DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN POBLACIÓN MIGRANTE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2008-2009

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

Dirección

Eduardo Amadeo

Coordinación

Gabriela Agosto
Nidia Marcero
Jorge Gurrieri

Equipo Técnico

Diego Martínez Madrid
Ezequiel Texidó

Asesora

Paula Ferro

PRESENTACIÓN

La presente investigación “Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, refleja tres temas clave para el desarrollo, la equidad y la integración social: el impacto de las migraciones, la salud sexual y reproductiva y el acceso a la salud desde el lugar de este grupo poblacional, que por su situación de precariedad socioeconómica afronta condiciones de vulnerabilidad y graves limitaciones en el ejercicio de sus derechos.

Este trabajo centró el análisis en la población migrante de origen boliviano y paraguayo residente en la CABA, debido a la alta concentración que presenta dicha población en esta zona del país y dado que constituye una de las corrientes migratorias con mayor crecimiento en las últimas décadas.

Investigar sobre las problemáticas de salud, implica adentrarse en un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones, que obliga a considerar no sólo la ausencia de enfermedades, sino también indagar de manera integral los niveles de bienestar físico, mental y social de la población. Por tanto, la investigación describe y analiza, desde una perspectiva de derechos, los hábitos, costumbres y creencias de la población migrante de nacionalidad boliviana y paraguaya, los factores coyunturales y estructurales de sus países de origen y las dinámicas propias de los individuos que protagonizan el fenómeno migratorio, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

El estudio fue desarrollado por la Asociación Civil Observatorio Social, la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer y la Organización Internacional para las Migraciones; en el marco de las becas de investigación “Ramón Carillo-Arturo Oñativia” del año 2008, financiadas por la Comisión Nacional de Salud, Ciencia y Tecnología (SACYT) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
2. JUSTIFICACIÓN 6
3. LA MIGRACIÓN COMO FENÓMENO DE ESTUDIO 10
3.1 La comprensión del concepto de migración 10
3.2 Las migraciones a nivel mundial y las preocupaciones gubernamentales 10
3.3 Procesos migratorios internacionales en América Latina 12
3.4 Procesos migratorios hacia la Argentina 14
3.4.1 Las migraciones de bolivianos y paraguayos 18
3.4.2 El marco normativo de las migraciones en la Argentina 20
4. LOS MIGRANTES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA) 22
4.1 Características socio demográficas y laborales de los migrantes bolivianos y paraguayos. .. 22
4.1.1 Perfil de los inmigrantes bolivianos 22
4.1.2 Perfil de los inmigrantes paraguayos 27
4.2 Condiciones de vida de la población inmigrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ... 32
4.3 Utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes bolivianos y paraguayos ... 35
5. SISTEMAS DE SALUD Y POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 37
5.1 Panorama general de los sistemas de salud y de las políticas de salud sexual y reproductiva en Argentina, Bolivia y Paraguay 37
5.1.1 Atención de la salud y migraciones en la Argentina 44
5.2. Salud Sexual y Reproductiva en Argentina, Bolivia y Paraguay. 45
5.3. Salud sexual y reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 49
6. CARACTERIZACION DEL ACCESO A LA PRESTACION DE SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, CON ENFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MIGRANTES Y LOS PRESTADORES DE LA SALUD 51
6.1 Descripción de hábitos, costumbres y creencias de la población migrante en la CABA 51
6.2 El acceso al sistema de salud de la CABA desde la perspectiva de los migrantes y de los prestadores de la salud 56
6.3 Principales necesidades en salud sexual y reproductiva identificadas desde la perspectiva de los migrantes y de los prestadores de la salud 60
7. CONCLUSIONES 63
8. BIBLIOGRAFÍA 67
9. ANEXO METODOLÓGICO 73
9.1 Anexo Cuadros 91

1. INTRODUCCIÓN

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

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer y analizar hábitos, costumbres y creencias que favorecen el acceso de la población migrante a los servicios públicos de salud con especial énfasis en salud sexual y reproductiva, a partir de la percepción de los migrantes como de los efectores y/o prestadores de la salud[1]; con miras a estimular el cuidado y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

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

Se entiende como concepto de migración al fenómeno que comprende dos procesos que implican movimientos poblacionales opuestos: la *emigración* como la salida de individuos o grupos de personas del lugar de origen o de residencia habitual, y la *inmigración* a la llegada de individuos a un lugar diferente al de origen o de residencia habitual. A quienes participan en los movimientos migratorios se les denomina en términos generales migrantes, o en términos más específicos emigrantes "los que salen" o bien inmigrantes "los que llegan".

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

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

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

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

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

Agradecemos a las autoridades de la Comisión Nacional de Salud, Ciencia y Tecnología (SACYT) del Ministerio de Salud de la Nación y a la colaboración del Ministerio del Interior (Dirección Nacional de Migraciones, Programa Patria Grande), a la Dirección General de Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los Miembros de la Comisión de Apoyo al Refugiado (CAREF), a la ONG La Alameda, al Movimiento Boliviano de Derechos Humanos, al personal del Departamento de Migraciones de la Arquidiócesis de la CABA, a los miembros de organizaciones de defensa de los derechos ciudadanos del Área de Inmigración de la Defensoría del Pueblo de la CABA, al personal del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI); al Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid (España), a las trabajadoras sociales de los Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los empleados administrativos, de seguridad, médicos, psicólogos, obstetras y demás efectores de salud responsables de la atención en salud sexual y reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a los migrantes entrevistados que voluntariamente colaboraron con este trabajo.

También queremos extender nuestros agradecimientos a Anabela Iogna, Silvana Pascucci, Andrés Grenoville; a los entrevistadores: Lucía T. Fernández, Julieta Gallicchio, Micaela Ekstain, Diego Arribalzaga, Florencia Girado, Enrique Fernández Maldonado, como a todos aquellos que hicieron posible la presente investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

La migración internacional a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX cumplió un rol fundamental en la consolidación del Estado-Nación argentino.
La primera Ley de Migraciones argentina se promulgó en el año 1876, Ley Nacional Nº 817 de "Fomento de la Inmigración", denominada también Ley Avellaneda[2]. El rasgo central de la misma fue promover las inmigraciones europeas al país, en consonancia con el espíritu que prevaleció en la primera Constitución Nacional de 1853. El Artículo 25º, del Capítulo Primero de la Constitución de 1853, que trata las Declaraciones, Derechos y Garantías, y que no fuera modificado por ninguna de las varias reformas que tuvo nuestra Constitución (1860, 1866, 1898, 1949[3], 1957, 1994), dice lo siguiente:
"El Gobierno federal fomentará la inmigración europea y no podrá restringir, limitar ni gravar con impuesto alguno la entrada en el territorio argentino de los extranjeros que traigan por objeto labrar la tierra, mejorar la industria e introducir y enseñar las ciencias y las artes."

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

2 Para un análisis detallado de la Ley N°817/76, véase NITTI, Enrique Javier: *Inmigración y emigración en Argentina,* trabajo presentado en el Seminario de Inmigración y Emigración en Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/16.pdf
3 En la reforma constitucional del año 1949 se consagra la protección de la salud de los trabajadores, como también el dictado de un Código de Derecho Sanitario.

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

Dentro de los hitos que impactarán en la relación entre el derecho a la salud y migración se encuentra la restricción formulada por la última dictadura militar (1976-1982) que, amparada en la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración Nº 22.439 del año 1981 y, basándose en la Doctrina de Seguridad Nacional, prohibía a todo extranjero ilegal a desarrollar actividades remuneradas como también obstaculizaba el acceso de los migrantes a los servicios de salud y al sistema educativo. Durante este período, el flujo migratorio fue más bajo que en décadas anteriores.

A partir de la década del 1990, el flujo migratorio hacia Argentina se intensificó como consecuencia del Plan Económico de Convertibilidad (1991-2001) que equiparaba el peso argentino respecto del dólar. En tal contexto, comienzan a surgir iniciativas que pretendieron modificar las leyes restrictivas en relación a las migraciones.

No obstante, la tendencia estatal hacia la privatización de los servicios de salud, sumado a un proceso de descentralización -en términos de responsabilidades, gestión y administración de los recursos- ineficiente e inacabado, produjeron mayores niveles de inequidad en el acceso a la salud de la población y la disminución en la calidad de las prestaciones.
Las poblaciones más afectadas fueron las de las provincias más pobres del país, ya que los recursos destinados a la salud se concentraron mayoritariamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires.

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

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

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

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

De las resoluciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Egipto) en el año 1994, surge que los conceptos y políticas sobre población y desarrollo están indisolublemente unidos, lo cual exige tomar en cuenta las necesidades de las personas vinculadas a la educación y salud reproductiva, incluyendo específicamente el empoderamiento de la mujer. Desde esta perspectiva, la Conferencia definió la salud sexual y reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Supone garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; el derecho a reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia; el derecho al acceso a información veraz, pertinente y de calidad respecto de la salud sexual y reproductiva; el derecho a la asistencia sanitaria necesaria para proteger la salud personal y familiar; el derecho a beneficiarse de los avances y progresos científicos en la asistencia sanitaria.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable[4], *"reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados"* [5]. En este sentido, establece entre sus objetivos, procurar dar respuesta al problema de la mortalidad materna debido a abortos practicados en condiciones insalubres y de alto riesgo para la gestante, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual (como el VIH) consecuencia del desconocimiento y los hábitos sexuales realizados sin la debida protección, entre otros factores de riesgo[6].

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2000 la Legislatura sancionó la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable con el propósito de garantizar a las personas sus derechos sexuales y reproductivos[7]. La ley asegura el pleno ejercicio de tales derechos a todas las personas en edad fértil.

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

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

Los objetivos generales planteados, se orientan principalmente a fomentar y proponer lineamientos concretos que garanticen el efectivo acceso de la población migrante a los servicios de salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, entendiendo no sólo que tales servicios implican el acceso a métodos anticonceptivos y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual,

4 Creado por la Ley Nacional 25.673/02. Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm

5 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp

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

7 Véase Ley N°418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Disponible en http://www.hospitalfernandez.org.ar/datos/ley_418.pdf

cuidados pre y post parto; sino que incluye además el desarrollo general de la vida y el bienestar físico y mental.

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

Resulta importante contemplar la relación entre migración y salud desde una perspectiva de integración social, puesto que los problemas que se presentan en la atención y en el acceso de los migrantes al sistema de salud público no se limitan solo a ellos, sino se manifiestan en otros ámbitos de exclusión y que repercuten en el conjunto de la sociedad.
En este sentido, consideramos que la equidad en la sociedad se refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables. Por tal motivo, adquieren especial importancia la transformación y la erradicación de todas las estructuras que generen, promuevan y/o reproduzcan desigualdad y exclusión en materia de salud. A efectos de alcanzar la concientización sobre los derechos y la equidad, incluir la dimensión cultural, social, además de la generacional y de género, resulta prioritario.

3. LA MIGRACIÓN COMO FENÓMENO DE ESTUDIO

3.1 La comprensión del concepto de migración

El término migración designa los cambios de residencia más o menos permanentes, por lo común debidos a factores económicos, laborales, sociológicos o políticos. Debe distinguirse la emigración de la inmigración. La **emigración** mira el fenómeno desde el país que abandona el emigrante para establecerse en otro diferente, y la **inmigración** lo contempla desde la perspectiva del país de acogida.

En tal sentido, a quienes participan en los movimientos migratorios se les denomina, en términos generales, **migrantes**, o en términos más específicos emigrantes (a los que salen de su país de origen) e **inmigrantes** (a los que llegan a un país de destino).

Se considera **migrante internacional** a la persona que reside en un país extranjero por un período de por lo menos un año. Esta definición no incluye a los turistas, viajeros por motivos comerciales, peregrinos o personas que viajan para someterse a tratamiento médico. Generalmente, los migrantes internacionales se dividen en tres categorías: migrantes trabajadores, familiares de migrantes y estudiantes extranjeros[8].

Son conocidas las referencias vinculadas a las dificultades en la obtención de información sobre migración y la falta de datos oportunos y confiables, particularmente referidos a los flujos migratorios en razón de las limitaciones en los sistemas nacionales y los escasos niveles de coordinación en algunas regiones. Por otro lado la información basada en los censos de población, tiene como principal limitación, el hecho que se realicen cada diez años, cierta tendencia a subregistrar el fenómeno migratorio.[9]

3.2 Las migraciones a nivel mundial y las preocupaciones gubernamentales

Las migraciones internacionales representan uno de los procesos sociales y económicos más importantes (y complejos) ocurridos en los últimos tiempos. Si bien se trata de un fenómeno consustancial a la historia de la humanidad, ha sido durante el siglo XX que este proceso se intensifica producto de la convergencia de factores políticos, económicos y sociales (como las guerras mundiales, hambrunas o epidemias), así como de nuevas condiciones materiales y tecnológicas, alentadas en el marco de la globalización. Esto ha llevado a que, de acuerdo a información de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el stock migratorio internacional – personas que residen en un país extranjero por un período de por lo menos un año, excluyendo a turistas, peregrinos o por motivos de salud – aumente en 2.5 veces en el lapso de las tres últimas décadas. Actualmente la población mundial inmigrante representa aproximadamente al 3% de la población mundial[10].

Durante el siglo XX, la mayoría de flujos de migrantes se ha dirigido hacia los bloques de poder económico y político mundial (Estados Unidos de Norteamérica en primer lugar; la Unión Europea, principalmente Francia y Alemania), así como hacia regiones que comienzan a disputar el liderazgo económico, tecnológico y militar con los países del primer mundo (India, Rusia, Ucrania, entre

8 International Organization for Migration (IOM): *World Migration 2003: managing migration challenges and responses for people on the move.* IOM, 2003.

9 Véase al respecto United Nations, Population Division: *Coordination meeting on international migration.* New York, 11-12 July 2002, United Nations, Dep. of Economic and Social Affairs, New York, ESA/P/WP.178; Villa, Miguel y Martínez PIZARRO, Jorge: *Rasgos sociodemográficos y económicos de la migración internacional en América Latina y el Caribe*, en Capítulos del SELA, 65, 2002.

10 La población mundial inmigrante pasó de 75,9 millones en 1965, a 84,6 millones en 1975, 119,6 en 1990, para alcanzar los 175 millones el 2000.,OIM., *Word Migration*, 2005.

otros), dando lugar a nuevas tendencias en los flujos migratorios que vinculan a países del Sur o en vías de desarrollo como lugares de destino de la migración internacional (ver Gráfico Nº 1).

Un número importante de estudios que dan cuenta de la migración internacional han destacado el componente económico como el principal factor explicativo del aumento de los flujos migratorios. En esa línea, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que los flujos migratorios tendrían su origen en las condiciones de desigualdad económica y la falta de oportunidades de empleo y de ingresos que existen entre países y regiones a nivel mundial. Las diferencias de desarrollo relativo y el déficit de empleo decente, las crisis económicas y los problemas ambientales y políticos serían las causas de buena parte de los flujos migratorios ocurridos en los últimos años. Como parte de estos procesos, los flujos de remesas que envían los migrantes hacia sus países de origen se han incrementado de manera significativa en los últimos lustros; convirtiéndose en la principal fuente de divisas para diversos países donde resaltan los casos de Haití, Ecuador, Bolivia, Perú para el caso de Latinoamérica[11].

Una tendencia reciente, estrechamente vinculada con los objetivos del presente estudio, está relacionada con la denominada "feminización" de la migración internacional. Esta tendencia se comienza a percibir con mayor claridad con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, constituyendo un fuerte componente de la migración internacional – en particular de los países andinos y caribeños – como parte de una serie de procesos heterogéneos y complejos vinculados a una mayor participación de la mujer en los mercados de trabajo12. En tal sentido, la feminización del fenómeno migratorio estaría relacionada con la transformación de los roles de la mujer tanto en los países de origen como en los de destino, que en uno de sus aspectos daría cuenta de dos dinámicas que se superponen en el caso del trabajo femenino: por un lado, la mujer autosuficiente en lo económico que decide migrar y enviar remesas a su familia, convirtiéndose en el sostén económico de la unidad familiar; mientras que por otro, la mujer que se aboca al cuidado familiar en el caso de las unidades familiares fragmentadas por la migración13. En definitiva, la migración femenina registrada en las últimas décadas ha sido posible por el mayor control de la mujer sobre el ciclo reproductivo y los avances en materia de equidad de género y sus repercusiones en el manejo y responsabilidades familiares. Este dato pone de relieve cambios en los roles de pareja, construcción de autoridad, nuevas vinculaciones de parentesco, entre otros. Los procesos migratorios contemporáneos han modificado la constitución familiar, redefiniendo el lugar del hombre y estableciendo nuevas conductas y roles que necesitan ser observados y monitoreados. Algunos expertos hablan de cambios que establecen nuevos atributos en la definición de la masculinidad.[14]

Por un lado, la migración puede habilitar a las mujeres al conferirles acceso a oportunidades de empleo a nivel internacional, ofreciéndoles ingresos independientes y permitiéndoles que contribuyan al bienestar de sus familias a través de las remesas que envían a sus hogares. Por otro, al ser mujeres y extranjeras, son con frecuencia objeto de segregación por cuestiones de género, y trabajan en sectores poco calificados, generalmente, no reglamentados u oficiosos – concretamente el trabajo doméstico – y, por ello, son vulnerables a diversas formas de discriminación en el mercado laboral y tienen un acceso restringido a facilidades sociales y

11 Según cálculos recientes del Fondo Monetario Internacional (FMI), basados en la transferencias a través del sistema bancario formal (lo cual implica una obvia subestimación de los montos realmente implicados) señalan que el crecimiento de las remesas ha sido sumamente importante a lo largo de las dos últimas décadas, al crecer en alrededor de un 100% y pasar de representar un total de US$ 17 mil millones en el año 1981 a US$ 36 mil millones en el año 2000; lo que significa un ritmo anual de crecimiento de 3, 86%.

12 HERRERA, Gioconda: *Género, familia y migración. Reflexiones desde el caso ecuatoriano*. Conferencia internacional sobre Migración y Codesarrollo. Lima, marzo 2008.

13 AGOSTO, Gabriela: Los *cambios sociales de los nuevos procesos migratorios*, en *Migración Internacional. Su impacto en la democracia, desarrollo y derechos humanos en América Latina y el Caribe*, en *Revista de la Copppal*, Buenos Aires, Verano 2007. Pp. 93.

14 Véase los trabajos de Judith Astelarra.

sanitarias. Por consiguiente, es necesario incorporar la dimensión del género en la formulación de políticas migratorias.

3.3 Procesos migratorios internacionales en América Latina

En América Latina, la migración internacional ha constituido un fenómeno fundamental en el proceso de poblamiento de países como Argentina, Costa Rica, Venezuela y Brasil, que fueron destino de importantes flujos migratorios a lo largo de los dos últimos siglos y esta característica de haber recepcionado volúmenes significativos de inmigrantes ha dejado visibles rastros en la cultura y en la vida de las sociedades de los países. [15] Pero de ser una región tradicional de atracción migratoria, en las últimas décadas, se ha transformado en una región de emigración creciente, con una diversificación de los flujos, en cuanto no sólo los países de origen como también los de destino dentro y fuera de la región.

A lo largo de su historia, América Latina ha experimentado diferentes patrones y ciclos de migración internacional. El primero es el de la *inmigración de ultramar* (fundamentalmente europea y en menor medida asiática y africana) que se inició con el período colonial y duró hasta el período de posguerra, a mediados del siglo XX.

El segundo patrón o modalidad es el de la *migración intrarregional*, concerniente a las que tienen, por su comportamiento espacial, el carácter de migraciones limítrofes. Estos procesos han sido una constante en la región, y facilitados tanto por la proximidad geográfica y cultural, como por la falta de obstáculos para los movimientos, "cuyas raíces responden a la configuración de los Estados nacionales, que está plenamente vigente y con dinámica propia, con lo cual sigue acompañando a las distintas etapas del desarrollo de los países de América Latina y el Caribe, tal como ocurrió con la migración interna en las pasadas décadas"[16].

A grandes rasgos puede afirmarse que estos procesos migratorios no se han alterado sustancialmente, dado que la Argentina, Costa Rica y en menor medida Venezuela, se mantienen como los destinos tradicionales de las corrientes migratorias limítrofes, con la aparición de otras corrientes no limítrofes, de menor significación. De acuerdo al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), los migrantes intrarregionales bordean los tres millones de personas[17.]

Resulta necesario señalar que en la región los procesos generados por el conflicto armado en Colombia, han impulsado nuevas corrientes migratorias de carácter forzoso, no sólo hacia el interior del país sino también hacia los países limítrofes como Ecuador, Venezuela o Panamá y no limítrofes, estimándose en más de 600.000 los emigrantes por esta causa.

Finalmente, la modalidad de la *emigración fuera de la región*, que muestra un notable incremento de los movimientos tradicionales y no tradicionales, no sólo de los países que ya en los ochenta mostraban flujos de emigración de cierta significación, como el caso de mexicanos, colombianos y ecuatorianos, entre otros, hacia los EE.UU., sino del conjunto de los países sudamericanos. En 2005, 25 millones de ciudadanos de América Latina y el Caribe vivían fuera de su país de origen, lo que supone casi el 4% de la población de esos países. Se cree que el 74% de esa población vivía en los EE.UU.; el número más significativo de emigrantes corresponde a México, seguido por algunos países del Caribe y Colombia[18].

15 BALAN, Jorge: *Estructuras agrarias y migración interna en una perspectiva histórica: estudios de casos latinoamericanos*, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. XLIII, No. 1, México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1981, pp. 141-192.
16 CEPAL, *La migración internacional en América Latina y el Caribe. Migración Internacional*. Observatorio Demográfico N°1, Santiago de Chile, 2006.
17 CEPAL, *Op.cit.*
18 CEPAL, *Op.cit*.

Si bien más de la mitad de los emigrantes latinoamericanos tuvo como destino a los EE.UU., durante los noventa y habiéndose intensificado en la presente década, los destinos de las corrientes de latinoamericanos se han ampliado y diversificado notablemente, hacia algunos países europeos, en particular España, y otros como Italia, Francia, Portugal y el Reino Unido, pero también hacia el Japón, Israel y Australia.

Respecto de las causas de estas migraciones, suele señalarse que la mayoría de estos movimientos son resultado de las transformaciones económicas, sociales y políticas, que afectaron a los países de la región, así como de conflictos armados en algunos países y de las catástrofes naturales, en el caso de ciertos países centroamericanos y caribeños. Así, se señala en un documento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) que "entre los factores que pudieron haber contribuido a la diversificación de las características demográficas y socioeconómicas de los migrantes de América Latina y el Caribe corresponde destacar las persistentes tensiones económicas, agravadas por una profunda y prolongada crisis y por los efectos inmediatos de los programas de ajuste estructural, que repercutieron seriamente sobre el funcionamiento de los mercados de trabajo. No menos importante fue el impacto de las serias convulsiones del escenario sociopolítico que, en algunos casos, resultaron en la militarización de los conflictos, en la ruptura de las normas de convivencia civil y en persecución. Otro factor significativo es el cambio en las disposiciones normativas de los países de destino, que incidieron —de modo deliberado o no— en la configuración cualitativa de las corrientes migratorias"[19].

La migración internacional en América Latina y el Caribe tiene un sello que la distingue de otras regiones: la creciente participación de las mujeres y la mayoría porcentual que ellas representan en numerosos flujos, sobre todo los más recientes. Las tendencias de la participación femenina apuntan a una feminización cuantitativa que conlleva alteraciones cualitativas en los significados y consecuencias de la migración internacional. Esta tendencia se identifica en varias corrientes intrarregionales, en los flujos de sudamericanos a los EE.UU. y Canadá y, especialmente, en la emigración hacia Europa. La composición de las corrientes según el género guarda estrecha relación con el grado de complementariedad entre los mercados de trabajo de los países, la demanda laboral en actividades de servicios, los efectos de las redes y las modalidades de la reunificación familiar[20].

19 VILLA, Miguel y MARTÍNEZ PIZARRO, Jorge: *Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe*,. documento presentado en el Simposio sobre Migración Internacional, Costa Rica. CEPAL, CELADE, OIM, 2000. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/8852/lcg2124P_2.pdf
20 CEPAL. *Op.cit*.

3.4 Procesos migratorios hacia la Argentina

Las corrientes migratorias llegadas a la Argentina, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, tuvieron una muy destacada participación no sólo en el poblamiento general a partir del impacto de su volumen, sino también en el rápido proceso de urbanización, el acelerado crecimiento de las ciudades y la transferencia de pautas culturales.

Al momento del relevamiento efectuado en el año 1914, se constata el punto más alto de representación de las personas residentes nacidas en el exterior. En ese año, 30 de cada 100 habitantes eran extranjeros, proporción que no volvió a repetirse ya que, en adelante, disminuyó sistemáticamente registrándose el punto más bajo en el Censo de 2001.

La evolución de la población extranjera de acuerdo a las regiones de origen de los principales países de migración hacia la Argentina muestra diferentes situaciones de acuerdo a los momentos censales. En primer término, si se toma en consideración la importancia relativa que corresponde a los migrantes de Europa mediterránea, encontramos que los italianos y los españoles representaron durante más de 110 años las principales corrientes migratorias y un porcentaje significativo del total de extranjeros. Éste alcanzaba casi al 70 % a fines del siglo pasado, o sea en el momento de mayor auge de la inmigración de ultramar, y sigue siendo del 45% en 1980, cuando ya se han extinguido casi totalmente esas corrientes para dejar paso a las originarias de países latinoamericanos vecinos.

El rasgo más sobresaliente del cambio en la composición por origen de la migración internacional tiene que ver con el incremento en la proporción de inmigrantes originarios de los países latinoamericanos, respecto del total de migrantes internacionales, que comienza a hacerse notorio a partir de la década del ’50, durante la cual Argentina cuenta con el aporte de chilenos, bolivianos, uruguayos y paraguayos; no obstante su presencia se registraba en el primer Censo con un porcentaje que alcanzaba al 20% del total de extranjeros que residían en el país. Incluso puede hablarse de una continuidad desde épocas precedentes, en las que primaba la circulación a través de los territorios que hoy conforman el subcontinente sudamericano. La cercanía geográfica, la facilidad de comunicación y transporte, rasgos culturales similares, un idioma común y un pasado compartido, hacen de las migraciones entre las poblaciones de Argentina y sus países vecinos una constante a lo largo de su historia.

Esta migración internacional cumplió un papel fundamental en el desarrollo productivo y económico de la Argentina. Las migraciones limítrofes, ubicadas en un inicio en zonas fronterizas, se emplearon como mano de obra agrícola en las provincias lindantes con los países de origen (Patagonia, NOA, NEA y litoral), alentadas por la noción de “territorio vacío” que idealizaba a la Argentina como un país territorial y socialmente por ocupar. Esta tendencia cambiará con los procesos de urbanización e industrialización impulsados a mediados del siglo XX. Desde el año 1970, los inmigrantes limítrofes se orientarán preferentemente hacia el Área Metropolitana de Buenos Aires, encontrando que ya en 1991, el 47,4% del total de los inmigrantes limítrofes residía en esta área, porcentaje que asciende al 65% en el caso de los paraguayos. Para el año 2001, el Censo de Población, Hogares y Vivienda indicaría que de un total de 36.260 mil habitantes, los extranjeros representarían 1.531.940 habitantes, la mitad provendría de países limítrofes y de Perú[21].

21 SANTILLO, Mario Miguel: *Las organizaciones de inmigrantes y sus redes en Argentina*, documento presentado en el Simposio sobre Migración Internacional, Costa Rica. CEPAL, CELADE, OIM, 2000. Disponible en http://www.eclac.org/celade/proyectos/migracion/SimpMig00e-pon.htm. Si se realiza una comparación con el Censo del año 1991, se observa una reducción en 100.000 inmigrantes, producto de una reducción en más de 200.000 inmigrantes europeos, mientras que los provenientes de los países limítrofes se incrementaron en más de 100.000. No debe soslayarse que a partir de la década de 1990, se observa un incremento sostenido de los inmigrantes coreanos, chinos y de Europa del Este, fundamentalmente de Ucrania y Rusia.

El cambio en la composición de la población extranjera ha implicado que los inmigrantes europeos pierdan peso progresivamente en el conjunto de la población inmigrante, siendo superados por los inmigrantes de los países limítrofes. Una evidencia de ello es el lugar que ocupan, según datos del último Censo poblacional, los inmigrantes paraguayos y bolivianos en el total de la población inmigrante, desplazando a los italianos y españoles de los primeros lugares, con un aporte absoluto de 558.510 personas.

El arribo de inmigrantes hacia Argentina se profundizaría en la década de 1990, como consecuencia de la sobrevaluación del peso argentino respecto de otras monedas (principalmente el dólar) y el mayor desarrollo relativo de la economía respecto de los países limítrofes[22]. Aún cuando la crisis económica del año 2001 – que implicó una significativa devaluación del peso, afectó los niveles de empleo y ocasionó que una cantidad significativa de inmigrantes volvieran a sus países de origen – esta tendencia permanecería constante en el presente siglo; reforzada por la migración de países y continentes no tradicionales como Perú, Asia, Europa del Este y África. Algunos autores consideran que, más que retornar hacia sus países de origen, la crisis obligó a la población inmigrante en la Argentina a reacomodarse en espacios económicos como la industria textil, de confecciones y del calzado, entre otros[23].

En el último Censo Nacional, el peso que tiene la migración limítrofe sobre la población total del país se ubica en el promedio histórico. Así, observando la evolución de esta población desde el primer Censo poblacional no se advierten cambios significativos, oscilando su porcentaje entre un 2% y un 3%. En ese año, la inmigración limítrofe representaba un 2,5% de la población total. Así, la población extranjera residente en la Argentina era de 1.531.904 personas, representando un 4,2% de la población total del país[24]. De ese total, los migrantes limítrofes eran 916.264 personas, representaban el 60,3% del total de inmigrantes.

Tomando a la inmigración limítrofe desde el primer Censo poblacional, se advierte un comportamiento heterogéneo dado por los cambios en la participación de cada una de las comunidades a lo largo del período. Como se observa en el gráfico siguiente, en un principio las nacionalidades que dominaban los flujos hacia la Argentina eran las de los uruguayos, chilenos y, en menor medida, brasileños. A partir de principios del siglo XX adquieren protagonismo las comunidades de paraguayos y bolivianos, las que extenderán su influencia con el correr del siglo hasta convertirse en las comunidades que albergan el volumen más importante de inmigrantes.

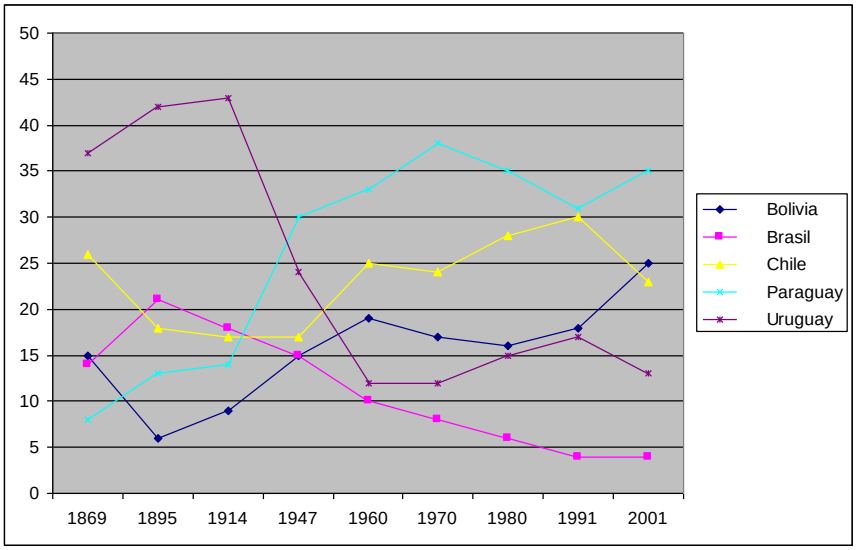
22 CERRUTTI, Marcela. y PARRADO, Emilio: *The remittances of Paraguayan migrants to Argentina: their prevalence, amount, and utilization.,* 2006. Publicación electrónica en web; capítulo a ser incluido en un volumen del BID, disponible en: http://paa2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId=61079

23 BENENCIA, Roberto y QUARANTA, Germán: *Mercados de trabajo y economías de enclave. La "escalera boliviana" en la actualidad,* en *Revista Estudios Migratorios Latinoamericanos*. Año 20, Nº 60, 2006. Pp. 417.

