

ESTRATEGIAS DE CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES SUBALTERNAS DE LA REGIÓN NOA, ARGENTINA¹

Vanesa Vázquez Laba*
Milena Páramo Bernal**
Victoria Tesoriero***

Introducción

Después de diez años de aprobado el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en Argentina (Ley 25.673/2003), es posible examinar los alcances y las limitaciones de mismo a nivel nacional y provincial. En líneas generales, vemos que el panorama de avances y dificultades es heterogéneo no sólo entre las provincias sino al interior mismo de cada una ellas. No obstante, uno de los puntos más críticos es la accesibilidad de ciertos grupos poblacionales al Sistema de Salud Sexual y Reproductiva.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es proporcionar información a partir del análisis sobre las percepciones y prácticas de mujeres indígenas, campesinas, inmigrantes y rurales –a quienes denominamos “mujeres subalternas”²- de la región del noroeste argentino (NOA), -específicamente, de las provincias de Jujuy, Salta y Tucumán-, en relación a la accesibilidad del Sistema de Salud Sexual y Reproductiva, y

¹ Las reflexiones y conclusiones presentadas en este trabajo corresponden al proyecto de investigación “Salud y justicia reproductiva en mujeres subalternas en la región norte de Argentina. Obstáculos en el acceso a los servicios de salud” dirigido por la Dra. Vanesa Vazquez Laba, y financiado por UNFPA y Católicas por el Derecho a Decidir (Córdoba-Argentina).

* Dra. en Ciencias Sociales. Investigadora Asistente CONICET. Docente UNSAM/UBA.

** Maestranda de IDAES-UNSAM.

*** Socióloga. Maestranda IDAES-UNSAM. Integrante de Católicas por el Derecho a Decidir.

² La idea de subalternidad en los estudios poscoloniales devela las múltiples relaciones de dominación que algunos sujetos padecen, y estos se relacionan con la raza, la sexualidad, la clase social y el género, la religión, entre otros (Vazquez Laba, *et. al.*, 2012).

fundamentalmente al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – en relación a insumos y servicios.

Asimismo, incorporamos a la discusión lo que consideramos un hallazgo preliminar de la investigación que son las estrategias que estas mujeres despliegan frente a los obstáculos que enfrentan a la hora de acudir a los servicios de salud reproductiva. Nos remitimos particularmente a aquellas relatadas por usuarias en los municipios de Tartagal, Aguaray y Salvador Maza, Provincia de Salta; La Quiaca y Yavi, Provincia de Jujuy; y Tafí del Valle, Provincia de Tucumán entre noviembre de 2011 y enero de 2012.

Si bien se reconoce que la política de Salud Sexual y Procreación Responsable implementada en Argentina desde 2003 ha favorecido la difusión de información y la distribución de métodos anticonceptivos en procura de mayores niveles de autonomía de mujeres –y también varones-, frente al ejercicio de su sexualidad y posibilidades de reproducción, del estudio destacamos que para las mujeres de sectores más vulnerables –y que el mismo sistema vulnera y subalterniza-, acceder y disponer de los servicios implica sortear una serie de obstáculos geográficos, económicos, institucionales (muchas de ellas trabas a nivel administrativo), sumado a prejuicios socio-culturales que sobre la materia se reproducen en las comunidades. Una vez superadas estas dificultades, la relación establecida en el encuentro médico–paciente en ocasiones supone un obstáculo adicional para su permanencia en el sistema.

Por lo tanto, en esta ponencia destacamos el trabajo de campo realizado a través de las metodologías cualitativa y cuantitativa; el uso de datos estadísticos en relación a población indígena, necesidades básicas insatisfechas, mortalidad materna fueron los indicadores que guiaron la selección de las zonas a realizar la exploración cualitativa, a partir de varias técnicas de captación de información. A continuación, desarrollamos un apartado con el análisis cuantitativo del estudio.

