

Derechos Sexuales y reproductivos de la población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008-2009^{1,2}

Eduardo P. Amadeo³, Gabriela V. Agosto⁴, Paula C. Ferro⁵, Jorge R. Gurrieri⁶, Nidia V. Marsero⁷, María Lucía Langoni⁸, Natalia dos Santos Claro⁹

RESUMEN

La investigación "Derechos sexuales y reproductivos de la población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", refleja tres temas clave para el desarrollo, la equidad y la integración social: el impacto de las migraciones; la salud sexual y reproductiva; y el acceso a la salud desde el lugar de este grupo poblacional, que por su precariedad socioeconómica afronta condiciones de vulnerabilidad y graves limitaciones en el ejercicio de sus derechos. Investigar sobre las problemáticas de salud, implica adentrarse en un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones, que obliga a considerar no sólo la ausencia de enfermedades, sino también indagar de manera integral los niveles de bienestar físico, mental y social de la población. Por tanto, la investigación describe y analiza, desde una perspectiva de derechos, los hábitos, costumbres y creencias de la población migrante de origen boliviano y paraguayo residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los factores coyunturales y estructurales de sus países de origen y las dinámicas propias de los individuos que protagonizan el fenómeno migratorio, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva. El estudio fue desarrollado por la Asociación Civil Observatorio Social, Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer y la Organización Internacional para las Migraciones; en el marco de las becas de investigación "Carillo-Oñativia" del año 2008, financiadas por la Comisión Nacional de Salud, Ciencia y Tecnología dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

ABSTRACT

The research "Sexual and reproductive rights of the migrant population in the Autonomous City of Buenos Aires", reflects three key issues for development, equity and social integration: the impact of migration, sexual and reproductive health; and access to health from the place of this population group whose situation of socio-economic precariousness and vulnerability conditions faced serious limitations in the exercise of their rights. Researching on issues of health, means enter into a complex and multidimensional, requiring consideration not only the absence of disease but also comprehensively investigate the levels of physical, mental and social health of the population. Therefore, the research describes and analyzes, from a rights perspective, habits, customs and beliefs of the migrant population of Bolivia and Paraguay residents in the City of Buenos Aires.

¹ El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca para Estudio Colaborativo Multicéntrico, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Mayo de 2009.

² Asociación Civil Observatorio Social (OS), Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

³ Dirección. Asociación Civil Observatorio Social (OS)

⁴ Autor. Asociación Civil Observatorio Social (OS). Correo electrónico: agosto@observatoriosocial.com.ar

⁵ Autor. Asociación Civil Observatorio Social (OS)

⁶ Autor. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Correo electrónico: jgurrieri@iom.int

⁷ Autor. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Correo electrónico: soynidia@gmail.com

⁸ Autor. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Correo electrónico: lulilangoni2001@hotmail.com

⁹ Correctora de textos, Asociación Civil Observatorio Social (OS)

The study was developed by the Social Observatory Civic Association, the Foundation for the Study and Research on Women and the International Organization for Migrations, in the context of fellowship "Carrillo- Oñativia" of 2008, funded by the National Commission on Health, Science and Technology depending from the Ministry of Health of the Nation.

PALABRAS CLAVES/ KEY WORDS

- Inmigración - Immigration
- Salud - Health
- Acceso - Access
- Salud Sexual y Reproductiva - Sexual and Reproductive Health

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de las becas de investigación "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" (2008) financiadas por la Comisión Nacional de Salud, Ciencia y Tecnología (SACYT) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, se llevó a cabo el estudio colaborativo multicéntrico "Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", desarrollado de manera conjunta entre la Asociación Civil Observatorio Social (OS), la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

La investigación tuvo como objetivo general conocer y analizar hábitos, costumbres y creencias que favorecen el acceso de la población migrante a los servicios públicos de salud con especial énfasis en salud sexual y reproductiva, a partir de la percepción de los migrantes como de los efectores y/o prestadores de la salud¹⁰; con miras a estimular el cuidado y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En la actualidad las migraciones internacionales representan uno de los procesos sociales y económicos más complejos; si bien se trata de un fenómeno registrado a lo largo de la historia, ha sido durante el siglo XX que se han desarrollado los mayores flujos migratorios, en gran medida alentados por una suma de factores políticos, económicos y sociales, favorecidos por los avances tecnológicos y comunicacionales acaecidos en el marco de la globalización.

Se entiende como concepto de migración al fenómeno que comprende dos procesos que implican movimientos poblacionales opuestos: la *emigración* y la *inmigración*. La primera implica la salida de individuos o grupos de personas del lugar de origen o de residencia habitual, mientras que la segunda hace referencia a la llegada de individuos a un

10 En el presente trabajo se denomina de manera indistinta a los diferentes actores involucrados en el sistema de salud, que intervienen en las prestaciones sanitarias, contemplando tanto a profesionales, técnicos y administrativos.

lugar diferente al de origen o de residencia habitual. A quienes participan en los movimientos migratorios se los denomina en términos generales *migrantes*, o en términos más específicos *emigrantes* “los que salen” o bien inmigrantes “los que llegan”.

