



Salud y migración internacional: *mujeres bolivianas en la Argentina*

Marcela Cerrutti





SALUD Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL: MUJERES BOLIVIANAS EN LA ARGENTINA

Marcela Cerrutti

Centro de Estudios de Población
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Con la colaboración de
Laura Mombello y Sergio Caggiano



Diseño gráfico Estudio de diseño Beatriz Burecovics

Diagramación Leticia Stivel

Corrección Teresa Cillo

Impreso en Argentina,

en **Latingráfica S.R.L.**

Primera edición, noviembre de 2010

400 ejemplares

UNFPA Argentina

Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina; con colaboración de Sergio Caggiano y Laura Mombello; coordinado por Marcela Cerruti. - 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA Argentina, 2011.

144 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-1560-23-3

1. Migración Internacional. 2. Salud. I. Caggiano, Sergio, colab. II. Mombello, Laura , colab. III. Cerruti, Marcela, coord.

CDD 362.708 614

Fecha de catalogación: 29/12/2010

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Prólogo	9
Introducción	13
¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE MIGRACIÓN Y SALUD?	21
La salud y el proceso migratorio	21
El acceso a los servicios de salud	27
La calidad de la atención y el trato médico-paciente	29
LA INMIGRACIÓN BOLIVIANA A LA ARGENTINA	32
La creciente concentración en Buenos Aires	34
Las mujeres en la inmigración boliviana	36
Los perfiles por edad	37
Patrones reproductivos de las mujeres bolivianas en la Argentina	40
Los niveles de fecundidad	44
LA SALUD MATERNO-INFANTIL	47
Características de las puérperas de origen boliviano	50
La paradoja del peso al nacer	54

LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA PERCEPCIÓN SOBRE LA DEMANDA	59
¿Quiénes son las usuarias bolivianas?	60
¿Qué dicen los números?	66
Parir en La Quiaca: “Vienen por el documento”	74
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	77
El cuidado anticonceptivo y las relaciones de género	79
Los métodos preferidos	85
Las dificultades para el control y el seguimiento	87
Las enfermedades de transmisión sexual	90
SALUD Y CONDICIONES DE VIDA	93
ATENDIENDO A LAS DIFERENCIAS: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	103
Los servicios y la sensibilidad hacia prácticas culturales	112
EN BUSCA DE ALTERNATIVAS PARA LA ATENCIÓN: LAS BUENAS PRÁCTICAS	119
RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES	127
Perfil de la comunidad boliviana en la Argentina	127
Atención en los servicios de salud	130
Reflexiones finales y sugerencias para la acción	131
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXO	143

AGRADECIMIENTOS

Este libro es el resultado de una investigación realizada en la segunda mitad del año 2009. Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Fondo de las Naciones Unidas de Población de la Argentina, en especial a Eleonor Faur, por haber depositado su confianza para que realizara este trabajo. Ha sido para mí un placer poder colaborar en un proyecto destinado a mejorar el acceso al derecho a la salud de grupos de inmigrantes en la Argentina, en este caso en particular de las mujeres bolivianas.

Agradezco también a Laura Mombello y Sergio Caggiano, dos excelentes colaboradores que me acompañaron no solo durante el trabajo de campo sino también en las etapas posteriores de interpretación de resultados. Sin duda, la presente investigación se benefició enormemente con su participación.

Quiero asimismo destacar que el trabajo fue posible gracias a la buena predisposición de un gran número de efectores y funcionarios del sistema público de salud de Jujuy, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires que accedieron gentilmente a compartir con nosotros sus puntos de vista en largas entrevistas.

Finalmente, como miembro de la carrera de investigador científico, deseo agradecer al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y reconocer también el apoyo y acompañamiento de mis colegas del Centro de Estudios de Población.

Marcela Cerrutti

PRÓLOGO

Los procesos migratorios constituyen una tendencia que ha venido creciendo a lo largo y ancho del mundo dando indicios de que se trata de una dinámica que ha llegado para quedarse en el panorama internacional. La República Argentina cuenta, desde el año 2004, con uno de los marcos normativos más favorables del mundo en materia migratoria: la Ley de Migraciones, N° 25.871. Mediante dicha ley, el Estado argentino reconoce el derecho a la migración como un derecho humano, esencial e inalienable, que debe ser garantizado bajo los principios de igualdad y universalidad.

En relación con la salud, y en particular con la salud sexual y reproductiva, la legislación nacional establece que toda persona inmigrante tiene derecho a gozar de las mismas condiciones de protección y amparo que las personas nativas. Estos lineamientos resultan particularmente importantes para mejorar la calidad de vida de quienes deciden establecerse en la Argentina, especialmente de las mujeres dado que, de hecho, la tendencia muestra una alta feminización de la población inmigrante, entre la que se destaca una elevada proporción de mujeres en edades reproductivas provenientes de países limítrofes, como es el caso de la población boliviana.

Ahora bien, como es sabido, la sanción de normas de reconocimiento de derechos, si bien establece un marco de exigibilidad y un horizonte de protección, requiere del diseño y de la profundización de acciones concretas para su implementación efectiva. Por ello, la tarea de la investigación social es particularmente

significativa para iluminar los desafíos de políticas públicas que logren concretar en la práctica los derechos garantizados por ley.

Salud y migración internacional: las mujeres bolivianas en la Argentina constituye un importante aporte en este sentido. A través de un detallado trabajo de investigación que vincula la mirada cuantitativa y la cualitativa, la descripción, la exploración y un análisis profundo de la información especialmente producida, el presente estudio contribuye a llenar algunos de los vacíos en el conocimiento del derecho a la salud y a la salud reproductiva de adultas y jóvenes bolivianas en la Argentina desde una perspectiva de derechos humanos, interculturalidad y género.

El estudio desarrollado por Marcela Cerrutti, con la colaboración de Laura Mombello y Sergio Caggiano identifica los principales problemas de salud de la población inmigrante y el perfil de las mujeres provenientes de Bolivia, da cuenta de sus patrones reproductivos y aporta una mirada no siempre abordada: las percepciones de los efectores de los servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la atención de las mujeres oriundas de ese país. En este ejercicio, detecta un escenario en el que la certeza de que toda persona, con independencia de su origen, tiene derecho a ser atendida en los servicios de salud pública coexiste con formas sutiles de discriminación, o al menos, con la circulación de estereotipos acerca de las características distintivas de la población migrante. Asimismo, presenta lineamientos que permiten identificar abordajes de atención que se podrían caracterizar como “buenas prácticas”, y que, sin excepción, incluyen formas de comunicación y atención respetuosas de los derechos humanos de las usuarias de servicios de salud y una mirada sensible a sus patrones culturales.

Por todo ello, entendemos que el libro que aquí presentamos resulta un aporte central para el desarrollo del proyecto que, desde 2009 y con el apoyo y acompañamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), viene reuniendo a importantes instituciones públicas y de la sociedad civil en la Argentina y en Bolivia

(entre otros, los Ministerios de Salud, de Interior, de Justicia y Derechos Humanos y de Relaciones Exteriores). Pero, además, y de manera más abarcativa, los hallazgos presentados a lo largo de este estudio constituyen un recurso central que, a partir del conocimiento empírico, podrá contribuir a orientar con mayor eficiencia los futuros esfuerzos que se emprendan -o se consoliden- para profundizar la implementación de marcos normativos protectores de derechos humanos y así mejorar el acceso a la atención y la calidad de la asistencia sanitaria de las poblaciones migrantes.

En este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas se enorgullece de haber contribuido al desarrollo de un insumo de alta calidad para efectores de políticas públicas, para investigadores/as, docentes y estudiantes que, dentro y fuera de la Argentina, estén comprometidos en la tarea de ampliar los niveles de ciudadanía, incluyendo en esta definición a la población inmigrante, a partir de un enfoque de derechos humanos y de respeto por la diversidad.

Eleonor Faur

Oficial de Enlace
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Argentina



INTRODUCCIÓN

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La preocupación por el derecho a la salud de las poblaciones inmigrantes es relativamente reciente en la Argentina. A pesar del nutrido número de inmigrantes limítrofes que residen en el país, es escaso el conocimiento específico sobre sus problemas de salud, así como sobre su acceso y contacto con los servicios sanitarios. El presente estudio se aboca a esta problemática focalizando en uno de los colectivos de larga tradición inmigratoria a la Argentina: los bolivianos.¹ Se centra en las condiciones sanitarias de esta población y en su contacto con los respectivos servicios públicos, profundizando un área específica: la salud reproductiva de las mujeres y de los jóvenes. Bajo la perspectiva del derecho a la salud de los inmigrantes, procura también establecer las barreras comunicativas y culturales² que pueden afectar la calidad de la atención.

¹ Si bien esta comunidad ha sido extensamente estudiada, es menor el conocimiento sobre aspectos vinculados a su salud. Para estudios clásicos de la migración boliviana en la Argentina, véanse: Balán, 1990; Benencia y Karasik, 1994; Benencia, 1997; Benencia y Geymonat, 2005; Benencia y Quaranta, 2006; Grimson, 1999.

² Véanse: Abel y Caggiano, 2006; Caggiano, 2006; Cerrutti, 2006; Cerrutti y Parrado, 2002; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Mombello, 2006; Sala, 2002.

La investigación que aquí se presenta persigue tanto objetivos descriptivos como exploratorios. Como marco general y conceptual del estudio, discute los variados nexos entre la migración internacional y la salud y caracteriza la demanda de atención sobre la base de los 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, intenta determinar la existencia de problemas específicos de esta comunidad a los que el sistema sanitario debería otorgar mayor relevancia.

A nivel exploratorio, el estudio se focaliza en la atención de los inmigrantes en los servicios públicos de salud, con énfasis en la mirada de los propios efectores, es decir, de quienes los atienden en dichos servicios, estableciendo sus opiniones acerca de la legitimidad de brindarles atención, de los principales problemas de salud detectados, de las dificultades en la comunicación y de los retos que imponen las prestaciones médicas a poblaciones cultural y socialmente diferentes. Este análisis incluye también la identificación de distintos modos de acercamiento a la población de origen boliviano, así como de situaciones que pueden definirse como “buenas prácticas” y ser replicadas; en tal sentido, se propone brindar elementos para la reflexión sobre las prácticas y para mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención a la salud de las poblaciones de inmigrantes.

A la luz de los resultados, se pretende, asimismo, contrarrestar los prejuicios que dominan parte de la opinión pública y, en menor medida, de la práctica médica. Debido a la carencia de datos confiables y estudios sistemáticos, las discusiones en los medios masivos de comunicación se sustentan frecuentemente en información fragmentada e incompleta, lo que genera una serie de preconceptos y posiciones xenófobas.

El estudio se llevó a cabo contrastando la situación en las dos áreas geográficas de mayor concentración de inmigrantes bolivianos: la Provincia de Jujuy –lindante con el Estado Plurinacional de Bolivia–, por un lado, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires, por el otro. Los con-

textos y características de ambas regiones son significativamente distintos, tanto en lo que hace a la oferta de servicios como a la demanda por parte de la población inmigrante, circunstancias que imprimen rasgos particulares a la atención.

En la región fronteriza, se presentan al menos tres realidades diferenciadas: la de los inmigrantes residentes que llevan muchos años en la Argentina, la de los trabajadores temporarios asociados a tareas agrícolas y la de un importante número de personas que se movilizan de un lado al otro de la frontera. Los lazos entre ambos lados son fuertes y la circulación de personas y bienes es significativa.

La región bonaerense, por su parte, se ha constituido en las últimas dos décadas en el destino preferido de la migración boliviana –en particular, de las mujeres jóvenes–, ya sea por la disponibilidad de oportunidades laborales, por el efecto de las redes sociales y/o por la vasta oferta de servicios.

A lo largo del análisis se contrastan las realidades del área de frontera y de la región bonaerense con el propósito de establecer diferencias en los perfiles de la demanda de salud, en el acceso a los servicios, en las características de la atención y en las formas o maneras que tienen los prestadores de encarar la atención con usuarios culturalmente diferentes en ambos contextos. Lamentablemente, debido a la carencia de información, el examen de la salud materno-infantil solo se presenta para el caso de la Provincia de Buenos Aires.

LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y LOS DATOS EMPLEADOS

En la realización de este estudio se combinaron dos estrategias metodológicas: se empleó un conjunto de fuentes cuantitativas y se obtuvo información cualitativa basada en entrevistas en profundidad.

Para la identificación de los perfiles sociales y demográficos de los inmigrantes bolivianos se utilizó información procesada es-

pecíficamente para este estudio proveniente del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y de la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales 2002-2003 (ECMI 2002-2003).³ En ambos casos la información relevada tiene ya varios años de antigüedad, pero estas fuentes son las únicas que proveen datos relativamente confiables sobre los perfiles de dicha población en particular. Considerablemente más fragmentaria es la información cuantitativa vinculada a la salud⁴ o al acceso a servicios de salud de la población extranjera proveniente de Bolivia.⁵ El presente informe incluye información puntual de algunos hospitales y centros de salud tanto de Buenos Aires (CABA y Provincia de Buenos Aires) como de la Provincia de Jujuy.

Para el análisis de la salud materno-infantil se procesaron datos de la Encuesta Perinatal 2008 relevada por el Programa de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires.⁶

Esta fuente provee información sobre el país de nacimiento de la madre, lo que permitió efectuar análisis de la salud tanto de las puérperas de origen boliviano como de sus recién nacidos. La base contiene información sumamente rica sobre la salud

3 La ECMI forma parte del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y se propuso generar información sobre migraciones mediante el conocimiento de características de los desplazamientos de población poco estudiados a nivel estadístico.

4 Los sistemas de información hospitalaria presentan una serie de ambigüedades al respecto: es frecuente que se registre el lugar de residencia actual del paciente y que no se contemple la variable “país de nacimiento”; y, en algunos casos, se incluye la variable “nacionalidad” como sinónimo de lugar de nacimiento, cuando en rigor no lo es.

5 Para poder identificar a los inmigrantes, las fuentes de información deberían contener el país de nacimiento de los respondentes. Si bien esta condición parece una obviedad, lo cierto es que en la Argentina varias de las encuestas que podrían haber sido de utilidad para conocer la situación de salud de los inmigrantes no incluyen dicha variable. Por su parte, las estadísticas vitales tampoco la contienen: el certificado de nacimiento no contempla el país de nacimiento de la madre y el de defunción tampoco consigna dicha información sobre el difunto.

6 A lo largo del mes de septiembre de 2008 se encuestó a todas las puérperas que fueron atendidas en hospitales de la Provincia de Buenos Aires de cierto tamaño (más de 700 partos por año) y en algunos hospitales localizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los cuales, no obstante su ubicación, atienden un número significativo de usuarias provenientes del Conurbano Bonaerense.

materno-infantil y es la primera que posibilita realizar este tipo de análisis.⁷

En cuanto al componente cualitativo, el estudio examina las perspectivas de funcionarios y médicos que ocupan distintas posiciones dentro del sistema de salud y, en menor medida, la de enfermeras y administrativos. El trabajo de campo se llevó a cabo en la Provincia de Jujuy –San Salvador de Jujuy,⁸ Perico y La Quiaca– y en Buenos Aires –Ciudad Autónoma de Buenos Aires y La Plata– y se focalizó en la atención a la salud reproductiva. Se realizaron alrededor de 45 entrevistas en profundidad con informantes clave en las siguientes áreas: hospitales públicos y centros de salud, programas y dependencias específicas (Maternidad e Infancia, Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Violencia Familiar y del Delito, Programa de Lucha contra el SIDA, Bioestadística). Adicionalmente, con el objeto de obtener información de carácter contextual, se realizaron entrevistas con informantes clave en otros organismos del Estado argentino vinculados a la cuestión migratoria (Dirección Nacional de Migraciones, Gendarmería Nacional e INADI) y en el Consulado del Estado Plurinacional de Bolivia en Jujuy.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se organiza en ocho capítulos, la presente Introducción y un apartado final de recapitulación y conclusiones.

El primer capítulo se refiere al abordaje conceptual y al estado del arte sobre migración internacional y salud. En él se identifican las principales problemáticas asociadas a la situación

7 El Sistema Informático Perinatal (SIP) que está desarrollándose en el país no contempla en su formulario ninguna variable que permita distinguir a las mujeres por su país de nacimiento. Un acercamiento indirecto y limitado a la cuestión podría obtenerse reprocesando la variable referida al documento de identidad contenida en el formulario SIP.

8 Incluyendo áreas periféricas como Alto Comedero.

sanitaria de los inmigrantes, así como la actual normativa de la Argentina con respecto a su derecho a la salud.

El segundo capítulo resume los aspectos sociodemográficos más salientes de este colectivo migratorio en el país, particularmente los vinculados a la salud reproductiva de las mujeres. Se realiza una caracterización demográfica y social de los inmigrantes bolivianos que residen en distintas regiones del país, poniendo el énfasis en la situación de las mujeres y los jóvenes.

En el tercer capítulo se considera la salud materno-infantil de las inmigrantes bolivianas en la Provincia de Buenos Aires. Se presenta un análisis de los datos de la Encuesta a Puérperas en la Provincia de Buenos Aires 2008 en el que se comparan indicadores sobre la salud de recién nacidos y de madres argentinas y bolivianas. En cuanto al recién nacido, el estudio se focaliza en su peso al nacer y en los factores asociados a dicho indicador.

A partir del cuarto capítulo se presentan los resultados de los estudios de casos realizados en centros de salud y hospitales públicos de la CABA y Provincia de Buenos Aires y de la Provincia de Jujuy. En ellos se destaca cómo los efectores reciben, perciben y brindan atención a los usuarios de origen boliviano. El capítulo 4 examina la percepción de dichos efectores en cuanto a la relevancia cuantitativa de la demanda de atención por parte de inmigrantes bolivianos y en qué medida la consideran legítima, el grado de conocimiento que poseen sobre la legislación migratoria y los principales problemas que identifican en el acceso a los servicios respectivos.

El quinto capítulo se refiere a la salud reproductiva de las mujeres bolivianas y a la influencia de las relaciones de género. Específicamente, aborda formas de cuidado anticonceptivo, los métodos preferidos, las enfermedades de transmisión sexual y los retos que en estos aspectos plantea esta población, incluyendo el del adecuado control y seguimiento.

El capítulo seis vira la atención hacia los impactos que tienen sobre la salud de los inmigrantes bolivianos sus desventajas

condiciones de vida en la Argentina, identificando, a partir de opiniones de los médicos y médicas que los atienden, sus principales y acuciantes problemas sanitarios asociados con tales condiciones.

El capítulo siete analiza las interacciones que tienen lugar en los servicios, es decir los aspectos vinculados a la relación médico-paciente, a la comunicación y a los modos y estrategias que tienen los profesionales para tratar con usuarios culturalmente diferentes. Y en cuanto a este último aspecto, el octavo capítulo se centra en las alternativas de atención frente a esa demanda. En este sentido, se señalan las “buenas prácticas”, es decir la búsqueda de estrategias de acercamiento (ya sean individuales o institucionales) con usuarias bolivianas.

Finalmente, y a modo de conclusión, se retoman los principales resultados del estudio, se identifican nudos críticos y se proponen líneas de acción.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE MIGRACIÓN Y SALUD?

Los vínculos entre la migración internacional y la salud son múltiples y complejos. 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 sanitarios, es decir las trabas o mecanismos que restringen dicho acceso; y, por último, la atención recibida, es decir los problemas emergentes del encuentro entre inmigrantes y efectores de los servicios de salud.

LA SALUD Y EL PROCESO MIGRATORIO

LA VULNERABILIDAD SANITARIA DE LOS INMIGRANTES

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. Si bien existe evidencia de que quienes emprenden un movimiento migratorio tienen perfiles más saludables que quienes no lo ha-

cen⁹ (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. La exposición a un nuevo medio social y cultural, la separación de los seres queridos y la adaptación a un mundo de rasgos muchas veces desconocidos pueden producir tensiones y desarreglos físicos y psíquicos. A pesar de los mecanismos de contención ofrecidos por las redes migratorias, los migrantes recientes sufren considerablemente, en particular, cuando provienen de sociedades pequeñas, homogéneas y rurales y deben adaptarse a grandes metrópolis, impersonales y socialmente heterogéneas.

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 que 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 de 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 su salud física y psíquica.

9 Uno de los escasos antecedentes en nuestro país, realizado sobre la base de 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 el conjunto de inmigrantes de países limítrofes y del Perú y la población nativa. Más aún, la probabilidad de los inmigrantes recientes de presentar problemas crónicos de salud, incluso controlando por sexo, edad y nivel educativo, era más baja que la de los nativos (Cerrutti, 2006).

Si bien no existen estudios sistemáticos, numerosos informantes clave que colaboraron en este estudio señalan que en las zonas de alta concentración migratoria se presentan problemas delicados de salud derivados de las condiciones laborales extremadamente precarias. En efecto –y como se verá con mayor detalle en el capítulo seis–, existe una clara asociación entre el hacinamiento crítico en condiciones de encierro durante largas jornadas de trabajo en talleres de la confección y la propagación de tuberculosis.¹⁰ Médicos entrevistados en el presente estudio señalaron que en la población de inmigrantes bolivianos la incidencia de tuberculosis¹¹ y de Chagas es superior a la que se detecta entre los nativos.

Además de las problemáticas sanitarias asociadas a las condiciones de vida y laborales de los inmigrantes bolivianos, otro problema sumamente crítico con consecuencias gravísimas para la salud es el trabajo forzoso y la trata de personas. Si bien no se cuenta con información sistemática al respecto, existen evidencias periodísticas sobre la importancia de este flagelo en la Argentina. La servidumbre y el trabajo forzoso imponen todo tipo de riesgo a la salud física y mental de los inmigrantes.

10 Tanto en las entrevistas en profundidad con personal médico como en intercambios informales con miembros de la cancillería boliviana se señalan recurrentemente los problemas de salud derivados de las condiciones insalubres en las que participan laboralmente los inmigrantes bolivianos.

11 Situaciones similares se relevaron en países desarrollados en los que se han detectado mayores índices de tuberculosis entre inmigrantes recientes provenientes de países subdesarrollados (Hajat, Lucas y Kington, 2000; Kuo y Porter, 1998). En Italia, por ejemplo, un estudio mostró que la incidencia de tuberculosis entre ese tipo de migrantes es prácticamente ocho veces más alta que entre los nativos. La detección de la enfermedad, contraída en los países de origen, tenía lugar a partir de la manifestación de síntomas (Codecasa, Portea, Gori, Franzetti, Degli Esposti, Lizoli, Carreri, Di Proietto, Perozziello y Besozzi, 1999). En Inglaterra y Gales se hallaron resultados semejantes: alrededor de la mitad de los casos de tuberculosis detectados correspondía a personas nacidas en el exterior (Hardie y Watson, 1993).

LA SALUD REPRODUCTIVA

Los inmigrantes enfrentan una serie de riesgos potenciales para su salud reproductiva, así como 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 desventaja más derivada de factores de clase y étnico-culturales. Ellas arriban con pautas reproductivas y de cuidado diferentes a las de la sociedad que las acoge y por ello tienen particulares necesidades en materia de salud reproductiva que deben ser satisfechas de manera adecuada. Pero, con suma frecuencia, se les hace difícil acceder tanto a la información como a la atención.

Investigaciones realizadas sobre diversos países de América Latina señalan que, en comparación con las nativas, las mujeres migrantes presentan mayor cantidad de embarazos no deseados, menor uso de anticonceptivos y más baja propensión a acudir a servicios de salud reproductiva (UNFPA, 2006). Y, en los casos lamentables de aquellas mujeres que sufren abusos y violencia, es probable que también haya un desconocimiento de sus derechos sumado al temor por las repercusiones en caso de recurrir a servicios de apoyo.

Cuando es de carácter irregular o forzada, la migración expone a las mujeres a un mayor número de situaciones hostiles, tales como violaciones, embarazos no deseados y, especialmente, más riesgo de ITS, incluyendo 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 de muerte a las víctimas y compromete su salud para toda la vida.

Pero, si bien es cierto que el proceso migratorio y la incorporación a un nuevo contexto social presenta riesgos y retos para la salud reproductiva de las mujeres, también les brinda la posi-

bilidad de ampliar su información y llegada a los servicios sanitarios, especialmente en el caso de aquellas que provienen de contextos de extrema pobreza y limitado acceso a la atención pública de la salud. Es decir, la oferta variada de servicios gratuitos y de programas de salud sexual y reproductiva del país de acogida amplía sus posibilidades de información y les ofrece muchos más recursos que los que tenían antes de partir –incluyendo servicios materno-infantiles y de prevención y tratamiento del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

LA MIGRACIÓN COMO VECTOR DE ENFERMEDADES: MITOS Y REALIDADES

Si bien con menos antecedentes en el país, otro de los temas que concitan la atención dentro del área de la salud de los inmigrantes se refiere a la transmisión de enfermedades como consecuencia del proceso migratorio. Estudios realizados en otros contextos señalan al movimiento internacional de personas como un agente potencial de transmisión de enfermedades infecciosas (Stroot, 1989) y concuerdan en identificar como ejemplos de enfermedades transmitidas vía la migración a la malaria, la hepatitis B, la tuberculosis, el dengue, las enfermedades infecciosas de transmisión sexual (ITS) –en particular el HIV/AIDS–, el Ebola y el Hanta virus (Martens y Hall, 2000; WHO, 1996; Wilson, 1995).

Sin embargo, es importante alertar que no es sencillo establecer la relación entre migración y transmisión de enfermedades. Wilson (1995) señala que, para que los movimientos de personas se constituyan en un mecanismo de transmisión de enfermedades, deben darse una serie de condiciones en las sociedades de destino. Por ejemplo, las epidemias de dengue no pueden aparecer en zonas geográficas en donde no esté presente el vector transmisor, tampoco puede propagarse dicha enfermedad en condiciones sanitarias adecuadas. Asimismo, la introducción y persistencia de un parásito en una nueva área geográfica no implica necesariamente que la enfermedad se vaya a propagar entre otros humanos: en los Estados Unidos, personas infectadas con la *Taenia solium* –el parásito que causa la cisticercosis–

sis— infrecuentemente transmiten la enfermedad debido a las condiciones sanitarias reinantes en la sociedad de destino. En síntesis, la probabilidad de transmisión es función de un conjunto de variables biológicas, sociales y medioambientales.

