



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Las otras deudas

Memorias y posibilidades desde el Trabajo Social

Trabajo Social Situado

Mujeres migrantes e interseccionalidad: Reflexiones sobre un ciclo de encuentros de salud con mujeres bolivianas de CABA

Por Gisela Scelzo

Fecha de recepción:	Marzo del 2022
Fecha de publicación:	Junio del 2022
Contacto:	Gisela Scelzo
Correo electrónico:	scelzo.gisela@gmail.com

MUJERES MIGRANTES E INTERSECCIONALIDAD: REFLEXIONES SOBRE UN CICLO DE ENCUENTROS DE SALUD CON MUJERES BOLIVIANAS DE CABA

**Scelzo, Gisela*

El presente trabajo aborda la experiencia de un ciclo de encuentros sobre salud y género realizado por el Equipo Territorial de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Comuna 8 de CABA junto a un grupo de mujeres migrantes bolivianas que forman parte de una organización social.

Se analizaron reflexiones surgidas en los encuentros, en torno al ejercicio de la salud sexual y la salud (no) reproductiva, el acceso a los servicios de salud, los estereotipos y la violencia de género. Se concluyó que la problematización de las participantes respecto de las situaciones que vulneran sus derechos se encuentra mediada por las categorías de género, etnia, origen nacional y clase social. En sus reflexiones pudieron identificarse los atravesamientos interseccionales de las múltiples opresiones que viven las mujeres migrantes de sectores populares.



* Gisela Scelzo - Trabajadora Social egresada de la UNLAM. Diplomada en Géneros y Movimientos Feministas, Facultad de Filosofía y Letras UBA. Residente de trabajo social en CABA.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en la rotación de la Residencia de Trabajo Social de CABA en un CeSAC del sur de CABA. El mismo aborda la experiencia de un ciclo de encuentros sobre salud y género realizado a mediados de 2021 con un grupo de mujeres migrantes bolivianas de una organización social. Esta intervención fue llevada a cabo desde el Equipo Territorial (ET) del efector.

Los ET se enmarcan en la normativa de CABA sobre la conformación de Equipos Básicos de Salud, orientada por la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). El ET que llevó a cabo esta experiencia está compuesto por profesionales de Trabajo Social, Psicología, Antropología, Medicina General, Pediatría, Enfermería y Promotoras de Salud. El mismo realiza acciones de prevención y promoción de la salud tomando como punto de partida la recuperación de las inquietudes de la comunidad y de los saberes locales con el objetivo de promover la participación comunitaria en el cuidado de la salud y mejorar el acceso a los servicios sanitarios.

MUJERES MIGRANTES Y DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS

La población boliviana es la segunda comunidad migrante en relevancia numérica en el país, luego de la comunidad paraguaya. En la CABA reside la mayor comunidad boliviana en Argentina, esta población se compone en su mayoría de personas en edad económicamente activa, con un mayor porcentaje de población femenina (Amadeo, 2017).

En relación al género de les migrantes, desde mitad del siglo XX se dio un proceso de feminización mundial de las migraciones relacionado con la transformación del rol de la mujer, quien se posiciona como sostén económico familiar, mientras continúa realizando las tareas de cuidado. Este proceso sitúa a la salud sexual y (no) reproductiva (SSR) de las mujeres migrantes como un tema de atención creciente en la agenda pública (Fanta Garrido, 2020).

Asimismo, en las últimas décadas en nuestro país el concepto de SSR se ha ampliado trascendiendo las dimensiones biomédicas de la reproducción, para incorporar el bienestar físico, mental y social relacionado con el derecho a ejercer libremente la sexualidad y la capacidad reproductiva. Esta ampliación de derechos queda plasmada en tres leyes nacionales: Ley N°25.673 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado (2004) y la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020), pero tiene como marco más amplio otras leyes como la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009), la Ley 26.743 de Identidad de Género (2012), y la Ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009). Esta última aborda como tipo de violencia a la violencia sexual¹ y como modalidad específica a la violencia obstétrica.

