


Usos y apropiaciones del sistema de salud privado por parte de los migrantes chinos en Argentina

Uses and appropriations of the private health system by Chinese migrants in Argentina

María Florencia Incaugarat*

 <https://orcid.org/0000-0002-0852-0735>

E-mail: flor.incaugarat@gmail.com

*Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Centro de Estudios Sociales y de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El presente artículo aborda las formas de apropiación de los migrantes chinos respecto al sistema de salud argentino, haciendo hincapié en el sistema privado en contraposición al de salud pública. Este caso se enmarca en un trabajo de campo etnográfico multisituado realizado con migrantes chinos principalmente en la ciudad de Mar del Plata, pero también en la ciudad de Buenos Aires. También una estancia de investigación realizada en la ciudad de Hangzhou, provincia de Zhejiang, China, posibilitó dar cuenta de las formas de apropiación del sistema de salud local en el país de origen. En suma, aquí se retrata una baja apropiación general del sistema de salud local por parte de los migrantes, tanto público como privado, salvo en el caso de urgencias, primando la autoatención al interior del grupo del grupo migrante. La diferenciación en los usos y apropiaciones del sistema de salud público y privado reside en que se acude al primero prioritariamente para acciones de prevención primaria como son los controles del desarrollo infantil y del embarazo, como así también para padecimientos menores. Por el contrario, los migrantes suelen recurrir al sistema de salud privado ante casos de mayor complejidad y gravedad, mostrando una priorización del uso del tiempo bajo una lógica de costo-beneficio.

Palabras clave: Migración china; Salud Pública; Sistema de salud privado; Etnografía.

Correspondência

Funes 3350, Mar del Plata, CP 7600. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Abstract

This article addresses the forms of appropriation of Chinese migrants regarding the Argentine health system, with an emphasis on the private system in contrast with the public health system. Also, a research stay carried out in the city of Hangzhou, Zhejiang province, China, made possible to account for the forms of appropriation of the local health system in the country of origin. In sum, here is portrayed a low general appropriation of the local health system by Chinese migrants, both public and private, except in the case of emergencies, prioritizing self-care within the diasporic group. The differentiation in the uses and appropriations of the public and private health system resides in the fact that the former is used primarily for primary prevention actions such as child development and pregnancy controls, as well as for minor ailments. On the contrary, migrants tend to choose the private health system in cases of greater complexity and severity, showing a prioritization of the use of time under a cost-benefit logic.

Key words: Chinese migration; Public health; Private health system; Ethnography.

Introducción

A partir de un trabajo de campo etnográfico realizado con migrantes provenientes de China en Argentina, el presente artículo propone describir las formas en que este grupo migrante interactúa con el sistema de salud local, compuesto por el sector público (universal y gratuito), el sector de seguro social obligatorio (conocido localmente como “Obras Sociales”) y el sector privado. Así, se pretenden describir las racionalizaciones que los actores despliegan al respecto de la elección del sistema privado en contraposición al de salud pública y de contratación de un seguro médico, así como explicitar las situaciones en las que acuden a uno u otro. Del mismo modo, se ponderan las heterogeneidades al interior de la diáspora, dadas en parte por razones geográficas, generacionales, condición laboral y tipo de migración. Entre otras, estas variaciones no solo rompen con la imagen homogénea de la “comunidad china”, estereotipo recreado y difundido en parte por los medios de comunicación, sino que explican las diferencias en la interacción con el sistema de salud local. Para esto se recurrirá a datos del trabajo de campo etnográfico llevado a cabo entre 2012 y 2020, en el cual se realizó una observación participante, tanto en el sistema de salud público local, como en casas de familias migrantes de la ciudad de Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires), así como entrevistas y conversaciones informales con migrantes chinos en la ciudad de Buenos Aires, algunos de ellos informantes claves de la investigación. También servirá de contrapunto una estancia breve de investigación realizada en la República de Popular de China (RPCh) en el año 2018 sobre las formas de apropiación del sistema de salud en la sociedad de origen.

