

Experiencias de los procesos de búsqueda y atención sanitaria en el embarazo, parto y puerperio de mujeres migrantes bolivianas

Maternidad del Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Por Karina Cammarota

Lic. en Psicología (UBA)
Diplomada en Gestión Integral de Políticas, Programas y Servicios en Salud Sexual y Reproductiva, (Universidad ISALUD-CEDES)
Ex residente y jefa de residentes del Hospital General de Agudos Teodoro Alvarez, CABA

1. Introducción

Conocer las características de la población a la que se presta asistencia sanitaria facilita el acceso de dicha población a los sistemas de salud a la vez que genera mejoras en la calidad de atención. El presente proyecto apunta a trabajar desde el paradigma de la interculturalidad, definiendo la voz de las usuarias en las modalidades de atención.

El Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos T. Álvarez (HGTA) ha sostenido a lo largo de su historia una mirada centrada en las usuarias y sus necesidades. Los datos del libro de ingresos-egresos de la sala de maternidad correspondientes al año 2012 muestran que aproximadamente un 60% de dichos registros corresponde a mujeres migrantes. En el año 2013, de los 1500 partos registrados alrededor de un 60 % fueron de mujeres migrantes, 40% de los cuales corresponden a mujeres migrantes bolivianas (cuadro 1 en página).

Frente a la gran demanda de atención de las mujeres migrantes bolivianas y las dificultades que se presentaban en el servicio, en 2009 se realizaron encuentros interculturales entre los profesionales y los miembros de la Pastoral Boliviana en Argentina. Se trabajó con la modalidad de taller teniendo como temática general la salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes de origen boliviano, desde una perspectiva intercultural

La motivación de dichos encuentros estuvo planteada en torno a dificultades que los profesionales encontraban en la comunicación “parece que no entienden”, “no te preguntan nada”, “parecen asustadas”. La percepción iba desde mujeres indiferentes, o con dificul-

El presente trabajo en el resumen del proyecto de investigación homónimo, financiado por la Universidad Isalud a través de la convocatoria de Becas Mario Gonzalez Astorquiza 2013. El documento completo se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD.

tades cognitivas y/o culturales hasta la generación de estereotipos acerca de las mujeres bolivianas. Los profesionales refirieron los controles prenatales tardíos o ausentes, falta de realización de estudios de rutina durante el embarazo, poco diálogo, por lo cual no sabían si las mujeres entendían las indicaciones. En los encuentros que realizaron los miembros de la pastoral, plantearon la cosmovisión andina aymara, la idea de respeto por el otro expresado en el tono de voz bajo, el lugar de la mujer en la unidad con el hombre y su comunidad, entre otras.

Por los mencionados antecedentes de trabajo en el servicio en torno a los problemas de salud sexual y reproductiva y migración, y frente a la demanda significativa de las mujeres migrantes bolivianas, se genera la presente investigación. El abordaje es desde la perspectiva de las usuarias. En este sentido es básico el conocimiento de las características de cada grupo de procedencia, así como la situación legal, el status laboral, familiar y social que pueden hacer a las mujeres migrantes más vulnerables a la morbi-mortalidad materno infantil y problemáticas asociadas (Bravo, A., 2003).

Cada una de estas cuestiones afectan directamente la accesibilidad y la equidad en salud y por ello se incluyen en el estudio. Se definieron las características socio-económicas y familiares de dichas mujeres, para poder establecer la influencia que el proceso migratorio tiene en las relaciones que pudiesen existir entre los factores sociales y el sistema de creencias, con la atención de la salud sexual reproductiva. Se tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos en el marco de la experiencia migratoria, definida la misma, en tanto punto de encuentro de una mujer en particular con sus representaciones (de sí misma y de su cultura) y su condición de migrante en la ciudad de Buenos Aires, en referencia a la accesibilidad y la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

La generación de un encuadre, en el presente proyecto, nos remite tanto a los numerosos trabajos y estudios sobre los fenómenos migratorios y estudios de género, como a las declaraciones, documentos y marcos legislativos que van generando los antecedentes para pensar el derecho a la salud inserta en una lógica de ciudadanía universal. Definiremos la condición migratoria desde las características de las mujeres migrantes bolivianas en el país. Dicha condición de migrantes tiene elementos socioculturales y subjetivos en juego. Las mujeres migrantes enfrentan múltiples contextos de desigualdad marcados por las identificaciones de género, etnia, raza, clase, origen nacional, etc. Respecto a la migración de mujeres bolivianas hacia Argentina, su ubicación preponderante en el mercado de trabajo informal, situación que vulnera sus derechos y sus condiciones de trabajo tiene implicaciones en la salud en general y en especial en la salud sexual y reproductiva. Además, este escenario se potencia debido a la existencia de estereotipos culturales que intensifican, por un lado, la participación de estas trabajadoras en determinados tipos de trabajo y, por otro, la persistencia de prácticas de discrimi-

nación y subordinación, que limitan su inserción en las comunidades de destino. En efecto, la estratificación de género, etnia y clase en los mercados de trabajo en las comunidades de arribo profundiza la desigualdad, discriminación y exclusión que afecta a esta población, situación que refuerza también los roles de género. Estos datos son necesarios de analizar en pos de pensar la relación entre la población migrante y los efectores de salud del país de destino. La diversidad cultural, que solo en parte se expresa por las distinciones idiomáticas, genera un campo de inadecuaciones y malentendidos en la relación entre los migrantes y el personal de los servicios de salud que en general no se encuentra formado para una atención de carácter intercultural. Es habitual que existan diferencias en las pautas sanitarias de nativos e inmigrantes. Por lo común, los inmigrantes mantienen en el país receptor modelos y conductas para el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad que pueden contrastar con las del modelo dominante en los servicios públicos de salud. Mario Testa en su trabajo *Pensar en salud* (OPS, 1990) nos advierte que el desconocimiento de la subjetividad y también de la socialidad del paciente disminuye la eficacia de la intervención del sistema de salud, por lo cual, reintegrar dichos aspectos interroga al tipo de políticas públicas que se plantean entre salud y migración.

2. Marco conceptual

Hablar de migración es hablar de un proceso histórico y permanente que se ha dado y se seguirá produciendo. Los flujos migratorios constituyen procesos sociales relevantes que en esta etapa histórica que llamamos globalización toman características particulares. El término migración designa los cambios de residencia más o menos permanentes, por lo común debidos a factores económicos, laborales, sociológicos o políticos. La migración está asociada con un deseo de mejorar la calidad de vida relacionado a los accesos a servicios básicos, a un empleo y a un mejor servicio educativo y de salud. La Ley de migraciones 25.871, sancionada por el parlamento argentino en el año 2003, adopta un enfoque de derechos humanos en el tratamiento de las migraciones. La norma garantiza la reagrupación familiar, el acceso igualitario a la educación y a la salud como derechos inalienables de las personas migrantes, estableciendo la igualdad de derechos entre nacionales y extranjeros.

Según el Censo Nacional de Población de 2010 el porcentaje de extranjeros en la población total se ha mantenido relativamente estable en las últimas décadas (el 4,5% del total de población del país). Lo que ha variado considerablemente es la composición de esa población: perdieron participación proporcional los procedentes de los distintos países europeos y la ganaron los de los países limítrofes. Estos últimos representaban en 1980 el 2,7% del total de población del país, en 1991 el 2,6%, en 2001 el 2,6% y en 2010 el 3,1%. En relación a la migración boliviana, desde el año 1920 en adelante, se

constituyó como una de las más importantes en Argentina. En los años noventa, se advierte un incremento considerable de la cantidad de inmigrantes bolivianos residentes en el país, convirtiéndose en la población limítrofe con mayor crecimiento respecto del período anterior. Analizando la distribución de los migrantes bolivianos en el territorio argentino, se advierte según los datos del último Censo Nacional, que el lugar de mayor concentración es el Área Metropolitana de Buenos Aires. (INDEC, 2012)

Según Grimson, del proceso migratorio boliviano hacia Argentina de los últimos 40 años surgen algunos fenómenos que caracterizan la peculiaridad de este grupo:

- 1) la pendularidad de los movimientos de población entre Argentina y Bolivia mantiene los lazos familiares y locales, combinados con;
- 2) la solidaridad del Ayllu¹ en el proceso migratorio, elementos ambos que llevan a la constitución de “redes asociativas transnacionales” (Benencia, 1995) que sostiene la migración;
- 3) la continuidad de las tradiciones culturales, especialmente entre la población kolla, de larguísima tradición comercial y fiel a su lengua aymara;
- 4) el rol preponderante de las mujeres que, siguiendo la tradición andina, administran el dinero y son protagonistas de las relaciones mercantiles;
- 5) la identificación actual con Argentina recreando sus tradiciones culturales.

Este fenómeno de autoidentificación como “bolivianos” superando las identidades regionales de origen e identificándose a la vez con la patria de acogida es lo que Alejandro Grimson llama la “nueva bolivianidad en Argentina”.

