



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES MIGRANTES
INTERNACIONALES LATINOAMERICANAS EN SANTIAGO.**

**UN ABORDAJE DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADA DESDE EL
GÉNERO Y LOS DERECHOS HUMANOS.**

Memoria para acceder al Título de Socióloga

Nombre: Patricia Isabel Zamora Valdés
Profesora Guía: Marcela Ferrer Lües

Santiago, Chile

2009

Dedico este trabajo a mis padres, quienes me inculcaron el valor de la educación para las mujeres como único medio para asegurar la autonomía y la libre determinación de nuestras propias vidas.



AGRADECIMIENTOS

A Oxfam quienes por medio del Programa Multidisciplinario para el Diálogo Social de la Universidad de Chile apoyaron este trabajo mediante una beca de tesis que permitió financiar sus requerimientos.

A mi profesora guía Marcela Ferrer Lues, quien con su labor de orientación y valoración de la rigurosidad permitió que el producto de esta investigación resultara tan importante.

Al Servicio de Salud Metropolitano Central, especialmente a su director el Sr. Jorge Lastra quien con su interés por la situación de la población migrante que se atiende en el servicio permitió mi acceso a sus dependencias. También a los directores, asistentes sociales y al personal de los Consultorios nº 1 y nº 5, especialmente a los sectores verde y lila respectivamente, por su acogida, apertura y apoyo.

A otras mujeres generosas y sabias que orientaron mi trabajo o prestaron algún tipo de ayuda cuando la requerí, tales como: María Isabel Matamala, Silvia Lamadrid, Fanny Berlagosky, Carmen Torres y Carmen Sarsoza.

A mi amado, por los sueños compartidos y por su apoyo a lo largo de este trabajo.

Y a todas las mujeres y hombres que de una u otra manera colaboraron con la consecución de este logro.

Índice

1. Introducción.....	6
2. Planteamiento del Problema.....	8
3. Objetivos	13
3.1 Objetivo General	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4. Marco Teórico.	14
4.1 Una mirada hacia las y los que llegan: Panorama de las migraciones internacionales hacia Chile.....	14
4.1.1 Feminización de las migraciones como fenómeno en el contexto de un mundo globalizado y su especificidad en América latina.....	16
4.1.2 Caracterización de acuerdo a su origen y otras variables sociodemográficas de los y las migrantes latinoamericanos/as en Chile.....	21
4.1.3 Características socio-demográficas de las poblaciones de migrantes latinoamericanos que habitan en la Región Metropolitana de Santiago.....	28
4.2 El derecho a tener derechos: Marco jurídico internacional de Derechos Humanos relativo a Migrantes, Mujeres y Derechos Sexuales y Reproductivos.....	44
4.2.1 El Marco Jurídico Internacional: ¿Por qué? ¿Para qué?.....	46
4.2.2 Conferencias y tratados internacionales sobre Migración: Los migrantes como sujetos y sujetas de derecho.....	51
4.2.3 Conferencias y tratados internacionales sobre Mujeres: Las mujeres como sujetas de derecho.....	58
4.2.4 Conferencias y tratados internacionales sobre Salud Sexual y Reproductiva: ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?.....	63
4.3 ¿Y qué pasa con la salud de los y las migrantes en Chile?	70
4.3.1 Migración y condiciones de vida: Los costos y beneficios de la decisión migratoria para las mujeres en el contexto de los países de América latina.....	72
4.3.2 ¿Qué pasa con la salud las migrantes en Chile y cuáles son as especificidades relativas a la Salud Sexual y Reproductiva?	76

5. Marco Metodológico.....	82
5.1 Estrategia metodológica	82
5.2 Tipo de Investigación.....	82
5.3 Población y Muestra	83
5.4 Técnicas para producir información	86
5.5 Dimensiones del estudio.....	88
6. Resultados	95
1. Inserción en el país.....	95
2. Experiencia de atenderse en el consultorio	99
3. Relación con la Pareja	106
4. Atención por parte de Profesionales en Salud Sexual y Reproductiva	109
5. Uso de Anticonceptivos y conocimiento sobre Infecciones de Transmisión sexual	112
6. Principales diferencias con su país de origen	117
7. Derechos	120
7. Conclusiones.....	122
8. Bibliografía	127

I. INTRODUCCIÓN

El análisis de las migraciones internacionales ha cobrado vital importancia en el contexto de cambio que supone un mundo globalizado. Los flujos de movimiento poblacional internacional inciden directamente en las estructuras poblacionales de países de origen y destino. Los países desarrollados al contar con pirámides poblacionales mayormente envejecidas renuevan la fuerza de trabajo por medio de los flujos de inmigrantes que ingresan, en edad económicamente activa y con patrones reproductivos más altos similares a los de sus países de origen. Así también, los países en desarrollo reciben flujos de inmigrantes laborales provenientes de países cercanos. Es por ello que cobra importancia la observación de los flujos migratorios existentes al interior de regiones como América latina. La estabilidad económica, política y social son variables de importancia a la hora de analizar flujos de migración. A lo largo de la historia, países de destino mayoritario han sido Argentina, Venezuela, Costa Rica y México¹, sin embargo es interesante evaluar los cambios introducidos en los flujos migratorios derivados de las transformaciones económicas y de estabilidad social tales como las crisis económicas y los regímenes dictatoriales desde la década de 1970. En este contexto, Chile en tanto país en desarrollo se ha transformado en receptor de migrantes al interior de la región, principalmente desde la región andina.

Un fenómeno importante es el de la feminización de las migraciones internacionales², siendo las mujeres de América latina las primeras en el mundo³ en igualar cuantitativamente a sus pares hombres a la hora de migrar. Sus principales destinos se encuentran en países desarrollados, especialmente de América del Norte y Europa, constituyendo las mujeres una parte importante de los flujos migratorios en la región.

¹ Adella Pellegrino, Reflexiones sobre la migración calificada. Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República de Uruguay. http://www.sela.org/public_html/aa2k2/esp/docs/coop/migra/spsmirdi3-02/spsmirdi3-02-3.htm

² María José Alcalá et al, Estado de la población mundial 2006: Hacia la esperanza, las mujeres y la migración internacional. UNFPA, 2006, p23.

³ Patricia Cortés Castellanos. Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos Humanos, mitos y duras realidades. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo, 2005, Nº 61, Santiago de Chile, p29.

Este fenómeno⁴ cobra mayor importancia al afectar a este grupo una situación de doble vulnerabilidad por su condición de mujeres y migrantes. La combinación de estas dos características las hace objeto de peligros importantes para su integridad como seres humanos. El ser mujer en la mayor parte de los contextos culturales es razón suficiente para ser objeto de violencia simbólica, física, psicológica y económica, lo que se combina con la desprotección en términos de redes sociales de apoyo que significa ser inmigrante laboral. Favoreciendo lazos de dependencia hacia sus parejas y violencia basada en el género. También persiste la violencia económica y social ejercida por los empleadores de inmigrantes, consistente en abusos e incumplimiento de las leyes laborales de cada país, especialmente en el caso de las indocumentadas.

La migración latinoamericana hacia Chile, corresponde a flujos migratorios asociados a lo laboral y formados por personas en edad económicamente activa, hablamos de personas en busca de mejores condiciones económicas. El intervalo de edad económicamente activa contempla el subconjunto de edades correspondientes a la edad reproductiva de las mujeres, lo que las hace estar mayormente expuestas a la posibilidad de un embarazo e infecciones de transmisión sexual. La combinación de estas características puede derivar en una situación de vulnerabilidad social ligada a la generación de necesidades de salud específicas en materia sexual y reproductiva que por diversas razones pueden quedar insatisfechas y por tanto dificultades en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

En este contexto, se nos plantea una interrogante respecto de los compromisos de los Estados en el aseguramiento de sus Derechos Humanos ¿Qué pasa con su derecho a tener derechos?. Entendiendo la salud como derecho fundamental, nos preguntamos por la posibilidad que tienen las mujeres migrantes de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en un país en que las discusiones respecto de la legalidad de los métodos de anticoncepción aún se encuentran en la palestra. Buscamos iluminar, desde una perspectiva de Derechos Humanos una realidad obtusa y así dar un paso adelante en la construcción y afirmación de las ciudadanía de las mujeres en su calidad de sujetas de derechos.

⁴ CEPAL, Migración Internacional, Derechos Humanos y desarrollo, 2006.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de los años en el desarrollo de las Ciencias Sociales hemos podido observar la instalación de la perspectiva de género, elemento que integra en el análisis el estudio de la construcción simbólica de la diferencia sexual⁵ como un punto infaltable al observar las relaciones sociales. Esto es el resultado de un largo proceso de cambio al interior de sus disciplinas en torno a su carácter históricamente antropocéntrico. En sus inicios se expresó en un afán de visibilización de las mujeres protagonizado por la antropología y en la explicitación de la perspectiva antropocéntrica y eurocentrista de los análisis⁶ realizados hasta el momento. Así comienza en las Ciencias Sociales el estudio de las relaciones asimétricas de poder existentes al interior de la estructura social entre hombres y mujeres, encarnadas en el sistema sexo-género socio-culturalmente instaurado, y de las desigualdades derivadas de esta relación social.

En el caso de la jurisprudencia internacional, estas asimetrías en la relación social entre hombres y mujeres han sido reconocidas mediante instrumentos internacionales que buscan mejorar la situación de ellas modificando la situación de inequidad y desigualdad que las afecta. Este es el caso de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, 1979), ratificada por la mayor parte de los Estados latinoamericanos incluido Chile, y de la plataforma de acción de Beijing (1995). Los Derechos Humanos implican el reconocimiento de una situación de negación de ciudadanía plena a sujetos históricamente desmedrados por las relaciones de poder al interior de las diferentes sociedades y un esfuerzo por hacerlas explícitas. La construcción de la ciudadanía del sujeto mujer reviste una tarea prioritaria, siendo las mujeres más de la mitad de la población mundial y su subordinación una constante en la diversidad de las sociedades alrededor del planeta.

⁵ Montecino, S y Rebolledo, L. Conceptos de Género y Desarrollo. Serie Apuntes Docentes 1, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, 1996, p 23.

⁶ Ibid, p 25.

Así también, encontramos una jurisprudencia internacional relativa a los migrantes, expresada en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990). Existen importantes factores que hacen que los migrantes sean considerados personas mayoritariamente expuestas a situaciones de vulnerabilidad social, tales como la pobreza, ingresar en algunos casos irregularmente a los países de destino y permanecer en ellos sin documentación, o ingresar regularmente y permanecer en el país con la documentación vencida. Se trata, en su mayoría, de poblaciones que salen de sus países de origen dejando atrás redes sociales y familiares en donde habitualmente los sujetos encuentran apoyo en sus estrategias de sobrevivencia. Además la condición de inmigrante, implica repercusiones en términos identitarios, al dejar atrás sus comunidades de origen y enfrentar otros modos de relacionarse socialmente que deben asimilar en los países de destino. Es así, como las personas migrantes son más vulnerables en el contexto de las sociedades de llegada. La situación de los y las migrantes, especialmente en el caso de los empobrecidos e indocumentados, exige asegurar un mínimo aceptable en garantías para la construcción de ciudadanía en el contexto de los países en desarrollo. Al hablar de ciudadanía apelamos a un reconocimiento de la especificidad de los migrantes en el ejercicio de la titularidad de Derechos Humanos en cualquier contexto. Los derechos de estas personas deben ser resguardados aún cuando las legislaciones de los países de llegada no los incluyan como ciudadanos.

Al integrar la variable género en el análisis⁷, se ha observado que el proceso migratorio introduce grandes cambios en las vidas de los sujetos y sujetas incluso en el ordenamiento de las cargas al interior del espacio privado y en la autonomía de las mujeres respecto de lo vivido en sus países de origen. El fenómeno de la feminización cuantitativa de las migraciones hace necesario el estudio de la subordinación y/o dependencia de las mujeres como parte de los aspectos que organizan la movilidad

⁷ Luis Mora, "Las fronteras de la vulnerabilidad: Género, Migración y Derechos Sexuales y Reproductivos" en Derechos Humanos y trata de personas en las Américas, Resumen y aspectos destacados de la conferencia hemisférica sobre migración internacional, CEPAL, serie Seminarios y Conferencias n° 33, p36.

territorial⁸. La asociación de las mujeres a la función reproductora de la sociedad supone una complejidad para el ejercicio de la autonomía y libertad, haciendo patente la importancia de contar con la posibilidad de decidir la maternidad, el momento de la vida en que se quiere o no cursar un embarazo y el espaciamiento y número de los hijos. Consideraciones íntimamente ligadas a la posibilidad de la conservación o logro de un estado de absoluto bienestar físico, psicológico, emocional y social. De esta manera, surge una preocupación respecto al ejercicio del derecho a la salud de las migrantes y sus derechos reproductivos.

La condición de migrante añade muchas veces obstáculos en el acceso a la salud⁹ en su sentido más amplio, ya sea por diferencias idiomáticas, por diferencias entre los conceptos de salud y enfermedad y por el racismo de los prestadores/as, lo que además puede verse agudizado por las condiciones de pobreza y/o explotación a las que los y las migrantes se ven expuestos¹⁰. Parte del Derecho Humano a la salud son los Derechos Sexuales y Reproductivos, ambos patrimonio de todas las personas incluidos hombres y mujeres, pero el control sobre el propio cuerpo y la propia capacidad reproductiva muchas veces no están asegurados en el contexto de los países latinoamericanos lo que tiene importantes repercusiones sobre el curso vital de las latinoamericanas que son quienes asumen los problemas derivados de ello. Esto hace necesaria una mirada desde la salud sexual y reproductiva y los derechos asociados a ella, dada la especificidad de sus implicancias para la población migrante femenina.

Al recaer sobre las mujeres la mayor parte de los costos del proceso reproductivo, éstas ven mermada su capacidad para producir recursos financieros que les permitan salir de la pobreza. En el contexto de las sociedades latinoamericanas, dado su carácter altamente patriarcal, generalmente las responsabilidades de la crianza son

⁸ Ibid p9.

⁹ Helena Olea Rodríguez, Derechos Humanos y Migraciones. Un nuevo lente para un viejo fenómeno, en Anuario de Derechos Humanos, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho Universidad de Chile, 2007, p 207.

¹⁰ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, y Organización Internacional para la Migración (2002). El derecho de los migrantes a la salud. Ginebra, Suiza. P.33.

asumidas exclusivamente por mujeres y así también buena parte del trabajo reproductivo o doméstico que tiene lugar al interior del hogar. Las mujeres que migran para poder enviar remesas a sus núcleos familiares, o que lo hacen en conjunto con ellos, o en busca de la reunificación familiar, al estar alejadas del grueso de sus redes sociales y familiares pueden verse expuestas a procesos de agudización de relaciones de dependencia respecto de su parejas y/o, por otra parte, de sus empleadores y por ello a relaciones de violencia física, sexual, económica y psicológica basada en el género. Por ello, en el caso de los derechos sexuales y reproductivos es necesario asegurar especialmente para las migrantes, el control absoluto sobre su capacidad reproductiva. Esto, dados los efectos negativos de la maternidad no deseada especialmente en condiciones de pobreza, por efectos de reproducción y perpetuación de la misma, y también por los efectos adversos para la autonomía de las mujeres y su calidad de sujetas de derecho.

En el contexto de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, y su programa de acción que promueve los Derechos Humanos y la mitigación de la pobreza. Así, como también la participación de países latinoamericanos en esta conferencia y en los posteriores seguimientos a la implementación del programa de acción en los diferentes países de acuerdo a la CIPD+ 5 de 1999 y Los Objetivos de desarrollo del Milenio¹¹ convenidos en el 2000 y los compromisos internacionales adquiridos por éstos. Se hace imprescindible establecer la forma en que las mujeres migrantes hacen efectivo su acceso al ejercicio de los derechos reproductivos, asegurados en ellos y la forma en que los Estados cumplen con los objetivos establecidos por el plan de acción.

Chile, como país de tradición migratoria en el que es mayor la emigración de chilenos y chilenas hacia países desarrollados que la inmigración desde países de la región, es un país en que la inmigración latinoamericana se torna cada vez más importante aún cuando no alcanza grandes dimensiones respecto de la población total del país. El total

¹¹ UNFPA, Población, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. El programa de Acción de la CIPD: manera en que promueve la mitigación de la pobreza y la vigencia de los Derechos Humanos.

de extranjeros provenientes desde todas las latitudes corresponde a un 1,2% respecto de la población total del país, mientras que los extranjeros latinoamericanos corresponden a un 0,8% de la misma. Si bien la situación generalizada en la región corresponde a importantes deficiencias en las garantías en lo que refiere a derechos sexuales y reproductivos Chile es un caso especial. Se trata de uno de los pocos países en el mundo que penalizan toda clase de aborto incluido el aborto terapéutico y el debate aún es álgido respecto de la posibilidad de distribución universal anticoncepción de emergencia en el sistema público de salud. Las chilenas en materia de derechos sexuales y reproductivos están en una situación de vulnerabilidad importante respecto de la mayor parte de las latinoamericanas, así también es esperable que las inmigrantes latinoamericanas empobrecidas y/o irregulares en territorio nacional se encuentren en una posición desmedrada entre las desmedradas justificando así nuestra pregunta de investigación **¿Cuál es la situación de las mujeres migrantes latinoamericanas residentes en Santiago en cuanto a su acceso a salud sexual y reproductiva?**.

Esta investigación abordará la situación de las mujeres inmigrantes latinoamericanas en Chile, específicamente en la ciudad de Santiago y en la comuna de Santiago por concentrar la mayor cantidad de inmigrantes latinoamericanas a nivel nacional, centrándonos en la dimensión del derecho a la salud y específicamente el derecho a la salud sexual y reproductiva. Se buscará identificar posibles especificidades en materia de necesidades de salud sexual y reproductiva y obstáculos y/o facilitadores que las mujeres pueden encontrar para el ejercicio de los derechos reproductivos.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Caracterizar la situación de las mujeres migrantes latinoamericanas que habitan en la zona centro de la ciudad de Santiago en cuanto a su acceso a salud en general y salud sexual y reproductiva en particular.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Indagar en el comportamiento reproductivo de las mujeres migrantes.
- 3.2.2 Indagar en las necesidades de salud que poseen las migrantes y estrategias para resolverlas.
- 3.2.3 Describir las posibilidades de acceso que tienen las migrantes en materia de salud sexual y reproductiva y los determinantes de este acceso.
- 3.2.4 Caracterizar la percepción que tienen las migrantes respecto de las instituciones prestadoras de salud sexual y reproductiva.
- 3.2.5 Caracterizar la relación de las migrantes con el personal de las instituciones prestadoras de salud sexual y reproductiva.

IV. MARCO TEÓRICO.

4.1 Una mirada hacia las y los que llegan: Panorama de las migraciones internacionales hacia Chile.

En éste capítulo identificamos los determinantes sociales respecto del aumento cuantitativo de la presencia femenina en los volúmenes de migrantes y especialmente en los volúmenes de inmigrantes presentes en el país. Para esto identificamos quiénes son los migrantes que se encuentran en el país y cómo son, de acuerdo a la información obtenida por el XVII Censo Nacional de Población y el VI de Vivienda en Chile 2002.

La mayor cantidad de extranjeros en el país provienen de países de América Latina, especialmente de países como Argentina, Perú, Bolivia y Ecuador. La mayor parte de los extranjeros latinoamericanos se encuentra en la región Metropolitana de Santiago y su composición étnica corresponde principalmente al intervalo étnico correspondiente a edades económicamente activas (14-65 años) dando cuenta de una presencia sustantiva de inmigrantes laborales. Se observa un aumento importante en la proporción de mujeres dentro de esta población.

Otra variable importante relacionada con la edad de los sujetos y sujetas es la edad reproductiva, coincidiendo la edad en que las mujeres se encuentran mayormente expuestas a la probabilidad de un embarazo (15-49 años) con la edad en que forman parte de la población económicamente activa. Esta situación, denota una importante ligazón entre el fenómeno de la feminización de las migraciones laborales en la región y la importancia que para este grupo supone el acceso a la salud sexual y reproductiva.

De esta manera el estudio de las características y necesidades de los extranjeros latinoamericanos entregará importantes antecedentes respecto de la situación general de la inmigración en el país y específicamente de las migrantes latinoamericanas y las

condiciones que podrían estructurar condiciones de vulnerabilidad social en su acceso a la salud sexual y reproductiva, importantes para la construcción de un país interesado en asegurar el respeto y ejercicio pleno de los Derechos Humanos.

Este capítulo se encuentra compuesto por tres apartados. En primer lugar *Feminización de las migraciones como fenómeno en el contexto de un mundo globalizado y su especificidad en América latina*. En segundo lugar *Caracterización de acuerdo a su origen y otras variables sociodemográficas de los y las migrantes latinoamericanos/as en Chile* y finalmente *Características socio-demográficas de las poblaciones de migrantes latinoamericanos que habitan en la Región Metropolitana de Santiago*.

4.1.1 Feminización de las migraciones como fenómeno en el contexto de un mundo globalizado y su especificidad en América latina.

En el actual contexto mundial globalizado, cobra vital importancia el estudio de los movimientos de personas entre países de una misma región. En éste contexto, el fenómeno de la globalización implica la pregunta por la naturaleza de las razones que llevan a los sujetos y sujetas a movilizarse, es decir, de las razones que existen detrás de la decisión migratoria, las condiciones en que lo hacen y los costos y beneficios que esta decisión conlleva. De esta manera, consideramos necesario comenzar mirando hacia América Latina para poder situar el fenómeno de estudio en su contexto histórico-social.

La movilización de personas nos remite a un cambio en la geografía en virtud de atributos específicos de los lugares de salida y llegada de sujetos y sujetas. América Latina no escapa a esta realidad. De ésta manera es posible encontrar explicaciones de las actuales características del fenómeno migratorio en términos del rol que juegan las ciudades en determinadas regiones. En este caso estaremos de acuerdo con Saskia Sassen¹² en su planteamiento respecto del surgimiento de ciudades globales en que plantea que éstas cumplirían dos funciones, una función de producción económica y otra política a las que estaría sujeta la inserción de las respectivas ciudades en circuitos especializados globales. De esta forma, consideramos que las características del flujo migratorio intrarregional están claramente asociadas a la transnacionalización de la economía. En el contexto América Latina podríamos explicar la movilización de un gran número de migrantes intrarregionales, en base a la creación de expectativas personales de carácter económico que hacen estos sujetos en un cálculo personal de costos y beneficios respecto de la decisión de migrar, así se van conformando circuitos migratorios relacionados con ésta característica. Otro factor que de incidencia al momento de hacer esta evaluación es la globalización de las comunicaciones, dado su rol en la creación de expectativas económicas respecto de los países de destino.

¹² Saskia Sassen, Nueva geografía política, un nuevo campo transfronterizo para actores públicos y privados. <http://www.nodo50.org/dado/textosteoria/sassen.rtf>

Por otro lado, la feminización de las migraciones a nivel mundial e intrarregional obedece posiblemente a factores económicos y socioculturales relacionados con la forma en que las mujeres están insertas en las economías de los países de origen y su rol en los procesos productivo y reproductivo¹³ en las diferentes sociedades. También juegan un rol importante las condiciones de inestabilidad política y social que existe en algunos países latinoamericanos. Así, las mujeres se movilizan en términos de expectativas de mejoría respecto de su calidad de vida, y la de sus grupos familiares en términos económicos, y de autonomía para ellas mismas.

Sin embargo, la migración femenina está inserta en un proceso dialéctico con otras determinantes sociales de vulnerabilidad asociadas al género. En este sentido es necesario destacar que el trabajo femenino remunerado presenta características especiales de inestabilidad debido a su conceptualización histórica en las sociedades como complementario al trabajo remunerado masculino, en términos de su importancia para la mantención del núcleo familiar, determinando que exista una mayor inestabilidad para las mujeres en términos de empleabilidad respecto de los hombres. De esta forma, al ser conceptualizadas como primordialmente dependientes de un hombre proveedor las mujeres terminan siendo mayormente expuestas al desempleo. Esto sucede de dos maneras, en primer lugar por la presencia en los empleadores de la idea del trabajador como un hombre proveedor y en segundo lugar por la existencia de políticas públicas de empleo concebidas para privilegiar un sujeto trabajador masculino.

Por otro lado, encontramos también que los efectos de la segregación sexual del mercado laboral limitan el espectro de ocupaciones en que pueden desempeñarse las mujeres especialmente insertas en manufactura y agricultura de exportación, servicios

¹³ Silvia Chejter, Cristina Cacopardo, Brenda Pereyra, Graciela Varela, Ximena Zavala, Claudia Rojas, Migraciones, globalización y género en Argentina y Chile, Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el marco de los procesos de integración regional en América Latina: Centro de Encuentros Cultura y Mujer, CECYM, Argentina; Cotidiano Mujer, Uruguay; Fundación Instituto de la Mujer, Movimiento Pro Emancipación de la Mujer, MEMCH, Chile; Red de Educación Popular entre Mujeres, REPEM, Uruguay, 2005, p157.

de apoyo a las empresas globales y servicios personales¹⁴, limitando así también sus posibilidades de encontrar un empleo. Finalmente, otra forma de constatar la exposición a la precarización económica que afecta a las mujeres de modo preferencial, es el efecto de las políticas públicas de flexibilización laboral orientadas a la mantención de los niveles de empleo en gran parte de los Estados Latinoamericanos¹⁵ (tales como Argentina, Chile, Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú, República Dominicana entre otros), que inciden negativamente en la seguridad social de los sujetos insertos en el mercado laboral y de quienes se encuentran en relación de dependencia respecto de ellos, y que son por lo general gran cantidad de mujeres, niños y ancianos.

En este contexto, en América latina la migración intrarregional muestra desde 1980 un predominio femenino, tendencia que es mantenida en la actualidad. Según Martínez éste es un rasgo distintivo del mundo en desarrollo y los principales flujos intrarregionales así lo demuestran, fluctuando la predominancia cuantitativa de mujeres, expresada en índices de masculinidad, entre 66 hombres por cada 100 mujeres y 99 por cada cien mujeres en los países de América Latina y habiendo excepciones importantes tales como los “*argentinos en Chile y Brasil, los colombianos en Panamá, los peruanos en Venezuela y los uruguayos en Brasil*”.¹⁶ Por otro lado, y en términos generales, durante la década de 1990 es posible observar una moderada intensidad promedio de la migración intrarregional, así como una baja sostenida de la migración de ultramar. Los países que poseen los mayores stocks de extranjeros, Venezuela y Brasil, han tenido una pequeña alza en la captación de inmigrantes latinoamericanos y países como Chile y Costa Rica han experimentado importantes alzas en su stock de extranjeros. Siendo de todas formas predominante en la región el flujo migratorio hacia Estados Unidos concentrando alrededor del 75%¹⁷ de los migrantes Latinoamericanos.

¹⁴ Virginia Guzmán y Rosalba Todaro, Apuntes sobre género en la economía global, Centro de Estudios de la Mujer, p5.

¹⁵ El desempeño laboral en América latina y el Caribe 2002, OIT, 23

¹⁶ Ibid, p26. Martínez Pizarro 2003

¹⁷ Jorge Martínez Pizarro, El mapa migratorio de América latina y El Caribe, las mujeres y el género. Proyecto regional de Población CELADE UNFPA, Santiago de Chile, septiembre 2003, p 26.

