

Migración y salud sexual y reproductiva de las mujeres bolivianas en la Argentina¹

Marcela Cerrutti²
Laura Mombello³
Sergio Caggiano⁴

Resumen

El presente estudio, que forma parte de una investigación más amplia⁵, tiene como propósito general examinar las condiciones sanitarias de los inmigrantes bolivianos en la Argentina con énfasis en la problemática de la salud reproductiva. Específicamente se refiere a la situación en la Ciudad de Buenos Aires, y la Provincia de Buenos Aires, área en la que se concentran seis de cada diez inmigrantes bolivianos en la Argentina. En primer lugar caracteriza la demanda de atención a la salud reproductiva en base a rasgos sociales, demográficos y reproductivos de la comunidad boliviana en la Argentina. En segundo lugar, mediante el examen de indicadores referidos a la salud materno-infantil indaga la existencia de problemas específicos de esta comunidad a los que el sistema de salud deba prestar mayor atención. Finalmente, se focaliza en la atención de los inmigrantes en los servicios públicos de salud, con énfasis en la mirada de los propios efectores. En particular describe los principales problemas de salud detectados, las dificultades en la comunicación y los retos que impone la atención a poblaciones cultural y socialmente diferentes.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² Centro de Estudios de Población, mcerrutti@cenep.org.ar

³ Centro de Estudios de Población e Instituto de Desarrollo Económico y Social, laurace@argentina.com

⁴ Instituto de Desarrollo Económico y Social, sergio.caggiano@gmail.com

⁵ Se trata del *Proyecto Migración y Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres y de los Jóvenes Bolivianos en la Argentina* financiada por UNFPA Argentina y coordinada por Marcela Cerrutti. La investigación contó con la valiosa colaboración de Laura Mombello y Sergio Caggiano. El estudio, contrasta la situación en las dos áreas geográficas de mayor concentración de inmigrantes bolivianos, las provincias y región de frontera con Bolivia y la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires.

1. Introducción

El 17 de diciembre del 2003 se sanciona en la Argentina una nueva Ley de Migraciones la cual establece una serie de derechos hacia los inmigrantes, entre ellos el derecho irrestricto a la atención de la salud⁶. A pesar del nutrido número de inmigrantes limítrofes que residen en el país la preocupación sobre el acceso a la salud y la utilización de los servicios públicos de salud no ocupó un lugar relevante en los estudios sobre sus procesos de incorporación e integración a la Argentina. En este sentido, los estudios existentes sobre los problemas de salud, así como sobre el acceso y contacto con los servicios de salud de los inmigrantes en la Argentina son pocos y bastante recientes.⁷

La presente ponencia se refiere a esta problemática focalizando en uno de los colectivos de larga tradición inmigratoria a la Argentina: los bolivianos. El estudio forma parte de una investigación más amplia que tuvo como propósito general examinar las condiciones sanitarias de esta población y a su contacto con los servicios públicos de salud en distintas regiones del país profundizando en la problemática de la salud reproductiva. Específicamente esta ponencia se refiere a la situación en la Ciudad de Buenos Aires, y la Provincia de Buenos Aires, área en la que se concentran seis de cada diez inmigrantes bolivianos en la Argentina. Discute brevemente los variados nexos entre la migración internacional y la salud, para luego caracterizar la demanda de atención a la salud reproductiva en base a rasgos sociales, demográficos y reproductivos de la comunidad boliviana en la Argentina. En segundo lugar, mediante el examen de indicadores referidos a la salud materno-infantil indaga la existencia de problemas específicos de esta comunidad a los que el sistema de salud deba prestar mayor atención. Finalmente, se focaliza en la atención de los inmigrantes en los servicios públicos de salud, con énfasis en la mirada de los propios efectores. En particular describe los principales problemas de salud detectados, las dificultades en la comunicación y los retos que impone la atención a poblaciones cultural y socialmente diferentes.

Mediante los resultados se pretende asimismo, contrarrestar los prejuicios que dominan parte de la opinión pública y en menor medida la práctica médica. Debido a la carencia de datos confiables y estudios sistemáticos las discusiones en los medios masivos de comunicación son con frecuencia guiadas por información fragmentada e incompleta generando una serie de preconceptos y posiciones xenófobas.

⁶ Tanto el Artículo 6 como el Artículo 8 de la Ley 25871 son claros en cuanto al acceso como a la no discriminación de los inmigrantes en los servicios de salud: *ARTICULO 6° - El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social; y el ARTICULO 8° - 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.*

⁷ Para más detalle sobre antecedentes en la temática ver Sala (2002), Cerrutti y Parrado (2002), Cerrutti y Freidin (2004), Abel y Caggiano (2006), Caggiano (2006), Cerrutti, (2006) Jelin, Grimson y Zamberlin (2006) y Mombello (2006).

2. Migración y salud reproductiva

Las relaciones existentes entre la migración internacional y la salud son múltiples y complejas. Sin embargo, a los fines analíticos pueden distinguirse al menos tres aspectos o dimensiones generales que hacen a esta relación; las dificultades o problemas de salud de los inmigrantes derivados del propio proceso migratorio y de la forma de integración en la sociedad de destino; las dificultades para acceder a los servicios de salud, es decir las trabas o mecanismos que restringen la atención; y, por último, la atención recibida, es decir los problemas emergentes del encuentro entre inmigrantes y efectores de los servicios de salud.

Un punto de partida para el análisis sobre la salud de los inmigrantes es que en general se trata de una población que, con matices, presenta rasgos de mayor vulnerabilidad. La exposición a un nuevo medio social y cultural, la separación de seres queridos y la adaptación a un mundo de rasgos muchas veces desconocidos puede producir tensiones y desarreglos físicos y psíquicos. Si bien existe evidencia de que quienes emprenden un movimiento migratorio tienen perfiles más saludables que quienes no lo hacen⁸ (es decir presentan una selectividad positiva en términos de condiciones de salud), también es cierto que el cambio de residencia de un país a otro genera una serie de intranquilidades y situaciones de riesgo que pueden afectar la salud de los recién llegados.

En la Argentina, los inmigrantes bolivianos se caracterizan por tener menores niveles educativos y de ingresos que la población nativa. En las etapas iniciales del proceso migratorio, quienes se dirigen a las ciudades tienden a concentrarse en áreas marginales las cuales carecen de servicios de infraestructura básica. Al igual que otros colectivos, debido a su condición de inmigrantes y a su escasa calificación laboral son frecuentemente empleados en las posiciones más bajas de la escala ocupacional en forma precaria, lo que redundaría en la falta de contratos de trabajo y consecuentemente en la carencia de beneficios laborales (incluyendo seguro de salud y accidentes de trabajo). Algo similar ocurre con los trabajadores inmigrantes en el sector agrícola, o en otras ocupaciones de carácter rural, quienes se ven forzados a residir en barracas en condiciones insalubres. Estas circunstancias, sumadas al rechazo o xenofobia por parte de algunos miembros de la sociedad receptora, pueden comprometer tanto la salud tanto física como psíquica de los inmigrantes.

Los inmigrantes enfrentan una serie de riesgos potenciales a su salud reproductiva, así como también dificultades y barreras para acceder a los servicios de atención. Al llegar a la Argentina las mujeres se encuentran con una doble desventaja—ser inmigrantes y ser mujeres—y a veces, como en el caso de la inmigración boliviana, con una triple desventaja, derivada de factores de clase y étnico-culturales. Ellas arriban con pautas reproductivas y de cuidado que son diferentes a las de la sociedad que las acoge y tienen necesidades en materia de salud reproductiva y derechos reproductivos que deben ser satisfechas de manera adecuada. Con frecuencia tienen dificultades para acceder tanto a la información necesaria como a la atención. Investigaciones realizadas sobre países de América Latina señalan que las mujeres migrantes tienen en comparación con las nativas mayor cantidad de embarazos no deseados, un menor uso de anticonceptivos y, una más baja propensión a acudir a servicios de salud

⁸ Uno de los escasos antecedentes en nuestro país realizado en base a datos representativos referidos no encontró diferencias significativas en la probabilidad de haber experimentado un problema de salud durante el mes previo a la encuesta entre inmigrantes limítrofes y del Perú y la población nativa. Más aún, la probabilidad de los inmigrantes recientes de presentar problemas crónicos de salud, aún controlando por sexo, edad y nivel educativo eran más bajas que la de los nativos. (Cerrutti, 2006).

reproductiva (UNFPA, 2006). En los casos lamentables de aquellas mujeres que sufren abusos y violencia es probable que tampoco conozcan sus derechos y que teman por las repercusiones si recurren a servicios de apoyo.

