre que en el tránsito por el circuito de atención hay elementos que están inhabilitados para él, no disputa por conquistarlos. Negocia internamente con la resignación de recibir lo que le den. Entre otras cosas, se convierte en un sujeto "obediente", porque es la garantía de la no exclusión e incluso de la deportación y exilio humanitario. Un inmigrante "debe ser" más agradecido, colaborador, y dispuesto a aceptar la indicación médica; y aún desarrollando un alto grado de adherencia al tratamiento, no alcanza a obtener el reconocimiento del sistema de salud para introducirse en el justo lugar de la diagramación operativa de los recursos disponibles: por ejemplo, un inmigrante trasplantado, recibe la medicación durante la internación. El periodo ambulatorio, queda supeditado a la reunión de requisitos para entrar dentro del programa de subsidios de CUCAIBA (entre otras cosas, ciudadanía otorgada).7 La medicación pos trasplante (costosa y tan específica que no se localiza en las farmacias de los hospitales que no realizan la práctica médica y es indispensable para la buena evolución) debe procurársela el propio paciente, quien por falta de recursos financieros desordena la propuesta del tratamiento y asume los costos de esa discriminación invisibilizada; mientras que los pacientes del primer grupo la reciben por correo a domicilio. Ningún efector de salud asume claramente la no respuesta, en todo caso desencadena maniobras administrativas que manipulan que un derecho a la salud no pueda ser ejercido porque queda relegado al último lugar (para turnos para intervenciones quirúrgicas, provisión de medicamentos, consultas médicas, estudios complementarios entre otras prestaciones básicas en salud).

En el caso específico del trasplante de médula ósea, tal como se muestra en el anexo II y III, cuando el trasplante indicado es de médula alogénico (con donante), se requiere el traslado de los hermanos (potenciales donantes) para los estudios de histocompatibilidad en tiempo perentorio. Suele ocurrir que parte de los hermanos estén viviendo en el país de origen del paciente que tiene la indicación del trasplante. Tanto la tramitación legal para la salida del país de origen y la permanencia legal en el nuestro, como la necesidad mínima de protección social (pasajes, alojamiento, alimentación), son un verdadero obstáculo para concretar el tratamiento, ya que no están contemplados por los organismos oficiales de representación de los países limítrofes en nuestro país.

ANEXO I

Se pueden distinguir dos tipos de trasplantes según la procedencia de la médula ósea:

• Autólogo: La médula procede del propio paciente. Se extrae y es sometida a un tratamiento con métodos químicos, inmunológico, biológicos, físicos y métodos combinados. Su ventaja es que hay ausencia de rechazo contra el injerto. El trasplante autólogo se indica en pacientes que padecen linfomas, algunos tumores sólidos, leucemia mieloide crónica que no tengan donantes y mielomas.

• Alogénico: A diferencia del grupo anterior, estos pacientes llegan al trasplante luego de un proceso previo de enfermedad y tratamientos convencionales. Presentan más acentuadamente las características de un paciente sometido a tratamientos crónicos graves. Por lo general, el trasplante alogénico es indicado en pacientes que tienen como enfermedades de base: leucemia aguda, leucemia mieloide crónica, aplasia medular.

ANEXO II

Historias de los protagonistas:

M39 años, oriundo de Lima, Perú. Con estudios terciarios (tecnicatura en contabilidad). Ingresa al país con una visa de turista por 30 días. Al momento de ingresar al tratamiento no reúne los requisitos



legales de permanencia en el país, según la normativa vigente. En Perú, instituciones privadas realizan trasplantes con seguro médico de salud. "Me dijeron que tenía que inscribirme a un seguro, pagar entre cuatro y seis meses para asegurarme la cobertura. Tengo temor de que como soy ilegal tengo miedo que me corten todo. Que lo hicieran por mis hijos, por caridad. De hecho de estar ilegal y trasplantado vieron mi calidad humana y mi necesidad como persona".