Así también, encontramos que los intercambios migratorios entre países de la región poseen una larga data relacionada no sólo con las fluctuaciones de los ciclos económicos sino también muy sensible a las coyunturas de expansión o retracción de la violencia política. Es así como durante la década de los noventa, en Latinoamérica encontramos grandes flujos migratorios asociados a expulsiones de exonerados políticos y sus retornos, esta década es una década marcada por el retorno¹⁸. Por otra parte cabe recalcar que desde 1960, en cada década subsiguiente consecutiva hasta el 2000 es posible observar incrementos sostenidos en las migrantes mujeres¹⁹. No encontramos en el curso de la revisión bibliográfica pertinente a éste trabajo datos relevantes respecto del comportamiento de estas variables durante los últimos 5 años.

De esta manera, podemos evidenciar en América latina una predominancia cuantitativa de mujeres en la migración intrarregional. Así también, en Chile las mujeres latinoamericanas migrantes sobre el total de inmigrantes latinoamericanos corresponden al 53,8% de acuerdo a los datos obtenidos en el Censo del 2002. Esto plantea importantes desafíos para los países en términos de velar por el bienestar de las personas migrantes tanto en el caso de países expulsores como receptores. Estamos ante una categoría social o grupo que aumenta su importancia cuantitativa en la región pero que a la vez está expuesto a importantes factores de vulnerabilidad social asociados a su calidad de migrantes y mujeres lo que hace cada vez más necesaria dirigir la mirada hacia ellas.

De acuerdo con esto, es que basándonos en los datos entregados por el XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2002 en Chile estudiaremos algunas características de los migrantes presentes en nuestro país. La elección de esta fuente de datos corresponde a su naturaleza de fuente de datos poblacionales que creada con sentido estadístico de mayor validez en el país y de la cual es posible extraer información respecto del número de extranjeros acumulado hasta el 2002 (y los

¹⁸. Ibid, p25. Martínez Pizarro 2003

¹⁹ Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2007). El estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional, p22.

movimientos de las personas hasta los últimos 5 años) y sus características, a diferencia de los registros de entradas y salidas y residencias que poseen una amplitud de variables y disponibilidad temporal muy restringida. Además, en Chile no existen encuestas destinadas a la migración ni tampoco módulos referidos a ella en encuestas de hogares, haciendo de los censos la fuente de datos principal respecto de esta temática. Es así, como en el apartado siguiente caracterizaremos a la población migrante en Chile.

4.1.2 Caracterización de acuerdo a su origen y otras variables sociodemográficas de los y las migrantes latinoamericanos/as en Chile.

De acuerdo a los datos entregados por el XVII Censo Nacional De Población y VI de Vivienda 2002 en Chile, existe una población total de extranjeros de 184.484 personas. Al ver la desagregación por sexo nos encontramos con que 88.124 personas son hombres y 96.340 mujeres²⁰. Lo que representa un 47,8% y un 52,2% respectivamente de la población total de extranjeros presentes en el país. A su vez esta cantidad de extranjeros sobre la población total del país (16.598.074 chilenos y chilenas²¹) corresponde a un 1.1%.

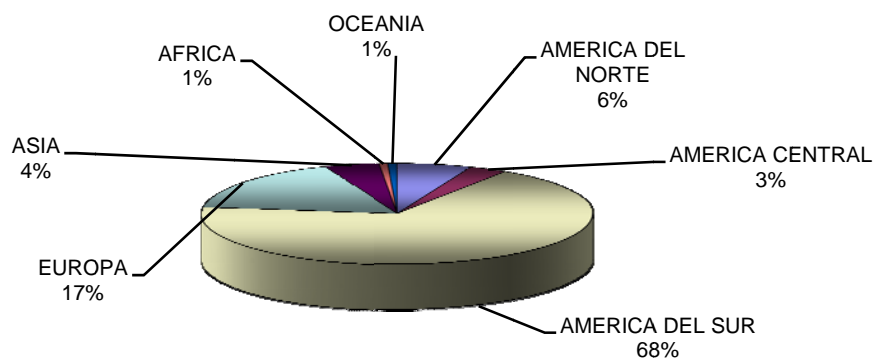
En Chile el flujo migratorio de acuerdo a los países de procedencia de los sujetos y sujetas, es mayoritariamente correspondiente a migración intrarregional. Tal y como muestra el gráfico, la mayor parte de los extranjeros censados el 2002 provenían del continente americano con un 76%, concentrando específicamente América del Sur un 67% del total, seguidos por Europa con un 17%, siendo ambos continentes la principal fuente de flujos migratorios hacia Chile. En el gráfico N° 1 podemos observar la composición de los extranjeros en el país de acuerdo al continente de procedencia.

Gráfico N°1.

²⁰ Censo

²¹ Boletín Especial de Población: ¿Cuántos somos?, INE, 2007.

Extranjeros según Continente de Procedencia (Chile, Censo 2002)



Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002.

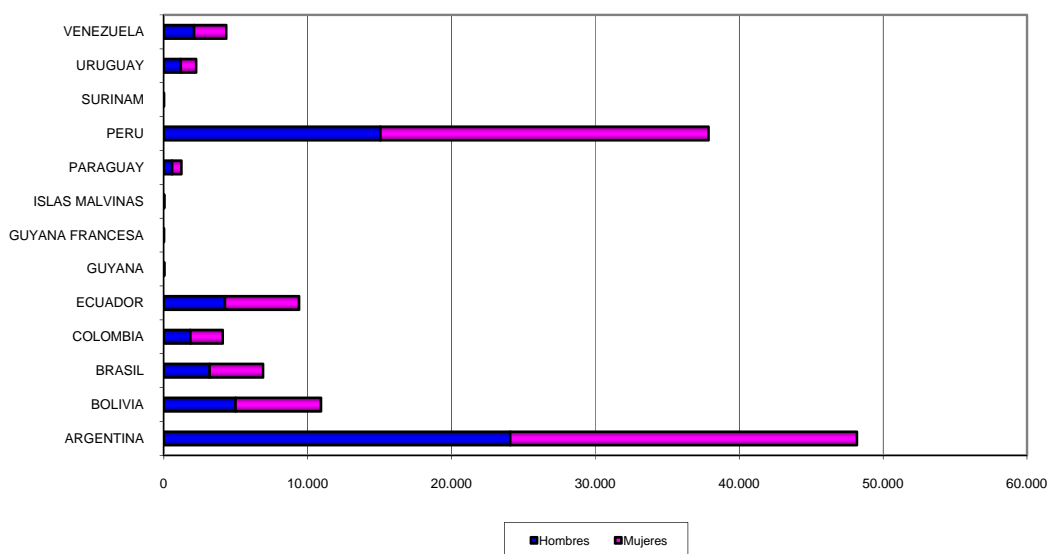
La población extranjera proveniente de los países de América del Sur alcanza los 125.161 personas (67% del total de migrantes en Chile) y posee una composición por sexo de un 54% de mujeres y un 46% de hombres. Esta población se encuentra levemente feminizada sin embargo existen diferencias en la distribución por país de procedencia de los extranjeros y extranjeras, que explican en mayor o menor medida esta distribución.

Como se muestra en el gráfico N°2, tenemos que las mayores poblaciones extranjeras de procedencia en países sudamericanos son Argentina, Perú, Bolivia y Ecuador, así ordenados de acuerdo a su importancia cuantitativa. La mayor parte de los extranjeros provenientes de América del Sur en Chile son los argentinos, 48.176 personas correspondientes un 38% de total de migrantes latinoamericanos y un 26% del total los extranjeros en Chile, éstos se encuentran distribuidos paritariamente con un 49.96% de hombres y un 50.03% de mujeres. En el caso de Perú, 37.860 personas correspondientes un 30% de total de migrantes latinoamericanos y un 21% del total los extranjeros en Chile, la diferencia es mucho más significativa a favor de la presencia femenina con un 39.75% de hombres y un 60.24% de mujeres tratándose de una población que se encuentra importantemente feminizada. Por su parte, Bolivia con

10.919 personas correspondientes un 9% de total de migrantes latinoamericanos y un 6% del total los extranjeros en Chile se encuentran distribuidos entre un 45.63% de hombres y un 54.36% de mujeres. Finalmente, en el caso de las poblaciones cuantitativamente más significativas de extranjeros latinoamericanos está Ecuador, con 9.393 personas que corresponden a un 8% del total de migrantes latinoamericanos y un 5% del total de extranjeros en el país, divididos entre un 45.23% de hombres y un 54.76% de mujeres. De acuerdo a esto podemos concluir que la presencia de extranjeros latinoamericanos en Chile se encuentra levemente feminizada.

Gráfico N°2.

Composición por Sexo de los y las Extranjeros Provenientes de América Latina (Censo 2002)



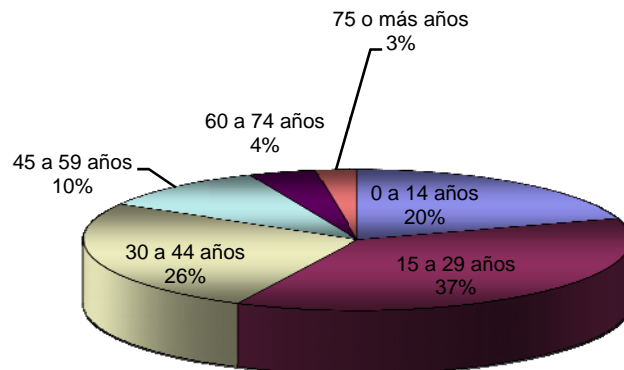
Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

Respecto de la composición etárea de la población extranjera en Chile podemos decir que ésta se concentra mayoritariamente en los intervalos correspondientes a la población económicamente activa (entre los 15 y 64 años, específicamente encontrándose los mayores porcentajes de frecuencias acumuladas en los intervalos 15-29 años y 30-44 años), tal y como se muestra en el Gráfico N°3. Así también, debemos hacer notar que dentro de este intervalo etéreo se encuentra el periodo en

que las mujeres se encuentran bajo mayor riesgo de tener un embarazo, esto es la edad reproductiva que va desde los 14 a los 49 años. Esta precisión es importante al considerar que al tener un volumen importante de población migrante, preferentemente ligado a motivaciones laborales de inmigración, y que este se encuentra formado a su vez por un volumen importante de mujeres en edad reproductiva, implica la existencia de un contingente importante de personas con necesidades en salud reproductiva de carácter ineludible en términos de que su atención o no atención puede derivar en graves problemas de salud especialmente asociados al parto, y problemas sociales asociados a la imposibilidad de ejercer control sobre su fecundidad en un periodo fértil de sus vidas sobretodo en condiciones de vulnerabilidad social derivadas de su calidad de migrantes.

Gráfico N°3.:

Extranjeros Latinoamericanos en Chile por edades (Censo 2002)



Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

Chile en tanto país receptor predominantemente de migración Andina ha experimentado un alza en la recepción de inmigrantes desde la década de 1990. Así, el

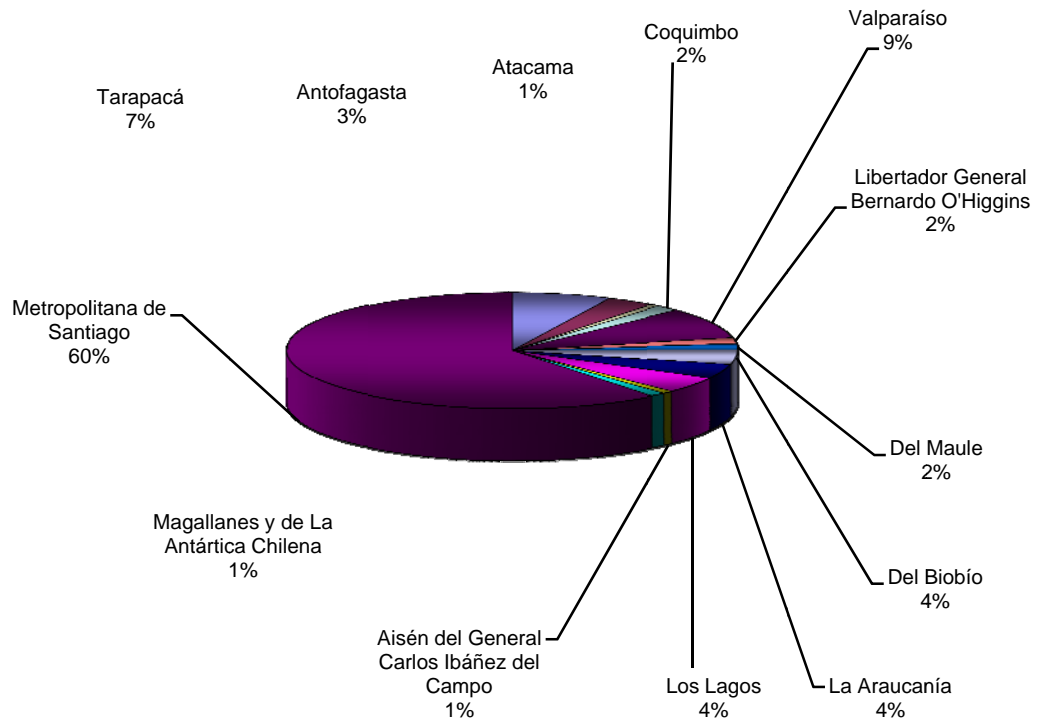
país ha llegado a poseer el mayor stock de extranjeros de su historia, aún cuando éstos no representan más del 1,1% de la población en el país. Así nos encontramos con que al año 2000 la tasa de crecimiento de los extranjeros residentes en Chile y nacidos en América latina y El Caribe alcanza el 7.4% mientras que la tasa total de nacidos en el extranjero alcanza alrededor de un 5.3%, demostrando la mayoritaria importancia del crecimiento de los migración intrarregional para el stock de extranjeros residentes en el país desde 1990 hasta la fecha²².

Los extranjeros se ubican preferentemente en la zona de la región metropolitana de Santiago (112.809 personas), concentrándose aquí alrededor del 60% de los extranjeros en el país. La Región Metropolitana es seguida muy de lejos por las regiones de Tarapacá y Antofagasta con un 7% y 3% respectivamente. En el país los extranjeros, de acuerdo al Censo del 2002 están distribuidos de la manera presentada en el gráfico N°4. En este sentido cabe destacar que estas cifras corresponden al stock de migrantes acumulado, es decir, a los migrantes que llegaron en distintas épocas hasta ahora.

Gráfico N°4.

²² Martínez Pizarro 2003 p21-23

Nacidos en otro país por Regiones (Censo 2002)



Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

De esta manera podemos decir que si bien Chile es un país de tradición migratoria, este presenta primordialmente un carácter de expulsor de migrantes hacia economías desarrolladas, aún cuando al interior de América Latina el país se haya transformado moderadamente en receptor. De hecho, las tasas de migración en el país hasta el quinquenio 1985-1990 se mantenían negativas y desde 1990 en adelante se han vuelto positivas pero bastante bajas en general, correspondiendo la proyección en los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010 a 0,4²³. Los principales países expulsores de migrantes hacia Chile, son Argentina, Perú, Bolivia y Ecuador y este volumen se haya relativamente feminizado, fenómeno que toma especial importancia en el caso de la inmigración Peruana. Finalmente, podemos decir que la mayor parte de los inmigrantes se encuentra en la región Metropolitana de Santiago, actualmente el centro económico

²³ CEPAL-CELADE, América latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Boletín Demográfico N°73, Enero 2004, Santiago, Chile, p, 28

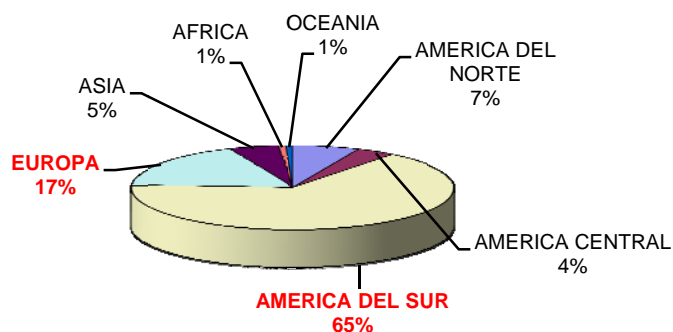
y administrativo del país y que dada la predominancia absoluta de inmigrantes en edad correspondiente a edad económicamente activa (PEA, 14 a 60 o 65 años respectivamente para mujeres y hombres), que el flujo corresponde principalmente a trabajadores y trabajadoras migrantes. En el caso de las mujeres, este fenómeno además conlleva otra dimensión que refiere a que la edad reproductiva se encuentra dentro del periodo de principal actividad económica a lo largo de la vida de las personas como es la PEA y esto supone una importante complejidad en materia de necesidades de acceso al sistema de salud.

4.1.3 Características socio-demográficas de las poblaciones de migrantes latinoamericanos que habitan en la Región Metropolitana de Santiago.

De acuerdo a los datos aportados por el XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda realizado en Chile el año 2002, la mayor parte de los extranjeros/as en Chile provenían de países latinoamericanos y se encontraban mayoritariamente en la Región Metropolitana. Más específicamente de los 184.464 extranjeros y extranjeras registrados a nivel nacional y de los cuales 125.161 correspondían a extranjeros provenientes de países latinoamericanos, alrededor de 73.829 fueron registrados en la región metropolitana y al interior de ésta 65.944 se encontraban en la provincia de Santiago. Es así como a nivel de esta región, podemos observar también que la procedencia de extranjeros registrados de acuerdo a continentes es mayoritariamente correspondiente a países de Sudamérica seguidos muy lejanamente por los países Europeos con un 64% y un 18% respectivamente. Esto mantiene la tendencia a observada a nivel nacional y es lo que se observa en el gráfico N°5.

Gráfico N° 5

Extranjeros en la Región Metropolitana de Santiago según Continente de Procedencia (Censo 2002)



Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

La tendencia en la composición de acuerdo a continente de procedencia se mantiene exactamente igual en términos porcentuales entre la región Metropolitana de Santiago y la provincia de Santiago.

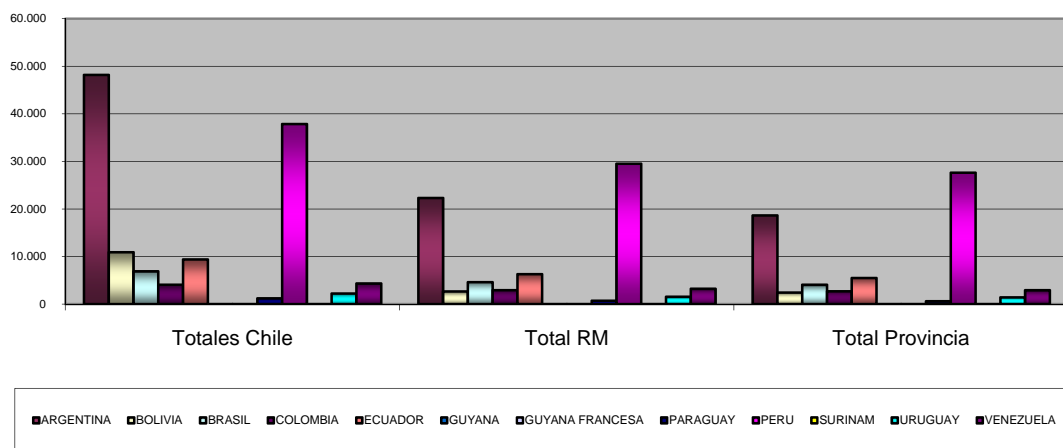
Por otro lado, si miramos la composición de la población de extranjeros residentes en la región Metropolitana de Santiago desagregando respecto del país de procedencia podemos observar que la población mayoritaria cambia respecto de lo observado a nivel nacional, en que el mayor volumen de extranjeros corresponde a la población de procedencia Argentina (26% del total de extranjeros y 38% del total de extranjeros latinoamericanos en Chile, porcentaje que en el caso de la Región Metropolitana baja a un 30%), representando en éste caso la población de mayor importancia la constituida por los extranjeros procedentes de Perú con 29.496 personas representando un 40% de los extranjeros latinoamericanos en la Región Metropolitana. A las y los inmigrantes peruanos, les siguen en importancia cuantitativa las y los extranjeros provenientes de Argentina con 22.320 personas lo que porcentualmente corresponde a un 30% del total de la Región Metropolitana, a lo que sigue muy lejanamente Ecuador con 6.297 personas acumulando un 9%, Brasil con 4.612 personas correspondientes a un 6% y finalmente Bolivia con 2.659 personas y un 4%, al igual que Venezuela y Colombia. Cabe destacar también el cambio en la composición en términos cuantitativos, respecto de la composición total nacional. Aquí podemos ver mayor presencia de personas procedentes de Brasil y volumen que antes no estaba entre las 4 primeras mayorías. Además debemos destacar el hecho del cambio observado también en la posición de Ecuador y Bolivia, aumentando acá la participación de Ecuatorianos/as y bajando la de Bolivianos/as respectivamente.

En el caso de la provincia de Santiago, en la cual se concentra la mayor cantidad de extranjeros a nivel nacional podemos observar un pequeño cambio cuantitativo respecto de la participación de Peruanos/as y Argentinos/as en el porcentaje total, con 27.635 y 18.642 personas respectivamente correspondiendo a un 43% y un 28% en cada uno de los casos, implicando una pequeña alza para Perú y a su vez una pequeña baja en el porcentaje de Argentinos/as, manteniendo el resto de las participaciones de los países en el total. De esta manera podemos decir que el

comportamiento de la composición de la población extranjera proveniente de países latinoamericanos varía levemente entre el nivel nacional y la Región Metropolitana de Santiago y a su vez también se mantienen las tendencias en el nivel de la provincia de Santiago (se debe considerar que la provincia de Santiago ocupa la mayor extensión en la Región Metropolitana, lo que hace al dato esperable). La variación destacada en las proporciones es posible de apreciar en el gráfico N° 6.

Gráfico N°6

Extranjeros por países de América Latina en Chile, Región Metropolitana y Provincia de Santiago (Censo 2002)

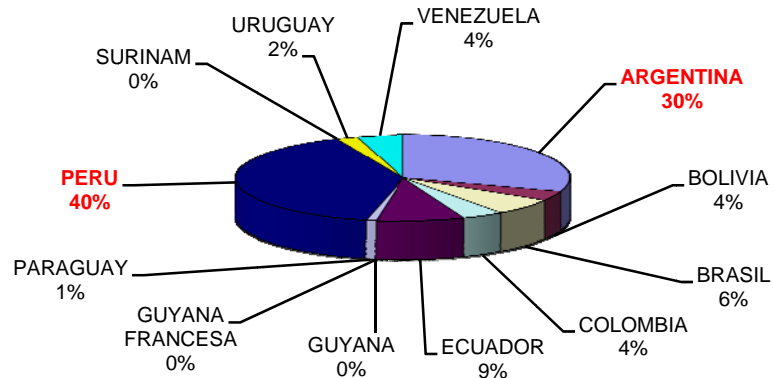


Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

La composición específica del volumen de extranjeros en la región Metropolitana de Santiago puede observarse en el gráfico N°7.

Gráfico N°7

Extranjeros Provenientes de América del Sur en la Región Metropolitana de Santiago
(Censo 2002)

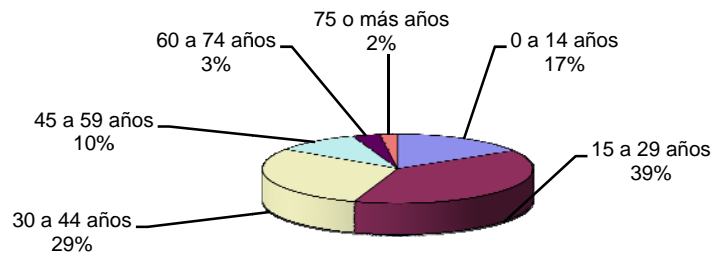


Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

Por otro lado al observar la composición étnica de los extranjeros latinoamericanos en la región metropolitana, en el gráfico N°8, nos encontramos con que tal y como sucedía nivel nacional estos/as se encuentran mayoritariamente en el intervalo de los 15-29 y 30-44 años con 40% y 29% respectivamente, correspondiendo esto a 28.705 y 21.587 personas en cada caso. Intervalos correspondientes a la población económicamente activa y a su vez en el caso de las mujeres a población en edad reproductiva. Además nos es posible observar un porcentaje importante de población infantil, es decir, entre los 0 y 14 años.

Gráfico N°8

Extranjeros Provenientes de países de América del Sur en la Región Metropolitana de Santiago (Censo 2002)

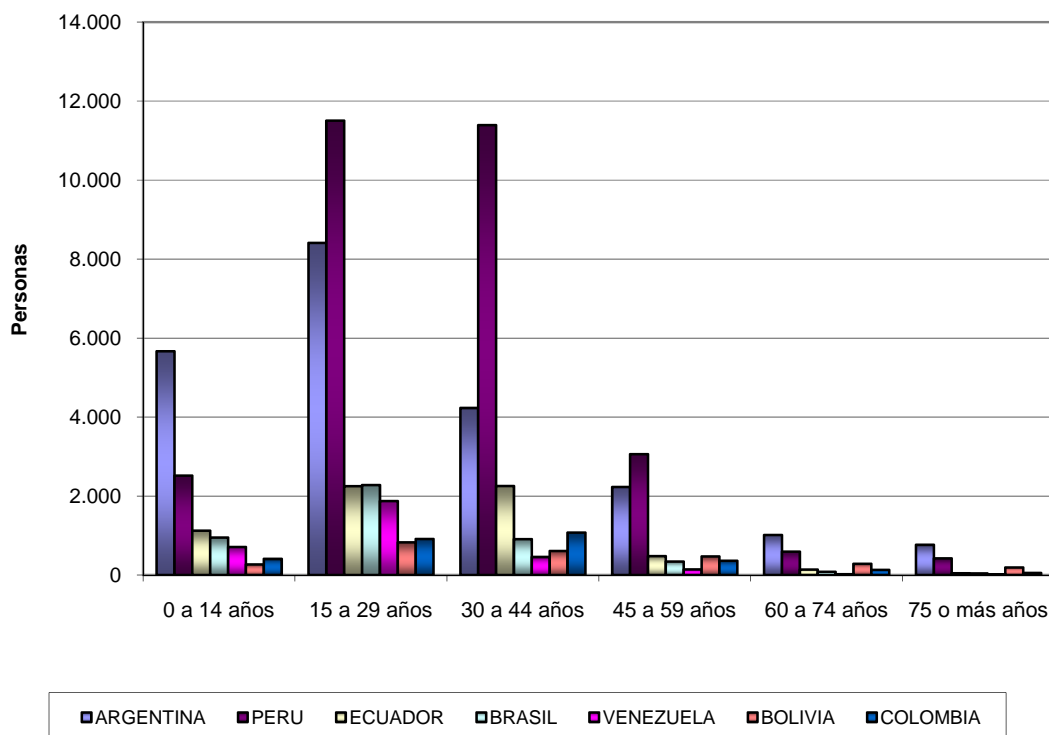


Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

En el gráfico N°9 podemos observar la composición etárea de las poblaciones cuantitativamente más importantes de extranjeros residentes en la Región Metropolitana de Santiago. Acá se puede observar la tendencia en su composición etárea para cada población de acuerdo a su país de procedencia. La población en este caso cuantitativamente más importante es la peruana, esta se concentra mayoritariamente entre los intervalos 15-29 años y 30-44 años con 11.507 y 11.392 personas respectivamente, para descender sustantivamente en el caso de los intervalos 0-14 años y 45-59 años. En segundo lugar en el caso de la población argentina, la mayor parte se encuentra en el intervalo 15-29 años y 0-14 años para tener una baja sustantiva respecto del intervalo 30-44 años. En el caso del resto de los países nos encontramos con que los máximos observados también se encuentran entre éstos intervalos sin embargo la diferencia cuantitativa respecto del resto de los intervalos etéreos no corresponde a una diferencia sustantivamente importante respecto de una concentración de sus volúmenes de población en los intervalos etéreos correspondientes a la población económicamente activa.

