

¿Servicios de salud interfronterizos, una utopía?

Nora Margarita Jacquier¹

Jorge Hugo Centeno²

Resumen: Este artículo reflexiona sobre el espacio como un objeto para la acción política vinculada al ejercicio del derecho a la salud en zonas de frontera de la provincia de Misiones, Argentina. Tiene como propósito socializar una ponencia realizada para promover el tratamiento de la problemática sanitaria en la agenda del Bloque Regional de Intendentes, Prefectos y Alcaldes del MERCOSUR -BRIPAM- en el año 2012. Con aportes de la geografía y la antropología, partimos de dos supuestos, que, orientan a considerar al espacio, como un objeto dinámico socialmente construido. Por un lado, “la frontera” y por otro, “el proceso salud/enfermedad/atención” son constructos teóricos que pueden ser repensados críticamente en nuestra realidad local para comprender las formas de atender la salud de poblaciones subalternas de ciudades gemelas fronterizas y buscar soluciones alternativas. Alternativas que podrían estar en tensión con la racionalidad del estado-nación.

Palabras clave: Espacio; Frontera; Sistemas de salud; Estado-nación.

Introducción

Este trabajo reflexiona sobre el espacio como un objeto y escenario ideal para potenciar acciones políticas tendientes a garantizar el derecho a la salud y fortalecer su ejercicio en espacios inter-fronterizos de la provincia de Misiones. Surge como consecuencia de haber interesado al presidente del Bloque Regional de Intendentes, Prefectos y Alcaldes del MERCOSUR

¹ Docente-investigadora, Escuela de Enfermería – Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNaM. norajacquier@gmail.com

² Docente-investigador, Escuela de Enfermería – Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNaM. centenojorge@yahoo.com

(en adelante BRIPAM), en una investigación vigente³ con el objeto de estudiar la ampliación del derecho a la salud de usuarios extranjeros en la Frontera Arco Sur, que a la vez, se relaciona con varios proyectos previos. El haber dado socializado el proyecto nos permitió presentarlo e inscribir la problemática sanitaria en la agenda política del BRIPAM.

En este contexto, partimos, básicamente, de dos supuestos orientaron a repensar al espacio como un objeto dinámico socialmente construido (BAUMAN, 1998). En oposición a la tradicional noción del espacio como algo dado, rígido y mensurable, característico de la visión cartesiana-positivista (HARVEY, 2006). Las nociones de frontera y salud son retomadas de enfoques de la geografía crítica, antropología política y médica crítica. En este sentido, entendemos que las fronteras entre los países están configuradas por líneas imaginarias delineadas por el hombre y que la salud también es otro constructo teórico social-cultural-histórico y políticamente determinado. En términos de Menéndez como un complejo proceso “salud/enfermedad/atención” -s/e/a- y no desde una perspectiva meramente biomédica.

Para lo cual, observamos las articulaciones imperantes entre los niveles micro, meso y macro-social de los sistemas sanitarios examinando la relación existente entre el espacio y el proceso de salud-enfermedad-atención. El primer nivel, está referido a lo local en el sentido más próximo a la gente que habita en frontera, el cual se da en el plano municipal; el segundo nivel es el meso-social, ya sea provincial o estadual y nacional, en tanto, el tercer nivel corresponde a la instancia macro-social caracterizado por relaciones inter-transnacionales. Dado, que el

³ Programa do pesquisa: “Uma questão e duas temporalidades: Direito à saúde na fronteira MERCOSUL - 2003-2013”, Directora: Vera Maria Ribeiro Nogueira .Universidade Católica de Pelotas - Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais- CNPq - Processo: 471569/2012-7. En la UNaM Proyecto de investigación CIDET 16Q538 – “Una cuestión y dos temporalidades: derecho a la salud en el MERCOSUR – 2003-2013”- Directora Proyecto: Nora Jacquier.

fenómeno a ser examinado está localizado en zonas distantes a las capitales provinciales y/o nacionales y cercanas a las ciudades gemelas fronterizas argentino-brasileña.

Algunos de los interrogantes que operaron como disparador para problematizar el tema fueron: ¿quiénes son los actores sociales que participan en este espacio localizado?, ¿por qué y para qué participan en el BRIPAM? ¿Es sólo para aquellas cuestiones inherentes al mercado? O también puede imaginarse, como un ámbito apropiado para tratar temas relacionados a la vida y la salud de la población subalterna que vive y circula en áreas transfronterizas? Consideramos que, la salud es una cuestión que posee un valor diferente al de las racionalidades inherentes al mercado y por lo tanto, debería ser abordada por medio de pactos diferentes, aunque podría estar en tensión con las lógicas de los estados nación.

