

Derechos sexuales y reproductivos y migración. Acceso a los servicios de salud de las mujeres migrantes bolivianas que habitan en Villa María Córdoba desde un enfoque intercultural.

Lic. María Luz Holgado

Universidad Nacional de Villa María/PRIGEPP FLACSO

malu_holgado@hotmail.com

Mesa N° 15: Migraciones, diversidad y desigualdad social

Disciplina: Sociología y Migraciones

Palabras clave: Mujeres; Migrantes; Derechos Sexuales y Reproductivos

Resumen

Problematizar los derechos sexuales y reproductivos desde los procesos migratorios es poner énfasis en la necesidad que se contemple la situación particular de más de la mitad de la población de migrantes a nivel mundial que son mujeres, con necesidades particulares, que buscan mejorar sus vidas y las de sus hijos e hijas, que pretenden que se las respete como seres humanos, que quieren decidir sobre sus cuerpos, etc.

Son estas mujeres quienes quedan más desprotegidas y en situaciones desfavorables, oprimidas por sistemas patriarcales que las ubica en el ámbito doméstico, las considera propiedad de los hombres, incapaces de decidir sobre su propia vida, víctimas de todo tipo de abuso, etc.

Surge la expresión derechos sexuales y reproductivos para dar nombre a las numerosas discusiones, debates y producción de conocimiento que busca poner en tela de juicio el cuerpo de las mujeres como meras reproductoras de la vida humana. Los movimientos feministas se enfrentan así al desafío de desarrollar proyectos políticos abarcativos, que articulen las cuestiones de la autonomía social y reproductiva con el reclamo por un orden social que garantice los derechos civiles y sociales, reconozca la pluralidad cultural y el derecho a la participación política (Bonan 2003:4).

1. Introducción

En los estudios que versan sobre migraciones, las mujeres se encontraron ausentes durante mucho tiempo, se las mantenía ocultas e invisibilizadas bajo lógicas de desplazamiento masculinas. Es decir, se las pensaba como participes secundarias y en condiciones de dependencia de sus pares varones; sin embargo esta ausencia comenzó a revertirse y numerosos/as estudiosos/as han comenzado a preguntarse particularmente por estas mujeres migrantes.

Es a partir de las nuevas indagaciones que podemos hablar del lugar preponderante que están ocupando las mujeres en los diferentes circuitos transfronterizos, siendo que más de la mitad de los/as migrantes a nivel mundial son mujeres.

En el caso de interés de la presente ponencia, nos preguntamos por los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes de origen boliviano que habitan en la ciudad de Villa María; presentando una primera aproximación que se desprende de un trabajo de maestría en curso.

Particularmente en la legislación vigente, la ley es clara y se pronuncia totalmente abierta al ingreso y permanencia en el país de toda aquella persona que así lo desee. La migración se reconoce desde el Estado argentino como un Derecho Humano y por lo tanto inalienable a todos y todas las personas.

Los principales problemas que se presentan a lo largo del proceso migratorio los podemos ubicar en la arena de la forma en que se incorporan en los sistemas de salud públicos del país en general y de Villa María en particular.

2. Migración y Salud. Los derechos en la ley, las restricciones en la práctica.

Desde el año 2004, nuestro país cuenta con una de las leyes de migración más avanzadas del mundo, la misma es planteada como un Derecho Humano inalienable y esencial y el estado se presenta como el principal garante de tal derecho. Dos principios rigen la ley, la igualdad y universalidad en el trato para con los y las migrantes mientras se encuentren en el territorio argentino.

Cuando hablamos de Derechos Sexuales y Reproductivos (tema de nuestro particular interés), no podemos dejar de lado el hecho de que estamos haciendo referencia a uno de los principales Derechos Humanos de las mujeres en todas partes del mundo; y que en la actualidad se encuentran en situación de irrespeto a pesar de las múltiples campañas, proyectos y políticas que desarrollan los diferentes países a favor de su cumplimiento.