Gráfico N°9

Extranjeros provenientes de países seleccionados de América del Sur en la Región Metropolitana de Santiago Según Edad (Censo 2002)



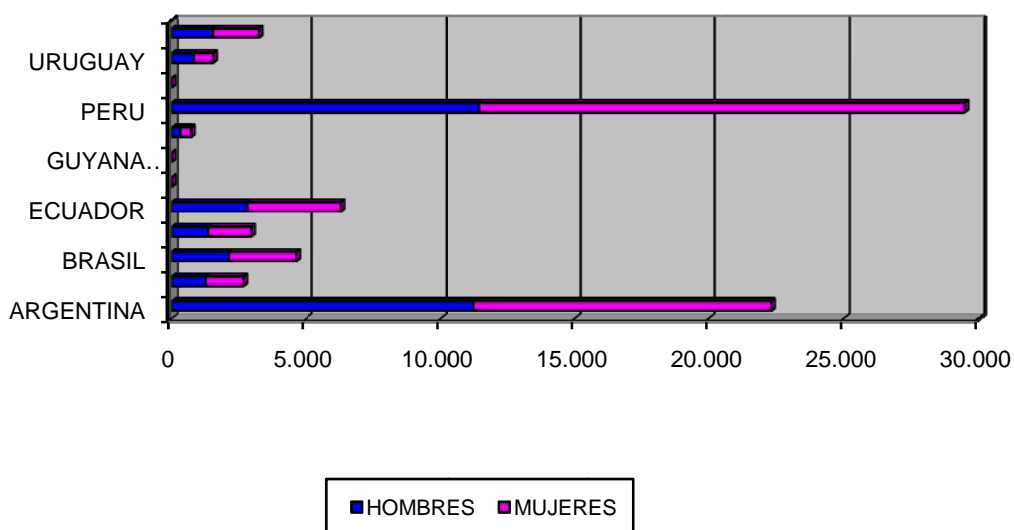
Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

Respecto de la composición por sexo de las poblaciones de extranjeros (gráfico N°10) provenientes de países latinoamericanos podemos observar que salvo en los casos de Argentina (50.41% hombres y 49.59% mujeres) y Uruguay (53.11% hombres y 46.89% mujeres) las mujeres superan numéricamente a los hombres por un porcentaje que rodea entre un 4% a un 10% y que el flujo proveniente de Perú es que posee la diferencia más significativa con 38.85% de hombres y un 61.15% de mujeres, es decir, un 22,29% a favor de la presencia femenina. Esta misma información expresada en índices de masculinidad corresponde a lo observado en el cuadro N°1.

INDICES DE MASCULINIDAD EN POBLACIONES DE MIGRANTES PROVENIENTES
DE PAÍSES SELECCIONADOS PRESENTES EN CHILE (Censo 2002)

	HOMBRES	MUJERES	IM
ARGENTINA	11.251	11.069	102
BOLIVIA	1.258	1.401	90
BRASIL	2.118	2.494	85
COLOMBIA	1.348	1.601	84
ECUADOR	2.796	3.501	80
GUYANA	4	5	80
PARAGUAY	320	397	81
PERU	11.460	18.036	64
URUGUAY	819	723	113
VENEZUELA	1.529	1.696	90

Extranjeros provenientes de países Sudamericanos en la Región Metropolitana de Santiago por Sexo (Censo 2002)



Elaboración propia con base en los datos del Censo de 2002

Si consideramos la estructura etárea y la composición por sexo de los principales volúmenes de migrantes latinoamericanos, como son los flujos provenientes desde Argentina y Perú, podemos destacar que la estructura de sus pirámides poblacionales presenta importantes diferencias entre sí. En el caso de la población inmigrante argentina esta se concentra principalmente entre las categorías 15-29 años (37%) y menores de 15 años (31%), presentando una estructura por edades muy parecida a la de la población chilena y como ya habíamos mencionado una composición por sexo muy equilibrada. Esto preliminarmente puede atribuirse a que la inmigración argentina se realizaría mayoritariamente en base al traslado de grupos familiares por sobre las migraciones de una persona en solitario y a una importante presencia de niños hijos de retornados en la década de 1990. Estos rasgos de su pirámide poblacional explicarían en parte la relativa invisibilidad de los inmigrantes argentinos en términos de la

sociedad chilena. Por otro lado en el caso de la estructura poblacional de los y las inmigrantes provenientes desde Perú, podemos observar que se encuentran ampliamente concentrados en los intervalos 30-44 y 15-29 (ambos cercanos al 37%) y que presentan una escasa participación de los segmentos correspondientes a niños y ancianos. Demostrando un marcado carácter laboral en su decisión de migrar. Este dato sumado a la amplia concentración de éstos en la región metropolitana y más aún en comunas céntricas de la provincia de Santiago, serían importantes a la hora de explicar su presencia en el imaginario social como un grupo que se encontraría masivamente presente en nuestro país, idea que como hemos visto se encuentra absolutamente alejada de la realidad por cuanto el porcentaje de extranjeros en el país (1.2%) es absolutamente marginal.

Por otro lado, y como ya habíamos comentado, existe un patrón de segregación residencial diferenciado al interior de la Provincia de Santiago entre las poblaciones de inmigrantes argentinos y peruanos. Este puede observarse claramente en los gráficos N° 11 y 12. Mientras que la población inmigrante argentina se encuentra distribuida en términos espaciales heterogéneamente y en cuanto a la variable sexo no existen mayores diferencias en su locación en las comunas, la inmigración peruana se encuentra localizada preferentemente en la comuna de Santiago y secundariamente en la comuna de las Condes. Esta tendencia diferencial de argentinos y peruanos en cuanto a su localización al interior de la Provincia de Santiago es posible de corroborar con los valores del índice de Duncan, para los datos del Censo del 2002, en donde valores cercanos a 0 corresponden a una inexistencia de segregación residencial y valores cercanos a 1 se leerán como de una muy alta segregación residencial. En el caso de la población peruana en Santiago esta medida al ser calculada por distritos corresponde a un valor de 0.48 y por comunas a un 0.42, y en el caso de los migrantes argentinos corresponden a un 0.21 y 0.18 respectivamente²⁴. Lo que para los valores del índice recabados por la empiria corresponde a un nivel alto de segregación en el caso de los peruanos.

²⁴ Camilo Arriagada Luco , Diagnóstico Cuantitativo, Santiago, MIURBAL, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Universidad de Chile, 2005. Disponible en http://www.miurbal.net/focus_santiago.html

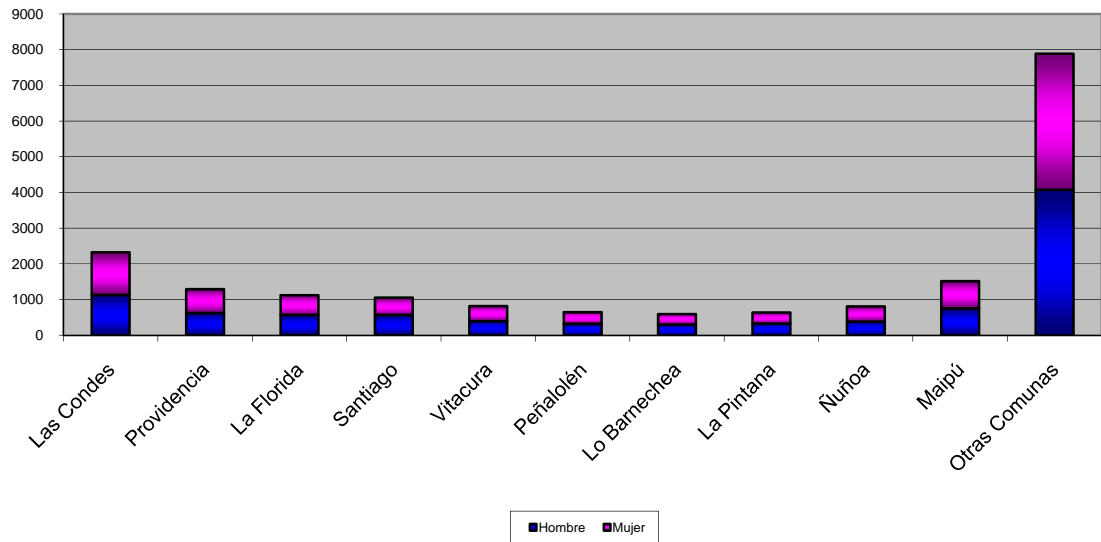
Por otra parte, cabe resaltar que en el caso de la inmigración peruana el patrón de segregación residencial se encuentra además altamente diferenciado si incluimos la variable sexo, puesto que en las comunas del sector oriente tales como Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea y (en menor medida) Providencia estos volúmenes de población se encuentran intensamente feminizados con índices de masculinidad (medida en la cual un valor cercano a 100 significa equilibrio absoluto entre las proporciones de hombres y mujeres) con valores de 20,9; 11,8; 14,3 y 45,2 respectivamente²⁵. En el resto de las comunas las proporciones de hombres y mujeres inmigrantes procedentes desde Perú se encuentra equilibrada. Esto probablemente se debe a los altos niveles de ocupación de mujeres en el trabajo doméstico en las comunas del sector oriente de la provincia. Es importante destacar además la vulnerabilidad que supone para las mujeres peruanas trabajadoras emplearse en el servicio doméstico en términos del desarraigo que esto implica y de la relativa incomunicación en cuanto a redes sociales que supone emplearse residiendo empleada puertas adentro en nuestro país exponiéndose a violencia y abusos laborales o de cualquier otra índole por parte de sus empleadores y empleadoras²⁶.

Gráfico N°11

²⁵ Martínez Jorge (2003). El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002, Serie Población y Desarrollo N° 49. CEPAL , Santiago, 2003, p 40.

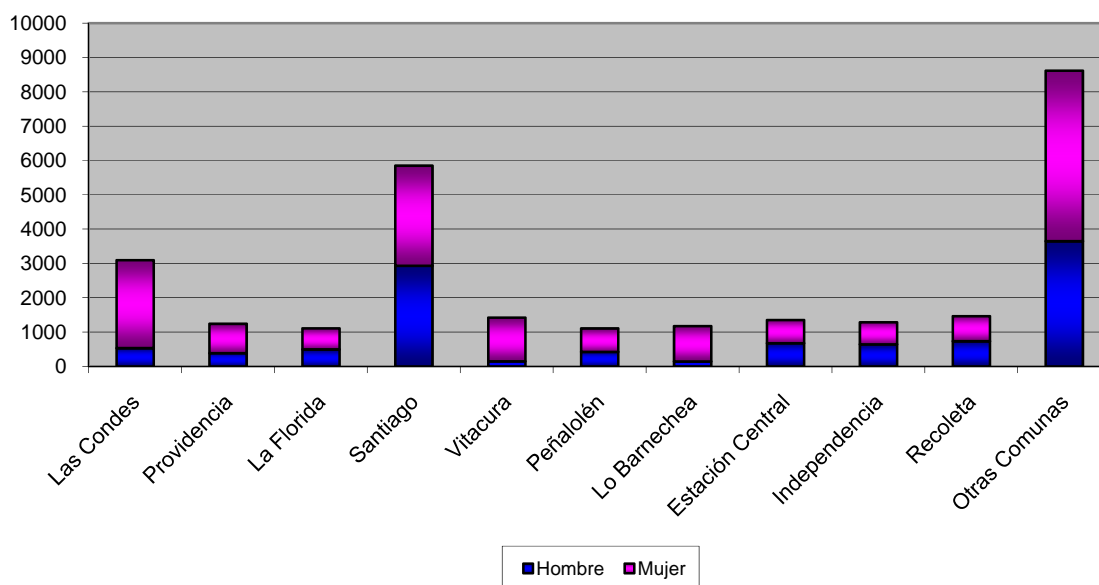
²⁶ Rosario Corcoll, “Quieren nana las 24 horas”, Entrevista para BBC NEWS disponible en http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2006/trabajadoras_hogar/newsid_5049000/5049202.stm

Personas nacidas en Argentina por sexo y comuna de residencia, en comunas seleccionadas de la provincia de Santiago



Elaboración propia con base en los datos de: Martínez Jorge, **El encanto de los datos. Sociodemografía de la Inmigración en Chile según el censo de 2002.**

Personas nacidas en Perú por sexo y comuna de residencia, en comunas seleccionadas de la provincia de Santiago



Elaboración propia con base en los datos de: Martínez Jorge, **El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002.**

Otro tema relevante para esta caracterización corresponde a la participación laboral de los extranjeros latinoamericanos. En general, de acuerdo a los datos obtenidos en el Censo del 2002, en Chile los extranjeros latinoamericanos de acuerdo a los principales países de procedencia poseen altos porcentajes de participación laboral. En general en el caso de los hombres esta siempre se encuentra por sobre el 70% destacándose el caso de los peruanos que se alzan por sobre el 80%. Si miramos los porcentajes de participación laboral de las mujeres podemos encontrar un cambio cuantitativo respecto de los principales países de origen. En este caso son las argentinas quienes poseen un menor porcentaje de participación laboral encontrándose bajo el 40% y las bolivianas que apenas lo sobrepasan con 43% aproximadamente. Por otro lado, es posible observar que el grupo de mujeres extranjeras latinoamericanas de mayor participación laboral es el de las peruanas alzándose por sobre el 75%, seguidas por las ecuatorianas que poseen un 60% de participación laboral. Es importante relevar

que en el caso de peruanos y peruanas los porcentajes de participación laboral se encuentran muy por sobre las cifras asociadas a la población extranjera total para la misma variable, en este caso cercana al 50% para las mujeres y por sobre el 70% para hombres²⁷. En éste sentido además es importante retomar los datos que nos entrega la desagregación por sexo en el caso de las extranjeras, puesto que estas cifras se hayan muy por encima del porcentaje de participación laboral de las mujeres chilenas estimado en un 36%²⁸.

Los principales sectores de inserción de inmigrantes en Chile corresponden al servicio doméstico (16%), el comercio minorista (13%) y, muy lejanamente, las actividades empresariales (9%). Esto se puede contrastar con los principales sectores en que se concentra la participación de la población económicamente activa en Chile que corresponde a un 20% de ocupados/as en el comercio minorista, un 12% en industrias manufactureras y apenas un 6% en el servicio doméstico²⁹. De esta manera en el caso del servicio doméstico y las otras ocupaciones podemos darnos cuenta de una mayor inserción de los inmigrantes latinoamericanos en sectores de inserción laboral en la economía que representan un menor interés para la población chilena, disminuyendo sus porcentajes de participación en la medida que hay una mayor inserción de chilenos en la ocupación.

Es importante destacar que al desagregar la cifra de la población económicamente activa de los extranjeros provenientes de países latinoamericanos existen diferencias entre las poblaciones de los principales países de procedencia. En el caso de la población peruana existe una importante concentración ocupacional referida a que se encuentran principalmente ocupados en el servicio doméstico (43%). En el caso de Argentina no existe tal concentración encontrándose como los principales sectores de ocupación de hombres y mujeres a las áreas de comercio y servicios con un 22.4 y

²⁷ Martínez Jorge (2003). El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002, Serie Población y Desarrollo N° 49. CEPAL, p 31.

²⁸ Camhi Rosita. Participación laboral de la Mujer: Mitos y Realidades, Serie Informe Social N° 84, Libertad y Desarrollo, Chile, 2004, p1.

²⁹ Martínez Jorge (2003). El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002, Serie Población y Desarrollo N° 49. CEPAL, p 43.

36.7% respectivamente. Para los efectos de nuestro estudio es importante relevar que la cifra de peruanos incorporados preferentemente en el servicio doméstico corresponde a que más del 71% de las mujeres inmigrantes peruanas se encuentran ocupadas en ésta área y que ésta segmentación ocupacional está importantemente cruzada por la variable género, puesto que al mirar las principales ocupaciones en el caso de los hombres inmigrantes peruanos las cifras son muy parecidas a las de los inmigrantes argentinos, concentrándose la mayor parte de los hombres inmigrantes peruanos en los sectores comercio y servicios correspondientes al 22.2% y al 26.5% respectivamente. De esta manera, debemos destacar la importante vulnerabilidad que en el caso de las inmigrantes peruanas esto significa, puesto que ven limitado el espectro de ocupaciones en que pueden insertarse laboralmente y por lo demás se ven absolutamente concentradas en un sector de la actividad económica que, dada su naturaleza de estar inserto en el espacio privado correspondiente a la actividad reproductiva, es escasamente fiscalizado en cuanto a cumplimiento de leyes laborales³⁰ siendo fuente de amplias transgresiones en materia contractual, de seguridad social, control del tiempo y que en términos culturales es escasamente valorada al interior de la sociedad chilena en términos del prestigio asociado a esta ocupación.

A modo de síntesis de éste capítulo, podremos decir que de acuerdo a la información obtenida por el Censo 2002 y de acuerdo a la información existente respecto de los extranjeros censados podemos considerar que aproximadamente la población en cuestión posee las siguientes características.

En su mayoría los migrantes en Chile provienen de países de América Latina constituyendo en su conjunto alrededor de un 67% del total de los extranjeros en el país. De acuerdo a esto además la mayor parte de éstos provienen de países tales como Argentina (48.176 personas), Perú (37.860 personas), Bolivia (10.919 personas) y Ecuador (9.393 personas) representando un 38%, 30%, 9% y 3% respectivamente del total de extranjeros latinoamericanos en Chile.

³⁰ CEM, Un trabajo como otros: Las trabajadoras de casa particular, Argumentos para el cambio Nº 25, 1998. Disponible en <http://www.cem.cl/argumentos/ediciones/argu25.htm>

La mayor parte de los extranjeros se encuentra en la región Metropolitana de Santiago con un 60% del total de extranjeros del país. La tendencia a la predominancia de extranjeros Latinoamericanos se mantiene en estos lugares de amplia concentración poblacional y también su composición etárea y por sexo.

Así, la composición etárea de los extranjeros provenientes de países latinoamericanos corresponde principalmente a los intervalos etáreos entre 15-29 años y 30-44 años, acumulando 29% y 26% cada intervalo respectivamente a nivel nacional, a nivel de la Región Metropolitana esto alcanza el 38.9% y el 29.2% respectivamente. Esto da cuenta de una presencia sustantiva de inmigrantes laborales por encontrarse la mayor parte de los sujetos en edad económicamente activa, es decir entre los 14 y 65 años. Otra determinante social relacionada con la edad de los sujetos y sujetas es la edad reproductiva en el caso de las mujeres, entre los 15 y 49 años, encontrándose ésta dentro del intervalo de la población económicamente activa y denotando así la importancia que para este grupo (de mujeres trabajadoras migrantes) supone el acceso a la salud sexual y reproductiva. Cabe destacar también el hecho de que en general la población de migrantes latinoamericanos se encuentra mayormente incorporada a la fuerza laboral respecto de la población nacional, ocurriendo esto mucho más marcadamente entre las mujeres extranjeras latinoamericanas respecto de las chilenas.

Por otro lado, si miramos la composición por sexo, nos encontramos con que en general los flujos migratorios en consideración de los países de proveniencia presentan una leve mayoría femenina respecto de los hombres. El índice de masculinidad para el total de los migrantes en territorio nacional corresponde a 91 hombres por cada 100 mujeres y para el caso de los migrantes latinoamericanos también a nivel nacional de 84 hombres por cada 100 mujeres. De esta manera, cabe destacar que el flujo de migrantes provenientes desde Perú se encuentra marcadamente feminizado con un índice de masculinidad correspondiente a 66 hombres por cada 100 mujeres a nivel nacional y a 64 hombres por cada 100 mujeres a nivel de la Región Metropolitana,

presentando una sustantiva proporción mayoritaria de mujeres respecto de la de hombres.

De esta manera, habiendo ya caracterizado a nuestra población de interés correspondiente a las migrantes latinoamericanas en Chile y las características sociodemográficas que las hacen especialmente vulnerables ante la necesidad de acceso a la salud sexual y reproductiva es que nos aprontamos en el apartado siguiente a abordar el marco jurídico internacional y nacional que las ampara en materia de Derechos Humanos y en la legislación nacional.

4.2 El derecho a tener derechos: Marco jurídico internacional de Derechos Humanos relativo a Migrantes, Mujeres y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Para hablar de Derechos Humanos de los migrantes, y específicamente el derecho a la salud sexual y reproductiva de las migrantes, debemos primero comprender qué son estos derechos, en qué medida son exigibles y mediante qué mecanismos se hace factible esta exigibilidad. Es necesario vislumbrar qué es lo que otorga legitimidad al paradigma de los Derechos Humanos como para que los Estados deban ceñirse a sus instrumentos.

¿Qué significa que un tratado internacional de Derechos Humanos sea vinculante?
¿De qué manera un Estado está obligado o no a respetar los pactos y convenciones internacionales de Derechos Humanos?

El tipo de pregunta que recién planteamos es de vital importancia para entender la especificidad de la relación entre soberanía estatal sobre sus leyes y las obligaciones que plantea el sistema internacional de Derechos Humanos que apela a un orden supranacional de los derechos que los individuos pueden exigir frente a los Estados.

Un tratado internacional de Derechos Humanos implica garantías explícitas para los individuos que los resguardan frente al Estado, sea éste el Estado en que nacieron o simplemente en el que residen en el caso de que éstos no coincidan. Estos derechos les son inherentes solo por su calidad de seres humanos, de esta manera son universales, indivisibles e irrenunciables o enajenables. Sin embargo, los Derechos Humanos poseen naturaleza convencional y esto demarca una diferencia entre la aspiración de los sujetos en cuanto a los conceptos y la realidad de su estado conceptual en la práctica, y otra diferencia aún más marcada respecto del Estado de su cumplimiento por parte de los Estados.

Un tratado, convenio o pacto es vinculante porque obliga al Estado a su cumplimiento, mas no todos los instrumentos son vinculantes. En el caso de que se trate de un instrumento vinculante, el Estado es obligado a su cumplimiento en la medida en que lo

ha firmado y su parlamento lo ha ratificado. Sólo desde ese momento es que el contenido de un derecho queda garantizado para los habitantes de un Estado particular y esa es la razón de esa diferencia entre lo *que debería ser* y *lo que es* en materia de Derechos Humanos y su exigibilidad.

El presente apartado se refiere a este tipo de distinciones, a cual es el contenido reconocido de ciertos derechos y qué es lo realmente exigible frente al Estado de Chile

4.2.1 El Marco Jurídico Internacional: ¿Por qué? ¿Para qué?

El concepto de Derechos Humanos se funda en la existencia de la dignidad humana como atributo común que hace iguales a hombres y mujeres. En este sentido, este argumento se erige como el único fundamento capaz de traspasar las fronteras culturales. Los Derechos Humanos son derechos de naturaleza convencional y no emanan de un orden natural. Desde una perspectiva jurídica, los Derechos Humanos podrían entenderse como *“las condiciones necesarias que habilitan al ser humano a actuar como agente moral en un contexto determinado y que justifican la existencia de un sistema jurídico para su protección”*³¹.

Este marco ha sido cuestionado en el plano internacional respecto de su legitimidad como marco ético universal³² en términos de su transculturalidad o si se prefiere de la homogeneidad cultural presentes en ellos, sin embargo esta dificultad ha sido salvada mediante el fundamento de la dignidad humana. Por otra parte, y en el caso de la especificidad cultural inherente a América latina, podemos decir que el enfoque latinoamericano ha tenido gran importancia respecto de la formulación de un enfoque de Derechos Humanos de tipo supranacional por cuanto los países latinoamericanos participaron activamente de la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos, específicamente en cuanto al convencimiento respecto de la universalidad de los derechos y la igualdad de derechos entre las razas y los sexos, otorgando valor a la igualdad y la libertad ³³. De esta manera consideramos que en el caso de América Latina, la observación respecto de la homogeneidad cultural de éstos no es aplicable dada su participación histórica en la formulación del paradigma y que en general, a nivel más global, la dignidad humana es un fundamento cuya supremacía es indiscutible independientemente del contexto sociocultural de las naciones.

³¹ Ibid, 2005 p17.

³² Ibid, 2005 p18.

³³ Ibid, 2005 p19.

De esta manera existe un sistema internacional de Derechos Humanos e instrumentos creados para su aplicación. Los tratados, pactos o convenios son acuerdos jurídicamente obligatorios entre Estados. Los Estados mediante la firma y ratificación de éstos últimos se hacen parte de estas herramientas normativas. La ratificación, por parte de los respectivos parlamentos, de la firma presencial por parte de los Estados demarca el momento en que comienza la obligatoriedad jurídica para ellos de cumplir con las disposiciones y acuerdos de un tratado, pacto o convención en particular³⁴. Por otra parte, los Estados miembros de Naciones Unidas tienen responsabilidades respecto de los Derechos Humanos mediante su aceptación, cooperación y respuesta, es decir, permitir el examen internacional de su historia en la materia, cumplir con la entrega de informes (inicial y periódicos) y cooperar con el órgano creado en virtud de ese tratado³⁵. De esta manera, la legislación internacional establece un conjunto de derechos que pueden ser demandados y mecanismos de vigilancia y denuncia. Así, los Estados deben responder a ellos como un deber más allá de una opción política o ética³⁶. El primer instrumento de este tipo es la Carta de Naciones Unidas (1945) que consagra “el respeto universal a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de todos sin hacer distinción de raza, sexo, Idioma o religión”³⁷ basada en la declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales (ICCPR, 1966), y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICESCR, 1966) y sus dos protocolos facultativos. Entre las convenciones de Derechos Humanos más importantes tenemos la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (ICERD, 1965), Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979), Convención contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CAT, 1984), Convención Sobre los Derechos del Niño (CDR, 1989) y la Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares (1990)³⁸. Esta última de especial

³⁴ Marcela Ferrer, 2005 p26.

³⁵ Marcela Ferrer, 2005 p26.

³⁶ Marcela Ferrer, 2005 p14.

³⁷ Marcela Ferrer Lues y Jorge Martínez Pizarro, Población, Desarrollo y Derechos Humanos: Una propuesta para su abordaje en América latina y el Caribe, reunión de expertos sobre Población, desigualdades y Derechos Humanos, 2006, p2.

³⁸ Ferrer y Martínez, 2006, p5.

interés para nuestro objeto de Estudio y que se analizará con mayor detalle en el apartado 4.2.2.

