

Políticas públicas, ciudadanía y atención de la salud de las mujeres inmigrantes en Argentina.

Lic. Ruiz, Luciana, Mag. Madrid, Liliana y Lic. Esains, Alejandra.

Cita:

Lic. Ruiz, Luciana, Mag. Madrid, Liliana y Lic. Esains, Alejandra (2011). *Políticas públicas, ciudadanía y atención de la salud de las mujeres inmigrantes en Argentina. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/27>

POLÍTICAS PÚBLICAS, CIUDADANÍA Y ATENCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN ARGENTINA

Lic. Ruiz, Luciana,
Mag. Madrid, Liliana,
Lic. Esains, Alejandra

Docentes e investigadoras de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNCPBA), Facultad de Ciencias Humanas, Licenciatura en Trabajo Social.

lucianaruiz77@yahoo.com.ar

lilianabmadrid@yahoo.com.ar

alesains@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo procura identificar las características que asumen las prestaciones de los servicios en el ámbito de salud pública respecto a la población inmigrante provenientes de Bolivia y Paraguay que vive en la Ciudad de Tandil en la Provincia de Buenos Aires en Argentina.

Palabras Claves

Mujeres – inmigración – salud – acceso políticas públicas

*Esta es la vida del emigrante
del vagabundo del sueño errante.
Coge tu vida en tu pañuelo
con tu pobreza tira pa'lante.*

*Si encuentras un destino
si encuentras el camino
tendrás que irte a ese lugar
el polvo del camino
cubre tu rostro amigo
con tu miseria a ese lugar.*

*Un dios maldijo la vida del emigrante
serás mal visto por la gente en todas partes
serás odiado por racistas maleantes.
Y la justicia te maltrata sin piedad.*

(Fragmento de "El Inmigrante", Celtas Cortos)

I. Introducción

El presente trabajo procura identificar las características que asumen las prestaciones de los servicios en el ámbito de salud pública respecto a la población inmigrante provenientes de Bolivia y Paraguay que vive en la Ciudad de Tandil en la Provincia de Buenos Aires en Argentina.

En el marco de un proceso de investigación más amplio que hemos desarrollado proponemos en esta oportunidad ahondar particularmente en este aspecto desde la voz de las propias mujeres migrantes, Bolivianas y Paraguayas, quienes generosamente han relatado sus experiencias respecto del acceso a ciertos programas o recursos a partir de distintos servicios sociales del ámbito de salud pública.

Las mujeres entrevistadas han coincidido respecto a que continuar residiendo en Argentina se encuentra fuertemente vinculado a las prestaciones en salud a las que acceden y marcan notorias diferencias con los servicios de salud de los países de origen, con lo cual este aspecto se ha revelado como un determinante en cuanto a la permanencia en este país¹. Merece destacarse que las mujeres entrevistadas han emigrado hacia la Argentina previo al año 2000, vale decir, que sus referencias al país de origen se vinculan a procesos que actualmente pueden adquirir características diferentes en virtud de los perfiles de los actuales presidentes latinoamericanos.

Teniendo en cuenta el marco legal que otorga la nueva Ley Nacional de Migraciones 25.871² respecto al acceso sin restricciones a los servicios de salud públicos, independientemente de la regularización migratoria, exponemos a continuación las herramientas conceptuales y los principales hallazgos alcanzados a partir de las entrevistas a mujeres inmigrantes en Tandil en relación al acceso a la atención de la salud de las mujeres migrantes, conjugado con la inadecuación de algunos criterios de ciertos programas socio sanitarios al reciente marco normativo, lo cual fue observado en anteriores investigaciones.

II. Tendencias generales sobre los procesos migratorios en Argentina

La Argentina, receptor histórico de migraciones internacionales, experimentó en las últimas décadas del siglo XX modificaciones notables en su perfil migratorio. Al mismo tiempo, durante la década de 2000-2010, se asiste en Argentina a un profundo cambio de orientación con respecto a la población inmigrante, como mencionábamos anteriormente tanto en lo que respecta a cambios en la legislación respectiva como a la consolidación de acuerdos bi y multilaterales que establecen una mayor apertura al respecto. Como respuesta político- institucional al crecimiento de la población migrante.