24 INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001.

Gráfico 1

Estructura porcentual de la inmigración limítrofe en Argentina. 1869 – 2001



Fuente: INDEC - Censos de Población. 1869 – 2001

Observando la evolución de cada una de los grupos de inmigrantes, se advierte que:

- Los uruguayos crecen hasta el Censo del año 1914, momento a partir del cual pierden peso relativo, de manera abrupta, hasta el año 1960, alcanzando cierta estabilidad en los últimos cuarenta años, con valores cercanos al 15%.

- Los chilenos registran una caída entre 1869 y 1947, y a partir de ese entonces incrementan su participación, con algunos vaivenes intercensales, alcanzando su punto más alto en el año 1991 con alrededor de un 30%. Esta comunidad, de acuerdo a los datos del Censo de 2001 y a informaciones no censales manejadas en los últimos años, estaría atravesando una clara tendencia a la baja, perdiendo la fuerza que tuvo en los últimos 50 años como la segunda comunidad inmigrante limítrofe en el país.

- Los paraguayos incrementan su participación hasta 1970, con períodos de destacado crecimiento, como fue el que se dio entre los censos de 1914 y 1947, para luego caer hasta 1991 y retomar la senda del crecimiento en el último período intercensal.

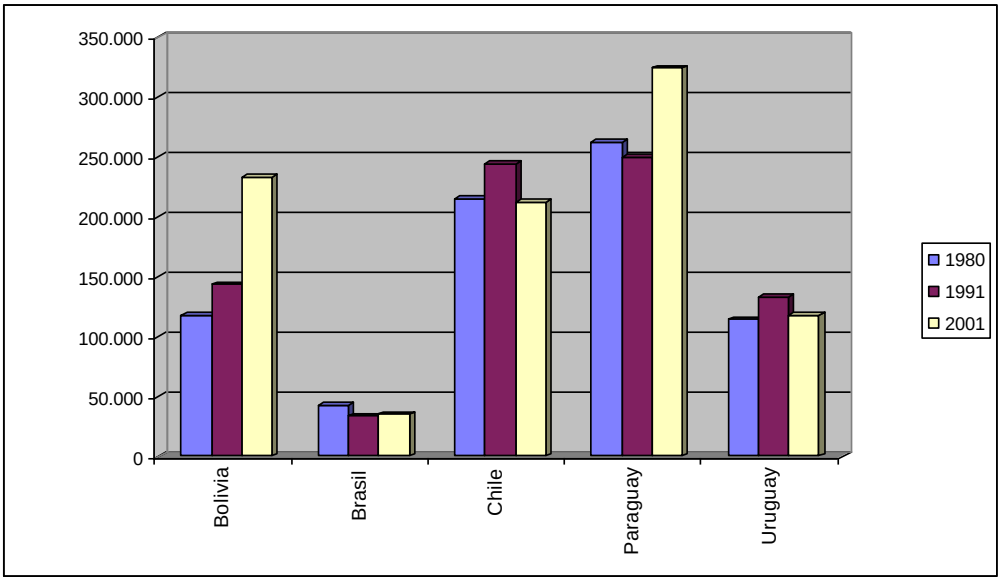
- Los bolivianos muestran un alza sostenida entre 1895 y 1960, caen levemente entre 1960 y 1980 y vuelven a crecer, ahora sí marcadamente, en los últimos 20 años.

- Los brasileños, por último, tienen una representación importante entre 1895 y 1914, consolidándose en el segundo lugar con valores cercanos al 20%, y a partir de inicios del siglo XX su influencia absoluta y relativa fue debilitándose paulatinamente, hasta alcanzar menos de un 5% en el año 2001.

- Haciendo un balance, se advierte que entre los inmigrantes limítrofes, los bolivianos constituyen la nacionalidad que más crece desde 1980, consolidándose como el segundo grupo de inmigrantes en relevancia numérica en Argentina. Los paraguayos, aunque continúen siendo la nacionalidad cuantitativamente más importante, con 325.046 personas, experimentan un comportamiento diferente, con un decrecimiento entre 1980 y 1991 y un crecimiento de alrededor de 75.000 personas en el último período intercensal.

Grafico 2

Inmigrantes limítrofes según país de origen en Argentina. 1980, 1991 y 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1980 / 1991 / 2001.

En relación con la distribución espacial de la población inmigrante, en los últimos Censos se advierte una acentuación del patrón de asentamiento en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Como se sabe, las provincias fronterizas fueron el principal destino de la inmigración limítrofe hasta 1960, momento a partir del cual el AMBA se constituyó en el destino privilegiado por los inmigrantes de países vecinos. Este proceso de concentración de la población migrante limítrofe está relacionado con la pérdida de gravitación de las economías regionales y la concentración de la actividad económica en las grandes urbes del país.

En el caso específico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el año 2001 los bolivianos constituyen la población cuantitativamente más importante del total limítrofe, seguidos de cerca por los paraguayos. Entre 1980 y 2001 el stock de migrantes limítrofes en la CABA se incrementó un 52%. En términos absolutos, crecieron tanto las poblaciones de paraguayos como de bolivianos. Estos últimos, por cierto, evidenciaron un crecimiento mucho mayor que los paraguayos, logrando una participación notable en el total de migrantes limítrofes.

A efecto de contar con una aproximación a los flujos migratorios en la presente década de los bolivianos y paraguayos haremos referencia a la información sobre las residencias concedidas por la Dirección Nacional de Migraciones (DNM), en el marco del programa Patria Grande, instrumentado desde el año 2006[25]. El total de migrantes que han regularizado su situación es de 560.131 regularizaciones registradas en el período mayo 2006 a febrero 2008, De este total un 50,8% corresponde a migrantes paraguayos y un 27,8% a migrantes bolivianos.

Si bien no sería correcto afirmar que estos migrantes llegaron en la presente década, la significación de estos datos estaría indicando que las poblaciones de inmigrantes más dinámicas continúan siendo las de paraguayos y bolivianos y permitiría establecer como conjetura, sin dejar de lado los comportamientos experimentados en las últimas décadas por estas poblaciones y por las de los restantes países limítrofes, que estas nacionalidades serán, junto con los peruanos, otro grupo de migrantes regionales que ha crecido rápidamente en los últimos 20 años, las que dominen, en el futuro, la escena migratoria del país.

25 En el punto 3.4: El marco normativo de las migraciones en la Argentina, se describen las características del Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria.

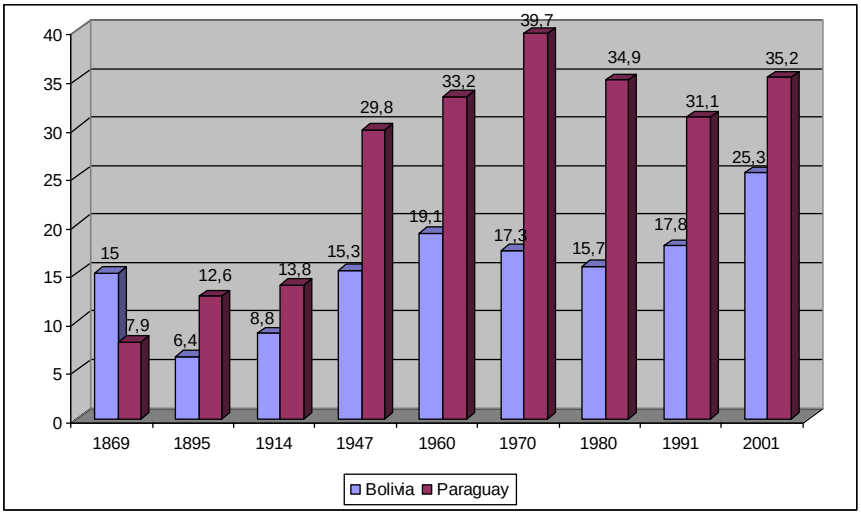
3.4.1. Las migraciones de bolivianos y paraguayos

Como se ha visto, las inmigraciones paraguaya y boliviana son las que tienen el mayor nivel de dinamismo en la actualidad. Su impacto cuantitativo resulta ser muy significativo, concentrando desde hace varias décadas a una porción considerable de la inmigración total del país.

La evolución registrada por los nacionales de Bolivia y Paraguay en el país desde el primer Censo poblacional muestra que el peso relativo de estos grupos de inmigrantes en el total de la población migrante limítrofe ha ido aumentando con el correr de las décadas, evidenciando desde el año 1960 una supremacía respecto de las restantes comunidades limítrofes.

Gráfico 3

Evolución de la inmigración boliviana y paraguaya en el total de la inmigración limítrofe en Argentina (en porcentajes)



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

La inmigración boliviana en Argentina

En la actualidad representa la segunda población inmigrante más importante en la Argentina. En sus inicios, la inmigración boliviana estuvo asociada al auge y expansión de las economías regionales vinculadas a la producción azucarera en la frontera noroeste y la industria del tabaco en las provincias de Salta y Jujuy.

La inmigración boliviana en Argentina es tan antigua como la migración de los restantes países limítrofes y puede asociarse con diferentes procesos y acontecimientos políticos y económicos desarrollados en ambos países. Desde el año 1920 en adelante, la migración boliviana se constituye en una de las más importantes en Argentina. En sus orígenes, la migración de bolivianos a la Argentina estuvo motivada por las posibilidades laborales que surgieron en la cosecha de caña de azúcar en las zonas de Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero. La revolución de abril y reforma agraria de 1952 también generó flujos migratorios de latifundistas y exiliados políticos.
Con la caída de los precios de los productos regionales, la adopción de innovaciones tecnológicas en la industria agrícola y la consolidación del proceso de industrialización por sustitución de importaciones, esta proporción varió sustancialmente, orientando los flujos migratorios de bolivianos hacia las zonas preferentemente industriales, en donde se desempeñaron en la actividad manufacturera, en especial en el rubro textil.

La demanda de mano de obra temporaria se ampliará también a las industrias vitivinícolas de Mendoza, en la zona central del país, y en las últimas décadas del siglo pasado, la participación de

productores y trabajadores bolivianos se incrementó sostenidamente en la horticultura y la difusión del invernáculo, mayoritariamente en la zona periurbana del Gran Buenos Aires[26].

Debe destacarse que el mayor crecimiento de la población boliviana en la Argentina se experimentó en la década de 1940 y de 1990. En el año 1960, el Censo registró un alto porcentaje de migrantes bolivianos, expulsados fundamentalmente por razones políticas. Por su parte, 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 que los lugares de mayor concentración son: el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), compuesta por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (GBA); y en las provincias de Jujuy y Salta, se encuentran también con menores volúmenes en otras provincias de la región cuyana y patagónica.

En el año 2001, la población boliviana residente en el AMBA era de 120.502 personas, representando un 13,1% del total de inmigrantes. En tanto que en la CABA alcanzaba un total de 50.111 inmigrantes, esto es, el 34% del total limítrofe, constituyéndose en la comunidad más numerosa de la jurisdicción.

Debe resaltarse que casi la mitad de la población boliviana residente en la CABA llegó al país en los últimos diez años, constituyéndose en una de las colectividades regionales que presentan un mayor dinamismo en la actualidad. Si bien los migrantes de casi todas las regiones de Bolivia tienen una residencia reciente en Argentina, se destacan aquellos cuya última residencia fue en San Cruz y La Paz. Los originarios de Potosí muestran otra distribución, con más de la mitad de la población llegada en la década de los ochenta. Por último, entre las poblaciones más antiguas aparecen las de los cochabambinos, mostrando que más de un cuarto de esta población llegó antes del año 1969.

Dentro de la CABA los migrantes bolivianos tienden a concentrarse en pocos barrios que se distribuyen en el Sector Sur de la CABA y que aglutinan a más de la mitad de la población boliviana residente, con patrón de asentamiento, que se suele definir como “barrios étnicos”. Los barrios de mayor concentración son Nueva Pompeya, Villa Soldati, Bajo Flores, Mataderos, Villa Lugano y Villa Riachuelo[27].

La inmigración paraguaya en Argentina

La inmigración paraguaya en la Argentina tampoco constituye un fenómeno reciente: ya en el Censo del año 1869 representaba un 0,2% de la población total. Desde ese primer Censo Poblacional hasta el último (año 2001), se advierte un incremento sostenido en el peso que han manifestado los paraguayos sobre la población extranjera total, pasando de un 1,6% en 1869 a un 21,2% en 2001.

Su arribo a la Argentina muestra dos flujos migratorios claramente identificables: el primero se inicia en 1936, con la Guerra del Chaco (que enfrentó a Brasil, Argentina y Paraguay) y se cierra con la posterior Guerra Civil de 1946 a 1950. El segundo flujo migratorio de paraguayos hacia la Argentina tuvo lugar desde mediados de la década del cincuenta y responde, en lo fundamental, a la desigual distribución de la propiedad agrícola y a las debilidades del sistema económico paraguayo para

26 BENENCIA, Roberto y QUARANTA, Germán, *Op. cit*.
27 SASSONE, María Susana: *El enfoque cultural en geografía. Nueva aproximación teórica-metodológica par el estudio de las migraciones internacionales*. Ponencia presentada al Seminario “La migraciones internacionales en América Latina en el Nuevo Milenio”, 2 – 4 de noviembre de 2000. Buenos Aires.

incorporar a la masa laboral al mercado de trabajo interno[28]. Esta situación originó que una de las alternativas de supervivencia más viables para la población paraguaya lo constituya la migración a la Argentina, convirtiéndose en un uno de los principales destinos de los inmigrantes a lo largo del siglo XX[29].

En términos absolutos, el número de paraguayos residentes en la Argentina tuvo un crecimiento sostenido en el tiempo, convirtiéndose en las últimas décadas en la comunidad inmigrante más grande del país.

En el año 2001, los inmigrantes paraguayos se concentraban principalmente en el AMBA (80,4%) y, en menor medida, en las provincias fronterizas de Misiones y Formosa, donde constituían la amplia mayoría entre el total de inmigrantes limítrofes.

Los datos del último Censo muestran que la inmigración paraguaya residente en la CABA continúa teniendo un peso destacado (32%) en la población limítrofe. Si bien se trata de un stock migratorio que tiene cierta antigüedad en el país, se registra que casi tres de cada diez inmigrantes paraguayos llegaron a la Argentina en los últimos 10 años.

La población paraguaya en Argentina proviene mayoritariamente de áreas rurales y cuenta con niveles educativos bastante inferiores a los de la población nativa (sólo el 14% ha terminado la educación secundaria). Entre los más antiguos aparecen aquellos que provienen de los departamentos Central y Asunción y entre los más recientes se observa a los procedentes de Caaguazú y Alto Paraná. En el caso de Itapúa, un grupo importante (39%) llegó antes del año 1969 y recién parece reactivarse en los años noventa, mostrando en el período 1990-2003 un peso relativo de un 43%.

Al tratarse de la población migrante de más larga data (junto con la boliviana), se han generado redes sociales vastas y densas, lo que disminuye los costos asociados con la migración e incrementa la incidencia de retornos esperados; así como la existencia de lazos fuertes con las comunidades ha estimulado la migración de carácter temporario, procesos facilitados por la proximidad geográfica.

Por último, en relación con el asentamiento de los paraguayos en la CABA, se advierten importantes agrupamientos en los barrios de Barracas, San Nicolás, Pompeya, Soldati, Bajo Flores, Villa Lugano y Villa Riachuelo que concentran al 40% del total de la población.

3.4.2 El marco normativo de las migraciones en la Argentina

El marco normativo relativo a las migraciones se sustenta en los Tratados Internacionales, los Convenios Regionales y Bilaterales sobre migraciones y los Acuerdos Regionales y en particular el "Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Partes del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y otro similar que incluye a Bolivia y Chile"[30], basado en la reciprocidad de trato, en

28 Uno de los factores clave para explicar la formación y consolidación del flujo migratorio hacia Argentina, radica en la estructura productiva de Paraguay. La estructura económica de Paraguay está dominada por un sector agrícola considerable, aunque poco dinámico, que combina una distribución de la tierra altamente desigual (latifundios) con una proporción significativa de la población que trabaja en economías de subsistencia y de pequeña escala (minifundios). En 1991, el 40% de las unidades de producción agrícola tenía menos de cinco hectáreas de extensión y, no obstante ello, representaba sólo el 1% de la tierra cultivable. La principal fuente de ingresos complementarios para algunas comunidades agrícolas y pueblos pequeños siempre ha sido una industria dinámica y productiva de artesanías; en CERRUTI, Marcela. y PARRADO, Emilio. *Op.cit*.

29 CERRUTI, Marcela y BRUNO, Matías: *La inserción de migrantes paraguayos y peruanos en el mercado de trabajo del Área Metropolitana de Buenos Aires*, en *Revista Estudios Migratorios Latinoamericanos*, CEMLA, Año 20. N 60, 2006.

30 El "Acuerdo sobre Residencia", refleja un salto cualitativo notable en el enfoque político de la cuestión migratoria de la región. Las iniciativas, que fueron planteadas por Argentina y apoyadas por Brasil, se aprobaron en el marco de la Reunión de Ministros del Interior. El 6 de diciembre del 2002 los Presidentes de los cuatro países del MERCOSUR más

la igualdad de derechos de sus nacionales y en la facilitación para el acceso a la residencia y en la nueva Ley de Migraciones N°25.871 promulgada en el año 2004.

La Ley N°25.871/04 incorpora el espíritu de los tratados internacionales de derechos humanos, ratificados por la Argentina, constituyéndose en la instancia suprema que regula y controla dicho fenómeno y establece los lineamientos fundamentales de la política migratoria del país Argentina. En términos generales, la Ley de Migraciones N°25.871/04 enuncia una serie de principios que imprimen una nueva dirección a las diversas acciones que se desarrollan en materia migratoria, regulando todo lo concerniente a la política migratoria argentina y a los derechos y obligaciones de los extranjeros que residen en el país.

La Ley busca: fijar las líneas políticas fundamentales y sentar las bases estratégicas en materia migratoria, dar cumplimiento a los compromisos internacionales de la República en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes. En el cuerpo de la Ley se explicita la exigencia al estado de disponer los instrumentos necesarios para garantizar la integración de los inmigrantes en la sociedad argentina.

Una de las más positivas reformas introducidas por la Ley, es el reconocimiento del derecho humano a migrar. El Artículo 4º dice: *"El derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad*". El artículo establece el compromiso del Estado de garantizar ese derecho. Esta circunstancia determina un límite fundamental en las políticas migratorias a nivel general e individual[31] .

En relación con el derecho a la educación y a la salud en la Ley Nº 25.871/04 establece que *"No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria"* en los Artículos 7º y 8º. A partir de tales artículos la Ley Nº 25.871/04 se diferencia de la Ley de Migraciones 22.439/81 puesto que la misma restringía el acceso de los inmigrantes irregulares a tales servicios, y garantiza el acceso sin importar su situación migratoria; y en vez de exigir a los docentes y médicos la denuncia de la irregularidad, los instruye a prestar los servicios. En el Artículo 6º consagra la igualdad de derecho entre nacionales y extranjeros, en concordancia con lo establecido por nuestra Constitución Nacional"[32].

Respondiendo a tales premisas, en el año 2004 se creó el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria para extranjeros nativos de los Estados Parte del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y sus Estados Asociados -Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El objetivo del programa es la regularización de la situación migratoria y la inserción e integración de los extranjeros residentes en forma irregular en el país. El programa Patria Grande brinda la posibilidad de que los inmigrantes en situación irregular concreten una instancia fundamental de su integración en el país como es la regularización de su situación migratoria. Esta medida se implementa a partir de la adopción de un nuevo criterio de radicación basado en la acreditación de la nacionalidad de uno de los países de la región[33].

Bolivia y Chile refrendaron estos Acuerdos en su Declaración Conjunta Presidencial, consagrando así la libre circulación como objetivo político y que permite acceder a una residencia legal mediante la acreditación de la nacionalidad.

31 CERIANI CERNADAS, Pablo: *Nueva Ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración, en Giustiniani, Rubén, Migración. Un derecho humano*, Editorial Prometeo, Buenos Aires, 2004.

32 NOVICK, Susana: *Mercosur y migraciones: la experiencia Argentina.* Ponencia presentada en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Guadalajara, México. 2006

33 Véase Dirección Nacional de Migraciones: http://www.mininterior.gov.ar/migraciones/decreto1169/programa.asp

4. LOS MIGRANTES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA)

Las comunidades de bolivianos y paraguayos aglutinan las dos terceras partes de la inmigración limítrofe residente en la CABA y una tercera parte de la inmigración total. Si bien ambas poblaciones evidencian un crecimiento en su stock migratorio en CABA en las últimas décadas, son los bolivianos quienes muestran un ritmo de crecimiento mayor.

La presencia mayoritaria de estas poblaciones en CABA está vinculada con el aumento de la participación relativa de estas comunidades en la inmigración que recibe la ciudad, con un patrón de asentamiento que tiene por destino importante a la CABA, con las redes migratorias que conforman los miembros de esta comunidad y con una demanda laboral específica, articulada en torno a actividades de comercio minorista, manufactura y servicios personales, que absorbe permanentemente mano de obra limítrofe en general, y boliviana y paraguaya en particular.

4.1 Características socio demográficas y laborales de los migrantes bolivianos y paraguayos. [34]

4.1.1 Perfil de los inmigrantes bolivianos

La población boliviana se compone en un 51,8% de mujeres y en un 48,2% de varones. El peso de las mujeres se ha incrementado en estos últimos años: entre los inmigrantes llegados en el período 1990-2003, sobre un total de 29.129 personas, 15.834 fueron mujeres, alcanzando de esta manera una representación de un 54,3% del total.

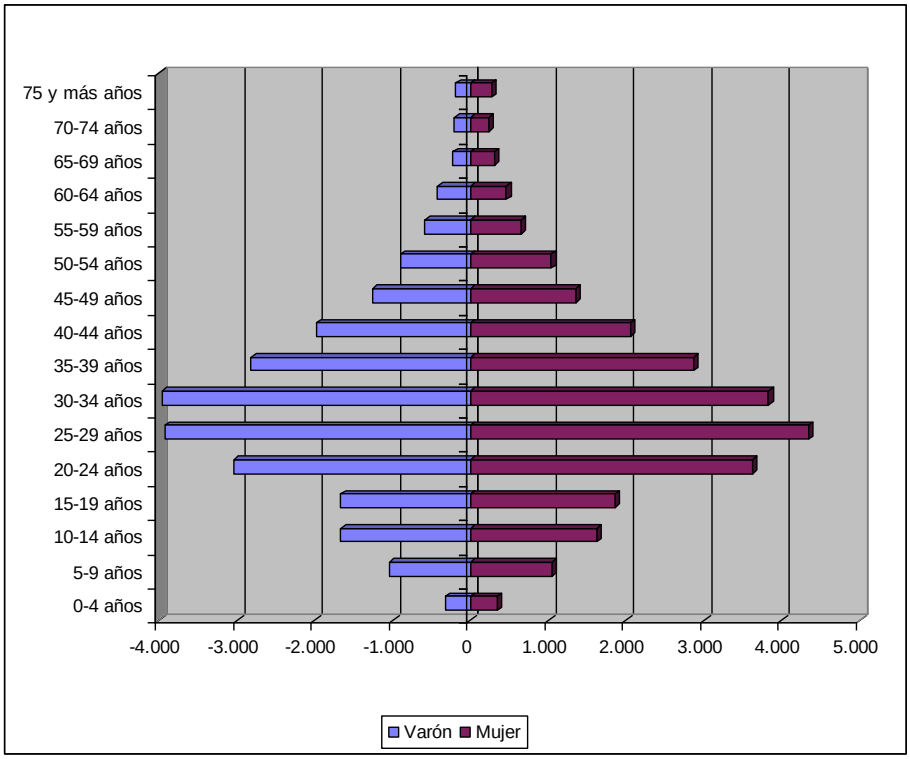
Con un índice de masculinidad de 93 varones cada 100 mujeres, la población boliviana se ubica por encima del promedio de la población migrante limítrofe en general (siendo el Índice de Masculinidad de la población limítrofe en general del 73 por cada 100). Considerando lo ocurrido en los últimos tiempos, se observa que ha aumentado la participación de las mujeres en los movimientos migratorios, dando por resultado en el período 1990-2003 un Índice de Masculinidad (IM) de 84.

La población boliviana residente se nutre, mayoritariamente, de personas en edad económicamente activa (14-65 años). Tal es así que tanto los varones como las mujeres procedentes de Bolivia concentraban alrededor de un 85% de su población en esta categoría. Es de destacar que más de la mitad de la población se ubica en la franja de edad 15-34 años, lo que da cuenta de una población esencialmente productiva.

34 Las fuentes de datos utilizadas son el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (INDEC, año 2001) y la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales, operativo desarrollado en el año 2003.

Gráfico 4

Población nacida en Bolivia residente en la CABA según sexo y grupos de edad. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

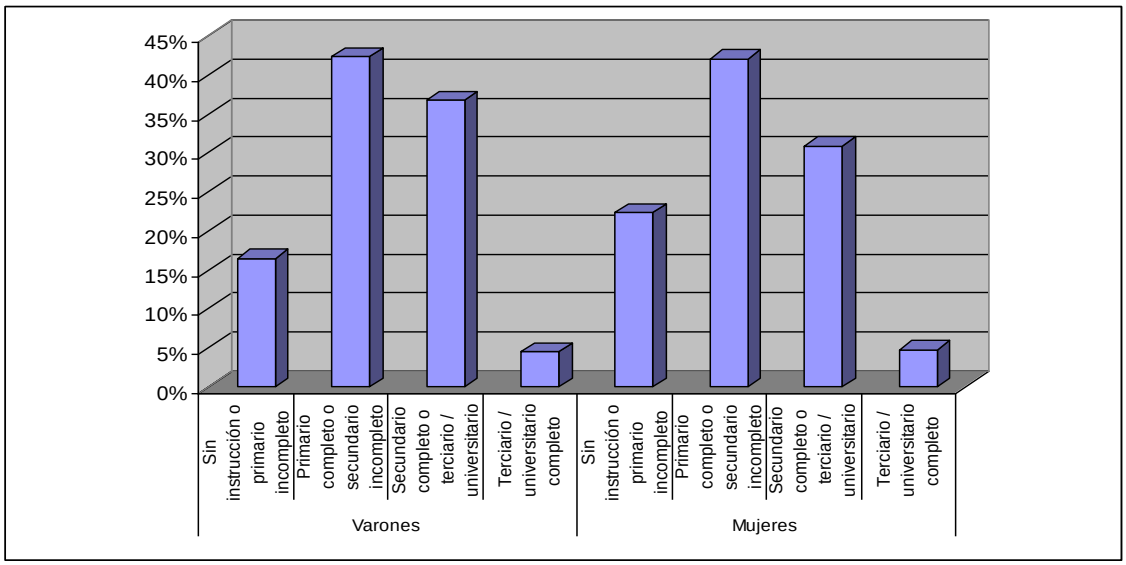
Considerando el máximo nivel de instrucción alcanzado por los inmigrantes bolivianos, se advierte que un 14,3% de esta población manifestaba un bajo nivel de instrucción (hasta primario incompleto), un 44,3% se ubicaba en un nivel medio (primario completo o secundario incompleto) y un 40,6% en el nivel alto (secundario completo y terciario o universitario incompleto o completo).

Entre la población boliviana que llegó al país en el período 1990-2003, se advierte que sobre un total de 23.653 personas, el 14,5% posee un nivel de instrucción bajo, un 46,3% se ubica en el nivel medio y un 38,1% alcanza la posición más alta.

De la comparación entre varones y mujeres, se desprende que mientras en el nivel de instrucción medio no hay diferencias, en el nivel más bajo es más significativo el peso de las mujeres (22% vs. 16% de los varones) en tanto que en el nivel alto es mayor el impacto entre los varones (41% vs. 35% de las mujeres).

Gráfico 5

Población nacida en Bolivia de 15 años o más residente en la CABA según máximo nivel de instrucción y sexo. Año 2001



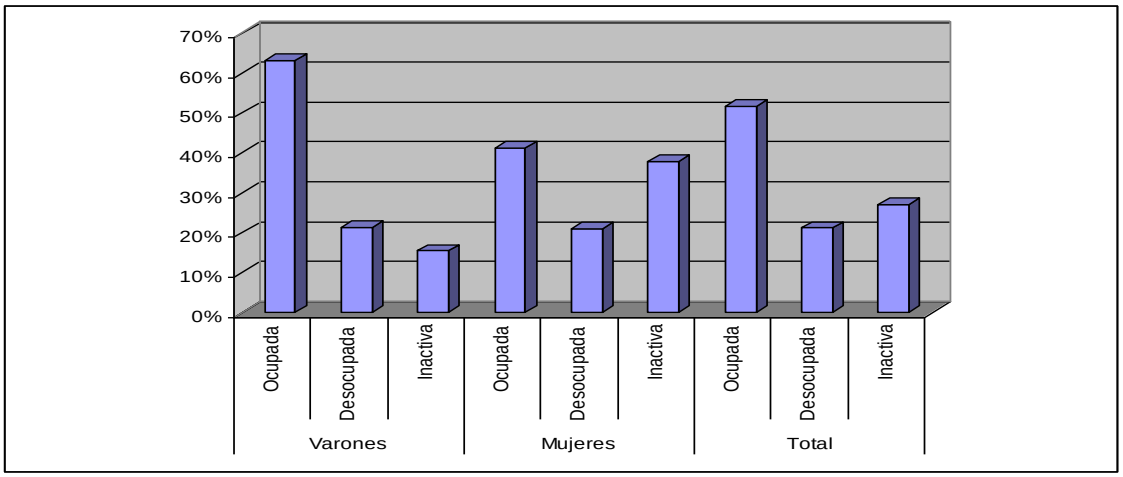
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

En relación con la condición de actividad, puede afirmarse que un 21,1% de la población migrante boliviana en CABA se encontraba desocupada. En cuanto a la población boliviana ocupada, se observa una diferencia a favor de los varones: tal es así que se registraba un 22,1% más de varones ocupados respecto de mujeres.

La tasa de actividad de los bolivianos es de un 73%. Ahora bien, se observan diferencias significativas entre varones y mujeres: mientras entre los primeros esta tasa alcanza un 84,5%, entre las mujeres se registran valores notablemente inferiores cercanos al 62%.

Gráfico 6

Población nacida en Bolivia de 14 años o más residente en la CABA según condición de actividad económica y sexo. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

Analizando la inserción ocupacional según rama de actividad, se destacaban la industria manufacturera (31,8%), el comercio al por mayor y menor (15,9%), la construcción (15%) y servicio doméstico (12,4%). Cabe señalar que en la industria manufacturera, si bien se evidenciaba una

diferencia a favor de los varones, los que alcanzaban una representación de un 36,7%, las mujeres también manifestaban una inserción destacada del 24,7%.