Por otra parte Chile firma el estatuto de Roma en 1998 pero hasta la actualidad en Latinoamérica, sólo Chile, Guyana y Surinam no lo han ratificado. Los Estados que han ratificado el Estatuto de Roma se han comprometido con un nuevo sistema de justicia internacional en el que los tribunales nacionales tienen la obligación fundamental de investigar y enjuiciar a quienes han sido acusados de crímenes en virtud del derecho internacional. Para esto el estatuto crea la figura de la Corte Penal Internacional, organismo que en el caso de Chile podría tener atribuciones por sobre la Corte Suprema de Justicia que es el organismo de mayor rango en la jerarquía judicial en la actualidad. Sin embargo este estatuto estaría mas bien orientado a crímenes de lesa humanidad. En la actualidad, la forma de apelar al sistema internacional de Derechos Humanos por parte de las personas es mediante La Corte Interamericana de Derechos Humanos, organismo al que llegan las causas sólo después de haber pasado por todas las instancias contempladas en el sistema por el poder judicial.

De esta manera, es importante recalcar la importancia de los movimientos ciudadanos y de círculos académicos en el seguimiento de las convenciones y en la generación de informes sombra respecto de ellas. Los informes sombra son informes elaborados por representantes de la sociedad civil y entidades académicas respecto del estado de los derechos estipulados en las diferentes convenciones de Derechos Humanos y que son enviados a los comités de las convenciones respectivas para servir de información de contrastación respecto de los informes oficiales emitidos por los Estados parte de dichos instrumentos. Sin embargo, se hace necesaria además de estas acciones la presión mediante el logro del convencimiento de la ciudadanía no organizada por parte de estos actores y actoras respecto de la importancia del haber ratificado las convenciones, y de la firma de los protocolos facultativos pendientes y de la imperatividad de la firma del Estatuto de Roma en tanto provee a los ciudadanos y ciudadanas de una herramienta de defensa de sus Derechos Humanos frente a sus respectivos Estados. A este respecto Chile ha ratificado en materia de instrumentos internacionales la ICCPR en 1972, la ICESCR en 1972, la ICERD en 1971, la CEDAW

en 1989, la CAT en 1988, la CRC en 1990 y la MWC en el 2005. Sin embargo, en Chile la debilidad de los movimientos ciudadanos post dictadura de Pinochet y el escaso interés del sistema de partidos políticos en la aprobación del contenido de las convenciones hacen cada vez más difícil la exigibilidad de estos mínimos al Estado chileno, aún cuando las mejoras en las condiciones de los Derechos Humanos de la ciudadanía se hayan conceptualizado como un indicador de desarrollo humano³⁹.

Finalmente, debemos reconocer el contenido político de los Derechos Humanos y reconocer la importancia de su promoción, para que éstos no queden reducidos a un mero constructo teórico, aún cuando se haya generalizado en la actualidad un discurso sobre los Derechos Humanos que desvirtúa sus reales dimensiones y aplicaciones. Es decir, su valor en tanto herramientas que permitan el resguardo de la dignidad humana y el potencial de acción política en torno a éste fin asociado a esta calidad de instrumento de los mismos, más allá de la generalización popular en el discurso respecto de su carácter universal, indivisible e inalienable como atributos de los individuos particulares. Sin embargo, existen grupos y categorías sociales a quienes éstos se les niegan con mayor frecuencia y que serían beneficiados con una aplicación justa de la ley y de una mayor atención por parte de los Estados a los Derechos Sociales y Culturales aún cuando este pacto contemple resoluciones sin fuerza legal. Estos reconocen *el derecho al trabajo, a la sindicalización, a la seguridad social, a la protección de la familia, a un nivel de vida adecuado y al más alto nivel posible de salud física y mental, a la educación, a participar de la vida cultural, gozar del progreso científico y sus aplicaciones y a la propiedad intelectual*⁴⁰. Condiciones básicas para la consecución del respeto por la dignidad humana. Entre éstos las grandes masas de pobres y marginados⁴¹. Así, los Derechos Humanos constituyen una aspiración importante de un mundo mejor y con más justicia y la base de un plan concreto para

³⁹ PNUD, Argentina, Glosario, Concepto de Desarrollo humano, disponible en <http://www.desarrollohumano.org.ar/Glosario.asp>

⁴⁰ Marcela Ferrer, La Población y el desarrollo desde un enfoque de Derechos Humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional, CEPAL-CELADE, Serie Población y Desarrollo n° 60, 2005, p 31.

⁴¹ Irene Khan, Por qué son importantes los Derechos Humanos, 2004, disponible en <http://web.amnesty.org/report2004/message-esl>

conseguirlo⁴², constituyéndose así en una garantía de igualdad y equidad para millones de personas.

El cruce entre el enfoque de Derechos Humanos y los temas población implican la conciliación de variables macro y micro-sociales⁴³. Las tendencias demográficas en tanto variables de tipo macro-social serán el producto de los comportamientos individuales, es decir, la tendencia macro derivará del agregado de las conductas individuales. Así, la relación de los individuos con los Estados toma especial relevancia, por cuanto la problematización por parte de los Estados de los cambios demográficos conlleva implicancias importantes para los individuos y sus Derechos Humanos. Y esto particularmente atañe a temas de población tales como las migraciones internacionales y sus consecuencias respecto del reconocimiento de las ciudadanía de los sujetos migrantes y también a la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que a fecundidad respecta por las implicancias que la fecundidad puede tener respecto de la construcción de las ciudadanía de las mujeres asociada a la autonomía que éstas puedan tener como sujetas en el control de su propia capacidad reproductiva, y por ende de sus propios cursos de vida, respecto de otros agentes.

⁴² Ibid.

⁴³ Marcela Ferrer Lues y Jorge Martínez Pizarro, Población, Desarrollo y Derechos Humanos: Una propuesta para su abordaje en América latina y el Caribe, reunión de expertos sobre Población, desigualdades y Derechos Humanos, 2006, p5.

4.2.2 Conferencias y tratados internacionales sobre Migración:

Los migrantes como sujetos y sujetas de derecho.

La decisión de migrar, el proceso y la adaptación al lugar de destino, representan un fenómeno que está estrechamente relacionado con la necesidad de protección y garantía de la dignidad humana⁴⁴. De esta manera el uso de un enfoque de Derechos Humanos, más allá de las meras consideraciones economicistas del fenómeno de la migración centra la mirada en aquellas condiciones que inciden de manera positiva y negativa en la garantía de la dignidad humana de los migrantes. En este sentido, y para los efectos de nuestro estudio una de estas condiciones debería ser el acceso a la salud y a nuestros ojos como parte del acceso al derecho a la salud, el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva. ¿Aluden los instrumentos internacionales en materia de migrantes a la salud y a la salud sexual y reproductiva? Esta es una pregunta que responderemos a lo largo de este apartado.

Ya hemos nombrado los instrumentos generales de Derechos Humanos, éstos establecen un catálogo de derechos para todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción de un Estado, no haciendo distinción entre nacionales y no nacionales. Estos instrumentos contemplan una cláusula de general de no discriminación que establece *la obligación de proteger y garantizar los derechos establecidos en el respectivo instrumento a todas las personas sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social*⁴⁵. A este respecto y referido al tema de las migraciones la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció que *si bien los estados no pueden discriminar en contra de los migrantes, pueden darles un tratamiento diferente a los nacionales y distinguir entre autorizados y no autorizados*

⁴⁴ Helena Olea Rodríguez, Derechos Humanos y Migraciones (...) p 204.

⁴⁵ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 2.1 y 26 (en adelante PIDCP); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.2 (en adelante PIDESC); Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 1.1 y 22 (en adelante Convención Americana); entre otros. Citado en Helena Olea Rodríguez, Derechos Humanos y Migraciones (...) p 205.

*siempre y cuando lo hagan de forma razonable, objetiva, proporcional y respetuosa de los Derechos Humanos*⁴⁶. De esta manera, existiría de acuerdo a éstas instancias si bien la necesidad de proteger la dignidad humana de los migrantes en su calidad de seres humanos, también la posibilidad de distinguir entre sujetos en el otorgamiento de derechos en base a su condición de documentación o indocumentación.

Por otro lado, existe también un tipo de derecho emergente especializado en Migrantes, así tenemos como instrumento principal la Convención Internacional Sobre la Protección de los derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW)⁴⁷. Esta convención, que es un instrumento de carácter vinculante, establece derechos fundamentales para los trabajadores migratorios y sus familiares independientemente de su situación de empleo formal o informal, o de su condición regular o irregular en el país de destino. Establece además derechos adicionales referidos a la igualdad de condiciones de los migrantes con los nacionales en las áreas jurídica, política, económica, social y cultural⁴⁸. Su principal objetivo es lograr que todos los trabajadores migratorios independientemente de su condición jurídica puedan gozar de Derechos Humanos reconocidos y por este medio desalentar la contratación de mano de obra inmigrante en condiciones de irregularidad. Sin embargo, en general la ratificación de este instrumento ha sido escasa y fundamentalmente por parte de países expulsores de migrantes, es decir desde el mundo en desarrollo. A su vez, los países desarrollados se han mantenido al margen de su ratificación. Chile ratificó esta convención en el año 2005, y en la región sólo Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Haití, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela no lo han hecho. De esta forma, la baja tasa de ratificación le ha restado fuerza como instrumento de Derechos Humanos.

Aún cuando la convención distingue entre derechos aplicables a migrantes regulares e irregulares, de especial importancia para nosotros es que en la parte III establece

⁴⁶ Helena Olea Rodríguez, *Derechos Humanos y Migraciones (...)* p 205.

⁴⁷ IOM-OIM, *Instrumentos sobre Derechos Humanos*, disponible en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/lang/es/pid/559;jsessionid=790893B4429DDCDB1F94336003A7C9DF.worker01>

⁴⁸ Marcela Ferrer, *Derechos Humanos en Población: Indicadores para un sistema de monitoreo*, CEPAL-CELADE, Serie Población y Desarrollo nº 73, 2006, p 27.

derechos que son aplicables independientemente de esta distinción, tales como el derecho a salir de cualquier Estado, incluyendo el Estado de origen y el derecho de entrar y permanecer en su país de origen (Artículo 8), el derecho a la vida (Artículo 9), la prohibición de tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante (Artículo 10), la prohibición de esclavitud, servidumbre, trabajo forzado u obligatorio (Artículo 11), el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (Artículo 12), la prohibición de interferencia arbitraria o ilegal con su privacidad, familia, hogar, correspondencia (Artículo 14), la prohibición de privación arbitraria de la propiedad (Artículo 15), el derecho a la libertad y seguridad de la persona y prohibición de arresto o detención arbitraria (Artículo 16), la prohibición de expulsiones colectivas (Artículo 22), el derecho a la seguridad social (Artículos 27) ⁴⁹ y el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica de urgencia necesaria para preservar la vida o evitar consecuencias irreparables en la salud, en las mismas condiciones que los nacionales (Artículo 28). Para los efectos de nuestra investigación será claramente relevante la garantía respecto del derecho a la vida y a la seguridad social independientemente de la situación regular o irregular de la documentación del o la migrante.

El derecho a la vida que aquí se consagra, está determinado por el derecho a la salud que no está consagrado para migrantes y no migrantes. Salvo por las indicaciones respecto de que *los trabajadores migratorios y sus familiares gozarán en el Estado de empleo, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que los nacionales en la medida en que cumplan los requisitos previstos en la legislación aplicable de ese Estado o en los tratados bilaterales y multilaterales aplicables y en que las autoridades competentes del Estado de origen y del Estado de empleo podrán tomar en cualquier momento las disposiciones necesarias para determinar las modalidades de aplicación de esta norma* (Artículo 27.1) y respecto de que *los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate y que*

⁴⁹IOM-OIM, Instrumentos sobre Derechos Humanos, disponible en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/lang/es/pid/559;jsessionid=790893B4429DDCDB1F94336003A7C9DF.worker01>

esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo (Artículo 28)⁵⁰, aplicándose esto a trabajadores migrantes documentados e indocumentados, quedando sin embargo la posibilidad de acceso a servicios sociales y de salud, limitado a la condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes (artículo 45, c)⁵¹. ¿Pero hasta qué punto se puede resguardar la vida de un migrante si no se garantiza explícitamente su acceso a la salud?. Consideramos que un estado pleno de salud tiene alcances bastante mayores que la protección de la vida en casos de urgencia (en el caso de los indocumentados) y por esto es primordial la posibilidad de mantener la salud mediante el acceso a prestaciones de salud no ligadas a la posibilidad inmediata de la muerte o de un perjuicio importante para la salud, la mantención de un estado global de salud está ligado también a la posibilidad de prevenir informadamente posibles daños. Creemos, especialmente en materia del derecho a la salud sexual y reproductiva (enlazado inevitablemente al derecho a la salud) de las mujeres migrantes, que el derecho a la salud y a los servicios de previsión social debería estar asegurado en la convención sin hacer distinciones respecto de la condición de documentación de los sujetos y sujetas, asumiendo las posibles dificultades que para un trabajador o trabajadora migrante en situación de indocumentación pueda suponer cumplir con los requisitos para acceder a la previsión social, tomando en Chile esto formas tan simples como la dificultad para obtener un Rut con el cual registrarse en los servicios de salud primaria o acceder a una tarjeta de indigente por medio de los municipios (sin perjuicio de las situaciones de discriminación a las que puedan verse expuestos/as). Vale la pena recalcar que en la Convención, así como sucede con el derecho a la salud en su definición amplia, no existe tampoco una alusión directa a la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado en la parte IV de la Convención se manifiesta en el Artículo 39 el derecho de los trabajadores migrantes documentados y a los miembros de sus familias a la libertad de movimiento en el territorio del Estado huésped, y en el artículo 40 el

⁵⁰ Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. 1994.

⁵¹ Ibid.

derecho a formar asociaciones y sindicatos. Además de señalar el principio de la igualdad de trato con los nacionales a los trabajadores migratorios documentados y sus familiares en áreas como acceso a la educación, vivienda y servicios sociales⁵². Además de la necesidad de prevenir y eliminar el acceso y empleo de trabajadores migrantes, para así asegurar condiciones iguales, humanas y legales para los trabajadores migrantes. Por otro lado en el artículo 43 (válido para migrantes en situación regular) en el punto e) consagra el acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes y en el artículo 44 la facilitación por parte de los Estados de las reunificaciones familiares.

Es así como podemos especificar la existencia de un marco jurídico internacional respecto de los Derechos Humanos de los migrantes. Sin embargo, cabe destacar el hecho de que la ICRMW así como otras convenciones específicas tales como la CEDAW y la CRC, posee su raíz como ya habíamos mencionado, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales (ICCPR, 1966), y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICESCR, 1966) y sus dos protocolos facultativos. Esto implica que desde antes de su formulación específica existían derechos reconocidos a los migrantes en tanto seres humanos y en virtud de su dignidad humana y que mantenían su condición de universales, indivisibles e inalienables. Sin embargo, así como sucedió con otras categorías sociales la humanidad de los migrantes no bastó para lograr el resguardo de sus Derechos Humanos, se evidenció la situación de vulnerabilidad del migrante y la realización de una convención internacional sobre ésta temática fue recomendada desde la Conferencia Mundial para combatir el racismo y la discriminación racial (Ginebra, 1978) que culminó con la redacción de la ICRMW.

Finalmente, debemos destacar el hecho de que la existencia de un sistema internacional de Derechos Humanos basado en las convenciones y pactos ya nombrados, además de la existencia de la ICRMW en virtud de la situación de vulnerabilidad específica de los y las migrantes, los alza como sujetos y sujetas de

⁵² IOM-OIM, Instrumentos sobre Derechos Humanos

derecho ante los Estados, encontrándose éstos en obligación de respetar y garantizarles esta condición.

Centrándonos en la dimensión de los derechos sexuales y reproductivos estimamos pertinente hacer hincapié en el reconocimiento en el artículo 9 de la ICRMW del derecho a la vida y en el artículo 43 (aplicable a migrantes en situación regular) punto e) del acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes. Esto es particularmente relevante para los efectos de nuestro estudio dado que supone restricciones en el acceso a los servicios de salud para los migrantes que se encuentren de manera irregular en el país sin que esto signifique contravención alguna respecto de la convención. De esta forma la convención resguarda la soberanía de los Estados, negando el reconocimiento a las necesidades de salud (y sus Derechos Humanos en esta materia consagrados en otras convenciones) de los migrantes irregulares o indocumentados, o también de aquellos/as que se encuentren en el caso chileno por ejemplo sin contratos de trabajo que les permitan imponer en los sistemas de previsión social del país.

De esta manera y para los fines de nuestra investigación, afirmamos que si bien ésta convención se ocupa específicamente de un tema de población y desarrollo como es la migración internacional, no alude explícitamente a la salud sexual y reproductiva ni a los derechos reconocidos en otras convenciones sobre esta materia. Sin embargo al reconocer el derecho a la vida, presente también en otros instrumentos pero en éste caso haciendo énfasis en los trabajadores migratorios, cualquiera sea su condición de documentación, en el caso de la salud sexual y reproductiva puede aplicarse al menos el derecho de las migrantes a no morir por las complicaciones de un embarazo (por ejemplo en aquellos casos en que la recomendación médica fuera un aborto terapéutico; o derivadas de la imposibilidad de recibir controles médicos), del parto, o de un aborto inseguro.

Podemos concluir que en general los instrumentos de Derechos Humanos contemplados en el marco internacional, no garantizan adecuadamente el derecho a la

vida de los migrantes al no aludir al derecho a la salud explícitamente. Así, nos encontramos con que la convención no reconoce el derecho a la salud, sólo a los servicios de salud, en condiciones de urgencia para todos los migrantes y a los servicios regulares para los documentados. Consideramos que esta alusión al acceso a los servicios de salud y a la seguridad social garantizada sólo para los migrantes documentados vulnera el derecho a la vida de los indocumentados y que la misma distinción en materia práctica puede resultar peligrosa para la vida de personas que están al margen de la ciudadanía como los indocumentados. De esta manera, en el contexto Chileno consideramos grave la distinción entre documentados y no documentados así como el requerimiento de cumplir con los requisitos del sistema provisional en el caso de los documentados para acceder a la seguridad social, puesto que esto significa el estar en posesión de un contrato significando un nuevo escollo para el ejercicio del derecho en cuestión. Así también, concluimos que estos instrumentos de Derechos Humanos no contemplan alusión alguna al derecho a la salud sexual y reproductiva y que no reconocen derechos en esta materia.

4.2.3 Conferencias y tratados internacionales sobre Mujeres:

Las mujeres como sujetas de derecho.

Durante las últimas décadas ha habido importantes avances en materia de derecho internacional respecto del reconocimiento de la situación de inequidad y desigualdad en que se encuentran las mujeres respecto de los hombres alrededor del mundo. El reconocimiento de la persistencia de las formas de discriminación basadas en el género aún con la existencia de diferentes instrumentos internacionales respecto de los Derechos Humanos alzados como universales, inalienables e indivisibles conforme a la búsqueda de garantías para la dignidad humana, llevaron a la necesidad de formular instrumentos específicos para combatir éste tipo de discriminación e inequidad. Así también, consideramos que el acceso a la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos en esta materia constituye un factor determinante para la construcción de las ciudadanía de las mujeres dado que implican necesariamente el control sobre su curso de vida ¿Qué garantías existen para las mujeres en materia de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos de Mujeres? Esta es la pregunta a la que intentaremos dar respuesta en este apartado.

De esta manera, nos encontramos en el marco del derecho internacional con convenciones, pactos y tratados específicos en el abordaje de ésta problemática social. Entre éstas encontramos la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979) y su protocolo Facultativo (1981), la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (1974) y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)⁵³. Así también, podemos identificar como instrumentos importantes la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Pekín, 1995).

⁵³ Instrumentos disponibles en <http://www.ohchr.org/spanish/law/>

El mandato de realización de la CEDAW como instrumento específico sobre Derechos Humanos de la mujer data de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán de 1968, que se realizó con la finalidad de examinar los progresos logrados en materia de Derechos Humanos a 20 años desde la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y respecto de ello preparar un programa para generar avances en el futuro, alude directamente a la fecundidad y reconoce por primera vez en un foro internacional el derecho fundamental de los padres a determinar libremente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos. Así, la CEDAW es una clara ratificación de que *la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad, así también del hecho de que en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades*⁵⁴. Así, los Estados Partes en ella condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas y convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer.

Chile ratificó la CEDAW en 1989. Esta Convención reconoce un conjunto de derechos relacionados o relevantes o referidos a la salud sexual y reproductiva, y es *aplicable a todas las mujeres, tanto ciudadanas como no ciudadanas*⁵⁵. De esta forma en su artículo 11 reconoce el derecho a la protección de las madres antes y después del parto, en su artículo 12 el derecho a la salud y a la atención de salud, en sus artículos 10-12-14-16 el derecho a la información, asesoramiento y servicios de planificación familiar; y en el artículo 16 el derecho a decidir libre y responsablemente el número y

⁵⁴ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

⁵⁵ OMS, Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos, Nº 4, Diciembre 2003, p 33.

espaciamiento de sus hijos. Además como determinantes de los derechos reproductivos también reconoce en sus artículos 10 y 11 los derechos a la educación, al trabajo y a la seguridad social.⁵⁶ Respecto de éstos últimos podemos decir que en el caso de las migrantes en su calidad de mujeres no existe distinción a éste respecto y recalcamos el derecho al trabajo y a la seguridad social en el caso de un segmento de la población que se encuentra en amplia situación de vulnerabilidad y desarraigo. Por otro lado, aquí se garantiza el derecho a la salud y explícitamente el derecho a la salud sexual y reproductiva para todas las mujeres indistintamente. De esta manera este instrumento reviste especial importancia en materia de exigibilidad del derecho a la salud sexual y reproductiva basada en el reconocimiento de ésta para la autonomía de las mujeres.

Si bien Chile ratificó la CEDAW, el último informe enviado al comité de la CEDAW en el 2004, fue devuelto con múltiples observaciones específicamente en materia de derechos sexuales y reproductivos respecto del trato humanizado de las complicaciones del aborto inseguro y sobre la preocupación del comité por la penalización y prohibición absoluta del aborto. En la actualidad la aprobación del protocolo facultativo de la convención, que permite la recepción y procesamiento de quejas individuales, no se ha llevado a cabo. Llama la atención la persistencia del incumplimiento aún cuando el SERNAM tiene el mandato legal por medio de la Ley 19.023 de “garantizar el cumplimiento de la Convención”. Este hecho, constituye a nuestro juicio una flagrante transgresión del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres habitantes en el territorio nacional, incluyendo a las nacionales y no nacionales.

Por su parte, *la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing es el inicio de la consideración de los temas de desarrollo vinculados a los derechos de la mujer⁵⁷ y su plan de acción alude directamente al articulado de la CEDAW e invoca su*

⁵⁶ Marcela Ferrer. La Población y el Desarrollo desde un Enfoque de Derechos Humanos: Intersecciones, Perspectivas y Orientaciones para una Agenda Regional. CEPAL-CELADE. Serie Población y Desarrollo N° 60, 2005, p 64.

⁵⁷ Lidia Casas, Derechos de las Mujeres: Un Balance, en Cuadernos Mujer Salud n° 7 Derechos Humanos de las Mujeres desafíos y tareas pendientes, Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe 2002, p 11.

fortalecimiento. Este finalmente se impulsa mediante el protocolo facultativo de la CEDAW. Sin embargo, aún cuando la adhesión a la CEDAW es absolutamente significativa, el uso masivo de la reserva en partes clave ha menoscabado su fuerza. De ahí la importancia del protocolo facultativo de la convención en tanto implica una *apertura de puertas a la fiscalización y rendición de cuentas a nivel internacional*⁵⁸.

La IV Conferencia de la Mujer de Beijing de 1995, respecto de la salud reproductiva, además de reafirmar el texto aprobado en la CIPD (que analizaremos con detenimiento en el siguiente apartado), en su capítulo sobre la salud expresa que la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. Por otro lado se refiere a la gravidez indeseada como resultado de la violencia sexual y sexista recomendando servicios seguros de abortos en los casos que la ley lo permita, además considera como violación de los Derechos Humanos el embarazo forzado (Párrafos 132, 135, 145c, 145e y 114).

Así, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing se pronuncian específicamente respecto de la discriminación basada en el género en contra de las mujeres. Con ellas se ha tratado de revertir la situación de inequidad que las aqueja en materia de Derechos Humanos, reconociendo explícitamente que la humanidad de las mujeres no fue suficiente para asegurarles los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos ni en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Sin embargo, aún falta un importante camino que recorrer en materia de derechos de las mujeres en el contexto de América Latina y el Caribe. De ésta manera, aún en la actualidad es posible identificar escollos importantes para el logro de la eliminación de las discriminaciones contra las mujeres. Uno de éstos es por ejemplo la existencia de la noción de un “ciudadano productivo”, asociado al paradigma masculino de producción, el cual es el fundamento de las políticas económicas de muchos Estados

⁵⁸ Lidia Casas, *Derechos de las Mujeres: Un Balance*, p 12.

asumiendo un rol preferencial de los hombres como proveedores del ingreso familiar y con ello como detentores de los derechos sociales y económicos⁵⁹. Siendo ésta la causa de graves inequidades en contra de las mujeres. En general los obstáculos a la plena participación de las mujeres en el desarrollo sustentable y la vida pública pueden dividirse entre factores constitucionales, culturales y económicos. Estos aluden a la conformación de las legislaciones y normas vigentes en los Estados, los factores de tipo psico-sociales, culturales y conductuales presentes en las diversas sociedades y al acceso y propiedad de los recursos respectivamente⁶⁰. Todos estos implican grandes dificultades para el reconocimiento de las mujeres en tanto sujetas de derecho, y grandes desafíos en la construcción de ciudadanía plena para las mujeres en términos equidad e igualdad en la garantía de los mismos, y también en el contexto específico de las etapas del ciclo vital y el resguardo de su dignidad humana.

En conclusión podemos decir que los instrumentos y reuniones de Derechos Humanos especializados en mujeres dan una centralidad importante al reconocimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva como un requisito para el logro de la autonomía plena de esta parte de la población. Por ende, especialmente en el caso de la CEDAW por su carácter vinculante, consideramos importante para los fines de nuestro estudio que al estar las mujeres migrantes comprendidas en la categoría de mujeres esto las habilita como portadoras de los derechos reconocidos por la convención. Sin embargo, también cabe recalcar la necesidad de una ciudadanía organizada y atenta en materia de Derechos Humanos que logre exigir al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos de las mujeres en la que se encuentra obligado pero en situación de constante transgresión de ellos configurando así una situación de riesgo para las mujeres en general.

⁵⁹ Cecilia Millán, Derechos Humanos más humanos, en Cuadernos Mujer Salud nº 7 Derechos Humanos de las Mujeres desafíos y tareas pendientes, Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe 2002, p 6.

⁶⁰ Ibid, p 8.

4.2.4 Conferencias y tratados internacionales sobre Salud Sexual y Reproductiva: ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos cuyo reconocimiento es un proceso inconcluso en materia de instrumentos internacionales vinculantes que los reconozcan y mayormente aún en materia de países que los aseguren completamente.. En materia de Derechos Humanos existen como tales los Derechos Reproductivos que protegen a hombres y mujeres, siendo obligación de los Estados respetar, proteger y garantizarlos. Por otro lado, en el caso de los Derechos Sexuales no existe reconocimiento internacional sobre ellos, asociándose su promoción mayoritariamente a la actividad reivindicativa de la sociedad civil.