Ahora bien, de acuerdo a lo antes expuesto se nos presenta un importante desafío en clave de deconstrucción; a saber, al posicionarnos desde la perspectiva de los Derechos Humanos, nos encontramos con que a pesar de su pretendida universalidad, existe una fuerte convergencia entre las diferentes concepciones de los mismos y por lo tanto en su forma de aplicación. Es decir, que en palabras de Talavera Fernández (2011) al tiempo que los derechos se han consolidado como lenguaje transcultural, se ha agudizado la pugna entre diversas culturas sobre cuál es la interpretación más adecuada de los mismos (Talavera Fernández, 2011:9). Es por estas limitaciones que a partir de la Declaración de Viena, se reconoce “la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como el de los diversos patrimonios culturales, históricos y religiosos” (Talavera Fernández, 2011:10). Dicho esto, podemos poner en duda la manera en que se entienden los Derechos Humanos de las mujeres migrantes en general y particularmente sus Derechos Sexuales y Reproductivos, por estar los mismos subsumidos en esta lógica universalizante, que a pesar de pretender “tener en cuenta” particularidades, en la práctica no sucede; siguen invisibilizando y oprimiendo a los cuerpos que, en este caso, no se corresponden a la mirada hegemónica de quien “dice” cuáles deben ser esos derechos y de qué forma deben “cumplirse”.

Para ejemplificar y volviendo al caso de análisis, en Argentina la legislación nacional establece que toda persona inmigrante tiene derecho a gozar de las mismas condiciones de protección y amparo que las personas nativas (Cerrutti; 2010). Dado que gran número de migrantes residentes son mujeres en edad reproductiva, el Estado se enfrenta al desafío de garantizar el cumplimiento de la ley mediante la implementación de políticas públicas que logren los objetivos plasmados en dicha ley en la vida cotidiana de estas mujeres; pero lo hace desde la mirada de las nacionales, sin tener en cuenta las particularidades culturales de las migrantes.

Como bien lo expone Cerrutti, la llegada al país de los migrantes se ve afectada por tres problemas básicos en lo que respecta a la salud, a saber: los problemas de salud derivados

del propio proceso migratorio y de la forma en que se integran a la sociedad de destino, las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y por último, la atención reciba y los problemas que de ella derivan en el encuentro entre migrante y efectores de salud (Cerrutti, 2010: 20).

Podemos pensar a la población inmigrante como una población que presenta mayores grados de vulnerabilidad que los nativos del país, aquellos que se encuentran en las primeras etapas de su migración, se establecen primeramente en zonas marginales, con escaso acceso a los servicios de infraestructura básica, son empleados en condiciones de precariedad, sin poder acceder a beneficios laborales algunos.

En lo que concierne a la salud reproductiva en particular, las migrantes se encuentran con dificultades y barreras para acceder a los servicios de atención. La llegada al país de las mujeres migrantes representa en palabras de Cerrutti (2010) una doble desventaja, ser inmigrantes y ser mujeres; y en el caso particular de las mujeres de origen boliviano se desprende una desventaja además derivada de los factores étnico-culturales.

Parafraseando a Quijano, la identidad histórica de nuestros pueblos está marcada por la racialización que se traduce en una inferiorización de las tradiciones, prácticas y conocimientos de los pueblos del “nuevo mundo” (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 2.1); profundizando esta idea, Lugones afirma que la invención de la “raza”, posiciona las relaciones de superioridad e inferioridad establecidas a través de la dominación (Lugones, 2008: 79). Por lo antes dichos es que podemos afirmar, tal como lo hace Pombo (2011) que las mujeres migrantes son sujetas racializadas, sexualizadas y colonizadas desde una triple lógica de opresión.

Según estas lógicas de opresión, ¿será que estas mujeres se encuentran situadas en una jerarquía de poder que las inferioriza en relación a las nativas de la misma manera que sucedió con las colonizadoras y el caso de las indígenas? Tal vez sea necesario un análisis más profundo de la cuestión para poder dar respuesta a esta pregunta pero lo que si podemos afirmar es que la categoría Mujer (que las subsume inferiorizandolas) debe ser entendida como histórica, articulada políticamente y geopolíticamente situada (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 3.3). Con esta afirmación pretendemos dar cuenta de que hablar de mujeres migrantes bolivianas no es lo mismo que hablar de nativas, generalizar las necesidades de estos dos grupos de mujeres es un grave error, los

derechos de cada grupo deberían respetar sus particularidades y no ser planteados como universales.