La migración desde Bolivia hacia Argentina se ha caracterizado por ser principalmente laboral fomentada por las posibilidades que se presentaron en el mercado laboral argentino y por las crisis económicas que se han sucedido en el país vecino (Magliano, 2007). Sin embargo, los factores económicos no pueden considerarse los únicos factores para explicar el fenómeno migratorio pues coexisten dimensiones sociales, culturales e históricas que juegan un papel relevante en la movilidad de las personas, en la persistencia del flujo migratorio y en la elección del lugar de destino. En el trabajo de Cerrutti (2009) se señala que en la región latinoamericana la migración en general y de las mujeres en particular puede ser entendida como una estrategia adaptativa a los cambios globales signados por el incremento de la desigualdad social y el empobrecimiento y la exclusión social de los sectores más desfavorecidos en la mayoría de los países de la región. Los fenómenos migratorios deben ser entendidos como procesos que condicionan y modifican la vida de los

sujetos que participan en estos movimientos. En efecto, la migración supone, en muchos casos, una redefinición de los roles desempeñados por hombres y mujeres en los ámbitos familiar y social. Por ende, como consecuencia del traslado, es posible identificar cambios y continuidades en las dimensiones de género. Las mujeres siempre han estado presentes en los movimientos migratorios, pero hoy se las encuentra en casi todas las regiones, en todos los tipos de flujos y cada vez más salen de manera autónoma, a diferencia de otros siglos donde el patrón era asociativo. Los movimientos migratorios pueden transferir la autoridad patriarcal desde los países de origen a los de destinos en tanto se tiene en cuenta el patrón familiar de la migración (Jelin, 1998). La migración de varones era considerada autónoma mientras que la de mujeres era definida como un patrón asociativo: migraban en tanto hijas o cónyuges de un migrante masculino. Aquí el género es una variable decisiva por su influencia en la división del trabajo y en el proceso decisorio familiar en la sociedad de origen (Balan, 1990). Sin embargo, pensar desde una perspectiva de género nos lleva a interrogar dicho patrón asociativo y delimitar qué de la autonomía de las mujeres está en juego en la decisión de migrar y qué se reacomodará respecto de dicha elección en el país receptor. No importa la calificación profesional de las mujeres migrantes, estas tienen una formación natural producto de la construcción de género y etnia que les permite desempeñarse como vendedoras ambulantes o trabajadoras textiles o empleadas domésticas. En el caso de Argentina, las mujeres inmigrantes han pasado de constituir el 49,7 por ciento en el censo 1980 al 53,9 por ciento en el censo 2010. Dentro de los tres grupos más dinámicos de inmigrantes en las últimas décadas, esto es, paraguayos, bolivianos y peruanos, las mujeres representan el 55,6 %, 50,3 % y 55 % respectivamente (Rizzolo, 2011). En el caso de las migrantes bolivianas el carácter familiar de esta migración y a las particularidades de la pequeña producción agrícola en Bolivia, 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). Migrar supone cambiar de entorno, es decir la redefinición de los grupos de referencia. Este proceso de reacomodación, denominado por algunos autores aculturación, en el sentido de cambio de mi cultura (se van a ver influidas en parte, mis costumbres, valores, creencias, etc.), impacta de manera directa sobre la subjetividad de las mujeres.

La experiencia migratoria es señalada como uno de los determinantes de salud, ya que puede suponer una situación de marginación y exclusión económica y social, con privación de derechos fundamentales, por lo que se trata de una población especialmente vulnerable que requiere una atención específica desde un punto de vista social y sanitario. La evidencia disponible, tanto nacional como internacional, sugiere el alto riesgo de exclusión de los servicios sanitarios debido tanto a la confluencia de peores determinantes de salud (bajo poder

1 El Ayllu es el conjunto de familias ligadas por vínculos de sangre y afines que conforman un núcleo de producción económica y distribución de los bienes de consumo. El antecedente más antiguo del Municipio en Bolivia es el Ayllu. (Saavedra, Bautista, “El Ayllu. Estudios Sociológicos”, La Paz, Bolivia: Editorial Juventud, 4ta Ed., 1971).

adquisitivo, condiciones de vida y laborales precarias) como a sus propias idiosincrasias (culturales, religiosas, desconocimiento del sistema, etc.). Analizar las relaciones que se establecen entre salud sexual y reproductiva y migración se vuelve de fundamental importancia frente a la planificación de políticas tanto sea migratoria como de salud, visibilizando a las mujeres a la hora de su elaboración. En el caso de poblaciones migrantes tener en cuenta las características y las experiencias de dicho colectivo darán cuenta de la direccionalidad que se le podría dar a los servicios de salud. La oferta sanitaria, en tanto modo de abordaje de las problemáticas de salud, y en especial salud sexual y reproductiva, definirán modalidades de atención que se incluyan dentro de la lógica de ciudadanía universal y la idea de interculturalidad, teniendo en cuenta las voces de las mujeres que consultan. Considerando el acceso como un proceso más allá del contacto inicial con el sistema de salud que incluye la continuidad del tratamiento, y el momento de internación en la maternidad, y el deseo y la satisfacción de las mujeres respecto de la atención, situando en especial la relación médico/a, obstetra, enfermero/a-paciente. Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, (Comes 2006). 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 los efectores de salud. 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, se requiere de una activa participación de las organizaciones de inmigrantes y organizaciones de base que trabajan para promover el bienestar de las mujeres. Las experiencias de las mujeres migrantes bolivianas en tanto mujeres y migrantes respecto del acceso y la atención sanitaria, nos lleva a pensar en las diversas miradas frente al sistema de salud y a los factores en juego respecto de la calidad de los servicios.

Toda sociedad, independientemente de su origen histórico o de su localización geográfica, forja un sistema de salud. Entendido el proceso de esta manera, podemos definir dicho sistema como una forma de respuesta social organizada que define determinadas significaciones. El modelo médico hegemónico no está aislado, sino que se integra en una red compleja de creencias y valores como parte de la cultura de cualquier sociedad. (Menéndez, 2004). Así, los pacientes recurren a diversos esquemas de atención además de la medicina institucional. La concepción de salud materna depende de las definiciones que las mujeres tengan sobre ella, lo que condicionará los tipos de ayuda a buscar y el momento en que lo harán. (Jodelet, 1986). Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas,

conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que las mujeres tienen con su cuerpo, con el embarazo y el parto, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos

De las resoluciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Egipto) en el año 1994, surge que los conceptos y políticas sobre población y desarrollo están indisolublemente unidos, lo cual exige tomar en cuenta las necesidades de las personas vinculadas a la educación y salud reproductiva, incluyendo específicamente el empoderamiento de la mujer. Desde esta perspectiva, la Conferencia definió la salud sexual y reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Supone garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; el derecho a reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia; el derecho al acceso a información veraz, pertinente y de calidad respecto de la salud sexual y reproductiva; el derecho a la asistencia sanitaria necesaria para proteger la salud personal y familiar; el derecho a beneficiarse de los avances y progresos científicos en la asistencia sanitaria. El campo de la Salud Reproductiva y los Derechos Reproductivos, colocado por la CIPD (Cairo, 1994) en la agenda política internacional, ofrece una perspectiva compleja e integral, en tanto proceso multidimensional, estrechamente relacionado con el ejercicio de los derechos y que trasciende ampliamente el campo de la planificación familiar. En tal sentido, se subraya la responsabilidad de los Estados en generar las condiciones básicas para su ejercicio. El enfoque desde el cual definimos los derechos sexuales y los derechos reproductivos articula su carácter de derechos humanos, con la perspectiva del ejercicio individual, y la responsabilidad social y política de los Estados, de generar las condiciones indispensables para su ejercicio. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, proponen una refundación y una redefinición de la relación entre lo público y lo privado. Se trata de un cambio de paradigma en los campos de la sexualidad y de la reproducción, entendiéndose que éstos se encuentran en un cruce de caminos entre lo íntimo-personal, y lo público-social.

Se debería tener en cuenta que las dos realidades del comportamiento sexual y del comportamiento reproductivo pueden ser enlazadas o desconectadas. Desde ese punto de vista los Estados tienen la obligación de crear las condiciones necesarias para que las mujeres y los hombres ejerciten sus elecciones significativas acerca de si enlazar o no la sexualidad con la reproducción. La idea de los conjuntos desconectados debería permitir, en el marco de las demandas sobre derechos sexuales, atender con igualdad a una más

amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales que no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos. (Cerruti, 2010)

Las pautas anticonceptivas de las mujeres migrantes parecen estar relacionadas por cuestiones culturales y de género, lo cual no es privativo de estas mujeres. Podemos señalar dos elementos:

En primer lugar, que el valor fundamental asociado a la feminidad es la función reproductiva; en segundo lugar, 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. (Cerruti, 2010) Estos patrones constituyen una fuerte restricción para el cuidado anticonceptivo. 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 cuidado de los niños o durante el embarazo o el parto de las mujeres.

3. Hipotesis, objetivos y metodología

La condición de migrantes es un factor que influye de manera directa en los procesos de búsqueda y la atención sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio de mujeres migrantes bolivianas que asisten a la Maternidad del Hospital Álvarez.

Debe mencionarse, dadas las características de un estudio exploratorio, que se dificulta la formulación de una hipótesis predictiva del tipo de relación entre factores.

3.1 Objetivo general

Describir y analizar las características de las mujeres migrantes bolivianas que tienen su parto en la maternidad del Hospital Álvarez, tomando la experiencia de las mismas respecto de los procesos de búsqueda y la atención sanitaria recibida durante el embarazo, el parto y el puerperio en dicha maternidad.

3.2 Objetivos específicos

- Relevar y analizar datos socio demográficos y de salud materna de las mujeres migrantes bolivianas a partir de las historias clínicas perinatales dentro del servicio de obstetricia del Hospital Álvarez.
- Describir y analizar los procesos de búsqueda y atención de las mujeres migrantes de origen boliviano respecto del embarazo, parto y puerperio en del servicio de obstetricia del Hospital Álvarez.
- Indagar la relación entre la condición de migrantes de mujeres de origen boliviano, con los procesos de búsqueda, la atención sanitaria recibida durante el embarazo, parto y puerperio en del

servicio de obstetricia del Hospital Álvarez.

- Identificar factores que influyen en los procesos de búsqueda de atención de mujeres migrantes bolivianas.

3.3 Metodología

Se trató de un estudio exploratorio descriptivo. A los fines de los objetivos propuestos se utilizó la triangulación de métodos cuali y cuantitativos.