De esta manera una definición libre proveniente desde la sociedad civil chilena define los Derechos Sexuales y Reproductivos de la siguiente manera:

Los derechos sexuales aseguran a todas las personas la posibilidad de tomar decisiones respecto de su sexualidad y ejercerla libremente sin presión ni violencia, entre otros implican tener derechos a acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad posibilitando, el bienestar, el desarrollo de la persona, y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada; estar libre de discriminación, presión o violencia en nuestras vidas sexuales y en las decisiones sexuales; gozar de igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas en las relaciones sexuales que tenemos; sentir placer; recibir y dar placer; y a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción. Por otro lado, los derechos reproductivos son los derechos de las parejas e individuos a decidir libre, informada y responsablemente si se desea o no tener hijos, el número de éstos y el intervalo entre los nacimientos; tomar decisiones reproductivas libres de presión, discriminación y violencia, alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva, recibir información clara comprensible y completa sobre métodos de regulación de la fertilidad y de prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; tener acceso a servicios de consejería sobre métodos seguros y eficaces de regulación de la

*fecundidad que cumplan con los estándares internacionales de seguridad y eficacia; y recuperar la fertilidad cuando ésta ha sido dañada por falta de información y tratamientos adecuados*⁶¹.

Sin embargo, formalmente en el sistema internacional de Derechos Humanos éstos no se encuentran conceptualizados de esta misma manera y hacen necesario distinguir específicamente qué está reconocido y qué forma parte de las aspiraciones de la sociedad civil.

De esta forma, podemos partir por lo que estimamos es su antecedente principal en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Este pacto en su artículo nº 12 contempla el derecho Humano a la Salud Artículo 12 *como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*⁶² y hace un llamado a los Estados partes del pacto para tomar medidas para *asegurar la plena efectividad de ese derecho contemplando las referentes a la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*⁶³ (Artículo 12.2, puntos a, b, c, d.). Además, el derecho a la salud, se contempla como tal en el artículo 5 de la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (ICERD)⁶⁴, y en el artículo 12 de la CEDAW⁶⁵. Específicamente en la CEDAW, en el artículo 12 nos encontramos con una alusión directa a los prestadores de salud tal como en el párrafo 1 dicta que *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención*

⁶¹ Pilar Maynou Osorio, Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos, Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Stgo, Chile, 2006 p14-15.

⁶² Naciones Unidas (1966), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>

⁶⁵ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, además en el segundo párrafo del mismo artículo postula que *los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.* De esta forma quedan reconocidos los derechos de todas las mujeres a no recibir discriminación en lo referente a la atención médica y el acceso a los servicios. Para los efectos de nuestro estudio, representa vital importancia el reconocimiento de este derecho para la totalidad de las mujeres y la referencia explícita a la garantía de las prestaciones relativas al embarazo, parto y lactancia.

Por otro lado, en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (ICESCR, 1966) se contempla en su artículo 10 el derecho de las madres a la protección antes y después del parto, incluyendo atención de salud y seguridad social, en su artículo 12 el derecho a la salud y a la atención de salud y en su artículo 15 *el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones*⁶⁶. Este último toma relevancia por ejemplo en el caso de Chile y respecto de la penalización absoluta del aborto, en el hecho de que al estar vigente la penalización en éstos términos incluyendo el aborto terapéutico las mujeres en general quedan desprovistas de todo método para acceder a abortos seguros especialmente en el caso de las más pobres, llevándolas a incurrir en prácticas abortivas que atentan directamente contra su vida al estar desprovistas muchas veces de cualquier criterio médico en términos de asepsia y del procedimiento mismo, muchas veces basadas en el sentido común y creencias populares. Así la relación del derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones se relaciona directamente con esta negación de un procedimiento médico que en países en que el aborto es permitido se lleva a cabo prácticamente sin riesgos considerándose incluso de carácter ambulatorio.

⁶⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Así también, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 (CIPD), en su Programa de Acción en el articulado de su Capítulo VII⁶⁷. Esta define la Salud Reproductiva como un *estado general de bienestar, físico, mental y social y no sólo de ausencia de enfermedad o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos*⁶⁸. Además, enumera los elementos que reconoce como parte de los derechos reproductivos tales como la decisión libre y responsable sobre cuando y cuantos hijos tener, disponiendo de la información necesaria y sin sufrir discriminación, coacción o violencia (párrafo 7.3). En la CIPD no aparece explícitamente ninguna alusión a los derechos sexuales propiamente tales, sino que alude indirectamente a ellos como parte del derecho a la salud. Afirmando (párrafo 7.34) que *la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer*. Especificando como objetivos (párrafo 7.36) a) *Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas;* y b) *Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación*⁶⁹.

⁶⁷ Programa De Acción De La Conferencia Internacional Sobre La Población y El Desarrollo, disponible en http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7

⁶⁸ Nuria Nuñez y Carmen Torres, *Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva*, Fundación Instituto de la Mujer, 2007, versión inédita, p 8.

⁶⁹ Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, Disponible en http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7c

Por su parte, la Plataforma de Acción de Beijing (1995), se refiere a los derechos sexuales y reproductivos expresando la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos (Párrafo 97, capítulo sobre Salud) y habla de embarazo no deseado como efecto de la violencia sexual y sexista y reafirma el texto de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993), a éste respecto y lo señala como violación de los Derechos Humanos fundamentales y derecho humanitario internacional.

Además, cabe destacar el hecho de que los Derechos Humanos configuran un sistema de interrelaciones e interdependencias, que implican que el incumplimiento de otros derechos puede afectar el derecho humano a la salud y a la salud sexual y reproductiva. De esta manera nos encontramos con que el derecho a la salud está relacionado estrechamente con el derecho a beneficiarse del progreso científico, con el derecho a la integridad corporal y estar libre de trato inhumano o degradante y el derecho a la vida, así como también del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, el derecho a la libertad de expresión, y los derechos a la educación, trabajo y seguridad social.⁷⁰ Derechos que consideraremos determinantes en materia del derecho a la salud sexual y reproductiva por su relación con la fecundidad. Así, de acuerdo a nuestro parecer, el derecho a beneficiarnos del progreso científico en materia de reproducción se traduce, por ejemplo, en acceso equitativo a métodos modernos de anticoncepción; el derecho a la integridad corporal y a estar libres de un trato inhumano o degradante nos resguardaría de vejaciones por parte de los prestadores de salud por ejemplo cuando nos hemos realizado un aborto en malas condiciones y buscamos atención en los servicios públicos o a que se nos practique una aborto terapéutico cuando se estime conveniente porque el embarazo representa un riesgo para nuestra salud o vida; el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión a decidir sobre tomar métodos de anticoncepción de emergencia o realizarnos un aborto y los derechos a la libertad de expresión, y los derechos a la educación, trabajo y seguridad social se traducen en la conformación de las

⁷⁰ Marcela Ferrer, *Derechos Humanos en Población: Indicadores para un sistema de Monitoreo. Serie Población y Desarrollo N° 73*. CEPAL, Santiago, 2006, p24.

características socioculturales y materiales básicas necesarias para poder ejercer control sobre nuestra capacidad reproductiva libre, informada y responsablemente.

Finalmente, para el análisis nos centraremos en los Derechos Reproductivos dada la exigibilidad de éstos. Entonces para los efectos de esta investigación entenderemos como derechos reproductivos lo indicado por Cook⁷¹:

- a) *Derecho a la vida y a la supervivencia: Obliga en materia de salud reproductiva a evitar las muertes maternas prevenibles, terminar con el feticidio e infanticidio de sexo femenino, procurar pruebas de tamizaje para la detección precoz y el tratamiento del cáncer, asegurar el acceso a métodos anticonceptivos que otorguen una doble protección.*
- b) *Derecho a la libertad y a la seguridad de la persona: Obliga a evitar la mutilación genital femenina, obtener el consentimiento informado para todos los procedimientos, incluidas las pruebas de detección del VIH, la esterilización y el aborto, alentar a los y las clientes a tomar decisiones autónomas en cuanto a su salud sexual y reproductiva, detener el tráfico sexual.*
- c) *Derecho a no ser sometido a un trato inhumano y degradante: Obliga a Proteger y brindar atención a supervivientes de ataques sexuales, y abusos domésticos y perseguir a los agresores; Prohibir los abortos y las esterilizaciones forzadas, eliminar la violación como instrumento de guerra.*
- d) *Derecho a casarse y a fundar una familia: Obliga a Evitar los matrimonios precoces o forzados, proveer el acceso a servicios de infertilidad a mujeres y hombres, prevenir y tratar las infecciones del tracto reproductivo que causan infertilidad.*
- e) *Derecho a decidir la cantidad y el espaciamiento entre los hijos: Obliga a proveer acceso a distintos métodos anticonceptivos, ayudar a las personas a escoger y usar un método de planificación familiar, proveer servicios de abortos seguros en los lugares en donde el procedimiento sea legal.*

⁷¹ Tomado íntegramente de la reproducción de lo indicado en Cook, R. J., Dickens, B.M., and Fathalla, M.F. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press (2003), en OUTLOOK vol 20, nº4, de UNFPA y PATH, Marzo 2004

- f) *Derecho al nivel más alto de salud posible: Obliga a proveer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva económicamente accesibles, aceptables e integrales, proveer una atención de alta calidad, distribuir equitativamente los recursos disponibles, proveer el acceso a métodos eficaces para la detección y tratamiento precoz del cáncer cervical.*
- g) *Derecho a beneficiarse del progreso científico: Obliga a proveer financiamiento para la investigación de las necesidades de salud de mujeres y hombres, proveer acceso a la anticoncepción de emergencia, proveer acceso al tratamiento antirretroviral del SIDA, proveer acceso a la atención obstétrica que pueda prevenir muertes maternas.*
- h) *Derecho a no ser discriminado y al respeto por la diferencia: Obliga a ofrecer servicios de salud reproductiva a todos los grupos, incluidos los y las adolescentes, las mujeres solteras y los refugiados, garantizar que no se exija la autorización del cónyuge o del padre para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, ofrecer servicios que satisfagan las necesidades de salud sexual y reproductiva propias de mujeres y hombres.*
- i) *Derecho a recibir y transmitir información: Obliga a Procurar el libre acceso a información sobre planificación familiar, ofrecer suficiente información para que las personas tomen buenas decisiones de salud reproductiva.*
- j) *Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión: Obliga a no restringir los servicios de salud reproductiva, tales como la anticoncepción de emergencia sobre la base de razones religiosas, permitir a los proveedores a rehusarse a ofrecer servicios de anticoncepción y de aborto por razones de conciencia, siempre y cuando existan las condiciones para derivar y tratar a el o la cliente en situaciones de emergencia.*
- k) *Derecho a la privacidad: Obliga a asegurar la privacidad para todos los servicios y mantener la información de los y las clientes de manera confidencial.*

4.3 ¿Y qué pasa con la salud de los y las migrantes en Chile?

A lo largo del estudio ya hemos caracterizado socio-demográficamente a las migrantes en Chile y una de las principales dimensiones de su vulnerabilidad que relevamos fue el hecho de que al tratarse básicamente de inmigrantes laborales y al estar éstas concentradas en los intervalos etáreos correspondientes a la PEA, también éstas mujeres se encontraban en un gran volumen insertas en las edades correspondientes a la edad reproductiva. De esta forma, su vulnerabilidad radica en la sumatoria de las vulnerabilidades en materia de derechos asociadas a su calidad de migrantes documentadas o indocumentadas, como por ejemplo en lo relativo al respeto de sus derechos laborales como trabajadoras migrantes, el estar preferentemente insertas en ocupaciones laborales de bajo prestigio social y en el caso de las no documentadas estar en una condición de no-ciudadanía respecto del Estado de empleo, en conjunto con el hecho de estar preferentemente expuestas al riesgo de un embarazo (y las consecuencias que esto tiene en materia económica y en materia de autonomía para las mujeres) y requerir preferentemente de prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva sin perjuicio de que éstas sean necesarias a lo largo de toda la vida.

Debemos relevar que la salud sexual y reproductiva no se limita específicamente al parto y las necesidades de salud para las mujeres que conlleva el embarazo y el pos parto. Debemos relevar que las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de la población inician prácticamente desde la niñez hasta la ancianidad. Sin embargo, es probable que la mayor importancia asociada a la eventualidad de un parto se relacione con la relevancia para las diferentes sociedades asociadas a la reproducción social, específicamente con la mantención de un número mínimo de individuos para la preservación de la comunidad política que constituye un Estado. Así, es como se ha relevado este evento en la historia reproductiva de las mujeres por sobre el resto de los momentos en ella.

En este apartado, nuestro interés es mostrar los costos y beneficios asociados para las mujeres migrantes en su decisión de migrar en el contexto latinoamericano, y más específicamente lo que en el caso de haber optado por Chile como país de destino las implicancias que para ellas estas decisiones y elecciones traen para su salud sexual y reproductiva.

4.3.1 Migración y condiciones de vida: Los costos y beneficios de la decisión migratoria para las mujeres en el contexto de los países de América latina.

En el contexto latinoamericano podemos evidenciar que los movimientos migratorios se encuentran facilitados por la vecindad geográfica, la proximidad cultural y el idioma en común⁷². Estos flujos migratorios se hayan principalmente compuestos por mujeres en plena edad económicamente activa y a su vez reproductiva, y que por lo demás son, en sumatoria, mujeres solteras o jefas de hogar de las que poco sabemos respecto de su nivel de escolaridad. Entre las motivaciones de la decisión migratoria se encuentra claramente el elemento laboral, el cual queda profundamente al descubierto al considerar el origen y destino de los flujos migratorios, los que se caracterizan por ir desde aquellos países con economías más desmedradas hasta aquellos países con mayor estabilidad y desempeño en materia económica y con mejores índices de calidad de vida. A su vez, esto queda también al descubierto por los altos índices de participación laboral de los y las migrantes en Chile.

Como ya habíamos enunciado en secciones anteriores, existe cierta claridad respecto del por qué de la decisión migratoria. En este caso otras variables podrían ser las diferencias entre el ingreso per cápita del país de origen y el país receptor, la etapa del ciclo económico y perspectivas económicas en el país emisor y el país receptor, las redes sociales de apoyo, las políticas de inmigración de los países receptores, los costos de la migración (factor inhibitor en el caso de las personas pobres), diferencias culturales entre países y la distancia y proximidad geográfica. Sin embargo, la migración internacional no sólo posee determinantes económicas sino también pueden

⁷² Patricia Cortés Castellanos. Mujeres Migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos Humanos, Mitos y Duras Realidades. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 61, Santiago de Chile. p 33.

ser determinantes los conflictos bélicos, la discriminación étnica y la persecución política en el país de origen⁷³.

Por otro lado, al evidenciarse principalmente la naturaleza laboral de la decisión migratoria cabe destacar también el hecho de que en general los países de llegada están lejos de ofrecer para las migrantes posibilidades de realización profesional. Mayoritariamente son absorbidas por el sector servicios, al igual que en el caso de las migrantes que han tomado por destino Europa. En general existe una marcada demanda por mujeres inmigrantes en Latinoamérica para ocuparse en el sector de servicios personales y domésticos. Así la decisión migratoria para estas mujeres implica correr el riesgo asociado de una merma en su calidad de sujetas sociales de derecho⁷⁴ y en su autonomía, dada la precariedad del mercado laboral de acogida. Esto las expone a situaciones de trata, abusos laborales, violencia física, sexual y psicológica que finalmente se ve influida por el contexto sociocultural latinoamericano de desmedro generalizado de las mujeres en su situación de derechos.

Por otro lado, una dimensión particular de éste fenómeno es la constitución de hogares en que la jefa de hogar se encuentra trabajando en otro país, lo que implica en general que más allá de tratarse de una afirmación de la autonomía de las mujeres respecto de su decisión migratoria, ésta se trata finalmente de un arreglo familiar⁷⁵ en que otras mujeres de la unidad familiar se harán cargo de los hijos de ésta en el país de origen durante el tiempo en que ella envíe las remesas para la mantención del hogar. Así también, en la literatura especializada sobre el tema existe la noción de la “cadena mundial de cuidados” que alude directamente a la constitución de cadenas de mujeres

⁷³ Solimano, A. Globalización y Migración Internacional: La experiencia Latinoamericana. Revista de la CEPAL N° 80. 2003, p 64.

⁷⁴ Patricia Cortés Castellanos. Mujeres Migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos Humanos, Mitos y Duras Realidades. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 61, Santiago de Chile. p 33. Patricia Cortés Castellanos (2005). Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe, p 33.

⁷⁵ Patricia Cortés Castellanos (2005). Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe...p 50.

destinadas a lograr un equilibrio entre las funciones productiva y reproductiva⁷⁶. De ésta manera las migrantes son contratadas para el servicio doméstico en hogares de otras familias en los países de destino en que probablemente la jefa de hogar se haya realizando trabajo productivo en términos de la noción androcéntrica del ciudadano productivo ligado al mundo laboral remunerado. Así, las mujeres se hacen cargo de los cuidados y el trabajo reproductivo de los hogares en que se desempeñan en los países de destino para poder mantener con aquellos ingresos sus propios hogares en el país de origen, los que generalmente quedan a cargo de otras mujeres muchas veces también empleadas para el servicio doméstico por éstas mismas otras mujeres migrantes. Este sistema se encuentra estratificado en función de la estratificación social y grupos étnicos de pertenencia en los países de salida y llegada. Cabe destacar además el costo emocional que significa para las mujeres el dejar sus hogares y núcleos familiares, en virtud del gran impacto psicológico que implica no ver a sus seres queridos incluyendo a sus hijos durante muchos años y que es la base del derecho a la reunificación familiar.

Es posible que en el caso de la migración calificada de mujeres latinoamericanas hacia Chile, las razones del movimiento migratorio varíen y también el estrato social de llegada en la sociedad chilena. En el caso de la discusión respecto de si la decisión migratoria en este grupo produce o no un cambio a favor de las mujeres en las relaciones de poder en el ámbito familiar y de pareja, sólo contamos con los datos entregados por la investigación de María Fernanda Stang⁷⁷ en que concluye que estas dependerán de las condiciones “objetivas” que intervienen en la vida de cada mujer, como si son madres, si tienen pareja, el nivel educacional y la posición económica de su pareja, etc. Sin embargo no contamos con datos exactos respecto de la experiencia de estas migrantes al ingresar en la sociedad chilena ni de si esto implica para ellas un

⁷⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2007). El estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional, p 25. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2006/pdf/sp_sowp06.pdf

⁷⁷ María Fernanda Stang. Saberes de otro género. Emigración calificada y relaciones intergeneracionales en mujeres argentinas y chilenas. En publicación: Informe final del concurso: Migraciones y modelos de desarrollo en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO Programa Regional de Becas CLACSO, Buenos Aires, Argentina. 2006. Acceso al texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2005/2005/migra/stang.pdf>

reordenamiento en su favor de las relaciones de poder en su familia o pareja, ni de si esto resulta diferente para el grupo de las migrantes calificadas y las no calificadas. Se deberá considerar que la situación final en el país, dependerá del estrato de pertenencia de las redes de apoyo con que cuente en conjunto con otros activos que posiblemente puedan movilizar o no.

En general, la invisibilización del trabajo reproductivo desempeñado por las mujeres y su contribución a las economías, es un fenómeno permanente que tiene importantes repercusiones simbólicas para la construcción de las identidades de las mujeres en función del modelo de ciudadano productivo (y de importancia para las políticas económicas nacionales) basado en el hombre como proveedor indiscutido de las unidades familiares. Claramente existe una valoración del trabajo productivo y reproductivo que es desigual en términos de la contribución social que representan y que desmedra al trabajo reproductivo y su valoración social.

En síntesis para las migrantes latinoamericanas en general, especialmente para las pobres la decisión migratoria tiene que ver con una ecuación de costos y beneficios en base a su calidad de vida y la de sus grupos familiares. Muchas veces el costo para ellas, en el caso de estar indocumentadas, corresponde a someterse a una situación de ausencia de derechos y no ciudadanía en que se facilita la vulneración de sus Derechos Humanos fundamentales. Otras veces, estando en calidad de migrante regular, el costo está asociado al desarraigo respecto de sus redes sociales y familiares, de sus afectos más cercanos o de sus hijos, además implica también la exposición a vulneraciones de sus derechos como trabajadora. Los beneficios para estas mujeres toman la forma de mejor calidad de vida en materia económica para sus grupos familiares respecto de sus países de procedencia, especialmente para sus hijos estando o no con ellas en el país de destino.

4.3.2 ¿Qué pasa con la salud las migrantes en Chile y cuáles son las especificidades relativas a la Salud Sexual y Reproductiva?

El acceso a los sistemas de salud por parte de los y las migrantes se ha planteado como una interrogante en atención a las múltiples condiciones de vulnerabilidad a las que éstos se encuentran expuestos y que ya hemos nombrado en apartados anteriores. Estas condiciones de vulnerabilidad se relacionan con la situación de desprotección social que afecta a las/os migrantes económicas/os irregulares en virtud de su calidad de no ciudadanos y de los migrantes económicos regulares en virtud de su condición de extranjeros provenientes de una situación económica desmejorada en sus países de origen..

Chile en la actualidad posee una política migratoria antigua y difusa, es así como la Ley de Extranjería data de 1975 (Decreto Ley N°1094) y el Reglamento de extranjería data de 1984 (Decreto Supremo N°597). En la actualidad desde el 2001 se trabaja desde el poder ejecutivo para reformular estos instrumentos en una *comisión para elaborar la Política de Migración del Estado Chileno con funcionarios técnicos del Ministerio del Interior, Defensa, Trabajo y Relaciones Exteriores*. A la fecha, aún no se ha evacuado un documento definitivo, no obstante, existe un instrumento de trabajo que postula la creación de un Consejo de Política Migratoria, que estaría integrado por agentes públicos del área política como administrativa y que tendría carácter de asesor del Ejecutivo⁷⁸. Esta comisión tendría por objetivos centrar la nueva política migratoria en el derecho de residencia y la libertad de circulación; la libertad de pensamiento y de conciencia; el acceso a la residencia en condiciones igualitarias y debidamente informadas; el acceso a la justicia, la protección social de los inmigrantes; la regularidad de los flujos migratorios; los derechos laborales de los trabajadores extranjeros en Chile; la no discriminación y la reunificación familiar.

⁷⁸ http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-05-16.1264867506

*Actualmente, la Ley de Extranjería, establece distinciones entre migrante turista (permiso de 90 días prorrogables), residente temporal sujeto a visas de estudiante, contrato, temporal hasta 2 años, refugiado; y residente permanente. Se considera un migrante irregular a aquel que encontrándose en territorio nacional, tenga su visa vencida*⁷⁹. En general se trata de personas que ingresan al país como turistas y que aún cuando su visa haya vencido permanecen en el país. Se estima que existen en la actualidad alrededor de 15 mil migrantes irregulares lo que representa una cifra bastante pequeña respecto del total de migrantes que asciende a 184.484⁸⁰ personas.

En Chile de acuerdo a lo expuesto en el artículo 2º de la ley 18.469 que regula el derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, los servicios de salud no pueden negar la atención a quienes lo requieran, ni condicionarla al pago previo de aranceles o tarifas fijados para este efecto⁸¹. Sin embargo, el acceso a los servicios de salud por parte de los y las migrantes está asociado íntimamente a su situación legal en el país. Es así como se hacen importantes distinciones respecto del tipo de visa que poseen los migrantes. El Estado Chileno hace valer de esta forma su facultad para distinguir entre migrantes documentados e indocumentados tal y como plantea la ICERD en observancia de los derechos fundamentales de este tipo de población. Vale la pena destacar que la ICERD, no faculta a los Estados para establecer ningún tipo de discriminación o privilegio entre los no ciudadanos de una nacionalidad y otra⁸².

El estado Chileno reconoce el derecho a la salud de los migrantes documentados y les otorga igualdad de condiciones en materia de atención de salud, esto puesto que se les permite imponer en el sistema público (FONASA) y privado (ISAPRES) de salud si cuentan con un permiso de trabajo o la residencia definitiva. Sin embargo, los inmigrantes que se encuentren en el país de forma indocumentada estarán impedidos de acceder a los servicios de salud pública, salvo con la excepción de los casos de

⁷⁹ http://www.miurbal.net/focus_santiago.html

⁸⁰ Ibid

⁸¹ Universidad Diego Portales (2006). "Derechos Humanos de las personas inmigrantes". En: Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2005, p 318.

⁸² OMS, Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos, N° 4, Diciembre 2003, p 20.

urgencia, atención de parto, mujeres embarazadas y de niños y niñas menores de 6 años⁸³. Específicamente, en el caso de las mujeres embarazadas Chile ha firmado el “Convenio de Mujeres Embarazadas y Tratamiento Médico⁸⁴” entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud por medio del cual se otorga a las mujeres en situación de gravidez atención de salud durante el pre-parto, el parto y el post parto para lo cual en el caso de las indocumentadas se les concede residencia temporaria durante 1 año. Este convenio se celebra específicamente respecto de la situación de las migrantes indocumentadas y es lo único que existe para ellas en materia del derecho a la salud sexual y reproductiva. Una evidencia parcial de su aplicación la encontramos en la disponibilidad en la actualidad del procedimiento para acceder a una visa temporaria por esta causa en el Ministerio del Interior⁸⁵.

En general en Chile los problemas de salud de las migrantes están íntimamente ligados a su actividad laboral. De esta manera, al emplearse la gran mayoría de las migrantes latinoamericanas en el servicio doméstico, ellas en general presentan problemas como lumbagos y otras enfermedades derivadas directamente de la aplicación de fuerza física en la labor doméstica. Otro aspecto relevante es la detección de problemas psicológicos derivados del desarraigo y alejamiento de su familia. Finalmente y también relacionado con la gran participación de las migrantes latinoamericanas en el trabajo doméstico especialmente puertas adentro, se ha podido constatar que en caso de las mujeres en estado de gravidez, éstas concurren a los servicios de salud hasta muy avanzado el embarazo. Esta situación, implica grandes riesgos para la vida y la salud de la mujer y del feto e implicar problemas de salud asociados al periodo de post parto. A este respecto, no existe claridad si esta práctica se debe a diferencias en las prácticas de salud respecto de sus países de origen o si se debe a la dificultad para acceder a los servicios de salud pública para las mujeres

⁸³ Nuria Nuñez y Carmen Torres, *Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva*, Fundación Instituto de la Mujer, 2007, versión inédita, p 13.

⁸⁴ Ministerio de Salud; “Orientaciones Generales Atención Migrantes (primer borrador)”; Servicio de Salud Metropolitano Norte, Subdirección Médica, Departamento de Gestión de Red, Departamento Programa de las Personas; p. 2. Citado en Nuria Nuñez y Carmen Torres, *Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva*, Fundación Instituto de la Mujer, 2007, versión inédita, p 13.

⁸⁵ [Te-9] Visa - Convenio Mujeres Embarazadas y Tratamiento Médico disponible en http://www.extranjeria.gov.cl/clasif_visas_temp.html

que se desempeñan en el trabajo doméstico puertas adentro por razones de incompatibilidad horaria con sus jornadas de trabajo⁸⁶.