El Censo de Población y Vivienda de la República Argentina realizado en el año 2001 refleja que, de un total de 36.260.000 habitantes, los extranjeros ascienden 1.531.940, de los cuales más de la mitad provienen de países limítrofes y de la República del Perú. Si se realiza una comparación con el Censo del año 1991, se observa una reducción en 100.000 inmigrantes producto de una reducción en más de 200.000 inmigrantes europeos, mientras que los provenientes de los países limítrofes se han incrementado en más de 100.000, mostrando la vigencia de estas corrientes migratorias.

De este conjunto migratorio, se ha seleccionado a la población migrante de la República de Bolivia y de la República del Paraguay ya que constituyen en la actualidad los dos colectivos migratorios más numerosos en el país, quienes además mayoritariamente se concentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires.

A los fines de la investigación, se buscó analizar la percepción que tienen los migrantes bolivianos y paraguayos respecto del acceso y de la calidad de los servicios públicos de salud, focalizado en la salud sexual y reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El trabajo a su vez, se centró en la perspectiva de los prestadores de la salud respecto de los obstáculos y limitaciones que impiden un mejor y mayor acceso de dicha población a los recursos existentes y/o necesarios para una óptima atención en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, enfatizando en las prestaciones de salud sexual y reproductiva.

En esta ponencia presentaremos los puntos sobresalientes de la investigación, así como la metodología y los principales resultados y conclusiones a los que se ha arribado.

Esperamos que los resultados de este trabajo contribuyan a un mejor conocimiento de los migrantes, a una visualización del tema de la salud y en especial del acceso a la salud, sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos que promueva una mejor y mayor inclusión de todos aquellos actores que se sirven del sistema público de salud argentino; esto es de sus beneficiarios, efectores y profesionales.

2. JUSTIFICACIÓN

Consagrado en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el derecho a la salud es un derecho humano que debe garantizarse y ejercerse *"sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición"* (Art. 2.1).

Conforme el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 1976, los Estados adherentes, deberán garantizar: *"la prevención, lucha y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole"*, generando *"las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"* (Art. 12), para lo cual *"se comprometen a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos (...) reconocidos"* en dicho Pacto.

En este sentido, el Artículo 77, Inciso 22 de la Constitución Nacional Argentina, establece una jerarquía para los tratados internacionales sobre Derechos Humanos: *"...en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos (...)"*. Es decir, que los tratados de Derechos Humanos se encuentran vigentes ya que fueron incorporados al orden jurídico interno; no poseen igual rango que la Constitución Nacional, sino que se considera que la complementan, manteniendo sin embargo una condición de supralegalidad.

Es así, que la Constitución Nacional Argentina (1994) contempla y asegura un conjunto de declaraciones, derechos y garantías que constituye un régimen de derecho para todos los habitantes de la Nación sin distinción entre nativos y extranjeros.

La migración internacional a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX cumplió un rol fundamental en la consolidación del Estado-Nación argentino. La primera Ley de Migraciones argentina se promulgó en el año 1876, Ley Nacional Nº 817 de "Fomento de la Inmigración", denominada también Ley Avellaneda¹¹. El objetivo principal de esta ley fue promover las inmigraciones europeas al país, en consonancia con el espíritu que prevaleció

¹¹ Para un análisis detallado de la Ley Nº817/76, véase NITTI, Enrique Javier: *Inmigración y emigración en Argentina*, trabajo presentado en el Seminario de Inmigración y Emigración en Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.iigq.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/16.pdf>

en la primera Constitución Nacional del año 1853. El Artículo 25º, del Capítulo Primero de la Constitución de 1853, que trata las Declaraciones, Derechos y Garantías, y que no fuera modificado por ninguna de las varias reformas que tuvo nuestra Constitución (1860, 1866, 1898, 1949¹², 1957, 1994), dice lo siguiente: *"El Gobierno federal fomentará la inmigración europea y no podrá restringir, limitar ni gravar con impuesto alguno la entrada en el territorio argentino de los extranjeros que traigan por objeto labrar la tierra, mejorar la industria e introducir y enseñar las ciencias y las artes"*.

En este contexto, las colectividades -principalmente europeas- cumplieron un rol destacado en la identificación y satisfacción de sus propias necesidades y en la definición de redes y estrategias de cooperación mutua que facilitaron la integración con la sociedad receptora. Prueba de ello, lo constituye la creación de hospitales y centros de salud de diferentes colectividades migrantes, que surgieron como una alternativa ante la ineficiencia del Estado en ese entonces.

Tomando en cuenta la relación migración-salud en esta etapa, se pueden mencionar algunos de los hospitales creados por esas colectividades entre los que se encuentran: el Hospital Español (originalmente denominado Sala Española de Comercio y Asilo, fundada en el año 1852), el Hospital Italiano (el cual abrió sus puertas en el año 1872), el Hospital Alemán (inaugura sus primeros pabellones en el año 1878), entre otros.

Dentro de los hitos que impactarán en la relación entre el derecho a la salud y migración se encuentra la restricción formulada por la última dictadura militar (1976-1982) que, amparada en la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración N° 22.439 del año 1981 y, basándose en la Doctrina de Seguridad Nacional, prohibía a todo extranjero ilegal a desarrollar actividades remuneradas como también obstaculizaba el acceso de los migrantes a los servicios de salud y al sistema educativo. Durante este período, el flujo migratorio fue más bajo que en décadas anteriores.