El nicho de mercado que obtuvo la mayor concentración femenina fue el servicio doméstico (29,5%)[35]. En el caso de los varones, además de la inserción en la manufactura, los sectores que tradicionalmente albergaron a los inmigrantes bolivianos son la construcción (25,4%) y el comercio (14,3%).

Cuadro 1

Población nacida en Bolivia de 14 años y más ocupada, residente en la CABA, según rama de actividad económica y sexo. Año 2001

Rama de actividad económica publicada	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Agricultura, ganadería, otras y Minas y canteras	0,2%	0,1%	0,2%
Industria manufacturera	36,7%	24,7%	31,8%
Construcción	25,4%	0,3%	15,0%
Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos	14,3%	18,0%	15,9%
Servicios de hotelería y restaurantes	2,4%	3,6%	2,9%
Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	5,7%	0,6%	3,6%
Servicios inmobiliarios e Intermediación financiera	3,1%	4,2%	3,5%
Administración pública y Enseñanza	0,9%	1,8%	1,3%
Servicios sociales y de salud	2,5%	8,5%	5,0%
Servicios comunitarios, sociales y personales	4,0%	3,6%	3,8%
Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	0,3%	29,6%	12,4%
Actividades no bien especificadas	4,3%	5,1%	4,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

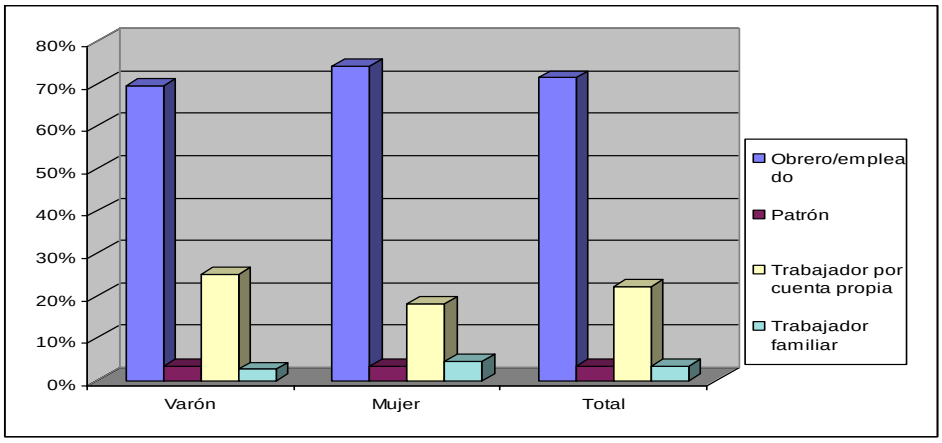
Con respecto a la categoría ocupacional, los bolivianos se insertaban mayoritariamente como asalariados, reuniendo a un 71,3% del total. Observando la distribución de los bolivianos por sexo en esa misma categoría ocupacional, se advierte que las mujeres tenían una presencia aún mayor que los varones (74,2%: mujeres; 69,3%: varones). Por otro lado, un porcentaje significativo (22,1%) de los bolivianos se insertaban en el mercado de trabajo en calidad de cuentapropistas.

En cuanto a la calificación ocupacional, se advierte que más de la mitad de la población boliviana se insertaba en ocupaciones de tipo operativas (58,2%). Por su parte, otro grupo considerable (25,7%) estaba ocupado en ocupaciones no calificadas. Ahora bien, segmentando la inserción laboral por sexo, se advierte que mientras los varones tenían una participación muy significativa en empleos de calificación operativa (72,3%), las mujeres lo hacían en ocupaciones que requieren menores niveles de calificación (no calificadas: 45%).

35 "En América Latina el sector servicios es la principal fuente de empleo para las mujeres, que se orienta especialmente al servicio doméstico, y en menor medida a atención y cuidado de enfermos, ventas callejeras y otro tipo de actividad laboral pertenecientes al mercado informal del trabajo. También suelen insertarse como operarias de la industria textil, contratadas por pequeños y medianos fabricantes, que contratan informalmente a mujeres, en condiciones de absoluta precariedad"; en LIPSZYC, Cecilia: *Feminización de las Migraciones: Sueños y realidades de las mujeres migrantes en cuatro países de América Latina,* Montevideo, abril de 2004.

Gráfico 7

Población nacida en Bolivia de 14 años o más residente en la CABA según categoría ocupacional y sexo. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001

Evidentemente, esto se vincula con el tipo de trabajo desarrollado que, como se ha visto, en el caso de las mujeres se trata del servicio doméstico, actividad que no requiere de un alto nivel de instrucción para ser ejecutada. Al decir de Stalker "…el servicio doméstico es una de las ocupaciones más vulnerables. Por un lado, el encapsulamiento dentro de la familia que las emplea obstaculiza el apoyo mutuo entre las trabajadoras y por otro su "invisibilidad" ofrece a los empleadores un amplio margen para evadir a legislación laboral"[36].

La descripción anterior puede completarse con la variable descuento/aporte jubilatorio, la que indica si el trabajo desarrollado por los inmigrantes se efectúa por dentro o fuera de la ley. Al respecto, los datos de la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales (ECMI) son concluyentes dado que reflejan una inserción de carácter altamente precaria: a más de tres cuartas partes de la población boliviana no le descontaban ni aportaban para la jubilación. Cabe precisar que esta situación laboral era más grave entre los recién llegados (entre los años 1990 y 2003) que entre los migrantes más antiguos (llegados hasta el año 1969), siendo de un 84% y un 62% respectivamente.

Estos tipos de trabajos tienen implicancias sobre otras dimensiones de la inserción socio-laboral de los inmigrantes debido a que anulan los derechos de los trabajadores a la seguridad social, a la sindicalización, a una cobertura médica y a seguros por riesgos laborales, es decir, al conjunto de beneficios sociales que tienen los trabajadores legalmente constituidos. En la actualidad, se advierte que el 60% de los mayores de 65 años no percibe jubilación ni pensión.

Por lo dicho arriba, los bolivianos en la Argentina se insertan, en general, en el estrato más bajo de la estructura ocupacional, desempeñándose en empleos precarios asociados a tareas de escasa calificación, bajas remuneraciones, largas jornadas de trabajo, desarrolladas por fuera de las normas laborales vigentes.

Una observación final se vincula con la participación de los hogares de inmigrantes bolivianos en las organizaciones de la comunidad. Al respecto, según datos de la ECMI, una tercera parte de los hogares de bolivianos participa o integra activamente una o más organizaciones comunitarias. Es de destacar que se evidencia una mayor participación entre los migrantes más antiguos. No obstante, entre los migrantes llegados en el último decenio el nivel de integración en estas

36 STALKER, Peter: *The Work of Strangers: A Survey of International Labour Migration*, International Labour Office, Ginebra, 1994.

organizaciones comunitarias es relativamente alto, dando por resultado que más de una cuarta parte participa activamente en las mismas.

Según tipo de organización, se advierte que el 35% se vuelca por instituciones religiosas, un 25% prefiere las de naturaleza recreativa, deportiva o cultural, un 18% se inclina por instituciones de compatriotas, un 15% elige organizaciones barriales y sólo un 5% participa de organizaciones políticas o sociales.

Entre las asociaciones centradas en el deporte y en particular el fútbol, congregan a un número importantes de entidades o ligas, que movilizan un número importante de bolivianos y entre las finalidades culturales, cabe señalar los numerosos grupos de baile, que da lugar a la, Asociación de conjuntos folklóricos de residentes bolivianos (AFABOL)[37].

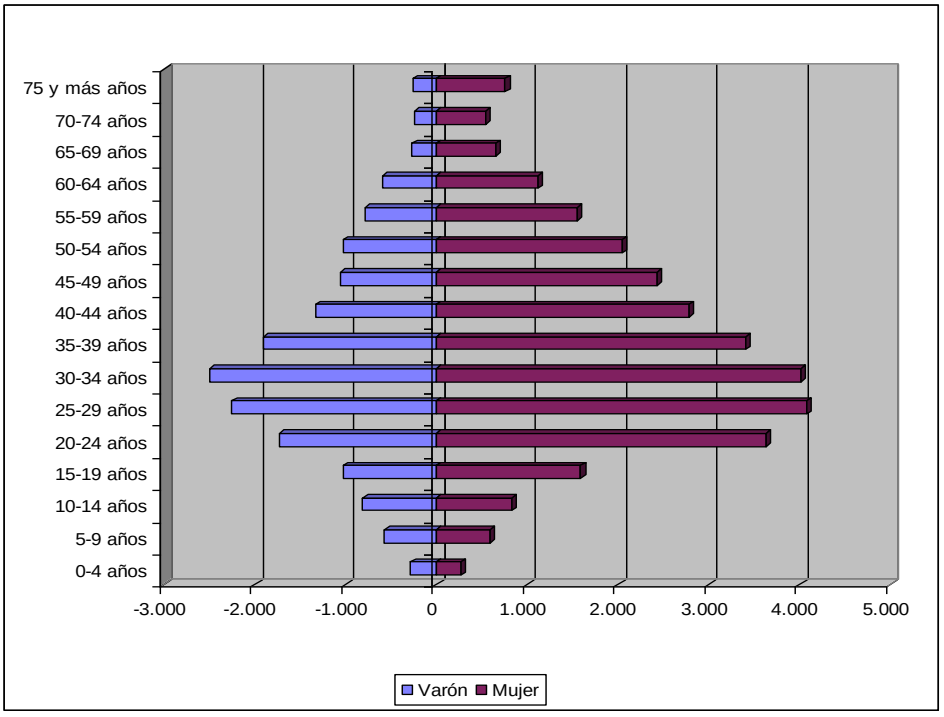
En la actualidad existe un portal, que auspicia el Consulado General de Bolivia donde existe información de interés para la comunidad de bolivianos, además de que las dos federaciones y algunas asociaciones informan sobre sus actividades.[38]

4.1.2 Perfil de los inmigrantes paraguayos

En el año 2001, la población inmigrante paraguaya, era predominantemente femenina concentrando un 64,6%. Su Índice de Masculinidad era de 55 (es decir, 55 varones cada 100 mujeres), esta característica ha sido una constante en esta corriente migratoria.
Entre los inmigrantes paraguayos, el grupo etario predominante es aquel que comprende a las personas de entre 25 y 49 años quienes representan un 55%. Si se toma a la población en edad activa (15-64 años), estas cifras trepan a un 87,1%.

Gráfico 8

Población nacida en Paraguay residente en la CABA según sexo y grupos de edad. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

37 OIM – CEMLA. *Estudio sobre la colectividad boliviana en la Argentina*. Informe de consultoría, Buenos Aires, 2004. Inédito

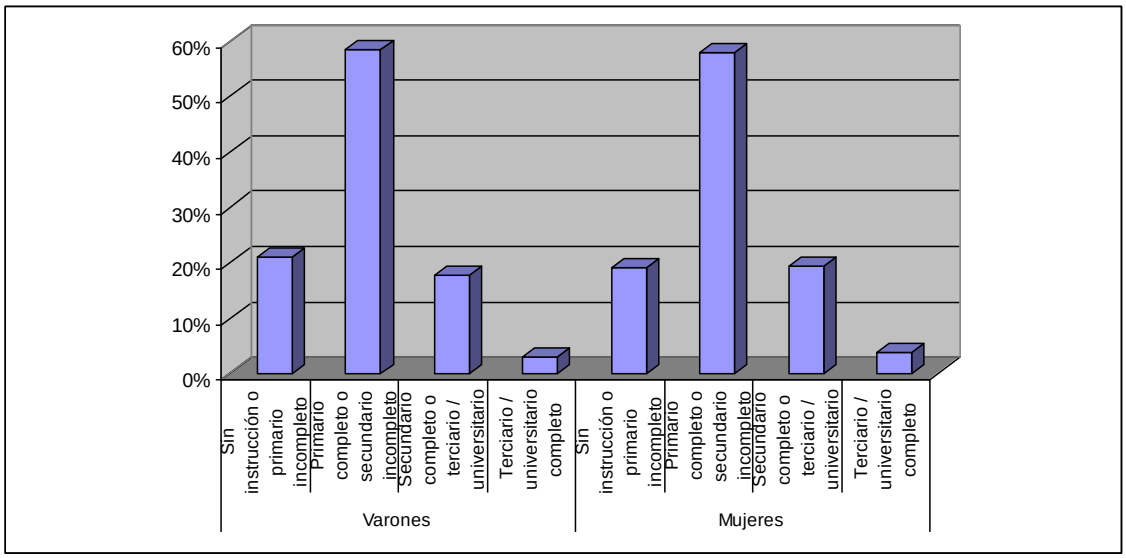
38 Véase http://www.comunidadboliviana.com.ar/

En cuanto al nivel de instrucción, los inmigrantes paraguayos que llegan a la Argentina tenían en 2001 un menor nivel de instrucción que el promedio de la población inmigrante limítrofe. Esta situación se observa tanto a nivel nacional como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Según datos de la ECMI, el 16,1% de la población paraguaya manifestaba un bajo nivel de instrucción, un 53% un nivel medio y el 30,2% restante un nivel alto. Comparando a los paraguayos arribados en el período 1990-2003 con el total, se advierten mejoras en el nivel educativo general de los flujos llegados en los últimos años. Tal es así que el 13,8% se ubicó en el nivel más bajo, un 58,5% en el nivel medio y un 27,2% en el nivel más alto.

Gráfico 9

Población nacida en Paraguay de 15 años o más residente en la CABA según máximo nivel de instrucción y sexo. Año 2001



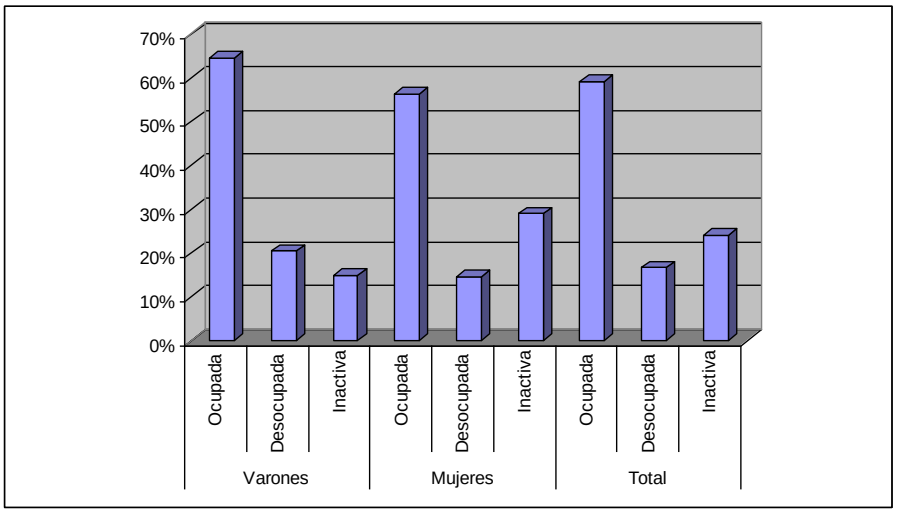
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001

En cuanto a la condición de actividad de la población paraguaya, se observa que el 59,2% se encuentra ocupada, el 16,7% desocupada y el 24,1% restante inactiva.

La tasa de actividad de los paraguayos es de un 76%. Entre los varones, esta medida trepa a un 85,1%, mientras que en el caso de las mujeres, se registra un 71,1%.

Gráfico 10

Población nacida en Paraguay de 14 años o más residente en la CABA según condición de actividad económica y sexo. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001

Comparando a las poblaciones de varones y mujeres, se observa entre los primeros un mayor nivel de actividad económica (varones: 85%; mujeres: 71%): los varones ocupados superan en casi 10 puntos porcentuales a las mujeres y los desocupados lo hacen en 5 puntos porcentuales.

Una de las formas en las que se expresa la situación desventajosa de los migrantes limítrofes en el país es la inserción selectiva por ramas de actividad. En ese sentido, se advierte una fuerte concentración de los inmigrantes limítrofes en las ramas de la construcción y el servicio doméstico.

Efectivamente, de acuerdo con datos del Censo del año 2001, la población paraguaya se insertaba preferentemente en las siguientes ramas de actividad: servicio doméstico (40,3%), construcción (12,4%), servicios comunitarios, sociales y personales (9,5%) y comercio (9,4%). Considerando las diferencias por sexo, se advierte que mientras el 64% de las mujeres se insertaba en el servicio doméstico, los varones, por su parte, si bien tenían una inserción más equilibrada en el conjunto de los sectores de actividad, un tercio se dedicaban a la construcción.

Tradicionalmente, las mujeres paraguayas satisficieron la demanda de servicio doméstico y conformaron cadenas migratorias de mujeres, que en buena medida dan cuenta de la temprana feminización de esa corriente, y en particular en el AMBA, donde ya en 1960 su Índice de Masculinidad era de 80. A partir de las décadas de 1980 y 1990, mujeres bolivianas y peruanas respectivamente comenzaron a aumentar su presencia en el servicio doméstico, en los servicios personales e incluso en el trabajo asalariado. Sobre todo en la década de 1990, dado que la paridad peso –dólar hizo muy atractivo los salarios en Argentina.

Cuadro 2

Población nacida en Paraguay de 14 años y más residente en la CABA ocupada según rama de actividad económica y sexo. Año 2001

Rama de actividad económica publicada	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Agricultura, ganadería, otras y Minas y canteras	0,2%	0,1%	0,2%
Industria manufacturera	11,9%	4,8%	7,5%
Construcción	32,5%	0,3%	12,4%
Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos	14,9%	6,1%	9,4%
Servicios de hotelería y restaurantes	7,2%	3,8%	5,1%
Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	6,4%	0,7%	2,8%
Servicios inmobiliarios e Intermediación	4,8%	4,0%	4,2%
Administración pública y , Enseñanza	1,3%	2,0%	1,1%
Servicios sociales y de salud	1,3%	4,1%	3,0%
Servicios comunitarios, sociales y personales	14,6%	6,4%	9,5%
Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	1,0%	64,0%	40,3%
Otras actividades y Actividades no bien especificadas	4,02%	3,8%	3,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

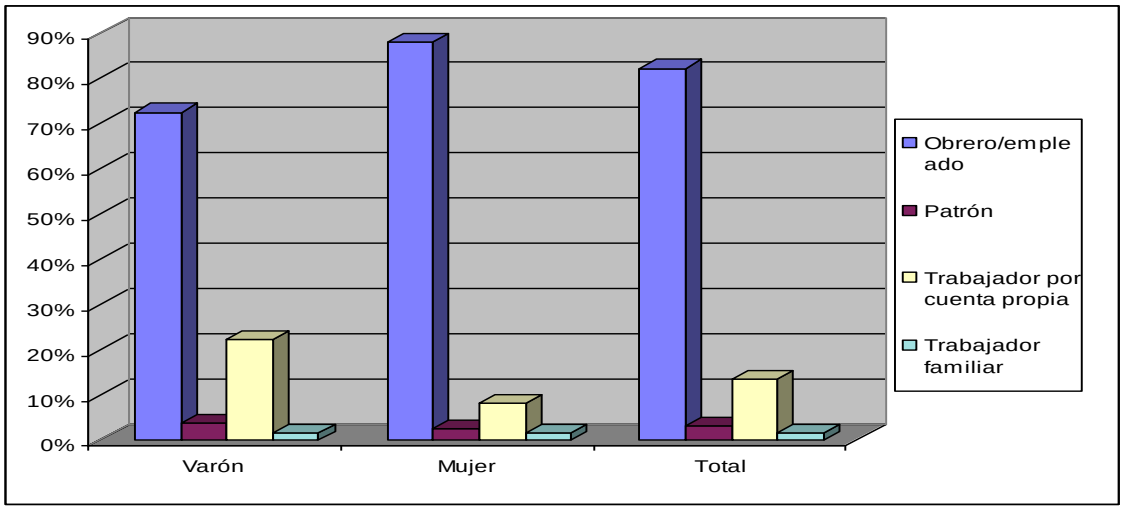
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Como sostiene Lipszyc, "…hasta diciembre del 2001 Argentina era uno de los países dentro de la región más atractivo para los migrantes, dada la estabilidad económica, convertibilidad monetaria y crecimiento industrial de los noventa, ya que ofrecía remuneraciones que podían triplicar los salarios de otros países de la región"[39].

Más de 8 de cada 10 ocupados paraguayos residentes se insertaban en el mercado de trabajo en calidad de asalariados. Segmentando por sexo, se advierten diferencias significativas: mientras el 87,9% de las mujeres paraguayas se insertaba como empleadas del sector privado, sólo el 69,3% de los varones se encontraba en esa situación. En el caso de los varones, debe destacarse su inserción por cuenta propia (22,2%).

Gráfico 11

Población nacida en Paraguay de 14 años o más residente en la CABA según categoría ocupacional y sexo. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001

39 LIPSZYC, Cecilia, *Op.Cit*

Complementariamente, a efecto de tener una mejor comprensión de la inserción en el mercado laboral de la población paraguaya, es importante considerar las características de los empleos en términos de los requerimientos de calificación de los mismos. Así, el 51,5% de la población paraguaya se insertaba en ocupaciones no calificadas. Considerando la inserción por sexo, se advierte que mientras que el 72,3% de las mujeres se insertaban en ocupaciones no calificadas, sólo el 16,8% de los varones se ubicaban en esa categoría. Por su parte, y en forma invertida, el 69,7% de los varones se insertaba en ocupaciones de calificación operativa, en tanto que este porcentaje era del 16,7% entre las mujeres.

De esta manera, se puede afirmar que no es mayoritaria la inserción de los migrantes limítrofes en ocupaciones no calificadas; por el contrario, los datos muestran que sólo en el caso de las mujeres paraguayas su inserción laboral se efectúa mayoritariamente en empleos de baja calificación.
Debe señalarse que existen algunas diferencias en relación con la inserción ocupacional de los trabajadores paraguayos y los limítrofes. En efecto, puede destacarse que la inserción de los primeros parece ser más precaria que la del conjunto limítrofe: mientras los paraguayos insertos en ocupaciones no calificadas alcanzaban un 51,4%, los limítrofes en esta situación representaban un 40,1%.

En cuanto a los descuentos/aportes a la jubilación, las mujeres paraguayas, en comparación con el total de la población limítrofe, eran las que menos descuentos/aportes efectuaban. Mientras que entre los varones paraguayos la mitad de ellos realizaban aportes jubilatorios, entre las mujeres de la misma nacionalidad sólo un 32,3% lo hacía. Valores similares se presentan en relación con la población limítrofe: la mitad de los varones limítrofes realizaba aportes, en tanto que sólo un 34,9% de las mujeres se encontraba en esa situación.

Esto, sin duda, tiene vinculación con la rama de actividad en la que se insertaban preferentemente las mujeres, el servicio doméstico, sector que está asociado a bajos salarios, largas jornadas de trabajo, malas condiciones laborales y amplios márgenes para evadir la legislación laboral por parte de los empleadores.

Para finalizar, en relación con la participación de los hogares de inmigrantes paraguayos en las organizaciones de la sociedad civil, se advierte que una cuarta parte de estos hogares integra activamente una o más organizaciones de la comunidad. Según año de llegada al país, los hogares con miembros más antiguos (arribados antes de 1970) mostraban un grado de participación mayor que los hogares con inmigrantes más recientes. A pesar de lo anterior, las diferencias no son muy pronunciadas, siendo de 26% entre los más antiguos y 22% entre llegados en el último decenio, tienen alguna participación.

En cuanto al tipo de organización de que se trata, se observa que la mayoría participa de instituciones religiosas (40%) y recreativas, deportivas o culturales (28%). En menor medida, aparecen las instituciones barriales (13%) y de compatriotas (13%). Con un peso muy poco significativo, se detecta la participación en organizaciones políticas y sociales (6%).
Además de esos objetivos, las asociaciones tienen como finalidad el mantener la relación con los compatriotas, en el mantenimiento y recreación de la identidad y la cultura paraguaya.

En cuanto a las modalidades organizativas, encontramos diferentes criterios, tales como las basadas en la relación con el lugar de origen, las creadas en relación con el barrio o lugar de residencia en la Argentina, las que responden a líneas políticas del Paraguay o por motivos religiosos. Es de destacar la existencia de una institucionalización significativa, dado que muchas de ellas, tienen personería jurídica.

4.2 Condiciones de vida de la población inmigrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La forma de inserción laboral de los trabajadores determina una situación particular respecto de la cobertura de salud de dicha población. La inserción laboral de índole precaria, definida a partir de un conjunto de indicadores, entre los que se destaca la disposición de la empresa o del propio trabajador a realizar aportes previsionales, genera restricciones en el acceso a los servicios de salud prestados por las obras sociales. Además, estos trabajadores que se insertan en empleos no registrados no perciben los beneficios asociados a los trabajos regulados, entre estos, el acceso a la seguridad social.

Es preciso señalar que, además de las obras sociales, la cobertura de salud de la población se completa en la Argentina con los planes privados que contratan las personas a través del sistema de medicina prepaga y con el sistema público[40], integrado por los hospitales públicos y los centros de salud. Estas situaciones de cobertura están asociadas a aspectos tales como: la gratuidad o no de la atención, la diversidad en la oferta de servicios, el alcance del pago de medicamentos, entre otras[41].

Debe añadirse que el acceso a los servicios de atención de salud por parte de los migrantes enfrenta, en muchos casos un conjunto de dificultades por la condición de ilegalidad, el temor de los migrantes irregulares a la detención, las barreras de idioma y culturales y la inaccesibilidad geográfica y económica.

A efecto de contrastar la situación de los migrantes en CABA, respecto del conjunto de la población, en relación al tipo de cobertura de salud, se observa que un 55,6% tiene obra social, un 21% accede únicamente al sistema público, un 16,3% tiene sólo medicina prepaga y el 7% restante se ubica en la categoría "otros"[42.]

Es de resaltar un incremento que ha tenido lugar en la adhesión a la seguridad social por parte de la población residente en la CABA, lo que puede deberse, entre otros factores, al masivo operativo de incorporación de los trabajadores independientes a los mecanismos de contribución fiscal individual, desarrollados durante el año 2004, los que incluían la incorporación a una obra social. Así pues, "la cobertura de la población en 2005 registró una continuidad en el aumento de la adhesión a las obras sociales (del 54% al 55,6%), y también en la afiliación a la medicina prepaga (del 14,4% al 16,3%); mientras disminuyó la proporción de la población cubierta por el sector público (del 22% al 21%)"[43].

Ahora bien, teniendo en cuenta el tipo de cobertura por lugar de residencia de la población, se advierten diferencias significativas entre las distintas zonas de la ciudad. Si bien en todas las zonas la mayor proporción de población se vuelca por el servicio de las obras sociales, en algunas el peso relativo que tiene esta categoría es más importante. Así, mientras en la Zona Este el 61,7% de la población tiene obra social, en la Zona Sur este porcentaje desciende a un 49,5%.

En lo relativo al sistema público, se advierte que en la Zona Norte sólo un 9,3% demanda los servicios de este sistema, a diferencia de la Zona Sur, en donde la adhesión al mismo es muy significativa (40,5%). Asimismo, es preciso señalar que en las Zonas Norte, Este y Oeste las Obras Sociales y, aunque en menor medida, la medicina prepaga, absorben las necesidades de atención de la salud de, aproximadamente, tres cuartas partes de la población.

40 En la República Argentina, el sistema público de salud se sustenta sobre los principios de universalidad y equidad en la atención. Por lo tanto, el derecho a la salud supone que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance de todos los habitantes del país, independientemente de la capacidad de pago.
41 Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2004-2005. Aspectos referidos a la Salud.
42 Ibid.
43 Ibid.

La alta dependencia del sistema público que tiene la población residente en la Zona Sur, en paralelo a la intensa participación de la población de las restantes zonas en el servicio de seguridad social y medicina privada, estaría marcando fuertes inequidades sociales al interior de la CABA.

A menudo se entiende que cuando la cobertura pública de salud, se constituye en la única alternativa de un grupo de población, puede estar sugiriendo que existen problemas sociales que padece ese grupo, como ser, desocupación, subocupación o, en términos más generales, un acceso precario al mundo del trabajo. Sustentándose en una base empírica, puede afirmarse que las condiciones de pobreza y desempleo son más agudas en la zona Sur de la ciudad. Así pues, según datos de la Encuesta Anual de Hogares 2004, la distribución de la población pobre en la CABA por zonas arroja los siguientes datos: 10,9% en Zona Norte; 41,9% en Zona Sur; 26,3% en Zona Oeste y 20,9% en Zona Este[44.]

Claro está que entre los residentes de la Ciudad más afectados aparecen los inmigrantes, quienes, como se ha visto, habitan mayoritariamente los barrios más empobrecidos de Zona Sur y tienen inconvenientes para insertarse en los sectores más estructurados del mercado de trabajo.

En este contexto, el modo de inserción típico de los inmigrantes limítrofes en el ámbito laboral configura un escenario propicio para que surjan carencias de distinta índole, especialmente aquellas vinculadas con la dimensión material. Como es sabido, los ingresos que generan los sujetos, generalmente percibidos en el ámbito de los mercados de trabajo, son los que posibilitan la consecución del proceso de reproducción social. Si dichos mercados no aseguran condiciones adecuadas para la inserción de la mano de obra, ofreciendo puestos de trabajo precarios, los trabajadores tendrán inconvenientes para llevar adelante una vida saludable.

Como se ha visto arriba, los trabajadores migrantes se insertan en espacios acotados del mercado de trabajo, concentrándose en actividades del sector secundario de la economía, caracterizado éste por las bajas remuneraciones, extensas jornadas de trabajo, escasas posibilidades de movilidad laboral y una baja productividad. En este marco, es esperable que al haber diferencias en el tipo de inserción laboral de los nativos respecto de los inmigrantes se produzcan situaciones contrastantes en relación con el tipo de cobertura de salud que tienen.

Al respecto, de acuerdo con datos de la ECMI, el 26,2% de la población total residente en CABA no tenía cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual[45.]

Distinguiendo entre la población residente en CABA nacida en el país y aquella nacida en el exterior, se advierte que entre los primeros, la no tenencia de obra social representaba un 23%, en tanto que entre los extranjeros estas cifras ascendían a un 47%[46.]

Este menor acceso de los inmigrantes a los servicios de salud prestados por las obras sociales se amplifica en el caso del subgrupo de los inmigrantes de los países limítrofes, mostrando que el

44 Ibid.

45 De acuerdo con datos de la Encuesta Anual de Hogares 2004, un 17,7% de la población efectuó las consultas médicas en consultorios particulares de profesionales, un 22,1% en consultorios de instituciones privadas, un 33,9% en dependencias de las obras sociales o mutuales (sanatorios, clínicas o consultorios) y un 19,1% en el sector público, fundamentalmente en los consultorios externos de los hospitales.