Cuando la migración es de carácter irregular o forzada, expone a las mujeres a un mayor número de situaciones hostiles, tales como violaciones, embarazos no deseados y, especialmente, el riesgo mayor de infección por ITS o VIH/SIDA. También se ha detectado que los contextos de separación familiar y cultural, pueden incrementar las chances de relaciones sexuales no protegidas (Martiné, Hakkert y Guzmán, 2000). El exponente más trágico de esta situación es la trata de personas, incluyendo niñas y niños, para su explotación sexual, situación que sin duda pone en riesgo la vida de las víctimas y compromete su salud para toda la vida.

Si bien el proceso migratorio puede presentar riesgos y retos para la salud reproductiva de las mujeres también puede ampliar el acceso a información y servicios de atención. En este sentido, para muchas inmigrantes el arribo a un nuevo contexto social puede implicar ganancias en términos de su salud reproductiva, particularmente entre aquellas que provienen de contextos de extrema pobreza y que tienen un limitado acceso a servicios públicos de salud. En estos casos, es posible que la llegada al país de destino con una oferta variada de servicios de atención gratuita y programas de salud sexual y reproductiva tenga como consecuencia el mayor acceso de las inmigrantes tanto a información como a recursos (incluyendo servicios materno-infantil y de prevención y tratamiento del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual) que el que tenían antes de partir.

3. Datos y métodos

El presente estudio combina dos estrategias metodológicas, una cuantitativa y otra de carácter cualitativo. En cuanto a la primera, emplea información del último Censo Nacional de Población, procesada específicamente para esta investigación sobre patrones reproductivos de las mujeres bolivianas de la Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires. Asimismo, se utilizan datos de la Encuesta Perinatal 2008 relevada por el Programa de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires⁹, la cual permite comparar indicadores de la salud de las púerperas de origen boliviano como de sus recién nacidos con aquellos de la población nativa. Del total de aproximadamente 9400 nacimientos contenidos en la base¹⁰, 8318 corresponden a madres argentinas y 280 a madres de origen boliviano. Para el análisis de la salud materno-infantil también se emplea información provista por el Hospital Materno Infantil R. Sardá, una de las maternidades más grandes de la Ciudad de Buenos Aires que atiende a un elevado número de usuarias de origen boliviano¹¹.

En cuanto al componente cualitativo, el estudio examina las perspectivas de funcionarios y médicos en distintas posiciones dentro del sistema de salud, así como de enfermeras y administrativos. El trabajo de campo se llevó a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en La Plata (provincia de Buenos Aires). En las entrevistas se indagó sobre los sistemas de

⁹A lo largo del mes de septiembre de 2008 se encuestaron a todas las púerperas que fueron atendidas en hospitales de la provincia de Buenos Aires de cierto tamaño (más de 700 partos por año) y de hospitales localizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero con un número significativos de usuarias provenientes del conurbano bonaerense.

¹⁰ Se trata de nacimientos vivos. Para este análisis no se incluyen los nacimientos múltiples. El número es aproximado ya que el número de “desconocidos” varía de acuerdo a la característica analizada.

¹¹ Vale mencionar que De los 5407 partos atendidos en la maternidad entre el 1 de enero y el 30 de septiembre del 2009, el 24.4% (1321 partos) corresponden a madres de origen boliviano.

información, la demanda de atención por parte de la población de origen boliviana, el grado de conocimiento el de la legislación migratoria, la opinión de los propios efectores del derecho de los inmigrantes a la salud. Asimismo se recabó información sobre los principales problemas en la atención, las dificultades en la comunicación y los modos que tienen los profesionales para tratar pacientes culturalmente diferentes. De este modo se identificaron problemáticas específicas de esta población y las barreras que se establecen para su atención. Finalmente, se prestó particular atención a identificar “buenas prácticas” en la atención con poblaciones inmigrantes llevadas a cabo en hospitales públicos y centros de salud.

4. Los patrones reproductivos de las mujeres bolivianas en Argentina

A modo de introducción, vale mencionar que a lo largo de las últimas dos décadas, la inmigración proveniente de Bolivia a la Argentina ha sido sin duda una de las más dinámicas. Las desventajosas condiciones económicas de dicho país sumando a las posibilidades de inserción laboral en la Argentina, promovieron la intensificación de un flujo migratorio relativamente continuo, estimulado por extensas redes sociales migratorias (Benencia 1997, Benencia y Quaranta, 2007). Entre 1980 y 2001, el stock de bolivianos en la Argentina se duplica pasando de 118.141 a 233.464 personas y dado el alto número de regularizaciones recientes otorgadas por el Programa Patria Grande es muy probable que el número haya crecido considerablemente a lo largo de esta primera década del nuevo milenio.

La presencia de mujeres ha sido tradicionalmente más reducida que en otros grupos de inmigrantes igualmente dinámicos, como es el caso de los paraguayos y los peruanos. En parte esto se debió al carácter familiar de esta migración y a las particularidades de la pequeña producción agrícola en Bolivia las que han moldeado históricamente el proceso migratorio (Balán, 1990). En este sentido, la decisión de las mujeres de emigrar ha formado tradicionalmente parte de una estrategia familiar (Magliano, 2007)¹². Sin embargo, en los últimos tiempos, la presencia femenina dentro de este colectivo migratorio se ha ido incrementando; si en 1980 por cada cien varones bolivianos residentes en la Argentina había 81 mujeres, en el 2001 dicho número asciende a 99, es decir que prácticamente las mujeres pasan a equiparar a los varones.

Las inmigrantes bolivianas residentes en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires comienzan a tener hijos a edades más tempranas y tienen a lo largo de la vida reproductiva, un mayor promedio de hijos que sus pares argentinas (Cuadro 1). Entre quienes residen en la Ciudad de Buenos Aires, la brecha en el porcentaje de madres entre las adolescentes nativas e inmigrantes es entre 14.2% y el 4.8%; mientras que en la Provincia de Buenos Aires es entre 17.2% y el 11.1%. Sin embargo, las madres adolescentes bolivianas son más proclives a convivir en pareja, con independencia del lugar de residencia, posiblemente vinculado a una mayor aceptación social y cultural de la pauta de maternidad precoz en estas poblaciones¹³.

Resulta interesante que la incidencia de la maternidad precoz disminuye con el tiempo de residencia en la Argentina. En efecto, son las adolescentes que han llegado más recientemente las que presentan una mayor propensión a la maternidad precoz. En la Ciudad de Buenos

¹² De los colectivos de inmigrantes limítrofes, la inmigración boliviana ha sido la más estudiada en la Argentina. Para estudios clásicos de la migración boliviana en la Argentina ver Benencia y Karasik, 1994; Benencia, 1997; Benencia y Geymonat, 2003; Grimson, 1999.

¹³ La proporción de adolescentes entre 15 y 19 años que eran madres o estaban embarazadas en Bolivia en 2003 es del 15.7% (Organismo Regional Andino De Salud - Convenio Hipólito Unanue, 2008)

Aires, la brecha que establece el tiempo de residencia en la Argentina (es decir más de diez años al momento del relevamiento censal o menos de cinco años) es de 9.6% vs. 17.0% en la Ciudad de Buenos Aires y entre 10.1% y 24.5% en la Provincia de Buenos Aires. Esta variación en los comportamientos reproductivos es muy significativa y merece ser estudiada con mayor detenimiento, ya que puede ser que el tiempo de residencia por un lado modifique las expectativas y orientaciones familiares de las inmigrantes, aunque también puede ser indicativo de haber permanecido por más tiempo dentro del sistema educativo y también tenido un más fácil acceso a un efectivo control anticonceptivo.

La pauta de maternidad temprana no sólo se observa en el mayor porcentaje de madres en la adolescentes, sino también en las edades adultas jóvenes. En efecto, entre las mujeres bolivianas de 20 a 24 años más de la mitad ya eran madres, mientras que entre las argentinas la proporción es del 18% en la Ciudad de Buenos Aires y 39% en la Provincia de Buenos Aires.

La elevada fecundidad de las mujeres bolivianas se muestra en su tasa de fecundidad por cada mil mujeres entre 15 y 49 años en el año previo al último censo de población (ver cuadro).¹⁴ La brecha con las nativas es mayor en la Ciudad de Buenos Aires (112 hijos vs. 49 por cada 1000 mujeres) y se observa a lo largo de todas las edades. Esta situación no sorprende dada la elevada fecundidad que se observa en el país de origen comparada con la del país de destino. En efecto, para los años 2000-2005 la tasa global de fecundidad era de 4,0 en Bolivia, mientras que en la Argentina era de 2,4 (Cerrutti y Binstock, 2009).

Una plausible explicación de la brecha de fecundidad entre nativas e inmigrantes es la derivada de los niveles de instrucción alcanzados por unas y otras. Con el objeto de evaluar esta hipótesis, se procedió a comparar el número medio de hijos de las madres bolivianas en distintos grupos de edad con los de las madres argentinas que tienen educación inferior al secundario completo (no se muestra en cuadro)¹⁵ encontrando que las diferencias persisten aunque atenuadas débilmente.