Aseveramos lo antes expuesto en el hecho que, las migrantes de origen boliviano se insertan en el país de recepción con pautas reproductivas y de cuidado propias de sus latitudes; es por ello que Cerrutti (2010) afirma que tienen necesidades particulares en lo que respecta a la salud reproductiva. Algunas de las particularidades de dichas mujeres son: mayor número de embarazos no deseados, menor uso de anticonceptivos, y más baja propensión a acudir a servicios de salud reproductiva (UNFA, 2006 en Cerrutti, 2010).

Aunque la inserción en el nuevo país representa grandes desafíos para las mujeres migrantes de origen boliviano, también debemos rescatar la apertura a nuevas posibilidades de acceso a la información y a los servicios sanitarios, en especial para aquellas provenientes de contextos extremadamente desventajosos, con marcado nivel de pobreza y escaso o nulo acceso a los servicios de salud en general.

De acuerdo a las anteriores afirmaciones podemos aseverar que el espacio latinoamericano, entendido como construcción histórica, la cual ensambla tierras, cuerpos, lenguas, valores y tradiciones se encuentra en constante conflicto con las formas de imposición del poder colonial (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 2). Entender nuestras geografías como espacios en constante conflicto nos permite poder hablar de una posibilidad de cambio, de emancipación y fin de la sumisión de nuestros pueblos.

Pensarnos desde Las Américas Latinas, con nuestras particularidades y diferencias tal vez sea el primer paso hacia la deconstrucción necesaria para esta suerte de “toma de conciencia”, para revalorar nuestras orígenes, nuestra tierra, nuestra singularidad.

3. De la salud en general, a la Salud Sexual y Reproductiva en particular.

Es importante aquí destacar como ya lo hicimos anteriormente que las mujeres que provienen del país vecino, al llegar a nuestro país traen consigo pautas de salud y cuidado que se rigen por sus propias particularidades culturales. Al llegar al país de recepción, estas mujeres deben adaptarse a las pautas que dominan en el modelo imperante en los servicios públicos de salud. Es decir, el ser mujer y el cuidado del cuerpo en lo respectivo

a sus derechos sexuales y reproductivos, que nos legó la Modernidad es impuesto sobre todas las otras formas que coexisten de manera opuesta.

En otras palabras, estas mujeres se encuentran frente a un mecanismo de jerarquización sexual que privilegia y protege algunos cuerpos femeninos mientras desvaloriza otros (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 3.1.5).

Las sujetas objeto de análisis en el presente trabajo se caracterizan por poseer una mayor tasa de fecundidad que las nacionales, sus embarazos comienzan a más temprana edad, la asistencia a los servicios de salud durante el embarazo es también menos asidua, ya sea por su ubicación geográfica (no debemos olvidar que gran porcentaje de la población boliviana vive en zonas rurales aún en la actualidad) o por cuestiones culturales, menor uso de anticonceptivos, mayor número de embarazos no deseados, entre otras.

Podemos hipotetizar, de acuerdo a los dichos de Quijano y en relación a la “colonialidad del poder”, que las migrantes sufren en su traslado al país una subalternización en la condición de su propia existencia a formas de conocimiento (y prácticas médicas en el caso de la salud sexual y reproductiva) universalizantes, abstractas y deslocalizadas impuestas desde el centro del sistema mundo moderno/colonial (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 2.1). Paradójicamente, los nativos argentinos tenemos velada nuestra propia imposición por parte de esta “colonialidad del poder”, somos víctimas y a la vez victimizamos a aquel que se presenta como “el otro”, atrasado, insibilizado, no-humano.