De acuerdo al Informe anual sobre Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales 2005⁸⁷, el acceso a la salud para los inmigrantes está lejos de ser una realidad tanto para inmigrantes regulares en materia de documentación como para quienes no ostentan esta condición. Las cifras presentadas estiman que un 74.6% de los niños hijos de inmigrantes no se encuentran inscritos en ningún consultorio de salud, y que en el caso de sus padres esta cifra alcanza un 45.5%. Estas cifras se debían a la condición de irregularidad que aquejaba la mayor parte de los niños ya sea por tener sus documentos vencidos, en trámite o haber ingresado irregularmente al país, esto en la práctica implica la imposibilidad de obtener un RUT, requisito básico para poder efectuar una inscripción en un consultorio, un porcentaje de estos niños (no inscritos) alrededor del 15% manifestaron haber sido rechazados en estos establecimientos a la hora de haber estado enfermos y haberse acercado a pedir atención. Por otro lado en el mismo informe, queda manifiesta la dificultad en el acceso a la salud aún para quienes poseen regularidad en su documentación. Esto se debe a la dificultad que reviste para éstas personas el conseguir un trabajo con contrato, lo que les impide ingresar a FONASA o alguna ISAPRE y frente a lo cual las discriminaciones de las cuales son objeto en Municipalidades para acceder a una tarjeta de indigente en virtud de su calidad de migrante imposibilitan su acceso a la salud en los mismos términos que los nacionales chilenos, violando así lo establecido por la ICRMW.

De acuerdo a un estudio cualitativo sobre “Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva” realizado en comunas de la zona norte de Santiago por el Instituto de la Mujer el año

⁸⁶ Centro de Estudios de la Mujer (CEM), Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer, CEDEM, Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Corporación de Desarrollo de la Mujer, La Morada, Corporación DOMOS, Corporación Humanas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile, Instituto de la Mujer, Movimiento Pro emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), Informe Sombra CEDAW, Chile 2003-2006, p 120.

⁸⁷Universidad Diego Portales (2006). “Derechos Humanos de las personas inmigrantes”. En: Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2005, p 318-319

2007⁸⁸, la caracterización de las mujeres peruanas migrantes de la zona norte de Santiago es que en general son adultas jóvenes cercanas a los 28 años, madres o que proyectan serlo, que el 50% son jefas de hogar, que en general poseen más de 10 años de Estudio, que viven hace 4 o más años en el país y que la mayoría ha llegado al sistema público de Salud producto de un embarazo y cuenta con previsión de salud a través de FONASA o tarjeta de indigencia. Haciéndolas éstas características, según la opinión de las investigadoras, tremendamente vulnerables y expuestas a riesgos en su calidad de vida y la de sus hijos espacialmente en materia de salud. Los resultados del estudio arrojaron que el acceso a los servicios de salud era considerado por las migrantes dificultoso y que habitualmente reciben negativas para la atención en el caso de estar indocumentadas, por otra parte manifestaron que el trato por parte de los prestadores de salud es malo y vejatorio. Respecto del sistema consideran que no se les percibe como personas adultas y con derechos, y además plantean que exceptuando los partos la atención en materia de salud reproductiva es de mala calidad dado que se les entrega sin otorgarles debida información respecto de los métodos de control de la fecundidad que les son suministrados. En materia de salud sexual prácticamente no se les otorga información por parte del sistema en ésta materia y perciben que no existen espacios para sus interrogantes. Finalmente las mujeres perciben que existe discriminación en el sistema público de salud, aunque identifican su fuente en los prestadores/as de nacionalidad chilena (la salvedad se debe a que en el servicio de salud metropolitano Norte hay una gran cantidad de médicos bolivianos y ecuatorianos en ejercicio) y no a una política institucional que esté orientada al maltrato en este sentido. Así también valoran en cambio el que se las llame por su nombre y no en forma despectiva. De esta manera, el estudio otorga importantes antecedentes respecto de la situación de las migrantes peruanas en Santiago, dando luces respecto de transgresiones a los derechos sexuales y reproductivos considerados en los instrumentos internacionales.

Entonces podemos considerar que las especificidades en materia de salud sexual y reproductiva de las migrantes latinoamericanas en Chile y su acceso al derecho a la

⁸⁸ Nuria Nuñez y Carmen Torres, Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva, Fundación Instituto de la Mujer, 2007, versión inédita.

salud en esta materia aún debe ser materia de exploración, dado que los antecedentes entregados por los escasos y pequeños estudios cualitativos existentes al respecto se circunscriben solamente a la población inmigrante peruana y son claramente insuficientes para iluminar la situación de las mujeres migrantes latinoamericanas y su acceso a salud sexual y reproductiva en nuestro país. No encontramos estudios relativos al conjunto de las migrantes latinoamericanas en materia de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, debemos recalcar que el Estado chileno tiene grandes responsabilidades incumplidas respecto de las mujeres en general en materia de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo la prohibición absoluta del aborto incluyendo el aborto terapéutico y la necesidad insatisfecha respecto de contar con una legislación específica y moderna en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, aún cuando han sido varias las presentaciones de Proyectos de ley Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos⁸⁹. Respecto de las migrantes en particular, sumado a lo anterior y de acuerdo a lo planteado los estudios exploratorios antes mencionados, existen amplias falencias en términos de proveer información y acceso respecto del ejercicio de su derecho a la salud en general. Por lo demás consideramos preocupante el hecho de que la salud reproductiva en el caso de las migrantes indocumentadas en tanto derecho fundamental de las mujeres sea reducida a la gravidez, el parto y el post parto, puesto que una vez más esto implica una reducción del rol de las mujeres a la función reproductora, desconociendo la dimensión de los derechos sexuales y el derecho a estar libre de enfermedades.

⁸⁹ Habiéndose presentado el último el 12 de Junio del 2008 por la diputada María Antonieta Saa en conjunto con organizaciones de la sociedad civil.

V. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Estrategia metodológica

Para abordar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes latinoamericanas en Chile, usamos una metodología cualitativa de investigación, con la finalidad de poder complementar los datos producidos mediante técnicas cualitativas de investigación.

Usamos un diseño etnográfico de corte particularista, el que *por medio de la aplicación de una metodología holística estudia grupos particulares o unidades sociales*⁹⁰, y es frecuente en investigación en espacios ligados a la salud. Esto, dado que nos interesa indagar en las percepciones y opiniones de todos los actores y actoras involucrados en el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes latinoamericanas frente a lo cual la metodología cualitativa nos permite observar, describir, comprender e interpretar de mejor manera el fenómeno, debido a su alta sensibilidad en la comprensión de experiencias de vida y en la construcción de sentido que sobre esa experiencia se hace.

5.2 Tipo de Investigación

Tanto el problema como los objetivos de la investigación nos conducen a realizar un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, según la clasificación de Dankhe, (1986)⁹¹. Se trata de un estudio exploratorio dado que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado y que no ha sido abordado antes

⁹⁰ Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación, MC Grau Hill, México, 2006, p 699.

⁹¹ <http://www.sacom.org.ar/secciones/tercera/orientacion.htm>

y es descriptivo, dado que busca especificar como son y como se manifiestan las propiedades importantes del fenómeno sometido a análisis⁹². En este caso hablamos de explorar las formas en que las mujeres migrantes latinoamericanas acceden o no a la salud sexual y reproductiva y los mecanismos y estrategias por los cuales logran o no el ejercicio de sus derechos así estipulados por los instrumentos internacionales.

5.3 Población y Muestra

El contexto del estudio fue la zona centro de la ciudad de Santiago de Chile, especialmente los espacios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las migrantes, es decir centros de salud pertenecientes a la red del Servicio de Salud Metropolitano Centro que entreguen prestaciones de salud sexual y reproductiva en zonas de especial presencia de migrantes. En este caso se ha identificado como especialmente relevantes aquellos presentes en la comuna de Santiago, tales como el centro de Salud N°1 y el Centro de Salud N° 5.

El método para la selección de informantes fue el método “bola de nieve”, el que consiste en “conocer a algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros”⁹³. Este muestreo tendrá lugar dentro de la población conformada por mujeres migrantes latinoamericanas. Esta decisión se relaciona con el hecho de que en esa instancia estarán presentes tanto mujeres que cuentan con acceso formal a la salud asegurado por su condición regular, como otras a las que las condiciones de salud relativas al parto otorgaron la posibilidad del acceso a estos servicios.

La unidad de estudio serán las mujeres que se encuentren recibiendo algún tipo de asistencia médica relativa a salud sexual y reproductiva en los consultorios de salud primaria de la zona centro de Santiago. No habrá consideraciones de edad, ni

⁹² Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación, MC Grau Hill, México, 2006, p 102.

⁹³ Taylor y Bodgan, Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación, Editorial Paidós, España 1984, p 108.

nacionalidad, puesto que los cuidados de salud sexual y reproductiva se extienden a lo largo de toda la vida de las mujeres.

Las mujeres entrevistadas fueron 20 y se realizaron observaciones durante el periodo de un mes. El periodo de observaciones y entrevistas finalizó cuando fueron satisfechas nuestras necesidades de información y se cumplió el criterio de redundancia o "saturación" de los datos.

La conformación final de la muestra es la siguiente:

Nº	Nº Centro de Salud	Edad	País de Origen	Años en Chile	Fecundidad
1	5	29 años	Perú	3 años	Sí
2	5	23 años	Perú	6 años	Sí
3	5	22 años	Perú	2 años	Embarazada sin otros hijos
4	5	22 años	Bolivia	3 años	Sí
5	5	40 años	Perú	13 años	Embarazada sin otros hijos
6	5	17 años	Perú	1 año	Embarazada sin otros hijos
7	5	28 años	Perú	4 años	Sí
8	5	22 años	Perú	3 años	Sí
9	5	25 años	Perú	8 meses	Sí
10	5	22 años	Perú	2 años	Sí
11	5	25 años	Perú	3 años	Sí
12	1	19 años	Perú	2 años	Sí
13	1	40 años	Perú	10 años	Sí
14	1	43 años	Perú	11 años	Sí
15	1	34 años	Perú	2 años	No
16	1	29 años	Perú	8 meses	Sí
17	1	21 años	Perú	2 años	Sí
18	1	30 años	Perú	4 años	Sí
19	1	36 años	Cuba	3 años	Sí
20	1	22 años	Perú	1 año	No

5.4 Técnicas para producir información

Las técnicas de producción de información usadas fueron observación participante y entrevista cualitativa semi-estructurada:

La observación participante *es la observación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen los datos de modo sistemático y no intrusivo*⁹⁴. Corresponde a un modo presencial de producción de datos en que la investigadora establece relaciones abiertas con las personas presentes en el campo de modo no intrusivo incorporándose en las actividades de los y las participantes. En este caso asumiendo el rol de paciente en la sala de espera para atención sexual y reproductiva.

Se realizaron observaciones en el lugar y se establecieron conversaciones informales con los sujetos de investigación, en este caso las mujeres usuarias y personal médico y paramédico en consultorios, con la finalidad de ir conociendo sus definiciones culturales, interacciones sociales, patrones y estilos de comunicación, normas sociales y relaciones de poder.

Por otro lado, la entrevista cualitativa semiestructurada o entrevista estandarizada abierta *consta de una pauta de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados pero de respuesta abierta o libre*⁹⁵. Esta corresponde a un método presencial de entrevista, basado en la empatía del entrevistador para con el entrevistado (individuo o grupo), que se emplea para recoger informaciones ligadas a la subjetividad de los actores (descripciones, puntos de vista, análisis, sentimientos, etc.) y para obtener descripciones de procesos, vivencias que forman parte de la experiencia de éstos. La actitud no directiva que rige su aplicación concederá a las entrevistadas, la libertad de recorrer a su albedrío las preguntas

⁹⁴ Ibid, p 50.

⁹⁵ Manuel Canales (compilador), Metodologías de la Investigación Social, Introducción a los Oficios, Editorial LOM, 2006, p 230.

abiertas que se les plantea. Sin embargo existe la necesidad para los fines de nuestra investigación de incluir dimensiones específicas a explorar de acuerdo a éste método por medio de preguntas, dada la especificidad de la información a contrastar, puesto que el contenido de los derechos en materia de sexualidad y reproducción remite a prestaciones específicas por parte de los prestadores de salud y también a determinantes específicos en materia de salud de las personas. Además dado el tema particular de nuestra investigación, consideramos necesaria para la producción de información, que al estar ligada a la sexualidad y ésta a su vez al espacio privado de las sujetas, el modelo de una conversación entre iguales y el establecimiento del rapport en el contexto de una interacción social con fines investigativos en que el principal instrumento de investigación será la entrevistadora.

5.5 Dimensiones del estudio

Dimensiones	Categorías	Tópicos
Derechos Humanos	Conceptos	Nociones de derechos humanos presentes o no en el discurso de las actoras.
	Empoderamiento	Reconocimiento o no de sí mismas como portadoras de derechos humanos en general y en materia de derechos reproductivos.
Salud en general	Acceso	Acceso y factores posibilitadores o inhibidores del acceso, incluida la relación con los prestadores/as.
	Estado	Estado y Determinantes del estado o condición de salud de las migrantes
Salud Sexual	Acceso	Acceso y factores posibilitadores o inhibidores del acceso, incluida la relación con los prestadores/as.
	Estado	Estado y Determinantes del estado o condición de salud de las migrantes
Salud Reproductiva	Acceso	Acceso y factores posibilitadores o inhibidores del acceso, incluida la relación con los prestadores/as.
	Estado	Estado y Determinantes del estado o condición de salud de las migrantes

5.6 Pauta de Entrevista

Buenas tardes, mi nombre es Patricia Zamora, y estoy realizando un estudio sobre salud sexual y reproductiva en migrantes latinoamericanas en la zona centro de Santiago.

La información entregada a este estudio es absolutamente anónima y confidencial, por lo que su nombre no será registrado en la información. Nuestro interés es que usted se exprese libremente respecto de los temas contemplados en la entrevista con la finalidad de recabar información respecto del acceso y condiciones en que usted satisface sus necesidades en salud sexual y reproductiva.

La grabadora que usted ve aquí es sólo para registrar lo que no alcanzo a anotar en el papel y sólo será escuchada por mí. Si usted no tiene preguntas sobre algún punto de esta introducción ni algún reparo respecto del uso de la grabadora, estaría en condiciones de empezar a grabar.

a) Preguntas sociodemográficas

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es el país en que nació?
- ¿Hace cuantos años está en Chile?
- ¿Tiene pareja? ¿Vive en Chile? ¿Lo conoció en Chile o en su país?
- ¿Tiene hijos o hijas? En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿cuántos hijos y/o hijas tiene?
- ¿A qué se dedica laboralmente?
- ¿Cuál fue su último curso aprobado?

b) Preguntas temáticas

1. En la actualidad, las migraciones han ido cobrando alguna importancia en el país, respecto de su experiencia como inmigrante en Chile ¿cómo ha sido la experiencia de insertarse en éste país? ¿Qué es lo que usted considera que ha sido más fácil y qué ha sido más difícil?
2. Dado que usted se atiende en el consultorio ¿Por qué razones se ha acercado al consultorio? ¿Cómo ha sido la experiencia de atenderse en el consultorio? ¿Cómo hacía antes para solucionar sus problemas de salud?
3. En caso de que haya respondido que tiene pareja ¿Su pareja la acompaña cuando necesita conseguir atención de salud? ¿Qué opina de como funciona la atención acá? ¿Es parecido a lo que vivías en tu país?
4. ¿Cuándo usted se ha atendido con la matrona/matrón, el ginecólogo/a o la enfermera/o que tipo de informaciones son las que ha recibido y sobre qué temas? ¿cómo describiría usted esa información? ¿Entiende? ¿Hace preguntas? En caso afirmativo ¿le explican de manera suficiente?
5. ¿Usa algún método anticonceptivo? Si la respuesta es sí ¿Cuál? ¿Desde cuando? ¿Por qué? si la respuesta es no ¿por qué no? ¿Qué hace entonces?
6. ¿Cómo es el proceso para conseguir atención de salud en Chile? ¿qué es lo más fácil? ¿Qué es lo más difícil? ¿Por qué?
7. ¿Cómo era el proceso para conseguir atención en su país? Si tuviera que comparar la atención en su país y la que recibe acá ¿Cuáles son las principales diferencias? ¿En qué se parecen?
8. Respecto de la experiencia de estar en otro país ¿qué derechos considera que posee como migrante? ¿qué derechos considera que posee como persona? ¿ha recibido alguna información al respecto?

9. Para terminar, ¿quisiera agregar algo, hacer algún comentario final? ¿Considera que se está quedando fuera algún aspecto importante que no hayamos considerado en la entrevista? Si es así ¿cuál?

5.7 Matriz de Observación

Matriz de Observación					
Fecha:					
Lugar:					
Actores Actores y Otras categorías	Inmigrantes	Nacionales	Enfermeras, Técnicos/as y Paramédicos	Matronas	Ginecólogos
Inmigrantes					
Nacionales					
Enfermeras, Técnicos/as y Paramédicos					
Matronas					
Ginecólogos					
Espacios Físicos y Objetos					
Documentos					
Otros					

Nota 1: Las casillas correspondientes a Actor/Actor corresponden a observaciones de la relación entre ellos. Incluye comentarios y observaciones de tiempos de espera.

Nota 2: En la casilla otros va todos lo que no puede categorizarse en las otras casillas

5.8 Análisis de información

El análisis de la información producida mediante las entrevistas en profundidad y la observación participante, orientadas a la recopilación de material discursivo fue realizado con los procedimientos propios del análisis de discurso. Éste remite a diversas alternativas de trabajo con el material discursivo, pero que siempre parte de la premisa de la existencia de un segundo orden que subyace al texto explícito. Esto es, el texto oral de los actores es un orden, el subtexto es un segundo orden. Al develarse este segundo orden, al ser diagnosticado, comprendido en su lógica, quedan a la vista las asociaciones y conceptualizaciones que lo sostienen. De esta manera, el análisis puede acceder a enunciaciones discursivas, programas discursivos, estructuras, ejes y/o esquemas que sostienen la lógica de la formulación de un texto.

El análisis de discurso es un instrumento eficaz en la comprensión de imaginarios sociales sobre los que se construyen los discursos. Vale decir, todo discurso se construye en el marco de una imagen de mundo, una forma de la verosimilitud sobre la realidad. Y el análisis de discurso descompone el texto de manera tal que permite llegar a la imagen de mundo, comprenderla, desarmarla y rearmarla, descubrir sus supuestos, implicancias y determinaciones. En el fondo, el análisis de discurso es una forma de reconstruir el orden en la búsqueda de las bases mismas de la articulación simbólica que subyace en las significaciones que los diferentes actores producen en sistemas de relaciones.

Otro procedimiento de análisis de información utilizado en función de aumentar la calidad o credibilidad del dato⁹⁶ fue la *Revisión de los sujetos o Examen de los Miembros*. La revisión de los sujetos es un tipo particular de retroalimentación y consiste en solicitar sistemáticamente feedback del dato mismo y de las conclusiones desde las sujetas de estudio. Esto con la finalidad de evitar interpretaciones erróneas de los significados asignados por los miembros y su perspectiva. Esto se llevo a cabo principalmente por medio de observaciones en sala de espera, consultas a mujeres

⁹⁶ J Maxwell, "Qualitative Research Design. An interactive Approach", Sage Publications, 1996, p.89-98.

usuarias y a funcionarias y funcionarios de los establecimientos. En la redacción del análisis final los nombres de las mujeres han sido cambiados para resguardar sus identidades.

VI. RESULTADOS

1. Inserción en el país

Esta dimensión fue incluida básicamente con el fin de introducir la entrevista y facilitar el establecimiento del rapport. Así también de ir introduciéndonos en la experiencia de las migrantes, conocer la evaluación que ellas hacen de su permanencia en el país, los facilitadores y las dificultades.

Respecto de la experiencia de insertarse en el país, las mujeres concuerdan en que en general no ha sido tan difícil en términos de acostumbrarse a las personas y a las costumbres. Aunque en algunos casos se comenta la dificultad que significa encontrar trabajo por primera vez cuando no se cuenta con redes anteriores en el país. En muchos casos un facilitador es que muchas de ellas han migrado hacia Chile con posterioridad a otros de sus familiares, entonces en muchos de estos casos ellas disponen de una red de apoyo que las recibe y las orienta en su inserción.

“...bien, yo cuando vine igual tenía acá a mis hermanas. Entonces igual fue más fácil para mi adaptarme acá porque tenía una familia, entonces no me costó mucho. Pero igual a mi en un principio uno igual sufre, uno igual...”

(Marlis, 30 años, Nacionalidad Peruana)

“Que no me ha tocado na mal porque no he tenido problemas, como mi mamá ya está tiempo y conoce más o menos, no vi complicado...”

(Mirta, 25 años, Nacionalidad Peruana)

“Ha sido porque acá han estado mis hermanas 15 años. Llegué pero todo bien. No tiene nada de complicado, en todo me ha ido bien. Yo quería venir para acá desde que ella llevaba 10 años acá, entonces estaba cómoda.”

(María, 19 años, Nacionalidad Peruana)

Entre las dificultades para insertarse, ellas dan cuenta del rigor de “trabajar en casa” o trabajar puertas adentro en el trabajo doméstico. Ellas consideran que trabajar puertas adentro es muy sacrificado en términos de que “se trabaja mucho” al no contar con horarios explícitos de descanso y tener muy pocas “salidas” por día libre para ver a sus amistades o simplemente descansar de sus labores de la semana. Además, son sometidas a abusos laborales en términos de que no siempre logran que se les haga contrato, en ocasiones no se les paga, como habíamos mencionado no se les respetan horarios ni días de descanso, entre otros. Todos estos son generalmente aceptados hasta que logran establecer redes en el país para buscar otro trabajo o hasta que logran encontrar un lugar propio para vivir.

“Es que era diferente porque yo nunca me había trabajado así en casa ni puertas adentro. Allá en Perú si pos pero acá no.(...) Es que puertas adentro también se trabaja más que puertas afuera, porque uno cuando trabaja puertas adentro tiene que trabajar hasta tarde, yo trabajaba hasta las doce de la noche entonces yo trabajaba desde las seis de la mañana (...) No se es que aquí la mayoría trabaja puertas adentro, es que a veces hay una comida, vienen personas a comer y uno tiene que estar hasta esa hora.”

(Verónica, 22 años, Nacionalidad Peruana)

“Yo empecé a trabajar puertas adentro cuando recién llegué, y quería que la casa estuviera bien limpia, bien trabajada. Puertas adentro era de las 7 de la mañana hasta las 9 de la noche y me daba de comer poquito, hacía dos tacitas de arroz. Y ellos eran cuatro, su hijo de trece años, un niño de siete años, así que poquito comía yo. Entonces una persona puertas adentro y comía muy poco. Entonces esa fue la manera en que me cayó muy mal. Desesperada, lloraba y trabajé tres meses ahí nomás y me retiré.”

(Soledad, 43 años, Nacionalidad Peruana)

“puertas adentro. Ahí habían unas que te trataban mal, otras que no, había que a

veces que no quería, o sea te cambiaban cuando ellas querían las salidas, a última hora te avisaban. Si y ahora el último trabajo que tuve no me lo iban a pagar. No, no me pagaron. Y hasta ahora me deben y lo he dio a cobrar y me dicen que tal fecha, tal fecha y así me tienen... estuve trabajando en eso, el último trabajo dos meses el primer mes me dieron la mitad y el segundo mes no me dieron nada. Entonces yo tuve que salirme no más de ahí, porque a lo mejor se iba acumulando y no me lo iban a pagar.”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

Además, las migrantes dan cuenta de “racismo” en las calles de Santiago, en general en los espacios públicos. Muchas dan cuenta de haberse encontrado con amedrentamientos y comentarios racistas cuando circulan por la calle, en el transporte público, escuelas y consultorios. Sin embargo ellas lo asumen como situaciones aisladas y consideran que en general han tenido una buena acogida por parte de chilenos y chilenas.

“No, una vez nada más, pero eso fue en el transantiago, en la micro. Nadie hacía cola y en el momento en que venía el transantiago, y había una fila, y después yo veía que la gente subía (...) rompieron la fila (...) yo ni loca que me iba a quedar tampoco. Me subí y dijo “hay peruana culíá, que porqué estas en este país que te crees”. Y como había ahí... las mismas chilenas... sacaron cara. Dijeron que porqué, que eres un racista, que esto y lo otro, que eres mas feo que (...), le empezaron a decir garabatos.”

(Mariela, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“...cuando empezó transantiago donde nos subíamos en las micros, me decían que las peruanas vienen aquí a quitar trabajo, que puros peruanos están en los buses, que... y así.”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

“... Ah, cuando mi hija entró al colegio por que a ella si que sabían discriminar, los mismos compañeritos. Las mamás pueden que no le enseñaran a los niñitos a que

tienen... así sea de color o peruano y lo que sea... son iguales. Eso fue lo más difícil, más que nada por mi hijita.”

(Camila, 28 años, Nacionalidad Peruana)

Es necesario vincular el discurso de la migrantes con lo establecido en la Convención Internacional Sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW) respecto del Derecho a la Seguridad Social en el Artículo 27 y en el Artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) en el que se establece que nadie estará sometido a servidumbre. Resulta preocupante la situación de indefensión en que se encuentran algunas trabajadoras migrantes latinoamericanas en nuestro país, especialmente al momento de su llegada dado que a menudo les es negado el acceso a la previsión social y son sometidas arbitrariamente a servidumbre por sus primeros empleadores amparados en la falta de información respecto de los derechos que poseen como trabajadoras migrantes. Debemos mencionar que es obligación tanto de los países de salida, como del país de empleo (Chile en este caso) y los países de tránsito informar a las migrantes respecto de sus derechos de acuerdo a la convención.

Otro asunto preocupante es la prevalencia de una percepción de discriminación en las calles de Santiago, dado que en todas las convenciones ratificadas por nuestro estado existe una cláusula de no discriminación que hace aplicables todos los derechos contenidos en ellas a todas las personas independientemente de su origen nacional, sexo, edad, entre otras características. Es necesario evaluar los intentos del Estado Chileno por eliminar o disminuir los problemas que la población extranjera vive por esta causa en las calles.

2. Experiencia de atenderse en el consultorio

Esta dimensión es central en el estudio, las mujeres aquí dan cuenta de las razones por las cuales buscan asistencia médica en el servicio público y de la forma en que acceden a la atención en el consultorio y en el sistema de salud en general. Es interesante saber cuáles son las dificultades que se les presentan y cuál es su percepción de su entrada al sistema de salud. Así también es importante conocer los posibles inhibidores del acceso presentes en el mismo sistema de salud para este grupo de la población.

Las mujeres se acercan al consultorio mayoritariamente porque se enfrentan a alguna enfermedad o complicación que no pueden tratar mediante automedicación. En general las inmigrantes latinoamericanas se acercan al consultorio después de llevar meses o años en el país, especialmente en el caso de quienes “trabajan en casa” puertas adentro, generalmente satisfacen sus necesidades de salud mediante consultas privadas de bajo costo a las que acceden sin tener que programar una hora o se acercan a la farmacia y consultan al dependiente qué es lo que pueden tomar, así ellas pueden pasar mucho tiempo. Esta información fue confirmada por las entrevistas informales realizadas a funcionarios y funcionarias que atienden a las migrantes en los centros de salud.

“Es que no no venía a ningún consultorio ni nada, (...) Es que casi no he estado enferma yo, es que no me enfermé nada más que cuando salí embarazada todavía del niño”

(Verónica, 22 años, Nacionalidad Peruana)

“por mi embarazo, para controlar mi embarazo. Antes nunca me había pasado por acá, ni fui al consultorio ni nada de eso. Entonces cuando quedé embarazada me vine a controlar con la guagua.”