En materia de política migratoria en 2004 se sanciona la Ley de Migraciones N° 25.871, que 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."*** Esto implica un cambio de paradigma en la protección de los derechos humanos de les migrantes respecto de su predecesora, la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración N° 22.439 del año 1981 que prohibía a les extranjeros ***"ilegales"*** -que no tuvieran constancia de permanencia legal- desarrollar actividades remuneradas y acceder a los servicios de salud y educación. No obstante, se puede verificar en la práctica que, a pesar de la promulgación de la nueva ley migratoria, las nociones legales planteadas por la ley de 1981 continúan latentes en el imaginario social, tanto de migrantes como de natives argetines.

Por otro lado, Aizemberg (2018) en su trabajo con migrantes bolivianas, destaca que la mayoría de las investigaciones que articulan salud, género y migraciones toman como categoría de análisis totalizadora a la cultura, como un atributo homogéneo, esencialista y estático de las poblaciones migrantes. De esta forma, explican las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios de las migrantes como consecuencias directas de las diferencias culturales. La autora critica este posicionamiento y sostiene que esto culpabiliza a les migrantes y atribuye procesos sociales a características individuales, sosteniendo implícitamente que se podrían remover las barreras de acceso a la salud ***"adecuando"*** la cultura de las mujeres migrantes a la del país receptor.

Esta visión no sólo esconde un rechazo hacia la otredad y una pretensión de superioridad cultural que permea los discursos y las prácticas sanitarias; sino que señala las diferencias culturales para invisibilizar otras barreras de acceso a la salud, como las condiciones materiales de existencia en las que viven las migrantes.

A partir de estas reflexiones resulta fundamental incluir la teoría de la interseccionalidad para problematizar las barreras existentes en el acceso de las mujeres bolivianas de sectores populares a los servicios sanitarios. La interseccionalidad señala ***"que el género, el origen étnico-racial y la clase social, entre otras clasificaciones sociales, interactúan y se imbrican en las realidades sociales y materiales de la vida de las mujeres, configurando determinadas relaciones de poder y produciendo/reproduciendo un entramado múltiple de desigualdades sociales y relaciones de dominación social"*** (Aizemberg op. cit., p.7). Es decir que el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de las mujeres migrantes bolivianas de sectores populares está signado no sólo por determinantes de género -que históricamente asocian sus cuerpos a la función reproductiva-, sino también por aquellos de su propia clase social, etnia y origen nacional.

LA EXPERIENCIA DEL CICLO DE ENCUENTROS SOBRE SALUD Y GÉNERO

CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y EL TERRITORIO

La organización social con la que se llevaron adelante estos encuentros nuclea a personas

migrantes de la comunidad boliviana, siendo la mayoría mujeres. La misma se conforma como comedor comunitario y cooperativa de servicios de barrido y panadería.

Está ubicada en una urbanización informal de la Comuna 8 de CABA, donde se dan los indicadores socioeconómicos más desfavorables del distrito (Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires, 2015). En la misma reside el mayor porcentaje de migrantes regionales de la ciudad (14,9%), principalmente de Bolivia y Paraguay (Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires, 2020). En cuanto al acceso a los servicios de salud el 42,7% de la población cuenta exclusivamente con cobertura pública, siendo más del doble que el promedio de la CABA (18,7%) (Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires, op. cit.).

EL CICLO DE ENCUENTROS

La relación con la organización se dio a partir del acercamiento de mujeres referentes de la misma, quienes comunicaron al ET su interés por participar de talleres sobre SSR y violencia de género. Al ser consultadas sobre sus expectativas, las mujeres contaron que experimentan dificultades en el acceso a los servicios de salud -principalmente de SSR y de atención a infecciones de transmisión sexual (ITS)- y que la organización acompaña a muchas mujeres que atraviesan situaciones de violencia de género. Por ello, querían adquirir herramientas para acompañarse entre ellas y construir una relación con les profesionales del CeSAC que las haga sentirse cómodas al momento de acudir al mismo.