Los itinerarios terapéuticos en el contexto migratorio: una primera aproximación

Al llegar a Argentina, los migrantes chinos deben reconfigurar los modos por los que dan respuesta a sus problemas de salud, al mismo tiempo que deben confrontarse, muchas veces, con otros modos

de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención. Más en concreto, a partir del seguimiento de los itinerarios terapéuticos que los actores involucrados despliegan en el contexto migratorio, en esta investigación se pudo dar cuenta que los migrantes realizan una apropiación diferencial y estratégica no solo de las llamadas “medicina china” y “occidental” (utilizados aquí como términos nativos), sino también del sistema público y privado. Respecto al primer caso, desde una perspectiva generalizada entre la mayoría de los interlocutores, tanto en el contexto migratorio como en China, la “medicina occidental” es considerada idónea para el tratamiento de enfermedades agudas por lograr efectos más rápidos que la “medicina china”. Por el contrario, esta última suele elegirse más para abordar enfermedades crónicas puesto que, aunque tiene efectos más lentos respecto a la biomedicina, es más efectiva y, sobre todo, no presenta efectos secundarios como muchos tratamientos biomédicos. Del mismo modo, la “medicina china” suele preferirse para acciones preventivas y fases de recuperación/rehabilitación de un padecimiento (Incauragarat, 2022)

En este sentido, cabe aclarar que si bien en el primer caso operan nociones ciertamente definidas entre los alcances y beneficios de cada modelo médico, en el segundo caso, pueden leerse lógicas de corte pragmático en términos de costo-beneficio, consumo y tiempo. En el presente artículo, nos detendremos en este segundo eje de la construcción de los procesos de salud-enfermedad-atención de los migrantes chinos en el país, para el cual serán necesarias algunas aclaraciones preliminares.

Así, por un lado, a partir del trabajo de campo realizado en el sistema de salud local y en los hogares de familias chinas, se pudo relevar que, en general, los migrantes prefieren no acudir a los servicios de salud locales salvo en situaciones de urgencia. En los demás casos, suelen llevar a cabo prácticas de autoatención en casa siendo este el “primer nivel real de atención” (Menéndez, 2003). Además, como había sido relevado posteriormente por la Encuesta Nacional Migrante Argentina realizada por CONICET y la Red de Investigaciones en Derechos Humanos (Debandi et al., 2021), estas prácticas se encuentran estrechamente ligadas con saberes de la “medicina china” (Incauragarat, 2016), y cabe aclarar

que según el sistema clasificatorio nativo, también se dan prácticas de autocuidado vinculadas a una apropiación dialógica de la biomedicina, tanto en su país como en el contexto migratorio.

Por otro lado, cuando los migrantes optan por asistir al sistema sanitario, al menos en el caso marplatense, lo hacen mayoritariamente a los servicios de salud pública, mostrando una elevada apropiación de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), llamados coloquialmente a nivel local como “*salitas*”. Con respecto al uso de estos servicios de Atención Primaria de la Salud (APS), los más difundidos entre la población migrante son los controles preventivos, tanto de embarazo como de desarrollo infantil. Por último, como no suelen contar con una obra social o prepaga, los migrantes evitan los servicios de salud privados salvo en casos de urgencia o de mayor complejidad al que puede resolverse en el sistema de salud pública. Tomando en cuenta este contexto, este artículo, se detendrá puntualmente en reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Por qué razones los migrantes chinos acuden al sector privado?, ¿Bajo qué circunstancias? y ¿Cuáles son las racionalidades que elaboran al respecto?

Ramificaciones de los itinerarios terapéuticos: apropiaciones del sistema privado

En una de nuestras conversaciones informales, Marco (fujianés, 30 años) me decía: “*salita u hospital tarda muuucho tiempo, más rápido clínica y pagar turno*”. En este sentido, como se pudo observar en el campo, si bien el sistema de salud público brinda un servicio de turnos con cierta celeridad para lo que son los controles infantiles y del embarazo, no sucede lo mismo cuando se quieren solicitar consultas con especialidades médicas de mayor complejidad (gastroenterología, neurología, traumatología, etc.). Para estos casos, los pacientes deben esperar para el turno, en muchas ocasiones, más de seis u ocho meses. Del mismo modo, si una persona se acerca por demanda espontánea a un CAPS, existe la posibilidad de que sea atendida en el día, pero luego de esperar largas horas hasta poder ingresar a la consulta (dependiendo del sistema propio de provisión de

turnos de cada centro). Asimismo, salvo en los casos de algunos de los 32 CAPS con los que cuenta la ciudad de Mar del Plata que cumplen guardias de 24 horas, el horario de atención de este tipo de centros suele ser del lunes al viernes y desde la mañana hasta la tarde, realizando jornadas laborales por lo general de ocho horas, por lo que fuera de esos horarios o durante el fin de semana, en caso de una urgencia, las personas deben acudir al Hospital Regional (el único hospital público general de agudos de la Región Sanitaria que encabeza la ciudad de Mar del Plata)¹ o al sistema privado. Asimismo, lograr un turno en los CAPS por demanda espontánea se vuelve muchas veces una tarea de difícil concreción. Por ejemplo, en uno de los CAPS en los que realicé trabajo de campo, los pacientes deberían acudir en el mismo día a primera hora (en muchos casos las filas se comenzaban a formar antes de que se abriera el centro), y una vez dado el turno volver a la hora indicada o quedarse esperando allí (en el caso de obtenerlo, puesto que, al llenarse el cupo, deberían volver al día siguiente y repetir el procedimiento).

