

“DIVERSIDAD CULTURAL Y REPRESENTACIONES SOCIALES. ACCESO A LA SALUD PUBLICA EN LA POBLACIÓN MIGRANTE“

GT 28: Interculturalidad: pueblos originarios, afro y asiáticos en Latinoamérica y el Caribe.

Sergio Bertini

Sociólogo, Master en Políticas Ambientales y Territoriales
Docente e investigador de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

Resumen

La diversidad cultural, étnica, religiosa, social que enriquece la realidad de Latino América puede percibirse en el colorido de actividades sociales, comerciales, gastronómicas, etcétera. Se refleja en Argentina a partir que la sociedad va incorporando a su paisaje migrantes provenientes de países como Haití, Colombia pero también desde diferentes lugares del continente africano, como Liberia, Ghana, Sierra Leona, Angola, etcéter.

Por eso, indagar sobre las “relaciones y espacios interculturales” que se registran en el despliegue concreto de las políticas públicas es un campo en construcción y debate, complejo y que debe abordarse desde diferentes enfoques y herramental metodológico.

En ese sentido, la ponencia que se espera compartir forma parte de un trabajo de investigación sobre prácticas culturales en el acceso a la salud y la prevención de enfermedades infecto contagiosas en población migrante.

Las conclusiones se han sistematizado y publicado recientemente y la ponencia resume algunos aspectos de una investigación llevada adelante desde el “Centro de Derechos Humanos”, de la Universidad Nacional de Lanús, especialmente el componente vinculado con el rol del Estado y la representación que ciudadanos migrantes construyen del mismo a través de la interacción con los servicios de salud.

A continuación se presentan las líneas temáticas que se espera compartir en el Grupo de Trabajo 28, en el Congreso ALAS: “Crisis y Emergencias Sociales en América Latina”.

- a) En primer lugar se describe el recorrido de un trabajo de casi 5 años realizado con población migrante en la temática de salud, especialmente la salud sexual y reproductiva y la prevención del vih sida.
- b) Después se transcriben algunos aspectos de las entrevistas realizadas a personas migrantes y refugiadas, percepciones, influencia de factores religiosos, prejuicios de médicos y enfermeras así como respuestas concretas que recibieron al ser atendidos en el sistema publico de salud.
- c) Finalmente, se mencionan algunas observaciones y se dejan planteadas preguntas para continuar trabajando en el tema, a partir de lo relevado y observado en la investigación.

Se adjunta al documento la bibliografía utilizada y los anexos metodológicos a efectos de explicar como se construyó la información, proveniente de 28 entrevistas y 188 encuestas, relevadas en diferentes ámbitos institucionales, lugares de trabajo y domicilios de los migrantes.

1) Recorrido del trabajo con población migrante en la temática de salud

Durante el año 2007, la realización de un Diagnóstico Participativo¹ con refugiados y solicitantes asilo, mostró las problemáticas que implican abordar el tema salud respecto de esta población, y el impacto que esto tiene para los aspectos laborales, educativos y de integración en general².

Ante algunas preguntas referidas a cuestiones personales acerca de dónde concurrían si tenían que hacer consultas sobre enfermedades sexuales, se observó que participaron con menos aportes o vivencias y las intervenciones fueron más acotadas, a partir de lo cual, una rápida observación podría atribuir falta de interés en temas relacionados con la sexualidad y particularmente con el VIH. Sin embargo, se trató de una verdadera dificultad, expresada por la mayoría de los jóvenes que participaron de los grupos focales, en hablar sobre algunos temas, así como cierta desconfianza acerca de cómo expresar dudas e inquietudes.

En el diagnóstico participativo también surgió con claridad la escasa o nula información en relación sobre el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)³, así como un acentuado desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva en general.

Los participantes a los talleres fueron convocados desde las diferentes actividades realizadas en una ong dedicada a la atención de población migrante y refugiada, desarrollando contenidos de Salud Pública, especialmente SSR y VIH sida.

En los talleres se registraron numerosas instancias de diálogo y discusión, a partir de la confianza generada por las personas dinamizadoras, lo cual permitió compartir experiencias y charlas en un clima distendido. También se pudieron rever temas de interés de los participantes y profundizar en algunos aspectos que generaron mas inquietudes.

El proceso de implementación de los talleres generó resultados que se manifestaron en distintos productos: las personas completaron de manera anónima una ficha para relevar datos de filiación, conocimientos básicos acerca del derecho a la salud y de información acerca del tema VIH-sida, así como una evaluación personal del taller, que incluía el pedido de sugerencias para mejorarlos en formato de pregunta abierta.

Pudo procesarse información aportada por 110 personas, lo cual permitió obtener datos significativos que, entre otras cosas, facilitó generar nuevos insumos para seguir profundizando en la temática. Como parte de lo producido merece destacarse la realización de un video documental que aborda la problemática de la salud sexual.

El audiovisual muestra algunos de los aprendizajes realizados por los participantes acerca de las vías de transmisión del VIH y la importancia del uso correcto del preservativo. También refleja el deseo que este tipo de información alcance a sus amigos y a compatriotas recién arribados al país.

Algunas palabras de un refugiado del Congo dieron el título para el video: “*Sida Existe*”, y como metáfora parecen contradecir lo expresado por un refugiado de Nigeria que en una reunión manifestó su duda respecto a la real existencia de dicha enfermedad. (“*El sida NO existe*” había expresado el joven refugiado, interpelando a la capacitadora).

La posibilidad de participar en los talleres e intercambiar de manera directa información con especialistas y con otros refugiados y migrantes, permite que los destinatarios tomen la palabra, se

¹ “Población Refugiada en Argentina. Apuntes de un Diagnóstico Participativo”, Ponencia presentada en: “V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de la Plata y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales”, 10 al 12 de Diciembre del 2008

² Originalmente la necesidad del Diagnóstico se vinculó con temas que la institución proponía conocer, pero se fue ampliando, hasta relevar las inquietudes, gustos y temáticas que los mismos refugiados querían plantear.