A partir de la década del 90, el flujo migratorio hacia Argentina se intensificó como consecuencia del Plan Económico de Convertibilidad (1991-2001) que equiparaba el peso argentino respecto del dólar. En tal contexto, comienzan a surgir iniciativas que pretendieron modificar las leyes restrictivas en relación a las migraciones.

No obstante, la tendencia estatal hacia la privatización de los servicios de salud, sumado a un proceso de descentralización ineficiente e inacabado -en términos de responsabilidades, gestión y administración de los recursos-, produjeron mayores niveles de inequidad en el acceso a la salud de la población y la disminución en la calidad de las

¹² En la reforma constitucional del año 1949 se consagra la protección de la salud de los trabajadores, como también el dictado de un Código de Derecho Sanitario.

prestaciones. Las poblaciones más afectadas fueron las de las provincias más pobres del país, ya que los recursos destinados a la salud se concentraron mayoritariamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires.

La crisis social y económica del año 2001 repercutió en un alto nivel de desempleo y en la salida del Plan de Convertibilidad, constituyendo un escenario desfavorable para muchos de los migrantes limítrofes que enviaban remesas a sus países de origen. Si bien en dicho contexto se produjo una desaceleración del proceso migratorio, muchos migrantes continuaron arribando al país en búsqueda de una mejor calidad de vida.

En el año 2004, se sancionó la Ley de Migraciones Nº 25.871, la cual se convierte en la primera ley migratoria del mundo que reconoce como derecho humano a la migración. Asimismo, la incorporación de dicha ley interpreta el concepto amplio de trato igualitario hacia el ser humano. En su Art. 8 reconoce que: *"No podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria"* (Ley Nº 25.871, 2004).

Dentro del patrón migratorio reciente, las inmigraciones bolivianas y paraguayas son las que tienen el mayor dinamismo, concentrándose principalmente en el área Metropolitana de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Con el pasar del tiempo, la relación entre migración y salud comenzó a posicionarse cada vez con más énfasis como tema de la agenda política pública, dada la utilización por parte de los migrantes de los servicios públicos de salud, por tratarse de poblaciones que generalmente presentan en sus países de origen desventajas sociales y económicas, tales como situaciones laborales precarias y carencia de servicios básicos, entre otros. En este contexto, el modo de inserción laboral típico de los migrantes limítrofes al llegar al país, configura un escenario propicio para que surjan privaciones de distinta índole, especialmente aquellas vinculadas con las dimensiones materiales de vida.

De las resoluciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Egipto) en el año 1994, surge que los conceptos y políticas sobre población y desarrollo están indisolublemente unidos, lo cual exige tomar en cuenta las necesidades de las personas vinculadas a la educación y salud reproductiva, incluyendo específicamente el empoderamiento de la mujer. Desde esta perspectiva, la Conferencia

definió la salud sexual y reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Supone garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; el derecho a reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia; el derecho al acceso a información veraz, pertinente y de calidad respecto de la salud sexual y reproductiva; el derecho a la asistencia sanitaria necesaria para proteger la salud personal y familiar; el derecho a beneficiarse de los avances y progresos científicos en la asistencia sanitaria.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (creado por Ley Nacional 25.673/02), *"reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados"* (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2009). En este sentido, establece entre sus objetivos, procurar dar respuesta al problema de la mortalidad materna debido a abortos practicados en condiciones insalubres y de alto riesgo para la gestante, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual (como el VIH) consecuencia del desconocimiento y los hábitos sexuales realizados sin la debida protección, entre otros factores de riesgo (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud, 2003).

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2000 la Legislatura sancionó la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable con el propósito de garantizar a las personas sus derechos sexuales y reproductivos (Ley N°418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, 2000). La ley asegura el pleno ejercicio de tales derechos a todas las personas en edad fértil.

En virtud del marco jurídico e institucional vigente en la República Argentina que garantiza el derecho universal a la salud, existen grupos poblacionales que presentan mayores índices de vulnerabilidad respecto de su salud en general y sobre su salud sexual y reproductiva en particular; y que ven, en algunos casos, limitado su acceso a los servicios de salud públicos. Estos grupos sociales están constituidos mayoritariamente por la población inmigrante radicada en el país, que en muchos casos se encuentran en situación de vulnerabilidad producto de sus condiciones socioeconómicas y de las prácticas de discriminación de las que son objeto.

Para la investigación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se ha seleccionado como población migrante a ciudadanos bolivianos y paraguayos que residan en la CABA, entendiendo como migrantes residentes "recientes" aquellos que manifiestan residir entre 2 a 5 años, y residentes "asentados" aquellos que cuentan con más de 5 años. En la actualidad estos dos colectivos son los que mayor radicación tienen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los objetivos generales planteados, se orientaron principalmente a fomentar y proponer lineamientos concretos que garanticen el efectivo acceso de la población migrante a los servicios de salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, entendiendo no sólo que tales servicios implican el acceso a métodos anticonceptivos y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, cuidados pre y post parto; sino que incluyen además el desarrollo general de la vida y el bienestar físico y mental.