En la Argentina esta problemática ha sido poco abordada. Posiblemente, lo que ha guiado las intervenciones concretas en esta dirección ha sido la cuestión de “salud de frontera”. De acuerdo con Sala (2002), las acciones desplegadas en la frontera con Bolivia por la Dirección de Sanidad de Fronteras a través de convenios sanitarios entre ambos países fueron motivadas inicialmente por el brote de cólera, aunque más tarde, en 1997 y 1998, se efectuaron acciones de prevención y tratamiento de la leishmaniasis y del Hanta virus.¹² Estas acciones se continuaron, y en el año 2000 se procuró disminuir la rabia canina y unificar criterios en los formularios de notificación obligatoria de una serie de enfermedades entre los países que forman parte del MERCOSUR.

Más recientemente, se firmaron una serie de acuerdos entre los Ministerios de Salud de ambos países. En el año 2009 se estableció un acuerdo para la lucha conjunta contra el dengue en la frontera argentino-boliviana; y en el año 2010 se firmó un acuerdo entre ministros para el control de algunas enfermedades y para el armado de una agenda bilateral y de estrategias de abordaje de problemáticas sanitarias comunes (Árbol III).

LAS PAUTAS SANITARIAS Y DE CUIDADO

Es habitual que existan diferencias en las pautas sanitarias de nativos e inmigrantes. Por lo común, los colectivos de inmigrantes que provienen de culturas diversas mantienen en la sociedad de destino modelos y conductas para el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad que contrastan con las del mo-

¹² De acuerdo con Sala (2002), “a través del Programa el gobierno Argentino entregó a Bolivia insumos como sales de rehidratación oral, potabilizadores, soluciones parenterales, doxiciclina, vacunas y glucantime para el tratamiento de la leishmaniasis”.

delo dominante en los servicios públicos de salud.¹³ Y, aunque algunas de estas costumbres pueden ser desaconsejables desde un punto de vista médico, en numerosas ocasiones son solo rechazadas por el hecho de que se las considera creencias populares sin ningún fundamento científico.

Como se verá luego, los efectores de salud manifiestan distintas posiciones al respecto, según sus valores y las percepciones que tengan en relación con los pacientes. Aquellos con mayor sensibilidad cultural optan por integrar o mantener costumbres o modos de hacer de los usuarios que no se consideren nocivas para la salud (o que incluso se vean como positivas), porque entienden que, de ese modo, logran una mayor confianza. Lo cierto es que el rechazo indiscutido de las diferencias por parte del cuerpo médico solamente genera resistencias y falta de confianza, ensanchando así la barrera comunicativa con los pacientes.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Una segunda preocupación en torno a la salud y la migración se refiere a las dificultades que se les presentan a los inmigrantes para hacer uso de los servicios públicos de salud en el país de destino. En otros países con marcos legales diferentes al argentino han tenido lugar intensos debates en torno al costo económico de la atención sanitaria de los inmigrantes. A pesar de muchas opiniones públicas de carácter xenófobo, los estudios señalan de manera sistemática que los gastos en salud dispensados a la población inmigrante son proporcionalmente más bajos que los dispensados a la población nativa. Por ejemplo, según datos del California Immigrant Policy Center, en los Estados Unidos los inmigrantes hacen un menor uso de los servicios y el Estado gasta significativamente menos en ellos que en los nacidos en dicho país.

¹³ Los inmigrantes también mantienen las pautas alimenticias a las que estaban habituados, que no siempre son saludables. En Noruega se encontró que la enorme mayoría de los niños anémicos tratados en un hospital pediátrico eran hijos de padres provenientes de países subdesarrollados. La explicación del fenómeno fue el alto consumo de leche de vaca y de bebidas azucaradas entre dichos niños (Brunvand y Sander, 1993).

De acuerdo con el informe del estado de la población mundial del año 2006 del Fondo de Población de las Naciones Unidas dedicado a las mujeres y la migración internacional, la evidencia indica que en “la mayoría de los casos, la suposición generalizada de que los inmigrantes utilizan en gran medida los servicios de bienestar social pero pagan relativamente poco por concepto de impuestos y contribuciones sociales tampoco resiste al escrutinio empírico” (UNFPA, 2006, p.15).

Hasta hace poco tiempo en la Argentina, con anterioridad a la promulgación de la nueva Ley de Migraciones, la temática del acceso de los inmigrantes a los servicios públicos de salud suscitaba controversias. De hecho, existen varios estudios que muestran las tensiones en torno a la definición de una demanda legítima e ilegítima de atención sanitaria por parte de los extranjeros (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Mombello, 2006; Cerrutti y Parrado, 2002). La carencia de datos confiables ha llevado a que las discusiones se basen en información empírica fragmentaria o exclusivamente en prejuicios y estereotipos.

¿Qué dice la Ley?

La Ley de Migraciones que rige en la actualidad es indiscutible en cuanto al derecho irrestricto a la atención a la salud de los inmigrantes, con independencia de su situación migratoria. Tanto el Artículo 6° como el Artículo 8° de la Ley 25.871 son claros en lo que se refiere tanto al acceso como a la no discriminación de los inmigrantes en los servicios de salud.

Artículo 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 en lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Artículo 8°. No podrá negárseles o restringírseles 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.

Las evidencias revelan que, aunque el acceso de los extranjeros a dichos servicios está regido por normas que apuntan a brindar la atención requerida, en la práctica concreta los efectores de salud y el personal administrativo¹⁴ de hospitales y centros de salud pueden facilitarla o entorpecerla. Como veremos más adelante, la preocupación por la utilización “indebida” de los recursos de salud por parte de los inmigrantes, intensificada en las áreas de frontera, continúa teniendo fuerza, y llega a reflejarse en los ámbitos políticos.¹⁵

Hoy la norma que rige la atención sanitaria de los inmigrantes en la Argentina es clara y no presenta ambigüedades. Sin embargo, sigue en pie la preocupación por las efectivas posibilidades de garantizar los derechos otorgados legalmente en un contexto en el cual numerosos servicios públicos (hospitales y centros de salud) continúan funcionando con problemas presupuestarios y/o de administración, deficiencias edilicias y escasez de insumos y de recursos humanos.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL TRATO MÉDICO-PACIENTE

Hasta no hace mucho tiempo, la calidad de los servicios de atención a la salud se establecía mediante componentes o indicadores objetivos; sin embargo, más recientemente, el aspecto subjetivo del contacto y del trato recibido en los servicios ha

14 Existe evidencia de situaciones en las que personal administrativo hace objeto de maltrato a personas de origen extranjero, hecho que se manifiesta veladamente —por ejemplo, poniendo trabas burocráticas a la atención— o abiertamente a través del maltrato verbal (Cerrutti y Freidin, 2004).

15 De hecho, en el último reporte del trabajo en comisiones realizado por el Consejo Federal de Población (COFEPO), se señalan como conclusiones para la región argentina del noroeste que “se hizo notar la presencia de población extranjera que ingresa al país para la utilización de servicios sanitarios para luego retornar a su país de origen, lo que constituye un conflicto por la utilización de recursos. También existe la particularidad del ingreso de madres embarazadas para dar a luz a sus hijos y así adquirir la nacionalidad argentina”. Cabe mencionar que, si bien las personas de origen boliviano pueden en la actualidad tramitar con mucha facilidad su residencia en la Argentina, el mismo informe de COFEPO señala que “la regularización de la condición migratoria de esta población presenta dificultades debido a la escasa documentación que trae el inmigrante al ingresar al país” (COFEPO, 2008).

pasado a ser reconocido como un aspecto crucial para la salud de los pacientes (Williams, Schutt-Ainé y Cuca, 2001).

En Latinoamérica, hay algunos ejemplos que muestran la importancia de las valoraciones de las mujeres sobre el servicio para evaluar su calidad. Por ejemplo, un estudio basado en entrevistas en profundidad sobre el cuidado de la planificación familiar y el cuidado clínico materno-infantil en Santiago de Chile demostró que las mujeres definen la alta calidad del cuidado como “ser tratados como seres humanos” (Vera, 1993). En este estudio, algunos de los elementos de calidad del servicio mencionados espontáneamente por las usuarias fueron: que disponga de un lugar limpio e higiénico; que sea rápido y accesible; que tenga personal cordial y amigable; que provea de información útil y exacta; que la duración de la consulta dé tiempo para recibir consejos; que sea una oportunidad para aprender cosas; que promueva la “autoestima”; que brinde acceso a medicinas prescritas; y que dé la oportunidad para que los maridos y compañeros puedan también ser educados.

No hay duda de que el trato impartido en la intimidad de una consulta médica es sumamente relevante para cualquier paciente; pero es aún más significativo en el caso de poblaciones socialmente vulnerables.

La satisfacción con la atención recibida, en particular la confianza en el médico/a, tiene efectos muy positivos en la salud ya que, entre otros aspectos, facilita el apego y el compromiso con las indicaciones impartidas. Por ende, la sensibilidad de los efectos hacia los inmigrantes y el rechazo de posiciones xenófobas son componentes esenciales en la interacción con el paciente extranjero, y resultan particularmente importantes cuando se trata de la atención a la salud reproductiva.¹⁶

¹⁶ La carencia de estudios sobre salud reproductiva y migración internacional no se limita exclusivamente a los inmigrantes de origen boliviano sino que abarca al conjunto de inmigrantes limítrofes. Algunas excepciones lo constituyen los trabajos de Cerrutti y Parrado, 2002; Cerrutti y Freidin, 2004; y Cerrutti, 2006.

En su estudio sobre la atención médica a poblaciones de inmigrantes, Jelin, Grimson y Zamberlin (2006) ponen crudamente de manifiesto las dificultades que tienen los médicos para tratar con usuarios culturalmente diferentes. La incompreensión de los códigos y comportamientos diversos conduce a graves problemas en la comunicación, poniendo barreras a la generación de confianza, aspecto esencial en la calidad de la atención. Y la percepción de esas diferencias lleva a los médicos a la frustración, la angustia, el distanciamiento o, incluso, a la deshumanización. Por su parte, Abel y Caggiano (2006), en su investigación sobre bolivianos en la Provincia de Jujuy, observaron la existencia tanto de conflictos y tensiones generados en la atención a usuarios “culturalmente diferentes” como de intentos por superarlos: “Si, por un lado, es cierto que los pacientes bolivianos son discriminados por sus prácticas culturales estigmatizadas por médicos, enfermeros, trabajadores sociales y empleados administrativos, también lo es que estos mismos profesionales y otros muestran no pocas veces comprensión y apertura hacia estas prácticas” (p. 85).¹⁷

En todos los casos, lo que parece ponerse de manifiesto es la inexistencia de instancias formativas para enfrentar y resolver estas situaciones dilemáticas. Y, ante la carencia de iniciativas institucionales, son los propios profesionales quienes deben encontrar soluciones propias sobre la base de criterios, valoraciones y experiencias personales.

¹⁷ Caggiano (2007) pone también de manifiesto las orientaciones xenófobas de la población en la frontera cuando se aborda la cuestión de las mujeres de origen boliviano que tienen sus hijos en la Argentina. Su estudio muestra las valoraciones negativas y perturbadoras que tienen algunos funcionarios y efectores de salud respecto de estas mujeres.



LA INMIGRACIÓN BOLIVIANA A LA ARGENTINA

Este capítulo tiene como propósito describir a la población boliviana en la Argentina en lo que respecta a sus rasgos demográficos y sociales, con un énfasis particular en la situación de las mujeres y los jóvenes. ¿Por qué es relevante realizar esta caracterización? La respuesta es sencilla: cada uno de los rasgos analizados contribuye a delinear el perfil y la ubicación de la demanda de atención de salud. Así, por ejemplo, la descripción de las estructuras por edad y sexo de los inmigrantes en distintas regiones del país puede resultar de utilidad para establecer algunas prioridades: las demandas que plantea una población con un perfil envejecido no son las mismas que las plantea otra predominantemente joven. Por otra parte, el establecimiento de diferencias en patrones de fecundidad de las mujeres bolivianas así como en la incidencia de embarazo adolescente puede ser indicativo de una demanda insatisfecha de servicios de salud reproductiva y procreación responsable que, por diversos motivos, no llegan de manera efectiva a esta población.

Es relevante señalar que, a lo largo de las últimas dos décadas, la inmigración proveniente de Bolivia ha sido, sin duda, una de las más dinámicas, por lo que su peso relativo dentro del conjunto de los inmigrantes de países limítrofes y del Perú ha venido crecien-

do.¹⁸ Las desventajosas condiciones económicas de dicho país para vastos sectores de su población sumadas a las posibilidades de inserción laboral en la Argentina promovieron la intensificación de un flujo relativamente continuo, estimulado por extensas redes sociales migratorias (Benencia, 1997; Benencia y Quaranta, 2006). Entre 1980 y 2001, la población boliviana en la Argentina se duplicó, pasando de 118.141 a 233.464 personas. La magnitud de radicaciones permanentes y temporarias otorgadas desde el año 2006¹⁹ hace pensar que el número de residentes bolivianos es hoy en día bastante superior al registrado en el año 2001.

LA CRECIENTE CONCENTRACIÓN EN BUENOS AIRES

Una característica saliente de las transformaciones ocurridas en esta población a lo largo del tiempo se refiere a su asentamiento territorial. Si bien en el pasado la gran mayoría de los inmigrantes se concentraba en las provincias argentinas limítrofes con Bolivia, es decir en Jujuy y Salta, con el correr del tiempo fueron diversificando los lugares de destino, siendo en la actualidad Buenos Aires la región preferida (Ceva, 2006).²⁰ En efecto, ya en el año 2001 seis de cada diez inmigrantes bolivianos residían en la Ciudad o en la Provincia de Buenos Aires mientras que solo el 22% permanecía en las provincias de Salta y Jujuy (Gráfico 1).²¹

Estos cambios en los patrones de asentamiento se vinculan, en gran medida, con la formación de nichos laborales y con el mayor acceso a servicios sociales.

18 Entre 1980 y 2001 pasaron a representar del 23,7% al 34,0% del total de inmigrantes limítrofes y del Perú, respectivamente.

19 Para información estadística sobre radicaciones, véase www.migraciones.gov.ar

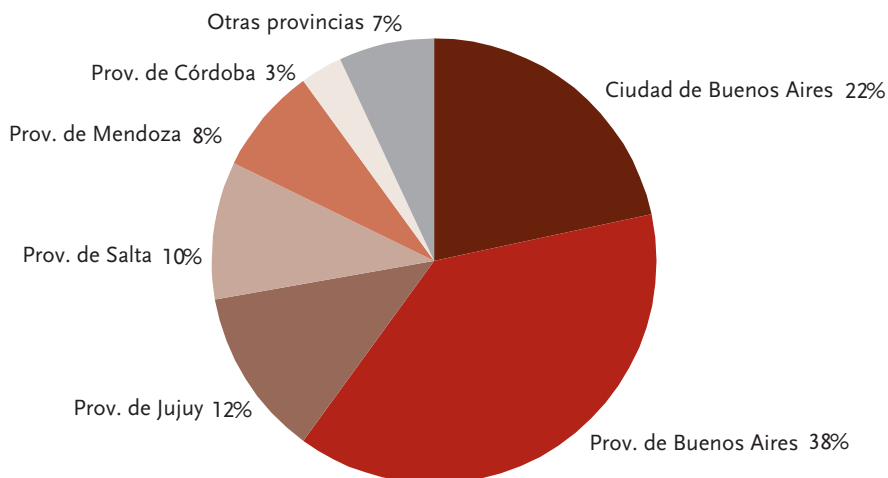
20 Vale mencionar que ocho de cada diez inmigrantes bolivianos que residen en la Provincia de Buenos Aires viven en los partidos del Conurbano Bonaerense.

21 De acuerdo con datos del último Censo de Población, esta creciente concentración en Buenos Aires se evidencia aún más fuertemente entre los migrantes recientes.

Ahora bien, es importante señalar que, más allá de esta tendencia, la migración boliviana tiene la impronta de ser una migración de frontera, con las características típicas de tales áreas; y, a pesar de que los bolivianos han dejado de preferir esas áreas como lugar de residencia, la circulación continúa siendo muy significativa: muchas personas se movilizan entre uno y otro lado de la frontera, en forma cotidiana –por ejemplo, para la compra y venta de productos– o de manera temporaria –típicamente por motivos laborales.

Dos son las principales localidades que lindan con Bolivia: La Quiaca (Jujuy) y Profesor Salvador Mazza (Salta), con alrededor de 15.000 habitantes cada una. La evolución reciente de estas localidades ha sido dispar²² y, aunque el peso relativo de la población de origen boliviano es mayor que en otras zonas del país, es bastante más bajo de lo que sería dable esperar (9% de la población en La Quiaca y 7% en Profesor Salvador Mazza).

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS INMIGRANTES DE ORIGEN BOLIVIANO EN LA ARGENTINA. AÑO 2001



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

²² Entre 1991 y 2001, mientras que Profesor Salvador Mazza (Salta) experimentó un crecimiento poblacional del 71,2%, La Quiaca (Jujuy) solo creció un 19,7 por ciento.

LAS MUJERES EN LA INMIGRACIÓN BOLIVIANA

La migración internacional se encuentra gobernada por un conjunto de normas sociales y culturales que incluyen aquellas relativas al género. En el caso de la migración boliviana a la Argentina, 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. Esto se debió, en parte, 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).

De acuerdo con datos de la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales (ECMI, 2002-2003), más de la mitad (52%) de las mujeres que llegaron a la Argentina habiendo ya cumplido los 15 años lo hicieron en compañía de sus esposos. Este hecho, sumado a que una nada despreciable proporción de migrantes oriundos de Bolivia llegó por primera vez a la Argentina siendo niños (Cerrutti, 2009), evidencia en alguna medida la centralidad de la familia en la decisión de migrar y en el proceso migratorio de los bolivianos.

Sin embargo, en los últimos tiempos, la presencia femenina dentro de este colectivo se ha ido incrementando: si en 1980 por cada cien varones bolivianos residentes en la Argentina había 81 mujeres, en el año 2001 dicho número asciende a 99, es decir que prácticamente las mujeres pasan a equiparar a los varones. La tendencia a la feminización parece haber continuado, ya que entre quienes arribaron más recientemente, entre 1996 y 2001, el número relativo de mujeres por cada cien varones asciende a 109. Dado el carácter familiar de esta migración, este proceso de feminización podría estar señalando dos posibles cambios: el acortamiento del tiempo que demanda la reunificación de las familias y/o un incremento en la propensión de las mujeres bolivianas a emigrar.

Resulta interesante destacar que la proporción de mujeres entre inmigrantes bolivianos es muy superior en el área de frontera: en La Quiaca llega a alcanzar el 64,7%, lo que implica que hay 183 mujeres por cada 100 varones.

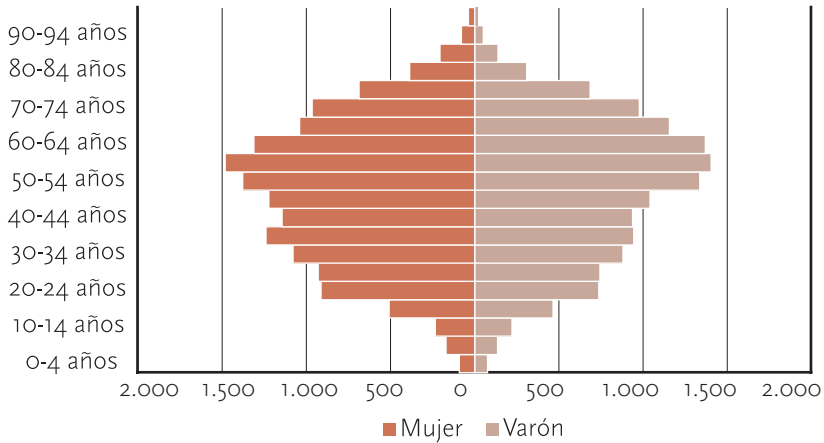
LOS PERFILES POR EDAD

Los cambios en los patrones de asentamiento de los inmigrantes bolivianos, particularmente su creciente concentración en Buenos Aires, tienen un impacto en sus perfiles por edad en los distintos lugares de residencia: mientras que en la Provincia de Jujuy el perfil es más envejecido, en la región bonaerense es significativamente más joven (Gráficos 2, 3 y 4).

Particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la pirámide de población muestra que el grupo más nutrido es el de 25 a 34 años de edad: su tamaño supera con creces al grupo de los mayores de 35 años y al de los niños. Por ende, es de esperar que las demandas sobre los servicios de salud sean diferentes a los del norte del país, ya que provienen de personas en edades reproductivas, por lo que es posible que se concentren en maternidad e infancia y en servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

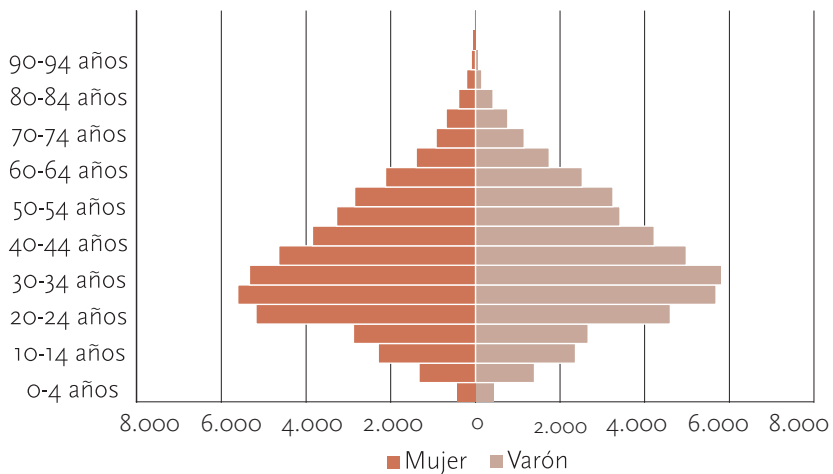
Contrariamente, en Jujuy la población inmigrante residente presenta la mayor proporción de personas en edades avanzadas: quienes tienen entre 50 y 65 años constituyen un grupo más nutrido que el de los jóvenes entre 25 y 40 años. Este perfil es indicativo de la dinámica migratoria propia de la región: un flujo que se dirige más fuertemente hacia Buenos Aires y otro de carácter estacional que realiza actividades económicas en las provincias fronterizas pero que no necesariamente se asienta en forma más permanente en dichas provincias y que, por lo tanto, presenta dificultades para ser captado mediante los censos de población, por lo que se torna problemático poder delinear con mayor precisión sus necesidades sanitarias.

GRÁFICO 2. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO DE INMIGRANTES BOLIVIANOS. PROVINCIA DE JUJUY. AÑO 2001



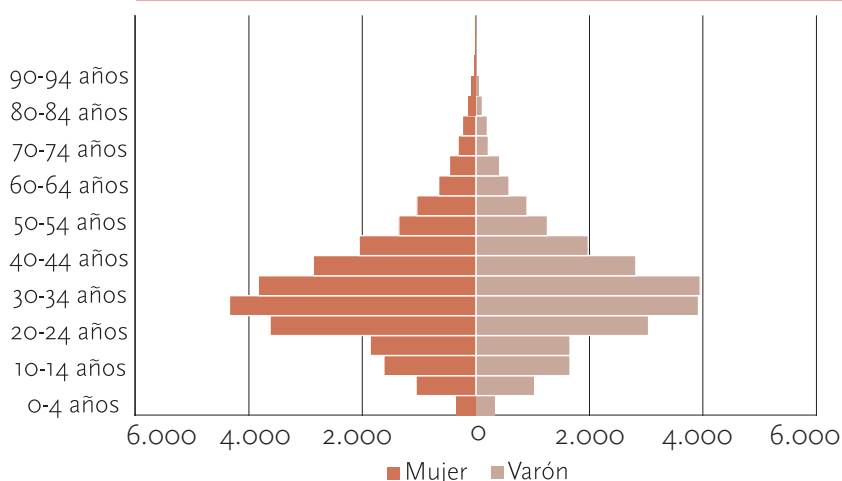
Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Procesamientos propios.

GRÁFICO 3. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO DE INMIGRANTES BOLIVIANOS. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA). AÑO 2001



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

GRÁFICO 4. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO DE INMIGRANTES BOLIVIANOS. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. AÑO 2001



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

Los jóvenes y el proceso migratorio

Los jóvenes entre 15 y 29 años de edad constituyen un grupo con un peso muy significativo dentro de la comunidad boliviana en la Argentina. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representan el 37% de la población boliviana y en la Provincia de Buenos Aires el 30%. Si bien muchos de estos jóvenes llegaron a la Argentina cuando pequeños, emprendiendo el proceso migratorio junto a sus padres, otros tantos arribaron en búsqueda de oportunidades laborales.

En general, la tasa de asistencia escolar de estos adolescentes es más baja que la de los nativos, aunque es en Jujuy donde la brecha es más marcada. La enorme mayoría, tanto varones como mujeres, al llegar a los 20 años estarán fuera del sistema educativo y sus tasas de asistencia escolar no alcanzan a ser la mitad de la de sus pares nativos.

La llegada a un país diferente, el desarraigo y las dificultades para adaptarse a un nuevo contexto social y cultural pueden causar en los adolescentes y jóvenes una serie de tensiones y angustias. Por desconocimiento, pudor o temor, es probable que los que recién llegan sean más reacios a demandar atención médica. Esta situación es particularmente preocupante en lo que respecta a la salud reproductiva. En este sentido, es preciso que los servicios públicos de atención tomen en consideración la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las poblaciones jóvenes de inmigrantes, adecuando su oferta y tratando de acercarse a una demanda que presenta rasgos culturales específicos.

PATRONES REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES BOLIVIANAS EN LA ARGENTINA

Las inmigrantes bolivianas comienzan su maternidad a edades más tempranas y tienen una fecundidad más elevada que las mujeres argentinas, aunque su calendario de maternidad difiere entre las que residen en la CABA y en la Provincia de Buenos Aires y las que residen en la Provincia de Jujuy (Cuadro 1). Ellas son mucho más proclives a tener hijos durante su adolescencia, particularmente en Jujuy, donde más de un cuarto (26,3%) de las adolescentes ya son madres. Esta proporción es aún más elevada en el caso de quienes se encuentran en las localidades linderas con Bolivia. Allí el porcentaje de madres entre las adolescentes de 15 a 19 años nacidas en Bolivia alcanza el 35,8%, proporción que más que duplica a la observada entre las adolescentes nativas que viven en las mismas localidades (16,6%). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, en cambio, la proporción de madres entre las adolescentes de origen boliviano es significativamente inferior (14,2% y 17,2%, respectivamente).

La entrada temprana a la maternidad es particularmente saliente en las provincias fronterizas. En cambio, las mujeres de origen boliviano en la región bonaerense parecen posponerla, aunque no tanto como sus pares argentinas.