Para una adecuada atención, se hace indispensable la sensibilización de los efectores de salud hacia las migrantes, sobre todo si se trata de salud reproductiva. Lograr generar empatía con aquel que se le presenta como ese “otro”, diferente al nacional da como resultado el rechazo a diferentes formas de xenofobia y discriminación que tantas veces padecerán los extranjeros en su paso por el país de recepción. Para lograr esto, es necesario generar políticas públicas que planteen la diferencia cultural como lo “diverso”, este cambio es fundamental para poder comprender a lo otro como distinto de lo propio. Según Di Pietro (2014), lo diverso no se trataría entonces de una cara radicalmente distinta, ajena y opaca a una cultura que geopolíticamente se auto-establece como central e “inevitable” (Hipertexto PRIGEPP Interculturalidad, 2014, 2.5.2). Para lograr esto es necesario posicionarnos desde un marco que politice la invisibilidad de la realidad de las mujeres que se encuentran ocluidas en sus experiencias y percepciones; es decir, estamos

haciendo referencia a un marco de interpretación *interseccional*. Según Lugones (2014), esta interseccionalidad revela lo oculto cuando se presentan el género y la raza como categorías separadas, categorías que invisibilizan a las dominadas y victimizadas bajo la categoría Mujer; es decir, mujer selecciona como norma a las hembras burguesas blancas heterosexuales (Lugones, 2014;82).

4. Consideraciones finales

Podemos concluir la presente ponencia rescatando algunas de las consideraciones más importantes que se desarrollaron anteriormente; en primer lugar y como margo legislativo fundamental, resaltamos el hecho de que la ley es clara y se pronuncia totalmente abierta al ingreso y permanencia en el país de toda aquella persona que así lo desee. La migración se reconoce desde el Estado argentino como un Derecho Humano y por lo tanto inalienable a todos y todas las personas.

Durante el proceso migratorio, las mujeres migrantes se encuentran con diversas desventajas al tratar de ingresar al sistema de salud nacional, las cuales se derivan particularmente por el hecho de ser migrantes y mujeres; y en el caso particular de las mujeres de origen boliviano se desprende una desventaja además derivada de los factores étnico-culturales.

Es por lo antes expuesto que apuntamos a problematizar la manera en que son tratadas y consideradas estas mujeres en el país de recepción en general, en el caso particular del acceso a los sistemas de salud son invisibilizadas y subsumidas a lógicas que las oprimen y las discriminan.

Enmarcar el proceso migratorio desde una política migratoria abierta es fundamental para comprender que el ingreso y permanencia de los y las migrantes al territorio argentino debe cumplir con derechos básicos de, en el caso particular de interés, salud sexual y reproductiva. Sin embargo, es importante poner en juego y discutir cómo deben ser cumplidos estos derechos y respetar esas garantías, nuestro sistema de salud ¿cumple con la ley? ¿Respeto el derecho a la diversidad cultural? ¿Se siguen invisibilizando los derechos y las necesidades de numeroso grupo de mujeres que no se corresponden a los de las nacionales? ¿El sistema medico hegemónico sigue tratando ciertas prácticas y saberes como atrasados?

5. Bibliografía

_Cerrutti, Marcela (2009). “Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en argentina”. Centro de Estudios de Población, Consejo Nacional de Investigación Científicas y Técnicas.

_Cerrutti, Marcela (2012). “Derechos sociales, mercado de trabajo y migración internacional en Argentina”. Centros de Estudios de Población, CENEP y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET. Junio 2012

_Jelin, Elizabeth (1994). “Ante, de, en, y? : mujeres y derechos humanos” en América Latina hoy: revista de ciencias sociales, Salamanca, Vol.9, pp. 6-23.

_Ley de Migraciones n°25.871

_Ley de Parto Humanizado N°25.929

_Ley N° 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable

_Ramirez Hita, Susana (2011). “Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano”. INSTITUTO SUPERIOR ECUMÉNICO ANDINO DE TEOLOGÍA. Revista Avá. Revista de Antropología (19).

_Talavera Fernández, Pedro (2011). “Diálogo intercultural y universalidad de los derechos humanos” Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México. Año V, n°28, julio-diciembre, pp. 7-38.

Walsh, Cathéine (2002). “(De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador”. En Interculturalidad y política, Norma Fuller (ed.). Lima, Red de apoyo de las Ciencias Sociales.

_Walsh, Cathéine (2012). “Interculturalidad y (de) colonialidad: perspectivas críticas y políticas”. Visao Global, Joacaba, v.15, n° 1-2, p.61-74.