Se planteó, como objetivo específico, la necesidad de instalar estrategias destinadas a los diversos sectores que acuden a los servicios públicos sanitarios a fin de promover la concientización y equidad en el efectivo acceso, el cual es garantizado por ley a toda la población sin excepción.

Creemos que resulta importante contemplar la relación entre migración y salud desde una perspectiva de integración social, puesto que los problemas que se presentan en la atención y en el acceso de los migrantes al sistema de salud público no se limitan sólo a ellos, sino que se manifiestan en otros ámbitos de exclusión y que repercuten en el conjunto de la sociedad.

En este sentido, consideramos que la equidad en la sociedad se refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables. Por tal motivo, adquieren especial importancia la transformación y la erradicación de todas las estructuras que generen, promuevan y/o reproduzcan desigualdad y exclusión en materia de salud. A efectos de alcanzar la concientización sobre los derechos y la equidad, incluir la dimensión cultural, social, además de la generacional y de género, resulta prioritario.

3. METODOLOGÍA

La investigación correspondió a un tipo de estudio cualitativo de carácter exploratorio, a partir del cual se intentó describir y analizar, desde la perspectiva de derechos, los hábitos, conductas y creencias de la población migrante, masculina y

femenina, respecto de su acceso a los sistemas públicos de salud, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

El estudio centró su análisis en la población inmigrante de origen boliviano y paraguayo residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debido a la alta concentración que presenta dicha población en esta zona del país y dado que constituyen las corrientes migratorias principales y las de mayor crecimiento en las últimas décadas.

Para la realización del estudio, en primera instancia se realizó el relevamiento bibliográfico (fuentes secundarias) y análisis documental que incluyeron estudios sobre procesos migratorios en general y estudios sobre población migrante boliviana y paraguaya en particular, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

Con el fin de establecer las características sociodemográficas de los inmigrantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se relevaron numerosas publicaciones y estudios realizados por organismos gubernamentales e internacionales, en particular el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) del año 2001, la Encuesta Nacional de Inmigrantes del año 2007 y la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del año 2008. Asimismo, se examinaron los marcos normativos existentes y los contenidos de la Ley de Migraciones N° 25.871/04, Ley Nacional N° 25.673/02 sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), la Ley Nacional de SIDA N° 23.798/90 y se analizaron los programas relacionados a los sistemas de salud de los países involucrados en el estudio.

En segunda instancia, se realizaron entrevistas en profundidad a 22 informantes claves y a 36 efectores de la salud. Entre los que se destacan: Referentes de organizaciones de inmigrantes (Miembros de la Comisión de Apoyo al Refugiado (CAREF), de la ONGS La Alameda y del Movimiento Boliviano de Derechos Humanos, y personal del Departamento de Migraciones de la Arquidiócesis de la CABA); miembros de organizaciones de defensa de los derechos ciudadanos del Área de inmigración de la Defensoría del Pueblo de la CABA, del Área de salud de la Defensoría del Pueblo de la CABA y personal del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI; actores involucrados en los sistemas de salud (Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jefe del Centro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 20 (CESAC), trabajadoras sociales de los Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, empleados administrativos, de seguridad, médicos y efectores de salud responsables de la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante).

Las entrevistas a informantes claves se realizaron durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2008 y permitieron indagar y relevar información sobre la trayectoria migratoria de la población migrante, sistemas de inclusión social, vinculación de los migrantes con el sistema de salud público, hábitos, conductas y creencias en salud sexual y reproductiva. Así mismo, las entrevistas permitieron conocer la perspectiva de los prestadores y profesionales de salud respecto del funcionamiento y obstáculos frente a la atención de dicha población.

En base a la información relevada, se desarrolló una Guía de Pautas de entrevistas en profundidad semi-estructurada, diseñada con el propósito de describir el perfil sociodemográfico de los migrantes, analizar su trayectoria migratoria, nivel de instrucción, situación laboral y familiar, su situación actual de acceso a los sistemas públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los distintos aspectos vinculados a los hábitos, costumbres y creencias de la población migrante respecto de su salud sexual y reproductiva. Por ello, se establecieron tres grupos etáricos: de 18 a 25 años, de 26 a 32 años y mayor de 32, en adelante.

Se buscó establecer diversos indicadores que midan los niveles de conocimiento y educación sobre salud sexual, métodos anticonceptivos más frecuentes y razones que repercuten en la elección del mismo; además de indagar respecto a la percepción que poseen los migrantes acerca de la capacidad de los sistemas de salud públicos locales para dar respuesta a las diversas consultas e interrogantes que presentan los migrantes de países vecinos.

Se realizaron 123 entrevistas a migrantes paraguayos y bolivianos, durante los meses de diciembre del año 2008, enero y febrero del año 2009. El reclutamiento de los inmigrantes se efectuó tanto en oficinas estatales, como en organizaciones fundadas por migrantes y hospitales públicos; previa firma del consentimiento informado¹³.