³ También llamadas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En este documento pueden nombrarse de ambas maneras.

expresen, pregunten, e incorporen el ejercicio del derecho a la salud como parte del mejoramiento de su calidad de vida.

La experiencia reseñada permitió identificar distintos factores relevantes para la implementación de proyectos en materia de población extranjera, prevención de VIH y SSR.

En ese marco se desarrolló un proyecto de investigación entre 2010-2011: “Producción de Información estratégica sobre la situación de salud sexual y reproductiva y VIH- Sida para planificar acciones inmediatas y proyectos a mediano plazo en población refugiada en Argentina”, del cual se presentan algunos avances y observaciones.

1.1 Aspectos metodológicos

La investigación tuvo como propósito específico producir Información estratégica sobre la situación de la población refugiada en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense respecto de su comportamiento en materia de acceso y atención en salud, en particular salud sexual y reproductiva (SSR) y prevención del VIH, de modo de utilizarla en la formulación e implementación de acciones y políticas destinadas a esta población.

Se trató de una investigación de carácter descriptivo y exploratorio, que constó de un enfoque cuantitativo basado en la realización y análisis de encuestas, y un enfoque cualitativo operativizado mediante entrevistas en profundidad realizadas a la población refugiada y solicitante de tal condición. También se trabajó con la técnica de observación participante en talleres de capacitación que abordaban las temáticas de la investigación.

La unidad de análisis de la investigación fueron hombres y mujeres que poseían la condición de refugiado en el país o que se encontraban solicitando dicha condición entre septiembre de 2010 y septiembre de 2011.

1.2 Herramientas cuantitativas: encuestas a población refugiada

La investigación utilizó una técnica de naturaleza cuantitativa -encuestas auto-administradas-, para recabar información específica sobre la población refugiada, a partir de la cual se produjeron datos fundamentales en sí mismos pero también para contextualizar los resultados de la investigación cualitativa.

El **Informe Cuantitativo** presenta datos recogidos a partir de un universo de 188 encuestas⁴, lo cual implica una muestra de considerable relevancia si tomamos en cuenta la población total de refugiados y peticionantes que residen actualmente en el país.

1.3 Herramientas cualitativas: entrevistas en profundidad y observaciones participantes

El **Informe Cualitativo** analiza 28 entrevistas en profundidad realizadas con refugiados, refugiadas y peticionantes de tal condición, en las que se abordaron centralmente aspectos vinculados con las experiencias en salud en general, así como en salud sexual y reproductiva e información sobre VIH y sida, así como sobre el conocimiento de los entrevistados acerca de los derechos garantizados por la legislación vigente y el cumplimiento de los mismos en la práctica.

La realización de las entrevistas fue pautada de acuerdo con las posibilidades horarias y el lugar elegido por los participantes. Se procedió a grabarlas con la autorización del entrevistado, y en todos los casos se constituyeron en un momento distendido de intercambio y conversación.

⁴ Además se realizaron 20 encuestas iniciales efectuadas para testear el instrumento que no fueron consideradas en la muestra final de 188.

El equipo de trabajo conformado para las entrevistas estuvo constituido por profesionales de diferentes áreas de las ciencias sociales que contaban con antecedentes laborales en ámbitos institucionales vinculados con la temática de salud sexual y reproductiva, y VIH Sida así como experiencia con población refugiada.

Los párrafos que se presentan al analizar los resultados de las mismas son citas textuales que se transcribieron guardando la terminología, modismos y palabras usadas habitualmente por la población entrevistada.

También se procedió a la técnica de observación participante en 15 “Talleres de Prevención de VIH e ITS, y Cuidados en materia de SSR” realizados durante 2010 y 2011⁵, en los que se registraron los recuerdos, opiniones y vivencias de los asistentes.

En síntesis, a partir de triangular los datos recogidos mediante las técnicas cualitativas y cuantitativas, logró producirse información actualizada con respecto a Salud integral, Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y prevención del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

2. Principales aspectos recogidos en las entrevistas

2.1. Salud en Argentina: acceso y calidad del servicio

El primer tema reúne los comentarios relevados en torno a las siguientes preguntas: ¿Cómo ha sido su experiencia con el sistema hospitalario en general ? ¿Como lo trataron ? ¿Se ha sentido mal o incómodo alguna vez ? ¿ Quiere contar esa experiencia?

En general los entrevistados suelen referirse en forma positiva a su o sus experiencias de atención en el Hospital público o los Centros de Atención Primaria.

Un tema de significativa importancia como la gratuidad en la atención mereció los siguientes comentarios en ciudadanos provenientes de países como Colombia o Haití. Baudin, un joven haitiano dijo: *“Me pareció bien atender a la gente pobre gratuitamente, porque no toda la gente tiene para pagar o tiene para comprar remedio”*. Las personas que hicieron alguna referencia a este tema destacaron que la gente que no tiene recursos económicos en Argentina puede acceder a atención y tratamientos médicos y que esa atención tiene calidad, a diferencia de su país de origen donde los entrevistados coinciden en considerarla *“estigmatizante y discriminatoria”*, según han manifestado en más de una entrevista, *según una pareja de colombianos que fueron entrevistados por separado*.

Se encontraron algunas coincidencias específicas por país de origen, basadas en los comentarios significativos de los entrevistados.

Por ejemplo: *“(...) nos atendieron bien, pero no tuve muchos problemas así que casi no voy”*, comentó Baudin, el refugiado haitiano. Otra persona de Perú, William, también destacó que en el tiempo que lleva en el país *“no tuve necesidad de recibir atención médica”*. El comentario de un solicitante de la condición de refugiado proveniente de Colombia mostró también el escaso contacto que tiene con el sistema de salud: *“(...) nunca fui porque no tuve tiempo, por la cuestión del empleo, estuve re mal eso sí, por cuestiones de columna y que no me podía ni mover, pero ya pasó (...)*. En este caso trabajar le impidió disponer del tiempo necesario para concurrir al médico como cuestión preventiva y no solo paliativa.