El contexto de la investigación

La región del NOA está integrada por cinco provincias³ aunque la investigación se situó en algunos municipios de las tres provincias seleccionadas: La Quiaca y Yavi en la provincia de Jujuy; Salvador Mazza y Aguaray en la provincia de Salta; Tafí del Valle en la provincia de Tucumán. Las provincias del noroeste –aunque también las de noreste– se destacan por la numerosa presencia de comunidades originarias, alto flujo de población migrante fronteriza (boliviana en el caso del NOA), indicadores socio-económicos precarios; recursos, acceso y cobertura de servicios deficientes; cifras de embarazos no deseados y de mortalidad materna por encima de la media nacional y, adicionalmente, barreras socio-culturales y políticas para el abordaje público de los temas de salud sexual y reproductiva. Aspectos todos relevantes a los fines de esta investigación.

En relación a los aspectos socio – demográficos de la región en estudio, tomando como base los datos arrojados del Censo 2010⁴, la población total del NOA representa el 10% del total nacional y las provincias de Jujuy, Salta y Tucumán el 83% del total de la región. Catamarca y La Rioja, geográficamente, son representativas aunque su población es de menos de quinientos mil habitantes.

La variación de población intercensal del país fue de 10.6%. Salta creció levemente por encima del promedio nacional 12.5%, Jujuy lo hizo al mismo ritmo y Tucumán con 8.2% fue la provincia que menos creció de todo el NOA. La Rioja sigue siendo la menos poblada y la de mayor ritmo de crecimiento con 15.1%.

Sobre población indígena no hubo actualización censal por lo que se disponen de los arrojados por el Censo 2001 y la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) (2004-2005). El total de personas reconocida y/o descendientes de un pueblo indígena fue 600.329, 49.9% mujeres. Amadi y Massé (2006) al referirse a los datos destacan que en términos absolutos 281.959 hogares del total nacional reportó la residencia de

³ Jujuy Salta y Tucumán, Catamarca y La Rioja. Provincias que comparten características físico-geográficas, similitudes en su conformación histórica y dinámicas socio-económicas.

⁴ Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC

al menos una persona auto-reconocida o perteneciente a pueblos indígenas, esto es el 2.8% del total de hogares en Argentina. El 13.5% del total de los hogares residía en el noroeste, el 10.5% en la provincia de Jujuy.

Un dato general sobre los recursos y la utilización de servicios de salud en las provincias. Jujuy cuenta con 394 establecimientos de salud, 262 del sector público y 132 privados. Del total 52, es decir, apenas el 13% cuenta con salas de internación. Salta tiene 598 establecimientos, 367 pertenecen al sector público y 55, esto es el 15% poseen internación. La provincia de Tucumán cuenta con 702 establecimientos, 325 privados (46%) y 81, el 11.5% tiene salas de internación.

Sobre mortalidad materna la OMS ha dicho que en el mundo “[esta] es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos [...]”⁵. Argentina no escapa ni a la realidad ni a la urgencia del llamado. En 2008 la tasa nacional de mortalidad materna fue de 4,0 por cada cien mil nacidos vivos, en 2009 de 5,5 y en 2010 fue de 4.4, esto traducido en vidas significa que 331 mujeres murieron por complicaciones en el periodo de embarazo, parto o puerperio.

Los datos de las provincias en este sentido son: Salta 5.8, Jujuy 3,7 y Tucumán 3,0 Preocupa que del consolidado provincial Gran Buenos Aires y Mendoza igualan la tasa nacional y otras nueve lo superan. De las dos provincias restantes del NOA La Rioja tiene la segunda tasa más alta del país con 11,4 después de Formosa (16,2) mientras que Catamarca se ubica entre las tasas más bajas (1,5).

Una realidad que pocos se atreven a discutir respecto de las cifras de mortalidad materna, es que aquí el subregistro es inconmensurable. Además, se estima que algo cercano al 25% de las muertes maternas se deben a prácticas de aborto clandestino e inseguro al que mayormente acuden las mujeres pobres. No hay datos oficiales sobre

⁵ Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2009.

el aborto, centros de investigación como el CEDES estiman la cifra cercana a los 500 mil abortos por año.