Emulando en cierta medida lo que ocurre con las mujeres nativas, las mujeres bolivianas residiendo en la Capital Federal tienen una fecundidad algo más baja que sus pares residentes en la provincia. Si bien entre las primeras esto se debe claramente a sus perfiles socioeconómicos¹⁶

En síntesis, el examen de las mujeres adultas como el de las adolescentes muestra una más elevada fecundidad de las mujeres bolivianas que de las argentinas. Esta situación puede ser indicativa tanto de diferencias en las preferencias y en los modelos culturalmente aceptados, aunque también debido a dificultades en el acceso a recursos para prevenir embarazos no deseados, como se verá a continuación.

¹⁴ Dado que la información proveniente de las estadísticas vitales no se encuentra discriminada por país de nacimiento de la madre, la estimación de los diferenciales de fecundidad entre nativas e inmigrantes sólo puede efectuarse mediante los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

¹⁵ Esto significa que se excluyeron de los cálculos las mujeres con educación secundaria completa y con educación superior o universitaria incompleta o completa

¹⁶ En la Ciudad de Buenos Aires, los perfiles educativos y de ingresos son significativamente superiores a los de la provincia de Buenos Aires.

Cuadro 1. Tasas de fecundidad específicas por grupo de edad de las mujeres, por país de nacimiento y lugar de residencia. Año 2000-2001

Grupos de edad	Tasas de fecundidad por edad (por mil mujeres)					
	Cdad. de Buenos Aires		Prov. de Buenos Aires		Prov. de Jujuy	
	Bolivianas	Nativas	Bolivianas	Nativas	Bolivianas	Nativas
15-19 Años	69	22	94	55	130	66
20-24 Años	170	47	194	113	229	144
25-29 Años	159	79	170	126	196	143
30-34 Años	123	106	136	114	165	122
35-39 Años	90	61	100	66	94	80
40-44 Años	26	18	38	22	46	28
45-49 Años	5	2	5	3	7	4
Total	112	49	116	75	116	92

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001. Procesamientos propios.

5. La salud materno-infantil

El hecho de que las mujeres bolivianas tengan en promedio un mayor número de hijos, que muchas provengan de áreas rurales con menor acceso a servicios de salud y que en la Argentina se encuentren en situaciones socioeconómicas más desventajosas genera también otra serie de interrogantes en torno al cuidado de la salud materno-infantil y el acceso a los servicios.

Un aspecto importante es el de los controles pre-natales, los cuales están destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal¹⁷. ¿Son las embarazadas bolivianas menos proclives a realizarse controles pre-natales? ¿Cómo es su conducta preventiva y a qué se debe? Derivado de lo anterior, emerge casi de manera directa el interrogante acerca de la salud del recién nacido. ¿Qué dicen los indicadores más directos de la salud del recién nacido?, por ejemplo, el peso al nacer, indicativo del grado de desarrollo pre y post-natal, con importantes consecuencias para la salud del recién nacido a corto y largo plazo.

Si bien los estudios señalan que existen marcadas diferencias en el peso al nacer entre poblaciones y dentro de una misma población como consecuencia de factores biológicos, socioeconómicos y sanitarios (Bernis, 2005), en países receptores de inmigrantes, existe la expectativa de que los recién nacidos de madres inmigrantes (particularmente las que tienen pocos años de residencia en el país y que han estado expuestas a situaciones de mayor riesgo) presentarán indicadores de salud más pobres que los hijos de madres nativas. Dado que provienen de sectores socioeconómicos más bajos, han padecido situaciones de stress derivadas del propio proceso migratorio y tienen un vínculo menos estrecho con las instituciones sanitarias, se espera, que el peso al nacer de sus hijos sea más bajo que el de los

¹⁷ En general, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc). (Faúndez, 1992)

de madres nativas. Sin embargo, la literatura internacional también brinda ejemplos contrarios a esta expectativa y en alguna medida paradójicos, es decir que los recién nacidos de madres de inmigrantes presentan mejor peso al nacer que los de madres nativas. En los Estados Unidos Bender y Castro (2000) y Acevedo-García, Soobader y Berkman (2007), entre otros detectaron esta situación en el caso de madres latinas de origen mexicano. Landale, Oropesa y Gorman (1999) hallaron también en los Estados Unidos que madres de origen mexicano, cubano, de América Central y Sudamérica, chino, filipino y japonés tienen una probabilidad menor que las madres nativas de tener recién nacidos con bajo peso a pesar de sus desventajas socioeconómicas. Un resultado similar encontró Bernis (2005) en España y Guendelman y otros (1999) para Francia, Bélgica y también en los Estados Unidos.

Existen variadas hipótesis para explicar estas diferencias, todas ellas apuntando a factores protectivos de estos grupos de inmigrantes. Una hipótesis difícil de evaluar empíricamente apunta al proceso de selectividad migratoria, es decir serían las madres más saludables las que emigran y por lo tanto la salud de sus hijos es superior a la esperada dada su condición socioeconómica (Guendelman y otros, 1999). Sin embargo, otros han intentado explicar estas ventajas a partir de los comportamientos y hábitos de las madres inmigrantes, los cuales incluyen su mejor nutrición, más baja propensión a fumar y a consumir alcohol y mayor apoyo y contención familiar (Landale, Oropesa y Gorman, 1999). ¿Ocurre algo similar entre las mujeres inmigrantes de Bolivia, a pesar de sus desventajas socioeconómicas?

La Encuesta Perinatal relevada por el Programa de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires una rica información sobre salud materno-infantil de todas las puérperas atendidas en hospitales públicos durante el mes de septiembre y por lo tanto permite evaluar empíricamente estos aspectos. Estos datos son únicos disponibles en el país para efectuar análisis específicos sobre población de inmigrante identificadas de acuerdo a su país de nacimiento.

Los datos relevados muestran, al igual que lo indican los datos censales, que en términos socioeconómicos las mujeres de origen boliviano se encuentran en desventaja respecto a las mujeres de origen argentino. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a sus niveles de instrucción formal, sus perfiles son significativamente más bajos: mientras el 43 por ciento no han alcanzado a completar siete años de educación, en el caso de las argentinas dicha proporción es entre las mujeres argentinas sólo el 7 por ciento. De todas maneras vale la pena mencionar que la proporción de quienes al menos completaron el nivel medio es similar en ambos grupos (20% entre las argentinas y casi 18% entre las bolivianas).

- ***Casi todas llegan al parto con parejas estables***

En coincidencia tanto con las percepciones de médicos y médicas entrevistados a lo largo del estudio, las puérperas bolivianas son más proclives a estar en pareja estable que las argentinas. Esta diferencia de carácter cultural se vincula con la organización social y familiar de esta comunidad. En efecto, mientras el 94 por ciento de las mujeres bolivianas llegan a dar a luz en contextos de parejas estables entre las argentinas la proporción es del 86 por ciento.

- ***Una alta proporción no buscaba quedar embarazada***

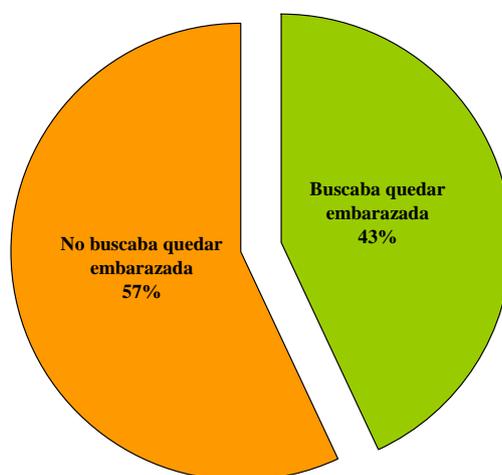
Sólo algo más de cuatro de cada diez mujeres bolivianas puérperas habían buscando quedar embarazadas (Gráfico 1). Este es un dato que debiera ser tenido en cuenta como indicador de

una demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar ya que sugiere tanto la existencia de dificultades de las mujeres bolivianas para demandar anticoncepción como de los servicios de procreación responsable para acercarse a esta población.

Es también posible que el alto porcentaje de puérperas bolivianas que reconocen que no buscaban quedar embarazadas sea el producto de una orientación hacia la maternidad que acepta pasivamente la llegada de los hijos que “tengan que venir” (aunque no necesariamente se los busque), orientación esta seguramente moldeada por las expectativas masculinas.

Como se verá más adelante, los efectores de salud e materia de salud sexual y reproductiva reconocen las dificultades que enfrentan en la comunicación con pacientes bolivianas, particularmente si cuentan con baja educación y las barreras impuestas por las relaciones de género para demandar anticoncepción.

Gráfico 1. Provincia de Buenos Aires, 2008. Porcentaje de puérperas de origen boliviano que no buscaban quedar embarazadas.