“(...) se me hinchan un poco los pies, pero el médico me dijo que eso era por cansancio, porque estamos 24 hs. sin descanso, pero ahora ya estoy bien con un poco de agua y sal y reposo se me fue, pero también tenemos la ventaja de descansar un día

⁵ Durante el 2008 y 2009 se realizaron talleres mensuales de capacitación como parte de un proyecto conjunto entre ONUSIDA – ACNUR, previos al desarrollo de esta investigación.

entero, es cansador y es matador por el frío, pero uno se queda porque por eso progresa, sino ya me hubiera ido”, comentó William, refugiado proveniente de Perú, de 54 años que trabaja vendiendo en la vía pública.

Este tipo de relatos sobre la experiencia laboral y su relación con el cuidado de la salud es frecuente entre la población refugiada. Para la misma, entonces, la atención de la salud se realiza cuando aparece una necesidad puntual ligada al impacto que esa dolencia tiene en su cotidianeidad laboral. Esto hace que la persona solicite la atención en los hospitales públicos o salitas, recién cuando ya no puede trabajar a causa de la dolencia.

El cuerpo, como fuerza de trabajo, “es valorado para generar ingresos”, lo que significa que el dolor o malestar sea tolerado y se conviva con él sin intentar resolverlo, al menos recurriendo a consulta médica para tener algún diagnóstico. La enfermedad “*se convierte en un estorbo, en un impedimento para trabajar*”, manifestando la sobreexigencia a la que están sometidos por las condiciones laborales que en general tienen⁶.

Diferentes vivencias se han recogido acerca de la atención en los distintos ámbitos de salud. Una de las mujeres entrevistadas relató una experiencia negativa en la atención de la salud en un hospital público:

“Me he sentido muy incómoda y muy mal, porque mi marido estuvo internado en hospital y había una enfermera que no lo atendía bien y él murió. A él no lo trataron bien, me quedó un poco de miedo de esa época en que él estaba internado” comentó Gloria, una mujer haitiana, refugiada de 45 años que quedó viuda al poco tiempo de su llegada a la Argentina.

Por su parte, María, solicitante de asilo proveniente de República Dominicana afirmó

“En el hospital pasé muchas cosas, yo no le contesté nada mal y ella me dijo ‘volvete a tu país, si querés que te lo pongan mejor’, estaba sacándome sangre para hacer un análisis”.

En este comentario se percibe la discriminación y el rechazo que sintió la entrevistada en el contacto con la persona que le realizaba la extracción de sangre en el hospital.

Seguramente estas experiencias no pueden hacerse extensivas a toda la atención en salud, ni es expresión compartida por todo refugiado o solicitante de asilo que es atendido en los servicios de salud, sino que son significativas en sí mismas, y muestran vivencias puntuales de los entrevistados en ocasión de esta investigación.

Otro dato significativo que se escuchó en relación con la calidad de la atención se refiere al tiempo de espera entre la solicitud del turno y el momento en que es atendida. Al respecto varios entrevistados manifestaron su disconformidad:

“Algunas veces tengo que ir y me dan un turno y tengo que esperar un mes o más tiempo, y yo tengo que esperar mucho”,

para los haitianos y africanos entrevistados, principalmente, la demora en la atención les genera malestar, o incomodidad aun cuando destacan la calidad de la atención recibida.

⁶ *Ibidem*. Ver también Varela, Graciela: “Mujeres partidas: análisis discursivo de migración”, en “Migraciones Internacionales en la década del noventa en Argentina”. CECyM, Bs As, 2008

La impaciencia que genera este tiempo de espera no es exclusiva de la población migrante/refugiada, también es una de las críticas que suele recibir el servicio de salud pública por parte de la población local, como se desprende de lo conversado en las reuniones de intercambio sobre el tema.

2.2. Acerca de VIH Sida: representaciones y hábitos de los entrevistados

En la investigación se indagó con dos preguntas distintas acerca de las ITS y el VIH-sida. En la primera pregunta en general se aprecia cierto grado de información que no necesariamente se confirma en la segunda.

Como continuación de las expresiones anteriores, las narraciones reiteran vínculos entre hábitos culturales y cuestiones religiosas con la posibilidad de transmisión del virus.

“La primera vez que escuché eso, desde el punto de vista religioso ya lo veía como una plaga (...), como diciendo: ¡uy dios se está manifestando como se manifestó en otros tiempos, enviando una plaga más para la humanidad, después empecé a indagar mas en el área de salud, digamos de qué depende, qué puede pasar, porque es tan mortal y ahí fue cuando aprendí un poco más de lo que es el sida”, dijo Margareth , solicitante de asilo de Haití, 28 años.

La idea del VIH-sida como monstruosidad o castigo divino refuerza la estigmatización de las personas que viven con el virus y al mismo tiempo impide que estas adopten los cuidados necesarios para prevenir la infección.

Al comienzo de la epidemia era frecuente que las personas se infectaran a través de la transfusión de sangre ya que no era testada, mientras que en la actualidad los bancos de sangre son debidamente evaluados antes de realizar una transfusión.

De aquella época perduran algunas ideas poco claras sobre las vías de transmisión del virus, como se ve en el siguiente testimonio de una mujer cubana:

“lo fundamental, es la relación sexual sin prevención, hubo accidentes sobre gente que se contagio a través de heridas, no sé, quizá no suceda mucho ahora, pero al principio por no mantener las reglas de higiene que hay que tener, que se transmitió la enfermedad por una transfusión, a mi me da un poco de miedo”.

Otra dimensión importante a tener en cuenta en las personas entrevistadas tiene que ver con la relación compleja y nunca lineal entre pobreza y enfermedades en general.