Entre las mujeres bolivianas de 20 a 24 años ya han tenido al menos un hijo más de dos tercios en Jujuy y algo más de la mitad en la CABA. En cambio, entre las mujeres argentinas de ese intervalo etario ya eran madres el 51,7% de las que residen en Jujuy y el 18% de las que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CUADRO 1. PORCENTAJE DE MADRES ENTRE MUJERES DE ORIGEN BOLIVIANO Y ENTRE MUJERES NATIVAS POR GRUPOS DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y PROVINCIA DE JUJUY. AÑO 2001

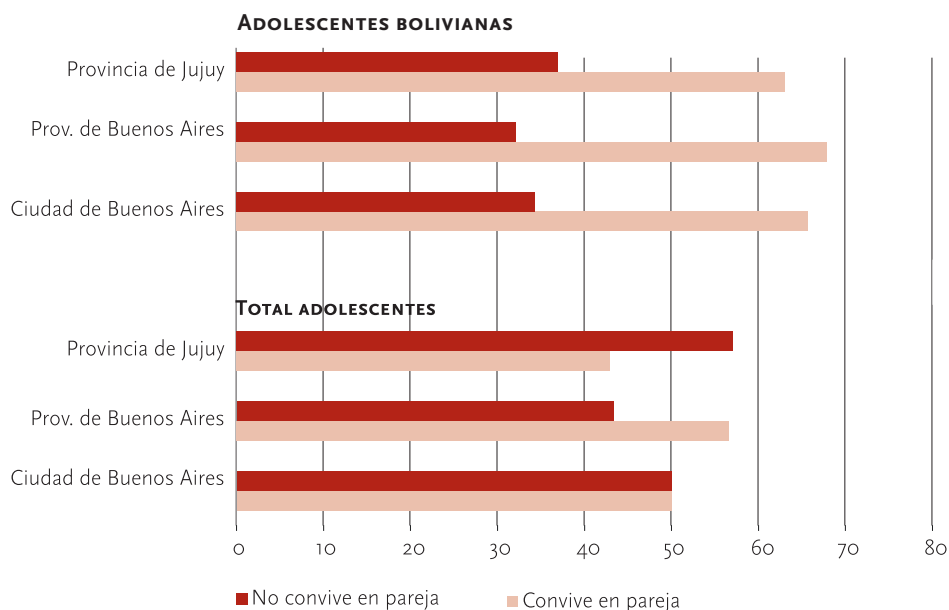
Grupos de edad	Porcentaje de madres entre mujeres					
	Ciudad de Buenos Aires		Provincia de Buenos Aires		Provincia de Jujuy	
	Bolivianas	Nativas	Bolivianas	Nativas	Bolivianas	Nativas
15-19 años	14,2	4,8	17,2	11,1	26,3	14,0
20-24 años	54,3	18,0	59,3	39,2	68,8	51,7
25-29 años	78,0	35,4	83,5	62,2	88,0	75,2
30-34 años	87,0	59,4	90,7	80,3	93,8	86,1
35-39 años	89,1	73,8	93,5	88,1	95,9	91,1
40-44 años	91,9	79,9	94,9	90,8	96,3	93,0
45-49 años	92,4	81,9	95,5	91,7	96,5	94,2
50-54 años	91,5	82,8	95,4	91,8	96,6	93,8
55-59 años	92,1	82,0	95,5	91,2	97,1	94,1

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

Vale la pena mencionar que las adolescentes bolivianas experimentan la maternidad en contextos familiares algo diferentes a los de las adolescentes argentinas, ya que son más propensas a convivir en pareja, lo que parece ser indicativo de una mayor aceptación social y cultural de la maternidad precoz (Gráfico 5).

Sin embargo, las marcadas diferencias en los comportamientos tanto de acuerdo con el lugar como con el tiempo de residencia en la Argentina sugieren que estas pautas no son inalterables y que dependen de contextos sociales más amplios.

GRÁFICO 5. MADRES ADOLESCENTES EN LA POBLACIÓN TOTAL Y ENTRE INMIGRANTES BOLIVIANAS, POR SITUACIÓN DE CONVIVENCIA Y LUGAR DE RESIDENCIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y JUJUY. AÑO 2001

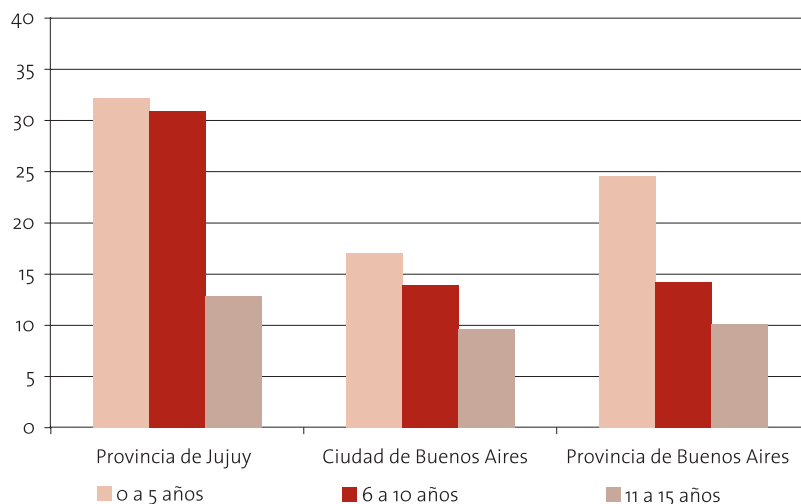


Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Procesamientos propios.

Son las adolescentes que arribaron más recientemente a la Argentina quienes en mayor proporción ya han sido madres. Las diferencias son marcadas; los porcentajes de madres entre quienes llegaron hace ya mucho tiempo y entre quienes lo hicieron recientemente son, respectivamente, los siguientes: 9,6 y 17,0 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 10,1 y 24,5 en la Provincia de Buenos Aires y 12,9 y 32,2 en la Provincia de Jujuy.

Esta pronunciada diferencia porcentual merece ser estudiada con mayor detenimiento, ya que puede ser indicativa de dos fenómenos: por un lado, que el tiempo de residencia en la Argentina modifica expectativas y orientaciones familiares; por el otro, que a medida que el tiempo de residencia aumenta las inmigrantes logran un mejor acceso a un efectivo control anticonceptivo a partir de su contacto con servicios educativo y de salud en el país.

GRÁFICO 6. PORCENTAJE DE MADRES ENTRE ADOLESCENTES BOLIVIANAS SEGÚN CANTIDAD DE AÑOS DE RESIDENCIA EN LA ARGENTINA. PROVINCIA DE JUJUY, CIUDAD DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. AÑO 2001



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

Los jóvenes y el acceso a servicios de salud

La absoluta mayoría de los inmigrantes bolivianos no cuenta con cobertura de salud más allá de la provista por instituciones públicas en centros o salas de salud y hospitales. Los adolescentes y jóvenes no son una excepción y, con independencia del lugar donde residen, solo una minoría –que oscila entre el 6 y el 15%– puede recurrir a otro tipo de servicio, a través de una obra social o de medicina prepaga. Esta situación, indicativa del alto grado de precariedad laboral, también muestra que la atención de adolescentes y jóvenes nacidos en Bolivia se realiza centralmente en el sector público. Por ende, la elevada incidencia de la maternidad precoz, en su dimensión vinculada a embarazos no deseados, debería ser una preocupación específica de los servicios públicos de salud reproductiva y procreación responsable.

LOS NIVELES DE FECUNDIDAD

La tasa de fecundidad por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años en el año previo al último censo de población²³ es superior entre las mujeres nacidas en Bolivia en las tres localizaciones geográficas, aunque la brecha más significativa se advierte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (112 hijos vs 49 por cada 1.000 mujeres) (Cuadro 2). Esta situación no sorprende, dada la elevada fecundidad que se observa en el país de origen comparada con la del país de destino: para los años 2000-2005 la tasa global de fecundidad era de 4,0 en Bolivia y de 2,4 en la Argentina (Cerrutti y Binstock, 2009).

CUADRO 2. TASAS DE FECUNDIDAD ESPECÍFICAS POR GRUPO DE EDAD DE LAS MUJERES, POR PAÍS DE NACIMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y PROVINCIA DE JUJUY. AÑO 2000-2001

Grupos de edad	Tasas de fecundidad por edad (por mil mujeres)					
	Ciudad de Buenos Aires		Provincia de Buenos Aires		Provincia 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.

²³ 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 solo puede efectuarse mediante los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Derivado de su mayor fecundidad, el promedio de hijos por madre en el caso de las bolivianas es superior al de las argentinas. Sin embargo, deben resaltarse dos hechos: por un lado, que las brechas son mucho más marcadas en las generaciones que ya han completado su vida reproductiva; y, por el otro, que es en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires en donde los diferenciales de fecundidad son más pronunciados (Cuadro 3). La mayor distancia se detecta entre las mujeres de 45 a 49 años de la CABA y sus pares bolivianas de Jujuy: en promedio, 2,4 hijos y 4,9 hijos, respectivamente.

CUADRO 3. NÚMERO MEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS ENTRE MADRES DE ORIGEN BOLIVIANO Y ENTRE MADRES NATIVAS, POR GRUPOS DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y PROVINCIA DE JUJUY. AÑO 2001

Grupos de edad	Número medio de hijos nacidos vivos entre madres					
	Ciudad de Buenos Aires		Provincia de Buenos Aires		Provincia de Jujuy	
	Bolivianas	Nativas	Bolivianas	Bolivianas	Nativas	Bolivianas
15-19 Años	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3
20-24 Años	1,5	1,4	1,7	1,6	1,8	1,7
25-29 Años	2,0	1,7	2,2	2,1	2,7	2,4
30-34 Años	2,4	1,9	2,9	2,6	3,4	3,1
35-39 Años	2,9	2,2	3,4	2,9	4,0	3,7
40-44 Años	3,3	2,4	3,9	3,1	4,7	4,1
45-49 Años	3,5	2,4	4,1	3,2	4,8	4,3
50-54 Años	3,6	2,4	4,2	3,1	5,2	4,5
55-59 Años	3,8	2,4	4,3	3,0	5,3	4,6

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

Una plausible explicación de la brecha de fecundidad entre nativas e inmigrantes se deriva de los niveles de instrucción alcanzados por unas y otras. Sin embargo, cuando la comparación se realiza con mujeres argentinas con niveles educativos inferior-

res al secundario completo, las diferencias se mantienen en la CABA y la Provincia de Buenos Aires pero se atenúan en Jujuy. En otras palabras, las mujeres bolivianas en la provincia fronteriza tienen una fecundidad similar a sus pares argentinas con baja educación.

En la región bonaerense, los resultados pueden estar indicando diferencias en las preferencias familiares pero también pueden denotar dificultades por parte de las mujeres bolivianas para acceder a la prevención de embarazos no deseados. Como se verá luego en el capítulo referido a la salud materno-infantil, existen evidencias que abonan esta última explicación.

La maternidad a larga distancia

La maternidad “transnacional” o a “larga distancia” se ha tornado uno de los aspectos más salientes del análisis sobre la feminización de las migraciones a nivel internacional. De manera creciente, la migración independiente de las mujeres (en oposición a la asociativa o de carácter familiar) por motivos económicos ha dado lugar a que muchas deban dejar a sus hijos e hijas en el país de origen cuando emigran.

Esta situación ha promovido una serie de interrogantes en torno a los vínculos y a las consecuencias de la separación. Sin embargo, este fenómeno no se encuentra muy difundido en la comunidad boliviana en la Argentina. De acuerdo con datos de la Encuesta Complementaria de Migración (ECMI 2002-2003), solo el 8 por ciento de las madres de origen boliviano en la Argentina tenía al menos un hijo menor de 15 años residiendo en Bolivia. Esta baja proporción de madres que residen lejos de sus hijos sugiere nuevamente la importancia de la migración familiar para este colectivo migratorio. Asimismo, señala las marcadas diferencias con la migración boliviana en otros destinos, particularmente en países desarrollados con mayores barreras a la entrada de inmigrantes. Así, por ejemplo, en España, entre las inmigrantes bolivianas una altísima proporción son madres a larga distancia. En efecto, entre aquellas inmigrantes que tienen hijos pequeños, el 53 por ciento tiene alguno de ellos residiendo en Bolivia (Cerrutti y Maguid, 2010).

LA SALUD MATERNO-INFANTIL

En el capítulo anterior se puso de manifiesto la mayor fecundidad, tanto general como adolescente, de las mujeres de origen boliviano en comparación con las nativas. Una pregunta clave es si esta situación es producto de una demanda insatisfecha de planificación familiar y de las dificultades para acceder a un cuidado anticonceptivo o consecuencia directa de una preferencia por familias numerosas.²⁴ La respuesta a esta pregunta es de particular relevancia para orientar las acciones desplegadas por los servicios de salud sexual y reproductiva hacia esta población.

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 la concurrencia a los servicios.

Un aspecto importante es el de los controles prenatales, los cuales están destinados a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimor-

²⁴ Datos de la Demographic and Health Surveys (DHS) correspondientes a Bolivia en 2008 sugieren que la mayoría de las mujeres bolivianas tiene una preferencia por un pequeño número de hijos. En efecto, entre quienes tienen 2 hijos sobrevivientes solo el 30% desea tener más hijos y entre quienes ya tienen 3 hijos el porcentaje se reduce a la mitad (15,2%). La demanda insatisfecha de planificación familiar es elevada: 20,2% para las mujeres en unión.

alidad materna y perinatal.²⁵ ¿Son las embarazadas bolivianas menos proclives a realizarse controles prenatales? ¿Cómo es su conducta preventiva y a qué se debe?

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 es indicativo del grado de desarrollo prenatal y tiene importantes consecuencias para la salud del neonato a corto y largo plazo.

Los estudios señalan que, como consecuencia de factores biológicos, socioeconómicos y sanitarios, existen marcadas diferencias en el peso de los neonatos entre poblaciones y dentro de una misma población (Bernis, 2005). En países receptores de inmigrantes existe la expectativa de que los recién nacidos de esas madres presentarán indicadores de salud (como el peso de nacimiento) más pobres que los hijos de madres nativas. Eso se observa particularmente en el caso de las inmigrantes que tienen pocos años de residencia en el país y que han estado expuestas a situaciones de mayor riesgo, tales como la pertenencia a sectores socioeconómicos más bajos, el estrés derivado del propio proceso migratorio y la existencia de vínculos menos estrechos con las instituciones sanitarias.

Sin embargo, la literatura internacional también brinda ejemplos contrarios a esta expectativa y en alguna medida paradójicos: se observa un mejor peso de los recién nacidos de madres de inmigrantes. 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. Por su parte, Landale, Oropesa y Gorman (1999) hallaron también en los Estados Unidos que madres de origen mexicano, cu-

25 Característicamente, 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 a partir de las 36 semanas y 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).

bano, centroamericano y sudamericano, chino, filipino y japonés tienen una probabilidad menor que las madres nativas de dar a luz recién nacidos con bajo peso, a pesar de sus desventajas socioeconómicas. Un resultado similar encontraron Bernis (2005) en España y Guendelman y otros (1999) para Francia, Bélgica y también los Estados Unidos.

Diversas hipótesis intentan explicar estas diferencias por la existencia de factores protectivos de estos grupos de inmigrantes. Una hipótesis difícil de evaluar empíricamente apunta al proceso de selectividad migratoria: las madres que emigran serían las más saludables, hecho que explicaría que la salud de sus hijos sea superior a la esperada de acuerdo con su condición socioeconómica (Guendelman y otros, 1999). Otros autores, en cambio, han intentado explicar estas ventajas a partir de los comportamientos y hábitos de las madres inmigrantes, los cuales incluyen su mejor nutrición, la más baja propensión a fumar y a consumir alcohol y un mayor apoyo y contención familiar (Landale, Oropesa y Gorman, 1999). ¿Ocurre algo similar entre las mujeres inmigrantes de Bolivia, no obstante su peor situación socioeconómica?

El presente capítulo se propone dar respuestas a algunos de estos interrogantes sobre la base de los escasos datos disponibles en la Argentina. Específicamente, se emplea la Encuesta Perinatal sobre salud materno-infantil de las puérperas atendidas en hospitales públicos relevada en 2008 por el Programa de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires.²⁶ Esta información constituye una valiosa fuente debido a que es una de las pocas que permiten realizar análisis de acuerdo con el país de nacimiento de la madre. Complementariamente, se emplea información provista por el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, una de las maternidades más grandes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que atiende a un elevado número de usuarias de origen boliviano.

²⁶ Para mayores detalles sobre dicha encuesta, véase en la Introducción el apartado “La estrategia metodológica y los datos empleados”.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PUÉRPERAS DE ORIGEN BOLIVIANO

Los datos de la encuesta a puérperas muestran que, en términos sociales, las mujeres de origen boliviano se encuentran en desventaja con respecto a las de origen argentino. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a sus niveles de instrucción formal, sus perfiles son significativamente más bajos: mientras que el 43 por ciento no ha alcanzado a completar siete años de educación, en el caso de las argentinas dicha proporción es solo del 7 por ciento. Vale la pena mencionar que aquellas que completaron el nivel medio o niveles superiores representan una proporción relativamente similar en ambas poblaciones (20% entre las argentinas y casi 18% entre las bolivianas), lo cual indica que la mayor brecha se da en los niveles de educación bajos y medios.

A pesar de la mayor fecundidad de las mujeres bolivianas, el número de partos previos al momento de la encuesta es bastante similar al de las mujeres nativas: para el 62% de las argentinas y para el 65% de las bolivianas, el parto atendido era el primero o el segundo. Paradójicamente, la proporción de puérperas menores de 20 años es inferior entre las bolivianas (12% vs 20%), dato que parece contraponerse a la mayor incidencia de embarazo adolescente entre dichas mujeres.

- Casi todas llegan al parto con parejas estables

En coincidencia con las percepciones de médicos y médicas que se presentarán en los capítulos siguientes, las puérperas bolivianas son más proclives que las argentinas a estar en parejas estables: mientras que el 94 por ciento de las mujeres bolivianas llegan a dar a luz en ese contexto de pareja, entre las argentinas la proporción es del 86 por ciento. Esta diferencia de carácter cultural se vincula con la organización social y familiar de esta comunidad.

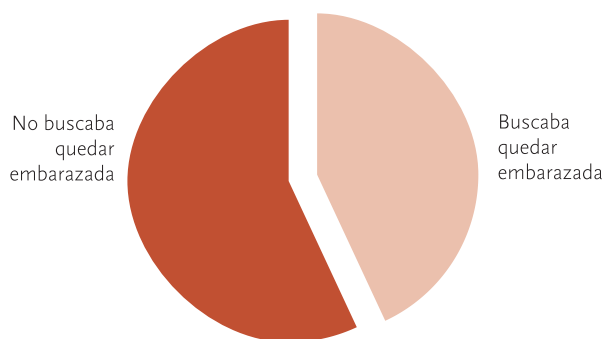
- Una alta proporción no buscaba quedar embarazada

Solo algo más de cuatro de cada diez mujeres bolivianas puérperas habían buscando quedar embarazadas (Gráfico 7). Este es un dato que se debería tener en cuenta como indicador de una demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar ya que sugiere la existencia de dificultades tanto de esas mujeres para solicitar 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 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 seguramente moldeada por las expectativas masculinas.

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

GRÁFICO 7. PORCENTAJE DE PUÉRPERAS DE ORIGEN BOLIVIANO QUE NO BUSCABAN QUEDAR EMBARAZADAS. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. AÑO 2008



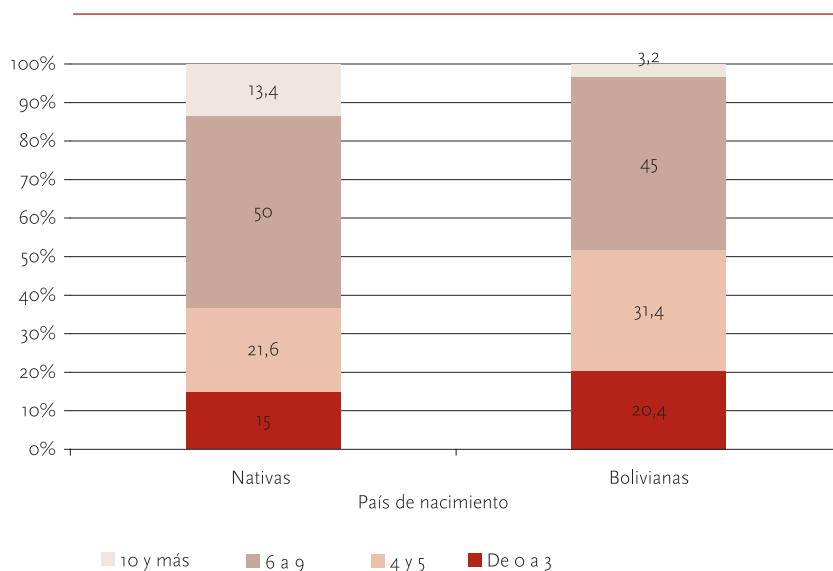
Fuente: Programa Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires, *Encuesta Perinatal 2008*.

- 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 al que aludirán los médicos y las médicas 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 que 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 8).

GRÁFICO 8. PUÉRPERAS CLASIFICADAS POR NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y PAÍS DE NACIMIENTO. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. AÑO 2008.



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

- 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, indistintamente de su origen nacional, declararon haber estado solas durante el parto. En efecto, el 93% de las bolivianas y el 90% de las argentinas no tuvieron compañía durante el parto.

Lamentablemente, esta no es la situación preferida por la mayoría, ya que, al preguntárseles si hubieran querido estar acompañadas, dos tercios de ellas contestan de manera afirmativa.

LA PARADOJA DEL PESO AL NACER

Las puérperas bolivianas provienen de sectores socioeconómicos más vulnerables y han realizado un número menor de controles prenatales. Sin embargo, cuando se examina el peso al nacer surge un resultado paradójico: entre sus recién nacidos la incidencia de bajo peso es menor, además de que, en promedio, son neonatos más robustos. En efecto, como lo muestra el Cuadro 4, mientras que el 6,9% de los recién nacidos de madres argentinas tienen bajo peso al nacer, la proporción entre los neonatos de madres bolivianas es de 2,2%. En el otro extremo, más de la mitad de estos últimos pesa 3,5 kg 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 Aires²⁷ muestran el mismo fenómeno detectado con la base de datos de la Provincia de Buenos Aires.

Asimismo, en las entrevistas realizadas con médicos y médicas en la Provincia de Buenos Aires se destaca que las mujeres bolivianas, si bien presentan algunos problemas importantes de salud (como por ejemplo una mayor incidencia de tuberculosis y de Chagas), logran llevar sus embarazos a término y sus niños nacen con un buen peso. Efectivamente, se registra no solo que los partos prematuros son menos frecuentes en esta población sino que es común la necesaria intervención médica en mujeres que han sobrepasado la fecha de parto.

En la amplia mayoría de los casos, los partos no presentan dificultades, ni para las madres, ni para los niños. Una de las médicas señala:

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.

27 Vale mencionar que de los 5.407 partos atendidos en la maternidad entre el 1º de enero y el 30 de septiembre de 2009, el 24,4% (1.321 partos) corresponde a madres de origen boliviano.

Para explicar estas diferencias, es posible proponer algunas hipótesis que hacen referencia a factores culturales que implicarían 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: la encuesta a puérperas revela que mientras que solo el 4,4% de las mujeres bolivianas fumaba durante el embarazo, entre las argentinas la proporción es cinco veces más elevada (22,7%). Como se sabe, está científicamente comprobado que el cigarrillo se encuentra totalmente contraindicado durante el embarazo debido a sus nefastas consecuencias, una de las cuales es el bajo peso al nacer de los neonatos de madres fumadoras.

CUADRO 4. PUÉRPERAS ARGENTINAS Y BOLIVIANAS CLASIFICADAS POR PESO DEL RECIÉN NACIDO. PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y CIUDAD DE BUENOS AIRES (MATERNIDAD SARDÁ). AÑO 2008

Peso al nacer	Encuesta a Puérperas en Prov. de Buenos Aires		Maternidad Sardá, Ciudad de Buenos Aires	
	Argentinas	Bolivianas	Argentinas	Bolivianas
Menos de 2.500 gramos	6,9	2,2	9,5	4,2
De 2.500 a 3.499 gramos	57,0	45,8	56,8	46,9
3.500 gramos y más	36,1	52,0	33,7	48,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Otro elemento que puede ser significativo para comprender la paradoja es el contexto social y familiar en el que transcurre el embarazo. Por un lado, como se señalara anteriormente, una proporción más elevada de madres bolivianas llega al momen-

to del parto con una pareja estable, situación que puede estar asociada con una mayor contención social, económica y afectiva. Por otro lado, entre dichas puérperas el porcentaje de adolescentes es inferior, lo que implica una menor probabilidad de bajo peso al nacer.

Dadas las diferencias entre mujeres bolivianas y argentinas tanto en factores de riesgo como en aspectos protectivos, se procedió a realizar un análisis estadístico multivariado para despejar posibles relaciones espurias entre el origen nacional y el peso al nacer.²⁸ Este modelo estadístico predice la probabilidad de bajo peso al nacer²⁹ 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 prenatales y si recibió o no plan alimentario durante el embarazo). Los resultados de este análisis reafirman la primera impresión descriptiva, es decir que, aun manteniendo constante el efecto de los rasgos que impactan en el peso al nacer, la probabilidad de que los recién nacidos de madres bolivianas tengan bajo peso es inferior al de las argentinas (véase la Tabla 1 del Anexo).

En síntesis, los resultados del análisis referido al peso de los neonatos son indicativos de que, dentro de la comunidad boliviana, existen factores de protección de los recién nacidos que logran contrarrestar la influencia negativa de factores asociados a las desventajas socioeconómicas y a la menor propensión de las embarazadas a realizarse controles prenatales.

28 Se procedió a estimar una regresión binomial logística que predice como variable dependiente si el peso al nacer es menor a 2.500 gramos.

29 Se trata de un modelo binomial logístico cuya variable dependiente es una variable dummy del peso al nacer (menor a 2.500 gramos o 2.500 gramos o más).