Las muertes maternas son un asunto de salud pública en el país y ni aún las cifras oficiales -con todo y sub-registro- muestran mejorías sustantivas. Lo concreto es que las mujeres embarazadas en Argentina enfrentan un riesgo de muerte desproporcionado si se compara con mujeres en similar condición en países como Uruguay o Chile. Cabe agregar al análisis que los índices de natalidad del país está por debajo de la media de los países de la región, es decir, en el presente se combina la reducción del número de hijos por mujer (aunque a nivel provincial hay variaciones) y la permanencia de iguales tasas de riesgo de muerte.

De las provincias que aquí interesan llama la atención la coexistencia histórica de modelos de desarrollo agro-industrial (como el complejo agro-azucarero durante el SXIX y mediados del SXX o más recientemente la agroindustria del limón en Tucumán o la industria turística en Jujuy) con indicadores precarios para la población. El último reporte sobre pobreza correspondiente al segundo semestre de 2011 ubica a las provincias del NOA en el segundo lugar de mayor incidencia después del noreste con el 7.5% de personas y 5.2% de hogares bajo línea de pobreza, datos por encima del promedio nacional, 4.8% y 6.5% respectivamente. Bajo línea de indigencia 1.1% de personas e igual porcentaje en hogares.

En el documento final se profundizará en la descripción y análisis de la situación socio-demográfica de las tres provincias implicadas, los perfiles de salud relacionados con salud sexual y reproductiva y los aspectos que hacen a las condiciones de posibilidad de prestación de servicios de salud sexual, acceso y permanencia de las mujeres en el sistema de salud sexual.

Metodología

Este estudio es de carácter exploratorio, descriptivo y cualitativo y se complementa con datos cuantitativos. Como se dijo antes, la información de base fue relevada en trabajo de campo durante los meses de noviembre de 2011 y febrero de 2012 en cinco

localidades de tres provincias del NOA: La Quiaca y Yavi en Jujuy; Salvador Mazza y Aguaray en Salta y Tafí del Valle en Tucumán.

La definición de los lugares dentro de cada provincia resultó de la consideración de varios elementos. En primer lugar, la concentración de población indígena y rural en la localidad, la distancia relativa entre la localidad y el centro urbano, y los preconceptos que de la región se tienen sobre el trinomio embarazo adolescente, mortalidad materna y aborto. También se sumó como criterio de selección la participación previa de algún integrante del equipo de salud (médicas-os y enfermeras) en el Diplomado ofrecido por la Universidad de Córdoba en asocio con la organización Católicas por el Derecho a Decidir sobre Salud Sexual y Reproductiva que, además de la garantía de acceso a las instituciones de salud pública, permitiría la constatación de modificaciones relativas en la prestación de estos servicios. Las técnicas de captación de información utilizadas fueron entrevistas semi-estructuradas; entrevistas informales; observación participante y notas de campo.

En cada localidad se recorrieron las instituciones públicas de salud, en primer orden los hospitales y especialmente las áreas de maternidad que están en relación directa con la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. También los Centros de Integración Comunitaria (CIC) y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El equipo de investigación pudo sumarse a algunos recorridos programados por médicos generalistas y agentes sanitarios a comunidades dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

El universo de las entrevistadas lo constituye mujeres indígenas, algunas cacicas, mujeres rurales, migrantes bolivianas y promotoras sanitarias. El lugar privilegiado para el contacto de las mujeres fue el hospital, la “salita” bajo el supuesto que aquellas usuarias -aunque fuera por esa única vez- podrían dar cuenta de su experiencia de acceso, estrategias de acceso y percepción sobre la atención. También se realizaron entrevistas en otros lugares de la comunidad como iglesias y casas. Dado el amplio acceso que tuvo el equipo de investigación a las instituciones de salud pública se logró entrevistas con funcionarios/as de distinto rango y especialidad: directoras/es de

hospitales, médicas/os, enfermeras/os, obstétricas/os, trabajador(a) social, psicóloga y grupos de agentes sanitarios.