Población:

a. Población objetivo

Mujeres migrantes bolivianas que tienen su parto en el servicio de obstetricia del Hospital general de Agudos T. Álvarez.

b. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión

Mujeres de nacionalidad boliviana, cuenten o no con DNI argentino, que tuvieron su parto en la sala de obstetricia y se encontraban cumpliendo la internación en la misma.

Se incluyeron las mujeres migrantes bolivianas con y sin controles prenatales.

Se excluyeron mujeres con fetos nacidos muertos y menores de 18 años.

c. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos

Se conformó una muestra con los registros del Sistema Informático Perinatal (SIP) y el libro de partos de las pacientes de sexo femenino migrantes de origen boliviano internadas que tengan su parto en la maternidad Hospital Álvarez por un período de 3 meses.

Se conformó una sub-muestra intencional. Los criterios de selección fueron: mujeres bolivianas, mayores de 18 años, en edad reproductiva, que hayan tenido su parto en la maternidad del HGTA. Se consideraron 3 segmentos de edad: (18-20/21-30/ más de 31).. Se realizaron 18 entrevistas. Respecto de la cantidad de entrevistas se tuvo en cuenta el criterio de saturación teórica, en tanto no se encontraron datos adicionales por medio de los cuales se puedan desarrollar propiedades de las categorías.

Respecto del análisis de sesgos se tuvo en cuenta que al tomar como población accesible a mujeres migrantes bolivianas que tengan su parto en el servicio de obstetricia del HGTA no se pueden generalizar los resultados ni a todos los hospitales de CABA ni a la totalidad de las mujeres migrantes bolivianas que viven en la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo se pueden obtener datos para mejorar la calidad de atención del servicio del estudio y ubicar las barreras respecto de los procesos de búsqueda y atención sanitaria de estas mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, se tuvo en cuenta el sesgo de cortesía respecto del mo-

mento (pos parto) y lugar (sala de internación) en que estas mujeres fueron entrevistadas.

Se recogieron datos del SIP y del libro de partos de un período de tres meses. Los datos recabados fueron:

- Datos socio demográficos (edad, estado civil, etnia, domicilio, si vive sola, estudios alcanzados)
- Antecedentes obstétricos (embarazos, partos, cesáreas, abortos, nacidos vivos o muertos)
- Planificación de embarazo, métodos anticonceptivos previos, consejería de anticoncepción, método elegido al alta.
- Controles prenatales (donde y cuantos), preparación para el parto (curso), Consejería lactancia materna
- Hospitalización en el embarazo, tiempo. Acompañamiento en el parto, posición durante el parto (sentada, cuclillas, acostada)
- Se aplicara a la segunda muestra una encuesta semi-estructurada, teniendo en cuenta las siguientes variables:
 - Datos socio demográficos (edad, estado civil, etnia, domicilio, personas con las que convive, ocupación antes y después de la migración, tipo de ocupación, estudios alcanzados);
 - Experiencia migratoria, vivencias de la mujer (lugar de origen, procedencia de lugar rural o urbano, causa de la migración, hace cuantos años vive en el país, posibilidad de establecerse en el país receptor, situación legal);
 - Redes sociales y familiares anteriores y posteriores a la migración, redes de apoyo en el país receptor;
 - Historia de la Salud sexual y reproductiva, cantidad de embarazos y de hijos, control prenatal, abortos provocados o espontáneos, anticoncepción (métodos);
 - Imágenes de género, (cuál es el lugar de la mujer en la familia respecto de los hijos y su esposo, se define a si misma como sostén del hogar o aporta económicamente al mismo, participación en decisiones familiares);
 - Utilización de servicios de salud (si es la primera vez qué concurre al hospital, por que eligió el mismo, experiencias previas, a que otros servicios del Hospital ha concurrido);
 - Relación médico-paciente. Vivencias de la mujer (sentimientos de confianza, respeto, haber entendido las indicaciones, apoyo, consejería, privacidad).

3.4 Descripción de ámbito de estudio

El ámbito de la investigación fue el servicio de obstetricia del Hospital general de Agudos T.Álvarez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es un hospital general de agudos de complejidad intermedia con 400 camas. En las dos manzanas que ocupa se distribuyen los pabellones que albergan a los distintos servicios. El mismo se encuentra en el barrio de Flores. El área de cobertura se extiende desde las vías del ex - ferrocarril Sarmiento, siguiendo por Segurola, Cesar Díaz,

Concordia, Álvarez Jonte, Cuenca, Nogoyá, vías del ex - ferrocarril San Martín, Warnes, Juan B. Justo, Añasco, Martín de Gainza.

Algunas de las particularidades del área son:

- La gran cantidad de trabajadores informales, en su mayoría migrantes de países limítrofes que reside en la zona, donde asientan gran cantidad de talleres textiles.
- Asentamientos en las proximidades de las vías del ferrocarril, habitadas por “cartoneros”.
- La cercanía con el ferrocarril que procede de la zona oeste del gran Buenos Aires (Área Metropolitana) es una de las razones de la alta proporción de consultantes provenientes del conurbano bonaerense.

El Servicio de Obstetricia forma parte del Departamento Materno-Infanto-Juvenil. Sus principales características son:

- Es un servicio categorizado como II Nivel, (mediana complejidad)
- Cuenta con 30 camas de internación
- Se producen anualmente alrededor de 1500 nacimientos
- Se asisten alrededor de 400 abortos
- Se trabaja con una perspectiva de género

El mismo cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario compuesto por médico/as obstetras y licenciadas en obstetricia, enfermero/as, psicólogas y trabajadora social.

4. Resultados

4.1 Datos cuantitativos

Se realizo un relevamiento de los datos del SIP y del libro de partos del Servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez, por un periodo de tres meses (de octubre a diciembre de 2013). Sobre un total de 420 partos, 175 corresponden a mujeres migrantes de origen boliviano (41,6%).

La media de edad fue de 25,8 años, siendo mayoritariamente el lugar de residencia la Ciudad de Buenos Aires (74,3%), y el resto en el conurbano bonaerense (gráfico 1 y 2).

De los datos recabados, 71,4% de las mujeres migrantes de origen boliviano poseían DNI, con lo cual habían regularizado su situación migratoria, siendo el 28,6% quienes aun tenían cedula boliviana únicamente (grafico 3).

En referencia a la escolaridad, el 36% realizo estudios primarios, habiéndolos completado el 21%. El 61,1% de las mujeres tiene estudios secundarios, terminándolos el 37,1%. Sólo el 2,9 % realizó estudios terciarios y/o universitarios, no habiéndolos completado ninguna de las mujeres. No se registraron mujeres analfabetas (cuadro 4).

El 76,5% de las mujeres se encuentran en pareja y/o casada, dentro de ese porcentaje el 67,4 % se encuentra en una unión estable (gráfico 5). Respecto del acompañamiento por su entorno socio fami-

Gráfico 1
Distribución de las edades de las mujeres que tienen su parto en el Hospital Alvarez