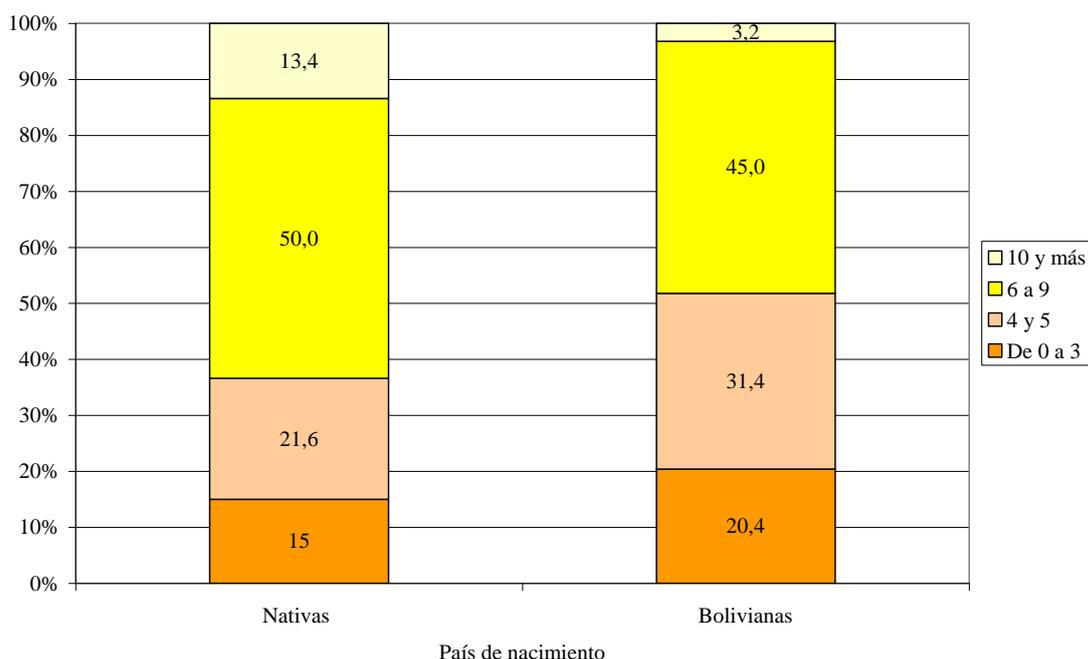
Fuente: Encuesta Perinatal 2008, Programa Maternidad e Infancia Provincia de Buenos Aires

- ***Los controles prenatales***

El número promedio de controles prenatales realizados durante el embarazo en el caso de las puérperas bolivianas es inferior al de las argentinas. Este es otro rasgo característico a los que aludirán efectores que atienden a la salud materno-infantil de usuarias nacidas en Bolivia.

Los datos muestran que algo más de la mitad (51.8%) de las mujeres bolivianas se ha realizado como máximo cinco controles (entre las argentinas la proporción es significativamente más baja, 36.6%). Contrariamente, mientras el 13.7 por ciento de las argentinas se realizaron al menos diez controles, entre las bolivianas la proporción es muy inferior (menos del 4%) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Provincia de Buenos Aires. Puérperas nativas clasificadas por número de controles pre-natales y país de nacimiento



Fuente: Encuesta Perinatal 2008, Programa Maternidad e Infancia Provincia de Buenos Aires.

- ***El parto en soledad***

Las mujeres atendidas en hospitales públicos, en general, viven el parto en soledad. En las maternidades que forman parte de esta muestra la enorme mayoría de las puérperas declararon haber estado solas durante el parto, indistintamente de su origen nacional. En efecto el 93 por ciento de las bolivianas y el 90 por ciento de las argentinas no tuvieron compañía durante el parto. Lamentablemente esta no es la situación preferida dado que dos tercios de ellas respondieron que hubieran querido estar acompañadas al momento del parto.

- ***La paradoja del peso al nacer***

Las puérperas bolivianas provienen de sectores socioeconómicos más vulnerables y se han realizado un número menor de controles prenatales. Sin embargo, cuando se examina el peso al nacer surge un resultado paradójico, sus recién nacidos tienen una menor incidencia de bajo peso, además de ser en promedio más robustos. En efecto, como lo muestra el Cuadro 2 mientras el 6.9% de los recién nacidos de madres argentinas tienen bajo peso al nacer, entre las bolivianas la proporción es de 2.2%. En el otro extremo, más de la mitad de los recién nacidos de madres bolivianas pesan 3.5kg o más.

Información complementaria a esta encuesta también arroja resultados similares. Por ejemplo, las estadísticas del Hospital Materno Infantil R. Sardá dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires muestra también que los recién nacidos de madres bolivianas

tienen un peso superior al de las madres argentinas¹⁸. Entre ellas se da el mismo fenómeno detectado con la base de datos de la Provincia de Buenos Aires.

En las entrevistas realizadas con médicos y médicas en la provincia de Buenos Aires se destaca que si bien las mujeres bolivianas presentan algunos problemas importantes de salud (como por ejemplo una elevada incidencia de tuberculosis y de Chagas), al mismo tiempo logran llevar sus embarazos a término y sus niños nacen con un buen peso. Efectivamente, se registra que no sólo los partos prematuros son menos frecuentes en esta población sino que no es extraño que se sobrepase la fecha de parto. En la amplia mayoría de los casos, los partos no presentan dificultades, ni para las madres, ni para los niños¹⁹.

Es posible proponer algunas hipótesis para explicar estas diferencias haciendo referencia a factores culturales que podrían implicar comportamientos “protectores” antes y durante el embarazo. En primer lugar, entre las mujeres bolivianas la proporción de fumadoras es bastante inferior a la que se detecta entre las mujeres nativas: mientras sólo el 4.4% de las mujeres bolivianas fumaba durante el embarazo, entre las argentinas la proporción es cinco veces más elevada (22.7%). Otro elemento que puede ser significativo es el contexto social y familiar en el que transcurre el embarazo. Por un lado, como se señalara anteriormente una proporción más elevada de las madres bolivianas llega al momento del parto con una pareja estable, situación que puede estar asociada tanto con una mayor contención social, como económica y afectiva.

Cuadro 2. Púérperas argentinas y bolivianas clasificadas por peso del recién nacido.

Peso al nacer	Encuesta a Púérperas en Prov. de Buenos Aires		Maternidad Sardá Ciudad de Buenos Aires	
	Argentinas	Bolivianas	Argentinas	Bolivianas
Menos de 2500 gramos	6,9	2,2	9,5	4,2
de 2500 a 3499 gramos	57,0	45,8	56,8	46,9
3500 gramos y más	36,1	52,0	33,7	48,9
	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Perinatal 2008, Programa Maternidad e Infancia Provincia de Buenos Aires y estadísticas del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá.

Dadas las diferencias tanto en los factores de riesgo como en los protectivos entre mujeres bolivianas y argentinas, se procedió a realizar un análisis estadístico multivariado para despejar posibles relaciones espurias entre el origen nacional y peso al nacer. Este modelo estadístico predice la probabilidad de bajo peso al nacer²⁰ en función de un conjunto de características de distinta naturaleza: demográficos (edad), de fecundidad (cantidad de partos previos), de riesgo a la salud (si fumaba o no) y de “protección” (si tiene o no pareja estable; número de controles pre-natales; y si recibió o no plan alimentario durante el embarazo). Los resultados de este análisis reafirman la primera impresión descriptiva, es decir que aún manteniendo constante el efecto de los rasgos que impactan en el peso al nacer, la

¹⁸ Vale mencionar que De los 5407 partos atendidos en la maternidad entre el 1 de enero y el 30 de septiembre del 2009, el 24.4% (1321 partos) corresponden a madres de origen boliviano.

¹⁹ Una médica así lo ejemplifica: “Prácticamente más del 80% son niños normales, tenemos más intervención por postérmino, porque se pasan de fecha, llegan a las 42 semanas no se produce el parto y hay que inducirlo”.

²⁰ Se trata de un modelo binomial logístico cuya variable dependiente es una variable dummy del peso al nacer (menor a 2500 grs. o 2500 grs. o más).

probabilidad de los recién nacidos de madres bolivianas tengan bajo peso es inferior al de las argentinas (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Resultados de regresión logística binomial (coeficientes y razón de probabilidades) para predecir bajo peso al nacer.