1. El escenario del BRIPAM

Como ya mencionamos, el BRIPAM es el Bloque Regional de Intendentes Prefectos y Alcaldes del MERCOSUR. Se conformó en marzo del 2012, durante la Fiesta Nacional del Té, en el municipio de Campo Viera, un municipio fronterizo con el Brasil. Está constituido por autoridades municipales de Paraguay, Brasil, Uruguay y Argentina que persiguen fortalecer políticas de integración regional. Ellos sienten *“necesidad de buscar una integración regional más profunda”*, en este sentido, el intendente de Boa Vista do Buricá, expresó que *“no existe el MERCOSUR más allá de los papeles, por eso este tiene que ser el puntapié inicial de un bloque regional que luche por lograr avances significativos”* (TERRITORIODIGITAL, 10 de marzo de 2012)

En Agosto del 2012, se celebró IV Encuentro del BRIPAM en la localidad de Aristóbulo del Valle, Misiones, con el objeto de aprobar el estatuto de la entidad. En el que participaron los gobernadores de Itapúa, Paraguay y de Misiones,

Argentina, además de numerosas autoridades municipales de la provincia de Misiones, de Brasil y Paraguay.

En este marco, es conveniente explicitar “*la función que cumple el sujeto en el proceso de construcción del conocimiento*” (ZEMELMAN, 2005, p. 81) de la realidad local en el contexto actual. Por eso, iniciamos la exposición incorporándonos como sujetos activos “*al propio discurso*”, siendo actores sociales portadores de trayectorias en los campos sanitario -gestión y servicio- y educativo -docentes-investigadores-. En esa instancia en nuestro rol de investigadores de la UNaM⁴ y como miembros de un equipo multicéntrico de investigación⁵.

Con la intención de provocar a la audiencia con la disertación, retomamos fragmentos de los discursos inaugurales de los gobernadores argentino y paraguayo del mencionado evento, que operó como nexo entre lo político y lo científico-técnico. En relación a aspectos políticos coyunturales, es el que hecho de que el acto fue celebrado con posterioridad a dos hitos importantes que modificaron la configuración del MERCOSUR. Uno fue la incorporación de Venezuela (que al carecer de frontera con Argentina no afecta este debate) y el otro fue la suspensión temporaria del Paraguay (Decreto MERCOSUR 28/12). Respecto a este último hecho, el mandatario provincial de Misiones, explicó que la participación de autoridades paraguayas estaba garantizada en los espacios sub-nacionales.

Además, reconoció que las relaciones entre los cuatro países fundantes del MERCOSUR son asimétricas: “*no hay dos países grandes y dos chicos, sino que son dos chicos (Uruguay y Paraguay), uno mediano (Argentina) y uno grande (Brasil)*”

⁴ Proyecto de investigación: “Implementación de Programas de salud de frontera y Pacto por la salud en Misiones, Argentina- perspectiva para la ampliación del derecho a la salud de los usuarios extranjeros en la Frontera Arco Sur”- CIDET 16Q442

⁵ Programa: A Implementação do Programa SIS Fronteiras e do Pacto pela Saúde – Perspectivas para a ampliação do Direito à Saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul.

(Closs, 2012⁶). Aclarando, que tanto ha crecido el Brasil que se encuentra entre las potencias emergentes a nivel mundial junto a Rusia, India y China conformando el denominado “BRIC”.

Por último, apelamos a un relato de experiencia del gobernador paraguayo sobre relaciones de amistad y solidaridad existentes entre ambos mandatarios provinciales. Quién narra que, una noche se produce el nacimiento de un niño en la ciudad de Encarnación con graves problemas de salud, que requería atención médica urgente de alta complejidad. Por ese motivo él se comunica vía telefónica, con su par argentino, para salvar la condición de in-documentación del niño. Ya que trasladar al recién nacido al servicio de neonatología del hospital Materno-neonatal tendría una demora de sólo veinte minutos cruzando el puente Encarnación-Posadas. En tanto que, llegar a Asunción por vía terrestre en ambulancia demoraría de tres a cuatro horas, lapso de tiempo en el que el niño podría perder la vida. Este relato, nos permite la

articulación e interpretación de varios espacios jurídicos autónomos mezclados, tanto en nuestras actitudes, como en nuestros comportamientos, ya sea en momentos de crisis o de transformación cualitativa en las trayectorias personales y sociales, ya sea en la rutina fría del cotidiano sin historia. (...) de un derecho poroso que nos fuerzan a constantes transiciones y transgresiones (SANTOS, 1991, p. 32)

2. Acerca del espacio limítrofe misionero

El espacio puede ser representado en un mapa. Sin embargo, un mapa es un “*objeto vulgar*”, y como tal pertenece al sentido común, por lo cual el investigador debe distanciarse (SANTOS, 1991). Por lo tanto, el espacio para ser