Los migrantes chinos con los que realicé trabajo de campo expresan con amplio consenso el “no tener tiempo” y la urgencia que reviste el trabajo. En este sentido, hay que destacar que la mayoría de los migrantes de origen chino en Argentina son provenientes de la provincia sureña de Fujian y el rubro laboral que generalmente desarrollan es el de venta minorista de alimentos. Además, el “superchino” ya forma parte de prácticamente todo paisaje urbano en los barrios bonaerenses y porteños. Probablemente por esta razón, el estereotipo reinante en la sociedad receptora sobre el migrante chino lo asocia como sinónimo de supermercadista, más allá de la heterogeneidad al interior de la diáspora en términos de rubro laboral o provincia de origen. Más allá de esto, es característico que los migrantes vinculados sobre todo al trabajo en supermercados trabajen durante largas jornadas en sus comercios, desde la mañana hasta la noche, con pocos momentos para el descanso. Es por ello que muchas veces, ante las demoras prolongadas en el sector público, suelen mostrarse disconformes o comparar con los tiempos del sistema de salud chino donde “*vas una mañana y te lo hacen todo*” [refiriéndose a los controles de salud].

En este sentido, el sistema de salud público, aunque gratuito, les suele resultar contrario a sus posibilidades (reales o percibidas). Esto explicaría un hecho recurrente observado en las historias clínicas del sistema de salud público consultadas durante la investigación, en que, ante los casos de larga espera, se registra un alto ausentismo. Cabe aclarar que, por lo general, esto sucede solo en el caso de los turnos de este tipo de especialidades puesto que en los controles del desarrollo infantil el ausentismo suele ser muy bajo. Por lo conversado con mis interlocutores, ante estos casos en los que deben aguardar meses para ser atendidos por un profesional, es muy probable que recurran al sistema privado. Sin embargo, si el padecimiento no es acuciante, una vez tolerado el malestar, desisten de realizar la consulta, y en todo caso esperan a realizar algún viaje a China y “aprovechar” la oportunidad para ser atendidos allí. También esta opción de la atención en el país de origen emerge ante casos de gravedad que la biomedicina local no pudo resolver de manera satisfactoria.

Así y todo, hay que destacar que, tal como se relevó a partir de la estancia de investigación realizada en China y como refirieron mis interlocutores, del mismo modo que la elección entre la biomedicina y la “medicina china” ocurre de forma complementaria y no excluyente (Incaugarat, 2022), lo mismo sucede a nivel local con el sistema de salud público y el privado. Es decir, los migrantes realizan una serie de apropiaciones estratégicas y dialógicas de ambos sistemas, en términos de la eficiencia que brinda cada uno de ellos en sus diferentes servicios.

Otro punto saliente, sobre todo muy llamativo para el equipo de salud, es que salvo en escasas ocasiones, los migrantes no cuentan con una obra social o medicina prepaga. Las excepciones se dan cuando el migrante trabaja en relación de dependencia, pero son mínimos ese tipo de casos en la ciudad. Por ejemplo, mi profesora de idioma (50 años, proveniente de Beijing), quien trabaja para la universidad local como docente y recibe el servicio mutual universitario, es una de esas excepciones, visto que la mayoría de los migrantes son supermercadistas y autónomos.

Un caso distinto, esta vez no en Mar del Plata sino en la ciudad de Buenos Aires, es el de los

empleados de las grandes empresas chinas como Huawei, ICBC o ZTE, quienes cuentan con prepagas consideradas a nivel local como “premium” pues gozan de mayor prestigio en el ámbito sanitario, invistiendo de un estatus socioeconómico elevado a su portador. Así y todo, incluso en estos casos, la apropiación de los sistemas de salud es mínima. Por ejemplo, a raíz de una consulta odontológica por un dolor de muelas, Esteban (joven de 26 años, empleado en ese entonces de una empresa china radicada en Puerto Madero, proveniente de la provincia de Guangdong) me comentaba que esa era la primera vez en sus tres años en el país que asistía a un servicio de salud argentino. Ante mi pregunta si no había sentido ningún malestar en todo ese tiempo, me dijo que eventualmente sí, pero nada grave como para acudir a una guardia o sacar un turno médico. Me explicaba que asistir a un servicio de salud en un país ajeno era algo muy “extraño” y podía llegar a ser un poco “incómodo” sobre todo por “*el problema del idioma*” y por el desconocimiento de los sistemas sanitarios locales. Cabe aclarar que el nivel de manejo de idioma español de Esteban era muy bueno, habiendo estudiado literatura latinoamericana en China y residido en otros países de habla hispana antes de trasladarse por la empresa a Argentina. Así y todo, desde su punto de vista, consideraba que sus conocimientos eran insuficientes para desarrollarse de manera satisfactoria en el sistema de salud local.