La guía de entrevista semi-estructurada dirigida a las mujeres releva información socio-demográfica básica e indaga sobre su experiencia de acercamiento y/o permanencia en el sistema para atender su salud sexual y reproductiva, de sus posibilidades de acceso a los recursos e insumos del programa nacional de salud sexual y procreación responsable. La guía construida para el caso del personal institucional da cuenta de las diferencias en especialidades, grado de conocimiento y valoraciones sobre los procedimientos médicos relacionados con el proceso de anticoncepción, parto y aborto al igual que sus percepciones sobre lo que se constituyen en problemas para que las mujeres accedan al sistema de salud específicamente, los servicios de salud sexual y reproductiva. Si bien lo que más importa en esta investigación son los testimonios y análisis de las usuarias, resulta de utilidad poder contrastar opiniones.

Garantías de acceso a la salud sexual y reproductiva

En distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por la Argentina aparece consignada la obligación de los Estados de poner a disposición del conjunto de la población los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud⁶. El cuerpo de derechos específicos para las mujeres⁷ con reconocimiento internacional y ratificación nacional, también establece claramente que los ámbitos de sexualidad y reproducción son parte constitutiva del derecho a la salud y área de especial preocupación para las mujeres que requiere de la inmediata adopción de políticas públicas por parte de los estados.

⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966; Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966; Recomendación General N° 14 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (22º Período de sesiones, UN ESCOR, 2000, Doc. N° E/C.12/2000/4).

⁷ Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (1979); Recomendaciones generales adoptadas por CEDAW: Recomendación General N° 9 (8º Período de sesiones, 1989), Recomendación General N° 24 (20 Período de sesiones, 1999): La mujer y la salud (artículo 12).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673/2003) se enmarca dentro de las acciones de cumplimiento de las obligaciones del Estado argentino en materia de salud y derechos de las mujeres. Entre sus objetivos se expresa la necesidad de potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y en sentido más amplio, se refiere al alcance de mayores niveles de autonomía, niveles elevados de salud sexual y procreación responsable y garantía de acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios sexual para el conjunto de la población.

Si bien esta política es de alcance nacional, cada provincia en ejercicio de su autonomía debe generar un marco normativo propio en armonía con la ley nacional. Para el caso de las tres provincias de este estudio el saldo a la fecha son dos expediciones legislativas, en Salta (Ley 73211/04) y la ley de adhesión al Programa en Jujuy (Ley Nº 5654/2010). En Tucumán la discusión legislativa hasta el momento no ha derivado en ninguna sanción, en igual sentido ocurrió con la ley de educación sexual aunque en la práctica se ponen en marcha acciones en los dos temas.

Diversas investigaciones de corte académico y documentos de análisis producidos por grupos de interés en los temas de salud, sexualidad y reproducción han ponderado el avance y logros del Programa Nacional a nivel provincial. En los análisis cobran relevancia las desigualdades socio-económicas entre provincias que se reflejan por ejemplo, en las menores posibilidades de acceso a recursos, servicios de unas sobre otras, en los índices en mortalidad materno-infantil más desfavorables en unas provincias que en otras. Otro aspecto que matiza el balance del programa es el peso de las ideas y valores tradicionales que en algunas provincias han impedido la adopción de planes y programas de corte más liberal.

Como fue dicho, Salta y Jujuy desarrollaron marco normativo sobre salud sexual, en el caso de Salta el existente no se corresponde en estricto sentido con la norma nacional. Tucumán no adoptó todavía ningún marco aunque lleva a cabo acciones en la materia. Pero más allá del aval jurídico-político que implica tener o no tener reglamentación, que no es un asunto menor, lo que se deriva de las problemáticas en salud sexual y

reproductiva (embarazo adolescente, VIH, mortalidad materno-infantil) es la necesidad imperiosa de asumir medidas que superen las condiciones de riesgo, mejoren la cobertura y calidad de los servicios.