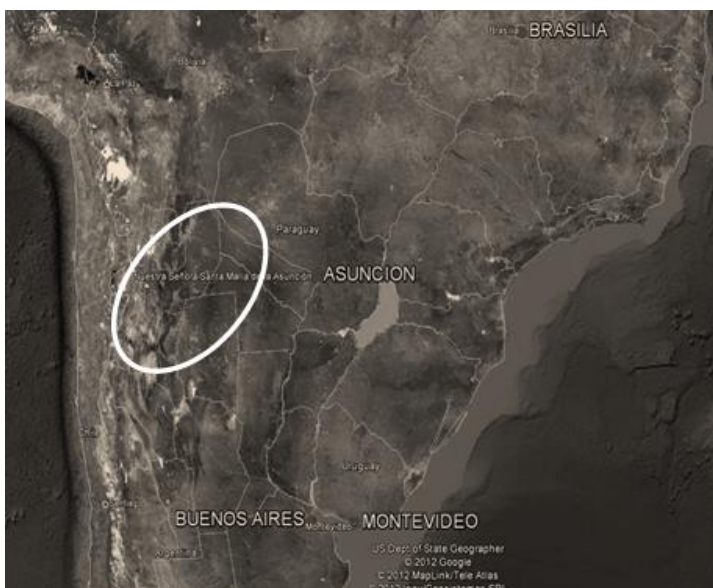
⁶ Expresiones del Gobernador Maurice Closs en el acto de Inauguración en el IV Encuentro del BRIPAM

problematizado superando la comprensión materialista-histórica del mundo debe abordar conceptos geográficos básicos, como “*espacio, lugar, tiempo, ambiente*” (HARVEY, 2006, p. 32). Desde la perspectiva “*geográfico cartesiano*”, este trabajo está situado en zonas fronterizas de la provincia de Misiones, razón por lo cual, diferenciaremos dos términos usados a menudo como sinónimos, estos son “*zona de frontera*” y “*línea de frontera*”. Consideramos, línea de frontera al límite entre los países que está constituida por una línea divisoria imaginaria delineada por el hombre, producto histórico de luchas, victorias, litigios, acuerdos, etc. En tanto, zona de frontera es una franja territorial más amplia creada por cada estado-nación hacia el interior de su límite con diferentes criterios. El Decreto 887 del Poder Ejecutivo Nacional Argentino establece que las zonas de frontera son “*zonas de seguridad*” para “*la defensa nacional*” y comprenden “*una faja a lo largo de la frontera terrestre y marítima*”. Más adelante, en relación al “*ancho de las zonas*” aclara que “*será variable y el Poder Ejecutivo lo fijará según la situación, población, recursos, e intereses*” con un “*máximo de 150 km en la frontera terrestre*” (...). En este sentido, la zona de frontera “*incluye la totalidad de la provincia de Misiones, exceptuándose, el ejido municipal de la ciudad de Posadas*” (Anexo I- DECRETO 887, 1994).

La centralidad que asume el espacio en este trabajo es inusitada en los debates de salud. Habitualmente el abordaje de lo sanitario se hace desde perspectivas biomédicas enfocadas en lo patológico como una entidad fija universal (GOOD, 1994; MENÉNDEZ, 2001) y el “*espacio contenedor*” carece de protagonismo en la construcción de relaciones entre las personas que lo habitan y por ende de la salud. Creemos que un término más apropiado para este debate es el de territorialidad, porque incluye al poder que tiene el estado sobre el espacio (BARRERA, 2009). En oposición a la mirada cartesiana del espacio surgen enfoques humanistas para tornar inteligible el rol que juega la compleja unidad espacio-tiempo, donde el territorio ya no es visto como un simple telón de fondo de las prácticas

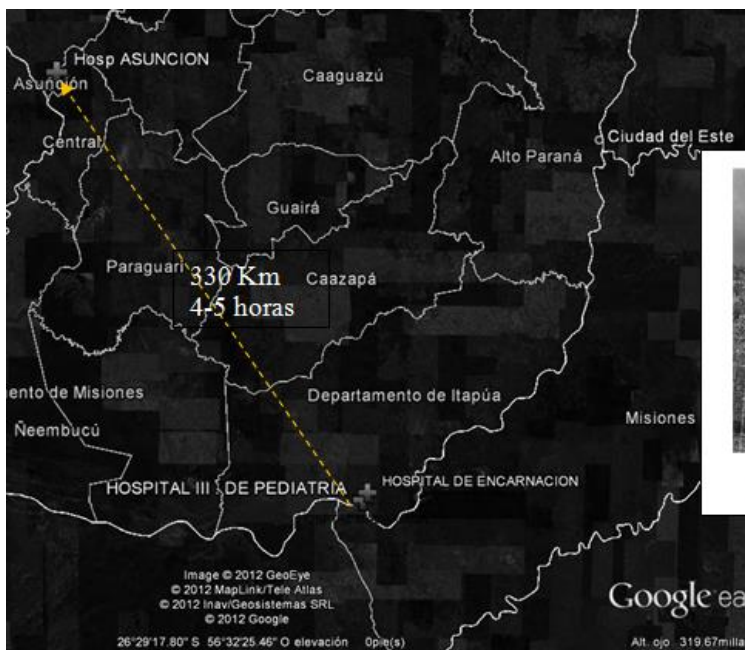
cotidianas para el mantenimiento de la vida y atención de la salud. Geógrafos como Harvey, Santos y Soja consideran que la realidad política y económica determina la estructuración espacial, en la cual, *“los cambios antrópicos producidos sobre el espacio (espacio socialmente construido) son condicionados por las necesidades del ser humano, de forma tal que la naturaleza, ya humanizada, refleja las relaciones desiguales entre las clases sociales”* (en BARRERA, 2009, p. 13).