Otro caso particular que sucede en la ciudad capital es el de las familias supermercadistas (también en su mayoría de Fujian como sucede en la ciudad de Mar del Plata) que contratan una de las obras sociales “premium” solo para el periodo comprendido entre el embarazo y los primeros meses del bebé, y luego se dan de baja. Llegué a este caso por una médica psiquiatra de origen chino, quien vive en el país desde su niñez (Qing, 40 años), y oficia como mediadora entre los profesionales de la salud y los usuarios chinos. En un contexto de entrevista, Qing me comentó que, primero asistiendo a familias amigas o cercanas, se fue “corriendo la voz” al interior de la diáspora de su buen manejo del español y de sus conocimientos médicos, características que le conferían a ella cualidades idóneas para intermediar en situaciones de atención médica. Así, comenzaron a contactarla con mayor

frecuencia, hasta el punto de convertir esta actividad en una salida laboral para sí, además de su trabajo como psiquiatra. Me comentaba que, efectivamente, su rol consiste en asistir en la mediación, lingüística y cultural, no solo en los casos de partos, sino también ante urgencias médicas o turnos programados de otra clase, aunque estos con menor frecuencia. En la mayoría de los casos de asistencia a las mujeres embarazadas, refirió que las familias contratan con antelación la antedicha prepaga, y el servicio para el cual Qing era convocada no abarcaba solo el momento del parto, sino también desde los controles de embarazo hasta los primeros controles pediátricos del bebé. En este sentido, me explicaba que, exceptuando el periodo del embarazo, en que más usan los servicios de salud, su apropiación por parte de los migrantes era muy baja. Es decir, solo ante casos de urgencia, como ya había observado a partir de los múltiples intercambios con mis interlocutores tanto en Mar del Plata como en Capital Federal. De esta forma, los migrantes contratan la prepaga al momento del embarazo, y luego se dan de baja visto que la consideran un gasto fijo injustificado.

Como veremos a continuación, esta racionalidad y apropiación estratégica del sistema de salud local es muy similar a la elaborada por los migrantes en Mar del Plata. Y más aún, la apropiación del sistema de salud privado está relacionada con una reproducción de la lógica desplegada respecto al sistema de salud en el país de origen, cristalizada en la frase: “*si me siento mal, voy y pago*”, recurrente entre los interlocutores. En este sentido, como desarrollan Si y Jiang (2015) y como refirieran los interlocutores, si bien suelen acudir al sistema público chino, deben abonar de todos modos los gastos de la consulta, la internación o el procedimiento que se lleve a cabo. Por otro lado, si bien en los casos de relación de dependencia, el Estado cubre un proporcional, dicha contribución funciona a partir de un sistema de reembolso, por lo que los pacientes deben abonar la totalidad del costo al momento de la consulta, en general con ahorros que reservan para este tipo de eventualidades.

Prácticas de consumo y el “Desiring Self”

Como se ha mencionado arriba, el hecho de no contratar un servicio de medicina prepaga es percibido con desconcierto por el equipo de salud.

En una de las observaciones participantes realizadas en los CAPS locales, una empleada administrativa me decía con expresión de sorpresa y desagrado el no poder entender que: *“los chinos tienen celulares último modelo, y son capaces de contratar una obra social!... vienen en autos carísimos pero no se preocupan en llevar a sus hijos al privado...”*. Yo vería expresiones o caras de desaprobación similares por parte de otros miembros de los equipos de salud, ante la negativa de las familias chinas al ser consultadas por la contratación de una prepaga.

Es interesante aquí resaltar la tensión que se produce entre las concepciones nativa y local en este sentido. Por un lado, el equipo de salud parecía partir de la presunción de que el servicio público es de menor calidad que el privado, por lo que cualquiera que dispusiera de los medios debería atenderse en ese sector. Por otro lado, esta racionalidad parecía coincidir con la representación generalizada en la población local al respecto de la cobertura médica privada. De este modo, el hecho de no contar con una obra social o prepaga suele ser vivido con angustia por ciertos sectores de la clase media, que afrontan, muchas veces, gastos mensuales onerosos en estos servicios *“por si las dudas”*. Es decir, en el caso de una urgencia y no contar con una cobertura médica, no tuvieron *“otra alternativa”* que *“caer”* en el servicio público.