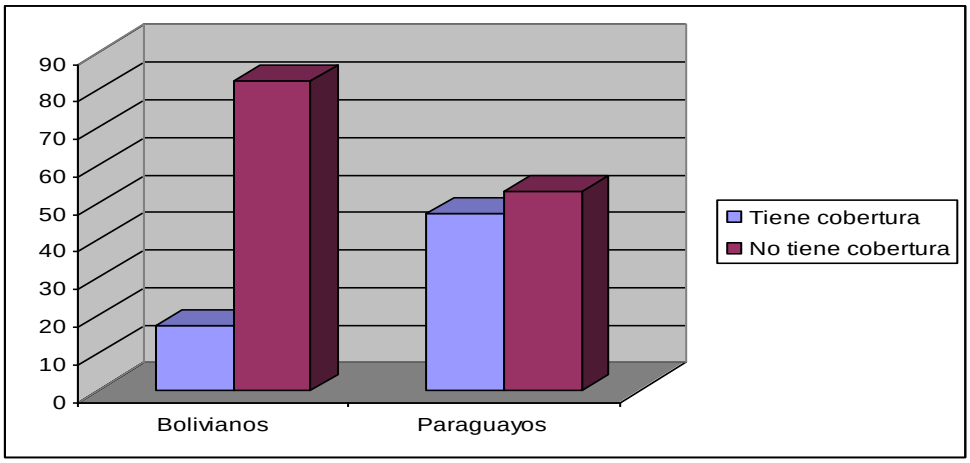
46 Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social desarrollada por el SIEMPRO en 1997, CERRUTI, Marcela y BRUNO, Matías (2006) afirman que “en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dadas las diferencias en los niveles socioeconómicos de la población nativa y migrante, los lugares donde se realizó la última consulta médica así como la cobertura médica difieren en forma significativa entre ambas poblaciones. Los migrantes en comparación con los nativos mayormente acudieron a centros/salas de salud y hospitales públicos (55,7% versus 19,6%). Contrariamente, la población nativa se atendió con mucha mayor frecuencia en sanatorios, clínicas o consultorios particulares (73,1% versus 40,2%)”.

nivel de cobertura sanitaria era mucho más limitado (el 61,3% de la población no poseía obra social o plan médico).

Si bien los bolivianos y paraguayos mostraban un alto grado de precariedad en términos de cobertura de salud, son los primeros quienes detentaban las peores condiciones. Así, se advierte que un 83% de la población boliviana residente no tenía cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual. En el caso de la población paraguaya residente, se observa que un 65,3% de la misma no tenía obra social, no habiendo importantes diferencias entre varones y mujeres.

Gráfico 12

Población nacida en Bolivia y Paraguay por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual 2002



Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales 2002.

Ahora bien, sobre este tema existen diferencias significativas en función del año de llegada al país de los inmigrantes de una y otra nacionalidad. Así pues, los inmigrantes bolivianos que llegaron a la Argentina antes del año 1979 presentaban un nivel de cobertura mayor (alrededor del 35%). No obstante, considerando que estos últimos llevan más de 20 años de residencia en el país, el grado de cobertura de salud resulta ser claramente insuficiente.

En cuanto a los paraguayos, se advierte que mientras entre los migrantes recientes (llegados entre 1990 y 2003) la falta de cobertura de salud era de un 68%, entre los paraguayos llegados antes de 1969 esos valores descendían a un 34%.

A partir de estos datos puede reforzarse la idea de que con el paso del tiempo los inmigrantes van logrando mejores condiciones de inserción en los distintos ámbitos sociales, repercutiendo favorablemente sobre sus condiciones sociales de residencia en el país de destino.

La información precedente puede complementarse con la referida a al tipo de vivienda que habitan los hogares de ambas nacionalidades. Al respecto, se observa que, en el año 2003, los hogares de bolivianos mostraban serias dificultades para acceder en forma adecuada a la vivienda, dando por resultado que un 20% de los mismos habitaban viviendas de tipo inconveniente. En el caso de los inmigrantes paraguayos, si bien se registran inconvenientes vinculados a la vivienda que habitan, la proporción de hogares que se ubican en la situación más precaria es bastante menor (10%) que la de los bolivianos.

Otra dimensión que ayuda a explicar las condiciones estructurales de las poblaciones de inmigrantes bajo estudio en la sociedad argentina es la relativa a las Necesidades Básicas

Insatisfechas (NBI)[47.] Este método consiste en comparar, a partir del establecimiento de normas que definen el mínimo por el cual se considera insatisfecha a una necesidad, la situación de cada hogar en lo que respecta a un grupo de necesidades específicas como hacinamiento, vivienda de tipo inconveniente, condiciones sanitarias y capacidad de subsistencia. Los hogares caracterizados a partir de una necesidad insatisfecha son considerados como pobres, al igual que los individuos que en ella residen.

De acuerdo con los datos censales, en el año 2001 el 7,1% de los hogares y el 7,8% de la población residente tenían NBI. Comparando a las poblaciones de nativos e inmigrantes en relación con este tema, se advierte que el NBI afectaba a los nativos (6,2%) en mucha menor proporción que a los inmigrantes (20,2%). Ahora bien, en el caso de los limítrofes se agravaban los problemas respecto del acceso a las condiciones materiales mínimas: tal es así que el NBI detectado para los inmigrantes limítrofes era de un 24,4%.

Según la misma fuente, existen algunas diferencias respecto del nivel de NBI de las dos poblaciones estudiadas. Mientras un 25,5% de los hogares con al menos un nacido en Bolivia tenía privaciones de tipo materiales, pudiendo ser considerados hogares con NBI, el 14% de los hogares con al menos un miembro paraguayo tenía NBI.

Estableciendo una comparación de acuerdo al período de llegada al país, los valores se amplían, llegando al 35%, entre aquellos hogares cuyo miembro boliviano más antiguo había llegado entre 1990 y 2003. Esto significa que los problemas materiales afectaban más intensamente a los hogares con migrantes bolivianos llegados más recientemente al país.

Por su parte, considerando el año de llegada del miembro paraguayo más antiguo, se observa un patrón similar al de la población boliviana, con una mejora evidente en la situación material de la población con el correr del tiempo. Así, mientras en los hogares en cuyo miembro paraguayo más antiguo llegó en el período 1990-2003 el nivel de NBI era de un 24%, en el caso de aquellos llegados antes de 1969 descendía a un 9%.

A modo de síntesis y comparando a las poblaciones de inmigrantes bolivianos y paraguayos, se advierte que por el carácter más reciente de la migración boliviana y por una inserción aún más precaria (probablemente debido a lo anterior) en el ámbito socio-laboral de la CABA, presenta riesgos sanitarios que la ubican en una zona de fuerte vulnerabilidad social. La participación inestable de la población boliviana en los mercados de trabajo de la ciudad, especialmente en el rubro textil, y la inserción habitacional también precaria, con una fuerte concentración en la zona sur, lugar en donde se evidencian los mayores niveles de fragmentación social, exhiben a una población que presenta fuertes carencias.

4.3 Utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes bolivianos y paraguayos

En los últimos años, los procesos migratorios adquirieron una trascendental importancia para las ciencias de la salud, centrando el análisis en el bienestar de todas las categorías de poblaciones móviles, incluyendo los inmigrantes, los desplazados internos, los refugiados, las personas que retornan, las poblaciones objeto de trata, los migrantes indocumentados y los trabajadores migrantes.

47 Según el INDEC, los hogares con NBI son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: 1) Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto. 2) Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho). 3) Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. 4) Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. 5) Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

En términos generales podría decirse que los migrantes trasladan a su nueva residencia las pautas y estilos de vida que tenían en la sociedad de origen buscando adaptaciones más o menos eficientes. Así, los migrantes traen consigo su identidad social y cultural, sus creencias, costumbres y tradiciones, percibiéndose rasgos de marcada heterogeneidad dados por el lugar que ocupaban (geográfico, social, ocupacional, cultural, entre otros) en la sociedad de la que parten. Entre otros determinantes se encuentran, en la sociedad receptora, con las condiciones económicas, sociales, legales y laborales que enarbola esta sociedad. En este contexto, los inmigrantes deben ir internalizando, en forma parcial o total, los nuevos códigos, estereotipos y normas vigentes en la sociedad receptora, procurando con ello sortear los obstáculos que se presentan en el proceso de integración social.

Los inmigrantes sufren los procesos de transculturación y descontextualización social, por la pérdida de las redes sociales y por la necesidad de adaptación alimentaria, de vivienda, de costumbres, de valores y de educación, situaciones que los exponen a altos niveles de estrés. Conjuntamente con ello, la falta de acceso a servicios de prevención y atención de la salud sitúa a los migrantes en situación de mayor vulnerabilidad en términos sanitarios.

Se sabe que las migraciones producen efectos sobre la salud de los migrantes, encontrándose entre los síntomas más comunes: la aparición de sentimientos de angustia, tristeza, ansiedad, temores, entre otros. Asimismo se producen modificaciones en los hábitos, cambios de clima y en el régimen alimentario provocando consecuencias sobre su estado de salud.

En efecto, la inserción de los inmigrantes en una nueva sociedad implica la modificación de hábitos y costumbres y sus vinculaciones al medio socio-ambiental. Estos cambios generan impactos en la calidad de vida de las poblaciones puesto que las condiciones sociales y laborales de los inmigrantes en la sociedad son, en su mayoría, precarias y desventajosas respecto de los nativos, por las excesivas cargas laborales, la existencia de dificultades en el acceso a los sistemas educativo y sanitario, las malas condiciones de vivienda, higiene o hacinamiento, la falta de espacios de recreación y esparcimiento son características que impactan desfavorablemente en su salud.

5. SISTEMAS DE SALUD Y POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

5.1 Panorama general de los sistemas de salud y de las políticas de salud sexual y reproductiva en Argentina, Bolivia y Paraguay

La migración internacional, debe ser estudiada a partir de las pautas de conducta relacionadas con la salud de las poblaciones de migrantes.

Al hacer referencia a la relación entre migración y salud deben tenerse en cuenta los procesos epidemiológicos y sanitarios, las complejas y diversas dimensiones de la salud humana, sus factores genéticos y biológicos, sus determinantes sociales y ambientales, los comportamientos individuales y la respuesta organizada de la sociedad ante ello.[48]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. En el contexto de la migración, la salud se traduce como el bienestar físico, mental y social de las poblaciones móviles y de las comunidades involucradas. Más aún, constituye una cuestión de política internacional que abarca el control de enfermedades contagiosas y crónicas, los problemas de salud mental y salud reproductiva, la comprensión de las creencias y culturas, el análisis de los procesos protectores y de resiliencia, las cuestiones de derechos humanos, de protección social y el acceso a servicios de salud de calidad sin discriminación; así también las preocupaciones en materia de gestión de migraciones y salud y muchos otros procesos que repercuten en la salud de los migrantes y de las comunidades concernidas.[49]

De ahí la importancia de caracterizar los sistemas de salud de los países de origen, la calidad y disponibilidad de tales servicios. El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia es altamente segmentado y está integrado por los tres clásicos subsectores que predominan en la mayoría de países de la región: subsector público, subsector seguridad social y subsector privado. Dada la alta proporción de población indígena, la medicina tradicional tiene una indudable importancia como una alternativa en la atención de la salud de los bolivianos, aunque existen enormes limitaciones para conocer con precisión el volumen de servicios o recursos económicos que se canalizan a través de éste. En resumen, se describirán los tres sub-sectores:

El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deporte (MSD) de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local y según la Ley Nº 1551 de Participación Popular y el Decreto Supremo (D.S.) Nº 24447, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud. Un 30% de la población boliviana está cubierta por este subsector.[50]

El MSD incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos: acceso a los servicios de salud, medicina tradicional, acceso a medicamentos, control y prevención de enfermedades y fortalecimiento institucional.[51] Estas medidas se acompañaron, con la aplicación de esquemas de aseguramiento público a través de paquetes de prestaciones que desde el año 1994 hasta la fecha se han mantenido con pocas variaciones. La gestión de gobierno 2003-2007

48 ROSES, Mirta: *Migración y Salud*, Octava Conferencia Sudamericana de Migraciones, OPS/OMS, Montevideo, Septiembre 2008. Disponible en http://www.oimconosur.org/imagenes/archivos/127.pdf

49 *Ibid*.

50 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Bolivia, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud,* División de Desarrollo de Sistemas y Servicio de Salud, OPS, 2da edición, Noviembre 2001. Disponible en http://www.lachealthsys.org/documents/perfildelsistemadesaluddebolivia-ES.pdf

51 CÁRDENAS, Marina: *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud- Bolivia*. Ministerio de Salud y Deportes, Segunda edición, La Paz, 2004.

fijó como una de sus principales líneas políticas el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). El SUMI cuenta con 6 paquetes distintos de prestaciones, para un total de 547 prestaciones protocolizadas, entre las que se encuentran a) mujer embarazada; b) mujer no embarazada de 5 a 60 años; c) neonatología; d) pediatría; e) odontología; y f) laboratorio, gabinete e imagenología, servicios de sangre y traumatología.

El subsector de la Seguridad Social atiende a los trabajadores asalariados, organizados dentro de los esquemas de financiamiento tradicionales de la seguridad social. Este grupo representa el 27% para el año 2004, según el documento de Sistema Regional de Datos Básicos del MSD, de la cobertura poblacional con un crecimiento de cobertura muy lento o negativo en los últimos años.[52]

El subsector privado incluye a las clínicas y centros especializados, la consulta privada formal y tradicional, así como los centros de atención de la Iglesia Católica y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). La actividad de las ONGs y la Iglesia, destacan por su presencia en número y contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas. Las ONGs prestan fundamentalmente servicios de atención primaria en salud con financiamiento que proviene de recursos externos.

Según el mismo informe aproximadamente un 30% de la población boliviana no tiene cobertura en salud y algunos datos indican que el 50% de la población no accede a los medicamentos esenciales.[53]

En la República del Paraguay, pese a que el Estado reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental de la persona a través de la Constitución Nacional y las legislaciones del sector y que se garantiza la promoción y protección de la salud a todos los ciudadanos, persiste para el 2005 una importante proporción de personas (35,1%) que se hallan excluidas[54] por varias causas de los mecanismos existentes que permiten tal protección [55]

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay está regulado por la Ley 1032/96 que establece en el Artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades.

El subsector público es responsable de brindar atención universal a la salud en todo el país. Integra al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), la Universidad Nacional de Asunción, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Sanidad de los Municipios, gobernaciones y el Instituto de Previsión Social (IPS), que constituye un ente autárquico. Las Entidades Binacionales, Itaipú y Yacyretá, ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. También ofertan programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

El MSPyBS es la institución que regula las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, así como el saneamiento ambiental, ejerce funciones múltiples que van desde las normativas y de control, hasta la prestación directa de servicios, siendo el único prestador que cumple con la política sanitaria relacionada a la aplicación de programas de promoción y prevención de la salud.

52 FARMA, OPS: *Estimación del impacto de un posible Tratado de Libre Comercio entre Bolivia y los Estados Unidos de Norteamérica sobre el precio, el acceso a medicamentos y la industria nacional en Bolivia,* en *Informe Final para la revisión de la OPS*, Bogotá, 2006. Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: www.ops.org.bo

53 FARMA, OPS: *Op.cit*, 2006.

54 Se considera como excluidos a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves; según la Encuesta Permanente de Hogares, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (EPH-DGEEC).

55 MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS: *Exclusión Social en Salud en Paraguay: Análisis a nivel Nacional y Regional*, Paraguay, Diciembre 2007.

También existen instituciones mixtas como la Cruz Roja Paraguaya que cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas.

El subsector privado está constituido por instituciones con fines de lucro (hospitales, sanatorios, clínicas y consultorios privados: laboratorios de producción de medicamentos, farmacias y otros servicios de salud privado; y sin fines de lucro (universidades privadas con sus hospitales y las ONGs que ascienden a 30 que prestan servicios de salud). El mayor desarrollo del sector privado con fines de lucro explica que en el porcentaje estimado de población excluida del sistema por pobreza era en el 2005 del 38%.[56]

Por áreas geográficas, el 68% de la población de la Ciudad de Asunción que estuvo enferma o accidentada realiza algún tipo de consulta, a diferencia de la población que vive en el área rural que solo consulta en un 42%. Similar situación se da en Bolivia ya que la casi totalidad de los hospitales generales y los institutos especializados del sector público (tercer nivel de atención) continúan situados en los centros de las grandes ciudades. De igual manera, los establecimientos de la Seguridad Social son predominantemente urbanos, una condición que restringe la capacidad de este sub-sector para atender la demanda de servicios de su población asegurada que vive en las zonas rurales del país.

La Argentina no escapa a este desequilibrio entre las zonas rurales y urbanas; máxime teniendo en cuenta que en la década del 1990 se produce un profundo cambio de la política económica y social, que aceleró el proceso de achicamiento del Estado, con una tendencia a la privatización de los servicios de salud, y la descentralización nación-provincia-municipio de la gestión y administración de tales servicios.[57]

En Paraguay otro factor importante de exclusión lo constituyen, en algunos casos, las barreras lingüísticas y culturales, ya que determinados grupos de la población no acceden al sistema de salud por hablar con mayor frecuencia el guaraní.

En Bolivia la incidencia de exclusión en salud a nivel nacional alcanza al 77%, y supera el 94% en el área rural.[58] Las causas de la exclusión son múltiples, el analfabetismo de las mujeres es la variable más importante, seguida por la barrera económica y financiera asociada al fenómeno de la pobreza. La ruralidad vinculada a barreras geográficas, impiden el fácil acceso de la población a los servicios. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales.

En este contexto podemos decir que la población migrante no tiene mayormente internalizado el hábito del uso de los servicios de salud en sus países de origen, máxime si lo determinamos por procedencia.

En Argentina, la salud como derecho no constituye tampoco un concepto muy incorporado culturalmente en la población, en todo caso se visualiza el aspecto biomédico. En general, cuando se habla de derechos humanos, se comprende principalmente a los derechos civiles y políticos y no a los derechos sociales y económicos. Si bien el derecho a la salud es percibido socialmente

56 *Ibid*.

57 Descentralización que tuvo profundas consecuencias de inequidad en la salud de la población, disminuyendo la calidad de las prestaciones en las áreas rurales, ya que se delegaron a las provincias las responsabilidades de promoción y atención de la salud transfiriendo hospitales públicos y otros efectores, sin los correspondientes recursos presupuestarios para afrontar las erogaciones que ello implicaba. En este contexto, se vieron particularmente afectadas las provincias más pobres del país, ya que los recursos destinados a la salud se concentran mayoritariamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires.

58 PICADO CHACON, Gustavo, DURAN VALVERDE, Fabio: *Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social. (Borrador para discusión*), Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Oficina Subregional para los Países Andinos: Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela. República de Bolivia, 2007. Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: www.ilo.org/gimi/gess

como un derecho humano fundamental no hay una cultura de exigencia, demanda y monitoreo sistemático y organizado por parte de la población, excluyendo algunas organizaciones sociales, profesionales y académicas aglutinadas a éstos fines.

En la última reforma de la Constitución Nacional, realizada en el año 1994, se incorpora explícitamente al texto constitucional el derecho a la salud y el goce de un medioambiente sano, así como también diversas declaraciones, convenciones y pactos internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, la Constitución señala en sus Artículos 14 bis y 75 inciso 23 la obligación del Estado de garantizar la seguridad social médica de los ciudadanos. Corresponde a las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Por su parte, el gobierno nacional se encuentra habilitado para la sanción de normas en materia sanitaria.

El sistema de salud argentino actualmente está constituido por tres subsectores: el público, el de Obras Sociales y el privado, evidenciando una gran fragmentación que tiende a profundizarse.

En el subsector público convergen las funciones del estado nacional, provincial y municipal, el mismo está compuesto por hospitales públicos, en su mayoría de dependencia provincial y municipal, policlínicos, centros de atención ambulatoria y centros de atención primaria. Posee el mayor número de camas de internación así como la mejor distribución geográfica. Si bien tiene en algunas zonas una complejidad de atención médica potencialmente alta, sucesivas políticas de ajuste estructural provocaron una notable disminución de recursos con lo que decayó su nivel de complejidad y la cobertura brindada. Este sector se orienta a la atención médica principalmente de la población pobre y de escasos recursos económicos que no cuenta con cobertura médica, garantizando los servicios básicos y la asistencia esencial mediante prestaciones gratuitas.

No sucede lo mismo en Paraguay y Bolivia donde la protección de la salud se realiza a través de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, mediante el reconocimiento de prestaciones en especies y dinero. Una característica adicional del sistema de salud boliviano, situación que se extiende a Paraguay, es el predominio del pago directo o de bolsillo como mecanismo de financiamiento, en el que la posibilidad de recibir las atenciones de salud demandadas depende de la capacidad de pago de cada persona o familia. Este rasgo se vincula con la ausencia o limitada cobertura de esquemas de seguros solidarios, así como problemas en la calidad, contenido y oportunidad de los servicios de salud entregados por el subsector público y/o el de la Seguridad Social.

El gasto de bolsillo, sigue siendo parte importante del flujo financiero del sistema, sobre todo porque los seguros públicos, aunque tienen la premisa de universalidad, se aplican sólo a las prestaciones y no así a la población. Únicamente está protegida la población más vulnerable, como las madres y menores de 5 años en el caso del SUMI y los mayores de 60 años en el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV). La mujer en edad fértil, los adolescentes y niños mayores de 5 años, la población en edad productiva, se encuentran fuera del esquema de aseguramiento público y si no son beneficiarios de la Seguridad Social, tienen que recurrir al gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud.

En este sentido, es importante destacar que la evaluación del impacto de los seguros públicos establece que se ha incrementado significativamente el número de prestaciones otorgadas a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; se ha incrementado el uso de servicios de salud, que sin embargo, no llega a la población más pobre, sino que se concentra en la población con mayores recursos económicos; la mortalidad infantil ha disminuido; el impacto de los seguros de salud es significativo en el área urbana mientras que en el área rural no se establece una disminución ostensible; el impacto en los indicadores evaluados en el área rural es leve y existen

brechas importantes con el área urbana en relación a la mortalidad, parto institucional, cuarto control prenatal y vacunación de pentavalente. También debemos señalar que a los efectos de la presente investigación, los resultados de estas medidas en general son posteriores al momento que emigraron gran parte de las personas entrevistadas.

En Argentina, el subsector público es financiado por los impuestos federales, provinciales y tasas municipales. El aumento de la desocupación en los últimos años redujo la población cubierta por la seguridad social y aumentó la demanda de atención en los hospitales públicos, con el consiguiente deterioro de la calidad de los servicios por la disminución de los presupuestos públicos. Los pacientes asistidos a cargo del gobierno nacional representan aproximadamente el 70% de la población bajo tratamiento. Este subsector es el principal responsable de la atención de enfermedades infecto-contagiosas y crónicas, así como de las actividades de prevención.

El subsector de la Seguridad Social médica, llamado comúnmente Obras Sociales, por su parte, está destinado a atender a los trabajadores en relación de dependencia y sus familias. También cubre a los jubilados y pensionados a través de una entidad especial. Dentro del sistema de Obras Sociales se incluyen las Fuerzas Armadas, con hospitales y dependencias propias para la atención de la salud de sus beneficiarios.

Por último, el subsector privado, se caracteriza por tener una gran cantidad de efectores de atención ambulatoria muy bien distribuidos en todo el país. Los hospitales privados o sanatorios, si bien han aumentado cuantitativamente en los últimos treinta años son muy dispares en complejidad y en cantidad de camas de internación, en general están orientados a la atención de las enfermedades agudas no infecto-contagiosas.

Habiendo descripto los sistemas sanitarios de cada uno de los países, resulta interesante presentar algunos indicadores de las condiciones de salud entre los países:

Considerando a la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) como indicadores pertinentes de las condiciones generales de salud de un país, pues sus resultados sintetizan en gran medida la situación que se experimenta con los macro-determinantes de ésta, incluyendo el nivel de desarrollo socio-económico de una nación o región geográfica; comparamos a continuación los valores de estas tasas en los tres países en estudio.

En Argentina la TMI en el ámbito nacional fue del 12,9 en el año 2006 (con extremos en la CABA de 8,3 y Formosa con 24,2 por 1000 nacidos vivos), mientras que para 1990 la misma se ubicó en un valor de 25,6‰, lo que indica un paulatino descenso año a año a lo largo del período considerado. La tasa de mortalidad neonatal fue de 8,5 y la postneonatal de 4,4 para el período señalado.[59]

En Bolivia la TMI en 2008 fue de 49,9‰[60]. La tasa de mortalidad materna e infantil mejoró durante la década pasada (en 1990 ascendía al 89‰, con picos de 111% en el departamento de Oruro), como resultado de la aplicación de los seguros de salud, pero los índices de mortalidad, pobreza y analfabetismo siguen siendo elevados en las comunidades indígenas rurales.

En Paraguay la TMI en el año 2005 fue de 17,8 por 1000 nacidos vivos registrados oportunamente, pero la estimada para el total del país, es de 33,8 por 1000 nacidos vivos (corrección acorde a subregistro), siendo las causas perinatales, las diarreas e infecciones respiratorias agudas las tres primeras causas de muerte. (También aquí se presentan diferencias considerables entre regiones:

59 Fuente: Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, 2006
60 Fuente: INDEXMUNDI: *Bolivia, Tasa de mortalidad infantil*. Encontrado en la web el 15 de marzo de 2009 en: http://www.indexmundi.com/es/bolivia/tasa_de_mortalidad_infantil.html

en la región oriental 17,5 ‰, similar al total del país; en cambio en la región occidental 27,0‰) La proyección para 2007 a nivel país fue del 32,4‰[61].

La tasa de mortalidad materna exhibe en Argentina una tendencia en leve ascenso, con un promedio de 43 por 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 2004 (para el 2005, fue de 39, aumentando a 48 para el año 2006)[62]. Las causas que conducen a la mortalidad materna en Argentina son mayoritariamente reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y el parto. El principal determinante de estas muertes, que representa el 27% del total de defunciones, es el aborto. Entre 1995 y 2000, las internaciones por complicaciones de aborto crecieron un 46,0% en los hospitales públicos.

Ante esto, el embarazo adolescente en Argentina presenta un mayor riesgo de muerte materna. Si bien encuestas recientes demuestran que un gran porcentaje de madres adolescentes desea espaciar los nacimientos, un importante número de mujeres repite un embarazo antes de llegar a los 20 años.

Las proporciones más elevadas de defunciones maternas se registran en las provincias del noroeste argentino (NOA) y del noreste argentino (NEA). Sin embargo, es en aquellas regiones donde la tasa de mortalidad materna se redujo con mayor intensidad durante el período 1990-2003. Cabe aclarar que distintos documentos encontrados sobre la TMM de Bolivia difieren entre si pese a que todos indican que se basan en la misma fuente (ENDSA 2003). De acuerdo a ellos el índice oscila entre 230 y 320 cada 100.000 nacidos vivos.

En Bolivia el índice de mortalidad materna señala que 270 mujeres mueren de cada 100 mil nacidos vivos. Casi dos tercios de estas muertes acaecen por falta de atención médica. El restante tercio ocurre en los centros de salud. La mitad de población fallecida eran menores de 30 años (población joven)[63].

Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por 100.000 nacidos vivos, una de la más alta de Sudamérica[64]. La razón de mortalidad materna ha descendido significativamente entre los años 1994 y 2003, de 390 a 230 por 100.000 nacidos vivos. Este dato refleja el número de mujeres que han fallecido por causa del embarazo, parto y puerperio en los últimos 5 años y es un indicador que expresa no sólo la situación de salud sino la situación social del país. La razón de mortalidad materna se toma cada 10 años aproximadamente y aunque ha descendido significativamente, Bolivia continúa siendo el país con la mortalidad más alta de América Latina, debido a que, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres – 2 cada día – por causas evitables[65].

La tasa de mortalidad materna registrada en Paraguay en el año 2005 es de 128,5 por 100.000 nacidos vivos y la estimada acorde al elevado subregistro seria de 336 por 100.000 nacidos vivos lo que nos ubica en el grupo de países con Alta Tasa de Mortalidad Materna (OMS) y la oscilación de 189 a 519,9 entre la población indígena, rural y pobre, siendo relevante la elevada incidencia del

61 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, *Compendio Estadístico 2007*, 2007.
62 Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2006*, , Ministerio de Salud, 2006.
63 Fuente: ENDSA 2003, UNFPA y Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, *Situación de la salud sexual y reproductiva en Bolivia. Maternidad y nacimiento seguros – Vigilancia de la mortalidad materna.* Disponible en http://es.geocities.com/ojmujer/documentos/mortalidadmaterna
64 Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003), encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: http://www.sns.gov.bo
65 Instituto Nacional de Estadística: *Salud de las mujeres en Bolivia*, divulgación de datos preliminares de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: http://www.unfpa.org.bo/Intervencion/SaludMujer.pdf

aborto como causa de muerte, junto con la hemorragias, sepsis, toxemias y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.[66]

Indudablemente estos indicadores son producto de los sistemas de salud descriptos y en cierto modo denotan que gran parte de la población no tiene acceso a ellos. La exclusión social en materia de salud, es una de las formas de desatención más dramáticas, pues se manifiesta en toda su magnitud, en momentos donde tener acceso a ciertos servicios o atenciones, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Y aún cuando la situación no sea tan crítica, la exclusión o negación del derecho a la salud, tarde o temprano producirá algún tipo de desventaja sobre las personas o grupos excluidos.

Siguiendo con esta lógica, dicha cuestión está presente entre las razones que definen la migración de personas de origen boliviano y paraguayo a nuestro país.

Párrafo aparte merece la organización del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que constituye el principal polo de atracción de la población migrante en nuestro país. Se trata de una compleja estructura en la que los subsectores privado y de Obras Sociales son de incumbencia del nivel nacional; mientras que el subsector público tiene dependencia jurisdiccional del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se caracteriza por la multiplicidad y complejidad de los servicios asistenciales y preventivos que brinda, así como en la numerosa población local y de otros distritos que asiste.

Como se mencionó anteriormente, tras la descentralización de la gestión y administración efectuada durante la década de 1990, parte de los servicios de salud pública pasaron a depender del Gobierno de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Dada la calidad y cantidad de centros de atención nacional de diferentes niveles de complejidad que existían en ese entonces en la Ciudad y que funcionaban como centros de derivación para pacientes de otras jurisdicciones; dicha transferencia resultó beneficiosa en comparación con las demás provincias del país. Sin embargo, debido a esta diferencia, de las consultas realizadas un 55,6% corresponde a la población residente en la CABA, mientras que un 41,2% corresponde a residentes de la Provincia de Buenos Aires y un 3,2% a residentes de otras localidades. El sistema público de salud de la CABA brinda cobertura al 21,9% de la población de la misma.

Tal lo dispuesto por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N°153/99 el subsector público brinda atención gratuita y está constituido por: 34 hospitales mono y polivalentes de mediana y alta complejidad, de los cuales 13 son hospitales generales de agudos y 17 son especializados; tres hospitales de niños -dos de ellos, Gutiérrez y Elizalde, dependen de la Secretaría de Salud, mientras que el tercero, Garrahan, es financiado en forma conjunta por la CABA y la Nación-; 43 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC); 35 Centros Médicos Barriales (CMB) con policonsultorios médicos; 285 médicos de cabecera en las especialidades básicas (clínicos, pediatras y tocoginecólogos) que atienden en sus consultorios particulares y 25 odontólogos de cabecera.

Esta diversidad de servicios disponibles se enmarca en una intención de descentralización y de refuerzo de la Atención Primaria de la Salud. El sistema de Atención Primaria está constituido por los Centros de Salud, los Centros Médicos Barriales y los Médicos de Cabecera. Los Centros de Salud están integrados, entre otros, por médicos clínicos, pediatras, psicólogos y asistentes sociales, ya que su función no sólo es la atención, sino también la ejecución de los diferentes programas de prevención. Los Centros Médicos Barriales (CMB) cumplen la misma función de prevención y atención, en ellos la entrega de medicamentos gratuitos está orientada a los sectores considerados de riesgo.