"Mis hijos están en Perú, con mis padres y mi esposa: 13, 11, 9 y 6. Para mí es difícil, crecen solos. A uno eso le da bajones, ellos no comprenden. Mi temor es pensar que me quedaré sin medicina. Eso me preocupa bastante". Se instaló en San Fernando en la casa de un hermano. Siete personas habitando en una vivienda alquilada. Una sola habitación donde conviven siete personas. El único aporte del grupo lo provee su cuñada, quien trabaja como empleada doméstica (\$280). El paciente no volvió a ver a sus hijos ni esposa, desde que se traslada a este país en búsqueda de tratamiento, actualmente si bien cuenta con el aval médico para trasladarse, no lo ha hecho según refiere, ante el temor de no poder ingresar nuevamente al país para sus controles y provisión de medicamentos. En la actualidad se encuentra trabajando como telefonista en una remissería de su barrio, recién a fines de este año podrían viajar sus hijos mayores para visitarlo.

M37 Oriundo de Paraguay. Primaria completa. Por su problema de salud (aplasia medular severa), decidió venir a la Argentina en el año 1985, ya que en su país de origen no podían atender su patología y por orientación en su país concurrió al Hospital Ramos Mejía de Ciudad de Buenos Aires. En ese hospital recibió tratamiento de radioterapia y quimioterapia, obteniendo remisión completa de la enfermedad y posterior recaída a largo plazo. Se indicó trasplante de médula alogénico en el año 2002. Se estudiaron a sus 8 hermanos, resultando compatible una hermana residente en Paraguay, Para lo cual debió viajar reiteradas veces para estudios y permanecer al menos dos meses en Argentina.

Todo el grupo familiar nacido en Paraguay, hijos de 2 y 10 años. Vive en la casa de su hermana, quien le cedió parte de su vivienda. Trabajaba en una empresa hormigonera sin aportes.

Luego del alta médica, tuvo dificultades en la obtención de la medicación en el período de post trasplante inmediato por no reunir los requisitos legales para tener la cobertura del programa de subsidios para trasplante de órganos.

Actualmente alterna su residencia entre la provincia de Misiones y Paraguay.

F19 Oriunda de Carapeguá (Paraguay) Técnica contable, sin hijos. Comienza con síntomas de su enfermedad en su país de origen. Ingresó al país en el año 2000 con residencia de permanencia precaria otorgado hasta 2/4/03, en busca de atención médica. Fue diagnosticada y tratada por linfoma Hodking en el Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires. Transitoriamente residió en Quilmes en una vivienda propiedad de un familiar. Fue trasplantada 22/4/03. Actualmente vive en su país de origen. Esta paciente es la única del grupo estudiado, que ha regresado a su país de origen luego del tratamiento y viaja una vez al año para estadificación.

M59 Oriundo de Bolivia. El paciente cuenta con estudios universitarios ingeniero en minas, al igual que su esposa que es profesora de física y matemática. Es importante destacar que este paciente ingresó al país en búsqueda de oportunidades laborales para él y su grupo familiar, actualmente el paciente tiene como proyecto laboral, según refiere, volver a su país de origen, con el fin de instalar una posada en un circuito muy conocido turísticamente, donde se encuentra un importante centro de referencia arqueológica.

F33 La paciente cuenta con estudios secundarios, vive junto a su pareja y un hijo que actualmente tiene 5 años. Es ama de casa, su esposo albañil. Al momento del trasplante no contaba con una vivienda apta para asegurar el éxito del trasplante, se debió apelar a empresas privadas, ya que no reunía los requisitos solicitados por los organismos oficiales pertinentes para las mejoras de la vivienda. El donante debió ser trasladado desde el Paraguay para el procedimiento, y fue alojado en esta ciudad hasta su alta médica. Actualmente la paciente se encuentra realizando controles médicos semestrales.