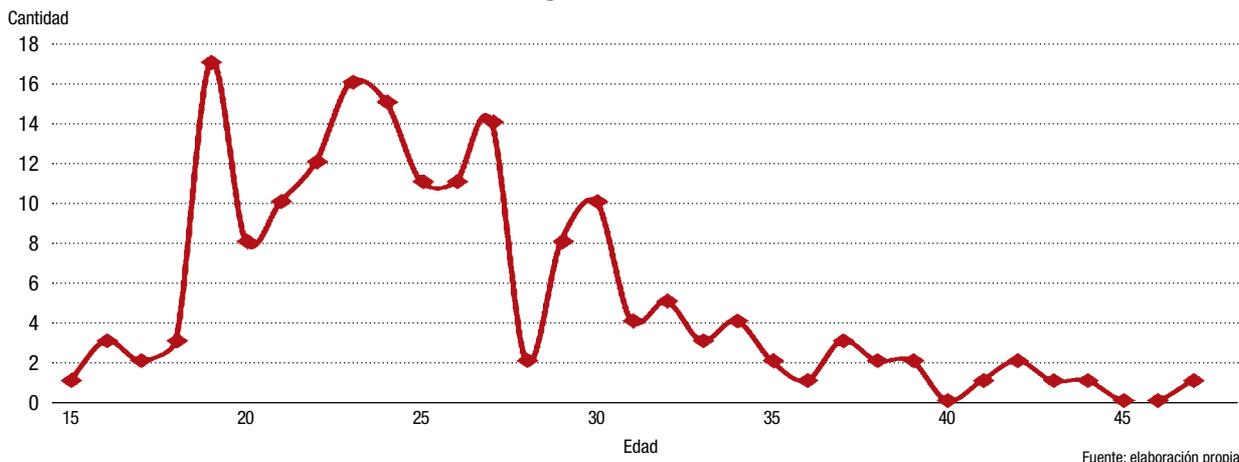


Gráfico 2
Lugar de residencia

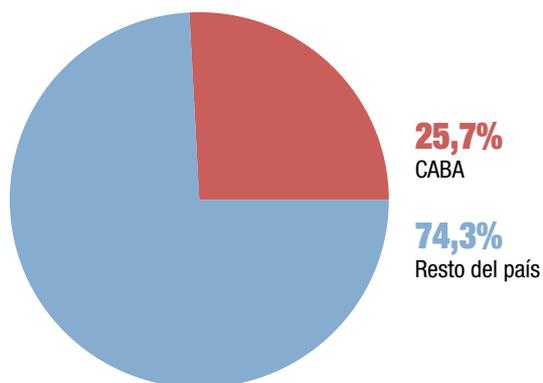


Gráfico 3
Tipo de documento de identidad

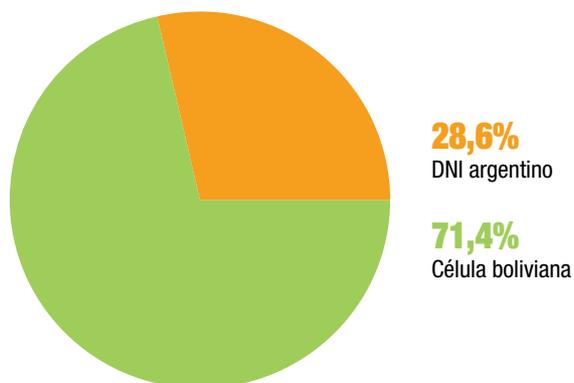


Gráfico 4
Escolaridad

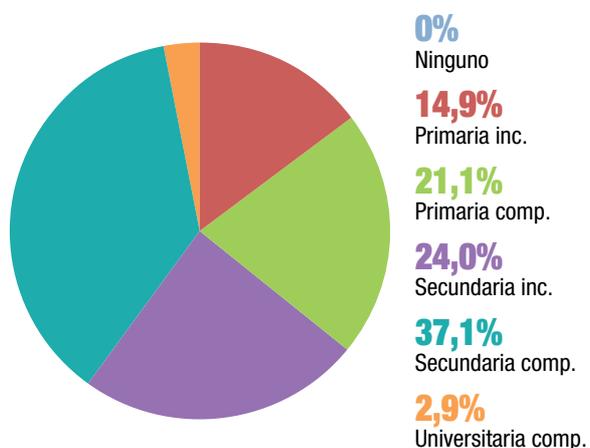
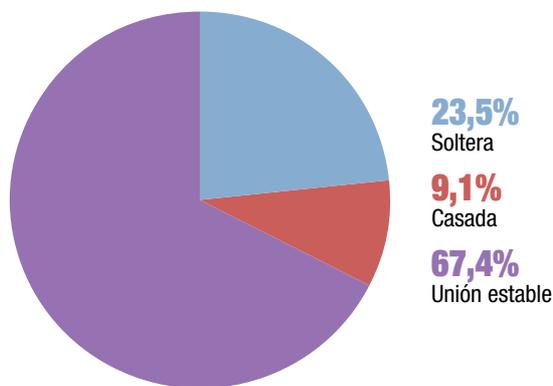


Gráfico 5
Estado civil



liar, durante el parto el 54,9% de las mujeres se encontraba sola. El 37,1% estuvo acompañada por su pareja y el 8% por otros familiares o amigos. El 40% de las mujeres que estaban en pareja o casadas se encontraron solas durante el parto (gráfico 6 y 7).

De los datos relevados en torno al control prenatal (CP) el 82,3% lo realizó en el Hospital Álvarez. promedio de controles prenatales es 5,4 respondiendo a los parámetros propuestos por la OMS. Sólo el 4% no realizó ningún control prenatal. Del 96% restante el 50,9% realizó más de 5 controles. No se cuenta en el SIP con datos en torno a la distribución de los mismos por trimestre (gráfico 8).

El 56,6% son mujeres primigestas, con un promedio de 1,5 hijos nacidos vivos, siendo de 0,2 el promedio de abortos.

En referencia a los métodos anticonceptivos (MAC) utilizados por las mujeres, previo al evento obstétrico, el 94% no usaba ningún

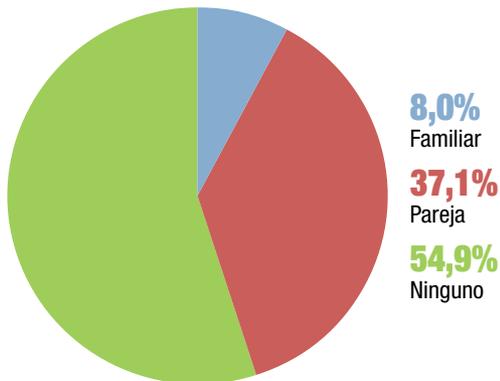
método. El 2,3% utilizaba preservativos y el 3,4% hormonales (gráfico 9).

Respecto de la planificación del embarazo el 61,7% de las mujeres afirma haber planificado su embarazo (gráfico 10).

Del 38,3% que no lo planifico, un 86,6% no utilizaba MAC (gráfico 11). En el servicio de obstetricia del Hospital Álvarez se brinda consejería pos parto sobre MAC y la mujer elige un método egresando al alta con el mismo o con un turno en el consultorio de salud sexual y reproductiva. Los datos recabados respecto de la elección pos parto de MAC se distribuyen de la siguiente manera. Un 48,3% eligió los métodos hormonales, un 28,2% los de barrera, un 18,4% el DIU y 5,2% la ligadura tubaria (gráfico 12).

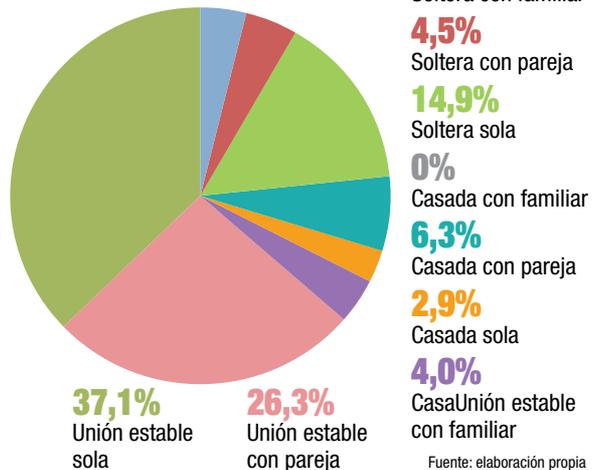
Llama la atención la diferencia pos evento obstétrico en la elección de MAC, debiéndose tener en cuenta que en un porcentaje

Gráfico 6
Acompañamiento en el parto



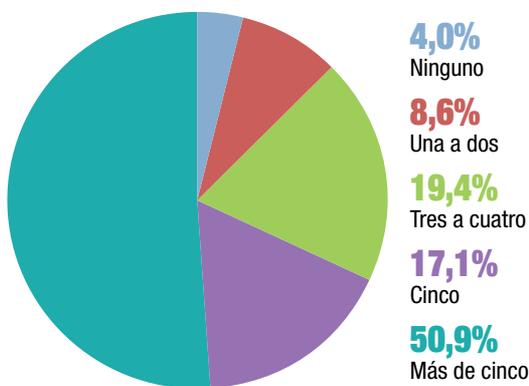
Fuente: elaboración propia

Gráfico 7
Estado civil y acompañante durante el parto



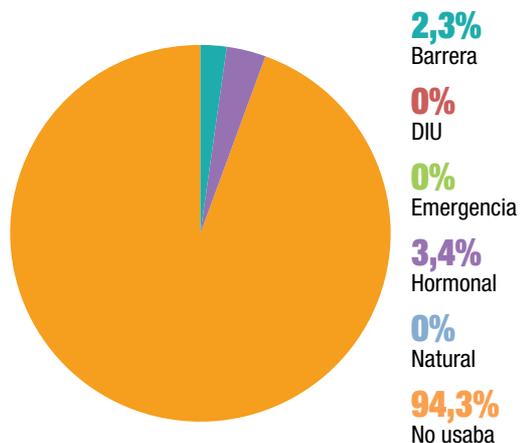
Fuente: elaboración propia

Gráfico 8
Cantidad de controles prenatales



Fuente: elaboración propia

Gráfico 9
Utilización de MAC previo al embarazo



Fuente: elaboración propia

significativo son madres por primera vez. Al comparar estos datos con los de las entrevistas cualitativas podemos observar que en la elección y el uso de MAC modernos o de alta efectividad influyen cuestiones culturales relacionadas al género y a la percepción que las mujeres tienen en referencia a la salud sexual y reproductiva. No aparece una referencia significativa entre mayor nivel de escolaridad y mayor utilización de MAC, de hecho la relación parece ser inversa. Por ejemplo, del 61,1% que realizó la secundaria el 56% no utiliza MAC. Esto a la luz de los datos de las entrevistas cualitativas muestra que aunque las mujeres refieran el ámbito escolar como el lugar en que les hablaron de MAC y sexualidad; aparecen mitos y prejuicios, sostenidos por otras mujeres de la familia, en torno al uso de MAC. (gráfico 13).

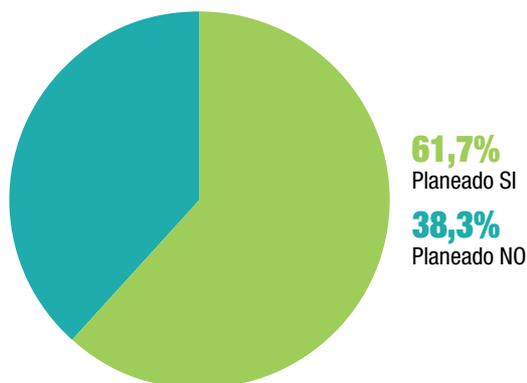
4.2 Datos cualitativos

Se realizaron 18 entrevistas en los meses de enero-febrero 2014 a las mujeres que cursaban su pos parto en la sala de Obstetricia del Hospital Álvarez.

La media de edad es más elevada que la arrojada en los datos cuantitativos, siendo de 29 años, sin embargo hay que considerar que a los fines de la investigación las entrevistas solo se realizaron a mayores de 18 años.