La racionalidad de los migrantes es opuesta. Como me explicaba un fujianés supermercadista, (Yue, 28 años): *“Nooo, ¿para qué? Es muy caro. ¿Para qué pagar todos los meses 5000-6000 pesos [unos 150 dólares americanos en 2019], o mucho más, si no voy a ir? No voy nunca al médico, si me siento mal, voy y pago, más barato”*. La misma lógica prima en el caso de las mujeres embarazadas que acuden a Qing, y contratan una prepaga por el tiempo en el que utilizarán de forma asidua el sistema privado, *“sacándole un provecho”* durante un periodo determinado. Vemos entonces que la razón no es tan *“exótica”* como se podría aducir dada una supuesta *“distancia cultural”*, sino en realidad, opera una lógica economicista y de costo-beneficio, mediante la cual se clasifica si un gasto se justifica realizar o no. Como resultado, lo que impera es una apropiación estratégica de diversos sistemas, subsistemas y modelos de cuidado de la salud.

Con relación a esto, una serie de estudios sobre migrantes chinos en otros países (Cao, 2011; Ribas da Costa, 2013; Badanta Romero et al., 2017) argumentan que no contratar una medicina prepaga o acudir al servicio público se suele deber tanto a una lógica austera, como a una baja disponibilidad de recursos económicos. En una primera etapa de mi investigación, yo también creía que esta era la razón por la cual se observaba un mayor uso del servicio público, siguiendo la representación colectiva sobre los migrantes chinos del *“vienen para trabajar”*, y que todo el dinero ganado se destinaba a ahorrarlo o enviarlo a sus familias en China. Esto se debía a que las veces que interactuaba con ellos era durante su jornada laboral (donde se hacían un momento para cerrar la caja o recibir un relevo y tomar un té en el hogar), o en *“las salitas”*, cuando una vez terminado el turno volvían rápidamente a seguir con su jornada laboral. Veremos a continuación cómo operan otras lógicas que echan por tierra este tipo de interpretaciones.

Al llegar el domingo, muchos de los migrantes optan por cerrar sus supermercados. Así, utilizan el día para descansar y realizar alguna salida de esparcimiento, aunque no muy extensa (2-3 horas) y luego retornar a sus hogares a descansar. Aquellos que no cierran sus negocios, suelen rotar o dejar al personal a cargo y realizar alguna actividad de tiempo libre. A este tipo de prácticas pude acceder en una instancia más avanzada del trabajo de campo en el cual había logrado un contacto más estrecho con las familias chinas, y empecé a acompañarlas en otras actividades no estrictamente vinculadas al campo de la salud. Así, comencé a frecuentar uno de los centros comerciales de la ciudad los domingos, práctica a la cual no estaba acostumbrada en mi vida personal. Gracias a ello, no solo noté que no eran ellos los únicos migrantes chinos que allí acudían, sino que operaba una cierta lógica del disfrute y del placer que hasta el momento no había logrado apreciar. De esta forma, empecé a darme cuenta de ciertos detalles que se me habían pasado por alto, por ejemplo, muchos de ellos utilizaban jeans Levi's y otras prendas de marcas ciertamente caras dentro del contexto socioeconómico argentino. Del mismo modo, en ciertas ocasiones acompañaba a algunas de las jóvenes a locales de indumentaria y al momento de comprar no reparaban en el costo

de la prenda, sino en el hecho que les “quedara bien” sin más preámbulos. Por otro lado, la rutina de los niños consistía, sin excepción, en ir a Mc Donald’s y luego ir a comprar algún libro a la librería del centro comercial. Asimismo, en muchas ocasiones en que mis interlocutores me pasaban a buscar o me llevaban a casa comprobé, como efectivamente me había hecho notar la administrativa de uno de los CAPS (además de los celulares), que sus autos eran último modelo y con el mayor nivel de equipamiento.