Variables Independientes	Coficiente (β)	Razón de probabilidades
Edad de la madre		
Menos de 20 años	-0,0267	0,97
Más de 35 años	0,3450 **	1,41
<i>21 a 35</i>		
Madre fuma		
Sí	0,1889 **	1,21
<i>No</i>		
Cantidad de partos previos		
2 o 3	-0,6383 ***	0,53
4 o más	-0,5351 ***	0,59
<i>Es el primero</i>		
Tipo de pareja		
Tiene pareja estable	-0,2603 **	0,77
<i>No tiene pareja estable</i>		
Número de controles prenatales		
Hasta 5	0,7955 ***	2,22
<i>6 y más</i>		
Recibió plan alimentario		
Si	-0,1891 **	0,83
<i>No</i>		
País de nacimiento		
Bolivia	-12,7910 ***	2,79E-06
Paraguay	-0,2711 *	0,76
Otros	-0,2467	0,78
<i>Argentina</i>		
Constante		
Likelihood ratio	-0,8841 ***	
Grados de libertad	167,8300	11

*** p<0.01; **p<0.05; *p<0.1.

Fuente: Encuesta Perinatal 2008, Programa Maternidad e Infancia Provincia de Buenos Aires.

En síntesis, los resultados del análisis referido al peso al nacer son indicativos de la existencia de factores de protección de los recién nacidos dentro de la comunidad boliviana, los cuales logran contrarrestar la influencia negativa de factores asociados a las desventajas socioeconómicas y a la menor propensión a realizarse controles pre-natales.

6. Miradas de los efectores sobre la salud reproductiva de usuarias bolivianas

Esta sección vira la atención a las formas en las que los servicios públicos de salud (hospitales y centros de salud) en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires reciben a las pacientes de origen boliviano y los retos que definen en la atención. En primer lugar es importante mencionar que a la hora de evaluar la atención a la población de origen boliviano los efectores refieren de manera recurrente dos argumentos. En primer lugar, subrayan que la atención se presta sin restricción alguna respecto al origen nacional o condición migratoria. Expresiones como “*atendemos a todo el que llega*”, y “*atendemos a todos por igual*” se reiteran muy frecuentemente. Más allá de la disparidad en el conocimiento sobre la nueva ley migratoria, lo cierto es que existe una conciencia bastante extendida acerca de la obligatoriedad de brindar atención a todos los usuarios que llegan a los distintos niveles del sistema.

En segundo lugar, señalan que de la población migrante atendida, la de origen boliviano es la más numerosa y la que presenta mayores desafíos. Los aspectos problemáticos en lo que se refiere a la atención de esta población son: a) sus diferencias en la concepción de la salud sexual y reproductiva; b) las dificultades en la comunicación médico-paciente, c) dificultades en asistir aspectos sanitarios vinculados a las condiciones de vida de la población.

- ***El cuidado anticonceptivo y las relaciones de género***

La elevada incidencia de embarazo adolescente y la alta proporción de puérperas que indicaron no haber buscado estar embarazadas entre las mujeres bolivianas residiendo en la Argentina son indicativas de una demanda insatisfecha por cuidado anticonceptivo. Si bien desde el año 2002 se encuentra en vigor el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual garantiza el asesoramiento en materia de salud reproductiva y la provisión gratuita de anticonceptivos, los efectores señalan que tanto el acercamiento al colectivo boliviano como la promoción del cuidado anticonceptivo tiene sus complicaciones. Estas complicaciones son las derivadas de tratar con poblaciones culturalmente diferentes. En efecto, la población boliviana suele ser señalada entre los efectores del sistema público como la más distintiva dentro del conjunto de inmigrantes limítrofes en temas relacionados con el cuidado preventivo, la planificación familiar, la atención del embarazo y el parto

Una de las primeras situaciones que llama la atención de médicas y médicos, es la importancia que tiene la palabra del varón a la hora de decidir sobre la planificación familiar y los métodos de anticoncepción. Este protagonismo de la pareja de la usuaria es interpretado como una falta de autonomía de la mujer para tomar decisiones por sí misma.

Teníamos muchísima población boliviana que venía a parir, con sus costumbres, con todo lo que traía aparejado, con dificultades por ejemplo para entrar en programas de planificación familiar. Tienen modalidades diferentes. Tratamos de aprender. Uno de los inconvenientes es la dificultad para la aceptación por parte de la usuaria de la planificación familiar.

Una de las dificultades que empezamos a ver es que si no está el compañero que da el aval no toman decisiones, para decidir método, nada de eso. Entonces ahora hay un horario por la tarde para ver si se puede incorporar al compañero a la consulta.

También se nota un gran patriarcado entre los bolivianos, en donde la mujer es muy sumisa al marido. Entonces a veces por ahí podemos tratar de llegar con políticas de educación en sexualidad de la mujer, pero si no integramos al esposo a veces se hace difícil que se cumpla. A veces los planes se editan para la cultura argentina y no se toman en cuenta estos detalles.

Los efectores sostienen que si bien se diseñan buenos programas no contemplan la heterogeneidad que presentan los beneficiarios y que por lo tanto con frecuencia no dan los resultados esperados. Las dificultades para que las mujeres bolivianas participen activamente en los programas de planificación familiar son habitualmente atribuidas a la cultura “machista” característica de esta población.

Con el tema del preservativo directamente no, porque como es el hombre el que lo tiene que utilizar, entonces no. Tampoco quieren que se pongan el DIU porque dicen que les molesta (a los maridos). ...Y o creo que pasa más que nada por el machismo, cómo si pueden no van a tener todos los hijos que puedan tener, porque ellos son de tener muchos hijos en general. Son especiales.

Muchas veces uno informa sobre los métodos y lo que es una constante es “le tengo que preguntar a mi marido”. En general tienen pareja. En general no es una población que se restringe en la cantidad de chicos que quieren tener. Entonces que uno les hable de anticoncepción y... ya les suena raro.

En este sentido, los profesionales indican las dificultades profundas con las que se encuentran los programas de salud reproductiva y procreación responsable a la hora de intentar “empoderar” a las mujeres para que tengan un mayor control y decisión sobre sus propios cuerpos. Si bien es una tarea muy difícil debido a que puede trastocar relaciones de género ancestrales, en algunos casos logran exitosamente que la mujer pueda llevar a cabo su propia decisión, como los muestra el siguiente testimonio:

“Es como que el varón... la mujer está... o sea, en algunos casos, en otros menos, el varón es el que maneja la sexualidad de la mujer, el que tiene total derecho sobre el cuerpo y sobre todo lo que se le pueda hacer a la paciente. Por ahí hay pacientes que quieren usar algún método anticonceptivo pero el marido no quiere y entonces lo rechaza. Por ejemplo la semana pasada hemos hecho una ligadura tubaria, de una paciente que tenía 11 hijos a los 34 años, y cuando le planteamos la posibilidad de ligarle las trompas, ella me dice que iba a hablar con su marido y después me iba a decir. Habló con el marido y dice que le dijo «¡estás loca!». Entonces le digo «bueno, esto se puede hacer en cualquier momento», y después la paciente volvió a decirme «yo me voy a ligar las trompas igual porque no quiero tener más hijos», y bueno, o sea, en ese momento ella tomó la decisión. Yo le dije «la decisión es tuya porque vos sos la que se embaraza» (...) Entonces de repente, no sé si lo entendió o no, pero decidió y lo hicimos”. Pero hay muchos comentarios que te hacen: «no, mi marido no quiere». O incluso pacientes que vienen y les tenés que hacer una cesárea y los

*maridos no quieren. El marido no quiere porque después no va a servir como antes, «no me va a servir, ya»”.*²¹

En cuanto a los métodos anticonceptivos, en los casos en que acceden a su utilización, prefieren los inyectables a las pastillas. Últimamente registran, entre las mujeres con mayor tiempo de residencia, una tendencia a incorporar el DIU. En relación con el condón, si bien los efectores coinciden en señalar que es el método que menos utilizan, hacen una diferencia entre el residente adulto y los hijos de los migrantes bolivianos (muchos de ellos argentinos) que, transitando su adolescencia, se muestran más dispuestos al uso del preservativo.

Sin duda la fuerza de la cultura y el respeto a la diferencia no pueden ser obstáculos para ampliar el rango de opciones que se les presenta a las mujeres bolivianas en la actualidad. Sin embargo, es preciso tomar en cuenta que generar las condiciones para que tengan un mayor control sobre sus cuerpos y su propia sexualidad es una tarea compleja que no puede ser abordada en forma exclusiva por los efectores de salud. Para ello se requiere de la participación activa de organizaciones de la propia comunidad que cuenten con los conocimientos necesarios sobre las particularidades culturales y las formas de organización social y familiar de modo de abordar la problemática desde una perspectiva respetuosa y comprometida.

- ***La atención al parto***

Una costumbre arraigada en Bolivia, particularmente entre mujeres que han tenido partos domiciliarios, es tener el parto en cuclillas. Una de las preguntas a los médicos y médicas especializados en ginecología y obstetricia, y a parteras, fue si al momento del parto las usuarias solicitaban tener a sus hijos en cuclillas, a lo que contestaron que sólo unos pocos casos lo demandan. La reticencia a demandar el parto en cuclillas, se sostiene, se debe o a que probablemente han tenido previamente hijos en hospitales y ya tienen la experiencia, o sencillamente porque se adaptan a las instrucciones que les realizan los médicos.