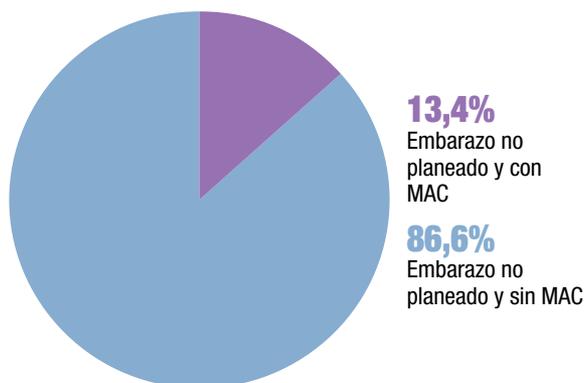
Respecto del lugar de residencia de estas mujeres también predomina CABA como lugar de residencia. En su mayoría provienen de zonas urbanas de Bolivia. Solo dos casos vivían en zonas rurales, sin embargo ya habían migrado internamente en Bolivia. La mayoría había realizado los trámites en migraciones y tenía DNI.

Gráfico 10
Planificación del embarazo



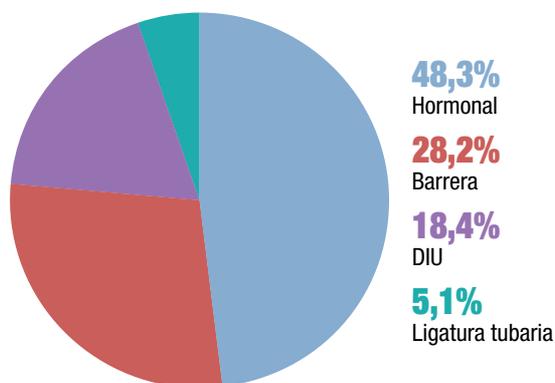
Fuente: elaboración propia

Gráfico 11
Embarazo no planeado y MAC



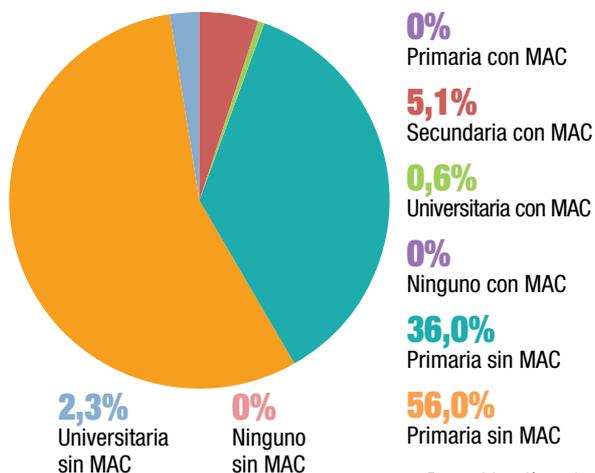
Fuente: elaboración propia

Gráfico 12
Elección de MAC después del parto



Fuente: elaboración propia

Gráfico 13
Nivel de escolaridad y uso de MAC



Fuente: elaboración propia

“Al principio, en el 97 en ese tiempo había restricción, que no se podía estar en los barrios había controles, en la época de Menen. Ahora es diferente. Te desesperabas no sabías y si vienen y te sacan (...) yo ahora tengo DNI, se siente distinto, es difícil decirte como, pero es mejor”²

Respecto del nivel de escolaridad, la mayoría tiene secundaria incompleta. No hay analfabetas o con primaria incompleta. Solo una tiene estudios terciarios completos. Ninguna continuó estudios en la Argentina.

La mayoría de las mujeres (15 /18) está en pareja, ya sea en convivencia de hecho o casadas. Ellas que ellas tienen en la familia es de sostén y encargada de la casa y los hijos, el hombre aparece como proveedor en la mayoría de los casos. La media del número de hijos (2,56) es mayor que en los datos obtenidos del SIP. Sólo 5 de las entrevistadas eran primigestas.

Las ocupaciones tras la migración se nuclean en torno al trabajo en talleres de costura (16/18 entrevistadas), no coincidiendo con las ocupaciones que tenían antes de migrar (cuidado de niños, camarera o vendedora). A partir del embarazo algunas dejan de trabajar (4 de ellas lo hacen) y se dedican al cuidado de los hijos o cambian el tipo de tareas en los talleres.

Respecto de las razones de la migración aparece en patrón asociativo descripto en la bibliografía, siendo las razones familiares, seguidas por las económicas las predominantes. Las mujeres migran con sus maridos o con hermanos mayores, o tíos maternos o paternos. Varias de las entrevistadas plantean en el origen de la migración la muerte de alguno de sus padres (4 de ellas).

“Me vine con la cuñada de mi hermana, pero llegando acá cuando yo quise ir al colegio a terminar no pude, me dijo que no podía y tuve que dejarlo. No era como yo había pensado- Había que trabajar 12 horas para juntar plata y no podía estudiar, así que lo dejé y me puse a trabajar. Allá no había para comer, (...) yo le mandaba dinero a mi madre (...) ahora ya no por que tengo mis hijos.”

“Somos todos unidos, todos hacemos una sola cosa para que todo salga bien, nos apoyamos todos. Cuando yo me vine me podría haber quedado (...) pero no quería separarme de mi hermana y no quería quedarme sola, para mí la familia es muy importante y por eso vine, y estoy contenta por que la verdad compartimos”.

La mayoría de las entrevistadas están en pareja o casadas y en su totalidad sus parejas son de nacionalidad boliviana

Con excepción de una de las entrevistadas, todas llegaron a la Argentina y comenzaron a trabajar, principalmente en talleres de costura. Refieren dificultades para conseguir otro tipo de trabajos, mas allá que no sea un trabajo que han realizado antes o del que tengan conocimiento.

“Al principio estas sola, encerrada, nada más trabajas. Yo no conocía a nadie, tampoco quería hablar mucho y había que trabajar muchas

horas (...) trabajaba 12, 14 y hasta 16 horas, yo quería ganar plata, me pagaban por prenda, yo quería trabajar hasta los domingos, supongo que era para no pensar que estaba sola, (...) me quedé en lo de mi tía pero no era igual que estar en mi casa con mi mamá (...) Después empezás te animas a salir, (...) me vine por que no había salida, pero era triste estar tan lejos. La verdad al principio te da miedo, esta ciudad es muy grande”

El promedio de la cantidad de años que están en Argentina es de 8,5 años, con 3 a 5 años de residencia legal en el país. Con referencia a redes de apoyo pareciera que a mayor cantidad de años en el país mayor red. Solo en un caso se observó escasa red de apoyo, aunque en general cuentan con familiares en el país y adoptan a las familias de sus parejas como red de apoyo principal. Varias de las entrevistadas señalaron participar en grupos y/o asociaciones de compatriotas en el país, siendo solo el caso de dos mujeres que refirieron amigos argentinos con quienes se frecuentaban. El ámbito escolar por medio de sus hijos pareció ser un ámbito de integración con los argentinos. En las entrevistas manifestaron situaciones de discriminación respecto de estereotipos étnicos en especial con los niños y adolescente.

“Mi hijo es Argentino, pero es por el color de piel (...)”

“A mí no me discriminaron pero a mi hermano en el colegio le pegaron una vez, acá te dicen bolita y eso no me gusta, no se es un modo de la gente de acá”

Esto no se repite en general en el ámbito de la salud. Sin embargo manifiestan que a veces las tratan mal en los servicios públicos, aunque solo dos lo relacionan con el hecho de ser migrantes. Manifiestan que muchas veces los malos tratos son del personal administrativo de los hospitales (falta de información, de empatía y desidia hacia la gente que atienden).

Marcan que a mayor información del efector ellas adquieren mayor seguridad, varias de las entrevistadas afirman que en los primeros encuentros con el efector de salud sentían vergüenza y miedo de preguntar cosas. No registran mayoritariamente consultas en efectores de salud ya que en general plantean que solo consultan cuando realmente se sienten muy mal, debido a sus jornadas laborales o al cuidado de los hijos. Algunas resuelven sus malestares físicos con yuyos o medicinas naturales que les fueron transmitidas por sus abuelos o padres en Bolivia.

Respecto de la salud sexual y reproductiva sólo una realizaba controles ginecológicos previos a los embarazos. Las otras mujeres asociaban fuertemente la salud sexual con la reproductiva no teniendo mucha información al respecto. Esto aparecía relatado en torno a mitos o prejuicios en el uso de anticonceptivos, en la creencia que los hombres saben más sobre métodos anticonceptivos y por una sensación respecto a que de sexualidad no se habla mucho en Bolivia. Quince de las entrevistadas fueron acompañadas por su pareja durante el parto, y el resto por familiares o amigas. En este punto en los datos obtenidos del SIP aunque las mujeres estén en pareja se

² En cursiva agregué extractos de las entrevistas a las mujeres migrantes bolivianas que han tenido su parto en la maternidad del HGTA.

presentan mayormente solas al momento del parto. En los relatos las mujeres ubicaban a los hombres queriendo acompañarlas pero no saber cómo.

“Con el último me acompañó (...) yo le vi la cara de susto (...) ellos no entienden nada, no saben de nosotras, no saben eso de parir”

“Me agarró la mano y temblaba (...) no le dije pero tenía ganas, ¿viste lo que se siente?”

Por otro lado, coincidiendo con los datos del SIP todas realizaron controles prenatales, ubicando mayoritariamente en el primer trimestre (13 de ellas). Casi todas las mujeres entrevistadas afirmaban mayor libertad sexual en Argentina y algunas deseaban poder transmitir cuestiones respecto de la sexualidad con mayor libertad a sus hijos, en comparación con lo que sucedió con sus propios padres. Respecto de lo que denominan “mayor libertad sexual” no queda claro que esto repercuta en sus prácticas y en su vida de pareja, sino en los modos que ellas piensan que la sexualidad aparece en el discurso. En esta línea respecto a la elección de MAC interviene su pareja o alguna mujer de la familia que aconseja. Presentan un bajo uso de métodos modernos siendo el método de los días la principal elección. Tras la consejería realizada por los profesionales del hospital pos parto, no parecen muy seguras del método elegido (14 de las entrevistadas). Aunque la mayoría de las entrevistadas refirió buscar el embarazo, ya sea por deseo propio o influenciadas por su pareja, de las que no lo planificaron algunas no usaban método y otras se cuidaban con los días. Al interrogar sobre la información que tenían sobre MAC la misma es parcial, imprecisa y errónea.