Así surge la idea de crear un ciclo de encuentros de mujeres sobre salud y género. El mismo tuvo como objetivo promover el conocimiento del propio cuerpo y deseo como formas de cuidado de la salud, desnaturalizar los estereotipos de género y problematizar las múltiples vulneraciones de derechos que viven. Para ello, en cada encuentro se trabajó de forma transversal la promoción de los derechos y el marco legislativo vigente.

Los temas se abordaron a partir de dinámicas lúdicas y proponiendo ejes de diálogo. Esto permitió que las participantes contaran experiencias propias y cuestionaran situaciones que viven respecto de su condición de mujeres, migrantes y trabajadoras de sectores populares.

VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD

Las participantes compartieron experiencias de discriminación por parte de administrativos de efectores de salud que ponen como condición de acceso a la atención sanitaria la presentación de DNI, pese a que el marco legislativo ya no lo exige: ***“Te da miedo ir a atenderte si no tenés DNI, porque te maltratan”***. También compartieron situaciones de discriminación por parte de otros usuarios en las filas para sacar turno, que las señalan como culpables de que no haya recursos para atender a les argentines, por venir de otros países ***“a llenar los hospitales”***.

Asimismo, una participante puntualizó que algunos profesionales ejercían un trato discriminatorio con les migrantes bolivianos y que le han dicho cosas como ***"no te entiendo, vení con otra persona que se sepa explicar, vení con alguno de tus hijos"***, asumiendo que al tener hijos argentinos o criados en el país iban a poder darse a entender mejor.

También las mujeres compartieron experiencias de vulneración de sus derechos como pacientes, respecto al derecho a recibir información comprensible sobre las prácticas sanitarias de las que son sujetas y al acceso a su historia clínica. Sin embargo, el principal ámbito en que identificaron situaciones que vulneran sus derechos sanitarios fue en el ginecológico y obstétrico, en cuanto al ejercicio libre de su capacidad (no) reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), siendo el método al que más les cuesta acceder la ligadura tubaria. Una participante contó que al requerir la ligadura le indicaron que debía presentar un permiso de su pareja, mientras que otra refirió que le pidieron dos testigos para acceder a la práctica. También se problematizó la situación de una mujer a la que el equipo de salud no le quiso extraer el DIU (dispositivo intrauterino), ante su pedido para buscar un embarazo, porque ***"ya tenía muchos hijos"***.

ESTEREOTIPOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Con respecto a los estereotipos de género en los encuentros se compartieron muchas experiencias respecto a cómo la hetero-cis-normatividad moldeó su infancia: ***"como deben comportarse las niñas"*** y como estas normas impactaron en la conformación de su identidad y en su forma de relacionarse romántica y sexualmente en su vida adulta: ***"de chicas nos creíamos princesas y de grandes empezamos a besar sapos para que se conviertan en príncipes, pero nunca sucedía"***.

Asimismo, las mujeres cuestionaron la invisibilización del trabajo reproductivo que realiza la ***"ama de casa"*** y se problematizó el rol machista que muchas veces ejercen los hombres en el hogar, visualizado en la exigencia hacia las mujeres de hacer las tareas domésticas, que sin embargo no son tenidas en cuenta como trabajo: ***"El hombre le dice que no trabaja, pero es más trabajo que trabajar afuera"***.

También problematizaron la desigualdad social entre varones y mujeres: ***"Estamos atravesadas por el patriarcado"***. Refirieron que este sistema se materializa en los estereotipos de género vigentes y en la naturalización de la doble jornada laboral que sostienen. Las participantes reflexionaron acerca de que no sólo trabajan realizando tareas reproductivas en el ámbito doméstico, sino que también trabajan en tareas productivas en el mercado laboral. Pero esta participación en el mercado no implica la distribución equitativa de las tareas domésticas con los hombres de su familia.

Respecto al trabajo productivo, recordaron como hito la crisis del 2001, que hizo que las mujeres que tradicionalmente trabajaban en su hogar, salieran a buscar empleo. Este hecho generó conflictividad en sus vínculos de pareja, frente a un nuevo escenario en el que ellas emergían a la esfera pública.