El punto es que si los sistemas provinciales logran integrar en sus enfoques de salud pública perspectivas de género y culturales, de atención preventiva más que curativa y de observación de los factores sociales, el entorno físico y la calidad de vida de la población usuaria como determinantes de la salud útiles para guiar la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Una mayor integración de estos enfoques hace que las mujeres perciban el sistema de salud menos expulsivo.

Dificultades de acceso al sistema de salud

Para Jelin (2010) el sistema de salud argentino limita el acceso y uso de servicios de salud a toda la población. La escasez de recursos financieros, humanos, de infraestructura, insumos conjugado con la mala administración de la institucionalidad pública en salud y la sobresaturación de los sistemas propician expulsión indiscriminada. Esta situación de base sin perjuicio de reconocer que la discriminación sobre la población de migrantes limítrofes, especialmente mujeres en edad reproductiva, se constituye en otro factor expulsivo de grupos diferenciados de los sistemas de salud.

Jelin, Grimson y Zamberlin (2010) señalan que pese al conocimiento de la normatividad en materia de salud, salud sexual y reproductiva y migración, se detectan prácticas en el sistema de salud en Argentina que agregan mayor dificultad al acceso de población migrante, más allá de las que tienen los amplios sectores de la población argentina pobre o empobrecidos por la recesión económica.

Otra es la distancia que supone el acercamiento de grupos culturalmente diferenciados a los sistemas de salud hegemónicos o convencionales. Y aquí no solo juegan las diferencias en los idiomas, sino que las categorías mismas de salud, enfermedad, cuerpo, medicinas, tratamientos de salud suponen permanentes desencuentros. En Argentina el peso de las comunidades originarias no es tan representativo como en los

vecinos limítrofes Bolivia, Perú, incluso Chile aunque se sabe que NOA, NEA y en Gran Buenos Aires reside un importante número de las comunidades originarias que perviven en el país.

En lo que hace al acercamiento de comunidades y sistema médico en la práctica, los primeros ven subordinadas sus prácticas frente a los procedimientos establecidos en las instituciones de salud. Un ejemplo clásico de los desentendimientos culturales lo viven las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Es de uso y costumbre entre grupos indígenas y comunidades tradicionales el parto en posición de cuclillas mientras que en la institución médica el parto se hace en camilla⁸.

De otro lado, juegan en contra de las mujeres pertenecientes a grupos culturalmente diferenciados los patrones discriminación cada vez más exacerbados sobre la población extranjera limítrofe, especialmente mujeres bolivianas, por las percepciones difundidas que establecen relaciones de uncausalidad entre el incremento del flujo migratorio de mujeres bolivianas y los programas de asistencia social para mujeres embarazadas e hijos (Caggiano, 2007). Se ha querido mostrar que la migración boliviana en Argentina es reciente, sin embargo, para Sala, los primeros datos censales dan cuenta de la historicidad de este flujo, especialmente hacia la provincia de frontera de Jujuy cuya intensidad ha variado –por lo menos hasta la década de los sesenta- con la mayor o menor demanda de mano de obra en actividades agrícolas (Sala, 2000). Benencia y Karasik (1998-1999) del proceso migratorio más contemporáneo en Jujuy, dan cuenta de un cambio en el perfil de migración siendo mayor el peso de las mujeres dentro del total. Otras investigaciones coinciden con este diagnóstico y han postulado el fenómeno de feminización de las migraciones.