Para el caso argentino, la inmigración proveniente de países limítrofes nunca había sido muy numerosa y su volumen se había limitado a representar históricamente entre el dos y tres por ciento del total de población. Sin embargo, Benencia (2007) afirma que la población conformada por los inmigrantes de países limítrofes fue adquiriendo más importancia respecto de la población inmigrante no limítrofe, hasta llegar a representar, a inicios de la década de 1990, más del 50% del total de la población inmigrante en la Argentina, y a inicios del nuevo siglo, el 62% de dicha población. Este mismo autor, agrega que, dada la información

disponible, es necesario reconocer que siempre ha habido una migración registrada o reconocida pero también una no registrada o indocumentada.

A fin de realizar esta primera aproximación a las tendencias generales de los procesos migratorios en Argentina, consideramos pertinente sintetizar dos aspectos estrechamente vinculados: el país de origen de los inmigrantes y la ampliación de la población femenina en dichos procesos. Ambos aspectos resultan necesarios de ser explicitados puesto que se vinculan estrechamente con el universo seleccionado para la realización de trabajo empírico.

En este sentido es interesante resaltar que ha variado la inmigración según países. Es así que, entre 1869 y 1914 se observaba el predominio de migración limítrofe uruguaya, a partir de 1947, y hasta la actualidad, es la inmigración paraguaya la que presenta mayores volúmenes. Asimismo, vale señalar que, de acuerdo a datos del 2001, se observa un incremento de inmigrantes bolivianos alcanzando el segundo lugar, dejando tercero a la población chilena.

En lo que respecta a los procesos de feminización, desde 1960 en adelante se verifica la feminización paulatina y sostenida de la población limítrofe residente en Argentina. Sin embargo, el descenso del índice de masculinidad total resulta de comportamientos bien diversos según país de origen. Particularmente los inmigrantes bolivianos en 30 años pasaron de ser corrientes altamente masculinizadas a lograr una participación más pareja de varones y mujeres.

La migración paraguaya es también una de las que más tempranamente comienza a concentrarse en la Ciudad de Buenos Aires y algunos partidos del Conurbano Bonaerense. Es decir, que la feminización de la migración boliviana y paraguaya es paralela al incremento de su concentración residencial en esta región, que en principio ofrece oportunidades de trabajo desestacionalizadas y combinadas para varones y mujeres. Alicia, migrante paraguaya, cuando preguntamos por qué decide venir a Argentina recuerda:

“yo elegí por el trabajo...trabaje cuatro años en casa de familia, en la casa de una coreana en capital. Y me fue re bien con esa coreana...y en ese ínterin falleció mi mama y quede en venir en una semana y no pude. Esos 4 años mi hija estaba con mi mama y yo trabaja acá. Me quede 8 meses en Paraguay y cuando volví ya no tenía trabajo. Tenía ya una hermana en Olavarría que hizo pareja ahí, y me fui con ella, trabaje muchos años como en casa de familia con cama adentro, y me iba...mandaba plata y viajaba cada 6 o 7 meses”

Alicia migra sola, su contacto en Argentina era una hermana, con quien no había compartido vida familiar en su país de origen.

Del mismo modo, Elena, migrante boliviana, refiere:

“mi hermana había venido a trabajar y ella me hizo llamar. Vine a trabajar cuando tenía 25 años, con mi otra hermana menor, ella tenía trece... vine a Balcarce, era soltera y empecé a trabajar en Mar del Plata en casa de familia. En la casa de un doctor, era buenísimo, hacía limpieza desde las 8 de la mañana hasta las 2. Sólo limpieza hacía y vivía ahí.”

La feminización, visible como cambio en el patrón migratorio, implica también modificaciones en la estructura de roles y en los procesos de decisiones de los hogares de origen de las mujeres migrantes, y abre por su propio derecho toda una línea de discusión. Diversos estudios cualitativos han señalado que, en el caso de Argentina, las mujeres migran de manera individual, sin estar asociadas a un varón migrante previo, especialmente en lo que respecta a mujeres peruanas y paraguayas (Pacecca y Coutis, 2008).