En general en los hospitales no se ofrece esta posibilidad. Para algunos, es claro que la reticencia por parte de los efectores al parto en cuclillas tiene que ver con la falta de costumbre y/o pericia en las maniobras específicas que requeriría la atención en esta posición, ya que en general se reconoce la virtud de la forma tradicional. Se suele argumentar que en esa posición es más complicado asistir a la paciente y, en el caso de que fuera necesario, intervenir en el proceso del nacimiento si se presenta algún inconveniente.

Siempre lo pienso, que me parecería que sería muy piola esto de tener o idear alguna cosa que permita la rápida colocación de las pacientes en una posición en que también el médico pueda trabajar, porque tampoco es cuestión que por un tema de la posición prohibir la posibilidad que se hagan las maniobras en el momento oportuno,

²¹ Algunos efectores interpretan que los varones bolivianos poseen una concepción instrumental del sexo femenino. Así, por ejemplo se señala el caso de una paciente cuya pareja no quiere que la operen (tiene cáncer de cuello) debido a que sostiene que “ya no le va a servir”. La médica destaca: “Le decís que hay que hacerle una cesárea a la paciente y te contesta «¿cuándo va a poder trabajar de nuevo?», te dice (...) Se preocupan por eso. No sé qué mito tendrán, por ahí piensan de que es algo más traumático o por ahí más invalidante”

tampoco es eso. Habría que pensar como compatibilizar las dos culturas, porque el médico también tiene su cultura propia. Porque el médico también dice 'no, como voy a hacer esto que si un chico nace y hay un problema como hago' es todo un aprendizaje también.

Yo siempre trato de adaptarme a lo natural y si la paciente está acostumbrada a eso (el parto en cuclillas) trato de hacer lo que es más cómodo para la paciente. Ella (una colega) es nueva y viene con su formación de la residencia del parto en decúbito o semis entadas y las pacientes no pujan en esa posición, muchas pacientes no pujan en esa posición; otras están digamos, occidentalizadas, pero las pacientes más nativas quieren pujar paradas o en cuclillas. Lo que pasa es que, además, no lo expresan, entonces los médicos nuevos a veces se desesperan y terminan tomando maniobras obstétricas que deberían evitarse.

Acá no lo solicitan (el parto en cuclillas) es llamativo. No lo solicitan y tampoco se ofrece, porque la realidad es que habría que hacer toda una modificación del mobiliario y con los recursos que tenemos no es posible. Esto es una cuestión cultural que viene de madres o abuelas que lo han hecho así, pero la mujer que hace mucho que vive acá, ni se le ocurre, la verdad es esa. Pero si ya han tenido chicos acá en forma horizontal, no lo piden, yo no se, habría que dar toda una vuelta de tuerca a ver si se las puede incitar a tener un parto en estas condiciones cuando no lo piden, por ahí no lo piden porque creen que no lo van a lograr nunca.

Existen, sin embargo algunas excepciones y algunos hospitales han adaptado lugares específicos para facilitar este tipo de práctica. En la Ciudad de Buenos Aires, en uno de los hospitales decidieron adaptarse y ofertar la posibilidad de tener un parto en cuclillas, como modo de mejorar la calidad de la atención:

En este momento en maternidad tenemos el área obstétrica donde, a raíz que las bolivianas parían en cuclillas, empezamos a trabajar para parto en cuclillas. Te podemos mostrar donde tenemos un gancho y una liana para parir. ... Se les ofrece a todos, pero en general la comunidad boliviana es la que lo usa bastante. Nosotros les decimos que se pongan como quieran al momento de parir.

- ***Dificultades en la comunicación y sus consecuencias***

La buena comunicación y el trato propiciado en la intimidad de una consulta médica constituyen aspectos fundamentales para lograr la confianza de los pacientes. Si bien esto es relevante en cualquier contexto, es sin duda más significativo en el caso de pacientes socialmente vulnerables y con rasgos culturales diferentes a los de los efectores, como es el caso de grandes sectores de la comunidad boliviana en la Argentina.

En Buenos Aires en general se señalan dificultades para alcanzar un diálogo fluido. Aunque reconocen que esta situación no se da del mismo modo con todas las mujeres, las “barreras” en la comunicación constituyen un problema que atenta contra la calidad de la atención.

A veces tenemos muchas dificultades porque no nos entendemos bien. Depende cuáles, hay bolivianas y bolivianas. Porque por ahí hay chicas que tiene el secundario

y no hay problema, pero hay otras que no, que realmente no te entienden el idioma, no saben expresarse y es muy muy complicado, porque no podemos investigar, tenemos que hacer una serie de interrogatorios que se hace muy dificultoso. ...De la población a la que asistimos debe ser en la que encontramos mayores dificultades. Porque en realidad no sabemos si es que no nos entienden, porque no nos contestan, y vos no sabes si no te dan una respuesta porque no te la quieren dar o porque no entienden lo que uno está preguntando. Porque a lo mejor en Bolivia se dice diferente. Es una población en la que el interrogatorio se hace difícil.

Es significativo que las “barreras” en la comunicación son siempre atribuidas a las pacientes, es decir, como una tara o dificultad que propia de estas mujeres. Esto ya había sido encontrado por Caggiano (2008) quien puso de manifiesto que los médicos consideran que son las pacientes quienes “no te entienden”, “no saben expresarse”, etc.; por lo tanto casi nunca atribuyen la dificultad a la interacción de dos actores con sus propias formas culturales. La especificidad, por lo tanto, parece ser únicamente de las pacientes dado por hecho que los efectores hablan un lenguaje “universal”.

Tratamos de adaptar algunas cosas, por ahí ellos no dicen “tirar”, dicen “botar” y uno trata de incorporar; para ellos “aborto” es “un fracaso”, vos le dices aborto y no saben, vos le decís “¿tuvo algún fracaso?” y ahí te dicen que perdieron un embarazo. Tratamos de ir cambiando la pregunta. Hay que adaptar el vocabulario.

La comunicación mejora en función del nivel educativo de los pacientes, identificando a las mujeres que provienen de sectores rurales del país vecino como las pacientes con las que tienen mayores dificultades. Los efectores establecen como las principales barreras el origen rural, la falta de instrucción y la situación de pobreza de las mujeres. Lamentablemente, la falta de comprensión mutua deriva muchas veces en la incapacidad de lograr que una paciente mantenga un tratamiento y lo lleve a buen término. De esta forma los tratamientos se interrumpen y traen como consecuencia el deterioro de la salud de la mujer o el aumento potencial de los riesgos.

La característica de la comunidad boliviana es que para mí vienen de comunidades rurales, tienen casi nada de educación formal, quizás un primario incompleto, exactamente no se de qué lugar están viniendo, pero te das cuenta, tienen dificultad con el lenguaje. Nosotros hablamos rápido y ellos tienen dificultades para entender.

No hablan mucho. Creo que a veces no entienden lo que uno les dice y como no repreguntan, se van como con esa cosa... y es como una timidez o una cortedad, porque miran para abajo, porque no es que confrontan, no confrontan.

A pesar de que el problema de la comunicación es percibido por la mayoría como una dificultad de los pacientes (“hablan mal el idioma” o “son muy cortos”, etc.) algunos médicos y médicas sí proponen interpretaciones de carácter social para dar cuenta de las barreras en el diálogo. De hecho, no son pocos quienes señalan los niveles de exclusión a los que se ven sometidos los migrantes como motivo de sus comportamientos. Al mismo tiempo, se indica que la conciencia de encontrarse en desventaja en relación con la población local conspira contra la posibilidad de buscar acercamientos y de crear vínculos de confianza.

Ellos se aconsejan (entre ellos) y les dicen que no se abran al porteño, porque les dicen que somos más rápidos que ellos y que seguramente los van a querer pasar

por arriba. Como conceptos que ellos tienen de tratar de evitar el contacto con el otro, porque sienten que siempre en ese contacto pierden, entonces por ahí son reticentes.

Si bien la situación ha mejorado de manera significativa a partir de los procesos recientes de regularización migratoria, muchos efectores consideran que la irregularidad en la documentación constituye otro de los factores que inhiben a la población boliviana para acercarse a los centros de salud o comunicarse más abiertamente con los efectores.

En la provincia de Buenos Aires, en donde los usuarios de los hospitales y centros de salud desenvuelven su vida cotidiana en contextos rurales en la zona periférica a la Ciudad se señalan retos particulares, ya que estos inmigrantes presentan la particularidad de tener un manejo escaso o nulo del castellano, siendo algunos monolingües que sólo se comunican en idiomas originarios. Esta distancia idiomática potencia las dificultades de atención especialmente de las mujeres. La situación de las mujeres es particularmente desventajosa, la distancia con ellas es aún mayor, y los efectores muchas veces se sienten impotentes ante las dificultades con las que se encuentran.