El testimonio a continuación ilustra esta afirmación:

“la gente que tiene mayor capacidad adquisitiva, tiene forma de solucionar ese problema, por ejemplo tiene una enfermedad venérea, va al médico y soluciona su problema, en cambio el pobre, por no tener economía, agarra va a la farmacia por ahí se compra un antibiótico, le corta el malestar, pero no van a un médico que le diga que tiene que hacer un proceso, entonces no tiene esa posibilidad de adquirir ese conocimiento, por la falta de economía y por ahí se sana así a medias y siguen para adelante y adquieren esa enfermedad: por eso digo que es una enfermedad de los pobres” y continuó “lo que pasa con el sida es que es una enfermedad que muchos se asustan y en algún momento tendrá su cura como pasó con la TBC (Nota: así se refirió este refugiado a la Tuberculosis) muchos años atrás, donde no tenía cura y las

medicinas eran carísimas, y todo el mundo le tenía miedo porque pensaban que era contagioso y bueno el sida está pasando por esa etapa, en algún momento le encontrarán la cura, y con la misma educación que se va a ir inculcando la gente van a solucionar el problema, pero esta enfermedad igual que la tuberculosis son enfermedades...por lo general de los pobres”⁷.

Esta reflexión apunta a la necesidad de dar una respuesta fuerte, decidida y cada vez más integral, frente a la epidemia. Es imperioso, se aúnen los esfuerzos desde distintas disciplinas, es decir, la prevención es cuestión de educación, salud y trabajo entre otros.

La dinámica inherente a todo proceso de interculturalidad, como el que recorren los refugiados, lleva a un proceso de negociación interno entre los propios hábitos y costumbres adquiridos en el lugar de origen con el del país receptor. La comparación o referencia entre el lugar de origen y la actual situación suele encontrarse en muchos de los testimonios de los entrevistados, y remite a una fuerte huella del discurso de origen, independientemente del país de procedencia.

Hay estudios que hablan de “angustia confusional” para hacer referencia al conflicto entre el país de nacimiento y el de asilo. Parecen mezclarse los puntos de referencia, los recuerdos y vivencias entre el lugar de donde proviene y el ámbito nuevo donde se desenvuelve la persona refugiada. Parece darse un esfuerzo en “transformar lo desconocido en algo familiar”⁸.

Entrar en contacto con esta información tal vez constituyó el primer encuentro con una manera de vivir distinta a la que estaba dejando atrás. Estos nuevos significados no siempre son aceptados sin resistencias. Tomemos un ejemplo, a partir de lo que nos dijo Juan Enrique, refugiado colombiano padre de un hijo adolescente:

“sé que también en la escuela tiene una materia donde hablan sobre sexualidad, como que no estoy muy de acuerdo de eso en los colegios (...) Porque educación sexual no es decirle a un chico cuídense, lo mejor para un chico es decirle, no lo hagan aun, no despierten a eso aun, pero si yo le digo a una niña de 13 años mira aquí están las pastillas para que tomes y puedas tener sexo porque en realidad no van a hacer el amor a esa edad, en realidad es un ímpetu o más bien un deseo carnal, entonces a esa chica que estoy haciendo, no le estoy enseñando nada le estoy dando la posibilidad de que tenga un arma bajo la manga, para poder hacer algo que ella todavía no está preparada” .

Según este discurso pareciera que la educación sexual anticiparía el inicio de las relaciones sexuales entre los y las jóvenes. Sin embargo, la documentación vigente del Ministerio de Educación de la Nación, permite apreciar la importancia que, a la educación sexual para jóvenes estudiantes, se le asigna en nuestro país.

2.3 Derecho a la salud: conocimiento y acceso efectivo

⁷ ONUSIDA, 2011: “Prevenir y tratar la tuberculosis en personas que viven con VIH” http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB_HIV_Brochure_Singles_ES.pdf Esta bibliografía fue material de consulta, a partir de la necesidad de profundizar en lo expresado por el entrevistado, constituyendo un aporte del mismo al equipo de la investigación.

⁸ Grinberg, Leon y Grinberg, Rebeca: “Psicoanálisis de la migración y el exilio” Alianza Editorial, Madrid, 1984.

La entrevista incluyó preguntas relacionadas con la temática de derechos de los refugiados inicialmente en un sentido amplio, para ir acercándose (en la medida de la indispensable confianza que va surgiendo con el transcurrir de la conversación) a las cuestiones referidas al derecho a la salud.

Se partió del supuesto que el conocimiento de la ley posibilita ejercer los derechos para la vida ciudadana.

La realidad es que en muchas de las entrevistas realizadas aparece una idea difusa acerca de los derechos de las personas refugiadas en general y de los de salud sexual y reproductiva en particular⁹. Un ejemplo de esto lo constituye el testimonio de una mujer proveniente de Haití: *“Si, yo quisiera saber más mis derechos como extranjera, me interesaría conocerlos saber a qué puedo acceder con mis bajos recursos y saber cuáles son mis derechos y bueno, me voy a informar de eso”*. Puede ser también que las personas entrevistadas tengan información sobre sus derechos pero no puedan ponerlos en acción, porque, tal como nos cuenta Giselle, otra mujer de Haití:

“Sí, yo sé los derechos de migrantes, algo los conozco. Conozco mis derechos bastante bien sobre salud, pero a veces no los podemos hacer cumplir”.

Igualmente encontramos quienes manifestaron la necesidad de conocer más sobre sus derechos, debido a que el abordaje y atención del VIH en otros países no queda librada a la decisión del paciente, como dijo el refugiado Ruso:

“Acá conozco poco, allá sale por radio, por TV, es más serio este tema, yo no sé si acá hay algo por ley, allá es por ley, si no quiere hacer tratamiento, se hace por la fuerza”.

Algunos testimonios dan cuenta de la importancia de la salud en tanto derecho. Al respecto Ramiro, un hombre 28 años, de origen colombiano, que dijo en la entrevista que estudio leyes en su país y que busca trabajo en Buenos Aires afirmó:

“Si, creo que en la gran mayoría de países existe un programa gratuito donde ayudan con los medicamentos, tratamientos, no sé si asistencias económicas, porque esas personas quedan marginadas, eso también es lo terrible del sida, que una persona queda marginada de su vida normal”...