ANEXO III Cuadros

ĺ					Donante en el
Pacientes	Nacionalidad	Diagnóstico*	Tipo de TCPH	Fecha de TCPH	extranjero
M37	Paraguayo	A.M.S	Alogénico	12/06/2002	no
M39	Peruano	L.M.C.	Alogénico	28/06/2002	Perú
F40	Paraguaya	M.M.	Autólogo	11/04/2002	no
F33	Paraguaya	L.M.C.	Alogénico	09/05/2002	Paraguay
M20	Boliviana	A.M.S.	Alogénico	06/05/1998	no
F29	Uruguaya	L.M.A.	Alogénico	01/04/2003	no
F27	Paraguaya	L.M.A.	Alogénico	20/07/1999	Paraguay
F44	Boliviana	L.M.A.	Alogénico	06/04/2000	no
F40	Boliviana	L.N.H	Alogénico	11/05/2005	no
M59	Boliviano	L.N.H	Autólogo	30/05/2005	no
M59	Español	M.M.	Autólogo	23/05/2005	no
M23	Paraguayo	L.M.A.	Alogénico	29/01/2004	no
F51	Paraguaya	L.N.H	Autólogo	01/04/2003	no
F19	Paraguaya	EH	Autólogo	22/04/2003	no

^{*} AMS: Aplasia Medular Severa, LMC: Leucemia Mieloide Crónica, Mieloma Múltiple, LMA: Leucemia Mieloide Aguda, LNH: Linfoma No Hodking, EH: Enfermedad de Hodking

Bibliografía

- Achard, Pierre (1980). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Asociación de la Lucha contra la Leucemia de la Sociedad Valenciana. Boletín Electrónico. (www.leucemia.com)
- Berlinguer, G. (1994) *La Enfermedad*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (1999): Inmigración, política estatal y vigencia de los Derechos Económicos Sociales y Culturales de los inmigrantes y trabajadores migratorios peruanos y bolivianos en Argentina.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2004): Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación racial cuestiones a considerar en informe periódico sometido por

- Argentina en cumplimiento del art. 9 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial.
- CUCAIBA: Resumen de Actividades. Años 1998/1999. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- CUCAIBA (2002) Cuadernillo Informativo sobre indicaciones para pacientes trasplantados de médula ósea. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
- Decreto 3309/92 del Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO). Provincia de Buenos Aires.
- Escudero, J.C. y López, S. (1998). "La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina" Salud, Problema y Debate Nº 20. Buenos Aires. Argentina
- Escudero, J.C.(2001) Reflexiones sobre la salud. Revista Aportes para el Estado, y la Administración Gubernamental. Año 7. Nº 17 Otoño del 2001. Buenos Aires. Argentina



	Ingreso	Relación con	Condición legal de permanencia en el	
Paciente	al país	enfermedad	país ciudadanía iniciada si o no	Fecha de TCPH
M37	24/04/1985	Búsqueda de asistencia	30/04/2002	12/06/2002
M39	08/07/2001	Búsqueda de asistencia	Sin iniciar	28/06/2002
F40	10/03/1973	s/relac.con la enf.	24/10/2001	11/04/2002
F33	31/12/1989	s/relac.con la enf.	22/03/2002 (otorgada)*	09/05/2002
M20	05/01/1990	s/relac.con la enf.	16/02/1998	06/05/1998
F29	18/06/1974	s/relac.con la enf.	01/09/2002 (otorgada)*	01/04/2003
F27	10/01/1988	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	20/07/1999
F44	07/01/1985	s/relac.con la enf.	06/07/2002	06/04/2000
F40	14/08/1984	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	11/05/2005
M59	22/07/1984	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	30/05/2005
M59	16/11/1950	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	23/05/2005
M23	07/01/1982	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	29/01/2004
F51	08/01/1975	s/relac.con la enf.	Sin iniciar	01/04/2003
F19	02/01/2003	Búsqueda de asistencia	Sin iniciar	22/04/2003

Características socioeconómicas de la población							
Aspecto h	nabitacional						
Relación de propiedad			Servicios sanitarios				
Casos	Tipo de tenencia		Casos	Servicios Sanitarios			
10	Sin vivienda propia		2	sin servicios sanitarios			
4	Con vivienda propia		12	con servicios sanitarios			
Casos	Más de 3 personas por cuarto						
3	hacinamiento						
11	Sin hacinamiento						
Aspecto l	aboral						
Casos	Total de familiares	Situación laboral (1)	Suma de Ingresos (2)	Promedio por personas			
8	46	desocupados	3580	6,17			
1.0	10	desocupados	3360	0,17			