Sobre el parto

“Nosotros somos de muy poco hablar pero sabemos, conocemos nuestro cuerpo... No es que pienso que voy a parir con dolor entonces digo ‘háganme la cesárea porque este dolorcito no lo quiero’. Nosotros somos del otro lado; para nosotros parir con dolor tiene un significado muy grande, es el binomio, que está muy junto, muy intrínseco entre madre e hijo. Entonces, para nosotros eso es reimportante; el parto natural para nosotros es algo normal, natural, que se tiene que dar, porque se tiene que dar así, es parte de la naturaleza. Entonces se arman estrategias como estas, por ejemplo: cuando ya estás por parir y te pasan el Pervinox y te dicen ‘te vamos a hacer un tajito’, nosotras decimos, ‘bueno sí, sí, sí, doctora’, no decimos nada, vamos y parimos en el baño, como sabemos, una mano sostenida, una mano al bebé y parimos. Y bueno, eso también está tildado como ‘uy, estas bolivianas son animales, van y tienen sus bebés en el baño’.”

“Para nosotras primero está la guagua y después nosotras. Entonces, el derecho a estar acompañadas, eso es fundamental. O sea, si bien es cierto que podemos parir solas, tenemos esa capacidad si lo queremos, si queremos estar acompañadas por una hermana, una amiga, una prima, un novio, un marido, un amante... vos, mientras te sientas contenida, abrazada en ese momento de tanto placer único, me parece que debería respetarse. Porque algunas veces nosotras, las mujeres, no queremos que esté el marido, por ejemplo, el padre de la guagua, nosotras a veces lo que queremos es que esté otra persona que tenga otra energía con vos. Entonces esa energía positiva te la va a pasar, te la va a transmitir, por qué, porque es lo positivo tuyo. Pero es una capacidad de yo poder decidir, me parece fundamental” (Entrevista a mujer boliviana participante activa de programas de promoción de la salud en la comunidad boliviana en Buenos Aires).



LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA PERCEPCIÓN SOBRE LA DEMANDA

Este capítulo, así como los subsiguientes, se aboca a la problemática de la atención de los inmigrantes de origen boliviano en servicios públicos de salud. Si bien se basa en información cualitativa proveniente de un importante número de entrevistas, no tiene la pretensión de ser representativa de los servicios en las áreas estudiadas (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Provincia de Jujuy).³⁰ Sin embargo, permite establecer nudos críticos en el acceso a tales servicios y en la interacción entre pacientes y efectores.

En primer lugar, este capítulo describe la percepción de los efectores de salud respecto de la demanda de atención de los pacientes de origen boliviano tanto en cuanto a su relevancia cuantitativa como en cuanto a su legitimidad. En este caso interesa determinar sobre la base de qué criterios los médicos y médicas³¹ consideran legítima la atención a los inmigrantes, el

³⁰ Como se indicara anteriormente, el estudio fue realizado en cuatro hospitales de San Salvador de Jujuy, Perico y La Quiaca, en la Provincia de Jujuy, y en tres hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de La Plata. En ambas localizaciones, adicionalmente se realizaron entrevistas con efectores en distintos centros de salud.

³¹ Para mantener el anonimato y la confidencialidad de la información provista por los/as entrevistados/as no se identificará ni la especialidad ni el cargo y, en la medida de lo posible, tampoco la institución.

grado de conocimiento que poseen sobre la actual legislación migratoria y su opinión al respecto. En otras palabras, se busca conocer sus apreciaciones sobre el derecho a la salud pública de los inmigrantes.

¿QUIÉNES SON LAS USUARIAS BOLIVIANAS?

Al examinar la demanda de atención por parte de los pacientes de origen boliviano, un problema que se pone prontamente de manifiesto es la definición de dicho paciente, en otras palabras, la identificación de quién es “boliviano”. A lo largo del trabajo de campo se pudo detectar que dicha definición tiene un carácter relativamente subjetivo y que, por lo tanto, no está exenta de ambigüedades. Parte de la confusión se debe a indefiniciones de carácter administrativo sobre el paciente extranjero en los propios servicios de salud, lo cual no solo lleva a problemas de registro estadístico, sino que también contribuye a originar múltiples miradas sobre esta población.

Esto se da en el marco de un problema general que es la identificación por parte de los “nativos” de los hijos de bolivianos como bolivianos aun cuando hayan nacido en la Argentina y sean, en consecuencia, argentinos. Como se ha mostrado en otros trabajos (Karasik, 1994; Caggiano, 2005), en distintas zonas del país es común que los miembros de la sociedad de “recepción” lleven a cabo este desplazamiento y atribuyan nacionalidad boliviana a personas nacidas en la Argentina a partir de su apellido presuntamente boliviano, de sus rasgos fenotípicos, de su indumentaria, de su zona de residencia, etc. Este desplazamiento, que no tiene fundamento administrativo o legal, afecta la percepción de distintos efectores.

A esta confusión se suma el hecho de la propia heterogeneidad que presenta la población boliviana en la Argentina, en la cual coexisten numerosos grupos con diversos perfiles. En efecto, los inmigrantes no son homogéneos ni por sus orígenes (étnicos, rural/urbano, socioeconómicos, entre otros), ni por el tiempo

que llevan residiendo en el país, ni por su grado de integración a la sociedad argentina.

Esta problemática se da con matices importantes tanto dentro de la Provincia de Jujuy –entre la ciudad capital y la zona de frontera– como en la región bonaerense. En La Quiaca, ciudad fronteriza con Bolivia, donde el cruce de personas y de mercancías de un país a otro es parte de la vida cotidiana de la población, se detectan tensiones y problemáticas diferentes a las de los otros sitios. Una primera particularidad es que en sus servicios públicos de salud “paciente boliviano” designa principalmente a la persona que reside en Bolivia y que cruza a la Argentina con el propósito específico de hacer uso de los servicios. Esta situación es definida sin ambigüedades por los efectores como problemática.

A pesar de que, de hecho, los pacientes bolivianos pueden encontrarse en una amplia gama de situaciones, predomina una visión dicotómica: el “casi” argentino naturalizado y el extranjero que no reside en La Quiaca pero que cruza la frontera para atender a su salud. Los matices sociales –hay personas con doble residencia, parejas mixtas, hijos de bolivianos, etc.– y legales –pueden ser naturalizados, tener residencia permanente o temporaria o no tener documentación argentina (y en algunos casos ni boliviana)– se comprimen en las dos figuras mencionadas. Las confusiones entre el estatus legal y el lugar de nacimiento se hacen patentes en el siguiente testimonio que muestra con crudeza la carga negativa asociada al paciente boliviano en la frontera:

El médico en la atención pone “argentino” si tiene el documento y dice “soy radicado”... Pero cuando a mí me dicen “soy radicado”, como yo tengo mucho de mí, de APS, le digo “serás radicado pero seguís siendo boliviano”; entonces, yo pongo “boliviano”.

En general médicos/as y funcionarios/as en La Quiaca conocen la nueva ley o al menos la orientación y normativa de no discriminar en la atención al paciente extranjero. A pesar de que no la niegan u obstaculizan –y de que entre ellos se detecta un cuidado por no hacer afirmaciones que puedan interpretarse

como discriminatorias—, consideran legítimos solo los derechos de quienes residen en la Argentina y no los de quienes residen en Bolivia y buscan atención en nuestro país. Pero no ocurre lo mismo en el caso de las enfermeras, entre quienes se manifiesta una escasa predisposición a tratar con pacientes extranjeros, a los que, en su opinión, es injusto brindarles atención:

Eso, ¿sabe qué?, otra cosa... Lamentablemente la gente de Bolivia, bueno, son muy exigentes. Encima que son... Aparte de ser exigentes es como que no estuvieran conformes con lo que uno les da, con lo que uno hace por ellos. Nosotros decimos a veces que la gente son mal agradecidas, como quien dice. Si en su propio país no los atienden como corresponde, entonces acá exigen mucho más, cuando tendría que ser al revés, exigir ellos allá y no acá. Pero lamentablemente, bueno, a veces se les entiende a la gente.

En cuanto a la dimensión de la demanda, la percepción generalizada es que la población de origen boliviano que se atiende en los servicios de La Quiaca supera a la nativa. Lamentablemente, dadas las marcadas deficiencias en la recolección de información sobre pacientes extranjeros, resulta dificultoso cotejar estas percepciones de los médicos y las médicas, aunque, como se verá más adelante, los datos existentes parecen contradecir esta percepción.

Algunos testimonios son elocuentes:

Acá más del 50%, hasta el 60% me animo a decirte, es de nacionalidad boliviana, pero por estos problemas que te digo no los puedo registrar, o sea, a partir de ahora los vamos a registrar. Tenemos por mi impresión, por ver el hospital, por recorrer, es mucho más... te vuelvo a repetir, es del 50% o un poquito más del porcentaje de influencia de atención de gente de Bolivia; sí, tenemos mucha influencia boliviana, muchísima.

La población de Bolivia que viene al hospital es la mayoría. Si no pasa la mitad, seguramente llegamos a un 60%. Todas las mujeres que se internan en la maternidad, sobre todo, son de nacionalidad boliviana; o sea, la mayoría es gente de Bolivia. Será un 40% que

atendemos de gente argentina, que corresponde al área de cobertura del hospital; la otra gente viene de Bolivia, incluso vienen de Tarija, de Sucre.

A veces te pasás y están las 20 camas de la sala y ponele, el 70% son de Bolivia, obviamente sin controles, o vienen con legrados, o por esto o lo otro; y el resto son argentinas. Pero tenemos muchísima población que no es de acá. Consultorio diario, planificación familiar, que te vienen a pedir anticonceptivos, te vienen a pedir inyecciones, preservativos, todo, y las pacientes no son de acá, y a veces no tenemos ni presupuesto para nuestras mismas pacientes...

Los efectores entrevistados saben que no pueden negarles la atención a los pacientes bolivianos y que de ningún modo pueden poner obstáculos o requisitos para brindarles las prestaciones (como algunos hacían en el pasado), aunque muchos resienten que no se les pueda solicitar alguna retribución empleando un argumento económico. Se sostiene que los presupuestos no se han modificado como para garantizar el derecho a la atención impuesto por la nueva ley:

Son esas cosas, políticas que yo no... Y vos decís “bueno sí, hay que atender y todo lo demás”, y sí, pero cuando no te da el presupuesto, ese es el tema. Pero que vemos pacientes que son de Bolivia más que de La Quiaca, sí, lejos...

En cambio, en San Salvador de Jujuy, Alto Comedero y Perico se constata una realidad bastante diferente a la de la frontera. Las numerosas entrevistas realizadas en tres hospitales públicos, un centro de salud y con varios funcionarios marcan una clara distinción en la definición y en la percepción del paciente “boliviano”. En efecto, la mayoría establece una diferencia importante entre los bolivianos asentados desde hace mucho tiempo en la Argentina, los inmigrantes recién llegados –quienes mayormente no han regularizado su situación migratoria– y los extranjeros de Bolivia que no residen en el país pero que vienen a la Argentina con el solo propósito de atenderse la salud. Los primeros son considerados “como si fueran argentinos” a todo nivel, tanto social como culturalmente. Además consideran legítimo y natural

brindarles atención a la salud. A los migrantes recientes se los describe como trabajadores manuales no calificados que vienen a realizar tareas agrarias y que son (o devendrán) migrantes golondrina que viajan dentro del territorio nacional al ritmo de las cosechas en distintas provincias.

Los siguientes testimonios demuestran que hay en Jujuy una percepción de continuidad social y cultural entre el paciente de Bolivia y el nativo:

Las diferencias no se relacionan con la nacionalidad, sino con el tipo de vida que han hecho... Nuestra provincia, toda la zona, tiene mucha identidad cultural y no se diferencian con el boliviano, no solo por la cultura sino por la geografía, el clima, las festividades, las celebraciones, por ejemplo, el carnaval. Es toda la región, porque acá tenemos mucho más que ver con la gente de Bolivia que con la de Buenos Aires.

La verdad es que como es parte de nuestro paisaje natural no lo tenemos registrado. Es nuestra población habitual... La población boliviana que atendemos está desde hace muy mucho.

Atendemos población boliviana, pero ya están asentados acá con documentación argentina; ya viene de años; muchos son hijos de bolivianos; es rarísimo el que esté acá con documentación boliviana, es muy poco eso.

En el caso de Perico, en donde una parte de las usuarias y usuarios son inmigrantes golondrina, la descripción sobre su perfil es algo diferente, aunque también aquí la demanda de atención a la salud por parte de los inmigrantes, tengan o no documentos argentinos, es considerada legítima y aceptada sin miramientos:

Perico debe ser uno de los lugares como la frontera, donde tenemos más gente de Bolivia, que los traen los parientes que ya viven acá. Otros vienen en época de cosecha del tabaco. Otros arriendan terreno y traen a sus parientes a trabajar a sus campos; esos trabajan en el cultivo de hortalizas y floricultura.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires la figura del paciente boliviano viene más claramente asociada al país de nacimiento sin otras connotaciones o tipificaciones. De todos modos, por su larga experiencia atendiendo a esta población, los efectores establecen distinciones dentro de la propia comunidad en función del tiempo que llevan residiendo en el país, del nivel educativo o del nivel socioeconómico. En la atención no se distingue a los inmigrantes de acuerdo con su situación migratoria y, más allá de la disparidad en el conocimiento sobre la nueva ley migratoria, existe una conciencia bastante extendida acerca de la obligatoriedad de brindar atención a todos los usuarios que llegan a los distintos niveles del sistema.

Los entrevistados en la región bonaerense subrayan que las prestaciones que se brindan a los usuarios son integrales y sin restricciones, lo que implica que no existe ningún tipo de condicionamiento en el acceso al sistema de salud, ni limitación alguna en la atención de la población, independientemente de su origen nacional ni de su condición migratoria. Expresiones como “atendemos a todo el que llega” y “atendemos a todos por igual” se reiteran muy frecuentemente.

En los hospitales y en los centros de salud visitados también estiman que la población migrante constituye un sector cuantitativamente importante de los usuarios.³² Señalan que, dentro de esa población, las personas de origen boliviano son el sector más numeroso y, al mismo tiempo, el que presenta mayores desafíos.

³² Vale recordar que los servicios en los que se llevó a cabo el estudio fueron seleccionados debido a que por su localización reciben numerosos pacientes de origen boliviano.

¿QUÉ DICEN LOS NÚMEROS?

Existe en el sistema público de salud un grave problema de registro de los pacientes extranjeros. En los ámbitos visitados de la Provincia de Jujuy, se confunden y se emplean de manera indistinta los conceptos de nacionalidad, país de nacimiento y documento de identidad. De este modo, los datos que se consignan en las estadísticas hospitalarias dependen en gran medida de quién los tome y de la predisposición del o de la paciente a declarar lo que corresponde.

La información hospitalaria en La Quiaca muestra una realidad bastante contrastante respecto de la que declaran los efectores y administrativos. Así, por ejemplo, en el año 2008, de los 15.725 pacientes atendidos en consultorios externos en el hospital de La Quiaca (o más apropiadamente del total de consultas) solo 1.347 fueron pacientes bolivianos. Esta cifra corresponde a un 8,6% del total.

Algo similar ocurre cuando se considera el número de personas internadas: de 2.968 internaciones solo el 11,5% corresponde a pacientes de origen boliviano. La representación es más elevada en la especialidad de Tocoginecología, en la que llega al 18,5% de todas las internaciones.

En cualquier otra situación, ya sea en servicios de medicina general, en guardias, o en consultorios no médicos, la proporción de pacientes bolivianos sobre el total es más baja. Estas cifras están muy lejos de las mencionadas por médicos y médicas, lo que debe llamar poderosamente la atención. Cuando se toman algunos datos de Atención Primaria a la Salud correspondientes al departamento de Yavi, Santa Catalina, la proporción de población boliviana es aún menor (1.060 personas en un total de 20.086).

Los datos hospitalarios en San Salvador de Jujuy indican que la magnitud de la demanda por parte de los pacientes de “nacionalidad” boliviana es pequeña. En el Hospital San Roque de San Salvador de Jujuy, el porcentaje de egresos hospitalarios de

pacientes bolivianos durante el primer semestre del año 2009 fue de 6,4% (181 pacientes de un total de 2.814). La proporción es aún más reducida en el conjunto de usuarios atendidos por consultorio externo. En este caso, y para el mismo período, de un total de 6.969 consultas, solo el 3,3% correspondió a pacientes de nacionalidad boliviana.

En el hospital de Perico, que, como se señalara, atiende a la población boliviana establecida y a la que viene temporariamente a trabajar en la cosecha, el porcentaje de usuarios de dicha nacionalidad es también reducido, aunque bastante más elevado que en San Salvador de Jujuy. De acuerdo con los datos hospitalarios, de un total de 1.829 pacientes de consultorios externos registrados en el año 2009, 243 –es decir, el 13,4%– fueron bolivianos.

En Buenos Aires, tanto en la CABA como en la provincia, parece haber un acuerdo más generalizado en torno a tomar el país de nacimiento como criterio para definir al usuario inmigrante, aunque no existen registros unificados que permitan establecer la magnitud y características de la demanda.

Sin embargo, a nivel de algunos hospitales con significativa afluencia de extranjeros, se cuenta con datos confiables sobre la dimensión de la demanda. Por ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se tuvo acceso a la información sobre partos de madres de origen boliviano atendidos, y en este caso los datos confirman en gran medida la percepción sobre la demanda de dicho origen. En efecto, como se dijera en el capítulo anterior, en una de las maternidades en donde se realizó el estudio, de los 5.407 partos atendidos entre el 1º de enero y el 30 de septiembre de 2009, el 24,4% (1.321 partos) correspondió a madres de origen boliviano.

PERCEPCIONES, ACTITUDES Y RECLAMOS FRENTE A LA DEMANDA DE ATENCIÓN

La nueva legislación migratoria ha venido a modificar algunas prácticas de los servicios de salud que, en el pasado, mediante la solicitud de algunos requisitos o de documentos, pretendían restringir la atención a pacientes bolivianos no residentes en el país o indocumentados. En la actualidad, los efectores son conscientes y han internalizado que no pueden negarse a atenderlos, aunque argumentan que el presupuesto con el que cuentan y la cantidad de profesionales disponibles no permiten brindar una prestación adecuada, tal como lo establece la ley. El reclamo, por lo tanto, adopta dos formas fundamentales: por un lado, se solicita reciprocidad por parte del gobierno boliviano y, por el otro, que el gobierno argentino, hoy más inclusivo que en el pasado, se haga cargo de garantizar los fondos para hacer efectivos los derechos que proclama:

Nosotros creemos, por lo menos yo, que si vos tenés un hospital que va a atender un montón de población que no le corresponde, y que el gobierno avala esa atención, porque el gobierno quiere que nosotros atendamos a toda la gente de Bolivia, sin ningún tipo de discriminación ni nada de eso... tendría que mandar fondos y mandar, principalmente, personal, para que la atención sea la adecuada. Porque te vienen, de las 15 pacientes que tenemos internadas, 10 son de Bolivia y 5 son las que realmente me corresponden...

Teóricamente uno tendría que reclamarle a Nación un presupuesto extra para la atención de esta población, que capaz que llega, pero que llega a nivel gobierno y no nos enteramos.

El gasto que nosotros tenemos en pacientes indocumentados nos representa un 25% del presupuesto, pero no tenemos datos precisos.

La demanda por reciprocidad apareció mucho más fuerte en la Provincia de Jujuy, tanto en La Quiaca como en San Salvador de Jujuy. Los entrevistados sostienen que es el gobierno de Bolivia el que debe afrontar los costos derivados de la atención a bolivianos “no residentes” en la Argentina, poniendo nuevamente en evidencia la distinción que se realiza sobre un uso

legítimo e ilegítimo de los servicios. Como forma de dar fuerza a su argumento, sostienen que un indicador claro de esta falta de reciprocidad es el trato que se dispensa en Bolivia a pacientes argentinos:³³

Casualmente hoy me decía un médico “hablale al Ministro, a ver, o a la Cónsul para tener un poco de reciprocidad”; es decir, nosotros los atendemos, nosotros no le cobramos un centavo a nadie. A veces hay que derivar gente boliviana a Jujuy, y eso es un presupuesto de gente, combustible, personal.

El Ministerio dijo que vía la Cancillería habría una retribución, pero eso no va a llegar al hospital... Desde el Ministerio no quieren ni oír, ¿no?, que se cobre, no sé por qué. Según el Ministro había manifestado que había habido un arreglo con el Presidente de Bolivia, que iban a ver la forma de cómo eso se devolvía..., pero bueno, no vemos nada nosotros.

Yo lo que digo es que algoito nos devuelvan por lo menos.

No decir no a la atención, sino que se hagan cargo del Consulado, sobre todo con los indocumentados.

Porque hay mucha gente que viene solamente a esto, a hacer cosas puntuales, entonces a ellos sí... Obviamente con toda la papelería que sea necesaria, y decirles “señores esto es lo que ha gastado esta gente, acá está el número de documento, esto es lo que se hizo, veamos la forma que se nos retribuya en algo”. Digo en algo, porque por ahí no es necesario que sea exclusivamente en dinero... Ustedes

33 Mito o realidad, aparecen una y otra vez en los discursos las anécdotas sobre casos de argentinos que, teniendo problemas de salud o habiendo padecido un accidente en Bolivia, no fueron asistidos o tuvieron que pagar para que los atendieran. Este tipo de relato se escuchó también en San Salvador de Jujuy: “Que todos tienen el mismo derecho que un argentino, y... no me parece que tiene que ser así, porque nosotros cuando vamos a Bolivia no nos tratan bien, hablando de salud, ¿no? Yo he visto un montón de veces gente argentina que ha tenido un accidente en Bolivia y ni siquiera lo han puesto en una camilla, lo tenían en el piso tirado, y de acá tiene que ir la ambulancia a traerlo porque son argentinos. Entonces, ¿por qué no es igualitario? Yo te trato acá como argentino y vos tratame... Lo demás, bueno, el tema de que cualquier ciudadano puede tener el mismo derecho que un argentino, bueno, eso ya... si no es igualitario el trato, no nos gusta. Después, si hay una enfermedad, tenés que tratarla, si necesita una atención no importa la nacionalidad que tenga”.

saben que en Bolivia tienen la forma de comprar en otros países mucho más fácil de lo que nos pueda resultar a nosotros. Entonces, por ahí ellos pueden comprar alguna aparatología y hacer la donación al hospital, cosa que a nosotros nos es difícil porque comprar afuera es un gran problema.

Algunos entrevistados hacen extensivo el reclamo a los propios pacientes extranjeros, sosteniendo que los que vienen solo a atenderse en La Quiaca deberían contribuir con algo, aunque más no fuera con medicamentos, recordando un pasado que consideran más justo, cuando se solicitaba alguna retribución en forma de donaciones para el hospital:

Se cruzan el puente y sacan turno y le sacan [quitan] el turno a mis pacientes de acá que no consiguen turno a la mañana; es todo un tema. O sea, yo no tengo nada contra nuestros hermanos bolivianos, pero el tema es tu bronca que decís “tengo que operar tal cosa, no hay perfus”, decís “señora, vaya a comprar perfus”, “no, no tengo plata”, y ¿de dónde vamos a sacar un perfus? O sea, viene de allá sin un centavo, sin nada, no tengo nada [...] Y vamos a tener que empezar a separar a quién das y a quién no das y van a tener que comprar, ¿viste? Porque no es cuestión de que todo, todo y no tengo entrada, o sea, no hay impuesto, no hay nada. Y encima son medio bravas las vecinas nuestras. Tienen un carácter medio bravo.

Nosotros les pedíamos, a modo de donación, a todas las pacientes que estaban internadas [solicitaban una frazada para el hospital], pero eso se prohibió del Ministerio porque nos han prohibido a nosotros pedir donaciones, que supuestamente hay un arreglo entre hospital y hospital. Y ahora el tema del gasoducto, que a nosotros nos dan el gas y entonces nos tenemos que quedar callados y nada, no se puede hacer nada [...]

Esta distinción entre las personas de origen boliviano “que viven acá” y las que “viven allá” no es en la práctica fácil de establecer y tampoco tiene un fundamento legal, aunque, por momentos, parece ser la única forma socialmente más aceptable para determinar un uso “ilegítimo de los servicios”. Sin embargo, esta dis-

tinción es peligrosa porque en muchos casos puede estar dando lugar a formas de discriminación encubiertas.

Los efectores y administrativos saben que la situación se ha modificado desde que se promulgó la nueva ley; sin embargo, no necesariamente conocen con precisión la norma y el contexto en el que se promulgó. Un entrevistado describe cómo recientemente en La Quiaca se debió dar marcha atrás a una iniciativa considerada como restrictiva:

Como la Constitución ahora dice que tienen derecho todos los habitantes del mundo, entonces, habíamos pensado una normativa para que la gente que viene a atenderse acá cumpla con unos requisitos para que a nosotros no nos ocasione mayor complicación. Y de repente se armó un lío porque había habido denuncias porque no, porque nosotros “habíamos discriminado a la gente”; entonces, directamente se anuló eso. Y eso sí originó un roce, porque a la gente que no cumplía con determinados controles o con las vacunas o los análisis, nosotros los derivábamos a su hospital porque ellos... En realidad nunca ha sido la idea discriminar. La idea es que la gente que quiera atenderse acá, mínimamente se haga los controles acá, para que nosotros sepamos con qué población estamos trabajando, porque si no te cae gente que está complicada, la vamos a atender igual, pero hagamos prevención. Entonces se hizo la denuncia y a partir de esa denuncia sacamos la normativa y que venga el que quiera, para no tener más problemas, porque había salido que había habido discriminación y en realidad nunca... Ahora sacamos todo; entonces, se atiende a todos, se atiende a todos porque no queremos tener ninguna dificultad ni con la pastoral migratoria ni con el Ministerio, que estaba de acuerdo con lo que le decía la pastoral.

Un argumento recurrente en Jujuy es que, como hoy en día una parte significativa de los fondos que manejan los hospitales proviene de los programas nacionales —como, por ejemplo, el Plan Nacer—,³⁴ cuando atienden a pacientes que no califican como be-

34 Es un programa nacional para personas que no tienen obra social ni prepaga. Asegura la atención y el cuidado de la salud para mujeres embarazadas y puerperas, niños y niñas de hasta seis años. Todas las prestaciones y la atención médica son gratuitas.

neficiarios la atención debe ser cubierta mediante fondos propios de los hospitales. Los testimonios sobre la asistencia prenatal y el parto a mujeres extranjeras indocumentadas son elocuentes:

Vamos en camino de facturar a las obras sociales, y con ellos no podemos facturarle a la obra social, ni al Plan Nacer, y el mismo Estado ya no nos va a dar.

