

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2010.

# Mujeres migrantes y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Zaldúa, Graciela, Longo, Roxana Gabriela, Pawlowicz, María Pía y Moschella, Romina.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Longo, Roxana Gabriela, Pawlowicz, María Pía y Moschella, Romina (2010). *Mujeres migrantes y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/291>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/nA7>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## BIBLIOGRAFIA

- AUREANO, G. (2003). Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política. En C. Cáceres et al. (Eds.) La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. (pp. 45-48) Lima: UPCH.
- BARCALA, A. y STOLKINER, A. (2000) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.
- CATTANI, H.: (2005, Noviembre 6). Consumo de drogas: ¿la hora de despenalizar? Diario La Nación, Enfoques, p.4.
- CÓDIGO PENAL ARGENTINO: Ley N° 23.737 (BO: 11/10/89) y modificaciones.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. REPÚBLICA ARGENTINA (25/08/09): Fallo A. 891. XLIV. "Arriola, Sebastián y otros" s/ causa n° 9080.
- GOFFMAN, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada..Buenos Aires: Amorrortu.
- INCHAURRAGA, S.(2000). Sida sobre la transitoriedad del sujeto y la cultura. En J. Barrionuevo (Comp.) Clínica psicoanalítica al límite. (pp.55-72).Buenos Aires: Gabas.
- LINK B. & PHELAN J. (2001). On stigma and its public health implications. An International Conference. Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. Maryland, U.S.A.
- PARKER R, AGGLETON P. (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science and Medicine, 57, 13-24.
- VÁZQUEZ, A. (2006) La Construcción Social del "problema de las drogas": Representaciones y Prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la Salud. Su relación con la Accesibilidad y Dignidad en la Atención de personas que usan drogas en Servicios de Salud del GCBA. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

# MUJERES MIGRANTES Y EL ACCESO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Zaldúa, Graciela; Longo, Roxana Gabriela; Pawlowicz, María Pía; Moschella, Romina  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar las modalidades de acceso a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes, desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria y el enfoque de género. Mediante un diseño descriptivo y cualitativo, durante el período de noviembre de 2009 a enero de 2010 se realizó observación participante, y se administraron 42 entrevistas en profundidad y cuestionarios a usuarias en edad fértil de un Centro de Salud y de un Hospital Público especializado en salud materno infantil, de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La existencia de normativas convalidantes de la igualdad y equidad no garantizan políticas públicas congruentes para enfrentar a las desigualdades e injusticias. Las significaciones imaginarias y las operatorias de discriminación y marginación vinculadas al racismo y sexismo sostienen tradiciones culturales patriarcales que operan como obstáculos al derecho a la salud para todas y todos. La interpelación a las prácticas sobre los efectos clínico/sanitario y políticos es un camino para revisar las responsabilidades y las significaciones productoras de subjetividades.

## Palabras clave

Migrantes Derechos sexuales y reproductivos Género Ciudadanía

## ABSTRACT

### MIGRANT WOMEN AND THE ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS

The goal of this article is to analyze the different access modalities to the sexual and reproductive rights of migrant women, from a perspective of Community Psychology and gender. An descriptive and qualitative design was conducted, from November 2009 to January 2010, participant observation was conducted, we administrated 42 interviews in depth and questionnaires to users in reproductive age, in a Health Center and a Public Hospital specialized in maternal and child health, in the south of Buenos Aires City. The existence of laws that convalidate the equality and equity do not guarantee consistent public policies to face the inequalities and injustices. The imaginary significations and the operatories of discrimination and marginalization linked to racism and sexism, are the bases for patriarchal cultural traditions that obstaculize the right to health for everyone. The revision of the practices of clinical / health and politics effects is a way to shed a light on the responsibilities and the significations that produce subjectivities.

## Key words

Migrants Sexual and reproductive rights Gender Citizenship

## INTRODUCCIÓN

Los procesos migratorios se han intensificado en las últimas décadas en todas las regiones geográficas vinculados a la crisis económica, social y política determinada por la hegemonía del modelo neoliberal. Las trayectorias de emigrantes, inmigrantes, transmigrantes son complejas y multidimensionales, pero algunas situaciones están atravesadas por las desventajas económicas, las discriminaciones y las estigmatizaciones. En particular, las mujeres migrantes afectadas por la triple discriminación de clase, etnia y género se posicionan desde una ciudadanía restringida en relación al acceso al derecho a la salud y experiencias subjetivantes marcadas por el sometimiento patriarcal.

## MUJERES, MIGRACIÓN Y PROCESOS DE VULNERACIÓN

La creciente participación de la mujer en las corrientes migratorias a nivel mundial y el impulso de los estudios de género han permitido reconocer a este grupo como protagonista central dentro de los movimientos de población internacionales, y rescatarlo del anonimato. Los procesos migratorios son procesos que condicionan y modifican la vida de los/as sujetos (Magliano, 2007), y están determinados por las relaciones de género (Donato, 2006). La situación de migración agudiza los procesos de vulnerabilidad, ya que la condición de mujeres migrantes se entrecruza con otras variables.