Alberto Acosta, en el prólogo realizado a una de las producciones de Gloria Camacho, explica claramente

“Es interesante mencionar que la emigración femenina no parte de un modelo uniforme de mujer, pues las mujeres que se van, provienen de distintas condiciones familiares. Muchas son solteras; otras, que son casadas, emigran sin sus esposos; algunas se van con ayuda de parientes (...) no faltan aquellas que a través de la migración escapan de relaciones familiares fracasadas; y, son relativamente pocas las que emigran siguiendo a su marido o con su marido” (Acosta, 2009: 11).

La migración, como “hecho social” comprende diferentes momentos de la realidad social, y está vinculada y condicionada a las transformaciones en los modelos económicos y culturales tanto en el ámbito de las prácticas como en el de las representaciones sociales sobre la migración. Sin embargo, estas prácticas y estas representaciones tienen diferentes repercusiones para el sujeto según su género, su etnia y su clase social de procedencia y de inserción (Díaz Martín, 2008).

En este sentido ha sido el recuerdo que Alicia comparte al momento de la entrevista:

“yo estaba decidida a que me iba a venir...así que trabajaba para juntar el dinero...mi mama me decía anda por ahí encontrás un buen hombre que valga la pena y hasta te quedas ahí a vivir”

Alicia es una mujer que ha migrado desde la República del Paraguay inicialmente sola, sin embargo, luego se unen a ella sus dos hijas. A lo largo de la entrevista describe la relación con su ex marido, con quien residía en su país de origen y de quien se separa poco antes de migrar a la Argentina cuando se queda sola al cuidado de su hija. La madre de Alicia ayuda con el cuidado de las nietas hasta que Alicia logra establecerse en Argentina.

Natividad, otra migrante de nacionalidad Paraguaya, refiere que se separa de su marido porque no “*aguantaba más*” haciendo referencia a la situación económica y explica:

“mi marido trabaja en una fabrica pero no me daba nada de dinero. A Argentina me arrastro la vida...un día trabajando con mi hermana ella me pregunta que estas pensando y le dije como puedo hacer yo? porque lo que yo ganaba no me alcanzaba para nada y vos te crees que el padre me pasaba algo? Nada de nada. Entonces tomando mate con mi mama le digo yo me voy a ir a la Argentina...y ella me dice: pero si no conoces a nadie (...)Y lo pensé, pensé casi 8 días para dejar a los chicos. Y mi mama me dijo si vos estas decidida yo te cuido los chicos, si vos queres irte. Los chicos eran chiquitos la Natalia tenia 1 años y 8 meses...hay dios!”

Este relato, junto al de otras mujeres que migraron dejando a sus hijos al cuidado de sus madres y/o familiares, muestran también un conjunto de rasgos familiares (la separación de los miembros, la responsabilidad económica de la mujer migrante respecto de su familia en el lugar de origen y el cuidado de sus hijos/as a cargo de otros miembros) que implican la continuidad de una familia cohesionada alrededor de los acuerdos establecidos entre sus miembros, pero que funciona sin que la madre esté presente en la vida cotidiana de sus hijos e hijas. Cortes, Castellanos y Anderson han conceptualizado esta observación bajo la denominación ‘hogar transnacional’, haciendo referencia a la continuidad en el funcionamiento y organización familiar que puede ser visualizado a pesar de no compartir una misma vivienda y ámbito geográfico de residencia, vale decir, la madre en argentina y los niños en el país de origen. Esto es un tipo de hogar donde no las identifica el criterio de co-residencia o co-habitación, sin embargo, es posible observar la organización de un conjunto de personas, entre las que existen relaciones de parentesco o afinidad para realizar y compartir actividades cotidianas de producción y de reproducción de sus miembros, de acuerdo a una determinada división del trabajo, de responsabilidades y de un esquema de autoridad.

Por otra parte, este proceso de feminización de la emigración no surgió en todos los casos como una decisión individual sino que formó parte de una nueva estrategia familiar. Esto implica que no fueron solo mujeres las que emigraron, sino que estas mujeres implicaban otros vínculos o relaciones familiares puesto que estas mujeres también eran madres, hermanas, hijas. Una cuestión a destacar es la distinta consideración que reciben los proyectos migratorios de hombres y mujeres sobre la base de la construcción de los mandatos de género.