“De los métodos mucho no sé, mi marido se cuida con eso (...) mi mamá decía que las inyecciones te enferman, yo no probé por las dudas (...) acá la médica de la salita dice que no, pero yo no sé”

“La verdad yo no quería tener otro bebe, pero vino y me gusta que tenga un hermano, yo de mi papá y mi mamá no tengo hermanos (...) Trabajaba muchas horas sino no te sirve, me pagaban por prenda, y si haces poco ocupás una máquina y no les servís. Además yo llevaba a mi hijo, y cuando empecé a caminar un ño. Me pasó a la cocina, pero no me rendía, y mi marido se había pasado a otro taller como cortador, así que estaba sola, eran buenos pero a una mujer sola a veces no la respetan” “si tenés marido él te cuida y el dueño exige menos”

En general no realizan controles ginecológicos de rutina (sólo en dos casos lo mencionaron), estos están en relación a los embarazos y a los CP. Esto, por un lado, pareciera asociarse a cuestiones laborales y del cuidado de otros hijos, y por otro lado, a percepciones en relación al cuidado de sí mismas y de su cuerpo, por fuera de la idea de maternidad.

“Fui al control a los 5 o 6 meses, estaba trabajando mucho, pero ahí decidí que dejaba, lo hablé con él (marido) y me apoyó, estaba muy cansada, entre el nene y el embarazo. Ahora que no trabajo estoy más tranquila”

Otra de las mujeres comenta, *“no voy a los médicos, yo me ocupo de mis hijos, mas que de mi, hay que trabajar en la casa, controlar las tareas, así que para venir tengo que estar muy mal”*

Venir al hospital parece estar obstaculizado por el miedo que las mujeres sienten frente a los exámenes médicos, a la espera y dificultad para conseguir turnos, a la sensación de que los médicos pueden estar apurados o ser *“un poco gritones”* y a no entender como se manejan las cosas dentro del sistema de salud.

“Al principio no entendía nada, llegás y no sabés donde ir (...) a veces esperaste tanto que no sabes si te tenés que ir y volver otro día”

“Yo conozco el hospital, son muchos años y muchos hijos. La primera vez que vine no entendía nada, yo llegue acá embarazada, sentía que me retaban y gritaban mucho, yo no preguntaba, no decía nada, a veces tenía un estudio que me pedían, y me lo olvidaba y no les decía, no seque era, supongo que miedo, te sentís distinta, aunque no somos tan diferentes.”

“Ahora me pasa que hay doctores que conozco, las enfermeras, los que te dan el turno van cambiando, esos sí, pero los demás son siempre los mismos. Y en el hospital no me pierdo. Yo cuando veo una paisana muy perdida me acerco y le digo. No se, esta es mi experiencia.”

En las entrevistadas aparecen sentimientos de nostalgia, aunque la mayoría (15 de ellas) no volvería a establecerse de forma permanente en Bolivia. Todas marcan mayores posibilidades económicas y laborales en Argentina, en especial respecto del crecimiento y educación de sus hijos.

Las mujeres manifestaban sentimientos de tristeza al relatar distintos momentos de la experiencia migratoria, lo cual podría pensarse en ese oscilar entre el país de origen y el de acogida.

“Cuando llegue acá aprendí a hacer cosas que no sabía, mi hermana trabajaba todo el día y yo también, (...) estás un poco sola, (...) no fue como me imaginé, pero bueno era sí (...) ahora estoy mejor, cuido a mis hijos y me dedico a la casa” “En provincia, estamos construyendo nuestra casa, es un barrio chico de unas 40 casas, para mí es mi sueño (...) volver ya no, ver a mi madre, la extraño, pero acá esta lo mío, (...) no todo, pero la mayor parte”

“Sabés para que volvería, para mostrarle a mis hijos el lugar donde nació (...) eso nunca se olvida”

5. Discusión

Podemos ubicar algunos factores que tienen repercusión en la búsqueda y utilización de Servicios de salud: la condición económica definida por el estatus laboral (jornada laboral extensa); el conocimiento previo de efectores (el boca a boca) y la relación con estos (trato y confianza) y las representaciones en torno a la salud sexual y reproductiva que las mujeres tienen en la perspectiva de la noción de género.

Los resultados de este estudio caracterizan a las mujeres bolivianas en Argentina, respecto de los siguientes puntos:

- han migrado con un patrón asociativo,
- han incorporado en su mayoría saberes en torno a la industria textil en el país receptor,
- tienen largas jornadas laborales, con empleos informales y remuneración por producción,
- conocen y han realizado trámites de legalización en Argentina,
- se encuentran en pareja con hombres de origen boliviano,
- conviven en ellas diferentes modelos de salud, lo cual corresponde a razones culturales y no necesariamente educativas,
- tienen una fuerte identificación de la mujer y la madre, relegando su salud sexual y reproductiva a los momentos del embarazo,
- bajo uso, por prejuicios, desinformación e influencia de sus parejas de métodos anticonceptivos modernos.

En las entrevistas cualitativas podríamos ubicar la pregunta con qué información cuentan las mujeres migrantes respecto del país receptor. Lo cual puede dividirse en el periodo previo a la migración, y los primeros momentos de esta, y un segundo momento en referencia al armado y consolidación de redes de apoyo en el país de acogida. La información que poseen es provista por parientes que están en Argentina viviendo o que regresan a su país y cuentan como es Argentina, en general ligado a oportunidades para estudiar y trabajar. Son las oportunidades las que llevan a estas mujeres a migrar y en general la búsqueda de un cambio.

En Argentina la información proviene de otros migrantes con quienes comparten el ámbito laboral o la referencia que obtienen de un efector de salud sobre otro. Esta información se centra en el tipo de instituciones y la calidad del servicio. Esto genera trayectorias personales y sociales que las mujeres realizan en la elección de los hospitales en los cuales atenderán su embarazo y el parto, teniendo en cuenta la percepción que las mujeres tienen de la accesibilidad y la calidad de atención (como las tratan y cual fue la experiencia). En este sentido, podemos afirmar que la interculturalidad es un proceso de comunicación e interacción entre sujetos que se encuentran en posición de horizontalidad entre ellos. Sin embargo, en la relación asistencial, esto aparece cuestionado, debido al poder que el médico porta. Esto no deja a la paciente en posición pasiva y desposeída de poder, pero genera un dispositivo con ciertas particularidades. Podemos pensar la consulta de una mujer en el servicio de maternidad como un punto de encuentro, en el cual los conocimientos se construyen según los contextos significantes en juego. Cualquier acción asistencial conlleva una acción de transculturación, que implica una toma de partido ética. ¿Es posible una intervención sin involucrarse en una historia común con la comunidad asistida? Pensar en esta línea es habilitar la pregunta de si la historia pudiera ser construida, está el profesional preparado para dejarse transformar por ella, en su práctica. La idea de la identidad única, sinónimo de “ser nacional” referida a inmigrantes europeos y blancos, invisibiliza la percepción de nuestro propio mestizaje, en

un país donde la migración ha sido parte del proyecto de Estado-Nación. La idea de la cultura como algo dinámico y abierto permite el dialogo desde lugares diversos. Según Grimson la cultura no se porta en la sangre, esta vinculada a contextos específicos y a desigualdades de poder históricas, cualquier definición que usemos de cultura debe implicar necesariamente sus procesos de cambio. Estos procesos se dan en las mujeres que migran y en los profesionales que las asisten.

El inmigrante que se asienta en nuestra comunidad con su peculiar forma de vestir, de relacionarse, de hablar, con sus creencias religiosas, y sus practicas respecto a la salud, es sentido por la sociedad como elemento “extraño”, y muchas veces son ellas mismas las que se perciben como “extrañas”. El hecho de migrar corresponde a un fenómeno social que conlleva un proceso de desarraigo en la trama del tiempo psíquico, lo que produce una discontinuidad en la vida de la persona. Sentimientos de tristeza y añoranza aparecen como respuesta al sentir del que viaja frente a lo que deja. La familia y los amigos, la lengua, la cultura, los paisajes y la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de origen y la seguridad física. Se producirán reorganizaciones en la vida familiar, social, política y subjetiva de estas mujeres. Estos procesos tienen lugar en un tiempo subjetivo y cronológico. A mayor tiempo en el país mayores posibilidades de ir realizando estos procesos, lo cual se corrobora con las entrevistadas, ya que podemos señalar no solo mayor nivel de información sino una mejor elaboración de sentimientos en torno a la vergüenza, inadecuación y extrañeza (sentirse extraña, distinta o sola). Estos procesos subjetivos no escapan de la cuestión del género y de la pregnancia que tiene para las mujeres la maternidad en tanto la ubica en el ámbito privado al cuidado de sus hijos, identificando el lugar de mujer con el de madre.