Reconocemos que *“todos los mapas tienen un centro”* y que es una decisión arbitraria de los actores sociales elegir el *“espacio simbólico”* que *“funciona como centro”* o zona *“a partir del cual se distribuyen organizadamente los restantes espacios.”* (SANTOS, 1991:22-24). Aquí cambiar el foco el nivel local inter-fronterizo es representar el espacio en cartografías sociales mirando desde abajo al *“fenómeno estrictamente contemporáneo, diseñado desde arriba”* como es la *“universalización de las concepciones del Estado-nación – unidades en las cuales está dividido ahora el mundo entero”* (GOODY, 2001:13).



Mapa 1: Localización de Misiones en el MERCOSUR y distancia a las capitales donde funcionan las Cancillerías

La cartografía provee información a través del lenguaje visual (RAMBALDI, 2010). El mapa de la provincia de Misiones – ver mapa 1-, revela la imagen de un apéndice incrustado entre dos países que comparte menos del 10% de su frontera con el propio país. Por eso, para repensar modos de resolver la salud debemos aproximarnos a geografías postmodernas y críticas con el uso de herramientas como la cartográfica social que se sustenta en nociones de “*espacio concebido*” y “*espacio vivido*”. (BARRERA, 2009). A modo de ejemplo, la cartografía -ver mapa 2- en la cual se representa la trayectoria entre el sistema de referencia de salud nacional como “*espacio concebido*” –y la representación de la referencia en el espacio transnacional “*idea de espacio vivido*” – ver mapa 2 y 3- del caso del recién nacido paraguayo citado en este texto.



Mapa 2: Trayectoria de la referencia en sistema nacional de Salud



Mapa 3: Trayectoria de la referencia transnacional

Este relato puede aparentar como un caso fortuito, pero existen casos que se repiten de modo continuo de uno y otro lado y a lo largo de toda frontera. Siendo un rasgo de lo cotidiano la repetición, tanto en el tiempo como en el mismo espacio. De este modo, las prácticas cotidianas imprimen *agentes* en una forma de tiempo con funciones limitadas, hechas de reiteraciones simples y ciclos que se registran en la vida cotidiana de actores de la misma clase. (JAMESON, 1997).

A pesar de que, las fronteras siempre incluyen y excluyen, implican un adentro y afuera, también tiene intersticios, por lo que se vuelve porosa. Para este debate, el interés está centrado en grupos subalternos los cuales están invisibilizados cuando se habla de Mercosur desde la perspectiva del mercado, debido a que no todas las *personas* “*son semejantes en sus relaciones económico sociales o políticas*” (WOLF, 1999, p. 9). Sabemos que, una “*nación*” es un “*proyecto político*” (BARTOLOMÉ, 1987), y como tal, tiende a organizar y *homogeneizar* a la sociedad de dicho país hacia el interior de sus fronteras. La Argentina es un país con una estructura federal fuertemente centralizada, por lo que, las acciones sanitarias diseñadas dentro de la jurisdicción político-administrativa se organizan en ese sentido (JACQUIER, 2011). Si bien, el caso está lejos de ser lo que se denomina método de “caso extendido” ilustra relaciones sociales bajo las presiones conflictivas de principios y valores opuestos (GLEDHILL, 1999) que estructuran modos de resolver la salud en la frontera. Para Das y Poole uno de los modos de imaginar “*los márgenes del estado*” es en relación al “*espacio entre los cuerpos, la ley y la disciplina*” (en ASAD, 2008:53) por lo cual debe ser continuamente revisado. Dado que las zonas de frontera no son un “espacio vacío” sino que como en términos de Le Febvre es un “espacio habitado” (en BARRERA, 2009).

3. El panorama de la salud en la frontera

Desde su origen la salud pública se vinculó al capitalismo. Inicialmente, la salud de frontera fue considerada un fenómeno

geopolítico que afectaba el intercambio comercial. De este modo, la epidemia de fiebre amarilla padecida en el continente entre 1871 y 1906, dio lugar a un *“nuevo modelo de relaciones internacionales del que la salud pública forma parte [...]”* al mismo tiempo en que se creaban las naciones latinoamericanas, las cuales debían cumplir determinadas *“pautas convenientes para la seguridad y el comercio internacional”* (SACCHETTI, 2007, p. 7).