Nosotros hacemos, ponele, 680 partos anuales, pero de los 680, la mitad no podemos facturar en el Nacer porque la mitad son de documento boliviano, y eso es un gasto que me han ocasionado esas pacientes que tengo que cubrirlo con el presupuesto hospitalario, porque el Plan Nacer no me puede reconocer [...] Es un gasto que te disminuye el presupuesto para otras cosas que necesitás.

Una administrativa que ocupa un alto cargo en uno de los hospitales sostiene:

Y el problema lo tenemos con las mujeres embarazadas, porque al no tener documento no las podemos poner ni siquiera en el Plan Nacer que eso te pagaría. Y el bebé cuando nazca también es otro problema porque si no tiene documento hay que conseguir dos testigos...Y los tenemos que atender, porque lo dice la Constitución y porque si no salimos escrachados en los diarios, viene Canal 7, Canal 2, Canal 4 y somos los racistas, es así.

Algunos señalan desprolijidades administrativas, promovidas desde otras instancias de poder más elevadas, en la determinación de quién es beneficiario y quién no lo es. Así, por ejemplo, en relación con el Programa Nacional Remediar³⁵ se sostuvo:

Incluso, por ejemplo, el programa Remediar, que es la entrega de medicamentos, que es en todo el país, que es los medicamentos para los ciudadanos argentinos que viven en la Argentina. Bueno, desde que salió en el año 2002, preguntamos “¿qué hacemos con el que

³⁵ Se trata de un plan nacional que provee medicamentos gratuitos a pacientes que no cuentan con cobertura sanitaria de ningún tipo. Cubre alrededor de 15 millones de personas.

vive en Villazón y viene a atenderse?”. “Y, bueno, si tiene documento argentino, sí”. Pero a la semana dijeron “si no tiene documento pongan ‘en trámite’”. Pero no, jno está en trámite, es cédula boliviana!... “Ya vamos a avisarles cómo hacer”. Y desde el 2002 a la fecha, la cajita de Remediar que viene supuestamente para 20.000 habitantes, la usan 60.000, ¿sí?

Al menos en opinión de los entrevistados, el aspecto material y económico de la problemática de la atención se erige como más relevante que las conductas directamente vinculadas a la discriminación de la población boliviana.

Es todo un tema, es medio difícil para nosotros eso. O por lo menos, si a nosotros nos pagaran por zona desfavorable, no nos pagan a nosotros zona desfavorable [...] No hay ni siquiera un incentivo... Que todo depende de la cuestión económica, que si todo mejora económicamente no va a haber problemas de nada, que no va a haber ese resentimiento de que “me viene a sacar mi suero”.

Aunque minoritarias, en la frontera también se alzan algunas voces exponiendo orientaciones claramente xenófobas:

Nosotros, en general, nosotros en el hospital, o sea, la sensación de todos es que no queremos que vengan, ¿me entendés?, ninguno, ni el de la cocina ni nadie; no nos queda otra. No hay maltrato, pero no hay una aceptación como una paciente que sería de acá. O sea, la paciente de acá sabemos es nuestra paciente, pero la paciente que no es de acá nosotros la vemos como que no es nuestra paciente; estamos haciendo trabajo que no nos corresponde. Pero bueno... sobre todo, esto se da más en este servicio por el tema de la maternidad; por ahí en los otros servicios hay menos, no hay tantas, yo te diría que menos afluencia de gente extranjera [...] La sensación es de todos, de que no queremos que venga, de que “Uh, que viene de Bolivia, que por qué no se va a Bolivia”. Sí, todos decimos lo mismo.

PARIR EN LA QUIACA: “VIENEN POR EL DOCUMENTO”

El parto de mujeres de origen boliviano en La Quiaca ha sido un tema problemático. Caggiano, en su estudio “Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción” (2007), ya lo había identificado como uno de los temas recurrentes y espinosos al tratar la situación de los pacientes extranjeros en los servicios de salud en la frontera. Reconocía lo difícil que era cuantificar el fenómeno y ponía crudamente de manifiesto el rechazo bastante generalizado que generaba esta situación, mostrando que la mayoría de los entrevistados la consideraban abusiva porque la principal motivación de estas mujeres bolivianas era la de garantizar la ciudadanía argentina para sus hijos.

Unos años más tarde, a pesar de una atenuación del discurso xenófobo, esta problemática continúa presente. En efecto, para algunos entrevistados la mayor presión extranjera sobre los servicios de salud en la frontera es por servicios de maternidad:

O sea, la única paciente que viene acá es la embarazada, las otras pacientes no vienen; no viene la paciente para hacerse un PAP, por ejemplo, viene la paciente embarazada. La gente de Bolivia que vienen al hospital y que nos ocupa más o menos el 60% de la atención es la paciente embarazada, no viene la paciente ginecológica ni la menopáusica, vienen la embarazada. La mayoría viene sin control y eso para nosotros es un problema [...] porque el hospital tiene poco personal y porque es un gasto que no está contemplado; porque vos has visto que el Plan Nacer es el que subvenciona las maternidades y solamente son reconocidas las que tienen documento argentino; o sea, las que no tienen documentos argentinos es presupuesto hospitalario; entonces, me consumen todo el presupuesto argentino.

En la actualidad, se sigue asociando esta conducta a la obtención de la ciudadanía argentina, aunque también aparece más claramente una segunda razón: la de una atención médica de mayor calidad. Una de las entrevistadas lo explica de este modo:

No conozco mucho la cultura de Bolivia pero me imagino que por ahí piensan que uno teniendo accesibilidad o los derechos de un argentino tienen mayores posibilidades de tener una vida mejor que siendo boliviano; no porque no quieran ser bolivianos sino porque por ahí te va mejor en la Argentina; entonces, como hay mucha más facilidad si vos tenés documento argentino de acceder a todo, todo, entonces, ellos prefieren que el niño que van a tener nazca aquí... Aquí te brindan todos los servicios: si te operan, te hacen un parto; si el bebé tiene algún problema de salud y tiene que ser derivado a Jujuy y todo eso, no se cobra nada. Todo eso incide [...] Y principalmente te ahorrás eso [el trámite de la documentación] y es mucho más fácil con el documento argentino.

Dados los cambios recientes tanto en la Argentina como en Bolivia,³⁶ algunos efectores dicen no comprender del todo la racionalidad de las mujeres bolivianas que vienen a parir a nuestro país. Señalan que la nueva regulación migratoria ha simplificado la tramitación y obtención de la radicación permanente, y que, aunque en Bolivia la atención de las embarazadas y del recién nacido está siendo un área prioritaria dentro del sistema público de salud, la mayoría piensa que, a pesar de los cambios, la Argentina continúa ofreciendo más beneficios:

Me parece que es ya una valía de países, ¿no?; esto de que lo mejor viene de la Argentina está instalado en el pueblo boliviano. Entonces por más que Bolivia me dé casi igual beneficios que la Argentina, la Argentina es la Argentina. Me parece que por ahí viene valorar sobre todo la ventaja de contar con doble nacionalidad. O sea, el chico que nace acá luego tiene ese documento y puede ingresar sin ningún problema y tener una vida aquí y tener allá, cosa que para el argentino no es lo mismo. Nosotros somos de acá no más e ir allá a Bolivia no es lo mismo.

³⁶ En los últimos años en Bolivia se han desarrollado y fortalecido programas tendientes a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud. Ejemplos de ello son el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el plan del Seguro Universal de Salud. En 2003, el SUMI fue ampliando su cobertura en SSR (incluyendo detección del cáncer genito-mamario y a mujeres en edad fértil). El Bono Juana Azurduy, de implementación más reciente, complementa al SUMI en tanto ofrece un incentivo mensual para mujeres embarazadas a fin de garantizar los controles prenatales y el control del niño.

Como hemos mencionado repetidamente, no existen datos confiables sobre las situaciones recién señaladas. Es muy probable que se exagere el número de mujeres bolivianas que cruzan para parir. Aunque muchos la entiendan como una forma de no discriminación, el no relevamiento de información no hace más que contribuir a la circulación de estereotipos y prejuicios.

De hecho, la afirmación de que no son mujeres “argentinas” no necesariamente indica que se trata de mujeres bolivianas no residentes, dado que muchas de ellas tienen apellidos bolivianos y han nacido en La Quiaca o han nacido en Bolivia y viven desde hace años en La Quiaca. En síntesis, es probable que quienes son caracterizadas como “bolivianas” que vienen a parir y luego vuelven a Bolivia no lo sean, y que, en rigor, sean o argentinas, o bolivianas radicadas, o bolivianas establecidas de hecho pero sin papeles o bolivianas de paso que no estén cruzando “para” parir y volverse.

De todo modos, si bien algunas de las declaraciones de los entrevistados pueden considerarse como abiertamente xenófobas, es muy importante que se atiendan los reclamos efectuados. Es imperioso que el Estado argentino pueda garantizar los derechos que otorga como paso necesario para evitar resistencia y discriminación hacia los pacientes bolivianos. Esto no obsta para que se diseñen y se pongan en práctica iniciativas bilaterales con vistas a mejorar la atención de ambas poblaciones.

GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Uno de los ejes principales del presente estudio es la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes bolivianas. Para caracterizarla, se solicitó a los efectores entrevistados que, en el caso de estas usuarias, identificaran sus problemas más acuciantes así como las características de su comportamiento anticonceptivo. Mediante este análisis se pretende evidenciar las dificultades que enfrenta esta población para acceder a un cuidado adecuado de su salud reproductiva, como lo establecen sus derechos. La mirada incorpora la dimensión de género con el propósito de determinar el grado de autonomía de las mujeres en las decisiones reproductivas, en la elección de cuidarse y en el método empleado para hacerlo.

Al indagar sobre tales problemas, los efectores concuerdan en señalar principalmente que las mujeres muestran una escasa autonomía en las decisiones reproductivas y que otorgan un lugar relegado al cuidado de la propia salud, mostrando, en particular, poca predisposición a realizarse controles y seguimientos. Como se verá a continuación, estas dificultades se manifiestan claramente en las conductas relativas a la anticoncepción.

Las dificultades señaladas tornan más complejo el abordaje de problemáticas persistentes en la población de la zona de fron-

tera, tales como el embarazo adolescente,³⁷ la alta incidencia de cáncer de cuello de útero³⁸ y el abuso sexual³⁹ en el caso de las mujeres de origen boliviano. Médicos y médicas sostienen que estos problemas se ven agudizados por el hecho de que esas mujeres tienen menos incorporada la relevancia de la prevención:⁴⁰

Hay gente extranjera que no tiene conocimiento de prevención, de controles que se tiene que hacer. A lo menos lo que yo veo, puedo estar equivocada. Es gente que uno le hace el control porque es un requisito más y en realidad el control es para prevenir cosas que pueden aparecer. Y de repente, por ejemplo, hablar de Papanicolau y esas cosas, directamente ni existen, no tienen ni conocimiento, porque tienen un concepto totalmente errado. Por ejemplo, la gente piensa que si vos le hacés el Papanicolau no estás previniendo, le estás despertando el cáncer, cosas así, al revés. Yo no sé cómo serán las campañas de control, de detección, etcétera, en Bolivia, pero la gente es un problema porque entiende al revés o no sé por qué se dio el mensaje al revés: “No, que yo no me hago el control porque me han dicho que me van a despertar el cáncer”, cosas que vos decís,

37 Vale recordar que, de acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, una de cada cuatro adolescentes en la Provincia de Jujuy había sido madre y que en la frontera la proporción supera al tercio.

38 En la zona de la Quebrada y de la Puna se detecta una alta incidencia de cáncer de cuello de útero. Esta situación, que ha sido identificada a partir del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, se asocia a un conjunto de circunstancias: “El problema puede tener que ver con varios factores: comienzo muy temprano de la vida sexual,... promiscuidades,... dificultades para acceder a la gente [o la gente al hospital].”

39 Al respecto, dos efectores señalan: “Hay muchísimo embarazo adolescente y muchísimo abuso sexual, como en otros lugares, pero acá las pacientes no tienen ni acceso a preguntar porque no tienen adónde ir”. “Hay mucho alcohol en la región, tanto allá [Villazón] como acá [La Quiaca] y eso te trae aparejado un sinnúmero de cosas, de violencia familiar, de abuso sexual.”

40 Una cuarta problemática señalada entre los efectores, aunque no en referencia a las mujeres inmigrantes bolivianas, son las complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones inadecuadas. Tanto en La Quiaca como en San Salvador de Jujuy, se señaló que no es infrecuente que las mujeres crucen la frontera para realizarse un aborto en Bolivia, debido a que allí es más económico, y que deban luego ser atendidas en la Argentina por complicaciones: “La gente se va allá a hacerlo y es un drama eso”; “Van a Villazón porque es mucho más accesible. Quien los hace no debe ser una persona muy entrenada porque han llegado pacientes con complicaciones, con lesiones de los abortos mal hechos.”

es al revés, pero bueno... La gente de esta zona de Bolivia –no sé de otras zonas de Bolivia– no tiene una conciencia de prevención, de salud, de cuidado.

Los efectores también señalan que en la frontera con Bolivia es frecuente que las usuarias no cuenten con los exámenes prenatales recomendados, lo cual genera riesgos ya que poco se sabe sobre la evolución de dichos embarazos.

Las pacientes de la zona no se hacen controles. Si no les duele, no vienen [...], si no se están muriendo, no pasa nada. Si no, yuyos o esto o lo otro. Es una cultura obviamente diferente... Aunque la cosa ha mejorado en el último año.

EL CUIDADO ANTICONCEPTIVO Y LAS RELACIONES DE GÉNERO

Se ha mencionado ya que las inmigrantes bolivianas tienen una fecundidad más elevada que las mujeres argentinas, aunque con variaciones significativas de acuerdo con la edad, la localización geográfica y el tiempo de residencia en el país. Las más jóvenes que residen en Buenos Aires y que han llegado hace varios años son quienes tienen una fecundidad más baja, lo que seguramente es indicativo de un uso más extensivo de métodos anticonceptivos. Médicos y médicas, así como otros profesionales del área de la planificación familiar, concuerdan en señalar que la demanda por anticoncepción en la población boliviana presenta ciertas particularidades, vinculadas a la cultura y a la relación entre géneros.

En primer lugar, destacan dos hechos: por un lado, que el valor fundamental asociado a la feminidad es la función reproductiva; por el otro, que las mujeres tienen un escaso poder de autodeterminación. En este sentido, 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 mayor control y autonomía sobre sus

propios cuerpos. Pero, aunque 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 lo 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 en 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”.⁴¹

En el norte del país, los efectores asocian estas manifestaciones a una cultura que definen como “machista” y que, si bien es predominante en la población inmigrante, no es privativa de ella. Estos patrones constituyen una fuerte restricción para el cuidado anticonceptivo, como lo explican algunos testimonios:

⁴¹ Algunos efectores interpretan que los varones bolivianos poseen una concepción instrumental de la mujer. 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?’[...] Se preocupan por eso. No sé qué mito tendrán, por ahí piensan de que es algo más traumático o por ahí más invalidante”.

Generalmente a la consulta va la mujer sola, el marido se queda con su hacienda o trabajando. A veces viene con su marido... Incluso acá la mujer es muy sumisa, el marido es el patriarca, digamos, el que trae la comida, el que trabaja; entonces, la mujer, la sumisión... [A la pregunta de si eso es de los dos lados responde:] Es de los dos lados. Acá tenemos una influencia boliviana impresionante, no solo acá en la Puna, en toda la provincia, influencia en las tradiciones y de las formas de ser, ¿no? Acá el macho castiga... sumale el alcohol... [violencia y alcohol] van de la mano.

Y otra entrevistada agrega:

¿Sabés qué pasa?, que la población en sí es muy reacia a lo que es planificación. Acá la gente está acostumbrada a tener 5, 6, 7 hijos porque cuantos más hijos tengas es como que el hombre se siente más hombre. Es una sociedad muy machista acá. Acá si vos le decís a la mujer que se coloque DIU, "Seguro me engaña", ya el marido la hace resonar; no se tiene que enterar que le has colocado DIU.

Se sostiene que las mujeres bolivianas dan una menor importancia a la anticoncepción y que la demanda por algún método se genera recién cuando ya han tenido varios hijos y decidieron que no quieren tener más o que quieren espaciarlos. Por ende, la edad de estas usuarias en promedio es algo más elevada que la de la población nativa.

Entonces, de acuerdo con médicos y médicas, las pautas anti-conceptivas están relacionadas con rasgos culturales asociadas al machismo, aunque con particularidades regionales que, al menos en las áreas urbanas, han ido modificándose. Una psicóloga entrevistada indica:

En cuanto a las pautas reproductivas, yo englobaría a esta población con lo que es la cultura del NOA. El hombre está como invisible acá en el norte, la mujer es la que lleva la mayoría de los hogares, a pesar de que el hombre pauté esta cuestión de decisiones económicas en algunos casos o de poder hasta en el sentido del maltrato; pero [está] ausente en todo lo que es el cuidado de los hijos, la presencia como pareja. Acá el 90% adolece de varón, es muy fuerte la ausen-

cia del hombre y eso después lo ves en la estructura psicológica de los hijos. Toda esta cosa de la mujer víctima. Aunque esto lentamente va cambiando. Hace años [en] el tema de la anticoncepción, las mujeres no les decían a sus maridos; era todo un juego de complicidad con nosotros. Y eso va cambiando. Lo que no va cambiando es esto de que si las mujeres cambian de pareja se siente obligadas a tener otro hijo para esa otra pareja, esto persiste. Y además lo verbalizan: "Voy a tener este hijo para él".

Se plantea entonces una presencia masculina significativa en lo que hace a las decisiones reproductivas, pero, por otro lado, una notable ausencia del hombre en cuestiones vinculadas al acompañamiento durante el embarazo o en el cuidado de los niños.

En otro hospital se proponen otras dimensiones asociadas al dominio masculino, aunque en la explicación también se incorporan aspectos relacionados con el servicio que podrían modificarse para adecuarse a la demanda:

No contamos con la Consejería [de salud reproductiva] por una cuestión de espacio. Es muy difícil que la mujer haga una anticoncepción, porque surge el machismo, o sea su pareja no le permite hacer anticoncepción por la cuestión del engaño, es una cuestión de idiosincrasia.

Y también una cuestión de vergüenza o pudor, porque al no tener un espacio físico íntimo, está todo ahí en la sala de espera; y, entonces, también por temor a que otro se entere quizás no solicitan.

Los profesionales que hacen alusión a estos aspectos de la cultura local y al poder del varón son conscientes de las dificultades para promover otras conductas centradas en la mujer boliviana si no se modifica en nada su situación actual, particularmente en los casos en los que el dominio masculino llega al extremo de la violencia doméstica. Algunos ven que la única solución radica en promover acciones coordinadas desde los servicios de salud con otras instituciones dedicadas a temas de violencia familiar:

¿Cómo trabajar con la mujer [de la región] si no le cambiás la situación?, ¿cómo hacés para cambiar eso?, si ella va a seguir viviendo con el marido y en la comunidad. Y económicamente no van a poder irse tampoco. ¿Cómo hacés?, ¿cómo se trabaja el tema? Podemos trabajar violencia doméstica pero tenés que tener un lugar de contención... si vuelve la van a volver a fajar... La separación también es más difícil, no está entre los parámetros el decir: “Me separo y me voy”.

En Buenos Aires, la situación es algo distinta ya que existen mayores contrastes entre la cultura local y la de la población de origen boliviano. La atención de la salud sexual y reproductiva es un área especialmente sensible a la emergencia de las diferencias y suele señalarse que la población oriunda de Bolivia es la que presenta mayores especificidades en temas relacionados con el cuidado, la planificación familiar y la atención del embarazo y del parto.

De todos modos, también los profesionales de la salud de Buenos Aires hacen hincapié en la centralidad del varón en la toma de decisiones sobre aspectos reproductivos. Subrayan que la mayoría de las mujeres adhieren a la visión de su pareja, la cual es distinta de la de los efectores. Ejemplo claro de ello es el valor de la anticoncepción:

Dentro de la atención en salud reproductiva el problema más grave lo tenemos con las mujeres bolivianas, que no tienen las mismas construcciones; para ellas lo normal es tener muchos niños. Para ellas es novedoso que uno les diga que pueden elegir no tener niños o espaciar los nacimientos. Y muchas veces escuchamos que no son ellas quienes deciden...

Al igual que lo detectado en Jujuy, los entrevistados destacan 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 es también interpretado como una falta de autonomía de la mujer:

Teníamos muchísima población boliviana que venía con dificultades 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.

Si uno habla de ligaduras, lo tienen que consultar con el marido; si sugiere anticoncepción, tienen que tener la aprobación de la pareja. Culturalmente son menos independientes, menos autónomas en decisiones, la mayoría.

Las pacientes muchas veces muestran resistencias hacia las propuestas del sistema debido a que adhieren a una concepción culturalmente diferente de organización familiar, de relación de pareja y de maternidad. En este sentido, junto con una valoración negativa de las formas de relación de género en la comunidad boliviana, aparecen otras cuestiones que dan cuenta de situaciones un poco más complejas.

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.

Nosotros tenemos Consultorio de Puerperio y lamentablemente no vienen todas las mujeres que han tenido sus hijos, lamentablemente las que vuelven son un porcentaje chico; pero a las que vienen nosotros les decimos la importancia de la planificación y se lo decimos a todas a las bolivianas también, pero mucho no lo toman en cuenta.

Esta situación lleva a que, respecto de los programas de salud sexual y reproductiva que se implementan, los efectores consideren que, en general, son buenos pero no contemplan la heterogeneidad de los beneficiarios y, por lo tanto, no suelen dar los resultados esperados. En tal sentido, algunos sostienen que una manera de llegar de manera más eficaz a la población boliviana es incorporando al varón en las iniciativas:

También se nota un gran patriarcado entre los bolivianos, en donde la mujer es muy sumisa al marido. Entonces, a veces por ahí pode-

mos 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.

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, para que, si pueden tomar la decisión, sea una decisión acordada. Diferente de otro tipo de población.

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 presentan 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 encarar la problemática desde una perspectiva respetuosa y comprometida.

LOS MÉTODOS PREFERIDOS

Al igual que en La Quiaca, en San Salvador de Jujuy (incluyendo Alto Comedero) y en Perico, quienes atienden la demanda de control anticonceptivo por parte de la población boliviana sostienen que el método de preferencia es el inyectable, método de uso frecuente en Bolivia y que se aplica cada tres meses. En gran medida, esta orientación hacia los inyectables se fundamenta en la comodidad, pero también en la desconfianza respecto de los otros métodos, a los que consideran ineficaces o que les traen aparejados problemas a ellas o a sus parejas:

Prefieren los inyectables porque creen que el DIU les da cáncer, y no quieren las pastillas porque se olvidan porque la mayoría tienen muchos hijos.

Lo que yo he notado de acuerdo a lo que informan del servicio es que las mujeres bolivianas se inclinan más por el método anticonceptivo inyectable y también el que es cada tres meses.

El método anticonceptivo que ellas prefieren son los inyectables. El DIU no, porque le dicen que la comadre les dijo que igual quedan embarazadas.

Una dificultad con la que se encuentran los hospitales y centros de salud ante esta demanda de anticonceptivos es que, si bien en general existe una adecuada provisión a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, no siempre llegan a tiempo y, peor aún, es frecuente que los que más escaseen sean justamente los inyectables, los preferidos por esta población.

A veces no llegan en el momento justo, y como eso no se puede suspender tenemos que salir a comprar nosotros, el hospital. La cuestión es no dejar que pase porque son gente que no tiene recursos y no pueden comprar ellos.

Sin duda, el método más rechazado son los preservativos, hecho no sorprendente: a los efectores les resulta inimaginable que la mujer boliviana pueda llegar a persuadir al varón de que use un preservativo.

Hay más aceptación del DIU que antes [cuando] era muy rechazado... Lo que sí es muy bien aceptado es la inyección mensual. Y después, las pastillas no son muy toleradas, creo que tienen menor uso; y el preservativo también, no tiene mucho uso porque, me imagino, es por el tema de que la paciente se lo tiene que indicar al marido o a la pareja y por ahí es un conflicto porque... No he tratado con los hombres, no sé cuál es el pensamiento del varón, pero parece que hay una resistencia al uso del preservativo...

Y con el preservativo, imagínate lo que debe ser para la esposa decirle al marido: “Ponete el preservativo”. No me imagino. Es como que tiene total autoridad sobre la mujer.

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]. Ojo, puede ser que tengan más corta la vagina y que los hilitos que quedan les molesten.

Cualquier política de intervención en la promoción de conductas anticonceptivas deberá ser sensible a estas preferencias y a las realidades de las cuales ellas emergen. Asimismo, el fuerte rechazo a los preservativos por parte de la población masculina, con el consabido riesgo de transmisión de enfermedades sexuales, señala la necesidad de trabajar conjuntamente con los varones en las iniciativas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

LAS DIFICULTADES PARA EL CONTROL Y EL SEGUIMIENTO

Hemos visto que una de las características que presenta esta población es una cierta reticencia a seguir las indicaciones médicas y a concurrir a los controles. Una de las situaciones que más claramente ilustra este vínculo con los servicios de salud es el cuidado prenatal. Tanto en Jujuy como en Buenos Aires, los efectores señalaron que, en promedio, las embarazadas bolivianas se realizan un menor número de controles prenatales que las argentinas, situación sustentada por los datos presentados anteriormente.

Es en las zonas con predominio de trabajadores golondrina, como es el caso de Perico en Jujuy, en donde el bajo número de controles prenatales más llama la atención de los efectores. Allí, el número de partos de las mujeres de origen boliviano varía de acuerdo con la época del año:

Tenemos pico en el verano y ahora a mediados de año, justo cuando se empieza a trabajar. Y aumenta mucho más cuando es la cosecha en el Ingenio Ledesma o en el Ingenio La Esperanza o con la cosecha de tabaco. Estadísticamente nosotros tenemos bajo control prenatal, promedio 3 o 4 controles.

Sin embargo, no solo se señala como dificultad el déficit de controles; también resultan problemáticas algunas intervenciones en el momento del parto, como por ejemplo la realización de cesáreas.

En la Provincia de Buenos Aires los médicos y las médicas establecen que la falta de asistencia a los controles, más que con la falta de conciencia o de interés, se relaciona con los usos y costumbres previos a la migración, particularmente con las formas de asistencia a la salud en el lugar de origen. Más aún, las pacientes suelen comentarles a los médicos que en las zonas rurales de Bolivia los embarazos no se controlan, que si se asiste al centro de salud solo se lo hace en el momento del parto, y que no es poco habitual que los partos se hagan en las casas con la asistencia de alguna persona idónea.