A todo lo anterior lo anterior se suma la precaria situación económica del grueso de la población en las provincias del NOA, factor de clase que desata. Todos estos factores

⁸ No se conoce en qué proporción esta diferencia suele desestimular a las mujeres a acudir a los hospitales para el parto, se estima que es mínima, sin embargo más allá del dato lo que preocupa en las comunidades es la pérdida de prácticas culturales propias y la asimilación de las prácticas dominantes. Es curioso que entre el personal médico se reconozca que la posición de cuclillas presenta para las mujeres mayores ventajas que la posición horizontal adoptada en los hospitales, sin embargo la usanza no se ha modificado.

resultan expulsivos para las mujeres culturalmente diferenciadas de los sistemas de salud del modelo hegemónico.

Las estrategias de utilización de los servicios de salud de las mujeres subalternas

Del trabajo de campo realizado podemos destacar que a pesar de que el Programa llega con información e insumos, encontramos un problema estructural relacionado con el déficit del sistema de salud en cuanto a los recursos humanos que deben atender a la población usuaria, por un lado; y por otro lado, la escasa o nula capacitación que recibe el personal en material de Salud Sexual y Reproductiva, Derechos y cuestiones de igualdad de género.

Otro aspecto relevante que destacamos del análisis de la información, es que en la mayoría de los relatos de los diferentes actores sanitarios en las tres provincias (tanto médicos/as, enfermeros/as, educadores sanitarios, entre otros), existe un manejo indiscriminado de prejuicios relacionado a las mujeres jóvenes embarazadas, a las mujeres indígenas y a las inmigrantes. Uno de los discursos de mayor discriminación por parte de los agentes sanitarios se basó en relacionar el supuesto aumento del embarazo adolescente con el subsidio entregado por el gobierno nacional (Asignación Universal por Hijo).

Dentro de este marco de relaciones, las mujeres indígenas e inmigrantes denuncian y resisten a ser usuarias de los servicios de salud por la falta de comprensión de sus necesidades y por el maltrato sufrido permanentemente verbal y también físico (por ejemplo, en las revisiones y/o en los partos). Una definición homogénea, cosificada y racializada de las mujeres usuarias de estos servicios es uno de los mayores obstáculos que éstas deben enfrentar a la hora de acceder. El vínculo comunicacional, a través del lenguaje corporal y verbal, se vuelve una traba para las mujeres que el mismo sistema convoca y rechaza a la vez.

No obstante, hemos detectado que este panorama produce en las mujeres la implementación de una serie de estrategias de usos del sistema, relacionadas con la “conveniencia” de las usuarias, y no solamente por lo económico sino también por las

diferencias culturales que se traducen en imposiciones violentas sobre sus propios cuerpos. Por ejemplo, las mujeres bolivianas embarazadas acuden al servicio de ginecología y obstetricia muy sobre la fecha de parto ya que se resisten a ser trasladadas al hospital de Tartagal, donde vienen denunciando malos tratos y violencia obstétrica.

Otra de las estrategias destacable, se relaciona con la interrupción de un embarazo no deseado, la práctica se realiza generalmente con pastillas (la droga misoprostol, que es más accesible en Bolivia) y sólo por algunas mujeres indígenas e inmigrantes bolivianas, quienes tampoco han manifestado alguna carga moral sobre la posibilidad de no continuar con una gestación. Sin embargo, las denominadas “criollas” no contemplan para nada la posibilidad de interrumpir un embarazo pero sí la planificación con algún método luego de haber tenido el primer hijo. Aquí detectamos que una vez que las mujeres entran al Programa –en estos casos, luego del alumbramiento- y reciben “consejería” por parte de los agentes sanitarios, incorporan la idea de planificación a partir de métodos anticonceptivos, ya que la mayoría de las entrevistadas los desconocían antes de quedar embarazadas.

Los relatos de las mujeres nos llevaron a pensar que éstas se plantean el cuidado de la salud personal y familiar a partir del uso pragmático de los servicios, tanto en Argentina como en Bolivia. La posibilidad de accesibilidad a los insumos y servicios es una variables fundamental a la hora de evaluar qué estrategia tomar pero, fundamentalmente, otra variable que se incorpora es la de “accesibilidad intercultural”, podríamos llamarlo, ya que recurren a los lugares y especialistas donde no son violentadas, son escuchadas y atendidas en sus diferencias.