La muestra se compuso de hombres y mujeres mayores de dieciocho años de edad, que hayan declarado residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, considerando como *población migrante reciente* a aquellos que poseen entre dos a cinco años de residencia y, como *migración asentada* a aquellos con más de cinco años de residencia.

¹³ Se visitaron los Servicios Sociales Zonales N°1, N°4, Oeste, N°7, N°8, N°9, N°11 y N°15 gracias a la autorización de la Dirección General de Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Ministerio del Interior.

Las entrevistas fueron desgrabadas para su consecuente análisis, procesamiento y sistematización.

4. PRINCIPALES RESULTADOS

Entre las principales necesidades en salud sexual y reproductiva identificadas desde la perspectiva de los inmigrantes y de los prestadores a lo largo de la investigación, sin por ello establecer un orden de prioridades ni jerarquías, se destacan:

Necesidad de una mayor sensibilización

Un rasgo frecuente que se destacó -tanto por parte de los prestadores como de los beneficiarios- lo constituye la falta de información respecto de la obligación del Estado de garantizar el acceso a la salud, circunstancia que abona frecuentemente la naturalización de situaciones de discriminación y de inadecuada atención a la población en general y migrante en particular en los servicios de salud.

Como se desarrolló oportunamente, en la República Argentina el acceso a la salud sin distinciones de nacionalidad está incluido en la Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales que ésta incorpora a partir del año 1994. Resulta fundamental sensibilizar y transmitir lo incorporado en la Ley de Política Migratoria Nº 25.871/04, según la cual el Estado argentino se compromete a asegurar y garantizar *"el acceso igualitario de los migrantes a la protección y los derechos de los que gozan los nacidos en Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social"*. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esto se reafirma con la Ley Básica de Salud Nº 153/99, cuyas disposiciones *"rigen dentro del territorio de la ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires"*.

Desarrollo de campañas de concientización con énfasis en salud sexual y reproductiva en escuelas, centros de salud, y medios masivos de comunicación

Entre los principales obstáculos resaltados a lo largo de las entrevistas, se menciona el desconocimiento, la falta de información, el uso incorrecto de MAC y la existencia de mitos y creencias en el uso de métodos "caseros / alternativos" de prevención y cuidado de la salud. La sexualidad en muchos casos es representada como un tabú e íntimamente vinculada al ámbito de la procreación o a prácticas ocasionales realizadas en secreto. Los migrantes reconocen no haber hablado de temas sexuales ni haber recibido información respecto a

medidas de prevención y cuidado con sus padres, ni con referentes adultos (educadores). La timidez y sumisión -reconocidos en algunas entrevistas por los efectores de salud como características de la población migrante- se presentan como un obstáculo que no permite comprender cabalmente las indicaciones brindadas por los profesionales.

La mayoría de los entrevistados consideró que la percepción de los usuarios sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva es deficiente (dicha situación no es privativa de las personas extranjeras). La necesidad de educar para la salud y concientizar a la población en general y migrante en particular respecto de estas cuestiones deviene fundamental en la elección de una vida sexual responsable y de ciudadanos conscientes de sus derechos.

Enfatizar en líneas de acción preventivas.

Los profesionales de la salud más optimistas plantean que la prevención constituye la política activa más efectiva desde una visión de largo plazo, destacando los logros obtenidos cuando se aplica en forma continuada.

Para ello, es necesario afianzar los avances realizados en los últimos años en materia de salud reproductiva y operacionalizar la actuación de las normas. Los resultados del trabajo demuestran falencias en lo que respecta a la disponibilidad de recursos humanos capacitados, entrenados y comprometidos con un enfoque preventivo.

Cabe destacar la coincidencia entre los entrevistados -prestadores y usuarios- en señalar que los centros de atención primaria (CESAC, centros barriales) presentan factores facilitadores para las actividades de prevención en contraposición con los de alta complejidad (hospitales).

Promoción y difusión de MAC.

Resulta importante contar con una amplia promoción y difusión de los métodos anticonceptivos más seguros y eficientes así como de la anticoncepción de emergencia, incorporando mensajes específicos destinados a crear conciencia en la población migrante y promover su uso efectivo y eficaz. Uno de los prestadores consultados consideró que la percepción del derecho a acceder a los MAC y a controles médicos es deficiente, distinguiéndolo del significado más amplio del derecho a la SSyR.

Asimismo, resulta imprescindible incluir la noción de cooperación entre hombres y mujeres en términos de cuidados, vivencia de la sexualidad, la anticoncepción y prevención de ITS/VIH-SIDA.

Disponibilidad de MAC.

De las entrevistas realizadas, los prestadores demostraron gran preocupación por la disponibilidad de MAC. Si bien la provisión de MAC debiera estar garantizada, durante el año 2009 comenzó a verse afectada por algunos faltantes (inyectables y método indicado para la lactancia), que ha sido resuelta hasta el momento vía redistribución de stock entre diferentes servicios o a través de donaciones de laboratorios. Teniendo en cuenta las dificultades mencionadas por lograr la adherencia de las mujeres a un método, la falta de insumos y carencia de MAC resulta retardataria y de graves consecuencias

Necesidad de un trabajo constante y continuo en materia de maternidad, percepción de riesgo e ITS- VIH/SIDA.