Lo que sí sucede con las bolivianas es que el acceso a la atención es muy difícil allá; no está instaurado que hay que hacerse controles. Entonces, la falta de información sobre el cuidado... no está instaurado que tienen que hacerse un control ginecológico anual.

Cualquier intervención con ellas es difícil. No aceptan; para aceptar una cesárea, o aceptar una intervención es complicadísimo. No vienen a internarse o vienen a cualquier hora que es difícil empezar una intervención a esa hora. No saben cuándo tuvieron su última menstruación, “la enfermedad” como le dicen ellas.

Con la cesárea no quieren saber nada, pero nada, nada. Hay una cuestión que tiene que ver con los machos, con los hombres, como que son menos mujeres porque no parieron [y] las rechazan los varones.

Acá se registra mucho que no vienen a los controles; pero, si vos venís de un lugar donde el acceso a la salud es tan complicado, la realidad

es que al hospital venís a parir, no se te ocurre que tenés que venir antes.

Esta situación, de todos modos no es general; es más frecuente entre las migrantes recientes procedentes de zonas rurales. En este sentido, los profesionales observan que aquellas con mayor tiempo de residencia en el país o las que provienen de contextos urbanos solicitan y asisten a los controles prenatales en forma regular y presentan menos resistencias a las prácticas e intervenciones estandarizadas:

Las bolivianas que tienen más tiempo acá sí son de seguir los controles y de cumplir, y en el control de los recién nacidos son más cumplidoras que las argentinas.

Antes no querían la cesárea porque tenían que salir inmediatamente a trabajar; se cuelgan los nenes a la espalda y salen. Te decían: “Cesárea no”. Ahora te dicen: “Cesárea”; ese es un hábito que viene últimamente. Como que han visto que las que son operadas evolucionan bien y sufren poco. Incluso antes, si iban a cesárea... los maridos no querían, no querían porque las querían llevar a trabajar. Ahora es como que lo van aceptando, o ven que los resultados son buenos. Entonces, muchas veces piden la cesárea.

Una de las implicaciones más directas de estos hallazgos es que es preciso realizar un acercamiento particular a los inmigrantes que han llegado recientemente al país y que son los más reacios a entrar en contacto con el sistema de salud (salvo en casos de urgencia). Estas poblaciones, particularmente las mujeres, son las más vulnerables y, por lo tanto, es necesario el trabajo de base con organizaciones de promoción de la salud y con organizaciones de inmigrantes.

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pocas fueron las referencias de médicos y médicas a las enfermedades de transmisión sexual en la población boliviana. En Jujuy no existe una inquietud por dichas enfermedades, ni siquiera en los segmentos de la población que presentan una alta inestabilidad y movilidad geográfica. En parte, esto puede deberse a que el sistema de salud no ha relevado ninguna situación particularmente problemática, aunque también puede ser producto de la menor propensión de la población a acudir a los servicios. Allí los únicos casos que se detectan son los que surgen en la instancia de los controles prenatales. En efecto, se señala que a todas las embarazadas se les realiza un test de HIV/SIDA, fenómeno que explica por qué entre los enfermos que han sido notificados de su enfermedad el porcentaje de mujeres es muy superior al de los varones (de 19 casos, solo 7 son varones). Vale la pena mencionar que, de acuerdo con datos del Programa Provincial de Lucha contra el SIDA, de un total de 850 pacientes asistidos por el programa desde el año 1991 al año 2009, solamente 19 son de origen boliviano (lo que representa el 2,2% del total). Entre las embarazadas bolivianas, una ínfima cantidad de casos ha sido testeada como positiva, y también es muy baja la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual.

En el único lugar en el que se indicó a las enfermedades de transmisión sexual como un tema de preocupación fue en La Plata, Provincia de Buenos Aires. Como se vio anteriormente, esta situación es el correlato del rechazo al uso de preservativos por parte de los varones bolivianos. Al igual que en Jujuy, la instancia en la que se detecta este tipo de problemas es casi exclusivamente cuando las mujeres acuden a los controles prenatales o en el momento del parto. Así lo señaló uno de los médicos:

VDRL⁴² positiva, casi todas [las mujeres bolivianas que llegan al hospital]. Todas las maternidades detectan sífilis desde la primera

42 Esta prueba de detección mide sustancias, llamadas anticuerpos, que se pueden producir en respuesta al *Treponema pallidum*, la bacteria que causa la sífilis.

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.

Se pone así de manifiesto que, de acuerdo a la perspectiva de los efectores, las infecciones de transmisión sexual en las mujeres bolivianas se originan principalmente por el contacto de sus parejas con trabajadoras sexuales.



SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

Si bien la problemática del entorno social y económico de los inmigrantes desborda las instituciones hospitalarias, esto no implica que los médicos y las médicas no la 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 dicho entorno les impone. Entre los efectores existe cierto consenso en indicar una tendencia a la falta de cuidado regular de la salud por parte de los usuarios de la comunidad boliviana. Los motivos por los cuales se incurre en estas actitudes que los perjudican suelen atribuirse a diversos factores como la falta de conciencia, el temor, la desconfianza o la imposibilidad de cumplir con tratamientos debido a la situación en que viven.

La precariedad laboral y las deficientes condiciones de trabajo y habitacionales ponen a la población boliviana en una situación de alta vulnerabilidad. Son ellos, particularmente las mujeres, los que terminan pagando con su salud el alto costo que tienen estas prácticas de exclusión.⁴³

⁴³ De acuerdo con el último Censo Nacional de Población, prácticamente el 70 por ciento de los trabajadores bolivianos en la Argentina se dedica a la construcción, la agricultura o la industria manufacturera, mientras que en el caso de las mujeres el 77 por ciento se dedica a la agricultura, la industria manufacturera, el comercio al por menor y el servicio doméstico. El porcentaje de ocupados a quienes no se les realizan descuentos jubilatorios o que no realizan ellos mismos aportes para su jubilación alcanza al 63 por ciento entre los varones y al 70 por ciento entre las mujeres, proporciones muy superiores a las que se observa para el conjunto de los trabajadores (38% de los varones y 40% de las mujeres) (Cerrutti, 2009).

Médicos y médicas reproducen los relatos de sus pacientes que cuentan sobre la enorme distancia entre las promesas que les hacen antes de emigrar y, por consiguiente, las expectativas con las que migran, y las realidades con las que se encuentran al llegar a Buenos Aires. Los trabajos en malas condiciones, donde pierden las libertades y les retienen los documentos y en los que la retribución es muy escasa, parecen ser aún hoy bastante habituales en Buenos Aires, especialmente en la CABA.

Uno de los problemas que más recurrentemente genera preocupación es el de la alta incidencia de la tuberculosis (TBC), enfermedad presente tanto en la población adulta (con predominio en el caso de las mujeres) como en los niños. Se menciona como causa la mayor incidencia de la enfermedad en Bolivia y en las provincias del noroeste y nordeste. Sin embargo, la extensión de la tuberculosis en esta población está directamente vinculada con las condiciones de vida previamente mencionadas, en particular, con el hacinamiento (tanto en las viviendas como en los talleres textiles):

Nosotros vemos desde Atención Primaria en los colegios a los niños bolivianos con un índice de tuberculosis bastante importante. Nosotros hacemos la pesquisa buscando cuál es el foco en la población adulta que los contagió, y hacemos el catastro del grado. Esto es lo que más vemos en población boliviana. Con tuberculosis lo que estamos viendo es mucho abandono de tratamiento, además de que migran nuevamente, viajan, van y vienen, pero no concurren cuando se los cita.

Hay mucha acá [en la Argentina], y hay mucha tuberculosis en Bolivia, y hay mucha que entra por las provincias limítrofes, por Salta, Jujuy, Formosa, todo el Norte. Y nosotros acá también estamos viendo, y tiene que ver con las condiciones de vida, que viene uno con tuberculosis y se instale en condiciones de hacinamiento.

Algunos entrevistados no logran determinar si hoy en día se registra efectivamente una mayor incidencia de TBC en la comunidad boliviana debido a un deterioro en las condiciones de vida, particularmente entre los inmigrantes recientes, o si, en rigor, el

mayor número de casos es el producto de haber hecho más visible el problema al poner el foco en los lugares tradicionalmente más propicios para detectar la enfermedad. Así lo ejemplifican dos testimonios:

A lo mejor [es] porque somos nosotros... estamos diagnosticando más a esa gente que está sin documentos, en condiciones de trabajo casi esclavo; y no sé si es esto lo que opera, o es que vienen tan mal, tan pauperizados... La sensación es que cada vez son más pobres de toda pobreza, no solo económica [sino] de recursos simbólicos, de deseo.

Si bien se nota una preocupación genuina por las condiciones de vida de los pacientes de origen boliviano, por momentos prima entre los médicos el prejuicio y el etnocentrismo. En este sentido, a la identificación de la pésima situación laboral y habitacional asocian conceptos tales como “pobreza de deseos” o “gente menos digna”, lo que denota concepciones de superioridad moral y cultural por parte de los efectores.

Con las migrantes recientes lo que vemos es que llegan en condiciones de salud mucho peores que las que ya están acá. Yo no puedo ser muy cierta estadísticamente hablando porque no tengo un cierre de estos datos, pero sí sé que en un mes tuvimos 4 casos nuevos de tuberculosis en mujeres embarazadas o puérperas que están con problemas de desnutrición severos y fueron diagnosticadas e internadas por eso. Es decir, vemos que hay un grupo mucho más enfermo que otro y son las recién llegaditas o las que hace pocos meses que están.

Siempre fue difícil con bolivianas, pero ahora es más difícil, porque hay una pauperización más marcada. [...] Es una impresión también, pero me da la sensación de que la gente es menos digna. Como si no tuviera derecho a nada y hasta con cierta indiferencia.

Hacer frente a esta problemática, calificada como una de las más acuciantes que presenta la comunidad en términos sanitarios, no resulta sencillo. La tuberculosis es una enfermedad que requiere no solo de atención inmediata sino de estudios específicos y de un tratamiento prolongado, y los residentes bolivianos con frecuencia son reticentes a hacerlo.

Se tiene claridad de lo compleja que es la situación y de la necesidad de efectuar estrategias y abordajes específicos, ya que la propia comunidad genera barreras para la acción tanto preventiva como curativa. Una de las causas es el temor a perder el trabajo. La llegada de autoridades sanitarias a las áreas en donde proliferan talleres clandestinos de confección es rechazada por los dueños y por los trabajadores, quienes temen ser fiscalizados y que se les cierren sus fuentes de trabajo.

Un testimonio ilustra claramente esta situación:

Tuvimos serios problemas con el tema de tuberculosis y embarazo... Una de las cosas que veíamos, y era mi posición ante Auditoría y las autoridades del Hospital, era [que] 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.

También se señalan otras hipótesis complementarias para explicar la reticencia a acudir a servicios de salud. Por un lado, se sostiene que una de las razones podría ser la situación de irregularidad –un factor particularmente importante antes de que se promulgara la nueva ley migratoria–. En este caso, los inmigrantes temen ser denunciados ante la autoridad competente (cosa que, en rigor, el sistema de salud nunca hizo) y por dicho motivo no acuden a la consulta. Aunque desde el punto legal esta situación no es posible, se sospecha que esa población no tiene del todo claro cuáles son sus derechos y que, por lo tanto, temen exponer abiertamente su situación.

Al considerar que habían llegado en forma ilegal, no venían al hospital por temor a ser denunciadas.

Por otro lado, los entrevistados observan que muchos no se acercan a los servicios debido a que la atención en los hospitales se brinda en horarios laborales y tanto ellas como ellos no

pueden faltar o ausentarse de sus trabajos porque temen ser despedidos:

Las mujeres bolivianas trabajan en talleres de costura, y en algunos las dejan salir y en otros no. Tenemos registrados casos [en] 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.

Son bien conocidas las dificultades que enfrenta la población migrante adulta para suspender sus actividades cotidianas para el cuidado de su salud. Incluso la realización de cesáreas o prácticas que requieren internación y llevan un tiempo de recuperación más significativo tienen un alto grado de rechazo por parte de los pacientes bolivianos (tanto varones como mujeres). Debido a ello, no son pocos los casos en que los/as usuarios/as no vuelven a la institución luego de una primera consulta por temor a la internación. Estas situaciones trascienden la esfera en la que los efectores pueden intervenir; y estas condiciones de tipo contextual no solamente perjudican la salud de los residentes bolivianos en Buenos Aires, sino que también atentan contra las posibilidades de trabajo de los efectores con la comunidad, lo que se traduce muchas veces en un alto grado de sensación de frustración en los agentes de salud.

Finalmente se alude a diferencias culturales en torno al cuidado de la salud, explicación que pone el énfasis, más que en los aspectos que restringen el acercamiento, en una menor predisposición a acudir a las instituciones sanitarias. Tales comportamientos se atribuyen a variadas causas que van desde una lisa y llana desconfianza hacia el tipo de cuidado propuesto por la medicina moderna (en contraposición a un cuidado tradicional) hasta diferencias en la percepción y vivencias de los procesos de salud/enfermedad.

Hemos citado cantidades industriales [de la comunidad boliviana] pero no vienen, a pesar de que los vamos a buscar, les dejamos las órdenes, hablamos con Rayos para que los reciba; y, a pesar de eso, no vienen. Y a veces [el paciente] llega cuando se entera de que un

sujeto que estaba con tuberculosis [al] que él conocía se murió, o uno de los chicos se contagió. Cuando la cosa está que pela, ahí llega.

Una de las prácticas que resultan problemáticas es la realización de análisis de sangre: los efectores testimonian reticencia por parte de la comunidad a las tomas de muestras sanguíneas. Asimismo, señalan el rechazo a la donación de sangre (incluso la del cordón umbilical),⁴⁴ debido a temores y desconfianzas. En este sentido, destacan las dificultades para que se cumplan las recomendaciones médicas, pero en ningún caso problematizan sus propias formas de acercamiento.

Otro problema que tenemos es que no entienden la lógica de atención nuestra. No tienen idea de para qué uno les pide un análisis, por qué. Lo único que traen son ecografías, que no sé como las consiguen; las pagarán, traen cantidades de ecografías. Pero no conseguimos que traigan el grupo de sangre, que se hagan los análisis de Chagas, tuberculosis... Y a veces uno reitera y reitera, y figura en la historia clínica: reitero pedido.

A veces las mandamos con la trabajadora social a ver si alguien más puede hacer comprender [o hacer] otro abordaje, porque es muy frustrante, no nos hacemos entender o ellas no tienen esa mirada. Yo creo que no entienden para qué lo pedimos, no saben; y para ellas no es un problema.

También tienen una fantasía [de] que uno haga algo con la sangre, porque lo dicen: cuando uno les pide el grupo sanguíneo y les pide dadores de sangre, piensan que es un comercio ilegal o tienen desconfianza.

En la Provincia de Buenos Aires, también se detectan otras situaciones que presentan rasgos específicos. Si bien persisten los inconvenientes relacionados con la falta de documentación, emergen otras problemáticas y circunstancias vinculadas a actividades de carácter rural, como la horticultura. Este trabajo,

44 La sangre del cordón que se colecta se utiliza para obtener células para realizar trasplantes.

típico de la comunidad boliviana, se desarrolla tanto por cuenta propia como para terceros, en tierra rentada o de su propiedad –como puede ser el caso de algunos residentes más antiguos–. El trabajo en las quintas les permite una calidad de vida que, aunque dista mucho de ser adecuada, se aleja de las condiciones descritas anteriormente como de semiesclavitud en las que suelen trabajar los migrantes urbanos recién llegados.

En las zonas rurales hay un gran número de trabajadores rurales bolivianos; son la mayoría, entre los cuales están aquellos que están radicados ya desde hace años –que incluso ya se han comprado la tierra–, otros que arriendan y otros que son trabajadores ocasionales, que vienen, por ahí, influenciados por familiares que están radicados acá y vienen a trabajar por una temporada, por una cosecha.

La característica de esta población es que proviene mayoritariamente de contextos rurales de su país de origen, tiene escasa instrucción y, como ya se señaló, presenta pautas culturales más visibles para los efectores, debido a las diferencias en el idioma y, en general, en los modos de vida.

Aunque las formas de inserción en el contexto rural generan 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 entrevistados 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 rancho al lado del otro. Todas las pacientes dicen que viven en Ruta 36, km 44 y medio.

Aun en estas condiciones francamente desventajosas, el régimen de labor rural no regula los tiempos de trabajo de manera tan estricta como en los talleres textiles y tampoco les prohíbe o impide asistir a los centros de salud cuando es necesario. Por otra parte, dado que producen alimentos, las condiciones nu-

tricionales son mejores que las que tienen los pobladores más pobres que habitan en la ciudad.

Otro de los problemas que se señala como habitual es el alcoholismo, adicción que tiene en sus raíces un fuerte componente social. La difícil inserción en la sociedad argentina, junto con prácticas habituales de consumo de alcohol, lleva con frecuencia a su abuso.

Después, hay mucho alcoholismo. Yo no sé si es como un proceso de transculturación, por el desarraigo, que ellos recurren al alcohol –eso habría que investigarlo–, o ya traen una cultura de este tema, de tomarlo como que es algo que el hombre hace naturalmente. Yo no sé si es que los bolivianos tienen un día viernes que es de salida, entonces...

Una de las consecuencias del consumo abusivo de alcohol es la violencia doméstica. Se señala que es común que ambas situaciones vengan asociadas y que los sujetos de dicha violencia sean tanto las mujeres como los menores. Los efectores resaltan, una vez más, que estos problemas son el resultado de las inadecuadas condiciones de vida de muchos inmigrantes.

En general, se desatan como consecuencia de expectativas no cumplidas. Los talleres no tienen las condiciones prometidas en Bolivia, la gente empieza a dormir en la calle o en distintos lugares. Los hombres quedan muy sobrepasados. Sobre todo, aparecen situaciones de violencia que no son sistemáticas y tiene que ver con esta realidad.

En cuanto a la violencia familiar, algunos testimonios señalaron que no es infrecuente que en la comunidad boliviana se discipline a los hijos mediante el uso de castigos físicos. Si bien no se incluyó en el estudio opiniones de médicos pediatras, lo que hubiera permitido analizar este tema en mayor profundidad, algunos efectores indicaron que es una práctica culturalmente aceptada, pero que debe ser erradicada.

Para ellos [los inmigrantes bolivianos], por ejemplo, el pegarles a los chicos está dentro de la forma de crianza y muchas veces nosotros estamos luchando con esas formas culturales, formas de encarar la vida distinta de las que tenemos nosotros. Ellos consideran que el castigo físico es una forma de poner límites. En cuanto a mujer y al niño, hacia los dos se ve la violencia.

De todos modos, también observan que, aunque se registran casos de violencia doméstica, este no es un rasgo particular de la comunidad. En efecto, en aquellos servicios que cuentan con espacios para la atención de esta problemática, los casos de familias bolivianas no son mayoritarios. La violencia pasa a ser entendida no como una característica específica de esta población sino como el producto de la compleja articulación entre la precariedad y la desestructuración propias del proceso migratorio, la muy precaria inserción que logran en el país de destino y las diferencias de modos culturales.

En síntesis, como se ha mostrado a lo largo del capítulo, diversos factores económico-sociales promueven la expansión de enfermedades con graves consecuencias en la comunidad boliviana en la Argentina. Esas pésimas condiciones de vida a las que se ven sometidos afectan directamente su salud, pero también menoscaban su posibilidad de acercarse a los centros de atención y de dar la continuidad necesaria a los tratamientos. Además, los programas de prevención no logran llegar a este sector de la población con la eficacia esperada.

Asimismo, se han puesto de manifiesto un conjunto de barreras y también de resistencias para la búsqueda de atención en instituciones públicas de salud. A pesar de la buena predisposición de los efectores, los esfuerzos desplegados parecen ser insuficientes, dado que, en general, se realizan solo desde el ámbito de la salud. Y es de esperar que el compromiso de otros agentes o actores, incluyendo a organizaciones de la propia comunidad, permita un acercamiento más efectivo a la promoción de la salud entre los inmigrantes.

Un segundo aspecto a considerar es el de la informalidad característica de los empleos de los inmigrantes bolivianos, hecho que lleva a que solamente unos pocos cuenten con obra social y que deban acudir casi en forma exclusiva a los hospitales públicos. Sin duda, el cambio de esta situación, fomentando un proceso que promueva la regularización de los trabajadores, tendría una serie de efectos favorables y brindaría alternativas de atención a esta población en particular.

ATENDIENDO A LAS DIFERENCIAS: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

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 esto es relevante en cualquier contexto, sin duda resulta 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.

El trabajo de campo develó una marcada heterogeneidad en el modo en que se perciben las particularidades de los pacientes bolivianos y en las formas que tienen médicos y médicas para abordar su interacción con ellos. Salvo algunas excepciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, en la mayoría de los servicios estudiados no se detectaron iniciativas de carácter institucional para lograr un mejor acercamiento a dicha población, por lo que las estrategias desplegadas se encuentran más restringidas a la buena voluntad o a la sensibilidad particular del médico o la médica. El resultado es que la efectividad de la atención suele ser dispar.

Como se dijera, las distancias culturales entre nativos e inmigrantes bolivianos son más notables en la región bonaerense que en Jujuy, lo que no necesariamente se traduce en abordajes diferentes por parte de los servicios de salud. En general, nadie ha recibido entrenamiento particular para interactuar con pacientes culturalmente diferentes, por lo cual lo que se hace o deja de hacer depende fundamentalmente del efector, de sus orígenes, de sus conocimientos y de su sensibilidad personal.

En Jujuy la existencia de raíces culturales comunes con Bolivia conduce a que muchos profesionales de la salud tengan dificultades a la hora de identificar rasgos o particularidades de la población boliviana. No detectan marcadas diferencias con la población nativa de similares niveles socioeconómicos, y señalan, una y otra vez, que existen códigos culturales compartidos y que la comunicación médico-paciente no es problemática.

En cuanto a la comunicación, quizás sea dificultoso allá en Capital Federal; acá no, porque, como estamos tan próximos a la frontera, los profesionales conocen más; la comunicación es muy fluida.

Y dos testimonios recogidos en otro hospital aclaran esa percepción:

La población boliviana está más integrada y ya no usan tanto los idiomas propios de ellos. No hay ningún problema de barrera cultural. [...] La única barrera es que ellos son muy persistentes en muchas cosas, en el sentido de que la gente que viene de otro lado es de las que si van a necesitar algo se te sienta ahí, y está una, dos, tres, cuatro, cinco horas. No es como el argentino que, por ahí, está un rato y se cansa y explota y se va. No, ahí está y termina consiguiendo. [...] Si hay una diferencia es esa, es gente muy persistente, tranquila, pero persistente. No de armar mucho escándalo. Pero es lo mismo que el colla, [acá es lo mismo] que lo que pasa en Quebrada y Puna...

No hay diferencias en la comunicación con el médico. Quizás esta gente es más reacia a hacerse análisis y laboratorio, las cosas que uno les solicita, pero es una persona más del ambiente de la provincia.

Pero el hecho de que no sea una cultura “ajena” no necesariamente implica la ausencia de barreras comunicativas o de relación. Existe un acuerdo bastante generalizado en caracterizar a la población boliviana como hermética y poco expresiva. Asimismo, los entrevistados consideran que esos migrantes tienen fuertes prejuicios muy difíciles de modificar. Para muchos, estas visiones del mundo y, consecuentemente, los comportamientos que las acompañan son producto de la ignorancia.

Por ejemplo, vienen con vocabularios muy extraños. Dicen: “Me dijo mi médico que mi útero está caído”, y por eso se ponen como unas fajas y dicen que tienen la matriz caída. Tienen un prolapso que por más que les pongás eso no se les va a subir [...] Pero vienen con vocabulario rarísimo. No... y a esa paciente no hay forma de que le hagás sacar sangre; no, no hay forma de que vos le hagás pinchar, no; es una paciente que huye del hospital, es una paciente muy diferente a la de acá. Eso sí, es distinta la cultura, las costumbres, ellos están muy marcados allá; ellos no van a dejar de tomar tal cosa, yuyitos... [...] Y en realidad no, no es así. Ese es el tema; tienen muchísimas costumbres, y eso es cerrado, imaginate, no les podés hacer sacar sangre [...] Por miedo, por un rechazo a todo lo que es hospital, a todo lo que son los médicos, a todo el sistema... no, no... según ellos están muy maltratados en el hospital de allá, entonces vienen con esa idea. En sí, vos viste: el boliviano se siente discriminado donde vaya, entonces solo... ese es el tema, solo se siente discriminado donde vaya.

Algunos interpretan esta desconfianza hacia la medicina moderna como el resultado de un maltrato recibido en los hospitales en Bolivia, mientras que otros —los menos— la vinculan a la situación de marginación étnica y cultural de la que son objeto. Otros, como en el testimonio anterior, atribuyen a las pacientes el origen de las dificultades en la interacción: los problemas que pueden surgir como consecuencia de las diferencias entre el lenguaje técnico de los/as médicos/as y el lenguaje de las pacientes son “explicadas” como producto del “vocabulario rarísimo” de las pacientes; y el recelo de estas ante un posible rechazo o trato institucional es “explicado” a partir de una tendencia intrínseca de las bolivianas a sentirse *per se* discriminadas. Pero, más allá

de estas interpretaciones, se señala la importancia de mantener una buena relación, de romper algunas de las barreras y de generar confianza en las pacientes:

Pero, cuando se enganchan a hablar, te dan todo. Lo importante es llegar, llegar a ellas, compartir un asado, es llegar. Pero apenas te ven y ya salen corriendo.

Tenés que en lo posible tener buena relación. Porque es muy reacia la paciente acá; pero es cuestión de llegar, nada más. [Sobre el tema del manteado:]⁴⁵ Les digo que no se lo hagan porque es riesgoso, aunque a veces da resultado... Pero [en] todo lo que es cultura yo no he tenido ningún tipo de problema, [en] todo lo que es cultura de yuyos y todo eso. Pero acá el tema de planificación es una barrera que hay que saltar; sí, y es medio difícil. Y es difícil hablar, hablar con las pacientes es difícil.