Reflexiones finales

Marcela Cerruti (2010) advierte que todavía es poca la preocupación a nivel investigativo por los problemas de acceso y uso de los servicios de salud de la población migrante, así como por el trato y atención recibida. El énfasis de los estudios los ubica en la transmisión de enfermedades como consecuencia de la migración, los problemas de salud generados por el proceso migratorio y las pautas sanitarias, de

consumo y uso de servicios diferenciales entre poblaciones nativas e inmigrantes. Sobre las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva señala que el énfasis son las diferencias en actitudes y comportamientos reproductivos de migrantes versus los nativos que son dominantes por ser lugar de llegada y las dificultades que encuentran los migrantes para acceder a los recursos sanitarios del área.

Esta falencia la hemos detectado en nuestra investigación; los comportamientos reproductivos -en transformación, donde las mujeres indígenas e inmigrantes más jóvenes están planificando sus vidas reproductivas-, no son contemplados ni comprendidos y son juzgados por los distintos niveles y actores de la institución sanitaria. La cultura o las identidades se convierten en obstáculos del diálogo y vínculo médico-paciente. No obstante, observamos que son las mujeres las que crean formas individuales y/o colectivas para acceder a los insumos y servicios, denunciar y sortear la violencia institucional médica y poder planificar sus vidas reproductivas.

Otro de los hallazgos que pondera en nuestra investigación es la conciencia de la planificación de los embarazos en las mujeres inmigrantes e indígenas. Esa nueva forma de concebir la familia y la maternidad al interior de sus comunidades devela un cambio que está vinculado al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, al trabajo de las Consejerías en la información y provisión de los métodos anticonceptivos. Estas mujeres evidenciaron en sus discursos que no les es fácil con sus parejas incorporar la idea de “planificar” los hijos, cuántos tener y con qué espacio de tiempo, no obstante, han inventado estrategias para poder proveerse de los métodos, como por ejemplo, la inyección (método que requiere ir al hospital cada tres meses o a lo sumo una vez por mes), y de esta manera no dar tantas explicaciones a sus maridos.

Consideramos que estas estrategias, la idea de planificación de los/as hijos/as, de interrupción de un embarazo dan cuenta de nuevas formas de concebir la sexualidad, la maternidad y la familia; donde el rol de las mujeres viene cambiando en un proceso de incorporación de nuevos valores y reacomodamiento de otros. Lo que es evidente, es que esto está afectando directamente las relaciones de género en las comunidades.

Referencias Bibliográficas

Amadasi, Enrique y Massé G. (2006). Censos y estudios en profundidad: caso argentino en, Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL. Santiago de Chile.

Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2009.

Caggiano, Sergio (2007), Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. Iconos Revista de Ciencias Sociales No 28 FLACSO. Quito

Guía de Establecimientos de la salud. <http://www.deis.gov.ar/guia.htm#archivos>

INDEC Pobreza e indigencia en el total de aglomerados urbanos y regiones estadísticas, segundo semestre 2011.

Karasik, Gabriela y Benencia, R (1998), Apuntes sobre la migración fronteriza. Trabajadores fronterizos en Jujuy en, Estudios Migratorios Latinoamericanos. Año 13/14 N° 40-41, 1998 -1999.

Ministerio de Salud de la Nación (2011), Estadísticas vitales - información básica año 2010. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Buenos Aires.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, Hoja Informativa No 1, Abril 2010. <http://www.ossyr.org.ar>).

Sala, Gabriela. Mano de obra boliviana en el tabaco y la caña de azúcar en Jujuy, Argentina, en Estudios Migratorios Latinoamericano No 45, Buenos Aires.

Vazquez Laba; Vanesa; Rísquez Buonaffina, M. Y Perazzolo, R. (2012) Voces desde los mérgenes. Mujeres inmigrantes, violencia y ciudadanía en Mallorca-España. Edicions UIB, Palma.