En este contexto, el proceso s/e/a es considerado otro constructo teórico social-cultural-histórico y políticamente que determina los modos de atender y entender la salud (OSORIO, 2001). Por eso para antes de analizar posibles articulaciones de servicios de salud fronterizos entre sistemas sanitarios de países constitutivamente heterogéneos repasamos particularidades macrosociales. Links Ribeiro caracteriza a la Argentina y al Brasil desde varios puntos de vista, a saber: a) fueron colonizados por diferentes potencias, lo que derivó sus respectivos idiomas, español y portugués; b) Argentina ingresa al mercado capitalista mucho antes de que se afianzara, con marcado centralismo porteño en lo económico-político, plasmado en la red tranviaria; c) Ambos se independizan en el siglo XIX, recién en el siglo XX el capitalismo se consolida; d) en un plano fenomenológico: Brasil y Argentina “encarnan” prototipo de estado-nación como *“tropicalista”* y *“europeísta”* respectivamente, simbolizado en lo arquitectónico y en el carácter de su población; e) el emplazamiento de Brasilia fue una intervención estatal tendiente a la integración de las elites regionales y asociadas a movimientos migratorios para el fortalecimiento fronterizo (LINKS, 2001).

Otro aspecto a tener en cuenta son los cambios ocurridos en las políticas sanitarias como parte de las políticas públicas. En los 90' toda América Latina cambió la concepción y manejo de la “cuestión social” con reformas neoliberales sustentadas en la eficiencia, que mermaron la capacidad de regulación estatal en relación a los mecanismos económicos y distributivos, a la vez que ampliaron los espacios de intervención de actores privados

(ESPINA, 2011). Estas reformas impactaron en la población generando polaridad, poca gente que goza de riqueza y mucha gente que padece extrema pobreza (OPS, 2004) que no resolvieron problemas centrales, como la fragmentación y segmentación del sistema de salud, cada país adoptó un modelo diferente de funcionamiento y financiamiento (DOMÍNGUEZ, 2006) acorde a sus ideologías y políticas. Este ajuste afectó, particularmente, a Argentina en el desmantelamiento del sector sanitario estatal y la descentralización de servicios de salud nacionales a las jurisdicciones provinciales. En provincia de Misiones, a partir 2007 con la ley 4.388 se descentraliza parcialmente el primer nivel de atención, hacia la jurisdicción municipal. Se transfiriere un presupuesto de un peso por habitante mensualmente para los programas de promoción y prevención. En cambio, Brasil es un país federativo cuyos municipios poseen autonomía presupuestaria, de recaudación y de gastos (ESPINA, 2011) crea el Programa Integral del Sistema de Salud Fronteras –SIS-. El SIS Fronteras es uno de los dispositivos gubernamentales en materia de protección de la salud para las regiones fronterizas de Brasil que tiene un componente económico para reforzar a municipios que brindan atención sanitaria a usuarios extranjeros, modificando normativas del Sistema Único de Salud – SUS- a nivel local en aspectos ético-políticos e institucionales para garantizar el derecho en salud de la gente que vive a uno u otro lado de la línea de frontera, independientemente del grupo étnico al que pertenece (Jacquier et al, 2009)

Aunque sabemos que, el MERCOSUR emerge como mecanismo de protección regional a los movimientos globales centrado en la dimensión económica y lo socio-sanitario queda en un plano subalterno. Pero, resultados de investigaciones previas sobre exclusión social en salud identificaron que en servicios de salud fronterizos del MERCOSUR hay un gran número de personas que demandan atención de salud en países fronterizos y que los servicios se ven presionados a atenderlas sin contar con condiciones técnicas y recursos humanos y

financieros para satisfacer dicha demanda. Esta población se caracteriza por pertenecer a estratos socioeconómicos pobres que residen en las regiones fronterizas de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, buscando consultas, remedios, análisis clínicos y atención hospitalaria en los más diferentes grados de complejidad (Jacquier, 2008). Si bien, la salud es un derecho humano fundamental -plasmado en la carta orgánica de los países del MERCOSUR- que guía decisiones políticas sobre la humanidad, en el campo sanitario orienta, tanto, la formación del recurso humano en salud, como, la organización de los servicios de salud. En 2008, la Organización Mundial de la Salud –OMS – como organismo rector a nivel mundial renueva la estrategia de Atención Primaria de la Salud –APS- tomando “el derecho a la salud” como un valor esencial (OPS, 2007). Cada país implementa según la interpretación que los gobiernos hacen de ella y de acuerdo a sus valores sociales. Asimismo, en los niveles operativos se encarnan en el *pensar* y en el *hacer* de los actores sociales del equipo de salud, de las más variadas formas en comportamientos concretos. Esto se dejar ver en la entrevista realizado a un gestor de salud del nivel provincial de Misiones, quién expresa:

[...] en el Ministerio de Salud Pública –MSP- provincial no hay ningún área de salud de frontera –SF- , porque todo lo referente a salud de frontera es de Jurisdicción Nacional. Las reglamentaciones de salud de frontera se firman entre los países a nivel nacional, allá en Buenos Aires y se puentea la jurisdicción provincial. Solo hay acciones espasmódicas frente a epidemias, como ocurrió con el SARS [...]