En La Quiaca, en donde más se pone en tela de juicio la legitimidad de la atención a pacientes bolivianos, se insiste en que el diálogo no es fácil. A pesar de ello, algunos médicos y médicas se preocupan por comprender qué es lo que falla en la comunicación de modo de poder “llegar” mejor al paciente. Sin embargo, es común que la falta de respuesta genere sentimientos de frustración y la consideración de que estos rasgos particulares de los pacientes atentan contra toda posibilidad de impartir eficazmente prescripciones que sean comprensibles y de hacerlas cumplir. Las pacientes bolivianas se contraponen entonces al ideal de la “buena paciente” que cuenta con las herramientas culturales y simbólicas para poder seguir las indicaciones:

No, en sí, la población boliviana, si la quiaqueña es cerrada,... es diez veces más cerrada, o sea, diez veces. Vos estás charlando, te reís con la paciente y todo, y ella así, y te mira, con sus veinte polleras,

⁴⁵ Se trata de una acción dirigida a acomodar al niño dentro del vientre materno para que no ocurran complicaciones en el parto. “Consiste en colocar a la mujer con dificultades de parto en decúbito supino sobre una manta o poncho apoyada en el suelo, que dos personas, tomando cada una dos de sus extremos, levantan alternativamente, para producir en la mujer tratada movimientos de semirrodillo, hacia uno y otro lado.” (Massaccesi y Massaccesi, 2008, p. 19).

y te mira, así... Y debe decir: "Esta tarada de qué se ríe, me quiere charlar o qué". Y vos hacés más o menos para tratar de llegar a la paciente, pero es una paciente mucho más cerrada. No es una buena paciente, desde el punto de vista que no hace buenos controles. Vos le pedís un análisis, no lo hace, o le decís: "Tomá ácido fólico, gordita", no lo hace. O sea, viene acá exclusivamente por el tema del nacimiento del bebé, después no viene... De por sí es una mala paciente, porque las pacientes en Bolivia tienen su cultura y esa paciente es muy reacia, es muy diferente a la de acá; porque la de acá tendrá su cultura pero es diferente, poquitito es cerrada, pero en comparación con la gente de Villazón, lejos, la de Villazón, hermetica, No, es una cosa así... hasta ahora no he colocado un DIU a una paciente de Villazón, ¿eh?

Otra médica señala:

En una o dos [pacientes] se puede [quebrar el hermetismo]... Después no. Viene una con una infección urinaria de acá a la China, bueno, análisis de orina: "Ahí, orinita, hacé"; no hay forma... Yo me voy y no vienen más las pacientes. Ellas vienen porque están acostumbradas a que vos le des una medicación. Vos no le das porque no corresponde, porque no necesita, y se va frustrada: "Esta médica no sirve porque yo fui para que me dé medicación, nada más". Es muy raro llegar a la paciente boliviana, para mí, ¿no?, es muy raro. Eso que en general yo tengo mis pacientes bien... la boliviana es raro. Yo me siento ya chocha cuando vuelve al control prenatal; si vuelve, yo dije: "Algo es algo". Pero es muy cerrada esa paciente, no se hace análisis, no hace nada. Son las que terminan haciendo el parto con nueve controles prenatales sin un análisis porque jamás se quiso hacer y no se va a hacer, no se va a sacar sangre, no se hace nada. Es muy raro llegar a esa paciente, por más que vos habléis un poquito; o: "Sí, doctora sí", y no, no hay forma. Ojalá supiera, tuviera... para llegar.

Las diferencias se atribuyen en parte a la cultura, pero algunos médicos son también conscientes de que el componente de clase social es el factor clave a la hora de explicar ciertos comportamientos. La misma entrevistada señala:

Pero es diferente, las pacientes de acá en el hospital, porque en la clínica [privada] se atienden mitad de Villazón también, y la paciente de allá es diferente, muchísimo más abierta: “Para mí que soy alérgica al preservativo, ¿no será mi marido, que anda de acá para allá?”, y te hablan de cosas así. Son diferentes, son más abiertas esas pacientes que las de acá [del hospital]]. Por eso te digo, son rediferentes, incluso de la misma Villazón.

—¿Diferente en qué, en clase social?

En clase social. Sí, yo creo que es social, porque acá viene otro tipo de pacientes y allá va otro tipo de pacientes; las de allá son mucho más abiertas que las de acá. A veces tengo pacientes de Tarija, se vienen de Tarija a atender, y son mucho más abiertas, y a veces son profesionales. Pero la gente común de Villazón es cerrada, para mí es cerrada, lejos...

En Buenos Aires, tanto en la CABA como en la provincia, la situación es algo diferente. Médicos y médicas indican que los pacientes de origen boliviano constituyen el colectivo que presenta mayores desafíos. La decisión de elaborar modos de abordaje específicos de manera institucional o de forma más individual depende de la mirada que tiene el cuerpo directivo sobre la necesidad de una atención diferenciada para la población boliviana.

Haciendo una generalización un tanto extrema, se puede decir que existen dos tendencias, inscriptas ambas, paradójicamente, en una visión universalista y no discriminatoria de la atención de la salud. Por un lado, está la tendencia de quienes consideran que la población migrante en general —y la boliviana en particular— debe ser considerada del mismo modo que la nativa. Esto implica que debe tener la misma posibilidad de acceso al sistema de salud, pero también que debe ser atendida con el mismo tipo de prácticas que cualquier usuario del sistema. En este caso, el principio de no discriminación conduce a incluir a la población migrante en los estándares de atención utilizados para el conjunto de la población, según el problema de salud que presente. Las especificidades que pudieran portar los distintos tipos de usuarios quedan varadas en la puerta de la institución.

La otra tendencia es la de quienes sostienen que la forma de garantizar la igualdad en el acceso y la atención es teniendo en cuenta las singularidades de la población boliviana. En este caso, si bien los procedimientos médicos no varían, se ensayan modos particulares de abordar al paciente y se buscan formas de comprensión mutua de las diferencias que presentan los usuarios. El esfuerzo por comprender y atender estas diferencias trae aparejada la modificación de las prácticas y los modos de acercamiento de los efectores.

Sin embargo, no siempre se alcanza el nivel de éxito esperado ya que también se encuentran dificultades para alcanzar un diálogo fluido, especialmente con las mujeres bolivianas. Los efectores reconocen que esta situación no se da del mismo modo con todas las mujeres, pero, en general, 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 tienen 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 hacen muy dificultosos. [...] 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 sabés 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 siempre se endilguen a las pacientes, es decir, que se las vea como una tara o dificultad propia de estas mujeres. Caggiano (2008) ya había observado esta situación: los médicos consideran que son las pacientes quienes “no te entienden”, “no saben expresarse”, etc., y, por lo tanto, casi nunca atribuyen la dificultad en la interacción de estos dos actores a sus propias formas cultura-

les. La especificidad parece ser únicamente de las pacientes y se da 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 les decís: “Aborto” y no saben, vos les decís: “¿Tuvo algún fracaso?” y ahí te dicen que perdieron un embarazo. Tratamos de ir cambiando la pregunta. Hay que adaptar el vocabulario.

Los profesionales señalan que la comunicación mejora de acuerdo con el nivel educativo de los pacientes e identifican a las mujeres que provienen de sectores rurales del país vecino como las pacientes con las que tienen mayores dificultades. En la Provincia de Buenos Aires, los efectores establecen como las principales barreras el origen rural, la falta de instrucción y la situación de pobreza. Lamentablemente, la no comprensión mutua deriva muchas veces en la incapacidad de lograr que una paciente mantenga un tratamiento y lo lleve a buen término. Este problema ya había sido detectado en Jujuy, particularmente en La Quiaca, en donde frecuentemente se indicaba que las mujeres bolivianas no vuelven al consultorio luego de la primera visita. De esta forma, los tratamientos se interrumpen, lo que trae 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 sé 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

proponen interpretaciones de carácter social para explicar las barreras en la comunicación. 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, como se mencionó, 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 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 CABA, se señalan retos particulares, ya que estos inmigrantes presentan la característica de tener un manejo escaso o nulo del castellano; incluso algunos son monolingües y solamente se comunican en idiomas originarios. Esta distancia idiomática potencia las dificultades de atención, especialmente de las mujeres, cuya situación es particularmente desventajosa porque la distancia con ellas es aún mayor. De modo que los efectores muchas veces se sienten impotentes ante las dificultades con las que se encuentran.

El problema de la diferencia lingüística se agrava cuando, además, los pacientes no cuentan con un nivel mínimo de instrucción formal.

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 las olvida; sale de ahí y ya no sabe cómo 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 entiende, las elabora, las almacena. 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 en que no existe “un ida y vuelta”, la capacidad de la usuaria para tomar decisiones informadas queda francamente vulnerada.

LOS SERVICIOS Y LA SENSIBILIDAD HACIA PRÁCTICAS CULTURALES

Durante las entrevistas se indagó si las pacientes de origen boliviano tenían algunas demandas particulares vinculadas a sus propios usos y costumbres, así como prácticas tradicionales de cuidado de la salud.

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. En Jujuy, con independencia de la ciudad en donde se realizó el estudio, se señaló que es una costumbre arraigada en Bolivia, particularmente entre mujeres que han tenido partos domiciliarios. Sin embargo, al momento de parir en la Argentina, las pacientes no solicitan dar a luz en esta forma y aceptan el modo tradicional de atención de los hospitales locales. Vale la pena enfatizar, que si bien ellas no lo demandan, los médicos tampoco lo ofrecen, porque prefieren asistir el parto en la posición que más conocen y manejan.

Para algunos, es claro que la reticencia 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. Así lo indica una partera:

No, eso yo lo he visto más con la gente que viene de Villazón, no tanto del campo... de Villazón, porque están acostumbradas a hacer partos domiciliarios que los hacen en cuclillas. Pero, en general, acá, no, hicieron parto bien, de decúbito dorsal, o sea, no hay problemas. Igualmente, si quieren hacerlo en cuclillas, lo pueden hacer en cuclillas. Pero ellas lo hacen más... más algo cultural; te dicen [imita]: "Ahicito, no, no, no, aquicito" [haciendo un gesto con la mano]. "Y yo ¿para qué estoy? [riendo]. Yo me voy, llamenme cuando tenga que sacarle la placenta". Y solitas se quedan así sentaditas...

—¿Y tuviste partos así, entonces?

Tuve dos, nada más, normal. Y no se desgarró nada, no se desgarró nada, fantástico, ellas ahí sentaditas. [...] Qué curioso, porque no los hice acá a esos partos, los hice en el Hospital Soria, fueron derivadas. Era gracioso porque no se movían. No había forma de hacer el parto porque ellas hacen de cuclillas. Pero eso ha sido lo que más me he reído, digamos así... Pero después, no hay otra cosa.

Del lado de las pacientes, la reticencia a demandar el parto en cuclillas se debe, probablemente, o bien a que ya han dado a luz en hospitales y tienen la experiencia, o bien a que, sencillamente, se adaptan a las instrucciones que se les brindan.

Tenemos sillones que se adaptan a la posición de cuclillas; la que quiere hacer lo hace, la forma que les sea más cómoda. Las pacientes bolivianas no lo solicitan, saben que existe. Hay algunas pacientes que ellas solas adoptan la posición. No es que te vayan a decir: “Quiero hacer el parto de cuclillas”. No, solas se sientan en el sillón, ven el sillón y solas adoptan la posición de cuclillas, pero no es que ellas lo pidan... Además yo no sé, ustedes están haciendo mucho hincapié en eso cuando la mujer boliviana no es mucho más diferente que la argentina; tendrá sus regiones, como la parte indígena nuestra, donde hay costumbres, pero la mujer de Bolivia que viene acá es común y corriente, es una más del barrio, no es una mujer que viene a pedir exclusivamente determinada pose.

Y en otro hospital, en donde hay más presencia de migrantes golondrina, un efector manifiesta:

Por ahí la posición sí, algunas adoptan la posición de cuclillas, pero no piden, porque son cohibidas y nosotros, viste cómo somos, “todo el mundo a la camilla”.

En cuanto al ritual de enterrar la placenta,⁴⁶ todos los médicos y las médicas entrevistados sostuvieron que nunca las pacientes la solicitaron luego de parir. Algunos en Jujuy rechazan la pregunta sobre prácticas culturales diferentes, considerándolas como rasgos de “atraso”, y sostienen que solo se mantienen en algunas regiones puntuales de la provincia.

⁴⁶ Ritual desarrollado por numerosas culturas originarias de América Latina. Las formas de hacerlo, así como sus propósitos, son variados pero, en general, se considera que contribuye a mejorar el bienestar del recién nacido. En la cultura aymara a la placenta se la lava con agua tibia, se mantiene en lugares secos o se la quema, para asegurar el bienestar del recién nacido. También se la entierra para que la persona desde recién nacido hasta que sea adulto congenie con las chacras (Artegaga Böhr y Domic Ruiz, 2007).

Nadie solicita la placenta. Les vuelvo a repetir: “Chicas, si ustedes tienen la idea de buscar lo ancestral, acá hoy, en el siglo XXI, en Jujuy, por lo menos en San Salvador, no lo van a encontrar. Van a tener que ir un poquito más allá, quizás Susques sea un buen lugar, quizás Abra Pampa sea un buen lugar, pero ya es difícil, estamos en el siglo XXI.

Aunque en la CABA y en la Provincia de Buenos Aires, al igual que en Jujuy, la demanda por tener el parto en cuclillas no está para nada generalizada, existen algunos casos en que sí se produce. Ante esta situación, las instituciones hospitalarias toman distintas posiciones. Mientras que en algunos hospitales se han adaptado lugares específicos para facilitar este tipo de práctica, en otros esa posibilidad no existe, con lo que se restringe la probabilidad de que las mujeres opten por otra posición. En uno de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires decidieron ofrecer 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 de que las bolivianas parían en cuclillas, empezamos a trabajar para parto en cuclillas. Te podemos mostrar dónde 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.

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 a 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 sé, 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.

Hemos tenido a veces pacientes que están acostumbradas a parir en cuclillas en su domicilio y se nos complica porque las parteras están

acostumbradas a usar el sillón de parto o una camilla de parto. Son casos esporádicos, pero hay pacientes que ya han tenido dos o tres hijos en esa posición y no se adaptan a pujar en un sillón de parto. De hecho, me ha tocado vivir más de una vez pacientes que no pueden pujar de decúbito y he llegado a poner compresas en el suelo para que pujen en cuclillas... acá en el Hospital.

En los casos en que no se ofrece esa posibilidad, además de aducir problemas de la adaptación del espacio, se suele argumentar que en esa posición es más complicado asistir a la paciente o 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 por un tema de la posición de prohibir la posibilidad de que se hagan las maniobras en el momento oportuno, tampoco es eso. Habría que pensar cómo compatibilizar las dos culturas, porque el médico también tiene su cultura propia. Porque el médico también dice: “No, cómo voy a hacer esto, que si un chico nace y hay un problema cómo 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 semisentadas 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.

EL USO DE MEDICINA TRADICIONAL

Aunque existen matices en cuanto a la aceptación de pautas de medicina tradicional por parte de los médicos y médicas, su tolerancia depende de cuán nociva las consideren para la salud. Uno de los aspectos que señalan como problemático es el uso de hierbas medicinales o “yuyos”.

Cuando se trata de infusiones dispensadas a los recién nacidos, el rechazo médico es directo. La más común es el té de anís, cuyo propósito es reducir los gases en los bebés. Esta costumbre se considera muy peligrosa, dado que la ingesta de esa infusión puede causar convulsiones:

Había una época, cuando quizá yo era mucho más joven todavía, que yo veía que las mamás traían el yuyo para darle al bebé el tecito de anís; según ellas manifiestan, dándole el tecito de anís, al bebé no le duele la pancita. Pero nosotros hemos empezado a suprimir eso por el hecho... ¿sabe qué?, en esa época... [La entrevistada cuenta un caso en que una familia había recurrido a “un boliviano” para que curara a todos los miembros de la casa y a la casa misma. Relata que el hombre curó la casa con yuyos y los intoxicó a todos: el hombre de la casa falleció y las otras quedaron en muy grave estado]... por intoxicación de yuyos. ¿Y qué hizo el señor?, se escapó, se fue. De ahí ya que para mí los yuyos no van más [...] Yo, por ahí, siempre voy cama por cama y empiezo a ver qué están tomando, qué tienen; por ahí los veo que en medio, entre la mamá y el niño, una mamerita, y enseguida la desenvuelvo para ver qué es: es leche, bueno, me quedo tranquila, pero si es yuyo ya no, por Dios; si se me intoxica un bebé, ¿qué hacemos?

LA HIGIENE PERSONAL

Para terminar, otro aspecto que en las entrevistas en Jujuy surgió como una importante diferencia cultural fue el referido a los distintos modos de atender a la higiene personal. Los médicos que aludieron a este tema lo hicieron con respeto pero destacando que representaba una de las diferencias que genera conflicto,

particularmente con el personal de enfermería y de servicios. En el encuentro de la usuaria boliviana con el servicio de salud, ese personal puede tornarse en aliado y facilitador o, por el contrario, constituirse en una barrera, expresando sin tapujos sus reparos y resistencias frente a estas pacientes:

Por ahí reniega uno con ellas en cuanto a la higiene, al tipo de vestimenta que usan. Nosotros [los médicos] no hacemos diferencias, porque para nosotros el parto es una urgencia y lo atendemos de esa manera. Sí, lo nota más el personal de limpieza y de maestranza, por la falta de cuidado de la ropa de cama, o del baño, por cuestiones culturales. La gente que es más asidua a la consulta nuestra es gente del norte boliviano; entonces, por ahí, ellos tienen mejor calidad de vida en nuestro país que en su país, pero la cultura es diferente.

El tema cultural es que no están habituados a la ropa de cama; por ahí, ellos con la ropa de uso diario van a la cama y para nosotros es un problema, por una cuestión de higiene. También trata uno de darles la vestimenta adecuada si no la tienen para el momento del parto.

A propósito de estos temas, debemos insistir, una vez más, que la comprensión y la tolerancia de las diferencias son requisitos necesarios para lograr una mejora en el vínculo entre los usuarios de origen boliviano y los servicios de salud. Dados los fuertes estereotipos construidos a lo largo del tiempo, el camino no es sencillo. 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 junto con la disposición de recursos para garantizarla; y un proceso de sensibilización cultural que oponga el conocimiento a los prejuicios.

EN BUSCA DE ALTERNATIVAS PARA LA ATENCIÓN: LAS BUENAS PRÁCTICAS

Si bien es cierto que en los centros de salud y hospitales en los que se desarrolló el presente estudio la población boliviana es rápidamente identificada como la que presenta mayores desafíos, también es cierto que la búsqueda de estrategias de acercamiento hacia estos usuarios no se ha dado de manera sistemática. En otras palabras, no ha existido una preocupación ni una política de Estado que interpele fuertemente a las instituciones en esa dirección.

Las escasas iniciativas institucionales se generan a partir de una dirección comprometida con la atención a poblaciones vulnerables que logra implicar activamente a parte de su cuerpo médico. En el resto de los establecimientos, como se indicó anteriormente, si se proponen algunas líneas de acción son individuales e intuitivas, o basadas en la experiencia y con lentos avances a través del ensayo y error.

Las intervenciones individuales intentan derribar la barrera que separa al médico del mundo del paciente. Por ejemplo, es habitual que los efectores incorporen palabras o usos del lenguaje propios de sus pacientes a fin no solo de hacerse entender, sino

de crear un vínculo de confianza. Esto es muy importante, ya que muchas veces el silencio del usuario puede estar relacionado más con su calidad de residente precario que con una dificultad de comprensión.

Otra forma de intentar una atención de calidad, especialmente con las mujeres, es mantener una actitud de respeto hacia sus costumbres, como aprender a asistir un parto en cuclillas y ofrecerlo como alternativa:

Nosotros teníamos un jefe de guardia que era muy a favor del parto natural, él permitía el parto en cuclillas. ¿Viste toda la onda del parto humanizado que hay ahora? Bueno, eso, el parto sin intervención, no medicalizado. Lamentablemente, ahora..., dado que tenemos tantos partos, a veces hay que ayudar al parto para que no esté todo el día la paciente, porque no hay espacio físico, no hay dónde ponerla... Desde que está el sillón ya se adaptaron a esta situación, pero yo he visto hacer muchos partos en cuclillas en el piso porque la paciente lo había solicitado y el jefe lo aceptaba.

Lo que suele suceder en estos casos es que la atención diferenciada queda reducida a un servicio en el que el efector a cargo, o de guardia, hace lugar al pedido o presta atención a la particularidad del paciente que tiene delante. No es casual que las referencias a estas iniciativas sean sobre efectores que se desempeñan en el área de Obstetricia, ya que es en este lugar donde la diferencia cultural se vuelve más evidente.

A nivel de las iniciativas de carácter institucional, a la hora de llegar a la población, promover la prevención y mejorar el acceso, es clave la relación del hospital con organizaciones bolivianas. Sin embargo, estas líneas de acción no se llevan a cabo de manera sistemática. Esto no se debe tanto a una falta de interés por parte de las instituciones, sino, en gran medida, a una escasez de recursos materiales y humanos que impide ampliar el margen de acción. Concretamente, para implementar estas iniciativas, se requiere de proyectos de sensibilización intercultural con efectores y de un incremento en los mencionados recursos. Bajo las actuales circunstancias, la articulación de los hospitales

y centros de salud con la comunidad queda prácticamente limitada a dar respuesta a las demandas que llegan desde escuelas o centros comunitarios.

En general, la extensión hacia la comunidad se realiza a través de las escuelas, que convocan a profesionales del área para dar charlas o talleres sobre sexualidad, y esa es una forma de abrir un poco las barreras de accesibilidad al sistema. Muchas veces, a raíz de esas charlas aumenta el número de consultas en adolescencia. También se hacen charlas a madres o embarazadas [en el hospital], pero no es todo lo que se desearía; estamos limitados por el número escaso de personal. También luchamos contra los problemas de infraestructura.

Lamentablemente, la actividad de docencia hacia la población es informal, en el sentido de que no tenemos equipos de trabajo directamente abocados a eso. Pero la necesidad del área programática hace que se nos convoque de escuelas, de centros culturales, o sea, se hace la actividad con personal que se aboca en forma irregular a esas tareas. Pero eso no quita que la extensión a la población sea bastante amplia.

Como consecuencia, la llegada a la población migrante es bastante errática y limitada, ya que los que acceden a la información son aquellos que eventualmente comparten los espacios de sociabilidad a los que los efectores son invitados.

La situación contraria ocurre cuando las prácticas o las búsquedas de alternativas se transforman en sistemáticas y se institucionalizan. En tales casos se encuentran intentos de atención diferenciada a la población que lo requiere en los distintos servicios del centro de salud. Esto no implica que las estrategias sean totalmente exitosas, pero lo que se logra es que haya un trabajo conjunto y sostenido de búsqueda de alternativas que van obteniendo ciertos logros.

En estos casos, las iniciativas son diversas, pero entre ellas hay una que se destaca: intentar ir al encuentro de la comunidad en lugar de restringir la atención solamente a los usuarios que

concurrer al centro de salud. Las formas de acercamiento son múltiples: a través de un miembro de la comunidad boliviana con el que se tiene llegada, o a través de organizaciones bolivianas, o acercándose a las escuelas o a los lugares del barrio en los que reúne la comunidad. También se suele ir a los domicilios, aunque esta práctica no da los resultados esperados.

Los testimonios que siguen dan cuenta de la diversidad de estrategias desplegadas en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Hay una médica boliviana excelente que trabaja con nosotros. No es personal del hospital, pero hace de nexo entre la comunidad boliviana y el hospital. Hay una ONG que se llama 25 de agosto o 25 de septiembre; es una ONG de mujeres bolivianas con la que ha interactuado el hospital.

Nosotros estamos trabajando con una doctora que es de la comunidad boliviana, y tenemos una relación muy fluida porque ella viene a todos nuestros cursos acá los días martes... Estamos trabajando permanentemente porque justamente, para poder entrar en algunas comunidades sin que sientan esta cosa persecutoria, recurrimos a ella que es un referente de la comunidad que tiene un consultorio ahí en la calle Rivadavia; y es altamente positivo... Hemos vacunado en su consultorio, porque ella nos hace la difusión en la comunidad boliviana, nos abre las puertas de su consultorio y nosotros vamos y vacunamos ahí. Trabajamos con ella permanentemente, porque para ingresar a la comunidad se hace difícil, inclusive a ella se le hace difícil muchas veces porque la ven como una autoridad; como ella es médica, sienten como que, de cualquier manera, a pesar de que ella es de la comunidad, muchas veces no le abren las puertas, porque hoy en día todavía muchos están indocumentados.

Nosotros tratamos de entrar en donde ellos nos permiten. Ver cuáles son las problemáticas que tienen. Hay problemáticas diversas. A pesar de que nosotros vamos adonde viven, vemos cuánta gente convive; no pasamos de la puerta porque no nos dejan pasar, pero vemos cuántos son, quiénes son, les dejamos las órdenes para que no se molesten y vengan directamente a hacerse las placas.

“Abramos la puerta. Es Ley”

La República Argentina cuenta con uno de los marcos normativos más favorables del mundo en materia migratoria. La Ley 25.871, entre otras cosas, garantiza a la población inmigrante proveniente de países vecinos los mismos derechos que los de la población nativa y el acceso irrestricto a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH. Estos derechos resultan especialmente importantes teniendo en cuenta que más de la mitad de la población inmigrante se compone de mujeres en edad reproductiva.

En este marco, desde 2009, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) lleva a cabo un proyecto binacional (Argentina-Bolivia) brindando apoyo a organismos de gobierno y de la sociedad civil con el objetivo de promover el acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres y jóvenes migrantes bolivianos en Argentina. El proyecto es apoyado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Para alcanzar ese objetivo, se generaron mecanismos de articulación entre distintos organismos del gobierno (como el Ministerio de Salud, el Ministerio del Interior –Dirección de Población e Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)–, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Cancillería Argentina) y organismos de la sociedad civil. Esta articulación inauguró un espacio pionero en materia migratoria y resultó crucial para la construcción intersectorial de lo que se consideraron las mejores estrategias para avanzar en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población migrante en el país. Además, el trabajo conjunto y articulado de distintas instancias estatales, multilaterales y no gubernamentales permitió definir dos estrategias centrales: la comunicación social en torno a la difusión de derechos y la capacitación sobre migración y derecho a la salud.