El acceso a la legalización en el país al que llegan estas mujeres, es un paso en referencia a la ciudadanía y a los derechos en juego. Tanto en los datos del SIP o en las entrevistas cualitativas la gran mayoría de las mujeres había regularizado su situación migratoria. Podríamos pensarlo como facilitador del acceso a los sistemas de salud y la posibilidad de elegir donde atenderse, lo cual está en la línea de la integración asociada a la legalización (Marmora, 2002). Integrarse es, en un sentido fundamental, integrarse en un espacio de diálogo; no en una cultura o en una identidad ya hechas, sino por hacer, en proceso. Integrarse en una democracia realmente inclusiva, en el sentido que Habermas (1999) da a este término: Inclusión significa que la comunidad política se mantiene abierta a aceptar como miembros de la misma a ciudadanos de cualquier procedencia, sin imponer a estos otros la uniformidad de una comunidad histórica homogénea. De lo que se trata, en suma, es de concebir la integración en una cultura política común -que sólo puede ser democrática- como un proceso fruto de la participación de los inmigrantes en esa cultura política, y no a través de la asunción de una

identidad dada por el país receptor. El país de acogida no es ni una página en blanco ni una página acabada, sino una página que se está escribiendo. Poder transmitir desde la práctica algo de esto genera espacios de confianza para dicha construcción. La integración como un proceso de acceso y apropiación de derechos, es la manera en que estas mujeres toman la palabra para asumirse como ciudadanas, y no solo extranjeras.

Jacques Derrida (1998) vincula la migración con el concepto de hospitalidad en relación a la pertenencia y ocupación del espacio público, introduciendo “una dimensión ética al tomar conciencia de la existencia del otro, de la alteridad y ajenidad del otro”. Podemos afirmar que se necesita tanto que el huésped (migrante) como el anfitrión (habitante-ciudadano) se esperen mutuamente para que se inicie un proceso de hospitalidad. Por la presencia del extranjero, se construirán nuevos adentro-afuera.

Para estos autores, la hospitalidad conlleva la idea de que durante el proceso de acogida del extranjero -quien es pura alteridad ante los ojos de quien lo recibe- tanto el huésped como el anfitrión deberían ser capaces de establecer las pautas del nuevo encuentro. Esto implica la puesta en juego de la solidaridad, como un nuevo modo de convivencia donde ambas partes deben renunciar a algo para alojar al otro.

Sin embargo, parece haber en muchos casos una incapacidad de crear este espacio común, lo cual lleva a una obstaculización en el proceso de hospitalidad. Dicha incapacidad está dada por dos grandes factores. Por un lado, cierta tendencia en el anfitrión a desmentir las dificultades propias de alojar lo ajeno, y por el otro, la necesidad en el migrante de negar parte de su pasado, resignando la posibilidad de capitalizar el aporte enriquecedor de la suma de experiencias novedosas. Se parte en muchos casos del presupuesto de que el migrante debe perder rápidamente su condición de tal, renunciar a su doble pertenencia a dos culturas y olvidarse de sus orígenes, con tal de asimilar el nuevo contexto. La clave no está en perder la condición de anfitrión y la de huésped sino en realizar un “trabajo en común”. (Derrida, 1998)

Esto implica, inevitablemente, otro sentido de la “morada” y de estar en el mundo. La morada debe ser concebida desde esta perspectiva como un “hábitat móvil” donde el tiempo y el espacio ya no constituyen estructuras fijas y cerradas, y construyen la identidad. (Caggiano, 2005)

El que emigra toma una decisión, pero al hacerlo entra en un mundo relativo, un mundo contradictorio, un mundo fluctuante, un mundo todo hecho de oscilaciones, tanto internas como externas. La inmigración, es ese modo definitivo de oscilar entre dos polos, el país natal y el de adopción, que divide al inmigrante en dos, pero que también lo enriquece volviéndolo más de uno. Las mujeres cuentan esta experiencia de oscilación, de lo que allá en Bolivia les ha quedado, de esos lugares a los que añoran volver, aunque eso no

implique regresar y quedarse allí. En las entrevistas las mujeres nombran la añoranza, traen a este lugar cosas de ese otro lugar y es en el espacio que aquí y ahora se genera que esto convive. Cabe preguntarse si los profesionales de la salud estamos a la altura de las circunstancias.

5.1 Relevancia para la investigación en salud pública y la implementación de políticas sanitarias

Actualmente, los estudios y enfoques sobre la migración, que obedecen a múltiples y complejas perspectivas, son numerosos y crecientes, ya sea relativo a numerosos estudios de casos en diversas zonas, países o regiones, o abarcando innumerables aspectos y temas específicos de pretensión más general. Los enfoques de mayor aceptación actualmente son los de “espacios sociales transnacionales”, con densos, complejos y dinámicos flujos circulares de personas, bienes, ideas y símbolos entre fronteras de Estados-naciones (Martínez Pizarro, 2003), y el de “sistema migratorio”. Este último trata de una visión integral que toma en cuenta los mutuos impactos de la movilidad de personas con los flujos económicos, políticos, de información, etc., considerando sus cambios a lo largo del tiempo. De él deriva la noción de “co-responsabilidad”, por la cual la migración recibe incidencia y encuentra responsabilidad en todos los diversos actores del sistema migratorio (Martínez, 2000). Ello incluye muy destacadamente a los propios migrantes, que no son piezas inertes, movidas por los fenómenos estructurales, sino portadores con subjetividad y protagonismo de las realidades en que se insertan, y resultando imprescindible su inclusión en cualquier abordaje de las migraciones.

El presente proyecto adquiere la relevancia de indagar y analizar indicadores respecto de la población de mujeres migrantes bolivianas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) en referencia a los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, teniendo en cuenta la experiencia de dichas mujeres. El análisis de la migración desde la reconstrucción de la experiencia de las mujeres implica considerar una serie de circunstancias legales, sociales y de salud pública que afectan específicamente la realidad de miles de migrantes. Considero que aunque los resultados no puedan generalizarse a todos los hospitales de CABA los datos obtenidos pueden usarse para comparar con servicios locales de similares características. La descripción de las mujeres migrantes bolivianas más allá de transformarlas en una comunidad homogénea, define maneras socioculturales en que estas mujeres construyen redes en el país de acogida, en tanto poseen un patrón asociativo de migración, trabajan mayormente en relación a la industria textil, de modo informal, en donde se registran extensas jornadas laborales y poseen una cosmovisión andina específica. Identificar como los distintos elementos en juego de la comu-

nidad boliviana interaccionan con la comunidad receptora permite trabajar sobre el acceso y la atención de las mujeres en referencia al proceso de embarazo, parto y puerperio. Además se puede considerar que la implementación de políticas públicas puede aplicarse

al conjunto de mujeres migrantes en Argentina, especialmente a las latinoamericanas.

Situarse desde el paradigma de la interculturalidad permite articular y enriquecer el conocimiento y la capacidad resolutive de los servi-

Anexo I

Entrevista semiestructurada para aplicar a la submuestra-Guía de pautas

A. Datos sociodemográficos y migratorios de la entrevistada

1. Edad _____
2. ¿Por que eligió Argentina como país de destino para migrar? ¿Hace cuanto esta en el país? ¿Es la primera vez que vino? ¿Tenia información sobre Argentina antes de migrar?
3. ¿Dónde vive? ¿Hace cuanto tiempo que vive en ese lugar?
4. ¿Inicio el trámite de residencia?
5. ¿Dónde vivía, en su país, antes de viajar a la Argentina? ¿En qué Estado? ¿En la Ciudad? ¿En el Campo?
6. Desde que vive en la Argentina, ¿recibió algún trato diferente por ser boliviano? ¿Cómo se siente viviendo en Argentina?
7. ¿En qué tipo de situación (hospital, trabajo, en la calle, en los comercios)?
8. ¿Hasta que año estudió / cursó? (Máximo nivel de estudios de enseñanza general) ¿Realizó alguna capacitación / curso en la Argentina?
9. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre? (actividades religiosas, barriales, etc.)

B. Situación laboral

10. ¿Qué tipo de trabajo realiza habitualmente? ¿Cuántos días a la semana trabaja? ¿Y cuantas horas diarias trabaja? ¿Recibe remuneración?
11. Por este trabajo, ¿tiene alguna cobertura de obra social? ¿Cuál?

C. Situación familiar

12. ¿Tiene familiares a los que sostiene o ayuda económicamente en Bolivia?
13. ¿Se encuentra actualmente en pareja? ¿Convive con su pareja?
14. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Convive con ellos? (especifique edades)
15. ¿Tiene familiares en Argentina? Quienes? (especificar)
16. ¿Como definiría su lugar dentro de su familia? (sugerencias: sostén emocional y/o económico, ayuda familiar, acompañante de otros miembros, dependiente, independiente)
17. ¿Ha sufrido o sufre algún tipo de violencia física o psíquica por parte de algún miembro de su familia? ¿Por quién y desde cuando?

D. Vinculación con el Sistema Público de Salud de la Argentina

18. Anteriormente a esta internación, ¿Se atendió alguna vez en un centro de salud u hospital? Comente como fue esa experiencia (acceso y atención) ¿tenia información sobre el sistema de salud en la ciudad?
19. ¿Le exigieron alguna documentación? ¿Tuvo algún inconveniente o dificultades en la atención? ¿Por parte de quien?
20. ¿Por que eligió el hospital Álvarez para atender su parto y/o embarazo? Comente su experiencia.

E. Experiencia sexual y salud sexual y reproductiva

21. ¿A qué edad escucho hablar de sexualidad por primera vez? ¿Quién le habló al respecto?
22. ¿Cuándo tuvo su primera relación sexual tenia información sobre sexualidad? ¿Usaron algún método anticonceptivo en esta primera relación sexual? ¿La migración modificó de algún modo sus hábitos sexuales y la forma de cuidarse en las relaciones sexuales? ¿Por qué?
23. ¿Qué piensa sobre los métodos anticonceptivos? ¿Tras este parto modificó la elección de su método anticonceptivo?
24. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? (especificar donde- Argentina/Bolivia) ¿Planificó sus embarazos?
25. ¿Se hizo controles durante el/los embarazos? ¿A partir de qué trimestre? ¿Dónde se atendió?
26. ¿Ha tenido complicaciones durante el embarazo?
27. ¿Estuvo hospitalizada durante el embarazo?
28. ¿Cómo fueron sus partos en general?
29. ¿Realizó el curso preparto? ¿Fue acompañada por alguien?
30. ¿Ha tenido algún aborto espontáneo y/o provocado? ¿Recibió atención médica?