Las autoridades sanitarias municipales como del gobierno provincial de Misiones, se sienten limitados a implementar políticas públicas efectivas como de las instancias federales, a asumir su plena responsabilidad de reconocer las dimensiones de este patrón de comportamiento y de jurisdicción.

Usoo, Eto, Igarashi, Ciudad del Este



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

⁸ En Argentina los servicios de salud están categorizados en 3 niveles de complejidad, NIVEL I, II y III para la atención de bajo, mediano y alto riesgo respectivamente.

Además, en lo procesual durante el trabajo de campo observamos como usuarios de un hospital de Misiones en la frontera argentino-brasilera salían de la consulta médica sin atención. El acto les era negado (aunque fueran argentinos), debido a su lengua, cuando hablaban portugués, no eran atendidos, si bien esta situación dista de aquellos conflictos relatados por Goody (2001) en India, Israel y Chipre después de la II Guerra Mundial desencadenados por la “limpieza étnica” caracterizados por ser violentos y de masa. Creemos que reflexionar sobre todo tipo de prácticas que generan exclusión en salud permite repensar otras formas de atender la salud. Entendemos, además, que el equipo de salud, como grupo no actúa de modo homogéneo (RAVELO, et. al., 2006). Debido a que, cuando los servicios de salud y recurso humano son escasos y se encuentran en lugares alejados esto no se puede minimizar y son oportunidades para analizar lo “étnico” en situaciones sanitarias de conflicto y posiciones de subordinación. Como es en el modelo médico hegemónico, en el cual, el “paciente” se encuentra sometido a la dominación por parte del médico (MENENDEZ, 2009).

Volviendo la mirada al espacio inter-fronterizo en el Mercosur, podemos avanzar para pensar en otras formas vivir la frontera y de atender la salud en la frontera, como son las experiencias exitosas tendientes a la universalización de la atención entre las ciudades gemelas de Rivera- Santana do Livramento -Uruguay y Brasil.⁹ En el ámbito de la Unión Europea también se han dado este tipo de experiencias con el mismo fin de garantizar la atención médica básica

⁹ En 2005, se crea el “*Comitê Binacional de Integração em Saúde*”, con el objeto de: a) dar participación a la sociedad en las políticas públicas de salud; ser un instrumento deliberativo y acciones de salud comunitaria; b) ser un canal de información, e interacción entre niveles municipal, estadual, nacional y MERCOSUL; c) aplicar normativas de armonización a nivel regional; d) articular entidades de saúde dos 2 Países. En 2006 por un paro del SUS –Brasil- una acción cooperativa para dar atención gratuita a las mujeres embarazadas de la frontera.(NOGUEIRA, 2011)

Reflexiones finales

Las asimetrías existen a nivel macro-social entre los países son innegables. Las cuestiones de comercio entre países, incluso entre los del MERCOSUR son competencia de la jurisdicción nacional, por lo que, se resuelven a través de las cancillerías. En el campo sanitario ocurre lo mismo, la problemática de salud de frontera es de resorte de la nación. Sin embargo, reflexionar en este espacio de decisores políticos, líderes locales, que en principio se reunirían únicamente para tratar cuestiones vinculadas a las trabas aduaneras y económicas, permitió empezar a pensar que también es necesario abordar un tema tan sensible, como es la salud. Este cambio de perspectiva, de colocar el foco en el escenario local, nos reconocemos como potenciales actores activos de la realidad, permite al menos poner el tema de la salud de la población que vive en la frontera dentro de la agenda política del BRIPAM.

En este trabajo se puso énfasis en la representación del espacio, aunque no se haya realizado una cartografía participativa, permitió transverzalizar perspectivas más humanistas para analizar el espacio y la salud proactivamente. Para ejercer el derecho a la salud, como derecho humano que debe ser trabajado y repensado desde la complejidad del fenómeno. Ya no hablando desde un estado de excepción, sino a partir de la idea que la porosidad de la frontera presenta cercanías tanto en relación a la distancia, como también en relación a la cercanía de lo conocido que favorece articulaciones entre sistemas sanitarios, que aunque responden a lógicas racionales nacionales diferentes pero que tienen una función similar. En algunos lugares y campos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, particularmente en salud, suele aparecer como una mera metáfora o imaginación sociológica. Como cuando cotidianamente en situaciones de urgencia sanitaria y de proceso vitales -como la atención de partos- en la cual en Misiones prácticamente en todo el margen fronterizo con el Brasil se encuentran servicios de baja complejidad del lado

argentino y barreras burocráticas limitando el acceso y derecho a la salud en determinados grupos poblaciones. Así como “*ciudades mundiales*” acaudaladas funcionan “*como estados – nación en una economía global interconectada*” (APPARUDAI, 2001, p.3). Las ciudades gemelas de las fronteras son unas unidades que pueden repensar sus necesidades en ese espacio-tiempo como las necesidades de atención sanitaria. Finalmente podemos interrogarnos “¿qué es lo que hace a un pueblo –esto es, un grupo étnico– diferente. ¿Está la unidad que poseen, basada en el lenguaje, en las creencias, el origen, o la cultura en un sentido laxo? La etnicidad abarca todo, a la vez que oculta todo” (GOODY, 2001, p.7-8).