66 Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*, Washington D.C, OPS, 2008. Encontrado en la web en:www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=142

Territorialmente, la mayor cantidad de Centros de Salud y Centros Barriales se ubica en las zonas sur y oeste de la ciudad donde además se concentra una mayor proporción de habitantes usuarios de los servicios de atención pública, entre los que se encuentran los migrantes de países limítrofes, y la mayoría de los barrios de emergencia de la CABA.

5.1.1 Atención de la salud y migraciones en la Argentina

En la enunciación de derechos de la República Argentina se reconoce a todos los habitantes de la Nación sin distinción entre nativos y extranjeros, por lo que surge una igualdad implícita, reforzada en el Preámbulo de la Constitución Nacional. Luego el Art. 20, -que puede parecer redundante, ya que los derechos y garantías se reconocen a los habitantes del país, lo que incluye los extranjeros- establece un criterio de igualdad material, el de la nacionalidad; impidiendo que esta sea utilizada para diferenciar categorías legales o administrativas refuerza la protección de los extranjeros.[67] Debe agregarse a esto la inclusión de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en la Constitución del año 1994.

Sin embargo, el ejercicio del derecho a la salud estaba vedado a los inmigrantes en situación irregular comúnmente llamados "ilegales", en virtud de su status migratorio, por el Art.103 de la actualmente derogada Ley de migraciones Nº 22.439/81; que obligaba a la institución sanitaria a comunicar a la autoridad migratoria los datos filiatorios y domiciliarios de los mismos.

Claramente, como consecuencia de este Artículo, las personas extranjeras, por temor a ser denunciadas, se abstenían de acudir a los centros hospitalarios. Y en la práctica, los empleados hospitalarios y efectores de salud, devenidos en verificadores de la situación migratoria de los pacientes, en ocasiones para evitar la incordiosa obligación de efectuar la comunicación, directamente negaban el servicio a los indocumentados.

Esta violación fue reparada en la nueva Ley de Migraciones Nº 25.871/04, que en su Art. 8 reconoce expresamente "*No podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria*[68]"

La incorporación de esta normativa interpreta el concepto amplio de respeto en el trato igualitario hacia el ser humano, más aún encontrándose en un estado de indefensión por el hecho de estar padeciendo una enfermedad superando, de esta forma, la discriminación que recaía sobre este grupo en desventaja que le imponía el peso de una resolución que había perdido de vista el principio de jerarquía constitucional.

Su inclusión pone de resalto el reconocimiento explícito del Estado respecto de la necesidad de atender todo tipo de enfermedad a todos los habitantes, sin distinción de nacionalidad y/o status jurídico migratorio. Podemos decir entonces que si bien el reconocimiento al goce del derecho a la salud del extranjero con status migratorio irregular, en la práctica cotidiana se vio perturbado durante la vigencia de la derogada Ley Nº 22.439/81, cierto es que con el dictado de la nueva Ley Nº 25.871/04 -que interpreta, aplica y deja sentado en forma expresa los principios fundamentales de igualdad y no discriminación ya vigentes dentro de nuestro ordenamiento jurídico constitucional y en leyes como la Nº 23.798/90 -Lucha contra el SIDA-. De este modo se abre un camino que permite a todos los extranjeros acceder a una atención médico-asistencial acorde a sus propias necesidades y a las de la sociedad en su conjunto.

67 GELLI, María Angélica: *Constitución de la Nación Argentina: Comentada y Concordada*, Ed. La Ley, Buenos. Aires, 2005

68 Ley de Migraciones N° 25.871/04. Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000 94999/92016/texact.htm

Por su parte, la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 153/99 que tiene por objeto garantizar la salud integral a toda la población, establece en su Artículo 2° que las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la CABA y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Así mismo, en el Artículo 4° inciso *b) entre los derechos de las personas dispone la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden*.[69]

5.2. Salud Sexual y Reproductiva en Argentina, Bolivia y Paraguay.

En relación con la salud sexual y reproductiva, se advierte que el uso de anticonceptivos en las mujeres inmigrantes está asociado a la edad, a la educación y al uso de servicios de salud. Al respecto, Cerruti dice: "[…] en cuanto a la salud reproductiva, las investigaciones realizadas señalan que las principales dificultades que tienen los migrantes se vinculan a las diferencias en las actitudes y comportamientos reproductivos propios y los dominantes en la sociedad de destino y a las dificultades en acceder a recursos sanitarios en el área. La falta de información sobre programas de planificación familiar como de salud reproductiva en general repercute negativamente en la salud de las mujeres migrantes. Los patrones de fertilidad y los comportamientos contraceptivos derivados de dichos patrones pueden ser modificados debido a la migración. No sólo debido a los cambios de valores sino también a las modificaciones en los comportamientos demográficos. La migración altera los tiempos del casamiento, genera separaciones y pospone el nacimiento de los hijos".[70]

Como otro elemento a considerar, se analizará también la disponibilidad de servicios a la que estaban habituados en sus países los migrantes provenientes de Bolivia y Paraguay, así como la disponibilidad de estos servicios y prestaciones en la Argentina y particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En Bolivia el 19 de febrero de 2004, por medio de la Resolución Ministerial N° 0056, se aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) 2004 - 2008. Es importante resaltar que, en menos de quince años, Bolivia cambió una de las políticas más conservadoras en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) a una de las más avanzadas del continente. Actualmente, el PNSSR viene acompañado de cinco planes:

- Plan Nacional de Maternidad y Nacimiento Seguros (2004 - 2008),
- Plan Nacional de Anticoncepción (2004 - 2008),
- Plan Nacional de Control del Cáncer de Cuello Uterino (2004 - 2008),
- Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de los y las Adolescentes (2004 - 2008),
- Plan de Violencia Sexual (2004 - 2008).

Su implementación sin duda ha producido avances importantes en los últimos años, como muestran algunos indicadores de población y desarrollo que analizaremos más adelante; sin embargo, estos continúan siendo los más críticos de la región, esta mejora aparente, no ha sido consistente en áreas rurales, donde persisten brechas de inequidad respecto al área urbana. Como señalamos anteriormente, a los efectos de la presente investigación, estos resultados son posteriores a la fecha en que la población objeto de la misma abandonó sus países de origen.

El Consejo Nacional de Salud Reproductiva de Paraguay, fue creado por Decreto Nº 3197 del 15 de abril del año 1994. Se define el Consejo Nacional de Salud Reproductiva como el "Organismo formado por Instituciones y Agencias involucradas con la Salud Reproductiva del país, que tiene el

69 PALACIOS, Carmen: *La Ley de Migraciones N°25.871 y su reconocimiento al ejercicio pleno del "Derecho a la Salud". Antecedentes normativos y doctrinarios que dan fundamento al Artículo 8*. Publicado en *Doctrina Judicial*. Tomo I,. La Ley. Buenos Aires, 2004.
70 CERRUTI, Marcela, *op.cit*.

propósito de favorecer el análisis de la problemática y la toma de decisiones que faciliten la dinámica de desarrollo, en un trabajo conjunto y coordinado". El Consejo está integrado por organismos estatales, entidades autárquicas, agencias de cooperación internacional y organizaciones no gubernamentales.

Por Decreto del Poder Ejecutivo Nº 1702 del 6 de febrero de 2004 "se declara de interés nacional y se pone en vigencia el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2003-2008 y se dispone su implementación por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".

El objetivo estratégico del Plan definió: "Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay a través de políticas, programas y proyectos integrados y sostenibles que aseguren la atención integral al individuo y a la comunidad con enfoque de derechos, calidad, género y equidad".

Al igual que en Bolivia, la República del Paraguay no cuenta con una Ley Nacional que respalde estas políticas. El jueves 15 de noviembre de 2007, la Cámara de Senadores de Paraguay rechazó, el proyecto de Ley sobre salud sexual, reproductiva y materno perinatal presentado por el senador Carlos Filizzola en el año 2005.

Diversos sectores de la sociedad civil han apoyado y promovido su aprobación, alegando que la ley protege la vida de las mujeres. Organizaciones de mujeres campesinas, feministas, de jóvenes, de lesbianas y gays, llevan adelante una campaña brindando información sobre la propuesta de ley, contestando de esta forma la desinformación promovida por los sectores fundamentalistas religiosos quienes afirman que con esta ley se legaliza el aborto y el matrimonio homosexual.

También la política de salud sexual y reproductiva en la Argentina se caracterizó por una política pronatalista que rechazaba las distintas formas de planificación familiar. En la década de los sesenta, con el desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, especialmente los hormonales en forma de píldoras, se desarrollaron actividades en los distintos niveles (público y de la Seguridad Social). En 1974 el gobierno nacional aprueba el Decreto Nº 659/74 prohibiendo toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales públicos y en la Seguridad Social, y establece la venta de anticonceptivos con receta triplicada, como los psicotrópicos. En el año 1978, el gobierno militar aprueba el Decreto Nº 3938 en base a lo establecido por una comisión creada por el gobierno constitucional, el mismo reitera y ratifica lo establecido en el Decreto Nº 659/74. Recuperada la democracia, en 1986 se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos derogándose este último Decreto. Sin embargo, la sola existencia de la norma técnica a fines de los ’80, no implica el desarrollo de estas actividades.

Es a partir del año 1992, que las legislaturas provinciales fueron aprobando leyes que creaban programas provinciales y establecían normas de funcionamiento para cubrir esta atención, en un movimiento que comienza en la provincia de La Pampa y va de la periferia hacia el centro cobrando impulso hasta lograr, recién en octubre del año 2002 la sanción de Ley Nacional Nº 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).

Fueron necesarios 10 años de permanentes avances y retrocesos en los que podríamos definir como una lucha entre quienes pretendían hacer efectivos derechos consagrados en la Constitución pero ausentes en la realidad cotidiana de muchas mujeres y hombres, movilizados fundamentalmente por el movimiento de mujeres y frente a sectores que aduciendo la defensa de la vida, no permitieron la mejora de su calidad y la pusieron en riesgo por décadas, representados fundamentalmente por la Iglesia Católica.

El Ministerio de Salud de la Nación en el año 2003 pone en funcionamiento dicho programa con los siguientes objetivos: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación,

coacción o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Asimismo establece que el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Por la organización federal del país, las provincias argentinas son las principales responsables de la implementación del programa. El Programa Nacional se propone fortalecer los niveles provinciales a través de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de sus referentes para reforzar los equipos existentes, coordinar y acompañar la programación, monitoreo y evaluación de los Planes de Acción, así como el control de las transferencias de insumos a las mismas.

Su implementación abarca la entrega de insumos (preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, para lactancia, combinados y de emergencia; dispositivos intrauterinos y cajas de instrumental para su colocación) a las provincias para su distribución gratuita en los centros de atención primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada; asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales; capacitación a los equipos de salud; producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión; actividades de comunicación social y campañas; y articulación de actividades con otras áreas y programas.

El PNSSyPR logró superar la tradición antinatalista muy arraigada en el país. La provisión de insumos para sostener su distribución en forma continuada, quitó a sus oponentes el argumento de las restricciones presupuestarias que habitualmente se esgrimía para eludir las responsabilidades.

Si bien la Ley Nº 25.673/02 excluía la anticoncepción quirúrgica, y la educación sexual se planteaba sólo para escuelas del sistema público, también aquí diversas provincias llevaron la delantera dictando normas provinciales y luego se sancionaron leyes que reconocieron la anticoncepción quirúrgica (agosto de 2006) y la educación sexual en todos los establecimientos educativos públicos y privados (octubre de 2006). A pesar del desarrollo de los servicios asistenciales públicos y privados y del alto nivel institucional que se registra desde hace más de tres décadas, aún la tasa de mortalidad materna es elevada y desde hace casi dos décadas no se logró disminuirla sustancialmente. Las complicaciones del aborto constituyen las principales causas de muerte de mujeres gestantes.

La legislación es restrictiva respecto al aborto y su interpretación es más restrictiva aún. Si bien está despenalizado en caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer y en caso de violaciones, no se registran casos en que se efectuaron abortos en hospitales públicos. Aproximadamente desde hace unos 5 años, existen muchos casos que encuadran como no punibles, sin embargo, en caso de solicitar esta prestación en hospitales públicos se tiende a solicitar autorización legal, judicializar la situación con la consiguiente demora y hay un rechazo sistemático a practicarlo.

Si bien la existencia de la norma de por sí no garantiza la posibilidad de que todas las personas estén en condiciones de ejercer sus derechos, su sanción establece un avance en el tema que permite superar muchos de los obstáculos y permite su exigibilidad. Por ende, esto también se verá reflejado en la salud de la población, como lo indican los datos que analizaremos a continuación.

En nuestro país la tasa global de fecundidad por mil habitantes estimada para el período 2005-2010 es de 2,3 hijos por mujer, se registra una mínima pero progresiva reducción en el número de esta tasa.[71] En tanto que la tasa de natalidad fue del 17,9‰ para el año 2006.[72]
La tasa de fecundidad adolescente asciende en el país desde el año 2003, cuando se quebró la tendencia descendente de los últimos 25 años: de 56,4 en 2003 trepó a 62,8 por cada 1000 en 2004, en 2005 aumentó levemente ya que el resultado muestra que 64 chicas de cada mil de entre 15 y 19 años fueron madres.[73]

En el año 2006, el total de nacimientos fue de 696.451, cifra que se mantiene más o menos estable desde hace años. El 15,3% correspondió a madres menores de 20 años. Hay grandes diferencias entre provincias: las tasas más altas de fecundidad adolescente corresponden a Chaco, Formosa y Misiones, donde se supera ampliamente el promedio nacional. La más baja, muy por debajo de la media del país, se registra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La tasa global de fecundidad en Bolivia es de 3,8. Esto significa que ha bajado con respecto a 1998, año en el que promedio de hijos por mujer era del 4,2.

En el área urbana se produjo una reducción mínima – de 3,3 a 3,1 hijos- mientras que en el área rural la reducción fue de un punto en los últimos cinco años, de 6,4 a 5,5 hijos por mujer.
Este indicador expresa indirectamente la preocupación de las personas por regular su fecundidad.

En Bolivia, más de la mitad de las mujeres en unión conyugal (58%) utiliza algún método anticonceptivo. Esto supone un incremento importante en relación al uso registrado en la ENDSA 1998 (48%) que ha sido más significativo en el área rural (del 30% al 48%) que en el área urbana (del 58% al 64%)

La tasa de fecundidad a nivel nacional en Paraguay para el período 2001-2004 para las mujeres de 15 a 44 años es de 2.9 hijos por mujer.

Se observan diferencias en las tasas específicas de fecundidad por edad y en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) según residencia, nivel de educación alcanzado e idioma habitualmente hablado en el hogar. Las mujeres rurales tienen en promedio 1.2 hijos más que las residentes en áreas urbanas, estas diferencias son consistentes en todos los grupos de edades.

Es evidente que el nivel educativo de la mujer influye de forma determinante en la fecundidad, las diferencias de fecundidad son mayores cuando se compara la TGF en mujeres con educación mínima que tienen entre 0-5 años de estudios, con mujeres que completaron el ciclo secundario o tienen educación superior. Las del primer grupo, tienen 2 hijos más respecto a las más educadas. También la TGF para mujeres que hablan solamente guaraní en la casa es 1.6 hijos más que las que hablan solamente español (3.9 contra 2.3).[74]

En cuanto a los partos institucionales, en Argentina del número de hijos nacidos vivos en el año 2006, casi la totalidad de estos nacimientos ocurrieron en un establecimiento de salud (partos institucionales: 99,2%) y fueron atendidos por personal capacitado (médicos o parteras).[75] El subsistema público atendió el 60,1% de esos nacimientos.

71 INDEC, *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015*. Serie Análisis Demográfico Nº 30, INDEC, Buenos Aires, 2004.
72 Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2006*, Ministerio de Salud, 2006.
73 Dirección de Estadísticas e Información de Salud*, Ibid* , 2006.
74 Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP): *Encuesta nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*, encontrada en la web el 30 de agosto de 2008 en: http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_resumido/fecundidad.htm
75 Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2006*, Ministerio de Salud, 2006.

En Bolivia, según la ENDSA 2003, el 70,2% de los partos son atendidos por personal especializado en los centros de salud o en domicilio. De ese total, el 84,7% favoreció a las mujeres del área urbana mientras sólo el 4,7% de las mujeres del área rural recibió atención por personal de salud en el momento del parto.[76]

Mientras que en Paraguay el 75% de las mujeres embarazadas tuvo atención prenatal, pero solo el 18,3 % recibió la atención durante el primer trimestre de embarazo. Asimismo se registró un 41% de partos institucionales de los partos esperados.[77]

Por último, compararemos la incidencia del cáncer de cuello uterino (CCU), que es el segundo cáncer mas frecuente en mujeres en el mundo. Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina son de 28,6 y 12,9 x 100.000 mujeres respectivamente en el año 2002, con variaciones geográficas; así Paraguay ocupa el 3er lugar en la incidencia del CCU con 53,2 x 100.000 mujeres entre los países latinoamericanos, superados por Haití y Bolivia y seguido por Perú. Esta tasa es muy superior a las registradas en los otros países vecinos como Argentina, Brasil, Uruguay y Chile.[78]

El cáncer de cuello uterino constituye una de las primeras causas de muerte de mujeres en Bolivia. Según el Ministerio de Salud y Deportes, en el país se registran 151 casos por cada 100 mil mujeres entre los 35 y 64 años, lo que coloca a Bolivia entre los países con la más alta incidencia de cáncer cérvico uterino en el mundo.

Cada día se detectan aproximadamente 8 casos de cáncer de cuello uterino y se estima que de 2 a 3 mujeres mueren diariamente por esta causa. El cáncer del cuello uterino representa aproximadamente el 10% de la mortalidad femenina por cáncer. De acuerdo a datos del año 2006,[79]se registraron en Argentina 1006 muertes por tumor maligno de cuello uterino (sobre un total de 137.647 defunciones femeninas).

Como mencionáramos al comparar los sistemas de salud, también en lo que hace a la Salud Sexual y Reproductiva las diferencias son altamente significativas, y más allá de los avances que se van obteniendo en este sentido en Bolivia y Paraguay, el impacto de estos logros es muy lento en la vida de cada una de las ciudadanas paraguayas y bolivianas, para quienes resulta más factible a corto plazo el acceso a estos servicios en Argentina que en sus países de origen.

5.3. Salud sexual y reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Circunscribiéndonos al ámbito de aplicación de la presente investigación, en el año 2000 fue sancionada por la Legislatura porteña la Ley Nº 418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, con el propósito de garantizar a las personas sus derechos sexuales y reproductivos.

La ley garantiza el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a todas las personas en edad fértil. El Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como principal objetivo facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva, y brindar

76 Mesa Departamental de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, *Boletín Informativo La Paz*, Bolivia. Año 2005 Nº1. Encontrado en la web el 18 de junio de 2008 en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file760_3637.pdf

77 Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP): *Encuesta nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENSSDR 2004)*, encontrado en la web el 18 de Junio de 2008 en http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_final/caracteristicas_py.htm

78 LEWIS, Merle J: *Análisis de la Situación del cáncer Cervico-uterino en América Latina y el Caribe*. Washington DC, OPS/OMS, 2004.

79 Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2006*, Ministerio de Salud, 2006.

información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado.

Entre las prestaciones que ofrece el programa se encuentran las siguientes: actividades grupales de promoción de la salud sexual y reproductiva en los centros asistenciales y los ámbitos comunitarios; información y asesoramiento a hombres y mujeres sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos; asistencia y provisión gratuita de métodos anticonceptivos con el asesoramiento de los profesionales del equipo de salud; asesoramiento y atención para adolescentes y prevención de VIH/SIDA.

Para acceder a dichos servicios, a los cuales se les suman los incorporados por la Ley Nº 1.468 del año 2004 que crea el Programa Acompañar y la Ley Nº 2.960 del año 2009 que establece el Programa de Detección Precoz del Cáncer Génito Mamario y Enfermedades de Transmisión Sexual (PODEGEM); la persona interesada sólo debe acercarse a alguno de los centros asistenciales del Sistema de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.[80]
Atento a lo expuesto y según lo establece la Ley de Migraciones –Nº 25.871/04- en sus Artículos 6º y 8º, estos servicios deben estar disponibles para todos los extranjeros, cualquiera sea su situación migratoria. También atento a lo dispuesto en la ya mencionada Ley Nº 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del año 1999.

Cabe aclarar, que previo a la sanción de la Ley Nacional de Migraciones, ocurrida en el año 2004, más allá del reconocimiento constitucional de estos derechos para todos los habitantes; existían disposiciones que exigían la presentación de documento de identidad para acceder a prestaciones de salud y educación que se convertían en un obstáculo insalvable para quienes no tuvieran regularizada su situación. La entrada en vigencia de la norma no modifica automáticamente estos requisitos y en ocasiones es necesario un reclamo por parte de los interesados para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

No obstante "en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las mujeres –tanto nativas como migrantes– tienen un cuidado preventivo de su salud reproductiva mucho más acorde con lo sugerido desde un punto de vista médico. Así, 6 de cada 10 mujeres respondieron que se efectuaron un Papanicolau durante el último año (una proporción significativamente más elevada que la observada para el promedio nacional). Por otra parte, menos de 2 de cada 10 nunca se realizaron el estudio o lo hicieron hace más de tres años. Al igual que lo encontrado a nivel nacional, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las conductas preventivas de las mujeres nativas y migrantes no difieren en forma significativa. De alguna manera estos datos indican la relevancia de la oferta de servicios de salud, en especial los públicos y el éxito del esfuerzo realizado desde los diferentes servicios y programas sociales en la salud reproductiva de las mujeres capitalinas" [81]

80 Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sitio web: http//www.buenosaires.gov.ar.
81 CERRUTI, Marcela. *Op. cit*. 2006

6. CARACTERIZACION DEL ACCESO A LA PRESTACION DE SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, CON ENFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MIGRANTES Y LOS PRESTADORES

6.1 Descripción de hábitos, costumbres y creencias de la población migrante en la CABA

Trayectoria Migrante, Inserción Laboral e Integración

Según lo establece la OIM "El estrés de la migración, la ruptura con las redes sociales previas, los factores culturales y religiosos, el escaso acceso a los servicios sanitarios y la discriminación en el sistema de salud, son hechos frecuentemente señalados como principales causas de la mayor vulnerabilidad que enfrentan las mujeres y los niños migrantes"[82]. A estas situaciones específicas se le suman las condiciones concretas de precariedad de las condiciones de vida, muchas veces asociadas a la situación de migración. En este sentido, el presente apartado se ha propuesto indagar y recuperar parte de las particularidades traducidas en hábitos, costumbres y creencias de la población migrante que nos orienten y permitan proponer, fortalecer y promover aquellos aspectos y estrategias a fin de garantizar un adecuado y efectivo acceso a la salud, como también a la salud sexual y reproductiva.

Es importante destacar que la migración está asociada con un deseo de mejorar la calidad de vida, ese "estar mejor" se encuentra mayoritariamente relacionado a los accesos a servicios básicos, a un empleo y a un mejor servicio educativo y de salud y en virtud de lograrlo se minimizan las adversidades inherentes a la migración.

A la hora de plantear la trayectoria migrante, un importante número de hombres bolivianos entrevistados manifiesta haber viajado con algún familiar al país, mientras que un número reducido de migrantes viajaron solos. Generalmente en estos casos los migrantes son de origen paraguayo y se trata mayoritariamente de hombres entre 18 a 25 años y mujeres de entre 18 a 51 años, contemplado dentro del tramo etario entrevistado.
Cuando se trata de migrantes en pareja, los traslados se realizan por etapas, en una primera instancia viajan los o las jefes de familia y después de un tiempo, cuando se presentan las condiciones, migran sus familiares.
A lo largo de los relatos se confirmó que la gran mayoría de los entrevistados sin distinción de género se encuentran unidos de hecho o bien casados con hijos, declarando al menos un hijo por familia.

Solo un número reducido de entrevistados manifestó arribar al país con algún tipo de contacto-conexión laboral. Quienes comentan arribar con trabajo son generalmente migrantes de origen boliviano que ingresan al país con el fin de trabajar en los talleres textiles, muchos de ellos clandestinos, siendo acompañados por su grupo familiar.
Surge de las entrevistas que la mayoría de los trabajadores migrantes consultados se dedican a ocupaciones de tipo manual, entre los que se encuentran labores de costura, carpintería, zapatería, entre otras; mientras que un número reducido manifiesta realizar trabajos temporales comúnmente conocidos como "changas" relacionadas a la construcción o bien con la venta ambulante callejera.

La mayoría de las trabajadoras migrantes logra insertarse en el mercado laboral como empleadas domésticas o bien como empleadas de limpieza, siendo en su mayoría de origen paraguayo, mientras que un importante número de trabajadoras de origen boliviano desarrollan sus actividades laborales en talleres textiles. Aquí se presenta una diferencia interesante en lo que respecta a la

82 Organización Internacional para las Migraciones (OIM): *Estudio diagnóstico y percepción de la migración limítrofe en Chile. Caso Santiago*, OIM, 2002.

planificación familiar puesto que las mujeres paraguayas generalmente viajan solas a la Argentina, dejando hijos en Paraguay en pos de una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos; por tal motivo se ven obligadas a cambiar sus hábitos de cuidado/conductas sexuales por lo que suelen cuidarse más para prevenir embarazos en comparación con las mujeres bolivianas.

Investigaciones anteriores señalan que "en cuanto a la actividad económica de la mujer, si bien puede variar a lo largo de su vida, se ha observado la existencia de una relación también inversa entre esa condición y la cantidad de hijos: a mayor nivel de actividad, menor fecundidad. La menor actividad económica estaría más ligada a ámbito doméstico y asociada con patrones más tradicionales (…) Las mujeres ocupadas presentan un menor nivel de fecundidad; les siguen las desocupadas; y son las inactivas las que, en promedio tienen mayor promedio de hijos. En todos los casos los valores para la CABA son más bajos que para el Conurbano Bonaerense".[83]

Respecto del lugar de procedencia de los entrevistados la gran mayoría manifestó provenir de localidades urbanas, siendo solo una minoría de procedencia rural. Es menester señalar que los migrantes procedentes de áreas rurales son mayoritariamente paraguayos. Mientras que la población migrante boliviana, manifiesta provenir de zonas urbanas tales como La Paz, Cochabamba y ciudades fronterizas.

Si bien la mayoría de los migrantes no menciona participar activamente en algún espacio comunitario estrictamente de migrantes, si establecen dentro de su actual barrio de residencia vínculos con su colectividad, a partir de encuentros con amigos, familiares y compañeros de trabajo de su misma nacionalidad. Generalmente se da con mayor frecuencia dentro de la colectividad boliviana en comparación con la comunidad paraguaya.

En lo que respecta a situaciones de integración/discriminación en el país, una amplia mayoría de los entrevistados menciona no haber sufrido circunstancias de maltrato o discriminación directa por su condición de migrantes. En los relatos no surgen inmediatamente señales de discriminación pero a la hora de repreguntar, varios de los entrevistados terminan describiendo contextos de discriminación presentados principalmente en la calle y en los barrios de residencia, es allí donde más aflora la violencia contra los migrantes, donde mayoritariamente se presentan agresiones verbales.

En pocos casos, aisladamente surgen relatos de discriminación en instituciones sanitarias y tales situaciones se presentaron, según los entrevistados, durante la asignación de turnos, en la sala de espera por intervenciones de empleados de seguridad, durante la consulta con médicos o bien en el caso de las mujeres durante la atención en los partos.

Educación y Elección Religiosa

Puesto que en determinados casos este tipo de migración viene acompañada de barreras idiomáticas, se indagó acerca del conocimiento de lenguas autóctonas (Aymará, Quechua en el caso boliviano y Guaraní en el caso paraguayo) de lo cual surge que la gran mayoría afirma hablarlas. Solo una minoría manifiesta no saber hablarlas. Tales casos significativamente se presentan entre la comunidad boliviana en población muy joven y reciente en el país o bien en población ya asentada que viajó hace varios años a la Argentina y que no mantuvo contacto con familiares y compatriotas de sus países de origen.

83 ROSAS Carolina, CEREZO Leticia, CIPONNERI Mariano, GURIOLI Lucrecia: *Migrantes, Madres y Jefas de Hogar: Algunos matices detrás de los promedios. Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense 2001*, Población de Buenos Aires, abril año/vol. 5, número 007, Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Pp13-14; en *Red de Revistas Científicas de América y el Caribe, España y Portugal(REDALyC)*. Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/740/74005701.pdf

Entendiendo que son poblaciones con manejo del idioma castellano, se manifiesta claramente que la dificultad de interpretación reside principalmente en el modo de transmisión de las indicaciones por parte de administrativos y profesionales de la salud, las cuales no siempre son claras y comprensibles. No obstante, cabe señalar que se percibió por parte del migrante que asiste al sistema público de salud una conducta pasiva, es decir a la hora de la consulta no realizan preguntas y muchos menos repreguntan, “si no entienden se quedan con las dudas.”

En lo que refiere al nivel de instrucción alcanzado por las personas entrevistadas, el nivel en general es bajo, solo un número muy reducido declara tener el nivel secundario completo. Un número aún más reducido se encuentra realizando estudios universitarios o posee estudios universitarios incompletos. La inserción en la educación formal superior se presenta en migrantes asentados (con más de 5 años de residencia).

Sobre las creencias religiosas de los entrevistados surge que la gran mayoría de los consultados tanto paraguayos y bolivianos, se reconocen católicos, mientras que un número reducido de migrantes bolivianos se declaró evangélico. Sin embargo, se observó que el nivel de práctica religiosa no es muy frecuente, ya que a la hora de consultarles por la asistencia a misa o al templo afirman concurrir muy esporádicamente, solo en fechas festivas tales como navidad o pascuas.

Utilización de MAC e Iniciación Sexual

Surge de las entrevistas, que la gran mayoría de los migrantes afirma no haber modificado sus hábitos sexuales a partir de su residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En lo que concierne a las formas de cuidado, un número reducido de entrevistados reconoce haber experimentado algún tipo de modificación y está representado por las mujeres migrantes.
Se percibe en sus discursos que no hay conciencia sobre la modificación de los hábitos sexuales, al respecto es necesario remarcar que el acceso y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos impactan positivamente en sus prácticas diarias.

El deseo de programar los ciclos fértiles obliga a las mujeres migrantes a utilizar algún tipo de MAC; entre los más utilizados se encuentran la píldora, el inyectable y el DIU. Los métodos de menor seguridad y efectividad como el de calendario, método del ritmo e interrupción del coito son utilizados en su mayoría por los hombres migrantes quienes consideran a los mismos como métodos confiables.

Se percibió mayor conciencia sobre planificación familiar, por parte de las migrantes paraguayas residentes en la CABA, considerando que en su mayoría trabajan como empleadas domésticas. Por tal motivo, el embarazo representaría un obstáculo y un riesgo importante de pérdida del empleo. Distinta es la situación presentada por las migrantes bolivianas que se dedican a la venta ambulante o se emplean en talleres textiles donde se les permite llevar a sus hijos.

Considerando como temática relevante a la planificación familiar, se les ha consultado a todas las entrevistadas si en algún momento se han provocado un aborto, a lo que todas han respondido que nunca se han practicado uno, solo casos aislados manifiestan haber tenido un aborto espontáneo. Esto a su vez conduce a la representación que tienen las migrantes sobre el embarazo, ellas lo viven como algo natural y en su discurso no aparecen indicios de que piensen al aborto como posibilidad. Asimismo a la hora de consultar a los profesionales de la salud, sobre si reciben consultas por abortos, señalan que la mayoría de las consultas en población migrante son por controles prenatales y no por abortos provocados.