“, me refiero a empleo, desempeño en la sociedad, porque existe la idea de que cuando les hablas ya te vas a contagiar, entonces pasan a ser discriminados”.

En este sentido, debe recordarse que en Argentina tanto la detección del virus como su tratamiento y medicación son completamente gratuitos ya sea que la persona se trate en el sistema público de salud como en el sistema privado, situación que no es común en la mayoría de los países de origen de las personas entrevistadas. Además la Ley de Protección al Refugiado garantiza el acceso a la

⁹ En algunos estudios existe la posibilidad de volver una y otra vez, haciendo mas de una entrevista a la misma persona, como se describe en el Diagnóstico Participativo (pag 203) que se describe en: Kobelinsky, Carolina: “Refugiados y discriminación”, en Courtis, Corina y Pacecca, M. Inès: “Discriminaciones étnicas y nacionales”. Un diagnóstico participativo. A D C, Editores del Puerto, Bs As, 2011 y también en Saltalamacchia, Homero: “Historia de vida”, Ediciones CIJUP, Puerto Rico, 1992, donde el autor habla de la importancia de hacer 3 entrevistas en cada caso.

salud, en las mismas condiciones que cualquier habitante, durante el proceso de reconocimiento de la condición de asilo.

Las personas en contacto con las leyes y las instituciones van construyendo un saber y un ejercicio que le dan contenido real a su ciudadanía. En la práctica cotidiana las personas van interactuando con las leyes que les permiten integrarse a la vida en nuestro país ¹⁰.

Este proceso no siempre es sencillo, como se ve en la experiencia que nos relató este refugiado colombiano:

“Más que por una institución uno se va dando cuenta por el transcurso de los días, porque alguien dice, andá a tal hospital porque vos como cualquier persona tenés derecho a la salud, igual cuando nosotros llegamos la Comisión Católica¹¹ nos asignó un médico de cabecera, (...) y uno ve que la gente ingresa sin ningún tipo de papel ni nada, y nadie le complica la vida al otro por el hecho de que sea extranjero, por ahí si uno escucha comentarios de la gente: atienden mejor a los extranjeros que a los propios argentinos, lo que no he notado mucho es el hecho de la discriminación de que porque sea extranjero, puede que sea que porque las raíces argentinas son también extranjeras”.

En este proceso de ejercicio de la ciudadanía muchas veces se recurre a instituciones de la sociedad civil como modo de ayudarse a construir herramientas que permitan mejorar la integración.

En este sentido, Mike, refugiado procedente de Haití recuerdo que: *“asistí dos veces a una charla sobre información de salud, acá en MyRAr”.*

Podría decirse que en algunas oportunidades este tipo de organizaciones contribuyen al reconocimiento de los derechos de esta población, ya sea en el acceso a la información necesaria para ejercerlos como, en ocasiones, desarrollando acciones que, en aspectos puntuales y de cierta coyuntura, complementan e incluso reemplazan al Estado en la concreción o goce efectivo de los mismos. Parece haber quedado atrás la etapa neoliberal, de un Estado ausente o insensible ante las necesidades sociales: *“En la medida que el Estado se ve reducido, hay muchas actividades que debe realizar la población y considerando que el Estado debe dedicarse a orientar y dirigir y no a ejecutar, muchas de las tareas de atención y prevención son transferidas a la sociedad civil. Este proceso se ha aunado al proceso de descentralización”*, como puede leerse en un documentos de trabajo referido al tema¹².

La relación entre el estado y los derechos de las personas refugiadas es dinámica y, en la medida que las personas van integrándose a la nueva sociedad, van redefiniendo su ciudadanía y la ponen en juego cuando es vulnerada.

Es interesante el testimonio de un refugiado nativo de Liberia en relación a la atención en salud: *“¡Si!, porque todo somos iguales...no importa si somos negro o blancos si vos estás enfermo cualquier médico te tiene que atender”.*

En la misma dirección Sadiu, un refugiado senegalés dedicado a la venta de forma autónoma relató:

“Yo llamé al doctor y hablé que si no me atendían bien, yo podía hacer una denuncia porque es mi derecho también, pero no era solo yo, argentinos también se quejaban”.

¹⁰ La Ley N° 26.165 implica un avance normativo significativo en la protección de solicitantes de asilo y refugiados. Fuente: www.migraciones.gov.ar/novedades/includes/datosNovedad.php?historico=si&id=99&lang

¹¹ Se refiere a la Fundación Comisión Católica Argentina de Migraciones (FCCAM)

¹² Ver: “Prevención del vih – sida. Experiencias de las organizaciones de la sociedad civil en la zona metropolitana de Buenos Aires”. GTZ – Gobierno de Bs As, Coordinación SIDA; Ministerio de Salud y Ambiente, Bs As, 2006

En este caso no sólo reconoce el acceso a la salud como derecho sino también el derecho a denunciar en los casos en que se deniega el mismo.

La construcción de la ciudadanía de la población refugiada es un proceso donde, intervienen dimensiones legales, institucionales y sociales en la vida diaria de las personas, a partir de las distintas herramientas culturales y las redes que van construyendo en el proceso. En el diario vivir e interactuar con otros se construye la ciudadanía y las posibilidades de ejercerla.

3. Algunas observaciones y tópicos para continuar trabajando en el tema

3.1. Acceso a la salud y la calidad del servicio en Argentina

Las observaciones a continuación refieren a los cuidados, al acceso y a la calidad de la atención de la salud de la población refugiada.