Cambiamos de un plano meramente económico a otro sanitario, sin dejar de considerar que la atención sanitaria tiene un costo, pero que la salud no es una mercancía. Hay dispositivos explícitos como el SIS Frontera que si no se conocen no se pueden hacer operativos para resolver las diferencias étnicas.

El mapa es una excelente herramienta visual para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud en la frontera, favoreciendo lo que nuevo modelo de Atención Primaria de la Salud afirma, en el sentido, que las políticas de salud debieran estar apoyadas en políticas de desarrollo más global, dinámico... sin desatender aspectos específicos de las enfermedades. Otra herramienta más operativa sería la cartografía social participativa sobre el uso de cada uno de esos espacios para luego avanzar hacia compromisos legislativos de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud.

Referencias Bibliográficas

AINSA, F. y FERGUSON, J. **Utopia, Promised Lands, Immigration and Exile.** *Diogenes*, n 30: 49-64. 1982.

AMNISTÍA INTERNACIONAL. **Poner fin al ciclo brutal de violencia contra las mujeres en Ciudad Juárez y la ciudad de Chihuahua.** AI índice: AMR 41/011/2004/s. 2004.

APPADURAI, A. Nuestros terroristas, nosotros mismos. En: **El rechazo de las minorías.** Ensayo sobre la geografía de la furia. Barcelona: Tusquets .Cap. 5: 111-142. 2000.

ASAD, T. ¿Dónde están los márgenes del estado?. **Cuad. antropol. soc.,** Buenos Aires, n. 27, 2008.

BALIBAR, É. y WALLERSTEIN, I. **Raza, nación, clase.** Las identidades ambiguas. Madrid: IEPALA. pp.: 111-134, 1991[1988]

BARRERA LOBATÓN, S. Reflexiones sobre Sistemas de Información Geográfica Participativos (SIGP) y cartografía social. Cuadernos de Geografía. **Revista Colombiana de Geografía.** n. 18, p. 9-23, 2009.

BARTOLOME M.A. Afirmación estatal y negación nacional. El caso de las minorías en América Latina. En: **Suplemento Antropológico.** v. XXII, n. 2, Asunción, 1987.

BAUMAN, Z. Urban Space Wars: On destructive order and creative chaos. **Space and Culture,** v 2, p. 109-123, 1998.

DE LA CADENA, Marisol. 2008. “Introducción” en De la Cadena, Marisol (Ed.) **Formaciones de indianidad.** Articulaciones raciales, mestizaje y nación en América Latina. Pp.: 7-34. Lima: Envién.

DECRETO LEY 15.385/1944

DECRETO Nº 887 -1994 - ANEXO I . Limite de la zona de frontera para el desarrollo de la Ley 15.575 y de Zonas de Seguridad de frontera – Decreto Ley 15.385/44 y Ley 12.913

DECRETO MERCOSUR 28/12. X CMC EXT. **Reglamentación de los aspectos operativos de la suspensión de la República del Paraguay.** Brasilia, 30/VII/12.

DOMÍNGUEZ UGÁ MA, SORAREZ SANTOS I. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública.** Río de Janeiro. 2006, ago, 22(8): 1597-1609.

GOOD, B. **The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain.** In: Medicine. Rationality and Experience.1994.

GOODY, J. Iconos Implacables. **New left review**, n.7, p. 5-15, 2001.

GLEDHILL J. **De la macroestructura al microproceso: análisis antropológico de la práctica política.** El Poder y sus disfraces. Barcelona, Bellaterra, 1999.

GOW, Peter. 1995. “Land, people and paper in Western Amazonia” en HIRSCH, Eric y HANLON, Michael. **The Anthropology of landscape.** Oxford: Clarendon Press.

GREGORY, Steven. 2003. “„Men in paradise: Sex tourism and the political economy” en Moore, Donald et al. **Race, nature and the politics of difference.** Duke University Press.

GRETTON, Thom. 2001. “The Cityscape and the people in the prints of José Guadalupe Posada” en BORDER, Iain et al. **The Unknown City.** Cambridge: MIT Press.

GROSSBERG, Lawrence. "The space of culture, the power of space" en CHAMBERS, Iain y CURTI, Lidia. **The post-colonial question**. Common skies. Divided Horizons, Pp.: 169-88. London: Routledge.