“...los varones, cuando emigran, van a buscar el pan que sus familias necesitan, o, si son solteros, a desarrollar sus proyectos vitales buscando oportunidades que se les niegan en los países de origen. Sin embargo, esta capacidad de agencia social es negada a las mujeres. Mientras que la libertad de circulación es un derecho universalmente reconocido para los varones (lo que implica libertad de emigrar, es decir, de salir de un Estado, pero

no de inmigrar, de establecerse en otro distinto) la emigración de las mujeres es colocada bajo la sospecha en un doble sentido: por una parte, se les niega esa misma libertad de circulación, por otra, se les niega también esa capacidad para la agencia social. (...) Si el varón se desplaza buscando trabajo, está haciendo lo correcto para garantizar el sustento familiar. Por el contrario, si es la mujer la que busca trabajo fuera de su entorno familiar está abandonando a la familia, y, por tanto, haciendo dejación de su deber fundamental: el de cuidadora” (Díaz Martín, 2008).

Estas mujeres tuvieron la tarea de cumplir la primera etapa de un propósito familiar. Con lo cual al cumplirse esa primera etapa del ciclo migratorio se inicia una segunda etapa, la de la reunificación familiar. Lourdes llegó a Argentina en 1970 a los 15 años de edad proveniente de Bolivia y lo relata de esta forma:

“me vine a Balcarce³ cuando tenía 15 años porque tenía una hermana que ya estaba trabajando acá, yo en Bolivia no había trabajado antes de venirme. Pero en mi casa éramos muchos hermanos y la única que trabajaba era mi mamá porque mi papá no estaba bien. Después me fui a trabajar a Buenos Aires (Capital) siempre en casa de familia. En Buenos Aires lo conozco a mi marido y nos venimos a Tandil”

Lucy, inmigrante boliviana, dice:

“me vine sola hace unos 28 años a la Argentina, a los 12 o 13 años, ya ni me acuerdo...estuve unos meses en San Salvador de Jujuy y me volví a Tarija. Regresé a la Argentina cuando tenía 20 años, otra vez sola, mas o menos era el año 1983, estaba enferma y necesitaba tratamiento y medicinas...también necesitaba trabajo”.

III. Programas de atención de la salud e inmigrantes

Exploraciones provisorias y antecedentes académicos al respecto, problematizan los grados de adecuación de las políticas sanitarias en relación a los cambios de la legislación migratoria vigente.

La sanción de la nueva ley migratoria produce un cambio sustancial en relación con el derecho a la salud y los servicios sociales. Anteriormente los migrantes en situación irregular, si bien podían ser atendidos, eran denunciados a la autoridad migratoria. La Ley Videla (derogada) señalaba que todos los funcionarios y empleados públicos debían cumplir con esa obligación, lo que llevaba a los migrantes en condición irregular a una situación de extrema vulnerabilidad, al no poder recurrir a ningún representante de instancias gubernamentales (médicos, enfermeros) por el temor a sufrir una detención y posterior expulsión. Esas normas llevaron a que se produjeron gravísimas violaciones a derecho humanos, entre las cuales, se puede mencionar la no provisión a los migrantes en situación

irregular de medicamentos esenciales para enfermedades como cáncer o HIV, afectando el derecho a la vida (Cernadas 2004).

La nueva legislación modifica esta visión reconociendo, sin perjuicio de la situación migratoria de la persona, el derecho a la salud y a la asistencia social. A su vez, en lugar de imponerle al personal estatal la denuncia de los migrantes en situación irregular, la ley obliga a ayudar y asesorar a los migrantes en sus trámites de regularización migratoria. Para sintetizar podemos decir que la nueva ley elimina la lógica de control y amenaza y la reemplaza por otra dirigida a la regularización, definiendo a la migración como un derecho.

Ahora, el efectivo goce de los derechos humanos demanda intervención estatal que garantice el reconocimiento legal, es decir, política pública. Y aquí, es preciso hacer un alto y reconocer que, si bien la nueva ley de migraciones significa un avance, no sólo son necesarias nuevas políticas que otorguen coherencia entre la norma y la vida cotidiana, sino también adecuar las actuales prestaciones estatales a esta nueva norma migratoria.

Estudios previos hacen una primera diferencia al interior de la política pública, separando las que suponen la transferencia de bienes materiales o prestaciones o recursos monetarios de aquellas que implican el acceso de algún servicio, sea profesional o técnico.