Frente a la consulta directa sobre el uso o no del preservativo en las relaciones sexuales, una minoría de los entrevistados sin distinción de género mencionó utilizarlo. Se percibe una ostensible resistencia al uso del preservativo y se manifiesta significativamente en las migrantes casadas que

en su gran mayoría afirma no utilizarlo, aludiendo que solo tienen relaciones con su marido y que "no lo necesitan".

En lo que respecta a la población migrante masculina, el uso de preservativo en la mayoría de los casos, está asociado al grado de conocimiento de la persona con la que mantienen relaciones sexuales. Algunos de los entrevistados han manifestado que si tienen relaciones sexuales con sus esposas, o con las "vecinas del barrio" no lo utilizan, mientras que si conocen a alguien de manera ocasional, por ejemplo en lugares de recreación como la "bailanta", usan preservativo. Es en éstos únicos casos donde los entrevistados manifiestan alguna noción de riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ITS). De ello se desprende que el uso del preservativo está asociado con la idea de infidelidad, al peligro de contraer una ITS y a embarazos no deseados.

Al ser consultados por la edad de iniciación sexual, se observa que en los hombres es más temprana que en las mujeres para ambas poblaciones migrantes. Los hombres se inician mayoritariamente entre los 11 y 14 años, mientras que la población femenina en su gran mayoría manifestó iniciarse a partir de los 18 años, y en importantes proporciones sus iniciaciones sexuales se concretan con sus actuales parejas o bien con parejas estables, no obstante se han encontrado reiterados casos donde las mujeres entrevistadas declaran haber sido víctimas de abuso en su iniciación sexual a muy temprana edad.

Un número reducido de entrevistados jóvenes de entre 18 a 25 años sin distinción de género y nacionalidad afirman haber usado preservativo o algún tipo de MAC en su primera vez. No obstante la gran mayoría de estos jóvenes señalan que al momento de iniciarse sexualmente tenían conocimiento sobre el uso de preservativo o MAC.

Por el contrario, entre los migrantes consultados de más de 33 años, sin distinción de género y nacionalidad; se expone que en el momento de iniciarse sexualmente no sabían de la existencia de preservativos y de infecciones de transmisión sexual. Asimismo algunos entrevistados comentaron que al momento de iniciarse sexualmente no habían conversado previamente con sus parejas sobre temas vinculados con la sexualidad (acto sexual propiamente dicho). Por tal motivo es menester señalar que en términos de conocimiento y verbalización de temas relacionados al acto sexual, se destaca que la edad constituye una variable diferenciadora, ya que con mayor frecuencia entre los migrantes más jóvenes se tratan temas relacionados a la sexualidad.

Las entrevistas cristalizan el imaginario machista inherente a algunas de las poblaciones migrantes respecto de la falta de perspectiva de género en las prácticas sexuales y en los usos y elecciones de los MAC, quedando en relieve el poco margen de decisión que tienen las mujeres migrantes sobre su cuerpo.[84]

"La actitud machista de los hombres incide en los códigos culturales que regulan las relaciones sexuales y, en especial, en los cuidados ante el riego de embarazo, al que se agregan en tiempos más recientes el riesgo para la salud derivados de enfermedades transmitidas por vía sexual, entre las cuales prevalece en la actualidad el Sida". [85]

A la hora de elegir los anticonceptivos muchas de las entrevistadas confesaron esconder el uso del mismo; la elección es efectuada en soledad, tratando de ocultar dicha elección a sus parejas. Es en estos contextos donde existe desconocimiento sobre el cuerpo como territorio de pleno derecho y una historia de sumisión ante los deseos del varón.

84 Se entiende por "machismo" al conjunto de actitudes y prácticas sexistas contra las mujeres. Consiste en una construcción cultural, basada en concepción de superioridad de los hombres por sobre las mujeres y en la autoridad que "por derecho propio" tiene sobre ellas.

85 MARGULIS, Mario y otros: *Juventud, Cultura y Sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires,* Ed. Biblos, Buenos Aires, 2003. Pág 211.

Retomando a Margulis "(…) los métodos anticonceptivos, al independizar la sexualidad de la concepción otorgan una nueva libertad a la mujer; (…) generan muchas veces en los hombres una situación de inseguridad y de celos; los temores apuntan a la eventual apertura de un espacio para la infidelidad. Además, la resistencia a seguir dando hijos al marido es de alguna manera sentida como debilitamiento del amor".[86]

Los migrantes bolivianos y paraguayos sin distinción de género y edad, al ser consultados si en algún momento habían tenido la posibilidad de conversar sobre sexualidad, afirmaron no haber hablado nunca con sus padres de temas sexuales, confirmaron que ningún adulto les explicó cómo cuidarse, frases como "*nunca nadie les habló de nada"* se reiteran en los relatos.
De las entrevista surge que la sexualidad está en determinados casos íntimamente asociada a prácticas sexuales ocasionales, o bien a prácticas directamente ligadas a la procreación en el marco de una relación. No obstante resulta necesario destacar que en muchos casos la sexualidad es representada como un tabú.[87]

Los entrevistados sin distinción de género y nacionalidad destacan que en la Argentina sienten mayor libertad para abordar temas sobre sexualidad, señalando que se animan a hablar más abiertamente sobre dichos temas, no solo con médicos sino también con sus parejas, amigos y familiares.

En algunas ocasiones las entrevistadas más jóvenes de entre 18 a 25 años si distinción de nacionalidad con residencia reciente en la Argentina (entre 2 a 5 años) afirman haber recibido información a la hora de hacer consultas ginecológicas en la CABA. Cabe señalar que esta situación se da en un número reducido de casos y que al recibir la información han incorporado parcialmente la posibilidad de elección de MAC.

<u>El Parto y los Cuidados Pre y Post Parto</u>

Casi la totalidad de las migrantes entrevistadas afirman haber tenido al menos un parto en Argentina, siendo atendidas en su gran mayoría en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Al momento de consultarles si se habían realizado el test de VIH, la generalidad afirma que se ha realizado el test a partir de los controles necesarios durante el embarazo, no obstante, es menester destacar que a partir de los relatos se percibió un gran desconocimiento sobe las ITS, en particular del VIH. Asimismo se pudo observar durante el desarrollo de la investigación que los entrevistados desconocían el significado de la sigla VIH, puesto que la enfermedad solo es identificada por la palabra SIDA.

Los prestadores de salud entrevistados comentan que es común que las migrantes embarazadas empiecen a realizarse los pertinentes controles pre natales a partir del segundo trimestre, concluyendo el embarazo con un total de entre 3 a 5 chequeos.

Cabe mencionar como antecedente al estudio sobre Información, creencias y conductas de las mujeres migrantes y argentinas, llevado a cabo en el año 2006 en el Hospital Piñeyro, en el cual fueron relevadas 1.234 pacientes, estimaron que solo un 10,6% de las embarazadas no habían concurrido a ningún control pre natal, mientras que de las 1.100 pacientes restantes, un 48,6% lo habían realizado de manera inadecuada.

86*Ibid.*
87El término Tabú alude a una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad.

Generalmente las entrevistadas no presentan quejas sobre la atención recibida durante el parto, sosteniendo que se sintieron "tranquilas y contenidas". Solo en relatos aislados algunas entrevistadas describieron situaciones de maltrato por parte de enfermeras, que frente al dolor durante el parto no contuvieron apropiadamente a las pacientes.

A la hora de consultarles si al momento de ingresar a la sala de parto habían sido acompañadas (por sus parejas o por algún otro vínculo afectivo), la mayoría de las mujeres afirmaron no haber sido acompañadas, ya que no habían sido advertidas de esta posibilidad. Se vislumbra que hay un profundo desconocimiento sobre la Ley Nacional Nº 25.929 sobre Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento. Esta ley promulgada en el año 2004, garantiza a todas las mujeres, en su Artículo Nº2: *A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado, que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales;* y a su vez *a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto*.[88]

En lo que concierne a los controles post parto, generalmente las migrantes admiten que no suelen asistir, no obstante señalan que les fueron indicados análisis periódicos de rutina tales como la colposcopía y papanicolau. Dichos análisis constituyen uno de los requerimientos informales que utilizan los médicos para poder prescribir un apropiado MAC.

Un rasgo importante a resaltar se relaciona con los controles neonatológicos y de atención temprana, ya que los mismos son altamente cumplidos. Esto es un dato que con frecuencia surge tanto en los relatos entre los migrantes como entre los efectores de salud consultados.

6.2 El acceso al sistema de salud de la CABA desde la perspectiva de los migrantes y de los prestadores de la salud

En el siguiente apartado se presentará la perspectiva que tienen los migrantes sobre el acceso al servicio público de salud de la CABA como de los servicios sanitarios de los países expulsores. Asimismo se presentaran los principales resultados de la investigación vinculados al acceso al sistema sanitario desde la óptica de los beneficiarios y de los prestadores. Por tal motivo consideramos necesario distinguir que el reclutamiento de los entrevistados se realizó tanto en el servicio público de salud, en oficinas públicas como en centros comunitarios no vinculados a este tipo de prestaciones. El reclutamiento de los prestadores en cambio, proviene de servicios públicos donde se les imparte asistencia a la población migrante. [89]

A lo largo de la investigación los relatos de los migrantes parecen no destacar grandes barreras vinculadas con el acceso a los servicios públicos sanitarios en la CABA, por el contrario, destacan mayores y mejores niveles de prestación en comparación con sus países de origen. La gran mayoría de los entrevistados informaron que los sistemas públicos de salud de sus países de origen demuestran irregularidades y precariedades en la prestación de los servicios de salud obligándolos a acudir, dentro de sus posibilidades socio-económicas a la medicina privada o a otros medios de asistencia.

De las entrevistas se observa que el migrante en la CABA parece revertir de manera favorable la relación previa con el sistema sanitario de origen. De los relatos se desprende que una de las causas que disparan la elección de la CABA como destino es el mejor acceso a prestaciones sociales destacándose las vinculadas con prestaciones sanitarias.[90]

88 Ley Nacional Nº 25.929/04, este derecho de enmarca en la ley sobre Derechos de padres e Hijos durante el proceso de nacimiento. Disponible en: http://www.proyectomama.com.ar/html/parto_humanizado.html
89 Véase anexo metodológico.
90 Tal situación se puede extender al conjunto del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

"(…) la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tiene programas de asistencia social importantes(...)"
Referente de Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

"(…)en la salita del barrio el otro día mi bebé tenia fiebre y me atendieron (...) yo no tengo trabajo y los remedios me los dieron(…) Yo en mi país no recibía esa ayuda (…)"
Migrante boliviana reciente de entre 26 a 32 años

En los relatos se observa una ausencia recurrente vinculada con la capacidad de los sistemas públicos de salud de origen de motorizar planes o programas preventivos o de educación sanitaria. Las prestaciones de mayor complejidad se asocian con la medicina privada o bien con la migración ocasional o permanente como estrategia de supervivencia.

"…*Mejor que en Paraguay, allá si no tenés plata te atienden mal…*"
Migrante paraguaya asentada de más de 33 años

En cuanto a los requerimientos solicitados para acceder a la atención en el servicio público de salud de la CABA, "la precaria" y el documento de identidad son los requisitos que con mayor frecuencia se mencionan entre los relatos de los migrantes.[91]
La gran mayoría de los prestadores destacan que no hay requisitos formales para brindar atención, no obstante es sabido que, en algunos casos, en la administración continúan solicitando el documento de identidad. El no poseer dichos documentos de identidad no representa un requisito excluyente, ya que muchos de los beneficiarios no los poseen y terminan siendo atendidos.

"Yo no he recibido quejas de los migrantes respecto del sistema de salud. En general no hay quejas de los sectores de bajos recursos respecto del sistema de salud (…)".
Referente de la Defensoría del pueblo Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De los relatos de los efectores se desprende que el acceso irrestricto y gratuito al sistema de salud por parte de los extranjeros es un tema que se debate habitualmente y que genera contradicciones individuales y disparidad de opiniones. Encontrando en un extremo algunos que piensan que debe ser el mismo servicio "para todos los que habitan nuestro suelo, puesto que poseen los mismos derechos" y; por otro lado quienes señalan que es injusto desviar recursos para la atención de extranjeros ya que quita niveles de calidad a la asistencia de los argentinos. Sin lugar a dudas, estas creencias subyacentes se ponen en juego cotidianamente en la interacción con los pacientes y afectan –para bien o para mal- la calidad de la atención. De resultas de esto se observa que, si bien no existen requisitos formales para el libre acceso a la salud de la población sin distinción de nacionalidad, la atención recibida en algunos casos ha estado condicionada azarosamente a las convicciones del profesional que los admitió.

El mayor flujo de personas que manifiesta haber recibido atención en el sistema público de salud de la CABA, son mujeres sin distinción de nacionalidad. Solo un número reducido no asistió nunca a un centro de salud en la CABA y está representado en su mayoría por la población masculina. Resulta necesario señalar que tal conducta no guardaría relación con el fenómeno de la migración sino con cuestiones de género y condición social a partir de lo cual se hace visible la inexistencia de políticas sanitarias de prevención destinadas a la población masculina.

91 Se domina la "precaria" al permiso de residencia en la Argentina otorgado a los extranjeros, quienes por motivos laborales deben permanecer en el país por un corto período de tiempo, menor a lo establecido para la asignación de la residencia temporaria y mayor al tiempo establecido para los turistas. Asimismo, se concede la residencia precaria a los extranjeros que deban regularizar su situación en el país.

La asistencia a servicios de salud, por parte de los hombres usualmente está asociada a situaciones de emergencia o de extrema necesidad.

"*Los hombres adultos es difícil que hagan consultas (…)*".
Efector de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Una de las variables que incide en el acceso de los migrantes al sistema público de salud de la CABA es la inestabilidad y precariedad laboral a la que están sometidos muchos de ellos. Se observó que la población entrevistada no tiene incorporado como derecho el acceso a los sistemas de salud ya sea con fines preventivos, de controles y/o seguimiento. En este sentido se destaca que el acceso a la salud se presenta por urgencias y no desde una cultura del cuidado, esta conducta masculina que tiene su correlato también entre la población masculina adulta argentina.

Como consecuencia, no se hallan diferencias de género en lo que respecta a la noción de riesgo, provocando que las visitas médicas en la mayoría de los casos, solo se reducen, a la atención circunstancial o a la emergencia.

"*(…) Cuando tengo relaciones con conocidas del barrio no uso preservativo, cuando conozco a una chica en el baile si (…)*".
Migrante Paraguayo asentado de más de 33 años

La percepción que tienen los beneficiarios respecto a la atención recibida, es en general positiva. En muy pocos relatos surgen situaciones de discriminación, señalando que dichas circunstancias se presentan a la hora de solicitar turnos o bien cuando consultan al personal de seguridad. Aisladamente se encontraron casos donde los beneficiaros fueron maltratados por médicos.[92]

Una de las críticas más frecuentes entre los entrevistados migrantes reside en la escasa capacidad que posee el sistema de salud público para atender a la gran cantidad de pacientes. La falta de turnos o el tiempo de espera para ser atendidos por parte de los beneficiarios son percibidos como una forma de discriminación hacia ellos, no vinculada necesariamente con su condición de migrante sino de beneficiario del sistema público de salud. Sin embargo, más allá de estos inconvenientes, el migrante en general y comparativamente con el sistema sanitario de sus países de origen, se siente satisfecho y agradecido con el sistema sanitario público en general y con los centros de salud barriales en particular de la CABA.

"(…) Debería haber más orientación en la atención, te dejan esperando, tal vez sea por ser boliviano (...)"
Migrante boliviano reciente entre 26 a 30 años

De los relatos se destaca que frecuentemente una de las dificultades de comprensión que deben atravesar los beneficiarios, se da en el marco de la consulta con el médico, situaciones en las cuales se torna engorroso el entendimiento y el efectivo cumplimiento de las indicaciones del tratamiento a seguir.

"(…) Es que a veces no entiendo cuando me habla, la doctora habla difícil (...)"
Migrante boliviana reciente entre 18 a 25 años

Desde la perspectiva de los prestadores se sostiene que las demandas de los migrantes frente al sistema de salud no varían de las presentadas por los pacientes argentinos. A su vez, destacan que existen diferencias notorias en la capacidad de comprensión y el desenvolvimiento existente entre las personas que recién llegan al país y las que tienen cierta antigüedad de residencia. En

92 La relación entre médico paciente, es planteada como una relación implícita de poder, presentándose como distante e impersonal, representa en muchos de los casos una relación de poder/autoridad.

este punto se observan diferencias entre los migrantes que provienen de zonas urbanas y de áreas rurales.

Los niveles de comprensión oral son muchas veces señalados por los prestadores como una de las barreras a superar. A su vez, los mismos afirman que estas limitaciones son superadas en muchos de los casos gracias a que los migrantes concurren a las consultas con parientes que los acompañan oficiando como una suerte de traductores simultáneos que tratan de garantizar una adecuada interacción entre el médico y el paciente.

"(…) No siempre les resulta fácil entender las indicaciones, un poco por el idioma, otro poco porque en castellano tampoco se entienden (…)"
Referente de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En las entrevistas se observa que los servicios de salud de atención primaria situados en los diferentes barrios de la CABA, son los que mayor vinculación poseen con los beneficiarios, fundamentalmente con las migrantes mujeres quienes acuden por consultas ginecológicas, solicitud de MAC o bien por consultas pediátricas para sus niños. Es en este contexto, donde los prestadores logran establecer vínculos más estrechos con sus pacientes y es donde se desarrollan mayores actividades preventivas. A diferencia del vínculo que establecen en los hospitales donde en muchos casos, debido al gran número de consultas, resulta difícil establecer un contacto más cercano entre prestadores y los beneficiarios.

Es de destacar que la asistencia a los hospitales se presenta cuando los pacientes necesitan en última instancia recibir un servicio de mayor complejidad. No obstante, resulta necesario aclarar que la asistencia de los migrantes a las diferentes instituciones de salud también está asociada a la cercanía que tienen de los mismos.

"(…) En la salita la doctora me explicó cómo tomar las pastillas (…)
ella siempre me atiende, ya me conocen ahí (…)
en el hospital tuve a mi hijo y ella no me atendió (…)"
Migrante boliviana entre 18 y 25 años

Los prestadores consultados señalan que entre los migrantes la sexualidad está limitada a los espacios de la vida privada, representando en algunos casos un tabú; a su vez, dicha característica se extiende a población no migrante. Asimismo, los prestadores destacan que las mujeres migrantes jóvenes poseen mayor conocimiento de temáticas relacionadas a la sexualidad, no obstante, no resulta suficiente como para crear hábitos de cuidado constantes. Por ejemplo, en lo que refiere al uso del preservativo, destacan que existe una fuerte resistencia a su uso, y si lo usan lo hacen de modo incorrecto e inconstante.

En lo que concierne a la elección y el uso del MAC, los profesionales comentan que existe un elevado uso de anticonceptivos, aunque señalan la falta de asiduidad, dificultades de adherencia y el mal uso que hacen los pacientes de los mismos.

Entre la población migrante los anticonceptivos más utilizados son los administrados por vía oral porque la mujer siente que ejerce el control brindándole mayor tranquilidad en la planificación familiar. En segundo lugar, se encuentran los inyectables por tener una aplicación mensual resultan más cómodos y más fáciles de ocultar. A partir de las entrevistas se observó que los anticonceptivos inyectables son los que con mayor frecuencia se usaban en los países de origen de los migrantes. El DIU, se encuentra en último lugar de las opciones más frecuentes en materia de anticoncepción. Entre los migrantes existen muchos mitos a su alrededor que generan resistencias para elegirlos. Es de destacar, que existe una fuerte negación por parte de los hombres migrantes ante el uso de MAC, es por eso que las mujeres confiaron que a la hora de elegirlos tratan de hacerlo en soledad y a escondidas.

A su vez, los prestadores observan que hay contradicciones entre la voluntad manifiesta de cuidarse (prevenir embarazos) y los resultados obtenidos a la hora de la consulta, lo que les hace presumir el mal uso de los MAC o la presencia de métodos anticonceptivos caseros. Afirman que sus pacientes no reconocen su práctica, ya que es frecuente que al detectar un embarazo se produzca el siguiente diálogo:

Profesional: *"Estabas buscando?"*
Paciente: *"No"*
Profesional: "*Ah, te estabas cuidando?!*"
Paciente: *"Si"*
Profesional: *"¿Cómo?*
Paciente: "*...y...*"
Diálogo establecido entre una médica ginecóloga con una migrante boliviana reciente de entre 18 a 25 años

6.3 Principales necesidades en salud sexual y reproductiva identificadas desde la perspectiva de los migrantes y de los prestadores

Tomando en consideración lo expuesto en las líneas precedentes, en este apartado se delinearán algunas de las necesidades identificadas a lo largo de la investigación sobre salud sexual y reproductiva, en población migrante boliviana y paraguaya residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sin por ello establecer un orden de prioridades ni jerarquías.

Necesidad de una mayor sensibilización

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

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

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

Entre los principales obstáculos resaltados a lo largo de las entrevistas, se menciona el desconocimiento, la falta de información, el uso incorrecto de MAC y la existencia de mitos y creencias en el uso de métodos "caseros / alternativos" de prevención y cuidado de la salud. La sexualidad en muchos casos es representada como un tabú e íntimamente vinculada al ámbito de la procreación o a prácticas ocasionales realizadas en secreto. Los migrantes reconocen no haber hablado de temas sexuales ni haber recibido información respecto a medidas de prevención y cuidado con sus padres, ni con referentes adultos (educadores). La timidez y sumisión -reconocidos en algunas entrevistas por los efectores de salud como características de la población migrante- se presentan como un obstáculo que no permite comprender cabalmente las indicaciones brindadas por los profesionales.

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

Enfatizar en líneas de acción preventivas.

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

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

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

Promoción y difusión de MAC.

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

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

Disponibilidad de MAC.

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

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

La percepción común por parte de los prestadores de la salud refiere a la ausencia de una cultura de prevención y control[93]. Esta cultura se extiende tanto a la percepción de riesgo de contraer ITS como de nociones de cuidado en materia de planificación familiar y embarazo. Los niveles de conocimiento y conciencia son diversos, y varían según edad y nivel socio-cultural.

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

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

La prevalencia de VIH/SIDA en este grupo de población es baja, pero se advierte un aumento de ITS, especialmente sífilis (VDRL, 3% de la población total) y también gonorrea y herpes. La principal conducta de riesgo señalada por los prestadores es el no uso del preservativo, que como se indicó oportunamente, presenta una fuerte resistencia por parte del varón; la situación se agrava por el hecho de considerar que el tener una pareja estable exime de riesgo.

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

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

Formación de Recursos Humanos.

Dentro del sistema público de salud se destaca la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud con vistas a superar las desiguales capacidades de acceso y comprensión de la población migrante vinculada a barreras cognitivas, idiomática y cultural.
En este sentido y acorde a lo desarrollado en el apartado anterior, si bien no existen dificultades objetivas de acceso, suele mencionarse la dificultad por parte de algunos profesionales de entender a las pacientes como así también la dificultad de los usuarios de comprender cabalmente los requerimientos administrativos y las indicaciones que prescriben los prestadores. Deviene fundamental potenciar los recursos humanos y formativos de los equipos de salud en el abordaje específico a población migrante respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, incorporando

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

un enfoque que integre los códigos culturales y permita recuperar los saberes y prácticas de las mujeres y los hombres migrantes.

7. CONCLUSIONES

El incremento de los flujos migratorios, en búsqueda de trabajo, estudio, salud y mejor calidad de vida constituye un fenómeno de creciente magnitud que presenta características diferenciales acorde a cuáles sean los factores estructurales y coyunturales de los países de expulsión y de destino. Poblaciones numerosas se movilizan y transitan a través de las fronteras, constituyendo desafíos para los sistemas públicos de los Estados.

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

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

Es por ello que indagar las problemáticas de salud, implica adentrarse en un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones, que obliga a considerar no sólo la ausencia de enfermedades, sino abordar de manera integral los niveles de bienestar físico, mental y social de la población, incluyendo migrantes y poblaciones móviles[94].

En la presente investigación “Derechos Sexuales y Reproductivos en Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” se intentó describir y analizar, desde la perspectiva de derechos, los hábitos, conductas y creencias de la población migrante, masculina y femenina, respecto de su acceso a los sistemas públicos de salud, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva[95].

Si dentro de las áreas de la salud nos focalizamos en aquellas que refieren a la salud sexual y reproductiva, el análisis deberá incluir, no sólo factores coyunturales y estructurales de los países, sino que debe entrelazar las dinámicas propias de los individuos que protagonizan el fenómeno

94 International Organization for Migration, Conference Room Paper/14. Health and Migration Seminar, report of the meeting. IOM, Geneva, 30 Novermber-3 December, 2004.

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

migratorio. Este trabajo centró el análisis en las situaciones migratorias en las cuales los inmigrantes se radican en el país por razones determinadas, ya sea económico-sociales, geográficas o de accesibilidad. Para ello, se seleccionó a la población migrante de origen boliviano y paraguayo residente en la CABA, debido a la alta concentración que presenta dicha población en esta zona del país y dado que constituyen las corrientes migratorias principales y las de mayor crecimiento en la última década.

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

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

Entre los objetivos planteados se resaltó la necesidad de instalar estrategias destinadas a los diversos sectores que acuden a los servicios públicos sanitarios a fin de promover la concientización y equidad en el efectivo acceso a los servicios de salud, garantizado por ley a toda la población sin excepción.

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

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

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

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

4. En términos de salud sexual y reproductiva, se advierte una mejoría en relación a la situación de los migrantes en sus países de origen, destacando que en la Argentina sienten más libertad para

hablar sobre temas relacionados a la sexualidad, no solo con médicos sino también con sus parejas, amigos y familiares. No obstante es necesario sensibilizar en cuestiones claves como lo son: la anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar y educación en salud sexual y reproductiva.

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

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

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

8. El desafío radica en establecer políticas de salud activas que configuren estrategias y líneas de acción concretas que se proyecten hacia cuestiones de educación, trabajo, grupos comunitarios, vivienda y hábitat, cultura, género e igualdad de oportunidades. Para que tales iniciativas tengan éxito se debe apuntar a superar el desarraigo, desventajas sociales y económicas, carencias en servicios básicos, situación laboral precaria y riesgos de explotación que frecuentemente experimentan los migrantes a fin de lograr una integración exitosa, y un entendimiento y comprensión de sus redes sociales, relaciones y dinámicas. Tomando las palabras de Zimberlin, “El rol del estado es poner en marcha mecanismos que faciliten y permitan el ejercicio pleno de los derechos. Obviamente, estas condiciones se refieren a cuestiones que exceden los servicios de salud e incluyen otras esferas como educación, trabajo, vivienda, calidad de vida, equidad de

género, entre muchas otras"[96]. En este proceso, cumplen un rol importante no sólo las instituciones gubernamentales sino también las ONGs y la comunidad en su conjunto.

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

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

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

96 ZIMBERLIN, Nina. Políticas públicas en salud sexual y reproductiva en Argentina. Logros y asignaturas pendientes en Violencia, sexualidad y reproducción. Tensiones políticas, éticas y jurídicas, Jornadas CECYM / CEDES, Buenos Aires, Octubre 2007. Pág.70. Disponible en: http://www.cecym.org.ar/pdfs/jornadas.pdf

8. BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Marcela: *Derechos de las personas migrantes luego de la sanción de la nueva Ley de Migraciones 25.871: sin cambios efectivo*s, en Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Derechos humanos en la Argentina: Informe 2006*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, 2007.

AEPA/CEDES/CENEP: *Avances en la investigación social en Salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, 1998.

AGOSTO, Gabriela: *Los cambios sociales de los nuevos procesos migratorios*. *Migración Internacional. Su impacto en la democracia, desarrollo y derechos humanos en América Latina y el Caribe, e*n *Revista de la Copppal*. Buenos Aires, 2007.

BALAN, Jorge: *Estructuras agrarias y migración interna en una perspectiva histórica: estudios de casos latinoamericanos*, en *Revista Mexicana de Sociología*; Vol. XLIII, No. 1. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 1981.

BANCO MUNDIAL: *Remittances Dataset*, Washington, D.C. Octubre 2007 Disponible en: http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTDECPROSPECTS/GEPEXT/EXTGEP2006

BENENCIA, Roberto y QUARANTA, Germán*: Mercados de trabajo y economías de enclave. La "escalera boliviana" en la actualidad*, en *Revista Estudios Migratorios Latinoamericanos*. Año 20, Nº 60, 2006.

CÁRDENAS, Marina: *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud- Bolivia*. Ministerio de Salud y Deportes, Segunda edición, La Paz, 2004.

CELS / CEDLA /COMISIÓN CHILENA DE DERECHOS HUMANOS/ CEDAL: *Plataforma sudamericana de derechos humanos de los migrantes: situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los migrantes peruanos y bolivianos en Argentina y Chile*. Capítulo Boliviano de Derechos Humanos. *Democracia y Desarrollo*, Volumen 1, La Paz, 2000.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS): *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2007*. Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires, 2007.

CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN (CEPEP): *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva – ENSSDR 2004.* Encontrado en la web el 18 de Junio de 2008 en http://www.cenep.org.py/endssr2004/informe_final/características_py.htm

CEPAL: *La migración internacional en América Latina y el Caribe. Migración Internacional*. Observatorio Demográfico N°1, Santiago de Chile, 2006.

CERIANI CERNADAS, Pablo: *Nueva Ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración*, en Giustiniani, Rubén, *Migración. Un derecho humano,* Editorial Prometeo, Buenos Aires, 2004.

CERRUTI, Marcela y BRUNO, Matías: *La inserción de migrantes paraguayos y peruanos en el mercado de trabajo del Área Metropolitana de Buenos Aires*, en *Revista Estudios Migratorios Latinoamericanos*, CEMLA, Año 20. N 60, 2006

CERRUTTI, Marcela. y PARRADO, Emilio: *The remittances of Paraguayan migrants to Argentina: their prevalence, amount, and utilization.,* 2006*.* Publicación electrónica en web; capítulo a ser

incluido en un volumen del BID, disponible en: http://paa2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId=61079

DEVOTO, Fernando: *Historia de la Inmigración en la Argentina*. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 2003.

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD: *Estadísticas Vitales año 2006*, Ministerio de Salud, 2006.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, ENCUESTAS Y CENSOS DE PARAGUAY: *Compendio Estadístico 2007*, 2007.

DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: *Buenos Aires, ciudad con migrantes. Apuntes para la comprensión del fenómeno migratorio*. Buenos Aires, 2002.

DIRECCION GENERAL DE MIGRACIONES: http://www.mininterior.gov.ar/migraciones/decreto1169/programa.asp

ENCUESTA ANUAL DE HOGARES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: *Aspectos referidos a la Salud 2004 – 2005*, Nº 12, 2008.

ENDSA 2003, UNFPA y Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008: *Situación de la salud sexual y reproductiva en Bolivia. Maternidad y nacimiento seguros – Vigilancia de la mortalidad materna*. Disponible en http://es.geocities.com/ojmujer/documentos/mortalidadmaterna

FARMA, OPS: *Estimación del impacto de un posible Tratado de Libre Comercio entre Bolivia y los Estados Unidos de Norteamérica sobre el precio, el acceso a medicamentos y la industria nacional en Bolivia* en *Informe Final para la revisión de la OPS*, Bogotá, 2006. Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: www.ops.org.bo

FUNDACIÓN INTERARTS/FAMILY CARE INTERNATIONAL BOLIVIA: *Instrumentos culturales para la mejora de la salud sexual y reproductiva*. Encontrado en la web el 18 de junio de 2008, en: www.familycareintl.org/UserFiles/File/Instrumentos%20culturales%20para%20la%20mejora%20de%20la%20SSR%20-%20Resumen%20del%20proyecto.pdf

GELLI, María Angélica: *Constitución de la Nación Argentina: Comentada y Concordada*, Ed. La Ley, Buenos. Aires, 2005.