La percepción común por parte de los prestadores de la salud refiere a la ausencia de una cultura de prevención y control¹⁴. Esta cultura se extiende tanto a la percepción de riesgo de contraer ITS como de nociones de cuidado en materia de planificación familiar y embarazo. Los niveles de conocimiento y conciencia son diversos, y varían según edad y nivel socio-cultural.

En muchas mujeres migrantes, el embarazo se percibe como un fenómeno natural dentro del ciclo de vida, y no como un riesgo o una situación no planificada. Se considera como un derecho el tener hijos, pero no se percibe como tal la posibilidad de no tenerlos o de decidir cuántos y cuándo tenerlos. En tal sentido, todos los profesionales consultados expresan que las mujeres migrantes han tenido su primer hijo entre los 15 y 20 años de edad; situación que se evidencia mayoritariamente en mujeres bolivianas.

De similar manera, se observa un bajo nivel de cuidado y conocimiento respecto a contraer ITS, aunque se destaca mayor conciencia respecto al VIH/SIDA, sobre todo en las mujeres más jóvenes.

La prevalencia de VIH/SIDA en este grupo de población es baja, pero se advierte un aumento de ITS, especialmente sífilis (VDRL, 3% de la población total) y también gonorrea y herpes. La principal conducta de riesgo señalada por los prestadores es el no uso del

¹⁴ Situación que se hace visible durante el primer trimestre de embarazo, período en el cual las pacientes migrantes no concurren, en su mayoría, a realizarse controles.

preservativo, que como se indicó oportunamente, presenta una fuerte resistencia por parte del varón; la situación se agrava por el hecho de considerar que el tener una pareja estable exime de riesgo.

Resulta importante, consecuentemente, el establecimiento de políticas de género que resalten la importancia de redefinir las formas de percepción y relación con el cuerpo como territorio de pleno derecho, incorporando la posibilidad de un mayor conocimiento y control del mismo de manera de incidir en las conductas de prevención, riesgo y planificación familiar. Al respecto, deviene necesario también abordar los nuevos modelos de masculinidad e incluir la noción de cooperación entre hombre y mujeres en términos de cuidados, la vivencia de la sexualidad, la anticoncepción y prevención de ITS.

Asimismo, es necesario difundir la Ley de Parto Humanizado N°25.929/04, sobre los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, y consolidar los servicios de maternidad existentes, promoviendo políticas que apunten a avanzar en materia de cuidados pre y postnatales.

Formación de Recursos Humanos.

Dentro del sistema público de salud se destaca la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud con vistas a superar las desiguales capacidades de acceso y comprensión de la población migrante vinculada a barreras cognitivas, idiomática y cultural.

En este sentido y acorde a lo desarrollado en el apartado anterior, si bien no existen dificultades objetivas de acceso, suele mencionarse la dificultad por parte de algunos profesionales de entender a las pacientes como así también la dificultad de los usuarios de comprender cabalmente los requerimientos administrativos y las indicaciones que prescriben los prestadores. Deviene fundamental potenciar los recursos humanos y formativos de los equipos de salud en el abordaje específico a población migrante respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, incorporando un enfoque que integre los códigos culturales y permita recuperar los saberes y prácticas de las mujeres y los hombres migrantes.

5. CONCLUSIONES

El incremento de los flujos migratorios, en búsqueda de trabajo, estudio, salud y mejor calidad de vida constituye un fenómeno de creciente magnitud que presenta características diferenciales acorde a cuáles sean los factores estructurales y coyunturales

de los países de expulsión y de destino. Poblaciones numerosas se movilizan y transitan a través de las fronteras, constituyendo desafíos para los sistemas públicos de los Estados.

Los sistemas de salud no permanecen ajenos a este fenómeno. El bienestar integral del migrante resulta vital en cada instancia del proceso migratorio, incluyendo el momento en el que la persona toma la decisión de migrar, el viaje y traslado en sí mismo, la recepción, inclusión e integración dentro de la nueva comunidad y su posible eventual retorno al país de origen. Dicho proceso, sugiere el necesario establecimiento de puentes y vinculaciones entre los países de origen, tránsito y destino, identificando para ello las necesidades particulares de los migrantes a fin de considerarlas e introducir las en los sistemas de salud respectivos.

La dinámica propia de los procesos migratorios actuales y las particularidades de las migraciones limítrofes hacia la Argentina, son factores que dificultan avanzar en esta línea, sobre todo en materia de planificación y control, dado que se trata de migraciones espontáneas y frecuentemente no programadas. Se puede, sin embargo, delinear diferentes características situacionales como las del migrante que viene a radicarse al país por razones determinadas, ya sean laborales, geográficas o de accesibilidad; o aquel que solamente viaja para recibir atención en instituciones públicas argentinas (tour sanitario) y los casos de migrantes que se movilizan de un lado a otro de la frontera, en función de la oferta del mercado de trabajo temporal, quienes pueden accidentarse o enfermarse y deben ser atendidos en el país en el que están residiendo transitoriamente. Dichas circunstancias, generan demandas diferenciales, que es necesario conocer e integrar para avanzar en materia de complementariedad, integralidad, planificación y control en políticas de salud.