Las mujeres inmigrantes, no sólo afrontan las desigualdades de género sino también las barreras étnicas y racistas en el país de acogida. La presencia del estigma por ser migrantes es una de las constantes que se manifiesta a través de actitudes de rechazo y trato ofensivo. Las dificultades como la explotación laboral y las condiciones de trabajo precarizadas, los problemas relacionados con la documentación, la desintegración de la vida familiar, y la violencia social y simbólica impactan no sólo en la vida cotidiana de las personas sino también en la subjetividad, en especial en las identidades de género.

## LA SALUD Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es receptora en los últimos años de amplios contingentes migratorios, primordialmente de Bolivia, Paraguay y Perú.

La Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, sancionada en el 2004 contempla el trato igualitario, y en el Art. 8 se reconoce que no podrá negarse o restringirse en ningún caso el acceso al derecho a la salud, asistencia social o atención sanitaria a los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Por otra parte, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, 1994, desde un enfoque de derechos humanos incluye la salud en general, la salud sexual y reproductiva (SSyR) en particular, al acceso a los servicios y a una vida libre de violencia contra las mujeres, e incluye por primera vez a las mujeres migrantes, refugiadas, desplazadas y traficadas. Asimismo plantea 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, SSyR, incluyendo el empoderamiento. Asimismo al conceptualizar a la SSyR, supone: garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; acceso a información veraz, pertinente y de calidad, derecho a reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia, y derecho a beneficiarse de los avances y progresos científicos en la asistencia sanitaria para proteger la salud personal y familiar. En nuestro país, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, autorizado por la Ley Nacional N° 25.673/02, reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual, y que esta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. En la CABA, la Ley N° 418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, garantiza a las personas sus derechos sexuales y reproductivos. Pero, ¿esta normativa vigente efectivamente garantiza el acceso a las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial y en particular a las migrantes?

## METODOLOGÍA

El *diseño* fue descriptivo y la *metodología* cualitativa. Las unidades de análisis fueron 42 mujeres que asistieron a un Centro de Salud y un Hospital Público especializado de la CABA. Los *criterios de inclusión* fueron la edad (de 18 a 50 años) y que no fuera la primera asistencia al establecimiento. Las *muestras* fueron intencionales y los *instrumentos*: observación participante, entrevistas en profundidad y cuestionario. Se aplicó en todos los casos un consentimiento informado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las mujeres entrevistadas tenían entre 22 y 50 años de edad, y tenían entre 2 y 5 hijos vivos. En cuanto al lugar de residencia, vivían mayoritariamente al sur de la CABA y en el conurbano bonaerense. En su mayoría, tenían estudios primarios incompletos

o completos y sólo en pocos casos habían iniciado el nivel secundario sin completarlo. Los trabajos que realizaban consistían en cuidado de ancianos, servicio doméstico y trabajos en talleres de costura, además de las tareas de reproducción familiar, únicamente a cargo de las entrevistadas. Los relatos daban cuenta de jefes de hogar que realizaban trabajos con inestabilidad laboral y oficios de baja remuneración. En ninguna circunstancia observamos la presencia de usuarios varones, tampoco observamos que se los convocara.

Según la bibliografía consultada, se puede sistematizar a los procesos migratorios en tres momentos: a) los condicionamientos subjetivos y grupales en contextos de pobreza y de discriminación étnica y de género, los límites a la accesibilidad de salud, educación, trabajo remunerado en los países de origen, que producen ciudadanía parciales, b) las experiencias migratorias que incluyen: las expectativas y sueños, la decisión y vinculación con las redes y sostenes en los países de destino, etc., y c) el asentamiento en los nuevos territorios que suponen rupturas de lazos familiares, confrontaciones con las realidades locales, obstáculos en la integración social y laboral, discriminaciones y a su vez, nuevas pertenencias familiares y multiculturales. (Zaldúa, y otras, 2009)

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN MUJERES MIGRANTES

Las mujeres entrevistadas refieren haber sentido un trato diferencial por haber nacido en otro país. No obstante, adoptaban una posición de naturalización respecto al estigma al que eran sometidas. Las respuestas subrayan la presencia naturalizada de violencia en el tránsito por el espacio social y público. Suelen ser *estigmatizadas* como una "otredad" que despierta manifestaciones de recelo y rechazo, y consolida la percepción de "las inmigrantes como enemigas".

- "*Cuando llevé a mi niño al jardín una señora se enojó y decía hay muchos bolitas*" (Silvia, 40 años, centro de salud)

- "*Siempre escucho 'esos bolivianos de mierda'*" (María, 23 años, centro de salud)

La *discriminación* se enmarca en la configuración de un imaginario negativo hacia las/os inmigrantes que culpabiliza la falencia del mercado laboral actual.

- "*Siempre escucho que los bolivianos venimos a robar el trabajo*" (María, 32 años, centro de salud)

- "*Dicen que los paisanos vienen a ensuciar y a quitar el trabajo*" (Sara, 25 años, centro de salud)

En algunos casos, la *naturalización* de la discriminación afecta en forma negativa la posibilidad de autodeterminación y el acceso a recursos materiales y simbólicos, como así también produce efectos de aceptación acrítica de los procesos vividos que conllevan al acostumbamiento y agravan más aún la situación de extranjería.