GRIMSON, Alejandro: *Relatos de la Diferencia y la Igualdad. Los Bolivianos en Buenos Aires.* FEIAFACS/EUDEBA. Buenos Aires, 1999.

GUTIERREZ, María Alicia: *Evaluación de la lista de chequeo para la practica de monitoreo social*. CONDERS. Buenos Aires, 2006.

HERRERA, Fernando y PRIES, Ludger: *Trabajo, migraciones y producción sociológica reciente en América Latina: un panorama no exhaustivo,* en *Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques.* Enrique de la Garza (coordinador). UAM-II. Anthropos. México, 2007.

HERRERA, Gioconda: *Género, familia y migración. Reflexiones desde el caso ecuatoriano*. Conferencia internacional sobre Migración y Codesarrollo. Lima, 2008.

HINOJOSA GORDONOVA, Alfonso: *De Crisis en Crisis: Migración boliviana a la Argentina,* en *Informe Interamericano de Migraciones del Observatorio Control Interamericano de los Derechos de los y las Migrantes* – OCIM. Santiago de Chile, 2006.

INSTITUT MUNICIPAL D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DE BARCELONA (IMAS). Unitat Docent de l'IMAS. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona: *Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona,* 2002*.*

INDEC: *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda*, 2001.

INDEC: *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015*. Serie Análisis Demográfico Nº 30, INDEC, Buenos Aires, 2004.

INDEXMUNDI: *Bolivia. Tasa de mortalidad infantil*. Encontrado en la web el 15 de marzo de 2009 en: http://www.indexmundi.com/es/bolivia/tasa_de_mortalidad_infantil.html

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDSA 2003), encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en http://www.sns.gov.bo

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: *Salud de las mujeres en Bolivia,* divulgación de datos preliminares de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: http://www.unfpa.org.bo/Intervencion/SaludMujer.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE ESPAÑA: *Encuestas de salud y hábitos sexuales*. Encontrado en la web el 18 de junio de 2008 en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03_cues.pdf

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM): *Conference Room Paper/14. Health and Migration Seminar, report of the meeting*. IOM, Geneva, 30 Novermber-3 December, 2004.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM): *World Migration 2003: managing migration challenges and responses for people on the move.* IOM, Ginebra, 2003.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM): *World Migration 2008: managing labour mobility in the evolving global economy,* IOM, Ginebra, 2008.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION: *World Migration Report*, United Nations. Switzerland, 2000.

LATTES, Alfredo y CAVEZIEL Pablo: *Dinámica demográfica y migración: Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1980-2010*, en *Población de Buenos Aires*, revista semestral de datos y estudios demográficos publicada por la Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 5, número 6, Octubre de 2007.

LEWIS, Merle J: *Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Washington DC, OPS/OMS, 2004.

LEY N°418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Disponible en http://www.hospitalfernandez.org.ar/datos/ley_418.pdf

LEY N°1.468/04 "Programa Acompañar", Disponible en http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/prestaciones/salud/index7.html

LEY N°2.960/09 Programa de Detección Precoz del Cáncer Génito Mamario y Enfermedades de Transmisión Sexual (PRODEGEM), Disponible en http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/prestaciones/salud/index7.html

LEY N° 22.439/81 - (Derogada) Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16176/norma.htm

LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES *N°153/99*. Disponible en http://www.catedras.fsoc.uba.ar/elias/ley153.htm

LEY N° 23.798/90 - Lucha contra el SIDA. Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/199/norma.htm

LEY N° 25.673/02. Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm

LEY DE MIGRACIONES N° 25.871/04. Disponible en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm

LEY N° 25.929/04. DE PADRES E HIJOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO. Disponible en:
http://www.proyectomama.com.ar/html/parto_humanizado.html

LIPSZYC, Cecilia: *Feminización de las Migraciones: Sueños y realidades de las mujeres migrantes en cuatro países de América Latina,* Montevideo, abril de 2004.

LOPEZ, Elsa; PANTELIDES, Edith (compiladoras): *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Centro de Estudios de Población. Buenos Aires, 2007.

MARGULIS Mario (y otros): *Juventud, Cultura y Sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*, Ed. Biblos, Buenos Aires, 2003.

MESA DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: *Boletín Informativo,* Nº1. La Paz, Bolivia. 2005. Encontrado en la web el 18 de Junio de 2008 en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file760_3637.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE: *Conocimiento y actitud de los profesionales de la salud frente a la ley de salud sexual y procreación y su programa de ejecución*. Buenos Aires, 2006.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN: *Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas*. Madrid, 2007.

MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS: *Exclusión Social en Salud en Paraguay: Análisis a nivel Nacional y Regional*, Paraguay, Diciembre 2007

NITTI, Enrique Javier: *Inmigración y emigración en Argentina, trabajo presentado* en el Seminario de Inmigración y Emigración en Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/16.pdf

NOVICK, Susana: *Mercosur y migraciones: la experiencia Argentina*. Ponencia presentada en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Guadalajara, México, 2006.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM – CEMLA): *Estudio sobre la colectividad boliviana en la Argentina. Informe de consultoría, Buenos Aires, 2004. Inédito.*

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM): *Estudio diagnóstico y percepción de la migración limítrofe en Chile. Caso Santiago*, OIM, 2002

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM), FORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN SOCIAL (FORGA), GRUPO DE TRABAJO VIH/SIDA HOSPITAL PIÑEYRO: *Derechos y VIH-Sida. Prevención de la Transmisión Vertical. Información, creencias y conductas de las mujeres migrantes y argentinas,* Buenos Aires, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Sexual and reproductive health,* disponible en http://www.who.int/reproductive-health/

ONU-SIDA y OIM: *"El derecho de los migrantes a la salud"*. Ginebra 2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Bolivia*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicio de Salud, OPS, Segunda edición, Noviembre 2001. Disponible en http://www.lachealthsys.org/documents/perfildelsistemadesaluddebolivia-ES.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma,* Washington D.C, OPS, 2008.

PACECCA, María Ines. y COURTIS, Corina: *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. CEPAL – CELADE; Serie Población y Desarrollo Nº 84. Santiago de Chile, 2008.

PALACIOS, Carmen E.: *La Ley de Migraciones N°25.871 y su reconocimiento al ejercicio pleno del "Derecho a la Salud"*. Antecedentes normativos y doctrinarios que dan fundamento al Artículo 8. Publicado en *Doctrina Judicial*. Tomo I. La Ley. Buenos Aires, 2004

PICADO CHACON, Gustavo, DURAN VALVERDE, Fabio: *Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social*. (Borrados para discusión), Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Oficina Subregional para los Países Andinos: Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela. República de Bolivia, 2007. Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: www.ilo.org/gimi/gess

PROCOSI. AREAS DE SALUD: *Salud sexual y reproductiva – Salud materna*. Encontrado en la web el 18 de junio de 2008 en: http://www.procosi.org.bo/index.php?mc=70&n=&next_p=1&cod=11

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE: *Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud*, 2003. Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/pdf/17_manual_ssryp.pdf

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE: Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp

ROSAS Carolina, CEREZO Leticia, CIPONNERI Mariano, GURIOLI Lucrecia: *Migrantes, Madres y Jefas de Hogar: Algunos matices detrás de los promedios Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense 2001*, Población de Buenos Aires, abril año/vol. 5, número 007, Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Pp13-14; en *Red de Revistas Científicas de América y el Caribe, España y Portugal (REDALyC).* Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/740/74005701.pdf

ROSES, Mirta: *Migración y Salud*, Octava Conferencia Sudamericana de Migraciones, OPS/OMS, Montevideo, Septiembre 2008. Disponible en http://www.oimconosur.org/imagenes/archivos/127.pdf

SANTILLO, Mario Miguel: *Las organizaciones de inmigrantes y sus redes en Argentina*, documento presentado en el Simposio sobre Migración Internacional, Costa Rica. CEPAL, CELADE, OIM, 2000. Disponible en http://www.eclac.org/celade/proyectos/migracion/SimpMig00e-pon.htm.

SASSONE, María Susana: *El enfoque cultural en geografía. Nueva aproximación teórica-metodológica par el estudio de las migraciones internacionales*. Ponencia presentada al Seminario "*La migraciones internacionales en América Latina en el Nuevo Milenio*", 2 – 4 de noviembre de 2000. Buenos Aires, 2000.

SASSONE, María Susana: *Migración, territorio e identidad cultural: construcción de "lugares bolivianos" en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,* en "Población de Buenos Aires", revista semestral de datos y estudios demográficos publicada por la Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Año 5, número 6, Octubre de 2007.

SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: *Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante*. Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Documentos técnicos de salud pública. Madrid, 2004.

SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BOLIVIA: *Maternidad y nacimiento seguros – Vigilancia de la mortalidad materna* Encontrado en la web el 13 de julio de 2008 en: http://es.geocities.com/ojmujer/documentos/mortalidadmaterna

STALKER, Peter: *The Work of Strangers: A Survey of International Labour Migration*, International Labour Office, Ginebra, 1994

UNGASS. BIANCO, Mabel; MARIÑO, Andrea y BARREDA, Victoria: *Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, 2008.

UNITED NATIONS – DAES: *Coordination meeting on international migration. New York, 11-12 July 2002*, United Nations, Dep. of Economic and Social Affairs (DAES), Population Division, New York, ESA/P/WP.178.

VILLA, Miguel y MARTÍNEZ PIZARRO, Jorge: *Tendencias y patrones de la migración internacional en America Latina y el Caribe*, en *La migración Internacional el Desarrollo en las Américas*. CEPAL/CELADE, Serie Seminarios y Conferencia Nº 15. Santiago de Chile, 2000. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/8852/lcg2124P_2.pdf

VILLA, Miguel y MARTÍNEZ PIZARRO, Jorge: *Rasgos sociodemográficos y económicos de la migración internacional en América Latina y el Caribe*, en *Capítulos del SELA*, 65, 2002

ZIMBERLIN, Nina: *Políticas públicas en salud sexual y reproductiva en Argentina. Logros y asignaturas pendientes e*n *Violencia, sexualidad y reproducción. Tensiones políticas, éticas y jurídicas,* Jornadas CECYM / CEDES, Buenos Aires, Octubre 2007. Disponible en http://www.cecym.org.ar/pdfs/jornadas.pdf

9. ANEXO METODOLÓGICO

El proyecto “Derechos Sexuales y Reproductivos en Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” corresponde a un tipo de estudio cualitativo de carácter exploratorio, a partir del cual se intentó describir y analizar, desde la perspectiva de derechos, los hábitos, conductas y creencias de la población migrante, masculina y femenina, respecto de su acceso a los sistemas públicos de salud, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

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

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

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

En segunda instancia, se realizaron entrevistas en profundidad a 22 informantes claves y a 36 efectores de la salud. Entre los que se destacan: Referentes de organizaciones de inmigrantes (Miembros de la Comisión de Apoyo al Refugiado (CAREF), de la ONGS La Alameda y del Movimiento Boliviano de Derechos Humanos, y personal del Departamento de Migraciones de la Arquidiócesis de la CABA); miembros de organizaciones de defensa de los derechos ciudadanos del Área de inmigración de la Defensoría del Pueblo de la CABA, del Área de salud de la Defensoría del Pueblo de la CABA y personal del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI; actores involucrados en los sistemas de salud (Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jefe del Centro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nº 20 (CESAC), trabajadoras sociales de los Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, empleados administrativos, de seguridad, médicos y efectores de salud responsables de la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante).

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

En base a la información relevada, se desarrolló una Guía de Pautas de entrevistas en profundidad semi-estructurada, diseñada con el propósito de describir el perfil sociodemográfico de los migrantes, analizar su trayectoria migratoria, nivel de instrucción, situación laboral y familiar, su situación actual de acceso a los sistemas públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires y los distintos aspectos vinculados a los hábitos, costumbres y creencias de la población migrante respecto de su salud sexual y reproductiva. Por ello, se establecieron tres grupos etários: de 18 a 25 años, de 26 a 32 años y mayor de 32, en adelante.

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

Se realizaron 123 entrevistas a migrantes paraguayos y bolivianos, durante los meses de diciembre del año 2008, enero y febrero del año 2009. El reclutamiento de los inmigrantes se efectuó tanto en oficinas estatales, como en organizaciones fundadas por migrantes y hospitales públicos; previa firma del consentimiento informado. [97]

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

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

Se adjunta el modelo de Consentimiento Informado que se utilizó para que los sujetos participantes del relevamiento confirmen de manera voluntaria su deseo de participar en la misma, aclarando que se mantenían los datos en confidencialidad.

Lugar:
Fecha:
Nombre del entrevistador:

<u>Introducción por el entrevistador</u>

Mi nombre es…….desde la Asociación Civil Observatorio Social y junto a la Fundación de Estudios e Investigación para la Mujer (FEIM) y la Organización Internacional de Migraciones (OIM), gracias a una Beca del Ministerio de Salud de la Nación, estamos entrevistando personas de manera individual y de manera grupal, de diferentes nacionalidades. El estudio: "*Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires",* tiene como objetivo general: describir y analizar los hábitos, conductas y creencias de la población migrante respecto de su salud sexual y reproductiva y la situación actual de acceso a los sistemas públicos de salud sexual y reproductiva locales.

Usted está siendo invitado a participar del mismo por medio de una entrevista en profundidad. Su participación es voluntaria y anónima, en cualquier momento de la entrevista puede suspender su participación en la misma, sin ningún inconveniente.

97 Se visitaron los Servicios Sociales Zonales Nº1, Nº4, Oeste, Nº7, Nº8, Nº9, Nº11 y Nº15 gracias a la autorización de la Dirección General de Servicios Sociales Zonales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Ministerio del Interior.

Confidencialidad y consentimiento informado[98]

"Acepto que me hagan algunas preguntas personales. Me informo de que mis respuestas son totalmente confidenciales. Mi nombre no queda escrito en el cuestionario y no será usado nunca en relación con lo que diga. No tengo obligación de contestar ninguna pregunta que no quiera contestar, y puedo terminar la entrevista y mi participación en cualquier momento que quiera. Pero tengo en cuenta que mis respuestas a estas preguntas ayudarán a comprender mejor lo que las personas piensan, dicen y hacen en relación a su salud sexual y reproductiva. Me notifico que la entrevista llevará alrededor de una hora. Estoy dispuesta/o a participar".

Si quiero participar ☐ No quiero participar ☐

Firma del entrevistado Firma del entrevistador

Guía de pautas Semi Estructurada para entrevista con Informantes Clave

Información sobre la trayectoria del informante clave

1. **¿Cuánto tiempo hace que está trabajando sobre esta temática?**_____
2. **¿En qué lugares ha trabajado?**_____
3. **¿De qué manera se vincula usted con los inmigrantes?**_____
4. **¿Dentro de la actividad que usted realiza, se vincula en particular con algún grupo de nacionalidad de inmigrantes?**_____

A partir de su experiencia nos interesa conocer algunas caracterizaciones de los migrantes paraguayos y bolivianos

1. ¿Cuáles creen que son las principales motivaciones por las cuales los migrantes abandonan sus países?_____

_____

2. ¿Cuáles son las edades predominantes de los inmigrantes al llegar a la Argentina?

_____

_____

3. ¿La crisis en la Argentina del 2001 – 2002 afectó sensiblemente a los flujos migratorios de bolivianos y paraguayos, existe diferencias entre ellos?

_____

_____

4. ¿Cuáles son las principales dificultades que deben afrontar estos inmigrantes cuando llegan a Buenos Aires?

_____

_____

5. En relación a las cuestiones familiares, ¿Cómo considera usted que se realiza el proceso migratorio, prevalecen los individuos solo o los grupos familiares? ¿Existen diferencias entre los ellos?

_____

_____

6. ¿En su opinión que tipo de uniones prevalecen entre los bolivianos y paraguayos? ¿predominan las familias endogámicas o exogámicas?

_____

_____

98 Dado que las entrevistas han sido voluntarias y anónimas, se realizó la lectura correspondiente de manera de confirmar la participación del entrevistado, no obstante no le fue solicitada su firma.

7. ¿Cuál considera es el nivel educativo de los inmigrantes con los que se relaciona? ¿Existen diferencias entre los grupos?

8. ¿Cuál es el nivel de calificación laboral del inmigrante en relación a su lugar de origen?

9. A partir de su experiencia. ¿Cuáles son las principales actividades en las que se desenvuelven los inmigrantes?

10. ¿Existen diferencias de género en la inserción laboral?

11. Respecto de la participación de migrante en organizaciones sociales, ¿En su opinión participan preferentemente en organizaciones de con nacionales o fuera de la colectividad? ¿En que tipo de actividades participan los inmigrantes?

12. ¿Por qué tipo de consideraciones esos grupos migrantes eligen la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como destino?

Sistema de salud y migración

13. ¿Cómo calificarían el acceso de los bolivianos y paraguayos al sistema de salud?

14. ¿Difiere la vinculación de los bolivianos y paraguayos con el sistema de salud pública en Buenos Aires?

15. ¿Consideran que los inmigrantes tienen conocimiento de sus derechos y de los distintos servicios que brinda el sistema público de salud?

16. ¿Cuáles son las características (género, edad, etc.) de los inmigrantes que realizan consultas médicas?

17. ¿Cuáles creen que son los principales problemas de salud que padecen los bolivianos y paraguayos en Buenos Aires?

18. ¿Qué tipo de consultas médicas realizan con mayor frecuencia?

19. ¿Existen diferencias entre las consultas que realizan inmigrantes hombres y mujeres y por nacionalidad?

20. ¿A qué tipo de salas acuden los inmigrantes paraguayos y bolivianos?

21. Luego de la primera visita al sistema de salud, ¿Continúan realizando consultas periódicas o sólo acuden por problemas puntuales?

22. ¿Existen quejas con la atención que reciben los inmigrantes del Sistema de Salud?

23. ¿Creen que existen restricciones a la inclusión de los inmigrantes bolivianos y paraguayos al sistema de salud?

Salud sexual y reproductiva y migración

24. ¿Consideran la salud sexual y reproductiva como un tema de salud o de la vida cotidiana? ¿Es un tema de preocupación para ustedes?

25. ¿Consideran que los bolivianos tienen noción de la importancia de adquirir hábitos de planificación familiar?

26. ¿De qué manera creen que los bolivianos y paraguayos desarrollan la planificación familiar?

27. ¿De qué manera influye la migración sobre la planificación familiar? ¿Existen diferencias entre los inmigrantes bolivianos y paraguayos?

28. ¿Realizan consultas médicas vinculadas con la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son las características (nacionalidad, género, edad) de las personas que realizan este tipo de consultas?

29. ¿Se tiene conocimiento de los hábitos o la manera en que el inmigrante boliviano y paraguayo ejerce su sexualidad?

30. ¿Saben si dentro de la cultura boliviana o paraguaya, existen roles en la relación heterosexual/homosexual? ¿De qué manera funciona la represión moral frente a la promiscuidad, la infidelidad o la poligamia?

31. ¿A qué edad consideran que se inician sexualmente los bolivianos y paraguayos?

32. ¿Cuán extendido creen que es la utilización de los Métodos Anticonceptivos (MAC) entres los inmigrantes de estas comunidades?

33. ¿Consideran que existe una conciencia de riesgo entre los inmigrantes bolivianos y paraguayos acerca del no uso de éstos métodos? ¿Cuáles son los MAC más utilizados por ellos?

34. ¿Son las mujeres o los varones los que motivan a la pareja a que utilice los MAC? En caso de que no exista esta costumbre, ¿qué razones explicarían este comportamiento?

35. Los inmigrantes bolivianos y paraguayos ¿tienen conocimiento de la existencia de una ley de salud sexual reproductiva? ¿saben que pueden tener acceso a los MAC en forma gratuita?

_____
_____

Guía de Pautas Semi Estructurada a Migrantes[99]

Mi nombre es ....., desde la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y junto a la Asociación Civil Observatorio Social y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en el marco del Programa Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, estamos desarrollando una investigación sobre: "*Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" que* tiene como objetivo general: describir y analizar los hábitos, conductas y creencias de la población migrante respecto de su salud sexual y reproductiva y la situación actual de acceso a los sistemas públicos de salud sexual y reproductiva locales.
Le pedimos que responda todas las preguntas que se formulan, sus repuestas constituirán un aporte al conocimiento de la atención de la salud sexual y reproductiva de la población mencionada.

A. Datos del entrevistado

5. ¿Vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?
- ☐ No
- ☐ Si

6. ¿Cuál es su nacionalidad?
- ☐ Boliviana
- ☐ Paraguaya
- ☐ Otra

7. Sexo
- ☐ Varón
- ☐ Mujer

8. Edad _____

9. ¿Cuánto hace que reside en la CABA?
- ☐ 2 a 5 años
- ☐ Más de 5 años

10. ¿Se atendió alguna vez en algún centro de salud de la Argentina?

_____
_____

- ☐ No
- ☐ Sí

11. ¿Cuánto hace que inició el trámite de residencia?¿Qué tipo de trámite? ¿En qué año?

_____
_____

B. Características sociodemográficas y migratorias

12. ¿Dónde vivía, en su país, antes de viajar a la Argentina?¿En qué Estado?¿En la Ciudad?¿ En el Campo?

_____
_____

13. ¿Cuándo llegó a la Argentina por última vez? _____

99 Corresponde a los requerimientos del Ministerio de Salud de la Nación. Si bien en su formato y estructura se asemeja a una encuesta, se diseñó de esta forma dada la extensión de la misma, no obstante las preguntas fueron formuladas y se desarrollaron de manera dinámica, acorde a una entrevista en profundidad.

14. ¿Vino otras veces a la Argentina?

☐ No
☐ Sí

¿Cuántas veces? _____

15. ¿En dónde vive en la ciudad de Buenos Aires, en qué barrio?

_____

16. ¿Qué características tiene el barrio donde Ud. vive?

_____

_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Casa en Villa
☐ Casa en trazado urbano
☐ Otro (aclarar) _____

17. ¿Qué características tiene la vivienda donde Ud. vive?

_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Casa
☐ Departamento
☐ Pieza en inquilinato
☐ Pieza en hotel/pensión
☐ Local no construido para habitación
☐ Otros (especificar)

18. ¿Por qué motivos vino a la Argentina esta última vez?

_____

_____

19. ¿Con quién viajó a Buenos Aires?

_____

20. ¿Cuáles han sido los motivos por los cuales eligió la CABA como destino?

_____

21. Desde que vive en la Argentina, ¿recibió algún trato diferente por ser boliviano/paraguayo? ¿En qué tipo de situación (hospital, trabajo, en la calle, en los comercios?

_____

_____

C. Nivel de instrucción

22. ¿Sabe leer / leer y escribir?

☐ No
☐ Sí (pasa a la pregunta 21)

23. ¿Hasta que año estudió /cursó?

(Máximo nivel de estudios de enseñanza general)

_____

24. ¿Realizó alguna capacitación / curso en la Argentina?

☐ No
☐ Sí
¿Cuál? _____

25. ¿Habla alguna lengua autóctona?

☐ No
☐ Sí
¿Cuál? _____

26. ¿Ud. profesa algún tipo de religión?

☐ No (pasa a la pregunta 24)
☐ Sí
¿Cuál? _____

27. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha asistido a un templo o iglesia? (No considere las ocasiones especiales como bautismos, comuniones, bodas o funerales).

☐ Más de un día a la semana
☐ Un día a la semana
☐ Menos de un día a la semana
☐ Nunca
☐ Otros _____

28. ¿Participa en organizaciones de compatriotas?
☐ No
☐ Sí
¿En qué tipo de organización? (a qué se dedica)
_____

D. Situación laboral

29. ¿Qué tipo de trabajo realiza habitualmente? (no activos pasan a la pregunta 29)
_____
Sólo a los que contestaron que realizan algún trabajo hasta pregunta 28.

30. ¿Cuál es su principal trabajo u ocupación?
_____

31. En ese trabajo Ud. es:
☐ Trabajador por cuenta propia
☐ Patrón
☐ Obrero o empleado
☐ Empleada doméstica
☐ Casero
Otros_____

32. Por este trabajo, ¿tiene alguna cobertura de obra social?
☐ No _____
☐ Sí _____
¿Cuál? _____

E. Situación familiar

33. ¿Se encuentra actualmente en pareja?
☐ No
☐ Sí (pasa a la pregunta 31)
Otros_____

34. ¿Convive con su pareja?
☐ No
☐ Sí
35. Estado Civil
☐ Soltero/a
☐ Casado/a
☐ Unido/a de hecho
☐ Separado/a o Divorciado/a
☐ Viudo/a
36. ¿Tiene hijos?
☐ No (pasa a la pregunta 36)
☐ Sí

37. ¿Cuántos hijos tiene? _____ _____
38. ¿Convive con sus hijos?
☐ No
☐ Sí (pasa a la pregunta 36)

39. ¿Dónde residen sus hijos? ¿Con quién viven?
_____

40. ¿Usted con quién vive? ¿Qué Vínculo tiene?

_____

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

41. ¿Tuvo algún problema médico que requiriera atención médica?

☐ No _____ (pasa a la pregunta 53)
☐ Sí _____
¿Cuál /cuáles? _____

42. ¿En qué centro médico se atendió?

_____
(Si el centro médico no está en la ciudad de Buenos Aires, preguntar: por qué se atendió en ese centro)

43. Por esta consulta, ¿dónde se atendió?
(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ En guardia
☐ En consultorio
☐ Estuvo internado

44. En general, ¿cómo considera usted que fue atendido/a?

_____
_____
(Definir una gradación)
☐ Muy bien ☐ Con dificultades
☐ Bien ☐ Con muchos problemas

¿Por qué?

_____
_____

45. ¿Le exigieron alguna documentación?

☐ No
☐ Sí
¿Cuál? _____

46. ¿Ha tenido algún otro inconveniente o dificultades en la atención?

☐ No
☐ Sí
(Si responde *sí* preguntar dónde)
☐ Doctor/a _____
☐ Enfermero/a _____
☐ Ventanillas _____
☐ Seguridad _____
¿Cuáles?_____

47. Además de esta vez, ¿realizo alguna otra consulta médica en la CABA?

☐ No (pasa a pregunta 53)
☐ Sí
¿Cuál fue el motivo de la consulta?

_____
_____

48. En general, ¿cómo considera usted que fue atendido/a?
(Definir una gradación)
☐ Muy bien
☐ Bien
☐ Con dificultades
☐ Con muchos problemas
¿Por qué? _____

49. ¿Le exigieron alguna documentación?

☐ No
☐ Sí
¿Cuál? _____

50. ¿Ha tenido algún otro inconveniente o dificultades en la atención?

☐ No
☐ Sí _____
(Si responde *sí* preguntar dónde)

¿Cuáles?_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Doctor/a
☐ Enfermero/a
☐ Ventanillas
☐ Seguridad

Para aquellos que no se atendieron en un centro de salud de Argentina

51. ¿Tuvo algún problema médico que requiriera de atención médica?

☐ No (pasa a la pregunta 53)
☐ Sí
¿Cuál/cuáles y dónde?

_____

52. ¿Se atendió en algún centro médico público?

☐ No
☐ Sí (pasa a la pregunta 51)
¿Cuál y dónde? _____

53. ¿Por qué no se atendió en un centro médico público?

_____

54. ¿Cómo resolvió el problema? (pasa a la pregunta 52)

_____

☐ Comprando medicamentos en la farmacia.
☐ Tomando tes, hiervas medicinales, remedios caseros, etc.
☐ Se resolvió solo.
☐ Aún no lo resolví.
☐ Me atendió un médico amigo / organización.
☐ Fui a un centro médico privado.
☐ Otra: _____

55. Por esta consulta, ¿dónde se atendió?

_____

☐ En guardia
☐ En consultorio
☐ Estuvo internado **En general, ¿cómo considera usted que fue atendido/a?**

_____

¿Por qué? _____
(Definir una gradación)

☐ Muy bien
☐ Bien
☐ Con dificultades
☐ Con muchos problemas

G. Experiencia sexual y salud sexual y reproductiva

56. ¿Con cuál de estas personas ha conversado y se ha informado sobre temas sexuales?

	País de origen	Argentina
Madre		
Padre		
Hermanos		
Cónyuge/pareja		
Otro familiar o familiares		
Maestra/o, profesor/a en el colegio		
Amigos/as de mi misma edad		
Médico/a, enfermero/a, u otro personal sanitario		
Televisión/videos/radio		
Libros, revistas o periódicos		
Organización sociales/ religiosas		
Nunca me interesó conversar sobre estos temas		
Me dio mucha vergüenza hablar sobre estos temas con alguien		
A mí nadie me contó nada		

Comentarios: _____

¿Ha tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales?

☐ No (pasa a la pregunta 86)
☐ Si

Si responde *no* preguntar:¿Por qué? _____

H. Primera relación sexual

57. ¿Qué edad tenía usted aproximadamente cuando tuvo su PRIMERA relación sexual?

_____

58. ¿Qué vínculo tenía con la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

_____

59. ¿Aproximadamente cuántos años tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

_____

60. ¿Usaron preservativo en esta primera relación sexual?

☐ No
☐ Sí (pasa a la pregunta 60)

¿Por qué?_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales.
☐ Era muy difícil para mí proponer el uso de preservativo. Tenía miedo de perder a mi pareja.
☐ No disponíamos de preservativos en aquel momento.
☐ Conocía lo suficiente a esa mujer / ese hombre.
☐ Él / Ella no quería usarlo.
☐ Yo no quería usarlo.
☐ Creí que no corría ningún riesgo.
☐ Sólo practicamos sexo oral.
☐ Tenía problemas de impotencia con el preservativo.
☐ Sin preservativo se siente más.
☐ Habíamos consumido demasiado alcohol u otras drogas.
☐ Nos sentíamos seguros porque fue durante la menstruación.
☐ Nos sentíamos seguros porque era la primera vez.
☐ Estábamos intentando tener hijos.
☐ Otra razón: _____

61. ¿Usaron algún otro método anticonceptivo en esta primera relación?

☐ No
☐ Sí
¿Cuál? _____
(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)
☐ Píldora.
☐ Interrupción del coito.
☐ Píldora del día siguiente.
☐ Método del ritmo y temperatura.
☐ DIU.
☐ Diafragma.
☐ Vasectomía, ligadura de trompas.
☐ Otros métodos (cremas espermicidas, lavado vaginal, hierbas medicinales especificar):
_____

I. Relaciones sexuales a lo largo de su vida

62. ¿Actualmente usa preservativos?

☐ Sí _____
☐ No _____
☐ Siempre _____
☐ A veces _____
☐ Nunca _____
¿Por qué? _____

63. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usó preservativo?

☐ Sí _____
☐ No _____
¿Por qué? _____

64. ¿Utiliza algún otro método anticonceptivo? ¿Cuál?

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Píldora
☐ Interrupción del coito / “Marcha atrás” / retirada
☐ Píldora del día siguiente
☐ Inyectables
☐ DIU
☐ Método del ritmo y temperatura
☐ Otros métodos _____
(cremas espermicidas, lavado vaginal, diafragma, vasectomía, ligadura de trompas, tes, hierbas medicinales…)

65. ¿Quién eligió el método que utiliza?

_____

66. ¿Conversaron con su pareja acerca del cuidado?