Las barreras de idioma son importantes. De hecho, tenemos frecuentemente pacientes que solo hablan quichua o guaraní y deben venir con un traductor. En general es el esposo o un familiar, o el patrón.

Seguramente que no saben mucho porque su educación es muy básica, muy básica, hay montones que no saben ni leer, y por ahí el marido sabe leer, entonces te dicen 'me lo escribe así después me lo lee mi marido', realmente es angustiante.

Las indicaciones, encima, si se las explicás setenta veces se la olvida, sale de ahí y ya no sabe como era, si se lo anotás no lo sabe leer, es como que es muy difícil que cumpla su tratamiento o que se acuerde de tomar la pastilla todos los días.

Uno les anota todo y no saben ni leer ni escribir es un ámbito (en el que trabajan los efectores) muy especial. No es el tipo de paciente que tenés en frente y que vos le transmitís las cosas y que las entienden, la elaboran, las almacenan. O sea no es un ida y vuelta, es un ida.

La imposibilidad para entablar un diálogo limita fuertemente la capacidad del médico para concretar una intervención eficaz, y coloca a la paciente en una situación doblemente desventajosa ya que, en la medida que no existe “un ida y vuelta”, la capacidad de la usuaria para tomar decisiones informadas queda francamente vulnerada.

- ***Los impactos de la pobreza y la precariedad***

Si bien, el entorno social y económico de la población migrante es un tema que desborda a las instituciones hospitalarias, esto no implica que los médicos y las médicas no lo tengan muy en cuenta a la hora de evaluar las condiciones de salud/enfermedad de la población a la que atienden, y las posibilidades y limitaciones que este entorno les impone.

Tuvimos serios problemas con el tema de tuberculosis y embarazo....Una de las cosas que veíamos, y era mi posición ante la Auditoría y a las autoridades del Hospital, era salgamos a buscar, hay muchas más mujeres enfermas, yo hacía tiempo que no veía a

mujeres embarazadas, a último momento del embarazo con tuberculosis productiva, y eso lo veíamos acá porque llegaban a parir sin control prenatal porque no las dejaban salir de los talleres. Eso lo vivimos, se hizo una búsqueda, pero muy difícil porque las Trabajadoras Sociales no podían entrar a los talleres, una problemática bastante difícil.

La situación de precariedad laboral sumada a una situación de residencia irregular pone a la población migrante en una situación de alta vulnerabilidad, son ellos, particularmente las mujeres, las que terminan pagando con su salud el alto costo que tienen estas prácticas de exclusión. Los efectores dan testimonio de que sus pacientes les informan sobre una distancia importante entre las promesas y, por consiguiente, las expectativas con las que migran, y las realidades con las que se encuentran. Condiciones de trabajo donde pierden las libertades, les retienen los documentos y la retribución es muy escasa, parecen ser aún hoy bastante habituales entre la población boliviana residente en Buenos Aires, especialmente en la ciudad.

Las mujeres bolivianas trabajan en talleres de costura, y en algunos las dejan salir y en otros no, tenemos registrados casos que no las dejan salir a hacer las consultas. O no las dejan salir a amamantar a los niños todas las veces necesarias, y tuvimos internación de niños de pocos meses por bajo peso, como consecuencia de esta situación.

En la provincia de Buenos Aires, se da una situación un poco diferente. El trabajo típico que desarrolla la comunidad boliviana en este caso es de horticultores; ya sea que trabajen por cuenta propia o para terceros, en tierra rentada o de su propiedad (como puede ser el caso de algunos residentes más antiguos). El régimen de trabajo rural no les impide o les prohíbe la asistencia a los centros de salud cuando es necesario, ni regula la división entre el tiempo de trabajo y de no trabajo de manera tan estricta. Por otra parte, las condiciones de alimentación, aún en los peores casos, en general, son mejores que las que tienen los casos más extremos de quienes habitan en la ciudad. Indicadores de esto son, por ejemplo, que los efectores no reportan casos de mujeres bolivianas tratadas por desnutrición, ni niños que pierdan peso en los primeros meses de vida por no poder ser amamantados todas las veces necesarias, como si ocurre en la ciudad de Buenos.

Esta población proviene mayormente de contextos rurales de su país de origen, tienen escasa instrucción y, como ya fue señalado, sus pautas culturales son más visibles para los efectores, debido a las diferencias en el idioma y en general en los modos de vida. Aunque los modos de inserción en el contexto rural les permite mayores posibilidades de movilidad a largo plazo, lo cierto es que las condiciones de vida iniciales suelen ser muy duras. Este es un aspecto que los efectores destacan a la hora de dar cuenta de los aspectos que afectan o ponen en riesgo la salud de los usuarios. Sobre este tema abundan los testimonios como el que se presenta a continuación:

Las quintas son un espacio de terror en cuanto a las condiciones en que viven, las condiciones sanitarias son malísimas, viven en ranchitos de madera, los baños de plástico, de nylon, un racho al lado del otro. Todas las pacientes dicen que viven en ruta 36, km 44 y medio.

En contextos rurales, como las zonas periféricas de la ciudad de La Plata, las enfermedades de transmisión sexual se detectan con bastante frecuencia especialmente en las mujeres que

llegan con sus embarazos avanzados. Esta situación es atribuida por los efectores al contexto particular en que se desenvuelve la vida cotidiana de las usuarias.

VDRL positiva, casi todas (padecen las mujeres bolivianas que llegan al hospital). Todas las maternidades detectan sífilis desde la primer consulta. El hecho de no contar con los controles correspondientes hace que las pacientes lleguen en término, pariendo, y con una sífilis congénita. Que es muy común en las bolivianas, porque los maridos trabajan en las quintas, cobran la quincena, van al prostíbulo, se contagian y después contagian a sus mujeres.

Conclusiones y propuestas para la acción

El presente estudio se propuso indagar el acceso al derecho a la salud, en particular a la salud reproductiva, por parte de los inmigrantes bolivianos, uno de los colectivos migratorios numéricamente más relevante y dinámicos de la Argentina. Los datos aquí analizados muestran que dicha comunidad tiene pautas de formación familiar temprana, una elevada maternidad adolescente y un mayor número de hijos promedios en todas las edades. En relación a la salud materno-infantil, a pesar de que las mujeres de origen boliviano se realizan un menor número de controles pre-natales, y que cuentan con niveles educativos relativamente bajo, llegan mejor a término y sus recién nacidos tienen mejor peso al nacer que las mujeres argentinas. Factores protectivos parecen dar cuenta de esta situación, como la menor incidencia de fumadoras y contextos familiares y sociales de mayor contención. Sin embargo, se señala también que son menos proclives a acudir al médico y a realizar chequeos de carácter preventivos.

De acuerdo al trabajo de campo realizado en hospitales públicos y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, la atención es irrestricta y en general no se discute la legitimidad de la demanda de atención por parte de los inmigrantes. Se señalan sin embargo problemáticas específicas de los usuarios de origen boliviano que atentan contra el acceso y la calidad de la atención. Entre ellas se distinguen por un lado las que tienen que ver con las barreras en la comunicación derivadas de distancias culturales y por el otro las que se originan en las deficientes condiciones de vida y de trabajo de muchos de estos inmigrantes.

En el caso de la atención a la salud reproductiva, si bien se identifica una demanda insatisfecha de cuidado anticonceptivo, los efectores señalan un conjunto de barreras para poder “llegar” adecuadamente a la población. Se sostiene que las mujeres comienzan a demandar métodos anticonceptivos luego de haber tenido varios hijos, lo que es interpretado por muchos como una imposición masculina, y por otros como preferencia cultural. Existe acuerdo en señalar que el método preferido es el inyectable, que el más rechazado el preservativo y que los maridos tienen la última palabra en la elección del método.

Un problema recurrentemente señalado es propensión a conductas preventivas, por ejemplo realización del PAP en tiempo y forma. La limitada orientación hacia el cuidado de la salud y a la prevención se expresa en que las ETS sean, en general, sólo detectadas al momento del embarazo, cuando las mujeres se realizan los controles prenatales. En relación al mantenimiento de prácticas ancestrales, el parto en cuclillas sólo se ofrece en un número limitado de hospitales. En los que no se lo realiza se sostiene que no se ofrece ni se solicita.