Una primera conclusión indica que la salud aparece como una cuestión a atender principalmente en forma paliativa y no preventiva: en las entrevistas las personas refugiadas dan cuenta de un escaso uso de los múltiples y diferentes servicios de atención disponibles, ya que sus condiciones de vida los obligan a destinar gran cantidad de horas a trabajar o buscar algún empleo. Esto se ve acentuado durante el primer año de residencia en Argentina, período en que la realización de los trámites legales referidos a su estatuto de refugiado y de escolaridad de los niños, así como la búsqueda de vivienda, les insumen la mayor parte del tiempo del que disponen.

Una vez que toman contacto con el sistema de salud, surge del análisis de las encuestas que la mayoría (60%) de las personas refugiadas y solicitantes de tal condición recurren al sistema de salud pública cuando necesitan ineludiblemente asistencia o en situaciones de particular gravedad o emergencia (hospitales y centros de atención primaria, públicos y gratuitos).

La mayor parte de los consultados para la investigación no cuentan con obra social o medicina prepaga, ya sea por que hace poco tiempo que están en Argentina o bien porque tienen trabajos temporarios o precarios.

En cuanto a la calidad de la atención, en general la impresión acerca de los servicios de salud es satisfactoria, según manifestaron los refugiados en las entrevistas y encuestas (un 60 % indicaron que la atención es “buena”) y solamente un 5 % dijo que era “mala” la atención, así como un 20 % dijo que era regular.¹³

Sin embargo, una queja recurrente acerca de la salud pública se relacionó con “el tiempo de espera” para recibir la atención, tanto en relación con el lapso entre la solicitud del turno y la consulta como con la demora en las guardias o en el acceso a estudios específicos¹⁴.

Con respecto a la discriminación, tema surgido espontáneamente en entrevistas y talleres de prevención, se observa que si bien las personas pueden enfrentar situaciones de discriminación en su

¹³ Al igual que con otras preguntas se registró que bastantes personas encuestadas no respondían. Por ejemplo en este caso un 15 % no lo hizo. Seguramente en nuevas investigaciones se podrá corregir el procedimiento para relavar información, así como comprender porque se registraron preguntas sin responder y profundizar en las causas (“el porque”) opinan que una atención es buena, regular o mala.

¹⁴ En distintas entrevistas y talleres de prevención de VIH se escucharon frases como: “hay que esperar mucho tiempo en el hospital”. Sin embargo, de una evaluación de las actividades de capacitación puede decirse que el incumplimiento de horarios para esta población suele ser recurrente, y esto no solo para asistir a reuniones sobre SSR y VIH, sino que es una verdadera dificultad para presentarse a la búsqueda de empleo formal o para sostener la puntualidad en las actividades de capacitación en general.

vida cotidiana, las mismas, podría decirse, que se acotan o reducen al comportamiento de determinadas personas y no constituyen una práctica extendida, al menos en lo que al acceso a salud se refiere.

3.2. Salud Sexual y Reproductiva, ITS y VIH

A pesar de la intuición que sobre este tópico estaba presente al comienzo de la investigación, un hallazgo importante consiste en que los refugiados, en su mayoría, manifestaron tener información sobre las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH¹⁵, lo que implica que gran parte de la población refugiada en Argentina no percibe como una necesidad recibir información adicional sobre ITS y VIH.

Sin embargo, en un segundo nivel de análisis, el diálogo establecido durante las entrevistas y las respuestas a las preguntas más específicas de la encuesta acerca de la temática, permiten inferir que la información no siempre es correcta o exenta de mensajes contradictorios.

En las entrevistas puede observarse cómo las tradiciones y concepciones asociadas con la experiencia de vida en el país de origen, mediatizan la imagen construida acerca del VIH y de las ITS, es decir que la información que suministran en las entrevistas está anclada fuera del campo biomédico. Por ejemplo, en general las personas entrevistadas y encuestadas provenientes de Cuba tienen información precisa y de calidad acerca de los temas de esta investigación, al igual que varios colombianos que también refieren tener información respecto del VIH obtenida durante la escolarización “*tanto primaria como secundaria*”, según dijeron.

En definitiva, pese a la percepción que surge inicialmente de que se dispone de un amplio conocimiento sobre las ITS y el VIH entre la población refugiada en el país, los resultados permiten inferir que no en todos los casos esa información resulta precisa y basada en criterios científicos y que, en consecuencia, puede implicar conductas que expongan a la población a situaciones de riesgo.

El conocimiento acerca del preservativo como forma de prevención del VIH también está presente de manera extendida en la población refugiada, no obstante lo cual, en muchos casos si bien se dispone de la información no se da cuenta de su utilización: el 82,5% de los encuestados conoce el método pero solamente un 56% lo utiliza. En las entrevistas la información significativa muestra algo similar: si bien muchos lo conocen la utilización se relativiza de acuerdo a su nivel de estabilidad en la pareja, aún cuando previamente no se hayan realizado un test que descarte la infección por VIH en alguno de los miembros.

Finalmente, en cuanto a la información acerca de la pregunta: ¿Conoce algún lugar donde recibir preservativos gratis?, el 50% respondió afirmativamente. Del total de estas personas, un 46% mencionaron a una ONG donde también fueron encuestados, entrevistados o participaron de talleres de capacitación sobre SSR y VIH¹⁶.

Es decir, por diferentes razones (que no fueron indagadas en la investigación pero tal vez requerirían profundizar en las mismas) la población encuestada realizó el test en su país de origen. Es interesante que ya que en Argentina es gratuito y hay acciones de difusión para realizarlo, pueda

¹⁵ Por ejemplo, sobre un total de 28 entrevistados 27 manifestaron que sí cuando se les preguntó “¿Tiene información acerca de cómo se transmite el VIH?”. y, el 86% manifestó conocer las consecuencias de mantener relaciones sexuales sin protección.