Es por ello que indagar las problemáticas de salud, implica adentrarse en un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones, que obliga a considerar no sólo la ausencia de enfermedades, sino abordar de manera integral los niveles de bienestar físico, mental y social de la población, incluyendo migrantes y poblaciones móviles (International Organization for Migration, 2004).

En la investigación "Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" se intentó describir y analizar, desde la perspectiva de derechos, los hábitos, conductas y creencias de la población migrante, masculina y

femenina, respecto de su acceso a los sistemas públicos de salud, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva¹⁵.

Si dentro de las áreas de la salud nos focalizamos en aquellas que refieren a la salud sexual y reproductiva, el análisis deberá incluir, no sólo factores coyunturales y estructurales de los países, sino que debe entrelazar las dinámicas propias de los individuos que protagonizan el fenómeno migratorio. El trabajo centró el análisis en las situaciones migratorias en las cuales los inmigrantes se radican en el país por razones determinadas. Para ello, se seleccionó a la población migrante de origen boliviano y paraguayo residente en la CABA, debido a la alta concentración que presenta dicha población en esta zona del país y dado que constituyen las corrientes migratorias principales y las de mayor crecimiento en la última década.

Como se ha desarrollado a lo largo de la presente ponencia, los migrantes suelen presentar diferentes niveles de dificultad en el mantenimiento de su salud individual, ya sea por un precario sistema de salud en sus países de origen, historias de vida y trayectoria migratoria, resultado de condiciones socio económicas o bien por la posibilidad de verse vulnerados ante enfermedades durante su viaje o traslado. Asimismo, las barreras lingüísticas, cognitivas y culturales, pueden limitar el acceso a los servicios de salud en el país receptor.

Los objetivos planteados para la investigación se orientaron a fomentar y proponer lineamientos concretos que garanticen el efectivo acceso de la población migrante a los servicios de salud en la CABA, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva. Se buscó analizar la percepción que tienen los migrantes bolivianos y paraguayos en relación al acceso y calidad de los servicios públicos de salud, como así también, la perspectiva de los prestadores de la salud respecto de los obstáculos y limitaciones que impiden un mejor y mayor acceso de dicha población a los recursos existentes y/o necesarios para una óptima atención en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, haciendo hincapié en la salud sexual y reproductiva.

Entre los objetivos planteados se resaltó la necesidad de instalar estrategias destinadas a los diversos sectores que acuden a los servicios públicos sanitarios a fin de promover la

15 Acorde a la conceptualización brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual y reproductiva "es una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura". (OMS, 2009)

concientización y equidad en el efectivo acceso a los servicios de salud, garantizado por ley a toda la población sin excepción.

En base a los resultados que arrojó la investigación, algunos aspectos merecen ser destacados:

1. Si bien en Argentina no existen barreras legales de acceso al sistema de salud, los migrantes rara vez son conscientes de sus derechos.

2. Los migrantes poseen diferentes códigos y modos de concebir la salud, la enfermedad, la medicina o el dolor. Son personas que sin abandonar su cultura sanitaria de origen, se integran en otra diferente vivenciando un proceso de transculturación. Al respecto, una dimensión que merece especial relevancia, radica en la necesidad de conocer y abordar los imaginarios, creencias y matrices culturales existentes en la población migrante en lo que respecta a la salud y, particularmente aquellos que refieren a la salud sexual y reproductiva, de modo de poder influenciar en ellos e integrarlos, a fin de poder avanzar en mecanismos de educación y prevención. Dichas cuestiones deberían ser consideradas desde una política integral que analice el impacto de las migraciones sobre el sistema de salud pública, y que discrimine las causas que limitan el acceso equitativo de los inmigrantes al sistema de salud entre aquellas que son estructurales del sistema y aquellas que refieren específicamente a la condición migratoria.

3. En relación a la universalidad y gratuidad del sistema de salud argentino, destacamos una sensible mejoría de las personas migrantes con respecto de sus condiciones originales de acceso a la salud, revirtiendo de manera favorable la relación previa con el sistema sanitario de origen. Dicha accesibilidad a la salud pública resulta un factor altamente valorado por los migrantes, resaltando que en sus países de origen acceder a este derecho resulta significativamente más costoso.

4. En términos de salud sexual y reproductiva, se advierte una mejoría en relación a la situación de los migrantes en sus países de origen, destacando que en la Argentina sienten más libertad para hablar sobre temas relacionados a la sexualidad, no solo con médicos sino también con sus parejas, amigos y familiares. No obstante es necesario sensibilizar en cuestiones claves como lo son: la anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar y educación en salud sexual y reproductiva.

5. Con relación a la maternidad es necesario incentivar a la población migrante en materia de cuidados pre y postnatales. Si bien dichos cuidados y el abordaje de la maternidad fueron mencionados en el presente trabajo, consideramos que son cuestiones que merecen ser desarrolladas en profundidad en futuras investigaciones, junto con aquellas relacionadas al machismo, nuevas masculinidades, tratamiento de la infertilidad y anticoncepción masculina.