Esta diferenciación es importante, porque en términos objetivos suponen para la población general criterios de acceso diferentes, en tanto que las primeras, asociadas a tendencias de focalización y selectividad (Grassi, 2003, Laurell, 1999) presentan mayores restricciones que las segundas. En el primer caso, se observan mayores restricciones de acceso a la población migrante, aumentando los criterios de focalización y selectividad: ya no se trata de atender los sectores de mayor pobreza, sino también aquellos que den cuenta de su permanencia prolongada y legal en el país. Subyace el prejuicio del extranjero que ingresa a nuestro país en búsqueda de prestaciones sociales que en sus país de origen no están disponibles, entonces se trataría de desalentar la inmigración, aceptando sólo a aquellos que efectivamente se han radicado en Argentina. Esta inadecuación a los preceptos de la legislación migratoria se encuentra también en políticas públicas de reciente implementación, lo cual hace más evidente los procesos de fragmentación y desvinculación existentes en el Estado para atender estas cuestiones. Estos son mecanismos distintos, aunque complementarios, en lo que respecta a la forma de exclusión de la población migrante, siendo uno directo y explícito y otro encubierto e indirecto.

Los mecanismos directos son aquellos que en las leyes o normativas internas de los programas establecen *explícitamente* la imposibilidad o la exigencia de criterios especiales para el acceso de la población inmigrantes, tal es el caso de las pensiones asistenciales no contributivas por invalidez del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación⁴. Por su

parte, los mecanismos indirectos son aquellos que establecen como requisito la presentación de documentación que la población migrante por lo general no cuenta, menos aún la que se encuentra en situación irregular.

Básicamente, entonces, en estos casos, la solicitud del DNI como requisito para la inclusión se convierte en uno de los instrumentos privilegiados que dan forma a una tendencia general restrictiva y de control, aunque no evidencia criterios segregadores explícitos como en otras políticas.

En contraposición, se observa situación distinta en aquellas políticas públicas que no suponen transferencia de recursos, sea en la forma que sea, e implican, por ejemplo el acceso directo a servicios o asistencia profesional, como así también el caso de la educación, aunque no se encuentra dentro de las dependencias consideradas para el presente artículo. En estos ejemplos no aparecen criterios o elementos restrictivos para el acceso de la población inmigrante.

VI. Tensiones en la ciudadanía de la población inmigrante

Son vastos los antecedentes en lo que respecta a las normativas que progresivamente han rediseñado el enfoque de Argentina sobre los procesos migratorios, y con la relevancia de incluir en la Constitución Nacional tratados y declaraciones como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Convención Sobre los Derechos del Niño, en el año 2003 se aprueba la nueva ley de migraciones 25.871, que fue promulgada por el Poder Ejecutivo el 20 de enero de 2004, derogando la Ley 22.439 (Ley Videla) y su decreto reglamentario 1023/94. En la sanción de esta nueva Ley Migratoria puede interpretarse la búsqueda de un paulatino acercamiento a las condiciones expuestas en los tratados internacionales.

Una cuestión importante que debemos mencionar es que la Reglamentación de esta nueva legislación se concreta en junio de 2010, en tanto se sabe que la Reglamentación implica el impulso de las políticas públicas y la coordinación de proyectos y programas que den cuenta de los cambios normativos en las diferentes prestaciones de servicios sociales, educativos, sanitarios, etc. La ausencia de Reglamentación implicó también el retraso en las modificaciones y adaptaciones de las políticas públicas y por lo tanto en la accesibilidad y garantía de servicios públicos para los inmigrantes en el territorio argentino.

En esta instancia se hace necesario avanzar en la identificación de los consecuentes cambios que se deben realizar en el amplio espectro de

políticas públicas que garantizan los derechos básicos de todo ciudadano, en tanto que el efectivo goce de los derechos humanos demanda intervención estatal que garantice el reconocimiento legal, es decir, política pública. Por lo tanto es preciso examinar que si bien la nueva ley de migraciones es definitivamente un avance, no sólo son necesarias nuevas políticas que otorguen coherencia entre la norma y la vida cotidiana, sino también adecuar las actuales prestaciones estatales a esta nueva norma migratoria. Adecuar las nuevas las prestaciones implica no solo la modificación retórica de las mismas si no la capacitación del personal profesional y administrativos que brinda las mismas. En este sentido podemos sintetizar que el reconocimiento de la ciudadanía de las migrantes requiere de:

- La adecuación de la políticas publicas y particularmente las socio sanitarias al nuevo marco legislativo migratorio.
- La formación y capacitación del personal a cargo de las prestaciones.