En relación a las dinámicas de pareja, surgieron experiencias de violencia de género de tipo física, las más claramente identificadas como violencia; de tipo económica, en cuanto a situaciones en las que el varón no permite a su pareja mujer disponer de dinero; de tipo sexual: ***"El hombre quiere tener relaciones a la fuerza y cree que tiene derecho sobre la mujer"*** y contra la libertad reproductiva, sobre la negación de la pareja a usar preservativo o a que la mujer utilice otros MAC.

Resulta interesante mencionar que una de las participantes remarcó que los estereotipos de género también se dan en las instituciones, compartió que una vez que su pareja llevó a su hija al pediatra, el profesional que lo atendió le dijo que era mejor que ***"el bebé venga a la consulta con la madre, porque entiende más"***. Ella cuestionó esta actitud diciendo que contribuía a que los hombres no se involucren en la crianza.

A mitad de los encuentros y al final se realizaron actividades de evaluación participativa. Como emergentes del trabajo conjunto, surgió por parte de las participantes la demanda de folletería sobre ITS, PAP (papanicolau) y MAC para distribuir a la comunidad. Además, propusieron realizar una cartelera con información sobre violencia de género, MAC y SSR que quedó instalada en un espacio de alto tránsito de la organización.

Por otro lado, las mujeres participantes propusieron replicar la experiencia y ser ellas las coordinadoras de encuentros de salud y género con mujeres de otras organizaciones. En base a esto, se elaboró un cuadernillo con la información que se trabajó en los encuentros para que les sirviera de guía para armar el espacio.

REFLEXIONES FINALES

El análisis que las participantes realizaron en los encuentros respecto de las situaciones que vulneran sus derechos estuvo mediado por las categorías de género, etnia, origen nacional y clase social. Esto permitió problematizar de qué modo se estructuran mutuamente estas categorías y cómo condicionan el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, es importante resaltar el impacto que generaron los planteos de las mujeres migrantes respecto de la violencia institucional en les profesionales que participamos de los encuentros. Ser confrontados por situaciones discriminatorias que ocurren no sólo en otras instituciones, sino también en la propia, hizo que el equipo se cuestionara sobre las prácticas violentas arraigadas en el CeSAC y sobre las estrategias posibles para desarticularlas.

En este sentido para poder acompañar los PSEAC de las mujeres migrantes de sectores populares es necesario un cambio de raíz en la cultura institucional de los servicios de salud -sustentada en el modelo médico hegemónico- hacia un paradigma que incorpore la perspectiva de género interseccional.

NOTAS

1. Que implica no sólo la violación, el abuso sexual y la coerción para realizar determinadas prácticas sexuales, sino también la prostitución forzada y la coerción en el ejercicio de la libertad reproductiva y en el acceso a métodos anticonceptivos.



BIBLIOGRAFÍA

AIZENBERG, L. (2019). *Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad*. Migraciones internacionales, 10.

AMADEO, E. (2017). *Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2008-2009)*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

FANTA GARRIDO, J. V. (2020). *Estado reciente de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes que residen en la Ciudad de Buenos Aires*. Migraciones internacionales, 11.

LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES N° 153. 1990.

LEY DE ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO N° 27.610. 30 de diciembre de 2020.

LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD N° 26.529. 21 de octubre de 2009.

LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO N° 26.743. 9 de mayo de 2012.

LEY DE MIGRACIONES N° 25.871. 20 de enero de 2004.

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS ÁMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES N° 26.485. 11 de marzo de 2009.

LEY DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE N° 25.673. 21 de noviembre de 2002.

LEY DE PARTO HUMANIZADO N° 25.929. 25 de agosto de 2004.

LEY GENERAL DE MIGRACIONES Y DE FOMENTO DE LA INMIGRACIÓN N° 22.439. 23 de marzo de 1981 derogada en enero de 2004.

MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2020). *Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2019. Síntesis de resultados 2019*.

MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2015). *Situación y caracterización de los asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires*.

MINISTERIO DE SALUD DE GCBA (2016). *Plan de Salud 2016-2019. Equipos Básicos de Salud*.