Muchas gracias por su tiempo y disposición

cios de salud, con el objetivo de desarrollar nuevas capacidades de atención. En este sentido, los datos obtenidos pueden colaborar con políticas en salud sexual y reproductiva, en tanto permiten conocer los factores que más inciden sobre las decisiones de las mujeres respecto al uso de servicios, lo cual podría facilitar el diseño de mecanismos para lograr una mayor cobertura y reducir las inequidades más apremiantes. Se apunta a la idea de accesibilidad y, como podemos ubicar en el estudio, no se trata de una cuestión geográfica sino de adecuación de los servicios a las mujeres.

Por otro lado, considero de importancia la posibilidad de identificar prácticas y componentes institucionales que operan como facilitadores o como obstáculos, según las experiencias las mujeres migrantes bolivianas respecto de la atención, lo cual apunta a mejorar la calidad de la misma y la accesibilidad a un derecho humano básico, como lo es la salud.

Para pensar la implementación de políticas sanitarias la idea central sería poder generar políticas públicas de integración bajo el marco de la ley de migraciones de nuestro país. Para pensar la integración es necesario dar lugar a la voz de los migrantes, ¿qué les sucede con el acceso al sistema de salud? En este sentido, el crecimiento de la población migrante no ha venido acompañada de un proceso de reflexión respecto de la diversidad de factores involucrados en esta problemática. Plantear una atención intercultural va más allá de problematizar las representaciones que portamos acerca de esas "Otras y su cultura", teniendo en cuenta que éstas aparecen mediando nuestras prácticas. Sencillamente porque en algunas ocasiones este discurso de magnificación de la diferencia cultural, opera atribuyendo a los migrantes un bloque rígido de patrones culturales que establecen una distancia infranqueable. A este nivel se trata de intervenciones macro políticas en torno a los equipos de salud y a

Anexo II

Consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado.

La investigación "Experiencias de los procesos de búsqueda y atención sanitaria en el embarazo, parto y puerperio de mujeres migrantes bolivianas en la maternidad del Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez", tiene como objetivo describir y analizar:

- Las características de las mujeres migrantes bolivianas que tienen su parto en la maternidad del Hospital Álvarez,
- Formas de búsqueda y la atención sanitaria recibida durante el embarazo, el parto y el puerperio.

A estos fines, se invita a Ud. a participar del estudio en calidad de entrevistada. Se le realizará una entrevista individual siguiendo una guía de pautas. Serán entrevistadas mujeres de 18 años en adelante y su participación será libre y voluntaria. Las entrevistas serán grabadas para su posterior desgravación con el fin de analizar los datos. Todos los datos obtenidos a partir de la investigación se utilizarán para fines de estudio y se resguardará en todo momento la identidad de los participantes. Se mantendrá el carácter confidencial aún si, el estudio, en forma total o parcial, es objeto de publicación.

Las personas entrevistadas podrán requerir a la investigadora aclaraciones y /o podrán desistir de su participación en cualquier momento del proceso sin que ello les acarree ningún perjuicio.

Responsable de la investigación: licenciada en Psicología Karina Cammarota Matrícula Nacional N° 30562. FM 394577

Ante cualquier inquietud dirigirse al comité de Ética en Investigación Pabellón M 1° piso Miércoles de 9 a 12hs Secretaria Dra. Marisa Servidio tel. 4630-2900 o 4611-666 interno 2283.

Yo, _____ presto mi consentimiento a participar de la presente investigación.

Fecha: ____ / ____ / ____.

Firma entrevistado

Firma investigadora

la formación de los profesionales. Apuntar al cambio de la cultura de una organización, como la que sostiene a los efectores de salud pública supone un proceso lento, gradual y de progresiva aceptación por parte de todos los miembros del equipo de salud y, en particular, de los líderes formales (autoridades de la institución) e informales (profesionales sin autoridad formal pero ampliamente reconocidos por otros colegas). Este proceso para que incluya la perspectiva intercultural puede ser definido en el marco de políticas ya existentes como es el caso del modelo de maternidades centradas en las familias (UNICEF, Maternidad Centrada en la Familia: Conceptualización e implementación del modelo, 2011)

Sin embargo, ninguna apuesta por una transformación igualitaria puede hacerse sin una participación de las mujeres migrantes ya que una resolución genuina tiene que ver con que los verdaderos protagonistas tracen estrategias de defensa de sus intereses comunes. Los migrantes se caracterizan por su reducida capacidad

de incidencia en las decisiones públicas. Por eso es necesario contribuir a fortalecer la capacidad de hacer llegar su voz al espacio público para que sus reivindicaciones puedan ser consideradas en las decisiones sobre política pública sanitaria. La incorporación del enfoque de género a las políticas de salud reproductiva implica una intencionalidad y sensibilidad política tendiente a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción y sus efectos concretos en la vida de las personas. Desde el punto de vista metodológico, implica un corrimiento de las tradicionales prácticas centralistas en la definición y planificación de las políticas públicas. Promover la efectiva participación ciudadana desde el inicio del proceso de definición de las políticas (incluyendo los procesos de monitoreo y evaluación de las acciones) constituye uno de los desafíos mayores para los tomadores de decisión, y constituye un pilar fundamental en los procesos de reforma del sector salud.

Bibliografía

- Ariza, M.: Ya no soy la que dejé atrás... Mujeres migrantes en República Dominicana, México, Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial Plaza y Valdés, 2000. Dossier
- Balan, J.: La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en Argentina, Estudios Migratorios Latinoamericanos, Buenos Aires, núm. 15-16, 1990.
- Balbuena, P.: Feminización de las migraciones: del espacio reproductivo nacional al espacio reproductivo internacional. Revista Aportes Andinos Nº 7. Globalización, migración y derechos humanos. Universidad Andina Simón Bolívar Octubre 2003
- Bravo A.: Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes. En: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Revista Migraciones 13. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2003.
- Benencia, R. y Karasik, G.: Inmigración limítrofe: los bolivianos en Buenos Aires, Buenos Aires, CEAL, Biblioteca Política Argentina, 1995.
- Brykman, D.; Laub, C.; Pérez Panelli, Ana M.; Rovere, M.; Rúgolo, E.; Uriburu, G.: Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Buenos Aires, Documento borrador para discusión, El Ágora, octubre 2006.
- Caggiano, S.: Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios, Buenos Aires, Prometeo 2005.
- Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción" en Iconos, Revista de Ciencias Sociales, nº 28, 2007.
- Castro, R.; Bronfman, M.: Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En: Figueroa J. G., coord. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, DF: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1998.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkner, A.: El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios, en Anuario de Investigaciones, Volumen XIV, Facultad de Psicología, UBA, 2006-
- Cerrutti, M.: "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, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, 2006.
- Cerrutti, M.: Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina, UNFPA-CENEP, Buenos Aires, 2010.
- Derrida, J.: "La hospitalidad", Ediciones La Flor, Buenos Aires, 1998.
- El Ágora, Documento de trabajo "Voces interculturales", La salud de las poblaciones migrantes, reunión organizada conjuntamente con la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 11 de junio de 2007.
- Gregorio, C.: Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género, Narcea. Madrid, 1998.
- Grimson, A.; Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires, Buenos Aires, Eudeba, 1999.
- Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en Argentina, en Grimson, A. y Jelin, E. (comps.), Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencias, desigualdades y derechos, Prometeo, Buenos Aires, 2006.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, (INDEC): Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Resultados definitivos. Serie B, núm. 2, Tomo 1, Buenos Aires, 2012.
- Habermas, J.: La inclusión del otro: Estudios de teoría política, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- Jelin, E.: Pan y afectos. La transformación de la familia, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1998.
- Jodelet, D.: "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en Moscovici, S. Psicología Social. Barcelona. Paidós. Cap. 13., 1986
- Magliano, M.: Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género, Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM, 14/2007, (Referencia electrónica).
- Maguid, A. y Martínez, R.: "La emigración reciente de sudamericanos a Estados Unidos y a España: El caso de los argentinos". Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba -Argentina, 2008.
- Maguid, A. y Arruñada, V.: "El impacto de la crisis en la inmigración limítrofe y del Perú hacia el Área Metropolitana de Buenos Aires", en Estudios del Trabajo, Nº30, Buenos Aires, 2005.
- Marmora, L.: Las políticas de Migraciones Internacionales, Tramas Sociales, V. 17. Paidós, Buenos Aires, 2002.
- Martínez, J.: Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe. En: Simposio sobre inmigración internacional en las Américas. OIM- CEPAL, 4 al 6 de Septiembre, San José de Costa Rica, 2000.
- Martínez Pizarro, J.: "El mapa migratorio en América Latina y el Caribe, las mujeres y el género", en Serie Población y Desarrollo, Nº 44, ECLAC-CELADE, Santiago de Chile, 2003.
- Menéndez, E.: "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Spinelli, H. (compilador). Salud Colectiva. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2004.
- Muñoz-Aguirre, C.: Impacto de la migración en la estructura y dinámica de los hogares. En: D. Barrera y C. Oehmichen (editoras). Migración y relaciones de género en México. México, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevas perspectivas para la acción de la OPS/OMS: globalización y salud [132 sesión del comité ejecutivo]. 2003.
- Rizzolo, J., 2011, "Panorama de la migración internacional en la Argentina, presentado en el panel Situación actual e integración de los migrantes en Argentina", presentado en la Jornada Internacional Migraciones Actuales en la Argentina, Buenos Aires, 28-29 de junio 2011 (versión online)
- Ley Nacional 25.871/04. Ley de Política Migratoria
- Ley Nacional de salud Sexual y Reproductiva.