Recordemos que al sancionarse la nueva ley migratoria se produce un cambio sustancial en relación con el derecho a la salud y los servicios sociales. Anteriormente los migrantes en situación irregular, si bien podían ser atendidos, luego eran denunciados a la autoridad migratoria⁵. El cambio legislativo implicó una modificación al reconocer, sin perjuicio de la situación migratoria de la persona, el derecho a la salud y a la asistencia social. La ley obliga a asistir y asesorar a los migrantes en sus trámites de regularización migratoria. Por lo tanto la nueva ley elimina la lógica de control y amenaza y la reemplaza por otra dirigida a la regularización.

VII. Acceso a programas sanitarios desde la voz de las mujeres

A partir de las narraciones de las propias mujeres inmigrantes, de sus vivencias alcanzadas cuando establecieron relación con algún servicio de salud público en la ciudad, podemos advertir aspectos que caracterizan la situación.

Notamos, a partir del relato de Lucy, que la posibilidad de regularizar su documentación rápidamente una vez llegada a la Argentina, incluso en un marco legal restrictivo como el que planteo la ley Videla, la ‘habilitó’ a desarrollar su vida sin ningún problema, tal como ella lo señala. Cuenta que pudo hacerse sus documentos gracias a una docente que la empleo ni bien llegó a la Argentina en la Ciudad de San Pedro de Jujuy y que nunca se sintió discriminada a lo largo de la continua relación establecida con el sistema publico de salud dado que padece de Epilepsia. Al respecto dice:

“me atiendo en la Hospital Municipal y en el Centro de Salud del Barrio, prefiero la Salita por la confianza, pero nunca me sentí discriminada. Eso si: la gente de esta ciudad me pareció, cuando llegué y me sigue pareciendo, muy fría, poco solidaria, pero no me sentí nunca algo menos o de menor categoría. Nunca sentí nada feo por hablar diferente o tener otro color de piel”.

Del mismo modo, Elena, proveniente de Bolivia, quien ingresa al país en el año 1970 y en el año 1972 logró regularizar su documentación, refiere no haber tenido ninguna dificultad en el acceso a la atención de su salud en el sector público:

“Mis hijos nacieron en hospitales, en Balcarce y acá, siempre me atendieron muy bien... después me agarró artritis hace 18 años. Siempre me atendí en el Hospital. Siempre me atendieron bien. Los remedios me los dan en el hospital. La doctora que me atiende en el hospital hace 18 años me da los remedios. Desde que me enferme siempre me atienden bien. No tuve dificultades ahí.”

Lucy incorpora al diálogo a su esposo, quien hace una acotación que debemos considerar:

“en el verano vino la hermana de Lucy de Bolivia, ella tiene problemas de tiroides. En la Salita le hicieron todos los estudios sin un ‘pero’ y eso que ella era visita!!!. También le dieron los medicamentos, y el Dr., como sabe que ella no consigue los medicamentos en Bolivia, se los va dando a Lucy para cuando vuelve a venir o para mandárselos cuando tenemos plata para la encomienda. Ella no se atendía en Bolivia porque allá todo es pago, no te dan todos los remedios que necesitas solo los mas comunes, los mas insignificantes”.

También debemos agregar a nuestro análisis la afirmación realizada por profesional que se desempeña en el servicio social del hospital local (consulta para instancias previas al trabajo que aquí se presenta) quien afirma que para la atención se solicitan documentos. Al menos en el discurso se desvincula de potencial práctica excluyente, sin embargo, plantea un escenario de posibilidad.

“Para atenderlos les pedimos documento del país de origen o partida de nacimiento, algo que demuestre que es quien dice ser”.