☐ No
☐ Sí
¿Por qué? _____

67. ¿La migración modificó de algún modo sus hábitos sexuales?

☐ No
☐ Sí
¿Por qué? _____

68. ¿La migración modificó la forma de cuidarse en las relaciones sexuales?

☐ No
☐ Sí
¿Por qué? _____

J. Derecho, accesibilidad y calidad de atención

69. ¿Concurre o concurrió a algún centro de salud para solicitar información sobre métodos de cuidado?

☐ No (pasa a la pregunta 73/79/82)
☐ Sí

¿Cuál? _____

¿Cómo fue la atención?_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Me dieron un anticonceptivo y no me explicaron demasiado.
☐ Me explicaron sobre todos los métodos anticonceptivos, pero me dieron el único que tenían.
☐ Me informaron acerca de todos los anticonceptivos que existen, me entregaron el método que elegí y me explicaron cómo usarlo.

70. ¿Tuvo que abonar algo?

☐ No
☐ Sí

71. ¿Tuvo que cumplir algún requisito?

☐ No
☐ Sí

¿Cuál? _____

72. ¿Concurre regularmente a retirar el método elegido?

☐ No
☐ Sí

¿Por qué? _____

73. ¿Entendió correctamente las explicaciones?

☐ Sí
☐ No

¿Por qué? _____

74. ¿Cómo fue la atención?

_____

_____

(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Me atienden apurados y sin escuchar lo que me preocupa.
☐ Los/as médicos hablan con palabras difíciles, no explican bien.
☐ Me pongo nerviosa porque me atienden con la puerta abierta y/o pasan médicos, enfermeras, etc.
☐ No entendí, pero no me animé a preguntar.
☐ Me sentí discriminada.

¿Por qué? _____

PREGUNTAS PARA MUJERES QUE ESTUVIERON EMBARAZADAS

75. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? ____
☐ En CABA ___
☐ En Argentina ___
☐ En país de origen ___

76. Se hizo controles durante el/los embarazos)
☐ No _____
☐ Sí _____
¿Cuántos? _____
A partir de qué trimestre:
1º _____
2º _____
3° _____
¿Dónde? _____

77. ¿Cuántos partos ha tenido? _____
¿Dónde? _____

78. ¿Ha tenido algún aborto espontáneo?
☐ Sí
☐ No
Si responde *sí* preguntar:
¿Recibió atención médica?
☐ Sí
☐ No
¿En CABA? ¿En Argentina? ¿En país de origen?
_____

79. ¿Ha tenido algún aborto provocado?
☐ Sí
☐ No
Si responde *sí* preguntar:
¿Recibió atención médica?
☐ Sí
☐ No
¿En CABA? ¿En país de origen? _____

80. Cuando estuvo embarazada, ¿se hizo el análisis de VIH Sida?
☐ Sí
☐ No
¿Por qué? _____

Preguntas para mujeres / varones que tuvieron hijos

81. Cuando usted / su mujer estuvo embarazada, después del parto o cuando llevó a los chicos a control, ¿algún médico o enfermera le sugirió utilizar algún método anticonceptivo?

_____
Otras:
Me dicen que tengo que hacer lo que dice mi pareja y portarme bien.
Me dicen que tendría que cuidarme para no seguir teniendo tantos chicos.
Me dicen que yo puedo decidir si quiero tener hijos o no, cuántos y cuándo.

82. ¿Usted / su pareja la acompañó durante algún parto?
Sí
No
¿Por qué? _____

83. Según su experiencia o la de su mujer en los partos ocurridos en la Ciudad de Buenos Aires, ¿cómo considera que fueron atendidos?
_____
_____

84. Una enfermedad de transmisión sexual es una enfermedad en la que uno se infecta por tener relaciones sexuales con una persona que ya la padece. A lo largo de su vida ¿le ha diagnosticado un médico alguna enfermedad de transmisión sexual? (infección por clamidia – gonorrea – sífilis – tricomonas – herpes genital – verrugas genitales o condilomas – micosis u hongos – hepatitis B – uretritis).

☐ No(pasa a la pregunta 86)
☐ Sí
¿Cuál? _____

85. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo esta enfermedad?
(A MODO DE SUGERENCIA SI NO RESPONDE)

☐ Hace menos de 12 meses
☐ Hace más de 1 año y menos de 5
☐ Hace 5 años o más
¿Dónde se atendió?

_____ _____ _____ _____

☐ En la CABA
☐ En otro lugar

86. ¿Realizó el tratamiento?

☐ Sí
☐ No
¿Por qué?
_____

87. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/SIDA?

☐ Sí, una vez
☐ Sí, varias veces
☐ No
¿Por qué?_____
¿Le indicaron algún tratamiento? _____

88. Existen opiniones distintas acerca de los preservativos. Por favor, indique en qué medida está usted de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones respecto al uso de preservativos.

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo de acuerdo	Nada de acuerdo	No lo sé
Son complicados de usar					
Crean desconfianza entre la pareja					
A las mujeres les corta el deseo / A los hombres les corta la erección					
Impiden sentir verdaderamente el cuerpo del otro					
Permiten disfrutar más por la seguridad que dan					
Son seguros					

89. ¿Cómo calificaría la atención en los centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?_____
_____

Observaciones:

Guía de Pautas Semi Estructurada –Médicos, Profesionales y Efectores de Salud

DATOS GENERALES

Edad: _____
Sexo: _____
Profesión/ ocupación: _____
Lugar de trabajo:_____

1. ¿Dónde usted trabaja se atienden personas de nacionalidad boliviana y/o paraguaya?
Indique porcentajes estimados según nacionalidad y sexo y ordene según la mayor frecuencia los rangos de edad
Boliviana_____% Varones_____% Mujeres____%
Edad: 18-25 _____% 26-32_____% 33 o +_____%

Paraguaya_____% Varones_____% Mujeres____%
Edad: 18-25 _____% 26-32_____% 33 o +_____%

2. ¿Considera que los pacientes tienen percepción de la atención en el sistema de salud como un derecho? _____
_____

3. ¿Cuáles son los requisitos formales que se solicitan para brindar atención médica?
_____
_____

4. ¿Qué opina usted acerca de que se destinen recursos estatales para la atención de extranjeros?
_____
_____

5. Considera que debiera ponerse algún tipo de restricción (por ejemplo tiempo mínimo de residencia en el país)
_____
_____

6. ¿Cuál es el tiempo aproximado de espera para acceder a un turno en este servicio?_____
_____

7. ¿Porcentaje estimado según tipo de consulta?

Prevención_____% asistencia_____% urgencia_____%

8. ¿Cuál es el principal motivo de consulta de las/os usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?
- Control de embarazo: 1er trimestre __ 2do trimestre__ 3er trimestre __
- Solicitud M.A.C.
- ITS
- AHE
- Aborto
- Atención post aborto
- Violencia sexual
- Otros (especificar)_____

9. ¿Cuál es el grado de entendimiento, aceptación y cumplimiento de las indicaciones?
_____
_____

10. ¿Difiere según la antigüedad de residencia en el país, de que manera?

_____

_____

Preguntas Salud Sexual y Reproductiva

11. A su criterio ¿las/os usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio tienen conciencia de que la SSyR es un derecho?

_____

_____

(Si la respuesta es negativa pase a la 13)

12. ¿Cree Ud. que consideran que aunque sean extranjeras/os están en condiciones de ejercerlo?

_____

_____

13. Percibe algún inconveniente para el acceso de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo a los servicios de SSR? ¿Cuáles? _____

_____

14. Considera que hay cuestiones culturales que obstaculizan el acceso de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo a los servicios de SSR?
¿Cuáles?_____

_____

_____

15. ¿Estos motivos varían según la edad?
¿Cómo?_____

_____

16. Porcentaje estimado de utilización de MAC por parte de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio. _____

17. Porcentaje estimado de efectividad en la utilización de MAC por parte de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio._____

18. ¿Cuál es el MAC más elegido? Orales _____% Inyectables_____% DIU_____% Preservativo _____%
¿Sabe usted por qué?_____

19. Quién toma la decisión generalmente? Mujer ___ Varón ___ Ambos ___ Profesional ___

_____

20. ¿El servicio cuenta con insumos suficientes para proveer los métodos seleccionados?
Si___ No___ ¿Se entregan de acuerdo a la disponibilidad? _____
¿No se entregan? _____

21. ¿Existe percepción de riesgo de embarazo no planificado entre usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

_____

22. ¿En general, las usuarias de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio se plantean la posibilidad de realizar una planificación familiar?

_____

23. ¿Cuenta esta posibilidad con la aprobación del varón? Si__ No__ No se__

24. ¿Considera que hay aspectos culturales y/o religiosos que puedan incidir en la elección o el uso de MAC o en la planificación familiar?_____

_____

25. En relación a los hijos, podría afirmar que:

- **La mayoría de las/os usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio tienen: Ninguno__ Hasta 3 hijos__ 4 o +hijos__**
- **El intervalo entre el nacimiento de los hijos es: - de 2 años ___ 2 o + años ___**
- **La edad de la mujer al 1er embarazo es de: - de 15 años ___ Entre 15 y 20 años___ + de 20 años___**

26. ¿Está permitida la presencia del padre en la sala de partos?
No__ Si__ Porcentaje estimado de varones que acompañan al parto a las mujeres de origen boliviano y/o paraguayo. ___%

27. ¿Las/os usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio usan preservativos? _ _%

28. ¿Las/os de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio y usan preservativos que lo hacen correctamente? _ _%

29. ¿Se realizan consultas por anticoncepción de emergencia por parte de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

30. ¿Hay requerimiento de consejería por aborto por parte de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

31. ¿Se realizan consultas por atención post aborto por parte de usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

32. ¿Hay objetores de conciencia en el servicio?

Preguntas ITS y Vih y Sida

33. ¿Existe percepción de riesgo de infectarse con VIH entre los/as usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

34. ¿Existe percepción de riesgo de contraer alguna ITS entre los/as usuarias/os de origen boliviano y/o paraguayo que asisten al servicio?

35. ¿A su criterio, existen conductas de riesgo en este grupo de población? Mencione las más significativas

36. ¿Considera que hay aspectos culturales y/o religiosos que puedan incidir en estas conductas?

37. ¿Qué prevalencia aproximada de VIH encuentra en esta población?

38. ¿Qué prevalencia aproximada de las diferentes ITS encuentra en esta población?

39. ¿Qué incidencia aproximada de VIH encuentra en embarazadas de estas comunidades?

40. ¿Qué incidencia aproximada de ITS encuentra en embarazadas de estas comunidades? ¿Cuáles son las más frecuentes?

41. ¿Desea agregar algo que considere pertinente para esta investigación?

DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO

Profesión/ ocupación: _____

Lugar de trabajo:_____

42. ¿Dónde usted trabaja se atiende a personas de nacionalidad boliviana?
Si ☐ No☐
43. ¿Aproximadamente que porcentaje de la población total atendida representan?___%
44. Indique porcentajes estimados de personas de nacionalidad boliviana según sexo:
Varones_____% Mujeres____%
45. La mayoría de las personas de nacionalidad boliviana que se atienden en esta institución tienen entre _____y _____años de edad.

46. ¿Dónde usted trabaja se atiende a personas de nacionalidad paraguaya?
Si ☐ No☐
47. Aproximadamente que porcentaje de la población total atendida representan?___%
48. Indique porcentajes estimados de personas de nacionalidad paraguaya según sexo:
Varones_____% Mujeres____%
49. La mayoría de las personas de nacionalidad paraguaya que se atienden en esta institución tienen entre _____y _____años de edad.

50. ¿Cuáles son los requisitos formales que se le solicitan para brindar atención?
_____
_____

51. ¿Qué opina usted acerca de que se destinen recursos estatales para la atención de extranjeros?
_____
_____

52. ¿Considera que debiera ponerse algún tipo de restricción (por ejemplo tiempo mínimo de residencia en el país)?
_____
_____

9.1 Anexo Cuadros

Cuadro 1

Inmigrantes limítrofes por país de nacimiento, Argentina, 1869-1991

País de nacimiento	1869	1895	1914	1947	1960	1970	1980	1991
Total	41.360	115.892	206.701	313.264	467.260	533.850	753.428	841.697
Limítrofes	100	100	100	100	100	100	100	100
Bolivia	15	6,4	8,8	15,3	19,1	17,3	15,7	17,8
Brasil	14,3	21,3	17,7	15	10,4	8,4	5,7	4,2
Chile	26,3	17,8	16,7	16,5	25,3	24,9	28,6	30,3
Paraguay	7,9	12,6	13,8	29,8	33,2	39,7	34,9	31,1
Uruguay	36,5	42	42,9	23,5	12	9,6	15,1	16,6

Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población 1969 – 1991

Cuadro 2

Población migrante en relación a la población total

País	Censo	Datos	Población	Migrantes	%
Argentina	2001		36.260.000	1.531.940	4,2
Bolivia	2001		8.275.000	61.000	0,7
Brasil		2000	170.406.000	546.000	0,3
Chile	2002		15.116.000	153.000	1
Colombia		2000	42.105.000	115.000	0,3
Costa Rica		2000	4.024.000	311.000	7,7
Ecuador	2001		12.156.600	82.000	0,6
El Salvador		2000	6.278.000	24.000	0,4
Guatemala		2000	11.385.000	43.000	0,4
Honduras	2001		6.417.000	44.000	0,7
México		2000	98.872.000	521.000	0,5
Nicaragua		2000	5.071.000	27.000	0,5
Panamá		2000	2.856.000	82.000	2,9
Uruguay		2000	3.337.000	89.000	2,7

Fuente: ILO Migration Survey 2003: Country Summaries, Social Protection Sector, Internacional Migration Programme, ILO, Geneva

Cuadro 3

Población Limítrofe por año de llegada a Argentina. Jurisdicciones seleccionadas 2003

Lugar de nacimiento y jurisdicción seleccionada (1)	Total	Población limítrofe Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2002/3
Nacidos en Bolivia					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	49.475	5.135	3.600	11.611	29.129
Partidos del Gran Buenos Aires	69.639	14.635	11.082	13.932	29.990
Gran San Salvador de Jujuy	10.667	5.305	1.788	2.499	1.075
Gran Salta	11.256	4.253	1.805	3.178	2.020
Nacidos en Brasil					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5.249	995	555	1.195	2.504
Partidos del Gran Buenos Aires	5.436	1.841	615	1.210	1.770
Nacidos en Chile					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9.290	2.264	3.469	2.505	1.052
Partidos del Gran Buenos Aires	25.827	9.147	10.002	4.838	1.840
Gran Mendoza	13.931	2.410	6.059	3.944	1.518
Neuquén-Plottier-Centenario	19.465	4.717	6.175	6.776	1.797
Alto Valle de Río Negro	24.840	8.933	8.055	6.335	1.517
Río Gallegos	10.961	4.617	2.955	2.698	691
Nacidos en Paraguay					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	46.279	11.595	7.824	8.984	17.876
Partidos del Gran Buenos Aires	190.419	61.668	42.462	32.455	53.834
Formosa	8.414	5.045	1.350	1.237	782
Gran Posadas	8.606	6.028	1.340	729	509
Nacidos en Uruguay					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	33.936	5.106	13.465	12.047	3.318
Partidos del Gran Buenos Aires	55.077	8.113	24.710	17.487	4.767
(1) Se presenta el conjunto de jurisdicciones relevadas en la encuesta.					

Fuente: INDEC. Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadros 4

Argentina: Volumen de la población extranjera en los Censos de población

Censo	*Población*		*Extranjeros* Sobre Pobl. Total	*Limítrofes* Sobre	*Limítrofes* sobre
	Total	*Extranjera*		*Pob. Total*	*Extranjeros*
1869	*1.737.076*	*210.189*	*12.9*	*2.4*	*19.7*
1895	*3.954.911*	*1.004.527*	*25.4*	*2.9*	*11.5*
1914	*7.885.237*	*2.357.952*	*29.9*	*2.6*	*8.6*
1947	*15.893.827*	*2.435.927*	*15.3*	*2.0*	*12.9*
1960	*20.010.539*	*2.604.447*	*13.0*	*2.3*	*17.9*
1970	*23.390.050*	*2.210.400*	*9.5*	*2.3*	*24.2*
1980	*27.947.446*	*1.912.217*	*6.8*	*2.7*	*39.6*
1991	*32.615.528*	*1.628.210*	*5.0*	*2.5*	*50.2*
2001	*36.223.947*	*1.531.904*	*4.2*	*2.3*	*60.3*

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población

Cuadro 5

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA según grupos de edad y sexo. Año 2001

		País de Nacimiento					
		Bolivia			Paraguay		
	Sexo	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Edad en grupos quinquenales	0-4 Años	324	352	676	282	273	555
	5-9 Años	1.037	1.052	2.089	568	587	1.155
	10-14 Años	1.659	1.621	3.280	807	829	1.636
	15-19 Años	1.659	1.863	3.522	1.023	1.593	2.616
	20-24 Años	3.042	3.628	6.670	1.733	3.637	5.370
	25-29 Años	3.924	4.340	8.264	2.248	4.077	6.325
	30-34 Años	3.953	3.832	7.785	2.501	4.017	6.518
	35-39 Años	2.816	2.863	5.679	1.901	3.409	5.310
	40-44 Años	1.982	2.055	4.037	1.331	2.782	4.113
	45-49 Años	1.261	1.357	2.618	1.053	2.429	3.482
	50-54 Años	900	1.041	1.941	1.029	2.047	3.076
	55-59 Años	582	654	1.236	785	1.553	2.338
	60-64 Años	418	467	885	594	1.117	1.711
	65-69 Años	219	312	531	265	652	917
	70-74 Años	201	239	440	238	546	784
	75-79 Años	113	136	249	156	352	508
	80-84 Años	47	85	132	67	222	289
	85-89 Años	17	34	51	27	122	149
	90-94 Años	4	12	16	8	43	51
	95 y más Años	1	9	10	3	22	25
	Total	24.159	25.952	50.111	16.619	30.309	46.928

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 6

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA según años de llegada al país y sexo. Año 2001

País de Nacimiento		Años de llegada al país en decenios							
	Sexo	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Bolivia	Varón	11.520	6.998	1.100	913	614	218	32	21.395
	Mujer	12.805	6.384	1.262	1.045	597	249	45	22.387
	Total	24.325	13.382	2.362	1.958	1.211	467	77	43.782
Paraguay	Varón	6.283	3.895	1.304	1.627	716	382	88	14.295
	Mujer	10.579	6.090	2.591	2.987	1.383	823	204	24.657
	Total	16.862	9.985	3.895	4.614	2.099	1.205	292	38.952

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 7

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA según máximo nivel de instrucción alcanzado y sexo. Año 2001

		Lugar de nacimiento		
		Bolivia	Paraguay	Total
Sexo	Máximo nivel de instrucción alcanzado	44.066	43.582	297.736
Varones	Sin instrucción o primario incompleto	3.478	3.159	16.431
	Primario completo o secundario incompleto	8.944	8.722	49.753
	Secundario completo o terciario / universitario incompleto	7.769	2.637	42.369
	Terciario / universitario completo	948	444	17.229
	Total	21.139	14.962	125.782
Mujeres	Sin instrucción o primario incompleto	5.118	5.475	28.270
	Primario completo o secundario incompleto	9.640	16.541	70.139
	Secundario completo o terciario / universitario incompleto	7.083	5.547	54.404
	Terciario / universitario completo	1.086	1.057	19.141
	Total	22.927	28.620	171.954

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 8

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA según condición de actividad y sexo. Año 2001

		Lugar de nacimiento	
Sexo	Condición de actividad	Bolivia	Paraguay
Varones	Ocupada	13.555	9.760
	Desocupada	4.560	3.085
	Inactiva	3.318	2.252
	Total	21.433	15.097
Mujeres	Ocupada	9.563	16.209
	Desocupada	4.868	4.223
	Inactiva	8.809	8.324
	Total	23.240	28.756
Total	Ocupada	23.118	25.969
	Desocupada	9.428	7.308
	Inactiva	12.127	10.576
	Total	44.673	43.853

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 9

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en la CABA según rama de actividad económica y sexo. Año 2001

País de Nacimiento	Rama de actividad económica publicada	Sexo		
		Varón	Mujer	Total
Bolivia	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	13	6	19
	Explotación de minas y canteras	7	2	9
	Industria manufacturera	4.980	2.364	7.344
	Electricidad, gas y agua	71	14	85
	Construcción	3.443	29	3.472
	Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	1.944	1.724	3.668
	Servicios de hotelería y restaurantes	328	348	676
	Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	773	56	829
	Intermediación financiera y otros servicios financieros	41	31	72
	Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	385	360	745
	Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	60	75	135
	Enseñanza	73	91	164
	Servicios sociales y de salud	342	811	1.153
	Servicios comunitarios, sociales y personales n.c.p.	542	346	888
	Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	47	2.829	2.876
	Servicios de organizaciones y órganos extraterritoriales	8	6	14
	Actividades no bien especificadas	498	471	969
	Total	13.555	9.563	23.118
Paraguay	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	12	12	24
	Explotación de minas y canteras	5	4	9
	Industria manufacturera	1.163	785	1.948
	Electricidad, gas y agua	66	12	78
	Construcción	3.171	45	3.216
	Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	1.459	989	2.448
	Servicios de hotelería y restaurantes	705	615	1.320
	Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	629	108	737
	Intermediación financiera y otros servicios financieros	36	66	102
	Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	409	578	987
	Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	66	90	156
	Enseñanza	63	233	296
	Servicios sociales y de salud	127	657	784
	Servicios comunitarios, sociales y personales n.c.p.	1.425	1.031	2.456
	Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	102	10.373	10.475
	Servicios de organizaciones y órganos extraterritoriales	11	7	18
	Actividades no bien especificadas	311	604	915
	Total	9.760	16.209	25.969

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 10

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA según categoría ocupacional y sexo. Año 2001

País de Nacimiento	Categoría ocupacional	Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Bolivia	Obrero/empleado	9.395	7.094	16.489
	Patrón	437	312	749
	Trabajador por cuenta propia	3.369	1.732	5.101
	Trabajador familiar	354	425	779
	Total	13.555	9.563	23.118
Paraguay	Obrero/empleado	7.064	14.248	21.312
	Patrón	367	409	776
	Trabajador por cuenta propia	2.167	1.324	3.491
	Trabajador familiar	162	228	390
	Total	9.760	16.209	25.969

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 11

Población nacida en Bolivia y Paraguay residente en CABA por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual según año de llegada a Argentina. Año 2003

	Cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual	Año de llegada a Argentina				
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003	Total
Bolivianos	Tiene cobertura	1.689	1.251	2.582	3.064	8.586
	No tiene cobertura	3.446	2.349	9.010	26.043	40.848
	Sin información	-	-	19	22	41
	Total	5.135	3.600	11.611	29.129	49.475
Paraguayos	Tiene cobertura	7.607	3.918	4.573	5.631	21.729
	No tiene cobertura	3.988	3.906	4.411	12.198	24.503
	Sin información	-	-	-	47	47
	Total	11.595	7.824	8.984	17.876	46.279

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 12

Población en hogares con al menos un nacido en Bolivia según edad, sexo y país de nacimiento. Ciudad de Buenos Aires. Año 2001

Grupos de edad	Total	Sexo y país de nacimiento					
		Varón			Mujer		
		Bolivia	Argentina	Otro país	Bolivia	Argentina	Otro país
0-14	28.392	3.012	11.239	176	3.018	10.764	183
15-24	15.456	4.672	2.471	201	5.435	2.402	275
25-34	19.534	7.830	1.547	244	8.092	1.378	443
35-44	11.630	4.765	814	153	4.880	768	250
45-54	5.606	2.141	453	86	2.378	445	103
55-64	2.693	987	247	41	1.108	267	43
65 y más	2.239	588	228	65	795	449	114
Total	85.550	23.995	16.999	966	25.706	16.473	1.411

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 13

Bolivianos de 14 años y más por percepción de jubilación o pensión según edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Percepción de jubilación o pensión	Total	Grupos de edad					
		14-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más
Percibe jubilación o pensión	1.460	19	85	54	195	261	846
No percibe jubilación o pensión	43.302	8.598	14.293	11.194	5.985	1.987	1.245
Sin información	347	271	-	74	-	2	-
Total	45.109	8.888	14.378	11.322	6.180	2.250	2.091

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 14

Bolivianos de 14 años y más por condición de actividad económica según año de llegada a Argentina. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Condición de actividad económica	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Población económicamente activa	30.390	3.177	2.551	9.057	15.605
Ocupados	27.191	2.793	1.950	8.561	13.887
Desocupados	3.199	384	601	496	1.718
Población no económicamente activa					
Estudiantes	3.852	6	9	826	3.011
Jubilados o pensionados	953	940	-	8	5
Otra situación	9.914	1.012	1.040	1.711	6.151
Total	45.109	5.135	3.600	11.602	24.772

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 15

Bolivianos de 14 años y más ocupados por descuento o aporte jubilatorio según año de llegada a Argentina. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Descuento o aporte jubilatorio	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Le descuentan o aporta	5.950	1.058	865	2.174	1.853
No le descuentan ni aporta	20.724	1.735	1.065	6.274	11.650
Sin información	517	-	20	113	384
Total	27.191	2.793	1.950	8.561	13.887

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 16

Bolivianos de 15 años y más por máximo nivel de instrucción alcanzado según año de llegada a Argentina. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Máximo nivel de instrucción alcanzado	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Sin instrucción y primario incompleto	6.285	917	714	1.215	3.439
Primario completo y secundario incompleto	19.504	2.317	1.471	4.769	10.947
Secundario completo y terciario o universitario incompleto	15.536	1.437	1.155	4.711	8.233
Terciario o universitario completo	2.301	451	260	805	785
Sin información	358	13	-	96	249
Total	43.984	5.135	3.600	11.596	23.653

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 17

Hogares con al menos un nacido en Bolivia por necesidades básicas insatisfechas según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Sin NBI	15.587	2.977	2.061	4.953	5.596
Con NBI	5.335	613	419	1.282	3.021
Sin información	23	-	-	-	23
Total	20.945	3.590	2.480	6.235	8.640

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 18

Hogares con al menos un nacido en Bolivia que conservan vínculos con personas que viven en ese país por departamento de residencia de esas personas, según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Departamento de residencia	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
La Paz	5.512	462	629	1.503	2.918
Cochabamba	3.907	1.030	305	592	1.980
Potosí	2.338	230	339	1.292	477
Santa Cruz	1.874	263	91	484	1.036
Otros	3.013	277	553	1.206	977
Sin información	23	23	-	-	-
Total	16.667	2.285	1.917	5.077	7.388

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 19

Hogares con al menos un nacido en Bolivia con miembros que participan o integran activamente organizaciones de la sociedad civil, por tipo de organización, según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Tipo de organización	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
De compatriotas	1.970	348	20	562	1.040
Barrial	1.581	223	11	435	912
Religiosa	3.717	507	537	1.221	1.452
Política / Social	471	284	-	103	84
Recreativa / Deportiva / Cultural	2.717	481	196	504	1.536
Total	6.609	1.164	718	2.096	2.631

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 20

Población en hogares con al menos un nacido en Paraguay según edad, sexo y país de nacimiento. Ciudad de Buenos Aires. Año 2001

Grupos de edad	Total	Sexo y país de nacimiento					
		Varón			Mujer		
		Paraguay	Argentina	Otro país	Paraguay	Argentina	Otro país
0-14	23.562	1.645	10.057	119	1.680	9.902	159
15-24	18.195	2.734	5.157	186	5.164	4.738	216
25-34	19.194	4.711	3.482	245	7.998	2.441	317
35-44	14.689	3.197	2.974	283	6.102	1.896	237
45-54	11.195	2.062	2.549	237	4.415	1.770	162
55-64	6.810	1.356	1.549	174	2.625	1.013	93
65 y más	6.718	729	1.383	320	1.860	2.004	422
Total	100.363	16.434	27.151	1.564	29.844	23.764	1.606

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Cuadro 21

Paraguayos de 14 años y más por percepción de jubilación o pensión según edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Percepción de jubilación o pensión	Total	Grupos de edad					
		14-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más
Percibe jubilación o pensión	3.702	48	148	191	249	785	2.281
No percibe jubilación o pensión	38.529	5.785	8.768	8.889	8.555	4.753	1.779
Sin información	283	-	-	176	50	57	-
Total	42.514	5.833	8.916	9.256	8.854	5.595	4.060

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 22

Paraguayos de 14 años y más por condición de actividad económica según año de llegada a Argentina. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Condición de actividad económica	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Población económicamente activa	28.976	6.927	5.307	6.382	10.360
Ocupados	27.218	6.671	4.999	6.036	9.512
Desocupados	1.758	256	308	346	848
Población no económicamente activa	13.538	4.668	2.517	2.602	3.751
Estudiantes	1.524	150	72	825	477
Jubilados o pensionados	2.598	2.326	224	-	48
Otra situación	9.368	2.175	2.221	1.777	3.195
Sin información	48	17	-	-	31
Total	42.514	11.595	7.824	8.984	14.111

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 23

Paraguayos de 14 años y más ocupados por descuento o aporte jubilatorio según año de llegada a Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2003

Descuento o aporte jubilatorio	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Le descuentan o aporta	10.624	3.819	1.767	2.455	2.583
No le descuentan ni aporta	16.244	2.668	3.232	3.581	6.763
Sin información	350	184	-	-	166
Total	27.218	6.671	4.999	6.036	9.512

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 24

Paraguayos de 15 años y más por máximo nivel de instrucción alcanzado según año de llegada a Argentina. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Máximo nivel de instrucción alcanzado	Total	Año de llegada a Argentina			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Sin instrucción y primario incompleto	6.775	2.169	1.373	1.317	1.916
Primario completo y secundario incompleto	22.361	5.494	3.895	4.833	8.139
Secundario completo y terciario o universitario incompleto	10.258	2.530	1.935	2.209	3.584
Terciario o universitario completo	2.485	1.351	544	395	195
Sin información	322	51	77	119	75
Total	42.201	11.595	7.824	8.873	13.909

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 25

Hogares con al menos un nacido en Paraguay por necesidades básicas insatisfechas según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Sin NBI	24.723	9.682	5.465	4.437	5.139
Con NBI	4.049	901	851	702	1.595
Total	28.772	10.583	6.316	5.139	6.734

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 26

Hogares con al menos un nacido en Paraguay que conservan vínculos con personas que viven en ese país, por departamento de residencia de esas personas, según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Departamento de residencia	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
Asunción	10.296	3.759	2.795	1.459	2.283
Itapúa	2.131	830	218	156	927
Central	1.958	901	410	438	209
Caaguazú	1.395	158	139	365	733
Alto Paraná	1.288	98	203	346	641
Resto	5.643	1.084	1.308	1.643	1.608
Sin información	262	24	105	102	31
Total	22.973	6.854	5.178	4.509	6.432

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.

Cuadro 27

Hogares con al menos un nacido en Paraguay con miembros que participan o integran activamente organizaciones de la sociedad civil, por tipo de organización, según año de llegada a Argentina del migrante más antiguo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Tipo de organización	Total	Año de llegada a Argentina del migrante más antiguo			
		Hasta 1969	1970-1979	1980-1989	1990-2003
De compatriotas	1.344	247	558	458	81
Barrial	1.370	591	400	138	241
Religiosa	4.283	1.696	1.020	523	1.044
Política / Social	612	267	201	46	98
Recreativa / Deportiva / Cultural	2.940	793	633	897	617
Total	7.309	2.468	1.866	1.427	1.548

Fuente: INDEC, Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.