(Marlis, 30 años, Nacionalidad Peruana)

“No recuerdo bien si eran tres años (que estuve sin venir al doctor), porque yo estaba como... mas joven entonces yo me sentía bien, me sentía sana. Si era una gripe me tomaba una pastilla o un Tapsin compuesto. Ahora, recurría a la farmacia, yo compraba en la farmacia de por aquí. Porque por la misma responsabilidad de mi trabajo yo no podía, entonces compraba en farmacias. De ahí conversando con mi hermana, me informe que eran gratis acá.(...) El medico de la farmacia (me las recetó), el farmacéutico”

(Soledad, 43 años, Nacionalidad Peruana)

“Pero no, en ese tiempo es cuando no tenia ni carnet, yo saque mi cedula con la amnistía entonces en ese tiempo no tenia esta cedula, como entonces tampoco me iban a atender, varias personas me decían que no me iban a atender, como antes atendían con pasaporte ahora ya no, ahora atienden con cedula, entonces por eso tenia que ir siempre a la farmacia y pedía algo para los bronquios y me trataba. Y me trataba de no enfermarme, mejor dicho, así no complicaba.”

(Andrea, 34 años, Nacionalidad Peruana)

Quienes “trabajan en casa” se ven enfrentadas a frecuentes obstáculos impuestos por sus patronas. Esto se debe a que muchas son inflexibles a la hora de darles permiso para salir en horarios de trabajo y no consideran un derecho de la inmigrante acceder a atención de salud en el consultorio, un día de semana que es cuando atienden. Por otro lado, a veces las inmigrantes tienen temor a pedir permiso para ir al consultorio para controlar su embarazo u otro motivo sin que sus empleadoras les hayan negado esta posibilidad.

“Entonces estaba trabajando y en mi casa no me daban permiso para poder inscribirme al consultorio y me dijo que como...(…) no, me dijo que no, me dijo que tienes que ocupar ese tiempo pa poder en tu día libre y le dije yo “pero los domingos no atienden”. “no. pero a mi me complica que tu salgas un día particular””

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

“Después de los cinco meses (controlé mi embarazo) Es que cuando yo trabajaba, estaba trabajando, es que la señora no sabía que yo estaba embarazada. Ya pero cuando se notó mi guata, que ahí recién le dije a la señora que estaba embarazada, que tenía cinco meses y a ver si seguía yo trabajando o me despedía, pero me dijo “no, te voy ayudar”, que ya tenía que ir a mis controles porque no tenía ningún control”

(Verónica, 22 años, Nacionalidad Peruana)

Generalmente las inmigrantes se enteran de la posibilidad de ser atendidas en el consultorio gracias a sus redes personales, ya sea familiares o de amistad. Otras mujeres que ya han estado embarazadas y han tenido a sus hijos en el país las orientan respecto de los lugares a los cuales deben acceder y la documentación que necesitan. Muchas veces también son acompañadas a realizar los trámites por alguien que ya los ha realizado anteriormente.

“La amiga de mi mamá me dijo que fuera al Consultorio”

(Ximena, 23 años, Nacionalidad Peruana)

“Por mi hermana que estuvo dos años más que yo acá en Chile, entonces ella me dijo que me pertenece y me converso, y que pertenecía a este consultorio.”

(Soledad, 43 años, Nacionalidad Peruana)

“Mi mamá tiene diez años acá. Y ella me dijo que tenía que controlarse acá mi hijita, llevarla al control de niño sano; por eso la traje más que nada, pa’ que ella se viera y todo eso. Además que ella se enfermó, le dio como una fiebre.”

(Camila, 28 años, Nacionalidad Peruana)

Muchas de las mujeres del estudio declararon haberse acercado al consultorio con motivo de un embarazo, dado que un parto no es algo que puedan manejar sin asistencia médica. Entonces se encuentran con la necesidad de contar con algunos documentos tales como el certificado de residencia y la cédula de identidad, estando

arraigada en ellas la convicción de que sin cédula de identidad no serán atendidas incluso estando embarazadas.

“decidí esperar, no se algo mi tía me dijo que si no tenía carnet no te iban a atender algo así me dijo mi tía y preferí esperar(...) yo vine mas o menos cuando tenía 2 meses (de embarazo), no me salio el carnet por eso no me acerque, consulte y me dijo que no podía con el pasaporte y mi carnet se demoro y por eso no vine.(...) me dijo que no podía con el pasaporte pero yo le dije que estaba tramitándolo, mejor que esperara mi carnet.”

(Alejandra, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“No no iba a ninguna parte (si estaba enferma), porque sólo trabajaba (...) donde me complicaba pensaba en todo eso (...) no hacía nada, pero vivía ahí, atormentada, porque no tenía los papeles para tramitar... todo eso, al carné, todo eso”

(Mirta, 25 años, Nacionalidad Peruana)

En el consultorio quienes portan la cédula de identidad vigente no tienen problemas para acceder a la atención, sin embargo quienes sólo cuentan con su pasaporte y no cuentan con la cédula de identidad se ven enfrentadas a problemas en el ingreso, es decir, en la oficina en que las personas se inscriben y registran para acceder a la atención en el consultorio. En el consultorio nº 5, en la oficina de informaciones no reciben mayor orientación respecto de qué posibilidades tienen de atenderse sin la cédula, mucho menos la obtienen de quienes están encargadas de hacer el ingreso de sus datos al consultorio siendo muchas veces víctimas de maltrato, sucediendo esto incluso cuando las personas indican estar embarazadas. Algunos/as funcionarios/as informalmente derivan estos casos al asistente social y finalmente obtienen atención, sin embargo esto no sucede con quienes se quedan con la negativa en la oficina de ingreso o informaciones y no siguen indagando. Por otro lado en el consultorio nº1 aceptan pasaporte y algo que certifique un embarazo en el caso de las embarazadas. Habiéndose corroborado esta información mediante consultas respecto de los requisitos de atención al personal de los centros.

“bueno, como le voy a decir, a mi me trataron muy bien, no hubo ningún problema, yo no tengo ninguna queja, pero ahora también cuando renové la inscripción del niño igual no tuve mayores problemas, solamente con la cédula (...) o sea uno presenta la cédula y te inscriben o te renuevan el carnet o la dirección nueva que una tiene. Nada más que para estar activo en el consultorio”

(Isabel, 40 años, Nacionalidad Peruana)

“Nada, nada no me la quieren dar. Después vine acá y le expliqué al doctor y hablé con la señorita abajo y le dije que no puedo traer el certificado de residencia porque no me lo quieren dar y me dijeron nosotros no tenemos nada que ver, y ahí tenía como casi pa los 6 meses de embarazo”

(Claudia, 22 años, Nacionalidad Peruana)

“Y me mandaron a hablar con la asistente social, a ver si me podía autorizar. Y luego de ahí fui a hablar con la asistente social y me dijo que me autorizaba a atenderme con la visa en trámite. Ahí fui, me inscribí y me atendieron sólo una vez. La siguiente vez vine y no me quisieron atender en el mesón. Pedí hora en el mesón y me dijeron que no, que tenía que tener pa eso el carnet. Y yo pa eso esperaba la orden de pago, para ir y tramitar el carnet, pero en ese tiempo no me llegaba todavía y...(…) Si, les dije que estaba embarazada ...”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

Muchas han tenido experiencias negativas anteriores al acercarse a postas de urgencia u hospitales, incluso cuando se han atendido con motivo de partos anteriores. Así especialmente en el caso de los hospitales ellas dan cuenta de haber recibido malos diagnósticos respecto de su estado de embarazo. Sin embargo la mayor parte de ellas declara haber recibido una buena atención en el consultorio, habiéndose reforzado esta información mediante observaciones y entrevistas informales en sala de espera con las inmigrantes.

“...tampoco, bueno... pues un comentario cuando yo fui al hospital de allá no sé si, bueno yo no lo tomé tan a la ligera así, en el hospital Sótero del Río, es que sabe que

yo tuve como una hemorragia por este embarazo, entonces yo llegué a parar allá internada como en mayo y el doctor bueno, hizo un comentario y yo lo tome así como... dijo "ud. inmigrantes vienen y hacen, procrean guaguas..." entonces yo le dije "no sé poh, si uno tiene a su pareja y uno quiere tenerlo, ¿porque no lo desean?" . Bueno, eso no más fue lo que comentó y sería como decirle, bueno yo no lo tome tan mal...."

(Isabel, 40 años, Nacionalidad Peruana)

"...fui a por emergencia (del Hospital san Borja) y le dije que estaba embarazada y que estaba con la guata hinchadita y todo y sólo me había hecho test pero nunca una ecografía ¿no? y me dijo el doctor me dijo te voy a hacer una ecografía interna (...) y me dijo que no estaba embarazada, me dijo y yo le dije que (...)¿Pero por qué estoy así como hinchadita? Así mira y me ve y me dijo "no, estás hinchada no más quizás, por gases"(...) Tenía cuatro meses, tenía cuatro meses ahí y después este me salí de ahí y yo pensé que realmente estaba hinchadita y me fui a la farmacia y me compré pastillas para los gases y resulta que después yo me compré esas pastillas por mi propia cuenta o sea que ningún doctor me recetó, y fui y me las estuve tomando así tomando y después me seguía creciendo la guatita, me seguía creciendo y ahí ya estaba pa los seis meses"

(Claudia, 22 años, Nacionalidad Peruana)

Esta dimensión da cuenta de importantes dificultades en el acceso a la salud para las mujeres inmigrantes, por una parte tanto aquellas que están en situación regular tanto como quienes no lo están se acercan tardíamente a los servicios de salud para conseguir atención. Su primera estrategia para resolver sus problemas de salud consiste en la automedicación, práctica que al parecer se encuentra fuertemente instalada en la cultura de las mujeres que provienen de Perú, lo que se comparte con las entrevistadas que provienen de Bolivia y Cuba aunque no es posible determinar por tratarse estos últimos de dos casos si podría tratarse de un rasgo compartido culturalmente entre las tres nacionalidades. Aún así, se trata de una práctica a la que recurre todo el grupo por las dificultades derivadas de la negación por parte de sus empleadores o empleadoras a acceder a atención médica en horario de trabajo, así como también del temor que ellas manifiestan respecto de pedir permiso para

acercarse a los centros de salud cualquiera sea su ocupación. De acuerdo a esto, podemos apreciar nuevamente la prevalencia de transgresiones a los derechos de las trabajadoras inmigrantes en lo que respecta a información que deben proporcionarles los Estados conforme al Artículo 33 de la ICRMW y el Derecho a la Seguridad Social en el Artículo 27.

Así también se constatan escollos importantes en lo que respecta al ejercicio del Derecho a la Salud presente en el Artículo 12 del PIDESC. Especialmente en lo que respecta a la negación del acceso a la salud para las mujeres en estado de gravidez y aquellas que requieren de atención post natal, derecho que se encuentra asegurado en la CEDAW para todas las mujeres en segundo párrafo de su artículo 12. Además, también el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud han dispuesto por medio del oficio circular 1179 del 20 de enero del 2003 complementado con el oficio circular 6232 del 26 de Mayo del 2007 respecto de las mujeres embarazadas en situación irregular otorgarles una visa de residencia temporaria para ser atendidas en igualdad de condiciones que sus pares chilenas, para lo cual el consultorio debe extender un certificado de embarazo. En ese sentido es importante dar cuenta de la necesidad de ejercer un control sobre la aplicación de las medidas ministeriales que buscan resguardar el acceso a la salud de las mujeres embarazadas, en este sentido es evidente que el que se aplique o no la norma dependerá de la política institucional definida por el mismo consultorio en forma tácita y de la disposición para su cumplimiento existente en los funcionarios y funcionarias encargados de realizar los ingresos al sistema.

Además es preocupante la percepción que tienen las inmigrantes respecto de los servicios de urgencia y la idea de una posibilidad de maltrato latente. Sin embargo, los testimonios de maltrato si bien son frecuentes no se asumen como producto de su condición de inmigrantes en su mayoría sino más bien a una situación generalizada en los establecimientos públicos de atención de urgencias.

3. Relación con la Pareja

Esta dimensión se incluyó en el estudio con el fin de determinar posibles especificidades culturales que pudieran resultar críticas en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres inmigrantes, como por ejemplo podría resultar ser un patrón cultural que implique la sumisión hacia la pareja presente en sociedades tradicionales y muy presentes en América Latina. La autonomía de las mujeres respecto del derecho a decidir si quieren tener hijos, el número, el momento de la vida en el cual tenerlos y el espaciamiento entre ellos está profundamente entrelazado con la posibilidad de decidir cuando tener relaciones sexuales y el uso de métodos modernos de anticoncepción, para lo cual la construcción simbólica de la relación de poder entre hombres y mujeres es central en tanto mientras está es más asimétrica en detrimento de las mujeres menos posibilidades estas poseen de ejercer sus derechos en esta materia.

Respecto de la relación con la pareja y su presencia o ausencia cuando las mujeres acuden a recibir atención de salud, las mujeres en su totalidad heterosexuales, plantearon que sus parejas las acompañan a sus controles de salud voluntariamente aunque en la medida que se lo permite su actividad laboral. En ese sentido como no es bien visto que pidan permiso en el trabajo para acompañarlas a esta actividad, los hombres participan poco acompañándolas de vez en cuando.

“Cuando tiene tiempo sí, pero casi siempre trabaja. Casi siempre trabaja él así que no me puede acompañar. Cuando tiene tiempo lo hace. (...) Más que nada para acompañarme, por que no le gusta que venga sola, más que nada con mi hija.”

(Marlis, 30 años, Nacionalidad Peruana)

“...lo que pasa que no puede porque trabaja, entonces los horarios del trabajo no coinciden en esto (...) lo que yo entiendo, lo que dice ud. es como el trabajo que está, como si es que falta lo molestan o le hacen anotaciones, entonces como que no tiene tan, no está mi embarazo tan complicado entonces no (...) claro si el pudiera

acompañarme igual... mejor...(...) si, si, hay veces que me acompaña temprano cuando vengo, pero igual de ahí se va al trabajo y yo no, tampoco como vivo cerca no tengo nada complicado”

(Isabel, 40 años, Nacionalidad Peruana)

“Si, la mayoría de las veces si, pero cuando hay veces que por ejemplo ahora vine sola nada más un ratito a buscar los análisis, vino nada más un ratito y luego se fue a su trabajo, igual el trabaja cerca de por aquí, del consultorio trabaja cerca, pero la mayoría de las veces si me acompaña porque son como a las ocho, y es temprano y...después se va a trabajar”

(Ximena, 23 años, Nacionalidad Peruana)

Por otro lado al ser consultadas respecto de la voluntariedad de tener relaciones sexuales con sus parejas, ellas manifestaron que estas se daban de mutuo acuerdo y con el consentimiento de ambos. Aún así, ellas también plantearon que generalmente era el hombre quien tomaba la iniciativa o “decidía” tener relaciones pero fue unánime la opinión de que si ellas no quieren tener relaciones sexuales no pueden ser obligadas a ello.

“...no, ambos yo creo. Mayormente ellos. (...) yo creo que los dos ambos toman la iniciativa, bueno en mi caso (...) no. yo creo que eso tienen que ponerse de acuerdo los dos, así es mi situación, sino no tener nada...si no quiero, no”

(Paulina, 22 años, Nacionalidad Boliviana)

“los dos, si yo no quiero el no me puede obligar a tener relaciones. Porque si fuera de manera contraria llevaría a la pareja a tener discusiones peleas y todo eso. Si yo no quiero no me puede obligar y si el no quiere yo tampoco lo puedo obligar.”

(Mónica, 17 años, Nacionalidad Peruana)

“Él, porque él es el que molesta primero. No sé, porque a veces yo estoy así y me molesta y el quiere tener relaciones y yo no quiero, y no quiero y no pasa nada. No sé

porque, si no quiero tenerlo y no estoy con ánimos, no lo quiero tener y él me dice que ya.”

(María, 19 años, Nacionalidad Peruana)

De esta forma el discurso de las mujeres da cuenta de la prevalencia de relaciones en que las decisiones respecto de tener o no relaciones pasan por ambos y en que no se evidencia coerción explícita hacia ellas para tener relaciones sexuales. Aún cuando muchas de ellas declaran que el hombre decide tener relaciones sexuales, el contenido de la afirmación generalmente refiere a quien inicia la estimulación sexual y no a quien decide efectivamente tener relaciones o no, existiendo la posibilidad cierta en todos los casos de que ellas puedan negarse, considerándose esto último como una facultad obvia de ellas.

En este sentido existe concordancia entre lo indicado por las mujeres y los acuerdos de la CIPD en su párrafo 7.34 relativo a que la relación de igualdad de hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación influye directamente en la capacidad de hombres y de mujeres de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. Sabemos que en el contexto de los países de América Latina esta es una realidad variable, y que esta relación igualitaria tampoco está asegurada en el caso de Chile, sin embargo al menos podemos evidenciar la insipiente de un cambio cultural favorable para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la región.

4. Atención por parte de Profesionales en Salud Sexual y Reproductiva

Esta dimensión se incluyó en el estudio por la importancia que reviste la percepción de las mujeres inmigrantes respecto de la atención de salud que reciben en los consultorios, y la evaluación y caracterización que hacen de ella. La percepción sobre este punto puede actuar como incentivo o inhibidor de la continuidad de la atención y en este sentido del resguardo de su salud sexual y reproductiva. Así también la percepción respecto de la atención y el discurso que las migrantes elaboran respecto de ella puede actuar como incentivo o inhibidor para otras migrantes que necesitan acceder a atención de salud.

Al ser consultadas por la atención de salud que reciben de parte de ginecólogos/as, matrones/as y enfermeras, ellas dan cuenta de recibir informaciones de diversa índole en materia de salud sexual y reproductiva, tales como “planificación familiar”, infecciones de transmisión sexual e informaciones sobre “el bebé” en caso de estar embarazadas. En ninguna entrevista se nombró que hubieran recibido algún tipo de información sobre derechos en ésta área.

Las mujeres en general consideran que las explicaciones e informaciones recibidas de parte de estos profesionales es una buena información, muy clara y que reciben buena atención. Ellas entienden todo y no se quedan generalmente con dudas porque consideran que pueden hacer las preguntas que crean convenientes.

“A mí la información que me dieron, todas son súper buenas. Porque hay algunas cosas que yo no sabía, como cuidarme, como protegerme de algunas cosas también.”

(Mariela, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“...preguntas no le hice porque estaba todo claro (...) si, yo veía que le podía preguntar algo si no lo entendía”

(Alejandra, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“...buena po. Me parece bien porque una tiene que estar informada de todo, porque yo preguntaba y iban respondiendo todas mis interrogantes, todas, porque a veces una se queda con dudas que ellos mismos no te dicen, pero ahí preguntaba todo, todo lo que uno quiere saber, y debe saber”

(Marlis, 30 años, Nacionalidad Peruana)

Sin embargo, muchas de ellas manifestaron que cuando tienen dudas durante la consulta muchas veces no se las hacen saber a quien las está atendiendo por diversas razones, tales como que “lo dejo pasar” o que “con eso estaba bien”. Así también muchas consideran que las explicaciones que reciben son muy cortas o realizadas con desgano y eso las desincentiva para preguntar nuevamente por lo que no lo vuelven a hacer.

“No les hago preguntas porque quedo a veces como conforme y a veces como que me da miedo o no sé preguntar (...) Porque no sé... por lo que me puedan decir, o que me digan mira ya vas a tener dos hijos, o has tenido una experiencia sexual porque te preguntan a veces cuántas parejas has tenido, y a veces no vas a entender o no... y ese es mi mi pensamiento de que quizás puedan responder eso, pero no, más quedo conforme”

(Ximena, 23 años, Nacionalidad Peruana)

“no, a veces nos daban como una respuesta medida dudosa, o una breve, como que uno se queda pensando que es eso... no, así, la verdad que no mucho (...) no, no, ya no (volvía a preguntar), como que me daba miedo no, porque tenía miedo que me dijeran que no escuché, o que no entendí o que no supiera que era esa palabra, ahora... si, pero me quedaron esas dudas. (...) tan clara clara, no, porque... cuando habían unas preguntas que nos queríamos hacerlo, y como que te miraban y ahí se quedaban. Entonces ahí ya no volví a preguntar ya.”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

“A veces yo dudaba porque me decían ¿Por qué esto? Y me decían no... serán los

nervios así entonces... y me quedaba intranquila (...) No o me decían debe ser del embarazo porque los embarazos no son iguales, así al menos me ponía tranquila (...) Pues cuando me decían, no, son los nervios porque eres nerviosa entonces yo dudaba decía ay son los nervios pero si yo no soy nerviosa, nunca he sido nerviosa, algo así (...) me han hecho entender, los he entendido siempre, me decían breve pero (...) No, no me satisfacía (la respuesta), no”

(Mirta, 25 años, Nacionalidad Peruana)

En general es importante recalcar la no aparición en los relatos de situaciones de discriminación por provenir de otro país por parte de médicas/os, matronas/es o enfermeras/os, dando cuenta de que las inmigrantes que son atendidas consideran que esta atención se da de igual forma que a sus pares nacionales. Además las inmigrantes hacen una buena evaluación de la atención y de la calidad de la información que reciben, aún cuando ellas dan cuenta de que muchas veces se quedan con dudas dada su aversión a hacer preguntas a los médicos lo que posiblemente al poco tiempo del que disponen los profesionales para atender a cada paciente y a la relación vertical en términos de poder que en general estos establecen con ellas, en este sentido esta situación es posiblemente extensible a la población nacional usuaria de estos servicios.

En suma, esta situación generalmente favorable y bien evaluada es una evidencia importante para centrar el foco del problema del acceso a la atención de migrantes no en la atención en las unidades especializadas en salud sexual y reproductiva sino en el momento del acceso a la atención en el consultorio en general.

5. Uso de Anticonceptivos y conocimiento sobre Infecciones de Transmisión sexual

Esta dimensión fue incluida por la importancia que reviste el contar con información respecto a métodos anticonceptivos modernos en lo relativo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, ya sea en el logro y mantenimiento de la salud sexual y reproductiva sino en la autonomía en la toma de decisiones responsables en materia de reproducción para las mujeres.

De esta forma, es importante conocer el nivel de cercanía que las mujeres inmigrantes tienen respecto del usos de anticonceptivos y la información relativa a ellos que manejan, así como también es importante conocer el nivel de información con que cuentan en lo relativo a Infecciones de transmisión sexual (ITS) y las estrategias de prevención.

En las entrevistas, las migrantes dieron cuenta de que la mayor parte de ellas conoce más de un método anticonceptivo moderno. Entre los más nombrados aparecen las “ampollas”, las pastillas anticonceptivas y la “T de cobre”. Ellas dan cuenta de conocer estos métodos mas bien de nombre sin embargo ninguna logra dar cuenta de la forma en que estos operan en su cuerpo por lo que en general los han usado en forma inconstante, es decir, usan un método de los nombrados durante un tiempo y luego dejan de usarlos durante otro tiempo. Muchas de las mujeres que declararon estar embarazadas o tener hijos los tuvieron durante estos periodos de intermitencia en el uso de anticoncepción. Además, existe una asociación importante entre el uso de estos métodos y el estar comprometida o en una relación de pareja por lo que al terminar una relación en general no mantienen el uso del anticonceptivo.

“No, estoy con la T de cobre, (conozco) las pastillitas anticonceptivas, los condones y la t de cobre. Yo use un poco tiempo de condones...”

(Soledad, 43 años, Nacionalidad Peruana)

“el anillo, las pastillas igual. El anza, el anillo, la T, eso. Son anticonceptivos (...) Evitan que quede embarazada.”

(Estela, 36 años, Nacionalidad Cubana)

“No porque yo les dije que sabía de cómo eran los métodos. Como con la T de cobre sabía que te iba a durar hasta que te lo sacaran, las pastillas que cada día tenías que tomar, los preservativos que cada vez que tengas... Entonces ya lo sabía. Como me preguntaron si sabía o no, y yo les dije que sí, que sí sabía”

(Camila, 28 años, Nacionalidad Peruana)

Otro asunto importante es la presencia de mitos y prejuicios relativos al uso de métodos anticonceptivos. Estos tienen gran fuerza en el imaginario de las inmigrantes y principalmente dan cuenta de posibles “malestares”, aumentos de peso, posibilidad de cáncer e infertilidad asociada al uso permanente de ellos. Todos estos derivan en un uso inadecuado de los métodos que están a su disposición en el comercio o en el sistema público. Además algo que posiblemente alimenta estos mitos es la experimentación en sus propios cuerpos de malestares asociados posiblemente a la automedicación sin asesoría médica con ampollas y pastillas anticonceptivas.

“Las ampollas, me dijeron de las ampollas pero preferí pastillas porque dicen que el cuerpo les hincha. Mi hermana se cuida con ampollas pero está gorda, prefiero utilizar las pastillas por eso.”

(María, 19 años, Nacionalidad Peruana)

“...porque no sé, por el miedo de que me decían de que no, que no era seguro que te daba mal (...) o sea, mira, por ejemplo me decían que con el, la t de cobre te podía dar cáncer. (...) allá en Perú siempre escuchaba esas cosas, de las vecinas, de las niñas escuchaba decir, entonces como que eso me daba miedo y nunca me acerqué al centro de salud para decir que quería cuidarme con otro anticonceptivo. Pero aquí escuché de que sí, que todo sirve, que todos se cuidaban, entonces ahí estoy esperando que cuando me baje, venir a la matrona.”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

“No, nunca me cuide. Solamente una vez me cuide con ampollas de un mes, pero fue terrible para mi. Casi todo era sangre, sangre, sangre y no podía dormirme, me coloraba y sentía que me caminaban cositas por todo el cuerpo. Y no quise cuidarme más con eso.(...) El, como se llama este, prácticamente no me las recetó nadie...(las conseguí) Por una amiga. Por una amiga que usaba ampollas de un mes y se lo compraba en la farmacia. Acá en Chile.... Es que como no tenía tiempo de ir al consultorio, me dio lata, y yo dije “va a ser demora”, no tenía tiempo. Ya po, dije, entonces me lo pongo ahí y nunca más me lo puse.”

(Mariela, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“...primero utilizaba pastillas, y ya el después usaba preservativos y no le gustaba. (...) yo por mi cuenta (compré las pastillas)... me las trajeron de Perú. Pensé: “tengo que cuidarme” así que cuando mi prima viajó le encargué pastillas para cuidarme. Me trajo como tres cajas, cada caja era para tres meses (...) ella trajo lo que encontró... me dijeron que tres días después de que llega la regla parece. Así me dijeron, así empecé a tomar.”

(Teresa, 22 años, Nacionalidad Peruana)

Es interesante que generalmente las migrantes comenten haber estado usando el método del calendario por un tiempo antes de quedar embarazadas como método anticonceptivo. Existen básicamente quienes dan razones para su uso como que consideran que es más natural y respetuoso de la salud, y otras que habían dejado de usar anticonceptivos regulares por alguna otra razón y siguieron usando el método del calendario según más o menos lo conocían.

“Yo nunca he usado nada, no me he cuidado con nada, inyección, pastillas, nada. Solamente mi marido y yo nos cuidamos así con la regla y nada más. Nosotros simplemente los días fértiles que una sabe que puede salir embarazada simplemente no. Si te venía la regla tú contabas 10 días. Eso es lo que nos enseñaron allá y es lo que uno se acuerda. Nos decían “usted puede tener relaciones 10 días antes de que le llegue la regla y 9 días después de que le llegue la regla” eso me explicaron en Perú,

las mamás y cuando fui al consultorio allá al médico ginecólogo.”