¹⁶ Se trata de la Fundación MyRAR. En las secciones anteriores se explica la articulación Estado – Organismos Internacionales – ONG local, para la implementación de acciones que permitan la distribución de preservativos.

hacerse extensivo a más personas y no solamente en los momentos como casamiento, embarazo o ante algún temor o pedido expreso.¹⁷

Al igual que al hablar de formas de prevención, como dato significativo con respecto al testeo surge que algunas personas entrevistadas asocian la necesidad de realizarlo únicamente si no están casadas o con una pareja estable. Es decir, que se manifiestan prejuicios acerca de la forma de transmisión del virus, arraigados en imaginarios sociales y prácticas culturales, que pueden condicionar la posibilidad de aceptar aspectos relacionados con actitudes preventivas.

También se ha detectado un bajo conocimiento acerca del tratamiento y las posibilidades de acceso gratuito a la medicación. En la pregunta donde se indagó: ¿Sabe que existe tratamiento para el VIH? sólo un 58,7% de los refugiados manifestaron conocer la existencia de tratamiento para el VIH.

Alcanzada esta etapa de la redacción se planteó el problema de cómo priorizar las observaciones a resumir, para sintetizar los aspectos más relevante de la investigación. Entre todos los aspectos que podrían mencionarse como conclusiones se han identificado los arriba mencionados, y constituyen un punto de partida para algunas posibles acciones orientadas a la población de interés de esta investigación, las que a continuación se presentan.

En las líneas que siguen se presentan algunas sugerencias y recomendaciones a partir de lo aprendido en el desarrollo de este trabajo y se organiza en las siguientes propuestas:

- a) Sensibilizar a quienes trabajan directamente con la población de interés
- b) Realizar acciones de capacitación orientadas a refugiados y migrantes
- c) Promover la temática entre diferentes actores de la sociedad en general

A modo de cierre:

La importancia de una sociedad informada y atenta a respetar las particularidades de “un otr@ diferente” resulta todavía un escenario a alcanzar, es lo que de distintas maneras parecen estar diciendo a diario las personas de otros países como las que participaron de las actividades de esta investigación.

En ese sentido este trabajo está escrito desde un enfoque que pone énfasis en señalar la situación de la persona refugiada o solicitante de asilo, quien necesita apoyo en su tránsito hacia la integración efectiva, pero es importante destacar que cuenta con capacidades para aportar a la sociedad que lo recibe. Por eso la decisión de consultar a dicha población para conocer desde el propio decir y sentir aquello que tenga que ver con su vida en nuestro país.

Las políticas públicas se ven enriquecidas, y pueden ser más eficientes y respetuosas de sus destinatarios cuando ellos mismos pueden hacer aportes para su diseño e implementación. Si algo de eso puede lograrse a partir de la investigación aquí presentada, será una verdadera satisfacción y el tiempo dedicado a este trabajo no habrá sido en vano.

Bibliografía consultada

- Bertini Sergio y Brizuela Gabriela: "Salud sexual y reproductiva y prevención del vih en población refugiada en Argentina"; Colección : Documentos de trabajo: Editorial Nueva Trilce, Bs As, 2012
- Bertoncillo, Rodolfo: "Diagnóstico de los patrones de asentamiento de la población Argentina en el Territorio Nacional". Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. No. 03, Bs. As. Argentina, Agosto de 2009.

¹⁷ En un taller de capacitación en VIH un joven refugiado explicó que el debió hacerse “la prueba” ante el pedido reiterado de su suegra. Otros testimonios afirman haber realizado el test antes de salir de Colombia “porque iba a atravesar varios países...” explicó un solicitante de asilo que viajó por tierra desde su país.

- Cacopardo, M Cristina: "Acerca de las mujeres migrantes en la Argentina: tendencias y mercado de trabajo", en "Migraciones Internacionales en la década del noventa en Argentina". CECyM, Bs As, 2008
- Caref, "Informe diagnóstico : Vulnerabilidad de la población extranjera en Argentina frente a la infección por VIH ", Informe Final , Bs As, Setiembre de 2007
- Castañeda, Alejandra: "Ciudadanías Excluidas: los Migrantes Mexicanos frente al Estado-Nación". Ponencia presentada en el Seminario Hermenéutica y Multiculturalismo. Escuela Nacional de Antropología e Historia. D.F. México. Febrero de 2006.
- CECyM, Centro de Encuentros Cultura y Mujer: "Migraciones, Globalización y Género en Argentina y Chile", CECIM, Diciembre del 2005
- Caggiano, Sergio. *La experiencia del género. Un ensayo con Joan Scott* en Investigación y reflexión en Ciencias Sociales. N°2, julio de 2008.
- Castronovo Raquel, Cavalleri, Silvina (Coordinadoras): "Compartiendo Notas. El trabajo social en la contemporaneidad" Colección Salud Comunitaria; Serie Práctica Sociales, Ediciones UNLA, Bs As, junio de 2008
- Ceriani Cernadas, Pablo y Fava, Ricardo: "Políticas migratorias y derechos humanos", OIM, Serie Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús. Lanús, 2009
- Cerrutti, Marcela: "Diagnóstico de las poblaciones inmigrantes en la Argentina". Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. No. 02, Bs. As. Argentina, Marzo de 2009.
- Cerrutti, Marcela: "Salud y migración: mujeres bolivianas en la Argentina", CENEP, UNFPA, PNUD, Bs As, Noviembre de 2010.
- Chitarroni, Horacio (Coordinador): "La investigación en ciencias sociales: lógicas, métodos y técnicas para abordar la realidad social". EUS (Ediciones Universidad del Salvador, Bs As junio de 2008.
- Courtis, Corina y Pacecca, M Inés: "Inmigración contemporánea en Argentina: Dinámicas y Políticas". Serie Población y Desarrollo. CEPAL, Santiago de Chile, 2008
Courtis, Corina y Pacecca, M. Inés: "Discriminaciones étnicas y nacionales". Un diagnóstico participativo. A D C , Editores del Puerto, Bs As, 2011
- Correa, Violeta, en: Giustiniani, Rubèn: "Migración, un derecho humano", Comentarios sobre la Ley de Migraciones, Ley 25871: Raúl Zafaroni, Rubén Frassia, Lelio Mármora, Susana Novick, Pedro Ceriani, Enrique Oteiza, Violeta Correa. Prometeo Libros, Bs As, 2005
- Cohen, Néstor, "Aportes para un programa de integración de la población extranjera a la sociedad y cultura nacional". Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. No. 01, Bs. As. Argentina, Marzo de 2009.
- Facultad de Ciencias de la Salud: "Metodología de Investigación en Salud", Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, 1993.
- Forni, Floreal; De Gialdino, Irene Vasilachis: "Métodos Cualitativos" I y II. Centro Editor de América Latina. Bs. As, 1993
- Foucault, Michel: "Historia de la sexualidad". T 1. "La voluntad de saber" Siglo XXI Editores, México 1989.
- Goldberg, Alejandro: "Tú, sudaca". Las dimensiones histórico geográficas sociopolíticas y culturales alrededor del significado de ser inmigrante (y argentino) en España. Prometeo libros, Bs As, 2007