Lucy llama la atención sobre una situación vivida con sus hijos en la escuela hace unos 10 años aproximadamente:

“nos sentimos discriminados con mi familia en muchas oportunidades en la escuela, con las maestras, no con todas, pero había algunas que trataban diferentes a los chicos. Mi hijo, que hoy tiene 22 años, le pego un trompada a la maestra porque le dijo boliviano de mierda, fuimos hasta el Consejo Deliberante por este tema pidiendo que sancionen a la maestra”.

Lucy reconoce durante su relato, lo cual fortalece hallazgos de estudios previos y postulaciones realizadas en párrafos más arriba, las diferencias en cuanto a la asistencia estatal en Argentina comparada a Bolivia. En este sentido expresa:

“varios familiares se quieren venir para acá...lo que pasa es que el gobierno de Bolivia no nos da nada y aquí podemos tener mucho. Allá no existe nada, por eso los niños trabajan desde los 6 años vendiendo helados por la calle”.

Asimismo, Elena, refuerza la diferencia en cuanto al acceso a la asistencia estatal entre Argentina y Bolivia, sobre todo en lo referido a la atención de los problemas de salud:

“Bolivia es diferente en todo aspecto. Yo no me siento satisfecha allá. Allá algunos tienen su obra social y no les cobran, pero el q no tiene, tiene q pagar. Allá se paga todo. No los atienden como acá”.

V. Consideraciones finales

Nos propusimos observar características que asumen las prestaciones de los servicios en el ámbito de salud pública respecto a la población inmigrante provenientes de Bolivia y Paraguay, residente en la Ciudad de Tandil, desde la voz de las propias mujeres, teniendo presente el nuevo marco legal y antecedentes que problematizan los grados de adecuación entre las políticas **publicas estatales** sanitarias y la nueva ley de migraciones, donde se define a la migración como un derecho.

Hemos podido observar que la antigüedad de residencia en el país y la regularización de la documentación permiten el acceso con menores dificultades al sistema **público estatal** de salud, lo que no tiene que ver con la nueva legislación, sino con los requisitos explícitos de algunos servicios (inadecuación entre los mismos).

Una cuestión que entendemos elemental a los fines de problematizar el acceso a la salud por parte de las mujeres migrantes a partir de sus propios relatos es considerar que el análisis se encuentra atravesado por la comparación constante que las mismas protagonistas realizan de la accesibilidad en sus países de origen y la Argentina. Es decir, si partimos de conocer que en muchos casos la decisión de migrar y luego de establecerse en este país deviene del acceso, aún cuando este sea parcial y/o deficitario, al sistema público de salud y de educación; estas mujeres no develarán aun los derechos que les están siendo vulnerados por su condición de migrantes. Por lo tanto entendemos que es a través de la triangulación de los relatos de distintos actores sociales (profesionales, administrativos, migrantes), fuentes escritas (programas, políticas, legislación) y la exploración de la implementación de las mismas que se podrá alcanzar un conocimiento certero de la situación de las mujeres migrantes en el campo de la salud pública.

VI. Bibliografía

Díaz Martín, E. (2008). El impacto del género en las migraciones de la globalización: mujeres, trabajos y relaciones interculturales, en X Coloquio Internacional de Geocrítica Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales 1999-2008 Barcelona.

Mesa-lago, Carmelo (2005) Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social- CEPAL- Naciones Unidas, Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Benencia, Roberto. “La inmigración limítrofe”, En Susana Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*, (Serie Estudios del Bicentenario, Tomo I). Buenos Aires, Editorial EDHASA. 2007, pp. 571-599.

Caggiano, Sergio. “Bolivianos? En dos ciudades ¿argentinas?. Identidades sociales en procesos migratorios contemporáneos” En *Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe*. Programa Regional de Becas CLACSO Programa Regional de Becas CLACSO. Buenos Aires. 2001, 1-29.

Ceriani Cernadas Pablo. “Nueva Ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración” En Giustiniani R. *Migración, un derecho humano: ley de migraciones*. Ed. Prometeo, Buenos Aires. 2004, pp. 113-135.

Pacecca, María Inés y Courtis, Corina, 2008, “Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas”, en Serie *Población y Desarrollo*, núm. 84, Celade/Cepal, También en www.eclac.org Santiago de Chile.
http://www.msal.gov.ar/hm/site/plan_nacer/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=1 Consulta realizada el 23/04/2011
http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicas_Sociales/programas/masvida.php consulta realizada el 25/04/2011

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos): *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*. Datos disponibles en: www.indec.gov.ar

Roccatagliata, J. A. 2001. *Territorio y Gestión. Ciudades, regiones y territorios en el espacio mundial globalizado*. Editorial Docencia, Fundación Hernandarias. Bs. As.