Con el lema “Abramos la puerta. Es Ley”, se desarrolló una Campaña de comunicación y sensibilización sobre los Derechos Humanos de la población inmigrante, con foco en sus derechos sexuales y reproductivos. Se produjeron folletos, afiches y cuñas radiales, destinados tanto a equipos de salud como a población inmigrante, mediante una difusión masiva que alcanzó a cerca de 7.000 centros de salud, oficinas de migración, delegaciones del INADI y oficinas de Derechos Humanos en todas las provincias argentinas. Además, junto con organizaciones de la sociedad civil –como CAREF, el CELS, ANDHES y la organización de la comunidad boliviana en la Argentina Q’AWASAM WARMI–, el proyecto ha colaborado en el desarrollo de mensajes radiales destinados a población migrante y de espacios de capacitación dirigidos a equipos de salud con el fin de promover el marco jurídico en materia de migración y salud y avanzar en la implementación de la Ley Nacional de Política Migratoria Argentina.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina de Argentina

Cuando nosotros tenemos un ciudadano, cualquiera, argentino, boliviano, peruano, con diagnóstico de tuberculosis, vamos a domicilio, hacemos un relevamiento –quién vive con ellos– y, de acuerdo a la norma de tuberculosis, los citamos para hacer el catastro.

Tratamos de articular con la escuela tanto primaria como secundaria, también con ONGs y jardines maternos que también tienen población boliviana; y a veces nos ha tocado con organizaciones comerciales. Ellos tienen talleres en la zona, y, bueno, muchas veces están regenteados por bolivianos que tienen más años en el país y han conseguido una mejor ubicación, y a su vez contratan mano de obra boliviana. Y, bueno, muchas veces hemos tenido que trabajar por casos de intoxicación, por casos de tuberculosis. Son reticentes a la ayuda, por un lado porque muchos están en condiciones de ilegalidad y no se quieren abrir mucho al otro por el tema de la persecución.

En el tema particular de la atención a la salud sexual y reproductiva, las estrategias elaboradas están fundamentalmente dirigidas a respetar las formas propias de parir y a intentar modos de abordaje que permitan incluir a las mujeres bolivianas en los programas de planificación familiar. Con respecto a la anticoncepción y la planificación familiar, se organizó una consejería a fin de difundir la información sobre los distintos métodos.

Acá hicimos [con asistencia de otras dos organizaciones] un programa de atención post aborto y tenemos experiencia en la Consejería de Anticoncepción con la comunidad boliviana, digo boliviana porque es la mayor cantidad y la más difícil.

Habilitamos un consultorio de Consejería a la tarde, porque como ellas dicen que son los maridos los que deciden, no pueden decir: “Bueno, voy a utilizar este método”. Pero son como muy cerrados, muy poco receptivos. A veces pensamos si no somos nosotros los que damos mucho contenido verbal y hablamos demasiado para lo que ellos acostumbran a hablar. Hicimos muchas cosas, desde trabajar con una médica de ellos hasta aprender algunas palabras en quechua, como para ver también si no había una dificultad en la comprensión de lo que decimos. Pero aun así hay una barrera. Y esto lo vemos en forma generalizada.

Como vemos, a pesar de los esfuerzos por optimizar la atención, el nivel de frustración de los efectores sigue siendo importante. El problema es cómo elaborar estrategias exitosas; y, para que esto sea posible, es fundamental que los efectores tengan una capacitación y un acompañamiento adecuados. Aunque, gracias a su experiencia y sensibilidad, pueden lograr ciertos avances, lo cierto es que se trata de progresos parciales y muchas veces fragmentarios, producto de la observación empírica.

Porque a veces uno les plantea que tienen derecho a que no las golpeen o a que no haya abuso, más allá de que se tome mucho alcohol, como separar esas cosas. [...] Y empecé a incorporar esa pregunta porque yo notaba que había mucha resistencia en lo que estaba diciendo. Entonces, muchas pacientes empezaron a referir que en Bolivia, donde está su núcleo familiar, si había una situación donde en una pareja empieza a haber problemas, la madre de ella hablaba con el marido y la suegra hablaba con ella. Esto se podía solucionar internamente. El problema es que, como las familias no migran completas, estos mecanismos se rompen; entonces, por un lado no cuentan con sus propios modos de resolución del conflicto; y, por otro lado, ven la Consejería y el Servicio de Violencia un poco como una invasión de su privacidad. Acá trabajamos con organizaciones bolivianas, sobre todo con pastores de la comunidad boliviana; yo trabajé muy bien con una pastora. Las pacientes lo toman muy bien esto. También trabajé un tiempo con la gente de la Alameda.⁴⁷

La recuperación de prácticas que garanticen una atención eficiente, y al mismo tiempo respetuosa, no puede surgir solamente como iniciativas de los efectores argentinos; necesariamente debe propiciarse un diálogo con los distintos actores de la comunidad. La alternativa de restringir la atención de los migrantes a centros de salud con especialistas connacionales tampoco parece ser una solución adecuada, ya que este tipo de prácticas puede generar situaciones de segregación que refuercen los lu-

47 La Alameda es una asociación que lucha contra el “trabajo esclavo” que advierte sobre las condiciones de trabajo y de vida de costureros/as y otros/as trabajadores/as y denuncia judicialmente a empresas de indumentaria que contratan talleres textiles que tienen mano de obra inmigrante en situaciones violatorias de derecho.

gares de subordinación y exclusión de la población boliviana. Al respecto, el testimonio de una de las médicas es revelador.

[...] en la reunión esta que estuvimos, había un grupo de médicos bolivianos que querían hacer un centro de salud para bolivianos atendidos por médicos bolivianos. Yo casi me muero de un ataque, jno!, ¡se volvieron locos!.... Enseñennos, vengan, colaboren con nosotros, incorpórense a los Centros de Atención Primaria nuestra, para trabajar en conjunto; y no discriminemos más.

Cabe tener en cuenta que este hospital recibió de parte del gobierno boliviano el premio Puerta del Sol, por su destacada labor en beneficio de la atención de la población boliviana migrante. Este premio, además de implicar un importante reconocimiento, permitió realizar un intercambio con los profesionales bolivianos que consistió en la asistencia de profesionales argentinos a centros de altos estudios del Estado Plurinacional de Bolivia.

RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado final, el objetivo es sintetizar los principales resultados del estudio, para luego proponer líneas de acción a futuro.

PERFIL DE LA COMUNIDAD BOLIVIANA EN LA ARGENTINA

- Inmigración de larga data, con un alto dinamismo en la actualidad.
- Diversificación de destinos migratorios dentro de la Argentina, con una creciente concentración en Buenos Aires (CABA y Provincia de Buenos Aires) y una significativa movilidad circular y temporaria en la frontera.
- Persistencia como migración de carácter familiar pero con presencia femenina en aumento.
- Marcada diferencia de los perfiles sociales y demográficos en Buenos Aires y Jujuy. Mayor incidencia de inmigrantes recientes y en edades reproductivas en la región bonaerense.

- Elevada segregación espacial y deficientes condiciones habitacionales.
- Predominio de trabajo precario con muy malas condiciones de trabajo y sin acceso a obras sociales o seguros de salud.
- Más alta incidencia del embarazo adolescente que entre las nativas, en particular en Jujuy y también entre las que llevan menos tiempo residiendo en la Argentina.
- Elevada fecundidad de las mujeres –con variaciones regionales–, replicando un patrón relativamente similar al del país de origen.

EN CUANTO A LA SALUD REPRODUCTIVA:

- El machismo y la sumisión femenina son concebidos por los efectores como elementos definitorios de un conjunto de conductas vinculadas a la salud sexual y reproductiva.
- En La Quiaca y Jujuy, el rol de la mujer es entendido en un marco cultural más amplio que en Buenos Aires, es decir haciendo alusión a un sistema de organización social y familiar ancestral.
- Existen evidencias de una demanda insatisfecha de anticoncepción. Se señalan dificultades de acercamiento y de diálogo derivadas de distancias culturales.
- Las migrantes bolivianas se acercan a los servicios de planificación luego de haber tenido varios hijos. Algunos efectores lo interpretan como imposición masculina, otros como preferencia cultural.
- El método anticonceptivo preferido es el inyectable y el más rechazado el preservativo. Los maridos tienen la última palabra en la elección del método.
- Se detecta que no siempre el método inyectable está disponible.

- Se distinguen la comunicación y el trato con las pacientes bolivianas de acuerdo con su nivel de instrucción. Si presentan baja instrucción formal y vienen de áreas rurales, la comunicación es verdaderamente un reto para los efectores, quienes tienen grandes problemas para hacerse entender y generar confianza.
- Hay una escasa propensión a conductas preventivas, por ejemplo realización del PAP en tiempo y forma.
- En Jujuy una muy baja proporción de los casos identificados de HIV-SIDA son de origen boliviano. La gran mayoría son mujeres, lo que indica la relevancia del test realizado durante el embarazo.
- En Jujuy, a pesar de ser una provincia fronteriza que, por lo tanto, se caracteriza por una alta movilidad de la población, no se detecta una preocupación por las infecciones de transmisión sexual.
- En cuanto a la salud materno-infantil, las embarazadas se realizan un número promedio de controles prenatales inferior al de las nativas.
- En relación con el mantenimiento de prácticas ancestrales, el parto en cuclillas solo se ofrece en un número limitado de hospitales; en general, se sostiene que no se ofrece ni se solicita; y en los casos en que se ofrece, es entendido como una forma de respeto y de calidad de la atención.
- A pesar de que las mujeres de origen boliviano se realizan un menor número de controles prenatales, sus recién nacidos tienen peso más elevado que los hijos de nativas. En este aspecto, se señalan las potenciales influencias de factores protectivos, entre los cuales se destaca la significativamente más baja incidencia de fumadoras en relación con las púerperas nativas.

ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Existe un grave problema de registro de información sobre la salud de los inmigrantes. Los registros hospitalarios presentan ambigüedades y confusiones para definir a la población, lo que redundaría en un desconocimiento de la demanda real y de los problemas de salud de la población inmigrante.
- Los efectores, si bien pueden desconocer la ley, saben que no pueden limitar la atención a los pacientes, cualquiera sea su origen.
- Existen problemáticas diferenciadas en los servicios de salud de La Quiaca, de San Salvador de Jujuy y alrededores, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires:
 - En La Quiaca, la preocupación radica en el uso considerado “indebido” de los servicios públicos de salud por parte de personas bolivianas supuestamente no residentes en el país. Los temas más conflictivos son: a) el parto de madres bolivianas; b) las dificultades en la comunicación médico-paciente; c) el financiamiento y la falta de reciprocidad.
 - En otras ciudades de Jujuy, la definición de quién es y no es boliviano se vincula al tiempo de residencia en el país. Las distinciones entre distintas figuras de usuarios bolivianos establecen el nivel de legitimidad otorgado a la demanda.
 - En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, la atención es irrestricta y no se discute la legitimidad de la demanda.
 - Se señalan las problemáticas sociales de la comunidad boliviana (su situación laboral tanto en los talleres textiles como en la agricultura), las condiciones de explotación y las peores condiciones de salud de los inmigrantes recientes como principales causas de afectación de su salud, en particular de la alta incidencia de tuberculosis.

- Los dificultades recurrentes son: a) que la demanda de atención por parte de la comunidad es más esporádica y solo cuando aparece un problema, es decir que existe una baja propensión a la prevención; b) los escasos controles y el rechazo hacia cierto tipo de intervenciones; c) las trabas para entablar relaciones de confianza con el médico; d) la falta de continuidad y seguimiento.

REFLEXIONES FINALES Y SUGERENCIAS PARA LA ACCIÓN

El análisis sobre el acceso a los servicios sanitarios y la atención en el caso de la población boliviana en la Argentina permitió examinar e identificar las principales problemáticas que enfrentan los efectores y el sistema de salud en general ante la demanda de esos inmigrantes.

Ante todo, y particularmente en contextos en los que se presenta una tensión respecto de la demanda de atención considerada ilegítima (como es el caso, en La Quiaca, de las prestaciones a pacientes bolivianos no residentes en la Argentina), es imperioso sincerar la situación tanto en cuanto a la reglamentación de la normativa como en relación con los fondos necesarios para llevarla a la práctica.

Para ello se requiere que se reconozca la situación, se la identifique (es decir, se la contabilice) y se establezca el origen de los fondos para atenderla. La falta de información solo genera aversión y discriminación; por ello es preciso introducir transparencia en esta problemática.

En contextos alejados de la frontera, va desapareciendo la discusión sobre la ilegitimidad de la demanda, pero se destacan otras cuestiones entre las que también reaparece el problema del financiamiento y de la falta de recursos.

La focalización en los centros de salud a los que concurren especialmente bolivianos y bolivianas residentes en el lugar pone de relieve la particularidad de las condiciones de atención y las

limitaciones para dar respuesta a los usuarios de manera diferencial. Al mismo tiempo, permite revisar prácticas alternativas que, teniendo en cuenta cada contexto, podrían replicarse en diversos escenarios en los que intervienen los mismos actores. El trabajo muestra que, más allá del nivel de predisposición que tengan los efectores para tratar con la diferencia, existen circunstancias materiales que traban la capacidad de elaborar estrategias especialmente destinadas a la atención de la población boliviana. Estas situaciones atraviesan tanto a la comunidad migrante como al sistema de salud en general.

Un contexto de escasez no ayuda a abrir las posibilidades de inclusión; más bien lo contrario; porque cuando el recurso es insuficiente se tiende a racionalizarlo para optimizar la atención. Las carencias en el sistema son tanto económicas como de insumos, de recursos humanos y de infraestructura. Y en ese marco, se propende a la estandarización de la atención, que es la manera más adecuada de hacer rendir los recursos con los que se cuenta. Sin embargo, como se vio a lo largo del trabajo, esta estrategia de atención estandarizada como una práctica médica “neutral” muchas veces no logra satisfacer la demanda de comunidades específicas. Cuando los usuarios extranjeros tienen dificultades para adaptarse a los modos y prácticas de atención que rigen para el conjunto de la población, las barreras pueden erigirse de hecho, con consecuencias negativas tanto para la salud individual de los inmigrantes como para la salud pública. De esta manera, aun prevaleciendo el criterio de universalidad, la escasez de recursos crea problemas que terminan por limitar el acceso a la salud y la atención eficiente.

Los efectores son plenamente conscientes de estos problemas, por lo que suelen plantear que la primera medida para mejorar la atención del migrante es el aumento de los recursos. Sin embargo, es habitual que consideren que, más que una obligación del Estado nacional, la responsabilidad recae sobre el Estado de la población de origen, ya que estiman que una porción importante del recurso disponible se utiliza en la atención de la comunidad extranjera.

Esta demanda, que resulta de sentido común, tropieza con una realidad reconocida y descrita por los mismos efectores: en una amplia mayoría, los migrantes que atienden residen, trabajan y contribuyen con sus impuestos en la Argentina. Particularmente en relación con la comunidad boliviana, los efectores señalan que sus integrantes tienden a radicarse y que el trabajo que realizan constituye un aporte importante.

Además de las cuestiones relacionadas con la escasez de los recursos materiales y el financiamiento, en la atención de los migrantes existen barreras, a veces más sutiles y a veces más explícitas, que tienen que ver con algunos preconceptos de ciertos efectores. Hay quienes suponen que la atención diferenciada esconde algún tipo de práctica discriminatoria y que, por lo tanto, no discriminar sería lo mismo que asimilar; es decir, desde su visión, la asimilación sería condición necesaria para la integración. Por ello, consideran que ofreciendo a la población extranjera las mismas prácticas y modos de abordaje que se ofrecen a la nativa se favorece su inclusión.

Lo cierto es que los efectores no cuentan con capacitación o con un acompañamiento para enfrentar la diferencia y mejorar su modo de acercamiento a la población extranjera. Garantizar y promover la igualdad en la diferencia es un problema del Estado, por lo que deben diseñarse estrategias de carácter institucional. Sin embargo, estas estrategias no pueden ser solo promovidas por el Estado argentino. Tanto en su diseño como en su implementación, se requiere de una activa participación, por un lado, del Estado boliviano y, por el otro, de las organizaciones de inmigrantes y organizaciones de base que trabajan para promover su bienestar.

Las iniciativas binacionales son particularmente relevantes en lo que respecta a la salud en la frontera. El trabajo conjunto y la articulación de políticas destinadas a la población serán sin duda bienvenidas por las instituciones argentinas, las cuales perciben despreocupación y desinterés por parte del sistema de salud pública del otro lado de la frontera. De hecho,

los intentos de cooperación, aun aislados, han sido muy bien recibidos.⁴⁸

Finalmente, es importante destacar los esfuerzos que realizan los efectores en un contexto altamente desfavorable para intentar garantizar la salud de la población migrante. Consideramos fundamental tener en cuenta las experiencias que tienden a establecer vínculos con la comunidad boliviana, ya sea articulando con las instituciones de la comunidad, u ofreciendo alternativas de atención, o trabajando por optimizar la comunicación o, 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 del diseño de planificaciones de política sanitaria. En este sentido, el camino más adecuado parece ser el de una estrategia de acercamiento y de diálogo intercultural con organizaciones de la comunidad que acceda a la incorporación de algunas prácticas tradicionales consideradas efectivas para el cuidado de la salud y que, al mismo tiempo, acerque de manera respetuosa acciones de cuidado preventivo y de atención de la salud.

48 Un ejemplo es el mencionado premio que otorgó el gobierno boliviano a un hospital, que, además del reconocimiento, implicó un intercambio entre efectores de los dos países. Otro es el apoyo a los hospitales que, en algunos casos, prestan las dependencias extranjeras para la identificación de migrantes no documentados.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, Lidia y Sergio CAGGIANO (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, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- ACEVEDO-GARCÍA, Dolores, Mah-Jabeen SOOBADER y Lisa F. BERKMAN (2007), “Low birthweight among US Hispanic/Latino subgroups: the effect of maternal foreign-born status and education”, en *Social Science & Medicine*, vol. 65, nº 12, pp. 2503-2516.
- ARTEGAGA BÖHRT, Ana Cecilia y Jorge DOMIC RUIZ (2007), “Ser Wawa en los Andes: Representación social de mujeres migrantes Aymaras sobre el niño (a) Aymara”, en *Ajayu*, vol. 5, nº 1.
- 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, nº 15-16, Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA).
- BENDER, Deborah E. y Dina CASTRO (2000), “Explaining the Birth Weight Paradox: Latina Immigrant’s Perceptions of Resilience and Risks”, en *Journal of Immigrants Health*, vol. 2, nº 3, pp. 155-173.

- BENENCIA, Roberto (1997), “De peones a patrones quinteros. Movilidad social de familias bolivianas en la periferia bonaerense”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, n° 35, Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA), abril.
- (2006), “Bolivianización de la horticultura en la Argentina. Procesos de migración transnacional y construcción de territorios productivos”, en Alejandro GRIMSON y Elizabeth JELIN (comps.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*, Buenos Aires, Prometeo.
- BENENCIA, Roberto y Marcela GEYMONAT (2005), “Migración transnacional y redes sociales en la creación de territorios productivos en la Argentina. Río Cuarto, Córdoba”, en *Cuadernos de Desarrollo Rural*, n° 55, Colombia, Universidad Javeriana, febrero.
- BENENCIA, Roberto y Gabriela KARASIK (1994), “Bolivianos en Buenos Aires: Aspectos de su integración laboral y cultural”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, n° 27, Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA).
- BENENCIA, Roberto y German QUARANTA (2006), “Mercados de trabajo y economías de enclave. La ‘escalera boliviana’ en la actualidad”, en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, n° 60, Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA).
- BERGESIO, Liliana y Laura GOLOVANEVSKY (2005), “Vulnerabilidad y pobreza en la ‘nueva ciudad’. El caso del barrio Alto Comedero en San Salvador de Jujuy”, trabajo presentado en el 7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, ASET, 10 al 12 de agosto.
- 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, pp.61-73. Disponible en: www.didac.ehu.es/antropo

- BRUNVAND, Leif y Johan SANDER (1993), "Iron Deficiency. Anemia Among Immigrant Children from Developing Countries", en *Tidsskr Nor Laegeforen*, n° 113 (14), pp. 1719-20.
- 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" en *Iconos, Revista de Ciencias Sociales*, n° 28.
- (2008), "'Que se haga cargo su país': la cultura, los Estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy", en Cristina GARCÍA VÁZQUEZ (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, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- (2009), *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Población, Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, n° 2.
- CERRUTTI, Marcela y Georgina BINSTOCK (2009), *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*, Santiago de Chile, CEPAL-UNFPA, Serie Políticas Sociales n° 147.
- CERRUTTI, Marcela y Betina FREIDIN (2004), "Evaluando la calidad de la atención en servicios de planificación familiar en la Ciudad de Buenos Aires: medidas estandarizadas y percepción de las usuarias", In-

forme Final, World Health Organization (H9/181/R763, Project: A 15199) (mimeo).

CERRUTTI, Marcela y Alicia MAGUID (2010), "Familias divididas y cadenas globales de cuidado: la migración sudamericana a España", Santiago de Chile, CEPAL-UNFPA, Serie Políticas Sociales n° 163.

CERRUTTI, Marcela y Emilio PARRADO (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 (mimeo).

CEVA, Mariela (2006), "La migración limítrofe a la Argentina en la larga duración", en Alejandro GRIMSON y Elizabeth JELIN (comps.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*, Buenos Aires, Prometeo.

CODECASA, L. R., A. D. PORTEA, A. GORI, F. FRANZETTI, A. DEGLI ESPOSTI, A. LIZIOLI, V. CARRERI, M. C. DI PROIETTO, F. PEROZZIELLO y G. BESOZZI (1999), "Tuberculosis among Immigrants from Developing Countries in the Province of Milan 1993-1996", en *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3 (7), pp. 589-595.

CONSEJO FEDERAL DE POBLACIÓN (COFEPO) (2008), "Resultado del trabajo en Comisiones", Buenos Aires, COFEPO, 15 y 16 de mayo (mimeo).

FAÚNDEZ, Alberto (1992), "Control Prenatal", en A. PÉREZ SÁNCHEZ, E. DONOSO SIÑA (eds.), *Obstetricia*, Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

GRIMSON, Alejandro (1999), *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*, Buenos Aires, Eudeba.

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

- (2000b), “Introducción: ¿fronteras políticas *versus* fronteras culturales?”, en Alejandro GRIMSON (comp.), *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*. Buenos Aires, Ciccus-La Crujía.
- GUENDELMAN, S., P. BUEKENS, B. BLONDEL, M. KAMINSKI, F. C. NOTZON y G. MASUY-STROOBANT (1999), “Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium”, en *Maternal and Child Health Journal*, 3 (4), pp. 177-187.
- HARDIE, R. M. y J. M. WATSON (1993), “Screening Migrants at Risks of Tuberculosis”, en *British Medical Journal* 307(6918), pp. 1539-1540.
- 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*, n° 310, pp. 1-14.
- HINOJOSA GORDONAVA, A. R. (2008), “España en el itinerario de Bolivia. Migración Transnacional, Género y Familia en Cochabamba”, en Marta NOVICK (ed.), *Las Migraciones en América Latina. Políticas, Culturas y Estrategias*, Buenos Aires, CLACSO-Catálogos.
- JELIN, Elizabeth, Alejandro GRIMSON y Nina ZAMBERLIN (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, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- KARASIK, Gabriela (1994), “Plaza grande y plaza chica: etnicidad y poder en la Quebrada de Humahuaca”, en Gabriela KARASIK (comp.), *Cultura e Identidad en el Noroeste argentino*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- (2000), “Tras la genealogía del diablo. Discusiones sobre la Nación y el Estado en la frontera argentino-boliviana”, en Alejandro GRIMSON (comp.), *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, Buenos Aires, Ciccus-La Crujía.

- KUO, Joann y KATHERYNN PORTER (1998), "Health Status of Asian Americans: United States, 1992-1994", en *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 298, Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
- LANDALE, Nancy S., R. S. OROPESA y BRIDGET GORMAN (1999), "Immigration and Infant Health: Birth Outcomes of Immigrant and Native Women", en D. J. HERNANDEZ, *Children of Immigrants: Health, Adjustment, and Public Assistance*, Nueva York, Plenum Press.
- MAGLIANO, María José (2007), "Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género", en *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 Séptimas Jornadas Argentinas de Estudios de Población, organizadas por la Asociación Argentina de Estudios de Población, Tafí del Valle, Tucumán.
- MARTENS, P. y L. HALL (2000), "Malaria on the Move: Human Population Movement and Malaria Transmission", en *Emerging Infectious Diseases* 6 (2), pp. 102-109.
- MARTINÉ, George, Ralph HAKKERT y José Miguel GUZMÁN (2000), "Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares", ponencia ante Simposio sobre Migración Internacional en las Américas, organizado por CEPAL/CELADE y OIM, San José, Costa Rica, 4-6 de septiembre.
- MASSACCESI, Hugo y Luciana MASSACCESI (2008), "Ejercicio de la medicina en el NOA, su desafío", en *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 28, n° 1, Buenos Aires, 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, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

SALA, Gabriela (2000), "Mano de obra boliviana en el tabaco y la caña en Jujuy", en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, año 15, n° 45, Buenos Aires, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA).

----- (2001), "Inserción laboral precaria de migrantes limítrofes en Jujuy", trabajo presentado en el V Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, ASET, 1° al 3 de agosto.

----- (2002), "Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina", trabajo presentado en el XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, noviembre.

STROOT, P. (1989), "Health Problems of the Migrants" en *World Health*, diciembre.

UNITED NATION FOUND FOR POPULATION ACTIVITIES (UNFPA) (2006), *Estado de la Población Mundial 2006. Hacia la Esperanza. Las Mujeres y la Migración Internacional*, UNFPA.

VERA, H. (1993), "The Client's View of High-Quality Care in Santiago, Chile", en *Studies in Family Planning*, vol. 24, n° 1, pp. 40-49.

WILLIAMS, Timothy, Jessie SCHUTT-AINÉ e Yvette CUCA (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, Nueva York, The Alan Guttmacher Institute.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1996), *The World Health Report 1996. Fighting Disease, Fostering Development*, Summary, Nueva York, WHO.

WILSON, Mary (1995), "Travel and the Emergence of Infectious Diseases", en *Emerging Infectious Diseases*, 1(2), pp. 39-46.

ANEXO

TABLA 1. EFECTOS Y PROBABILIDADES RELATIVAS DEL MODELO DE REGRESIÓN BINOMIAL LOGÍSTICA PARA PREDECIR EL BAJO PESO AL NACER. PUÉRPERAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. SEPTIEMBRE DE 2008

VARIABLES INDEPENDIENTES	COEFICIENTE (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
No		
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		
Sí	-0,1891	0,83
No		
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	167,8300	
Grados de libertad	11	

Fuente: Encuesta Perinatal 2008 relevada por el Programa de Maternidad e Infancia de la Provincia de Buenos Aires.