Por otro lado, a la hora de salir a cenar, siempre invitaron ellos, y no escatimaron ni en comida ni en bebida. Así y todo, los grandes festines, forma de comensalidad con mayor o menor grado de ritualización, ubicua en la China contemporánea y parte de una larga tradición histórica (Oxfeld, 2020), los presencié en sus hogares, donde me recibieron cálidamente y me hicieron probar un sinfín de platos. Tampoco allí vi que hubiera una cautela en el gasto por la calidad de los ingredientes, ni la cantidad de platos distintos o bebidas. Por ejemplo, en una ocasión en la que una familia me invitó a comer a su hogar, no solo cenamos copiosamente, más o menos unos 10 platos (alrededor de las 21 horas), sino que luego fuimos a casa de otro de sus “paisanos” [categoría nativa ampliamente utilizada por los migrantes para hacer referencia a sus connacionales], y volvimos a cenar (ahora cerca de las 23 horas) otra decena de platos. Tampoco escasearon las bebidas, ni en cantidad ni en calidad.

Asimismo, otra práctica en la que puede descartarse una lógica de austeridad [se eliminó la nota al pie] es en lo referido a los viajes de ocio. En efecto, muchos de mis interlocutores conocían o planeaban visitar destinos muy populares entre la diáspora, como las Cataratas del Iguazú, o Ushuaia, a raíz de la difusión masiva de una película realizada a fines de la década de los ‘90 titulada “Happy Together” (春光乍洩; Chūnguāng Zhàxiè), en la cual una pareja homosexual de jóvenes provenientes de Hong Kong decide probar suerte en Buenos Aires y anhelan visitar dichos destinos turísticos (para un análisis antropológico de este film a propósito de las formas de “mestizaje” e “hibridación” que en él pueden vislumbrarse, ver Gruzinski, 2007).

Por supuesto, este tipo de actividades no son asiduas, y es un hecho indiscutible que el tiempo

dedicado al trabajo es mucho mayor que al ocio. Así y todo, darme cuenta de ellas me hizo replantear la interpretación que se realiza en otros estudios sobre las causas por las cuales los migrantes chinos evitan gastos “innecesarios” y por esa razón se limitan a asistir al servicio público de salud. Sobre esta aparente disyuntiva, la categoría del “Ser Deseante” (“Desiring Self”) planteada por Rofel (2007) y retomada por Kleinman et al. (2012) parece allanar el camino.

Por un lado, en su libro *Deep China. The Moral Life of the Person*, Kleinman, junto con otros académicos chinos, parte de la noción del “Ser dividido” (“Divided Self”) para explicar el modo en el que los individuos chinos logran hacer convivir en su vida cotidiana la presión política, por un lado, y su vida personal, por el otro. Argumentan que esta división moral comenzó a emerger en la China Maoísta, con un mayor hincapié en el periodo posterior a la Revolución Cultural a partir del manejo emocional de sus secuelas. Desde la categoría del “Divided Self”, emerge a su vez la del “Ser emprendedor” (“Enterprising Self”) (Rose, 2007), como construcción moral que erige como ideal el progreso individual (sobre todo en aspectos profesionales y económicos), en tensión con la visión colectivista dominante durante las décadas precedentes en el país asiático. Esta categoría remite a los altos niveles de competitividad que se han desarrollado en las últimas décadas en lo referente al acceso a las mejores universidades (con la consecuente preparación para el 高考 Gāokāo, examen altamente exigente unificado a nivel nacional cuyo puntaje determina la posibilidad de acceso a distintos niveles de calidad universitaria y, por ende, a posibilidades futuras de empleo y calidad de vida), así como a puestos de trabajo cada vez más calificados, factores clave para la movilidad social. Asimismo, esta categoría visibiliza el viraje histórico que se ha dado en el énfasis depositado socialmente, previamente en lo colectivo, y ahora más orientado hacia lo individual. De esta forma, se ha redefinido la comprensión de la meritocracia, y se espera que el individuo sea proactivo y responsable de su propio devenir. Por último, los autores retoman la noción del “Ser deseante” (“Desiring Self”) propuesto por Rofel (2007) como la forma en que se sostiene y hace visible el “Ser emprendedor” en términos de consumo y otras formas de “gratificación individual instantánea”,

consideradas impropias moralmente en tiempos precedentes. Cabe aclarar que la construcción de estas distintas facetas de la moralidad en la China contemporánea es comprendida a partir de los profundos cambios que este país ha sufrido en el último siglo. Bajo una frase que se hizo popular en 2009 en las redes sociales chinas, se resumen los vertiginosos cambios a los que los individuos chinos debieron adaptarse en sus vidas cotidianas: *“In 1949, only socialism can save China; in 1979, only capitalism can save China; in 1989, only China can save socialism; in 2009, only China can save capitalism”* (Kleinman et al., 2012: 2), haciendo alusión al año 1949 por la revolución popular china; a 1979 como inicio del Proceso de Reforma y Apertura; a 1989, como la caída del Muro de Berlín; y al año de difusión de la frase, 2009, como auge del “socialismo de mercado” o “capitalismo de Estado” en China, tomando como parámetro la crisis financiera mundial del 2008-2009 y el papel protagónico que tuvo China en su restablecimiento.