- Grinberg, Leon y Grinberg, Rebeca: “Psicoanálisis de la migración y el exilio” Alianza Editorial, Madrid, 1984
- Grimson, Alejandro: “Relatos de la diferencia y la igualdad”. Los bolivianos en Buenos Aires. EUDEBA, Bs As, agosto del 2005
- Fundación Huesped: “Programa de prevención del VIH Sida dirigido a población migrante en situación de vulnerabilidad”, Bs As, 2004
- Jelin, E-(dir.), Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Alejandro Grimson, Nina Zamberlin, Laura Mombello, Marcela –Cerrutti, Sergio Caggiano, Lidia Abel. Ides, Buenos Aires, 2006
- Jorrat, Jorge y otros. Información, actitudes y conductas en relación con VIH/Sida. Estudios sobre población bajo la línea de pobreza en el área metropolitana de Buenos Aires. Centro de Estudios de Opinión Pública (CeDOP). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 2007. <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones/invPOB.pdf>
- Kobelinsky, Carolina: “Refugiados y discriminación”, en Courtis, Corina y Pacecca, M. Inés: “discriminaciones étnicas y nacionales”. Un diagnóstico participativo. A D C , Editores del Puerto, Bs As, 2011
- Lago Martínez, Silvia; Gómez Rojas, Gabriela y Mauro Mirta (Compiladoras): “En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos” Editorial Proa XXI; Bs As, Junio 2003
- Lettieri, Martin, (Editor): Protección Internacional de Refugiados en el Sur de Sudamerica” . Universidad Nacional de Lanús - ACNUR – IPPDH – Serie Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús, Bs As, abril del 2012
- Marcogliese, María Jose: “La migración reciente de Europa central y oriental a la Argentina” ¿Un tratamiento especial? , en Revista Argentina de Sociología, Publicación Internacional del C P S ; Año 1, No. 1; Noviembre – diciembre del 2003; Bs As, 2003
- Mera, Carolina: “Globalización e identidades migrantes. Corea y su diáspora en la Argentina” Tesis de Doctorado defendida en la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, 2007, Mimeo
- Ministerio de salud y ambiente de la Nación. “Boletín sobre VIH / SIDA en la Argentina”, Bs As, Argentina Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): “Situación de la población en la Argentina”, Bs . As 2010
MyRAR: “Población Refugiada en Argentina. Apuntes de un Diagnóstico Participativo”, Ponencia presentada por MyRAR en: “V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de la Plata y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales”, 10 al 12 de Diciembre del 2008
- Novick, Susana: “Las migraciones en America Latina. Políticas culturales y estrategias”. Coediciones Catálogos – Clacso, Bs As, Setiembre de 2008.
- Pova Neto, Helion y Pacelli Ferreira Ademir (Compiladores): “Cruzando fronteiras disciplinares. Um panorama dos estudos migratórios”. NIEM (Núcleo Interdisciplinario de Estudios Migratorios) Faperj, Editorial Revan, Rio de Janeiro, 2005.
- Rosas, Carolina: “Implicaciones mutuas entre el género y la migración”. Mujeres y varones peruanos arribados a Buenos Aires entre 1990 y 2003. EUDEBA, Bs As, marzo de 2010.
- Saltalamacchia, Homero: “Historia de vida”, Ediciones CIJUP, Puerto Rico, 1992

- Sontang, Susan: “La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas”. Taurus, Bs As, 1996
- Varela, Graciela: “Mujeres partidas: análisis discursivo de migración”, en “Migraciones Internacionales en la década del noventa en Argentina”. CECyM, Bs As, 2008
- Wainerman, C y Sautu,R: “La trastienda de la investigación”, Bs As, Editorial de Belgrano, 1997.
- ACNUR: “Nota sobre VIH / SIDA y la protección de los refugiados, los desplazados internos y otras personas de competencia del ACNUR. Ginebra, 2006.
- Prevención del VIH– sida. Experiencias de las organizaciones de la sociedad civil en la zona metropolitana de Buenos Aires”. GTZ – Gobierno de Bs As, Coordinación SIDA; Ministerio de Salud y Ambiente, Bs As, 2006.
- Ley Nacional de SIDA, No. 23.798 / Ley Nacional de Migraciones, No. 25.871
- Ley General de Reconocimiento y Protección del Refugiado”, No. 26.165
- Ministerio de salud y ambiente de la Nación. “Boletín sobre VIH / SIDA en la Argentina”, Bs As, Argentina Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): “Situación de la población en la Argentina”, Bs. As 2010.
- “Violencia contra las mujeres y VIH / SIDA en cuatro países del Mercosur”, UNIFEM – FEIM , Compiladoras: Bianco, Mabel; Mariño, Andrea y Re, María Inés, Bs As 2009
- ONUSIDA: “Orientaciones terminológicas de ONUSIDA”, Documento de Octubre del 2011
- ONUSIDA, 2011: “ Prevenir y tratar la tuberculosis en personas que viven con VIH”

http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB_HIV_Brochure_Singles_ES.pdf