La mayoría de las iniciativas de acercamiento que despliegan los efectores se encuentran restringidas a su buena voluntad o a su sensibilidad particular. En este sentido, es de destacar los esfuerzos de aquellos que procuran establecer vínculos con la comunidad boliviana, ya sea articulando con las instituciones de la comunidad, ofreciendo alternativas de atención, trabajando por optimizar la comunicación y, especialmente, llegando a las mujeres migrantes con propuestas de salud sexual y reproductiva que resulten viables para ellas y aplicables desde el sistema sanitario existente. Si bien estas iniciativas aún no son sistemáticas resultan interesantes como formas concretas de abordar una problemática compleja, de difícil resolución. Y sería deseable tomarlas en consideración a la hora de la elaboración de programas o el diseño de planificaciones de política sanitaria.

La comprensión y tolerancia a las diferencias son caminos adecuados para lograr una mejora en el vínculo entre usuarios de origen boliviano y servicios de salud. El camino no es sencillo debido a los fuertes estereotipos construidos a lo largo del tiempo. Sin embargo, tres deberían ser los principales aliados para emprender este proceso: una regulación que establece los derechos, un efectivo control de la aplicación de la norma y la disposición de recursos para garantizarla y un proceso de sensibilización cultural que oponga el conocimiento a los prejuicios.

La pregunta sobre el diseño de estrategias exitosas es fundamental. Una clave para ello es que los efectores sean todos informados sin ambigüedades sobre la legislación migratoria, es decir sobre el derecho irrestricto de los inmigrantes al sistema público de salud. Un segundo aspecto es el de la capacitación para tratar con pacientes culturalmente diferentes. La demanda por una mayor sensibilidad por parte de los efectores no ha sido acompañada por esfuerzos en la formación profesional que contribuyan a fomentarla. Un tercer aspecto a tomar en consideración son los contextos hospitalarios, los cuales en general se caracterizan por restricciones de recursos y una significativa demanda. La preocupación de muchos de los entrevistados son las efectivas posibilidades de garantizar los derechos otorgados legalmente en un contexto en el cual numerosos servicios públicos de salud (hospitales y centros de salud) continúan funcionando con problemas presupuestarios, de administración, edilicios, y con escasez de insumos y de recursos humanos.

Es por eso imperioso que las iniciativas de carácter institucional para acercarse a la población, promover la prevención y mejorar el acceso se conecten con organizaciones de la comunidad bolivianas. La recuperación de prácticas que garanticen una atención eficiente, y al mismo tiempo respetuosa, no puede venir solamente como iniciativas de los efectores argentinos. Debe propiciarse un diálogo con los distintos actores de la comunidad de modo de lograr acciones articuladas entre los hospitales y centros de salud.

Referencias Bibliográficas

Abel, Lidia y Caggiano, Sergio. 2006. “Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera” en Elizabeth Jelin (Dir.) “Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural”, Buenos Aires: IDES.

Acevedo- García, Dolores; Soobader, Mah-Jabeen y Berkman, Lisa F. (2007) “Low birthweight among US Hispanic/Latino subgroups: the effect of maternal foreign-born status and education” en *Social Science & Medicine*, Vol. 65, N° 12, pp. 2503-2516.

Balán, Jorge. 1990. “La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en la Argentina”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 5, N° 15-16. Buenos Aires.

Bender, Deborah E. y Castro, Dina (2000) “Explaining the Birth Weight Paradox: Latina Immigrant’s Perceptions of Resilience and Risks” en *Journal of Immigrants Health*, Vol 2, Num. 3, pp. 155-173

Benencia, Roberto. 2006. “Bolivianización de la horticultura en la Argentina. Procesos de migración transnacional y construcción de territorios productivos.” Grimson, A. y Jelin, E. (comp.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Prometeo, Buenos Aires

Benencia, Roberto. 1997. “De peones a patrones quinteros. Movilidad social de familias bolivianos en la periferia bonaerense”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 35, Buenos Aires, abril.

Benencia, Roberto y Karasik, Gabriela. 1994. “Bolivianos en Buenos Aires: Aspectos de su integración laboral y cultural”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N° 27, Buenos Aires.

Benencia, Roberto y Quaranta, German. 2007. “Mercados de trabajo y economías de enclave. La ‘escalera boliviana’ en la actualidad”. En *Estudios Migratorios Latinoamericanos*”, N 60.

Bernis, Cristina. 2005. “Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes”, en *Antropo* 10, 61-73 www.didac.ehu.es/antropo

Caggiano, Sergio. 2005. *Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Buenos Aires, Prometeo.

_____. 2006, Fronteras de la ciudadanía. Inmigración y conflictos por derechos en Jujuy, en Alejandro Grimson y Elizabeth Jelin (comps.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*, Buenos Aires, Prometeo.

_____. 2007. Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción, *Iconos, Revista de Ciencias Sociales*, N° 28.

_____. 2008. “«Qué se haga cargo su país»: la cultura, los estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy”, en García Vázquez, Cristina (comp.), *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes*. Buenos Aires: Prometeo. Pp. 243-279.

Cerrutti, Marcela. (2006). “Problemas de salud, utilización de servicios de salud y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina” en Elizabeth Jelin (Dir.) “Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural”, Buenos Aires: IDES.

Cerrutti, Marcela. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina*. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, N° 2.

Cerrutti, Marcela y Binstock, Georgina (2009) “Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para a acción pública” en *Serie Políticas Sociales* N° 147. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA.

Cerrutti, Marcela y Freidin Betina. (2004) “Evaluando La Calidad de la Atención en Servicios de Planificación Familiar en la Ciudad de Buenos Aires: Medidas Estandarizadas y Percepción de las Usuarías”. Informe Final, World Health Organization, (H9/181/R763, Project: A 15199).

Cerrutti Marcela y Parrado, Emilio. (2002) “The Health Needs of Migrants in a Context of Economic Integration: The Case of Paraguay and Argentina” Informe Final. CENEP/Pan American Health Organization.

Faúndez, Alberto (1992) “Control Prenatal” en Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. *Obstetricia*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

Grimson, Alejandro. 2000. “El puente que separó dos orillas. Notas para una crítica del esencialismo de la hermandad”, en Grimson, Alejandro (comp.) *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*. Buenos Aires: Ciccus-La Crujía.

_____. 2000. “Introducción: ¿fronteras políticas versus fronteras culturales?”, en Grimson, Alejandro (comp.) *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*. Buenos Aires: Ciccus-La Crujía.

_____. 1999. *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.

Guendelman, S P. Buekens, B. Blondel, M. Kaminski, F.C. Notzon and G. Masuy-Stroobant, Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium, *Maternal and Child Health Journal* 3 (1999) (4), pp. 177–187

Hajat A.; J. B. Lucas; y R. Kington (2000) “Health Outcomes Among Hispanic Subgroups: Data from the National Health Interview Survey, 1992-1995” en *Advance Data Vital Health Statistics*, Num. 310, 1-14.

Jelin, Elizabeth; Grimson, Alejandro y Zamberlin, Nina. 2006. ¿Servicio?, ¿Derecho? ¿Amenaza?. La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud” en Elizabeth Jelin (Dir.) “Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural”, Buenos Aires: IDES.

Karasik, Gabriela. 2000. “Tras la genealogía del diablo. Discusiones sobre la Nación y el Estado en la frontera argentino-boliviana” en Grimson, Alejandro (comp.) *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*. Ciccus-La Crujía, Buenos Aires.

Magliano, María José. (2007) “Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género” in *Les Cahiers ALHIM*. N° 14.

Marcogliese, María José (2005) “Características demográficas, sociales y ocupacionales de la población inmigrante paraguaya en Argentina: el trabajo y la regularidad migratoria”, ponencia presentada en las *Septimas Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, organizadas por la Asociación Argentina de Estudios de Población, Taí del Valle, Tucumán.

Martine, George; Hakkert, Ralph y Guzmán, José Miguel (2000) Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares, Simposio sobre Migración Internacional en las Américas, organizado por CEPAL/CELADE y OIM, San José, Costa Rica 4-6 de septiembre

Massaccesi, Hugo y Massaccesi, Luciana (2008) “Ejercicio de la medicina en el NOA, su desafío” en *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, Vol 28, N° 1, pp. 17-21.

Mombello, Laura. 2006. “Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional” en Elizabeth Jelin (Dir.) “Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural”, Buenos Aires: IDES.

Sala, Gabriela. 2000. “Mano de obra boliviana en el tabaco y la caña en Jujuy”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Año 15, Num. 45.

_____. 2002. Entre el Temor y la Exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina, presentado en el XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, noviembre de 2002.

UNFPA (2006) Estado de la Población Mundial 2006. Hacia la Esperanza. Las Mujeres y la Migración Internacional.

Vera, H. 1993. “The Client’s View of High-Quality Care in Santiago, Chile”, *Studies in Family Planning*, Vol. 24, Num.1, pp. 40-49.

Williams, Timothy, Schutt-Ainé, Jessie y Cuca, Yvette. (2001) ”Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar a Través de Encuestas de Satisfacción de Clientes” en *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número Especial 2001. New York: The Alan Guttmacher Institute.