Kleinman et al. (2012) argumentan que, en este contexto tanto local como global, se ha construido un nuevo “ser propio” (“inner self”) reemplazando el sentimiento socialista previo de conciencia de clase, por una sensibilidad postsocialista de deseos personales. De esta forma “el sueño de poseer y consumir más, y llenar la propia individualidad tanto como uno quiera a través del esfuerzo propio, ya no está limitada a las élites o las urbanidades mejor educadas” (p.4). Los autores agregan que estudios recientes sobre migrantes trabajadores (ver Chang, 2008; Hansen and Pang, 2008; Pun, 2005), especialmente jóvenes provenientes de zonas rurales trabajando en grandes ciudades, muestran que la mayor motivación para abandonar sus pueblos natales no es la dificultad económica en el hogar. Por el contrario, lo que se busca es “ver el mundo exterior y tener la libertad y las opciones para hacer una vida propia” (Kleinman et al, 2012, p. 4).

Retomo aquí esta categoría del “Ser Deseante” para comprender no solo las prácticas de consumo descriptas arriba, sino la motivación de la migración de ultramar en sí misma. Como refieren los interlocutores, al llegar a Argentina, la gran mayoría de los migrantes pasa de ser un trabajador en condición de dependencia trabajando 12 horas por

día (o más) por un sueldo magro en su país de origen a ser su propio jefe con una gran perspectiva de crecimiento, como es el caso de los grupos inversores locales que se han estado forjando en los últimos años en el país. Por todo esto, sumado a las prácticas de consumo descriptas más arriba, se vuelve difícil afirmar que, al menos en la mayoría de los casos, no contratar un servicio de medicina privada radique en una dificultad económica. Por el contrario, a partir de la experiencia etnográfica tanto en China como en el contexto migratorio, puede desprenderse que se trata aquí de una reproducción de la lógica de consumo y apropiación del sistema de salud en la sociedad de origen, en donde allí se abona en función del servicio que se solicita o se utiliza. Siguiendo la propuesta de Faier y Rofel (2014), entonces, el “encuentro” actual entre los migrantes chinos y el sistema de salud local argentino (en este caso, privado), estaría remitiendo a esos “encuentros” pasados con el sistema de salud en la sociedad de origen en que prima el lema *“si me siento mal, voy y pago”*.

Como último dato relevante en cuanto al manejo del dinero y el consumo de bienes que sirve como contrapunto para reflexionar sobre las apropiaciones de los migrantes con respecto al sistema de salud privado, se basa en la importancia que los individuos chinos en general depositan en la educación de sus hijos. En esa área, no dudan en acudir a la educación privada. En este caso, el “gasto” no es vivido como un consumo placentero como los ejemplos precedentes con relación a la vestimenta, los viajes, la bebida y comida, etc., pero tampoco como un gasto *“innecesario”*, como es el abono de una prepaga. Por el contrario, tal como refieren mis interlocutores, la búsqueda de un *“buen colegio”* es percibida como una inversión a largo plazo, como la posibilidad de brindarles más *“机会 Jihui”* (oportunidades) a sus hijos.

Contribución de los autores

En suma, las prácticas de salud mayoritariamente realizadas en el contexto migratorio son las relativas al ámbito doméstico, habiendo una baja apropiación del sistema de salud local, tanto público como privado. Como se pudo observar, en general, los migrantes prefieren no acudir a los servicios de salud locales, salvo en situaciones de urgencias.

Asimismo, los migrantes acuden mayoritariamente a servicios de salud pública, con una elevada apropiación de los CAPS o “salitas”, especialmente para realizar controles del desarrollo infantil o de embarazo. Por otro lado, no suelen contar con obra social o prepaga, pero así y todo, acuden al sistema de salud privado principalmente ante casos de urgencias o que requieren cierta premura, puesto que los tiempos de espera ofrecidos por el sistema público suelen ser “muy lentos”.