HARVEY, David. **A reinvenção da geografia: uma entrevista com os editores da New Left Review**. A produção capitalista do Espaço. São Paulo, Annablume. Cap. 1: 15-40, 2006.

JACQUIER N, DOS SANTOS L. Y CENTENO J. **Informe presentado al CIDET- UNaM**. Proyecto: Frontera MERCOSUR: Protección Social en Salud. 16Q324- 2008

JACQUIER N. Salud Pública y Comunitaria. En: **Introducción a la Enfermería Comunitaria**: Una contribución a la Salud Colectiva. Posadas, Creativa, 2011.

JACQUIER, Nora 2011 -III SEPOME – **Seminário de Política Social no MERCOSUL** Temas Emergentes e perspectivas para o Futuro Universidade Católica de Pelotas – Mestrado em Política Social 27 a 29 de abril de 2011.

JAMESON, Frederic. 1997. "The cultural logic of late capitalism" en LEICH, Neil. **Rethinking architecture**. A reader in cultural theory. London: Routledge.

MARCUS, George. 2001. "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal", **Alteridades** 11(22): 111-127.

MENÉNDEZ E, 2001 - Biologización y racismo en la vida cotidiana. **Alteridades**, v. 1, n. 21, p. 5-39.

MENÉNDEZ E, 2009. DE SUJETOS, SABERES Y ESTRUCTURAS. **Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva** Lugar Editorial -UnLanús.

DECRETO N° 28/12. MERCOSUR

NOGUEIRA, Vera Maria RIBEIRO. **Relatório técnico de pesquisa:** “Ampliando o Direito à Saúde - Experiências de Cooperação entre Sistemas e/ou Serviços de Saúde em Linha de Fronteira. Florianópolis, UCPel, 2011.

OPS/OMS, ASDI. **Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe.** Serie 1. Edición revisada. Washington D.C. OPS, 2004.

OPS/OMS. **La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas.** Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS, 2007

OSORIO CARRANZA, R M. **Entender y atender la enfermedad.** Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México, CIESAS, 2001.

PEITER P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y servicios de salud. **Caderno Saúde Pública**, Río de Janeiro, v. 23 Sup 2, p. 237-250, 2007

RAMBALDI, G. **Modelado Participativo Tridimensional:** Principios Orientadores y Aplicaciones. Edición 2010. CTA. Wageningen, Países Bajos.

RAVELO BLANCAS, P. y DOMINGUEZ RUVALCABA, H. Los cuerpos de la violencia fronteriza. **Nómadas**, n. 24, p. 142-151, 2006.

LINKS RIBEIRO, G. **Tropicalismo y europeísmo.** Modos de representar o Brasil e a Argentina. Ed Universidade de Brasília. Departamento de Antropologia. 2001.

SACHETTI L. y ROVERE M. La Salud Pública en las relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos. **El Ágora**, Córdoba, 2007.

SANTOS, De Sousa B. Una cartografía simbólica de las representaciones sociales. Prolegómenos a una concepción posmoderna del derecho. **Nueva sociedad**, n 116, p. 18-38, 1991.

SEGATO, Rita. 2004. **Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado**: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en ciudad Juárez. Serie Antropología 362. Brasilia: Departamento de Antropología Universidad de Brasilia.

Territorio Digital. **Intendentes del Mercosur conformaron el BRIPAM**. 10-3-2012.<http://www.territorioidigital.com/notaimpresa.aspx?c=1759087219563472>

WAINWRIGHT, J. y BRYAN, J. 2009. "Cartography, territory, property: postcolonial reflections on indigenous counter-mapping in Nicaragua and Belize". **Cultural Geographies**, 16: 153-178.

WALLERSTEIN Inmanuel. **Análisis de los sistemas mundiales**. En: La teoría social, hoy. México: Alianza, 1991.

WOLF, E. **Las Luchas campesinas del siglo XIX**. México, Siglo XXI Editores, 1999.

ZEMELMAN, H. **Voluntad de conocer**. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico. Barcelona, Anthropos Editorial, 2005.

Souto P. (Coord.) **Territorio, lugar, paisaje**. Prácticas y conceptos básicos en Geografía. Buenos Aires, Editorial de la facultad de Filosofía y Letras UBA, 2011.

Recebido em 04/11/2013 e
aceito em 04/12/2013.

Title: *Health services across borders: an utopia?*

Abstract: *This article reflects on space as an object of political action for the exercise of the right to health in border areas of Misiones. In order to incorporate health issues in the agenda of Block Regional Prefects and Mayors MERCOSUR-BRIPAM-2012, our research team was invited to participate in this political space. We start with two assumptions, which aim to consider the space, as a socially constructed dynamic object. Both the border and as the health / disease / care are theoretical constructs that can be critically rethought our local reality. Examining in the light of contributions of geography, politics and medical anthropology, health care forms of subaltern populations in the Twin Cities border. Approach that can come into tension with the rationality of the nation state.*

Keywords: *space; borders; health systems; Nation State.*