- "*Obvio... en todos lados (hay discriminación). Ahora se me nota menos... pero al principio...*" (Natalí, 22 años, hospital)

- "*Ya no quiero tener más hijos. Es difícil conseguir ayuda, para la leche... también me piden documento y no tengo*" (Araceli, 37 años, hospital)

El proceso de estigmatización, como parte de una lucha social compleja relacionada con estructuras de desigualdad, nunca surge en un vacío social sino que es utilizado por sujetos, comunidades y el Estado en contextos específicos de cultura y de poder para producir y reproducir desigualdad social. (Parker y Aggleton, 2002)

## GÉNERO, SUBJETIVIDADES Y SEXUALIDADES

En el campo de la salud en general y SSyR en particular, se observó que las entrevistadas mayoritariamente sólo asistían a los servicios de salud en caso de gestación y/o por control o urgencias de salud de las/os hijas/os. Se visualizó que desconocían tanto acciones del Estado en este último campo, como campañas públicas de prevención de la violencia hacia la mujer, del HIV/SIDA, y del embarazo no deseado. En cuanto a los lazos sociales, algunas mujeres relataron tener vínculos cercanos intrafamiliares y otras en espacios comunitarios de la migración boliviana. Sólo dos mujeres conocían el Encuentro Nacional de Mujeres.[i] La falta de información preventiva y los obstáculos a las decisiones autónomas se advierte:

- "... *Mi hermana había tenido relaciones un sábado, sin cuidarse (...) cuando fuimos al hospital nos hicieron un interrogatorio de una hora y media, no nos dieron la pastilla. Mi hermana hoy tiene un bebé*". (Zulema, 41 años, centro de salud)

Según los relatos, se trata de subjetividades femeninas *cautivas de mandatos sociales de género* que condicionan sus vidas cotidianas. La experiencia materna es referida como el aspecto más valorado de su autorrealización personal.

- "*Los nacimientos de los sobrinos y los logros de mi mamá... también recuerdo cuando me recibí con mis tres hijos a cuestras*" (Tamara, 37 años, hospital)

Estas experiencias, remarcaban el núcleo de lo materno como el eje central de la conformación de lo femenino.

- "*Tener a mis hijos acá en Argentina*" (Luisa, 39 años, centro de salud)

- "*Ya no tengo sueños, las metas que podía alcanzar... ya está. Por ahí tenía ganas de hacer algo de Abogacía pero con este embarazo se me boicotearon todos mis planes. Ya llega una edad que tenés que poner en la balanza la familia*" (Tamara, 37 años, hospital)

El acercamiento a las mujeres migrantes da cuenta de subjetividades y sexualidades marcadas por el "*ser-para y de-los-otros*". Se define a la mujer centralmente por su función reproductora, lo cual obstaculiza que sea considerada como sujeto histórico social. (Basaglia; 1983)

## CONCLUSIONES

Resulta necesario que las instituciones de salud tiendan a instituir y consolidar espacios de consejerías amigables y dialógicas desde un enfoque de derechos, no sólo con la finalidad de brindar información oportuna sino de proporcionar estrategias preventivas y de impulsar acciones en pos de transformar los roles y relaciones de género instituidos, que favorezcan el autocuidado y la autonomía personal de las mujeres, sin ignorar la complejidad de los procesos migratorios. La asignatura pendiente de repensar el proceso de intervención en salud como una instancia facilitadora de "otras posibilidades" diferentes a la medicalización de la SSyR, continúa siendo una tarea impostergable para las/os efectores. Un desafío posible, consiste en mejorar el vínculo entre efectores y usuarias de los servicios de salud incorporando las dimensiones culturales, étnicas, etáreas y de género.

---

## NOTA

[1] Desde el año 1986 se organiza en forma anual el Encuentro de carácter nacional. Se lleva a cabo mediante talleres, de los cuales participan miles de mujeres de diferentes organizaciones de nuestro país y también en forma individual.

## BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN CIVIL; OBSERVATORIO SOCIAL; Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer y Organización Internacional para las Migraciones. (2009). Informe: Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008-2009. [En línea]. Disponible en: <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/DSR-migrantes-CABA-2008-2009.pdf>

BASAGLIA, F. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

DONATO, K., GABACCIA, D., HALDAWAY, J., MANALANSAN, M. y PESSAR, P. (2006). A Glass Half Full? Gender in Migration Studies. *International Migration Review*. 40, 3-26.

LEY NACIONAL DE MIGRACIONES N° 25.871.

MAGLIANO, M. J. (2008) Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género. [En línea]. Disponible en: <http://alhim.revues.org/index2102.html>

PARKER, R. y AGGLETON, P. (2002). Estigma y discriminación relacionados con el

VIH/SIDA: UN MARCO CONCEPTUAL E IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN. Ginebra: UNAIDS.

ZALDÚA, G.; RAMÍREZ, M.C. y TABOADA, A. (2009). *Mujeres Migrantes Promotoras Comunitarias. Guía para la Prevención de las Violencias*. Buenos Aires: AMUMRA UNIFEM.