En segundo lugar, es en este aspecto que pudimos darnos cuenta de la importancia de conocer los “encuentros” pasados para poder entender más cabalmente los actuales (Faier y Rofel, 2014). En efecto, vimos que los migrantes reproducen en parte las lógicas de consumo y apropiación de los servicios de salud que llevan a cabo en su país, bajo la lógica del “voy y pago”. Esta racionalidad de costo-beneficio es la misma que refieren los migrantes a la hora de apropiarse del sistema de salud privado, a la par de una economización del tiempo, sumamente valioso para la mayoría de ellos. Estas apropiaciones, sumadas a las lógicas de consumo y del disfrute aquí detalladas, sobre todo de las generaciones más jóvenes, también ayudan a contestar el imaginario local que ve al migrante como un sujeto de bajos recursos, o a los estudios que argumentan la presencia de una lógica austera y de ahorro.

Por último, rescatando algunas cuestiones clave mencionadas arriba, en suma, los migrantes realizan una apropiación estratégica de diversos sistemas, subsistemas y modelos de cuidado de la salud. Asimismo, los casos aquí abordados cristalizan la complejidad y variabilidad de los itinerarios terapéuticos de los migrantes, los cuales no se limitan exclusivamente a uno u otro sistema de salud, sino que hay una combinación de ambos, sumada a la posibilidad siempre latente de retornar al país de origen ante los casos en los que se percibe que el sistema de salud local no podrá dar respuesta de manera satisfactoria.

Referencias

BADANTA ROMERO, B. *Conductas de salud en población migrante china adulta de la ciudad de Sevilla*. 2017. 333 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Universidad de Sevilla, Sevilla, 2017.

CAO, Q. *Chinese immigrants to Finland*:

A qualitative study of housing, employment, access to health care and child care as sociological dimensions in their settlement process. 2011. 85 f. Tesis (Maestría en Sociología) - University of Helsinki, Helsinki, 2011.

CHANG, L. *Factory Girls: From Village to City in a Changing China*. New York: Spiegel & Grau, 2009.

DEBANDI, N.; NICOLAO, J.;

PENCHASZADEH, A. P. (Coord.). *Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020*. Buenos Aires: Red de Investigaciones en Derechos Humanos del CONICET, 2021. Disponible em: <<https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/encuesta-nacional-migrante-enma/>>. Acceso em: 23 nov. 2021.

FAIER, L.; ROFEL, L. Ethnographies of Encounter. *Annual Review of Anthropology*, San Mateo, v. 43, n. 1, p. 363-377, 2014. DOI: 10.1146/annurev-anthro-102313-030210

GRUZINSKI, S. *El pensamiento mestizo: cultura amerindia y civilización del Renacimiento*. Barcelona: Paidós, 2007.

HANSEN, M. H.; PANG, C. Me and My Family: Perceptions of Individual and Collective among Young Rural Chinese. *European Journal of East Asian Studies*, Leiden, v. 7, n. 1, p. 75-99, 2008. DOI: 10.1163/156805808X333929

INCAURGARAT, M. El “viento” como agente generador de padecimiento. Reflexiones sobre el periodo de posparto en relación al “pensamiento chino”. *Avá*, Misiones, n. 29, p. 175-197. 2016. Disponible em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942016000200007> Acceso em: 9 dez. 2023.

INCAURGARAT, M. F. Desarrollo y perspectivas de la medicina tradicional china: reflexiones a nivel local y global. *Estudios de Asia y África*, Ciudad de México, v. 57, n. 1, p. 33-60, 2022. DOI: 10.24201/ eaa.v57i1.2662

KLEINMAN, A. et al. *Deep China: the moral life of the person. what anthropology and psychiatry tell us about China today*. Berkeley: University of California Press, 2011.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014

OXFELD, E. The Moral Registers of Banqueting in Contemporary China. *Journal of Current Chinese Affairs*, Thousand Oaks, v. 48, n. 3, p. 322-339, 2020. DOI: 10.1177/1868102620904251

PUN, N. *Made in China: women factory workers in a global workplace*. Durham: Duke University Press, 2005.

RIBAS DA COSTA, M. A. *Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários*. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem

Comunitária) – Escola superior de enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

ROFEL, L. *Desiring China: Experiments in neoliberalism, sexuality, and public culture*. Durham: Duke University Press, 2007.

ROSE, N. *The politics of life itself: biomedicine, power & subjectivity in the twenty-first century: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2006.

SI, L.; JIANG, Q. Challenges to the Chinese Health Insurance System: Users' and Service Providers' Perspectives. *Chinese Medical Journal*, Beijing, v. 128, n. 5, p. 571-573, 2015. DOI: 10.4103/0366-6999.151641

Contribución de los autores

La autora del artículo llevó a cabo tanto la recolección de datos como su análisis, y la redacción del presente artículo.

Recibido: 29/8/2022

Re-presentado: 29/8/2022

Aprobado: 27/9/2022