(Ana, 40 años, Nacionalidad Peruana)

“...no sé, me estaba cuidando así con la regla, con métodos naturales (...) la verdad como que dicen que acá “por qué usted no se cuidó, debería haberse cuidado” (...) no, pero me resultó y... bien, entonces así me he estado cuidando”

(Isabel, 40 años, Nacionalidad Peruana)

“no con las fechas no más (me cuido) eso mismo me pregunto la señorita.(...) siempre porque o sea este en mis bebes me he cuidado dos veces una vez con ampollas y luego usé pastillas pero una vez no mas y de ahí no me he cuidado más porque cuando me ponían las ampollas me hacían engordar y las pastillas me daban nauseas entonces yo decidí que no”

(Andrea, 34 años, Nacionalidad Peruana)

Finalmente, muchas de ellas conocían al menos el VIH en materia de infecciones de transmisión sexual, siendo nombradas recurrentemente la gonorrea, la sífilis e “infecciones” en general. Sin embargo una proporción parecida no las conocía ni sabía como prevenirlas.

“No, el sida... no he tenido ninguna. Infección también, cuando uno tiene relaciones, cuando el hombre ha tenido relaciones con varias mujeres te puede dar infección, eso me dijeron.”

(María, 19 años, Nacionalidad Peruana)

“La sífilis, la gonorrea, y el VIH. (...) Se previenen usando preservativo”

(Estela, 36 años, Nacionalidad Cubana)

“...bueno, todo el mundo conoce el VIH, después, que más. Es que hay otras que son unas... mmmm es que no (...) si, eso si, me había explicado un doctor (como se previenen) yo creo que... como se previene ¿cierto?. Yo creo que ante todo por la higiene, por la higiene, eso... que esté limpio, ¿se entiende?. Que ambos, antes de tener relaciones deberían de lavarse, bañarse, yo creo que eso... o sea, no necesariamente bañarse, sino que tenerlos... limpios”

(Paulina, 22 años, Nacionalidad Boliviana)

Esta dimensión da cuenta de cómo se configura el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres inmigrantes. Si bien ellas se encuentran mayormente familiarizadas con el uso de anticonceptivos modernos, es frecuente el uso de otros métodos de menor eficacia como el calendario. Además se presenta como inhibidor del uso de anticoncepción moderna la presencia de mitos y prejuicios asociados a sus efectos colaterales, muchas veces derivados de experiencias previas de uso sin supervisión profesional. Además, en lo que respecta a ITS si bien hay cierta familiaridad con los nombres de algunas existe muy poco manejo de información respecto del modo de contagio, los síntomas asociados y estrategias efectivas de prevención.

Esto se vincula a nuestra definición de Derechos Reproductivos, especialmente en lo relativo al derecho a decidir la cantidad y espaciamiento de los hijos, al derecho a gozar del nivel más alto de salud posible y al derecho a recibir y transmitir información. En este sentido se constata de la existencia de barreras para el ejercicio de los derechos reproductivos que se centran especialmente en el derecho a la información que no ha sido satisfecho en el contexto del país de salida ni en el del país de llegada.

6. Principales diferencias con el país de origen

Esta dimensión se incluyó en el estudio dada la interrogante por la pertinencia cultural de la atención hacia las mujeres migrantes latinoamericanas. La existencia de una gran diferencia entre el sistema de salud del país de origen y el sistema de llegada puede suponer una barrera para el acceso a la atención desde los procedimientos administrativos hasta la atención misma. De esta forma es necesario dimensionar las diferencias por medio de los relatos de las mujeres inmigrantes.

En general el grupo de entrevistadas es de nacionalidad peruana, las mayores diferencias que ellas perciben entre la atención en los consultorios chilenos y la atención pública de su país son:

En Perú en general las atenciones deben ser pagadas incluso en la atención pública.

“Eee incluso cuando yo me enfermé, cuando fui de viaje a Perú, me enfermé y me cobraron hasta una aguja, y en cambio aquí no po, yo he visto que te vas a la Posta Central o no se po te vas a algún lugar de emergencia y te dicen “ya bueno si pase” si te ven tan malherido o tan mal “ya, pase” y al final se ve la cuenta, ahora a veces ni siquiera te cobran, pero en cambio allá no, apenas ingresé ya me estaban pidiendo una plata aquí, una plata allá”

(Ximena, 23 años, Nacionalidad Peruana)

“...porque allá en Perú... aquí tenía el control de embarazo gratuito, pero allá en Perú no. Allá tenías tan solo que tener, dar muchas pruebas de que realmente no tienes dinero para poder controlarte el embarazo. Porque había control de embarazo para las personas que están en extrema pobreza y tenías que demostrar de muchas formas, muchos trámites y muy difícil. Entonces, yo veo que aquí es diferente, vienes te inscribes no más y te atienden el embarazo y la medicina, la atención me parece mucho mejor.”

(Natalia, 21 años, Nacionalidad Peruana)

No es necesario pedir hora, es decir que ellas pueden tomar una “cita” para atenderse pero si no la tienen no imposibilita que sean atendidas, sólo deben llegar temprano y esperar. Además si llegan atrasadas explican el motivo de tu atraso y pueden ser atendidas de todas formas. Las esperas son más largas en Perú, no pueden hacer una estimación del tiempo que demorarán en ser atendido. Este se refuerza con los comentarios obtenidos en el marco de las observaciones en sala respecto de la falta de costumbre de las migrantes para llegar puntualmente a las citas médicas.

“no. Allá si uno llega temprano, si tienes una hora y te dan una ficha te quedas y te atiende el doctor. O sea que acá citan como a las ocho citan como a 5,6, 10, entonces es por orden de llegada, allá no, respetan las horas, por decir si yo tengo a las 8, llego a las 8 y me atienden a las 8, o tengo cita a las 9, 8:15 citar, depende el doctor cuanto se demora en su consulta, o cita media hora. Es la única diferencia, porque acá todos sacan cita ocho, ocho y media, entonces conforme por por orden de llegada que van atendiendo pero allá no, por si a mi me citan a las 8 y media, a otro niña un cuarto para las 9. Horas así, tienen horas fijadas y el doctor atiende a la hora que ha citado y después de eso atiende al público que va a sacar ticket”

(Isabel, 40 años, Nacionalidad Peruana)

“...si pero allá si tu llegas tarde vuelves a sacar una ficha como es lógico entonces te vuelven a inscribir, pero acá por ejemplo a mi me citaron para el primero y yo llegue 20 minutos tarde y no me atendieron me dijeron que no, tienes que venir el 15, tuve que esperar quince días y entonces este son muy estrictos, osea para la hora pues. En cambio en Perú si llegas tarde este le digo señorita no he podido lleve a mi beba al colegio cualquier cosa y entonces te dice le voy a crear otra ficha haz tu cola y ya.”

(Andrea, 34 años, Nacionalidad Peruana)

“es más difícil en Perú encontrar hora, tenías que ir y pagar y esperar horas y horas y horas. Yo creo que acá es más fácil, por que no tengo que esperar mucho.”

(Teresa, 22 años, Nacionalidad Peruana)

Es interesante constatar que no aparece en el discurso de las inmigrantes grandes diferencias entre el sistema de salud del país de salida respecto de Chile, en este caso la atención en general sería un sistema que no les resulta completamente ajeno y en el que pueden lograr desenvolverse con éxito en materia de satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las principales diferencias se establecen en el pago por la atención de salud que en su país es ineludible mientras que en Chile la atención en el consultorio se realiza en forma gratuita en términos de que el pago se realiza mediante cotizaciones en FONASA o en el caso de no disponer de ellas mediante la tarjeta de gratuidad que es conseguida sin mayores problemas por aquellas que se encuentran en situación regular y que no está disponible para aquellas que están en situación de irregularidad a menos que se encuentren en situación de gravidez, así también en la fijación de horas de atención que acá es un requisito mientras que en sus países de origen esto no es necesario sin embargo no es señalado como un problema importante.

7. Derechos

Esta dimensión fue incluida en el estudio debido a la importancia de conocer los derechos para poder ejercerlos. En este sentido la información actúa como un importante facilitador del ejercicio de los derechos en todas las materias y especialmente en lo que respecta a derechos reproductivos.

En este sentido, al hablar sobre sus derechos las inmigrantes dan cuenta de tener muy pocas certezas de lo que les corresponde en tanto tal, respondiendo muchas no saber que derechos podrían tener. Las inmigrantes que sí contestaron, mencionaron mayoritariamente la idea de que estando en posesión de una cédula de identidad ellas tienen los mismos derechos que un Chileno o Chilena en cualquier ámbito de la vida y si no la tienen ninguno. Así también es recurrente el que mencionen que ellas han pagado por estar acá al pagar lo que se pide por la Visa.

“Derecho... bueno. En este país te dan derecho a todo, como un chileno. Que después de tres años, o los que hallan tenido su... como se llama este... su carnet de... lo que hubo acá último... amnistía. De este año si ya tenía un trabajo pueden tener la definitiva. Puedo trabajar como cualquier chileno, le imponen... normal”

(Mariela, 29 años, Nacionalidad Peruana)

“...bueno o sea tengo mi cedula, yo creo que los mismos derechos porque no soy una ilegal, porque yo se que aprovechan de los que no tienen carnet le dicen que no tienen carnet que no tienen como defenderse pero yo ahorita me considero igual.”

(Andrea, 34 años, Nacionalidad Peruana)

“..Yo creo que ninguno, no sé yo creo que acá en el hospital ninguno. Por mis papeles, porque como le digo, yo creo que tengo derecho a atenderme, a que me atienda el doctor, por la bebida nada más, pero pa otros no me dan otro derecho, ningún otro derecho nada más que venirme a controlar y nada más”

(Claudia, 22 años, Nacionalidad Peruana)

Por otro lado las mujeres nombran también el derecho a ser tratada como un ser humano, y que los seres humanos son todos iguales independientemente de la nacionalidad que tengan. Sin embargo, no hubo un mayor desarrollo de la aplicación efectiva de esta igualdad entre todos los seres humanos.

“Y por qué si todas las personas somos iguales, no porque uno sea de otro país de Perú de Ecuador, por que todos somos iguales no por ser de otro país no tenemos derechos.”

(Mónica, 17 años, Nacionalidad Peruana)

“En que nos traten a todos por igual, porque uno es de otro color o de otro país lo traten diferente, en cualquier lado tiene que tratarlo igual, si todos somos humanos, todos son personas.”

(Camila, 28 años, Nacionalidad Peruana)

El discurso de las mujeres inmigrantes da cuenta de una gran precariedad a la hora de definir los derechos con que se cuenta, y una noción muy poco concreta de los derechos humanos. En este sentido las migrantes en muchos casos consideran que no tienen derecho y consideran que ellos están asociados inequívocamente a su estatus migratorio. En este sentido es preocupante porque el resguardo de los derechos humanos implica para los Estados la Obligación de informar en esta materia a las trabajadoras migrantes tanto en el país de origen como en Chile y que no se concreta en ninguno de los casos.

Es preocupante que las inmigrantes no acusen recibir información ni siquiera en el contexto de los Centros de Salud o en el Departamento de Extranjería Ministerio del Interior, lo que posibilita malos tratos, negación de derechos por parte de funcionarios y funcionarias o que se desincentive el uso de los centros de salud poniendo en riesgo la integridad de estas personas y vulnerando directamente su derecho a la salud.

VII. CONCLUSIONES

Las mujeres migrantes latinoamericanas que reciben atención de salud en los consultorios de la comuna de Santiago, el sector en donde existe mayor concentración de población inmigrante, dan cuenta de una realidad social invisibilizada. Desde la perspectiva de los derechos humanos, estas mujeres se ven enfrentadas a frecuentes transgresiones en lo relativo al Derecho a la Salud y a los Derechos Reproductivos.

Las mujeres inmigrantes no tienen concepciones de derecho muy elaboradas, al hablar sobre sus ellos las inmigrantes dan cuenta de tener muy pocas certezas de lo que les corresponde en tanto tal. El estar en posesión de una cédula de identidad para ellas implica tener los mismos derechos que un Chileno o Chilena en cualquier ámbito de la vida, mientras que el no tenerla implica no tener derechos. Las inmigrantes dan cuenta de tener la idea de que todas las personas tienen derecho a ser tratadas como un seres humanos, y que los seres humanos son todos iguales independientemente de la nacionalidad que tengan. Salvo estas nociones de Derechos Humanos, ellas no dan cuenta mayormente de considerarse a sí mismas sujetas de derechos, es decir no vislumbran posibilidades de exigir el ejercicio de derecho alguno para sí mismas salvo cuando están en posesión de una cédula de identidad.

En este sentido se evidencia una carencia preocupante de sistemas que acerquen información a las mujeres inmigrantes tanto en el país de salida como en Chile, vulnerando así su Derecho a la Información sobre los derechos establecidos en la convención presente en el artículo 33 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW).

En materia de salud en general, el acceso a la atención en el consultorio para las inmigrantes está mediado por la obtención de una cédula de identidad, un certificado de residencia o el pasaporte con los que serán atendidas en la medida que la dirección

institucional de consultorio explicita una voluntad de entregar atención de salud a la población inmigrante que vive la zona correspondiente al consultorio independientemente de lo establecido por el departamento de Migración y Extranjería del Ministerio del Interior con el acuerdo del Ministerio de Salud en el Oficio Circular 1179 y 6232, y en el convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud sobre la atención de salud de población migrante en riesgo social y situación de permanencia no regular que especifica la obligatoriedad de atención para las urgencias y para las mujeres embarazadas.

Los facilitadores del acceso corresponden a otras mujeres inmigrantes, o familiares que han conseguido atención de salud con anterioridad a ellas y que las orientan respecto de cómo conseguir o papeles, indicándoles donde se encuentra ubicado el consultorio o incluso contándoles de la posibilidad de atenderse en un consultorio. Esto es de vital importancia al considerar que en general las mujeres inmigrantes pasan desde meses hasta años sin acceder a atención de salud por miedo o desconocimiento respecto de cómo hacer el trámite de ingreso, recurriendo constantemente a la automedicación y dejando que algunas enfermedades se compliquen hasta llegar a nivel de gravedad. En el caso de las técnicas en enfermería que atienden a las mujeres en el consultorio y que organizan las atenciones, las observaciones dan cuenta de una disposición igualitaria en todo momento para extranjeras y chilenas, esto quiere decir que cuando la atención es deficiente generalmente lo es para extranjeras y chilenas y que cuando es muy buena también lo es para ambos grupos.

En el ámbito de la salud reproductiva, los posibilitadores del acceso serán los mismos que en el caso de la salud en general en su dimensión institucional. A esto se añade la posibilidad de ser atendida durante el embarazo, el parto y hasta que el niño/a tenga un año de edad. Sin embargo este derecho no siempre puede ser ejercido debido a razones de diversa índole, tales como la imposibilidad de conseguir salir del trabajo para ir al consultorio en horario de atención, o la negativa de algunos funcionarios/as de los establecimientos públicos de salud a respetar este derecho en el caso de las mujeres embarazadas sin cédula de identidad, en muchos casos implicando situaciones de maltrato explícito hacia las mujeres, especialmente en el ingreso

resultando preocupante la independencia con que algunos funcionarios y funcionarias niegan o permiten el ejercicio de un derecho de las mujeres inmigrantes en situación de gravidez. Alegremente esto es contrarrestado con otros funcionarios que fuera de sus funciones entregan información a las inmigrantes embarazadas en esta situación para encontrar una solución alternativa a su problema de ingreso, por ejemplo logrando que el asistente social permita que sean atendidas.

Además otro factor inhibitor de derechos en materia de reproducción es la importante carga de prejuicios frente a la anticoncepción en general que poseen las inmigrantes y que no ha sido posible modificar aún cuando los métodos son puestos a su disposición. En este sentido la información es un factor crítico en el ejercicio de este derecho. El uso del método del calendario y el mal uso de anticonceptivos modernos las expone a embarazos no planificados, aunque sin embargo ellas en general los asumen con naturalidad.

Respecto de la salud sexual, es importante decir que las mujeres hacen una buena evaluación de la atención e información que en Chile reciben en esta materia. De esta forma ellas en general dan cuenta de ejercer su derecho ante sus parejas a elegir cuando tener o no relaciones sexuales. Así también ellas dan cuenta de un conocimiento básico de las infecciones de transmisión sexual y sus modos de contagio, sin embargo estos conocimientos son muy incipientes y frecuentemente están mezclados con prejuicios y mitos en torno a ellas.

El ejercicio de los derechos reproductivos y la no discriminación hacia las mujeres por medio de la autonomía en las decisiones sobre el propio cuerpo está asociado a este factor y es necesario mejorar los mecanismos de información sobre ITS y anticoncepción, sin embargo no necesariamente esta necesidad tiene que ver con las inmigrantes en particular sino más bien con la población femenina usuaria de los Centros de Salud en general.

Así también, las inmigrantes latinoamericanas en su mayoría no consideran estar siendo objeto de discriminación en el ambiente del consultorio, especialmente desde el

momento que cuentan con una cédula de identidad. Sin embargo a situación cambia diametralmente cuando no se cuenta con éste documento, lo que las vuelve blanco fácil de abusos y maltrato por parte del personal. Primando finalmente el posicionamiento a favor del ejercicio del derecho a la salud que pueda hacer cada consultorio desde su dirección.

De esta forma el mayor dificultador del ejercicio del derecho a la salud en general y del derecho a la salud reproductiva se centra no en la intencionalidad de las políticas públicas sino en la concepción de derechos manejadas por los Centros de Salud y algunos de sus funcionarios o funcionarias ubicados en posiciones clave como la oficina de ingreso. Esto da cuenta de falta de fiscalización y capacitación en materia de Derechos Humanos para el trabajo con la población inmigrante. Más aún de la necesidad y urgencia de una política de inmigración actualizada, coherente y bien diseñada acorde con las necesidades de regulación del trato de migrantes regulares y no regulares en áreas críticas como por ejemplo es la salud.

Existe una necesidad de informar a las inmigrantes sobre qué es lo que pueden exigir y cuáles son los riesgos que corren o no al tratar de ejercer su derecho estando en posesión de una cédula de identidad o no, con el fin de eliminar temores infundados que determinan la posibilidad de ejercer de sus derechos. Así también es necesario concientizar y capacitar en Derechos Humanos a quienes atienden a los inmigrantes y que operan como porteros del sistema de salud.

Posibles líneas de trabajo en ésta área son el diseño de un sistema efectivo de monitoreo de las unidades críticas en cuanto posibilitar o negar el acceso al Sistema de Salud de las inmigrantes en la salud primaria tales como las oficinas de ingreso e información. Así también resulta importante la realización de actividades de difusión y capacitación en los Centros de Salud o Consultorios dirigidas hacia las mujeres en edad reproductiva en la que se integre explícitamente a las mujeres inmigrantes independientemente de su situación migratoria, complementando de esta forma la atención que se realiza en los controles.

Así también sería pertinente una investigación general sobre la percepción que tienen las mujeres nacionales e inmigrantes que se atienden en consultorios respecto de la atención en materia de salud sexual y reproductiva y la presencia o ausencia de nociones de derechos humanos en la materia tanto en el personal de los centros como en las usuarias. Esto permitiría un conocimiento del estado del acceso, y ejercicio de los derechos humanos acorde con un sistema de salud en salud comprometido con los derechos fundamentales de las mujeres que en ellos se atienden, así como también de un Estado respetuoso y preocupado de los compromisos internacionales que ha adquirido en esta materia.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo, K, Legua, M. y Ossandón, L. *Migrantes Andinas en Chile. El Caso de la Migración Peruana*. Edición revisada y actualizada por Loreto Ossandón. Fundación Instituto de la Mujer, 2002.
2. Arriagada, Camilo. *Diagnóstico Cuantitativo*. MIURBAL. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Universidad de Chile. 2005. Disponible en http://www.miurbal.net/focus_santiago.html
3. Camhi, R. *Participación Laboral de la Mujer: Mitos y Realidades*. Serie Informe Social N° 84. Libertad y Desarrollo. Chile. 2004.
4. Casas, L. *Derechos de las Mujeres: Un Balance*. En Cuadernos Mujer Salud N° 7 Derechos Humanos de las Mujeres Desafíos y Tareas Pendientes. Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2002.
5. CEM, CEDEM, CLADEM, Corporación de Desarrollo de la Mujer, La Morada, Corporación DOMOS, Corporación Humanas, FLACSO, Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile, Instituto de la Mujer, MEMCH. *Informe Sombra CEDAW*. Chile 2003-2006.
6. CEM. *Un Trabajo como Otros: Las Trabajadoras de Casa Particular*. En Argumentos para el Cambio N° 25. 1998. Disponible en <http://www.cem.cl/argumentos/ediciones/argu25.htm>
7. CEPAL-CELADE, *América latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. Boletín Demográfico N° 73. Enero 2004. Santiago. Chile.
8. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *El Derecho al Disfrute del más Alto Nivel de Salud*. Observación General N° 14. 22º Período de Sesiones. Disponible en <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/87da0b2cfa3f2abfc1256ba7002a287b?Opendocument>
9. *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. 1965. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>
10. *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. 1979. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>
11. OUTLOOK vol 20, n°4, de UNFPA y PATH, Marzo 2004
12. Corcoll, R. *Quiéren nana las 24 horas*. Entrevista para BBC NEWS. Disponible en http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2006/trabajadoras_hogar/newsid_5049000/5049202.stm
13. Cortés, P. *Mujeres Migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos Humanos, Mitos y Duras Realidades*. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE),

División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 61, Santiago de Chile.

14. Ferrer, M y Martínez, J. *Población, Desarrollo y Derechos Humanos: Una Propuesta para su Abordaje en América Latina y el Caribe*. Reunión de Expertos sobre Población, Desigualdades y Derechos Humanos. 2006.
15. Ferrer, M. *Derechos Humanos en Población: Indicadores para un Sistema de Monitoreo*. Serie Población y Desarrollo N° 73. CEPAL. Santiago. 2006.
16. Ferrer, M. *La Población y el Desarrollo desde un Enfoque de Derechos Humanos: Intersecciones, Perspectivas y Orientaciones para una Agenda Regional*. CEPAL-CELADE. Serie Población y Desarrollo N° 60. 2005.
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA . *El Estado de la Población Mundial 2006. Hacia la Esperanza. Las Mujeres y la Migración Internacional*. 2007. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2006/pdf/sp_sowp06.pdf
18. Guzmán, V y Todaro, R. *Apuntes sobre Género en la Economía Global*. Centro de Estudios de la Mujer.
19. Khan, I. *Por Qué son Importantes los Derechos Humanos*. Disponible en <http://web.amnesty.org/report2004/message-es/>
20. Canales, M (compilador), *Metodologías de la Investigación Social, Introducción a los Oficios*, Editorial LOM, 2006.
21. Martínez, J. *El Encanto de los Datos. Sociodemografía de la Inmigración en Chile según el Censo de 2002*. Serie Población y Desarrollo N° 49. CEPAL. Santiago. 2003.
22. Martínez, J. *El Mapa Migratorio de América Latina y el Caribe, las Mujeres y el Género*. Serie Población y Desarrollo N° 44. CEPAL. Santiago. 2003.
23. Martínez, J. *Globalizados pero Restringidos. Una Visión Latinoamericana del Mercado Global de Recursos Humanos Calificados*. Serie Población y Desarrollo N° 56. CEPAL. Santiago. 2005.
24. Maynou, P. *Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Santiago. Chile. 2006.
25. Millán, C. *Derechos Humanos más Humanos*. En Cuadernos Mujer Salud n° 7 Derechos Humanos de las Mujeres desafíos y tareas pendientes. Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2002.
26. Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Departamento de Extranjería y Migración (s/f). *Población Censada Nacida en otros Países que Declaran Vivir Habitualmente en una Comuna de Chile, por Sexo y Grupos de Edad, según División Político Administrativa, Continente y País de Nacimiento*. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/censo_2002_.pdf
27. Montecino, S y Rebolledo, L. *Conceptos de Género y Desarrollo*. Serie Apuntes Docentes 1, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, 1996.

28. Mora, L. *Las Fronteras de la Vulnerabilidad: Género, Migración y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Fondo de Población de Naciones Unidas. Santiago de Chile. 2005.
29. Moreno, G (s.f). *Feminización de la Migración*. Publicación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Octubre 2003. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actrav/publ/129/7.pdf>
30. Naciones Unidas. *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. 1994. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cmw.htm>
31. Naciones Unidas. *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
32. Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 1966. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
33. Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. 1994. Disponible en: http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm
34. Nuñez, N y Torres, C. *Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva*. Fundación Instituto de la Mujer. 2007. versión inédita.
35. Observatorio de Equidad de Género en la Salud. *Componentes Específicos de la Situación de Salud*. Disponible en <http://www.observatorionegenerosalud.cl/field.php?cmd=8>
36. OIT. *El Desempeño Laboral en América latina y el Caribe*. 2002.
37. Olea, H. *Derechos Humanos y Migraciones. Un nuevo Lente para un Viejo Fenómeno*. En Anuario de Derechos Humanos. Centro de Derechos Humanos. Facultad de Derecho Universidad de Chile. 2007.
38. OMS, *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*, Nº 4, Diciembre 2003.
39. Organización Internacional para los Migrantes (s/f). *Derechos y Obligaciones de los Migrantes*. Disponible en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/lang/es/pid/559;jsessionid=790893B4429DDCDB1F94336003A7C9DF.worker01>
40. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 1966. Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
41. PNUD, Argentina. *Glosario, Concepto de Desarrollo humano*. Disponible en <http://www.desarrollohumano.org.ar/Glosario.asp>
42. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, y Organización Internacional para la Migración. *El Derecho de los Migrantes a la Salud*. Ginebra. Suiza. 2002.

43. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7
44. Sassen, S. *Nueva Geografía Política, un Nuevo Campo Transfronterizo para Actores Públicos y Privados*. Disponible en <http://www.nodo50.org/dado/textosteoria/sassen.rtf>
45. Solimano, A. *Globalización y Migración Internacional: La experiencia Latinoamericana*. Revista de la CEPAL N° 80. 2003.
46. Stang, María Fernanda. Saberes de otro género. Emigración calificada y relaciones intergeneracionales en mujeres argentinas y chilenas. *En publicación: Informe final del concurso: Migraciones y modelos de desarrollo en América Latina y el Caribe*. Programa Regional de Becas CLACSO Programa Regional de Becas CLACSO, Buenos Aires, Argentina. 2006. Acceso al texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2005/2005/migra/stang.pdf>
47. Taylor, S.J y Bodgan, R, *Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación*, Editorial Paidós, España, 1984.
48. Universidad Diego Portales. *Derechos Humanos de las Personas Inmigrantes*. En Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile. 2005. Disponible en: http://www.udp.cl/derecho/noticias/informe/derechos_inm.pdf
49. Zavala, X y Rojas, C. *Globalización, Procesos Migratorios y Estado en Chile*. En *Migraciones, Globalización y Género en Argentina y Chile*. Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el Marco de los Procesos de Integración Regional en América Latina. Centro de Encuentros Cultura y Mujer, CECYM, Argentina; Cotidiano Mujer, Uruguay; Fundación Instituto de la Mujer, Movimiento Pro Emancipación de la Mujer, MEMCH, Chile; Red de Educación Popular entre Mujeres, REPEM, Uruguay.