6. Tomando en consideración las particularidades vinculadas al acceso a la salud sexual y reproductiva de la población, resulta evidente -especialmente en poblaciones migrantes- la necesidad de involucrar la perspectiva de género en el desarrollo de los procesos de intervención que se orienten a mejorar y garantizar el acceso a la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta perspectiva requiere ser incluida como modo de abordaje y armado de las líneas de intervención propuestas en apartados precedentes, es decir en las *estrategias de sensibilización y formación de recursos* - respecto de los derechos de los migrantes en general, respecto de los derechos de acceso y atención de la salud, y de la salud sexual y reproductiva, los derechos de las mujeres respecto del cuidado de su cuerpo y del ejercicio de sus derechos; en el *desarrollo de campañas de concientización con énfasis en salud sexual y reproductiva en escuelas, centros de salud, y medios masivos de comunicación* - con clara perspectiva de género, que aporte a la eliminación de las barreras actualmente existentes que dificultan un efectivo acceso a la equidad; y en la *definición de las líneas de acción preventivas*, ligadas a la situación de migración particularmente en todo lo relativo a la promoción, difusión y disponibilidad de MAC, diseño y propuestas de trabajo en materia de maternidad, planificación familiar, percepción de riesgo e ITS- VIH/SIDA.

7. Del análisis de los servicios de salud en la CABA, los centros de atención primaria (CESAC y centros barriales) son los que mayor vinculación tienen con los beneficiarios. En ellos se genera un espacio de seguridad y contención en la relación médico-paciente que no se obtiene en los hospitales, presentando factores facilitadores para las actividades de prevención. Ante esta situación, uno de los desafíos del sistema de salud, consistiría en fortalecer los CESAC como espacio de educación para la salud, reforzar la atención de manera de descomprimir la demanda hospitalaria y evaluar de qué manera optimizar las prestaciones, potenciando los recursos humanos y formativos de los profesionales. Otra línea de acción posible, consistiría en establecer y/o profundizar el trabajo conjunto con las asociaciones y organizaciones de inmigrantes, de manera de vincularlas con la asistencia primaria a la salud. Asimismo, consideramos fundamental que la atención sanitaria a la población migrante permanezca integrada en el sistema nacional de salud, evitando dispositivos paralelos o específicos.

8. El desafío radica en establecer políticas de salud activas que configuren estrategias y líneas de acción concretas que se proyecten hacia cuestiones de educación, trabajo, grupos comunitarios, vivienda y hábitat, cultura, género e igualdad de oportunidades. Para que tales iniciativas tengan éxito se debe apuntar a superar el desarraigo, desventajas sociales y económicas, carencias en servicios básicos, situación laboral precaria y riesgos de explotación que frecuentemente experimentan los migrantes a fin de lograr una integración exitosa, y un entendimiento y comprensión de sus redes sociales, relaciones y dinámicas. Tomando las palabras de Zamberlin, *"El rol del estado es poner en marcha mecanismos que faciliten y permitan el ejercicio pleno de los derechos. Obviamente, estas condiciones se refieren a cuestiones que exceden los servicios de salud e incluyen otras esferas como educación, trabajo, vivienda, calidad de vida, equidad de género, entre muchas otras"* (Zamberlin, 2007:70). En este proceso, cumplen un rol importante no sólo las instituciones gubernamentales sino también las ONGs y la comunidad en su conjunto.

9. Acorde a lo desarrollado hasta aquí, resaltamos la necesidad fundamental de enfatizar en el vínculo entre salud y migración, promoviendo un acercamiento y entendimiento entre la colectividad migrante y la sociedad en su conjunto y fomentando una integración e inclusión social exitosa. Lo antedicho requiere de una interpretación y abordaje novedoso, que se adapte a la dinámica y naturaleza de los flujos migratorios actuales y comprenda de manera certera la realidad cultural y social de la comunidad y país de origen del migrante.

10. Es preciso capitalizar positivamente los logros obtenidos y en base a ello configurar nuevas líneas de pensamiento y acción que permitan una adecuada gestión de los procesos migratorios, mejorando sus condiciones de vida, su adecuada inserción y el pleno ejercicio de sus derechos.

En definitiva, la salud es un componente integral de la migración y no debe ser considerada de manera aislada; por el contrario, requiere de un abordaje comprehensivo que elimine las barreras existentes y promueva un acercamiento, diálogo e interacción que combine e integre de manera armónica los aspectos sociales, económicos, culturales y religiosos al cuidado en salud de la población migrante.

6. BIBLIOGRAFÍA

International Organization For Migration (IOM). 2004. *Conference Room Paper/14. Health and Migration Seminar, report of the meeting*. Geneva, 30 November-3 December.

Ley N°418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. 2000. Disponible en http://www.hospitalfernandez.org.ar/datos/ley_418.pdf

Ley Nacional 25.673. 2002. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm>

Nitti, Enrique Javier. 2006. *Análisis de las leyes de inmigración argentinas: 1876 a la actualidad*. Seminario de Inmigración y Emigración en Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
<http://www.iigg.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/16.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. *Sexual and reproductive health*. En Bulletin of the World Health Organization, 87 (11). November 2009.
<http://www.who.int/reproductive-health/>.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2003. *Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud*.
http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/pdf/17_manual_ssryp.pdf

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2009.
http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/programa.asp