Camacho, G. Z. 2008 MUJERES MIGRANTES: Trayectoria laboral, pérdida de capital humano y perspectivas de desarrollo para el Ecuador. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO Instituto de Estudios Ecuatorianos – IEE. Ecuador

Secretaría de Desarrollo Social – Municipalidad de Tandil. 2004. *Frente a los nuevos escenarios sociales. Hacia una Propuesta de Descentralización y Zonificación Municipal*.

Cortes, Castellanos y Anderson en Informe sobre género y derechos humanos. Vigencia de los derechos de las mujeres en Argentina (2005-2008). Equipo latinoamericano de justicia y género. Buenos Aires. 2009.

Material en línea

Ministerio de Salud de la Nación y Pcia. Buenos Aires. "Guía del Plan Nacer". En Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Acceso: 15 de noviembre de 2010. http://www.ms.gba.gov.ar/PlanNacer/documentacion/capacitacion/guia_nacer.pdf

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Acceso: 20 de noviembre de 2010. www.desarrollosocial.gov.ar

Domenech Eduardo. "La inmigración es un hecho social total, clave en nuestro tiempo". Acceso: 17 de noviembre de 2010. <http://www.cecopal.org/NewFiles/des54/des54-nota-7.html>

Organización Panamericana de la Salud - http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf

¹La OMS ha informado que Bolivia es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud. Según datos brindados por las Organización Mundial de la Salud así como del Instituto Nacional de Seguros de Salud de Bolivia en el año 2003 el acceso a la Salud desagregado por prestadores se conformaría de la siguiente forma: Atención en el ámbito Público 30%, en tanto el 25% lo hace a través de la Caja Nacional de Salud (20,8%); otras cajas de seguro social en salud (4,2%): Caja Petrolera de Salud, Seguro Social Universitario [SSU], Caja de Salud de la Banca Privada, Corporación de Seguro Social Militar, CSC, CSCO, SINEC, COTEL. El 12% de la población resuelve la atención de su salud en el ámbito Privado mediante el pago directo de servicios y seguros médicos privados. De esta forma surge que el 45% se encontraba sin acceso a servicios de salud mientras el 72,8% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado. Para el caso de Paraguay en el año 2005, según los datos también brindados por la OMS, surge que en lo que tiene que ver con la atención Pública de la salud entre el 35% al 42% de la población accede a la oferta del Ministerio de Salud. El 18,4 % lo hace a través de los sistemas de Seguridad social 18,4%: Instituto de Previsión Social o de otro tipo. En el ámbito privado encuentran respuesta el 7,0% a través del pago directo de servicios. Encontrándose sin acceso a servicios de salud el 38,6% de la población en tanto el 81,1% sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado. En informes de ambos Países se aclara que la estimación de la atención en el ámbito público es relativa por la ausencia de datos.

² ARTICULO 8° - 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.

³ Pueblo cercano a la ciudad de Tandil.

⁴ De acuerdo a lo planteado en la página Web del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se observan, entre otros, los siguientes criterios para el acceso a una pensión por invalidez *“Ser argentino o naturalizado. Los naturalizados deben contar con una residencia continuada en el país de por lo menos cinco (5) años anteriores al pedido de la pensión. Los extranjeros deben acreditar una residencia mínima y continuada en la república de veinte (20) años inmediatamente anteriores al pedido de la pensión”*.

⁵ La Ley Videla señalaba que todos los funcionarios y empleados públicos debían cumplir con esa obligación, lo que llevaba a los migrantes en condición irregular a una situación de extrema vulnerabilidad, al no poder recurrir a ningún representante de instancias gubernamentales (médicos, enfermeros) por el temor a sufrir una detención y posterior expulsión. Esas normas llevaron a que se produjeron gravísimas violaciones a derecho humanos, entre las cuales, se puede mencionar la no provisión a los migrantes en situación irregular de medicamentos esenciales para enfermedades como cáncer o HIV, afectando el derecho a la vida (Cernadas 2004).