^{1.-}Se toma en cuenta la situación laboral del paciente antes del trasplante

^{2.-}Se considera como suma de ingresos a la totalidad de ingresos del núcleo familiar, aportado por algún familiar o cohabitante

^{*}El valor de la canasta básica total por persona adulta para el mes de julio de 2005 era de pesos 776 . INDEC 2005.-



- Escudero, José Carlos. (2005). ¿Qué decimos cuando decimos "Salud Colectiva"?. Revista Encrucijadas . Universidad de Buenos Aires. No. 23, mayo de 2005; Buenos Aires. Argentina
- Iriart C. (1999). "La Atención Gerenciada: Su papel en la reforma de los sistemas de Salud." *Salud Problema y debate* Nº 21. Buenos Aires. Argentina
- Foucault, M (1983) El Discurso del Poder. Folios Ediciones. México.
- Foucault, M (1992) *Microfisica del Poder*. La Piqueta Ediciones. Buenos Aires. Argentina
- Leone, F. y Soratti, C (1998) Análisis retrospectivo de composición del gasto del programa de subsidios para trasplante de órganos. Trabajo Presentado en el XIV Congreso Chileno de Trasplantes. CUCAIBA, Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Argentina
 - Le Breton, (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina
- Ley Nacional de Migraciones N° 22.439 (Poder Ejecutivo Nacional). Publicada en el Boletín Oficial de la Republica Argentina el 27/3/81.
- Ley Nacional de Migraciones 25.871 (Honorable Congreso de la Nación Argentina) Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina el 21/03/04.
- Mills C. Wright (1961): La imaginación sociológica. Fondo de Cultura Económica. México.
- Ministerio de Salud de la Nación. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2003). Situación de Salud en Argentina. Indicadores Básicos.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (1995): Metodología para el análisis comparativo de los sistemas de atención sanitaria de seguridad social de América Latina. Estudio aplicado a los países del Cono Sur.
- PROVEA (1998): Serie Aportes PROVEA. La salud como derecho. Venezuela
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2002): La clase dominante trasnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América latina. *Cuadernos Médicos Sociales* Nº 82: 95-110; Octubre. Rosario. Argentina

Notas

- Conf. "La salud como derecho", Serie Aportes PROVEA, Venezuela, 1998 2da. ed. p. (13).
- Tres aspectos del derecho a la salud se han plasmado en los instrumentos internacionales de derechos humanos: "La

- declaración del derecho a la salud en cuanto derecho básico; la sanción de normas con miras a subvenir las necesidades de salud de grupos de personas concretos y la prescripción de vías y medios para dar efecto al derecho a la salud" (Theo Van Boven "The right to Healtb as a Human Right", Workshop, 1979; p. 54-55). El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Declaración Americana de Derechos del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, desde la reforma del año 1994 poseen jerarquía constitucional por imperio del art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional
- ³ Sobre este tema existe abundante literatura de publicación reciente. En Ugalde y Homedes (2002) se analiza las características de las reformas de salud latinoamericanas, las estrategias que han seguido y las razones por las cuales no obtuvieron los resultados esperados.
- Sobre el tema se recomienda consultar los documentos del Centro de Estudios Legales y Sociales, organización no gubernamental, que desde el año 1979 trabaja en la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento democrático y el Estado de Derecho en Argentina. En particular: Inmigración, política estatal y vigencia de los Derechos Económicos Sociales y Culturales de los inmigrantes y trabajadores migratorios peruanos y bolivianos en Argentina/ 1999. También la Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación racial cuestiones a considerar en informe periódico sometido por Argentina en cumplimiento del art. 9 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial (CELS:2004) Y la consulta de los informes que realiza esa organización desde el año 1994 a la fecha.
- 5 Consultar en documentos del CELS la legislación comparada sobre el tema.
- Premios Nóbel a los doctores argentinos Bernardo Houssay (médico y fisiólogo), Luís Federico Leloir (bioquímico) y César Milstein. (médico y bioquímico)
- ⁷ El Art. 36 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires expresa que: "La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; ...sostiene el hospital público en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación..."
 - "El medicamento, por su condición de bien social, integra el derecho a la salud, la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad, asegura en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización".