

## Mujeres que migran: atención en salud sexual y reproductiva a migrantes afrocaribeñas en Uruguay<sup>1</sup>

### Migrating Women: Sexual and Reproductive Health Care to Afro-Caribbean Migrants in Uruguay

*Sofía Cardozo Delgado*

Magíster en Género y Políticas Públicas (Flacso Uruguay-México)

s.cardozodelgado@gmail.com

Recibido: 30.07.18 Aceptado: 21.09.18

#### Resumen

Uruguay ha sido protagonista en las últimas décadas de una reversión de su saldo migratorio, con un crecimiento de los flujos de origen latinoamericano que es el motor fundamental de este cambio en varios países de la región. Existe una amplia bibliografía<sup>2</sup> que da cuenta de la feminización de las migraciones a nivel internacional, fundamentalmente en los flujos sudamericanos y caribeños. Dadas las características de esta población, se utiliza en este artículo el análisis interseccional de forma transversal, ya que la variable *género* no puede ser tomada en cuenta de forma aislada respecto a otras como etnia o clase social.

Migrar es un derecho humano y es menester de los Estados garantizar las adecuadas condiciones de integración al país de recepción. Uruguay tiene la Ley 18.250, que contempla la perspectiva de derechos humanos y la equidad en el acceso a ellos para las personas migrantes. Enfocar esta investigación en el acceso a la salud sexual y reproductiva permite analizar estas líneas de política pública desde una perspectiva interseccional de género. El acceso a una salud sexual y reproductiva de calidad condiciona fuertemente la autonomía y el proyecto migratorio de las mujeres migrantes. Se analizan en este artículo las formas de segregación y exclusión que vive esta población en general y cómo estas atraviesan el acceso a la salud, con hincapié en lo que ocurre dentro del consultorio médico, donde las prácticas profesionales juegan un rol central. También se abordan dos aspectos específicos —acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo—, pues a pesar de que las leyes garantizan los derechos en este sentido, existen evidentes dificultades de acceso para las migrantes afrocaribeñas.

**Palabras clave:** salud sexual y reproductiva; interseccionalidad; migración.

<sup>1</sup> Tesis para obtener el grado de Magíster en Género y Políticas Públicas (Flacso Uruguay-México). 2018. Directora de tesis: Susana Rostagnol

<sup>2</sup> A modo de ejemplo: Martínez Pizarro, 2007; Herrera Mosquera, 2011; Guzmán Ordaz, 2009; Caballero, y otros, 2008.

## Abstract

Uruguay has recently experienced a variation of its migratory balance, flows of Latin-American origin being the main engine of this change in many countries in the region. There is wide bibliography that accounts for the feminization of migrations at international level, basically in South-American and Caribbean flows. Given the characteristics of this population, the intersectional analysis is transversally used, because the gender variable cannot be considered as isolated from others like ethnic group or social class.

Migration is a human right, and States must ensure the appropriate conditions for integration into their countries. Uruguayan Law 18.520 provides a human rights perspective and the equity of access to those rights for migrant people. Focusing this research on the access to sexual and reproductive health services enables to analyse these public policy lines from an intersectional gender perspective. Access to sexual and reproductive health services of quality strongly conditions the autonomy and migratory project of said women. The forms of segregation and exclusion suffered by this population in general and the ways in which these impact on the access to health are herein analysed, focusing on what happens inside the doctor's office, where professional practices play a central role. Access to contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy are two specific aspects dealt with because although the laws guarantee their rights in that sense, there are evident difficulties of access for these Afro-Caribbean migrant women.

**Key words:** sexual and reproductive health; intersectionality; migration.

## Introducción

Los movimientos migratorios de las mujeres dejan tras de sí muchas huellas, tanto en las sociedades de origen como en las de destino. Es un proceso de movilidad humana cuya dimensión de género modifica estructuralmente los sistemas de producción y reproducción social (Guzmán Ordaz, 2009).

Uruguay ha sido protagonista en las últimas décadas de una reversión en su saldo migratorio, en el que aparece una nueva ola de inmigración de diferentes orígenes latinoamericanos con características particulares que no se veían hasta el momento, con la aparición de migrantes provenientes de Perú, Cuba, Venezuela o República Dominicana que se incorporan a los movimientos migratorios del Cono Sur (MIDES, 2017). La migración en América Latina y el Caribe ha contribuido a evidenciar una característica relevante de los actuales procesos migratorios: su feminización. Si bien esto se desprende en primera instancia de una participación mayoritaria y creciente de mujeres, en un sentido cuantitativo, en los flujos migratorios actuales tiene también una relevancia cualitativa que debe ser considerada en su especificidad (Martínez Pizarro, 2007).

Al transformar los significados y las consecuencias de las migraciones históricas en nuestro país, estos procesos de feminización implican la consideración del género en los diseños e

implementación de las políticas migratorias. Esto se contrapone al hecho de que en Uruguay la feminización de la inmigración no ha sido un fenómeno generalizado, y tampoco en la mayor parte de los países de la región, sino que es una característica fundamentalmente de estos *nuevos orígenes latinoamericanos*<sup>3</sup> desde donde emigra dicha población. Dentro de estos, los orígenes más feminizados de esta nueva ola migratoria resultan: Bolivia, Colombia y República Dominicana, que ya comenzaban a mostrar un predominio femenino en sus movimientos migratorios desde el año 2011 (MIDES, 2017).

Esta característica migratoria tiene un claro vínculo con la desigualdad de género, ya que la feminización de los procesos migratorios no se encuentra disociada de las desigualdades de género que estas mujeres viven en su país de origen. La necesidad de migrar en busca de un proyecto de vida con mayores posibilidades y en busca del aumento de la capacidad de autonomía mucho tiene que ver con las vulnerabilidades y escasas posibilidades del país de origen, donde las desigualdades de género no hacen más que agudizar la situación.

Estas desigualdades de género «originarias» que son fuertemente estructurales en América Latina, repercuten también en la situación a la que se enfrentan estas mujeres en el país que las recibe. Parecería ser que estas desigualdades se trasladan al nuevo país de residencia, muchas veces incrementando vulnerabilidades en su condición migratoria. Como explica Jorge Martínez Pizarro (2007), existe una amplia bibliografía que da cuenta de la feminización de las migraciones a nivel internacional y fundamentalmente en los flujos sudamericanos y caribeños. Este fenómeno no puede abordarse entonces sin tener en cuenta la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, como también la feminización de la pobreza. De ello resulta que la relación entre migración femenina y vulnerabilidad pase a ser un «nexo intrincado e indiscutible» (Martínez Pizarro, 2006 cit. en Diconca, 2012).

Desde el punto de vista de sus significados, las variaciones de los flujos según género tienen una estrecha relación con el grado de complementariedad entre los mercados de trabajo de los países, la demanda laboral en actividades de servicios, los efectos de las redes y las modalidades de la reunificación familiar. Si bien estos mecanismos pueden representar condiciones emancipadoras para las mujeres —y así lo prueban algunas experiencias individuales—, también es cierto que perpetúan asimetrías colectivas y estructuras de subordinación, independientes de la percepción exitosa que algunas migrantes puedan tener de su inserción en las sociedades de destino (Martínez Pizarro, 2007).

Estas asimetrías colectivas que menciona Martínez Pizarro (2007) implican una reformulación en las líneas de políticas públicas existentes en materia de migración en los países receptores de

<sup>3</sup> Término utilizado para definir aquellas migraciones provenientes de América Latina y el Caribe sucedidas en el último tiempo en Uruguay (MIDES, 2017).

estas nuevas migraciones feminizadas. En líneas generales y globalmente, la preocupación por la integración de las personas inmigrantes a las sociedades que las reciben ha buscado evolucionar desde un esquema asimilacionista a uno integracionista.<sup>4</sup> El primero refiere a la equiparación de los desempeños y comportamientos demográficos (formación familiar y reproducción) entre inmigrantes y nativos. Por el contrario, la perspectiva más amplia de la integración aboga por la equidad en el acceso a derechos de la población inmigrante. Lo relevante de esta segunda perspectiva es que no se cofunde equiparación con integración. Desde esta última perspectiva, la propia diferencia implica un espacio específico de integración (MIDES, 2017).

Desde esta perspectiva amplia de integración, la responsabilidad estatal uruguaya de abogar por el ejercicio pleno de ciudadanía de su población migrante se refleja en un conjunto de compromisos internacionales.<sup>5</sup> Estos tratados asumidos por el Estado uruguayo funcionan como un amplio marco jurídico de derechos humanos de poblaciones migrantes. Esto es fundamental en materia pública, ya que demuestra un interés latente por incorporar el tema a las líneas de política pública, aunque no siempre dichos compromisos sucedan en los hechos. Así, a pesar de los compromisos asumidos por países receptores de migrantes, persiste en muchos casos una inadecuada legislación nacional en comparación con los estándares internacionales. En la práctica, la mayor parte de las veces prevalece un menor reconocimiento de derechos para los migrantes en comparación con los ciudadanos nacionales y, simultáneamente, hay grandes brechas entre los derechos de los migrantes documentados e indocumentados (Mora, 2003).

En Uruguay, la Ley de Migraciones<sup>6</sup> resulta un gran avance en este sentido, en tanto se establece como el principal antecedente donde se contemplan la perspectiva de derechos humanos y la equidad en su acceso para las personas migrantes en Uruguay. Dicha ley establece que:

El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares, sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Este modelo de integración se denomina *integracionista* o *multiculturalista* según los aportes de Lola Borges Blázquez (2013), que se detallarán más adelante.

<sup>5</sup> Se desarrollan dichos tratados en el apartado «Antecedentes de políticas públicas».

<sup>6</sup> Ley 18.250, sancionada en enero 2008, en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18250-2008>

<sup>7</sup> Ídem.

Desde la comprensión de las especificidades que demanda esta nueva ola feminizada de inmigración, se asume la importancia de que el Estado asuma que parte de la igualdad en el ejercicio de los derechos es garantizar el acceso de estas mujeres a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Uruguay. Pero esta garantía debe ser a una salud integral que incluya el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y la garantía de una forma placentera de vivenciarla. Situar como asunto de derechos humanos el derecho a decidir sobre el propio cuerpo pone en cuestión las distintas posturas políticas que los Estados adoptan sobre los cuerpos de sus ciudadanas. La sexualidad es una dimensión constitutiva de la vida de las personas que se desarrolla a lo largo de toda la vida, es atravesada por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y es una esfera central en la salud y la vida.

Estudios sobre acceso a servicios de salud<sup>8</sup> han identificado algunos factores medulares que tienen repercusión en la búsqueda y utilización de los servicios de salud por las mujeres. Entre estos factores se encuentran su condición económica, la relación con los proveedores de salud, la confianza en el sistema de atención médica y la representación del proceso salud/enfermedad, entre otros. Un elemento común en estos estudios es la inequidad de género como concepto explicativo de acceso diferencial a los servicios de salud, lo cual se suma al papel socialmente asignado de la mujer como cuidadora de la salud de los integrantes del grupo doméstico. Dado que la migración se ha constituido como un fenómeno estructural, la salud de las migrantes se ha convertido en una preocupación real para los países de destino (Caballero y otros, 2008). Específicamente, la mencionada capacidad de decidir sobre el propio cuerpo que tienen estas mujeres migrantes está fuertemente relacionada con la atención brindada por los servicios de SSyR.

Además de la feminización de la pobreza,<sup>9</sup> que tiene *a priori* un claro impacto en la realidad cotidiana de las mujeres migrantes (ya que lo tiene en la vida de las mujeres en general), las desigualdades de género se hacen patentes en tanto el peso del control de la natalidad recae mayoritariamente sobre ellas debido a una organización patriarcal que las hace las principales responsables del trabajo reproductivo e incide en la urgencia de una atención en SSyR que reconozca sus especificidades.

Así, la feminización y la autonomización de la migración intergeneracional, junto a la demanda creciente de mujeres migrantes en el sector de servicios domésticos y de cuidados, así como la industria del sexo, se constituye como un reto para la protección de los derechos reproductivos y la promoción de la SSyR de la población migrante femenina (Mora, 2003). El acceso a una SSyR de calidad condiciona fuertemente la autonomía y el proyecto migratorio de dichas mujeres.

<sup>8</sup> A modo de ejemplo: Nash Ojanuga y Gilbert (1992)

<sup>9</sup> La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) recaló el impacto diferenciado de la pobreza sobre hombres y mujeres. En Uruguay, si bien las mujeres no presentan mayores niveles generales de pobreza que los varones, sí lo hacen en edades reproductivas (Cuaderno n.º 4 del Sistema de Información de Género, Uruguay, 2013).

Frente a esta realidad, se hace más que pertinente comprender qué factores inciden en el acceso a la salud y la atención recibida en Uruguay por estas migrantes. Fundamentalmente, considerando los posibles obstáculos a la hora de decidir el uso de un método anticonceptivo y de protección (Macyp) y cuál, y qué expectativas tienen las personas acerca de su planificación familiar (cuánta distancia hay entre lo ideal y lo real), las posibilidades reales de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y las herramientas para vivir una sexualidad plena. Las prácticas y los comportamientos en relación con la anticoncepción y a la planificación familiar pueden aportarnos pistas interesantes para identificar si alguna de las barreras de acceso a los Macyp o a los servicios de IVE son institucionales o corresponden a otros factores sociales. Esto resulta fundamental a la hora de indagar en una política pública que busca incorporar a las migrantes al sistema de salud, pero no siempre tiene en cuenta sus especificidades.

Investigaciones anteriores a esta<sup>10</sup> en contextos muy diversos notan que las poblaciones migrantes y nacionales no tienen iguales expectativas y conocimientos sobre su propia salud y sobre los servicios de salud del país receptor. La búsqueda y utilización de la asistencia médica es una conducta marcada por la base cultural y la experiencia personal. El grado de autonomía de las mujeres, el miedo o la vergüenza a ser atendidas por un médico varón, los diferentes tabúes sobre la desnudez o los órganos sexuales y los problemas de comunicación con los proveedores de salud emergen como factores que limitan el acceso de las mujeres a estos servicios (Mora, 2003).

La realidad de esta nueva ola de inmigración reciente y la preocupación por garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, previstos en la Ley 18.250, en la que se profundizará más adelante, dan origen al interés por investigar la situación de las y los migrantes en Uruguay con el propósito de aportar a la política pública y a los organismos responsables de su gestión (MIDES, 2017). En este marco, la presente investigación busca indagar, desde una perspectiva interseccional de género, en la calidad de atención en SSyR (entendida como la satisfacción de sus demandas específicas) que reciben estas migrantes afrocaribeñas en nuestro país, a través de una metodología cualitativa de abordaje.

Cabe entonces preguntarse en qué medida la atención en SSyR que brindan los diferentes servicios de salud en Uruguay logra satisfacer las necesidades y demandas específicas de las mujeres inmigrantes afrocaribeñas para convertirse en una atención de calidad para ellas.

Esta pregunta, que oficia como disparador inicial, buscará indagar sobre las formas de integración que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) utiliza concretamente con las mujeres inmigrantes afrocaribeñas y en qué medida reconoce o no las demandas específicas emergentes de su situación específica —analizándolas desde una perspectiva interseccional— y las

<sup>10</sup> Así lo muestran investigaciones realizadas sobre el acceso a la salud de las mujeres migrantes en Estados Unidos, Europa y Asia (Cape, 1994; Rice, 1994; Darj y Lindmark, 2002; Carballo *et al*, 2004).

diferencias culturales que estas mujeres traen consigo. Posteriormente, se buscará observar cómo tal percepción impacta en la calidad de la atención recibida por las migrantes afrocaribeñas. Este dilema resulta fundamental en tanto comprendamos el alcance que tiene esta nueva ola migratoria en nuestro país, y no creamos que por existir igualdad establecida en la ley existe igualdad entre los migrantes y el resto de la población. Es menester que el Estado uruguayo sostenga una política de integración que reconozca las especificidades de la población migrante y abogue por su calidad de vida.

El fin de esta investigación se desarrolla en esta línea e intenta dar respuestas a esas interrogantes acerca de las especificidades y demandas de esta población que recientemente arriba al país con sus particularidades y vulnerabilidades. Estas vulnerabilidades pueden ser amortiguadas desde el Estado o pueden calar más profundo, según las diferentes posturas de integración de migrantes que se utilicen. Por ello resulta tan relevante indagar en las formas de exclusión existentes en nuestro país, en el entendido de que la inclusión real en el sistema de salud es uno de los pilares fundamentales de la garantía de los derechos humanos.

### Marco conceptual

El género constituye las representaciones sociales, las ideas y las formas de comportamientos que se desarrollan con base en las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres (Lamas, 1999). Estas construcciones diferenciales que se construyen como relación primaria de poder se basan en mitos y símbolos, normativas, instituciones e incluso en la propia subjetividad (Scott, 1996). Así, la división del mundo basada en las diferencias biológicas —sobre todo las que refieren a reproducción y procreación— estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social. Esta diferenciación se basa en el uso de las diferencias biológicas de los sexos como justificación natural de las diferencias socialmente establecidas y de esta relación arbitraria de dominación (Bourdieu, 2000). Así, lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua, cultural e histórica.

Pero es necesario considerar el complejo entramado que forma cada punto de partida donde se ubican los sujetos. Cada persona no tiene solo una identidad, sino que es un producto híbrido de las diferentes opresiones y privilegios que le corresponden por cada identidad que la compone. Para analizar y visibilizar este entramado de identidades es que se introduce en la teoría feminista el concepto de *interseccionalidad*. Al contrario de lo que habitualmente se cree,

la transversalidad y la interseccionalidad no son herramientas excluyentes en la intervención para superar la desigualdad de género. Por el contrario, se complementan. La interseccionalidad contribuye a diseccionar con más precisión las diferentes realidades en las que se encuentran las mujeres y por lo tanto puede mejorar la acción política (Expósito Molina, 2012: 205).

La perspectiva de la interseccionalidad emerge de la confluencia de los estudios feministas y de discriminación racial (Fernández Suárez, 2016 en Viveros Vigoya, 2016). La literatura sobre el tema permite establecer *a priori* la relevancia de la interseccionalidad, expresión utilizada para designar la perspectiva conceptual y metodológica que busca echar luz sobre la percepción cruzada, imbricada y superpuesta, de las relaciones de poder (Viveros Vigoya, 2016). Se utilizará en el presente documento el término *interseccionalidad* entendido como un modelo de análisis de las diferencias sociales. Si bien todos los fenómenos sociales pueden y deben ser abordados desde una perspectiva interseccional, esta se hace fundamental para la presente investigación, dado que la población que será objeto de estudio está atravesada por múltiples categorías que condicionan exponencialmente sus vulnerabilidades.

El feminismo interseccional se plantea como una crítica a la mirada feminista hegemónica «blanca», que excluye a todas aquellas identidades de mujeres que no están dentro de ese mundo blanco-heteronormativo-clase media. Así, la interseccionalidad pretende comprender de qué manera se sufren la discriminación y las vulnerabilidades de cada una de las múltiples identidades sociales del género femenino. Desde esta perspectiva se plantea que al tener en cuenta la encrucijada de la variable sexo-género con otras como la etnia-raza, la clase social, la religión, la nacionalidad, la orientación sexual, etc., se abren muchas posibilidades de identificar formas de desigualdades e injusticias.

Partiendo de la idea de que una mujer *blanca y europea* no sufrirá la misma discriminación, ni en grado ni en forma, que una negra, lesbiana y de clase social baja, se deben atender todas aquellas especificidades que generan desigualdades para todas las mujeres que no entren en el modelo hegemónico mencionado. Esta perspectiva habilita a identificar, como aquí convoca, las realidades concretas de mujeres afro y de mujeres migrantes no como una suma de vulnerabilidades, sino como formas específicas y amalgamadas de dominación.

### **Migración y políticas de integración social**

La interseccionalidad como modelo de análisis de las diferencias sociales trae consigo asumir las categorías de género, nacionalidad, clase social y raza como fundamentales para comprender la posición social de los actores. La importancia de la interseccionalidad radica en que al no estar predeterminados sus límites, sirve para introducir otras categorías que permitan desenmascarar distintos ejes de opresión. Así, en el caso de la presente investigación, la situación de ser una persona migrante emerge con sustancial peso. Hablar de políticas de migración es hablar necesariamente también de integración social. Para ello se incorpora aquí la noción de *integración* en su sentido bidireccional, como un proceso que a través del respeto y la aceptación de la diversidad permea tanto a la persona migrante como a la sociedad que la recibe.

El reconocimiento de que la integración de las personas en una sociedad es un proceso que implica tanto a los sujetos que llegan como a los que viven en ella y transforma a ambas sociedades, algo cambia en ellas necesariamente. Un proceso, por otra parte, que se proyecta en todas las dimensiones sociales básicas, en la vida social, política, cultural, laboral, familiar, etc. Todo ello incrementa, sin duda, la diversidad y deja constancia de distintas formas de ver el mundo y de entender las claves de «identidad» de cada sociedad (Añón, 2010: 625).

Siguiendo a Borges Blázquez (2013), la postura política que tiene cada país respecto a la integración de sus migrantes dependerá de sus procesos históricos e institucionales, así como de la evolución de las migraciones a lo largo de su historia. El modelo segregacionista considera al inmigrante como un trabajador invitado temporal o *Gastarbeiter*,<sup>11</sup> donde apenas existe una igualdad formal con las minorías étnicas llegando incluso a discriminación por razones de nacionalidad, sin plantear un reconocimiento real de su ciudadanía. Por su parte, el modelo asimilacionista considera al migrante como posible ciudadano en función de su capacidad de ser asimilado, donde los inmigrantes deberán adoptar los ideales del país receptor «aunque ello suponga renunciar a la propia identidad cultural, por lo menos en la esfera pública. La ciudadanía ha de ser idéntica para todos siendo las diferencias de individuos y comunidades relegadas a la esfera privada» (Borges Blázquez, 2013: 39). En este paradigma, el modelo de integración resulta unidireccional en tanto es el/la inmigrante quien se debe adaptar a los mandatos del país receptor.

En el modelo multiculturalista, por el contrario, se da un proceso de integración social bidireccional «puesto que ambas partes alteran su situación de partida, y los inmigrantes participan en la adaptación de las estructuras institucionales» (Borges Blázquez, 2013: 38), que reconoce así las particularidades culturales de las minorías étnicas y migrantes. Aquí hay un claro reconocimiento en la esfera pública de las distintas comunidades etnoculturales, ya que quienes son inmigrantes no deben renunciar a su identidad ni a su cultura para ser integrados. La autora explica que muchos países buscan, a través de sus políticas de recepción de migrantes, sobre todo con las leyes de acogida, ser abiertos y pluralistas, pero esto no implica necesariamente que se deslinden de sus rasgos asimilacionistas. Para ello deben hacer un fuerte hincapié en la cohesión social desde una perspectiva intercultural que conciba realmente a la integración de los/as migrantes como un proceso

De lo anterior se desprende la necesidad de «cruzar» esta categorización de políticas de integración con algún insumo teórico que permita reflexionar respecto a la importancia de *ver, reconocer*, a estas migrantes afrocaribeñas en nuestro país desde sus especificidades. El

---

<sup>11</sup> En referencia a los trabajadores de diversos orígenes que fueron contratados durante la década del sesenta en la entonces República Federal de Alemania debido al déficit de mano de obra para la reconstrucción tras la Segunda Guerra Mundial.

*reconocimiento* emerge tanto en la categoría teoría de la construcción de ciudadanía y de los derechos sexuales y reproductivos como en la categoría de interseccionalidad y de políticas de integración de migrantes. Así, resulta una oportunidad para esta investigación incluir la perspectiva teórica de Nancy Fraser (1992, 1997) acerca de la redistribución y el reconocimiento, como una última «vuelta de tuerca» para el análisis.

Esta autora permite echar luz, a través de su *teoría del reconocimiento*, sobre las injusticias tanto político-económicas como culturales y simbólicas. Al partir de la diferenciación de los tipos de injusticia que atañen por un lado a la redistribución y por el otro al reconocimiento, se entiende el carácter necesariamente distintivo de enfoque que permite hacer frente a tales injusticias y visualiza su compleja e imbricada realidad. Desde esta visión, la injusticia social se basa en dos dimensiones fundamentales: la socioeconómica, arraigada en la estructura politicoeconómica de la sociedad, y la dimensión cultural-simbólica, arraigada en los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación. La solución a la primera, la redistribución, tiende a minar la diferencia entre los distintos grupos sociales, mientras que de forma simultánea la solución de la segunda, el reconocimiento, impulsará la promoción de las diferencias entre ellos. Así, la tensión entre estas dos soluciones dará lugar al dilema de redistribución/reconocimiento, frente al cual Fraser plantea «integrar los ideales igualitarios del paradigma de la redistribución con aquellos que sean auténticamente emancipatorios en el paradigma del reconocimiento» (1997: 272). Así, la autora plantea una noción de justicia que incorpore los reclamos de igualdad, pero también los de la diferencia, un reconocimiento de las diferentes condiciones de género, etnia-raza, clase y otras diversidades, para poder recién desde este reconocimiento hablar de una verdadera posibilidad de redistribución.

Resulta adecuado entonces considerar este dilema a la hora de observar la realidad de las mujeres migrantes afrocaribeñas en Uruguay, ya que ellas «pueden padecer tanto la mala distribución socioeconómica como el erróneo reconocimiento cultural, sin que pueda entenderse que alguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra; por el contrario, ambas son primarias y cooriginarias» (Fraser, 1997: 31).

La exclusión o la desintegración social no son estados absolutos de cosas. Son parte de una lógica estructural de desigualdades y fragmentación social transmitidas por generaciones, pero eso no quita que dichas situaciones de vulnerabilidad no sean resultado de largas cadenas de mecanismos de exclusión que condicionan fuertemente las trayectorias de vida de las personas. Comprender cómo operan esos mecanismos (abstractos pero de efectos concretos sobre las personas) es parte fundamental de las políticas sociales que apunten a la superación de las vulneraciones y las distancias sociales. Justamente, las distancias sociales se reproducen estructuralmente a través de mecanismos concretos que es necesario develar, en particular

aquellos que enfrentan las mujeres migrantes en el país y, específicamente, en los que repercuten en la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

### Derechos sexuales y reproductivos

En 1979 la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujeres (CEDAW)<sup>12</sup> reconoce los derechos reproductivos de las mujeres y subraya el derecho al acceso a información, educación y a los medios que les permitan a las mujeres el ejercicio efectivo de estos. En simultáneo con la CEDAW, se forjaron movimientos de mujeres que luchaban específicamente por estos derechos reproductivos, principalmente por el control sobre el uso de los métodos anticonceptivos. Hacia 1993 comenzaron a incluirse en ciertos documentos formales de orden internacional cuestiones relacionadas con la sexualidad. En la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD)<sup>13</sup> de 1994 en El Cairo se puso en evidencia la necesidad de considerar la libertad de las prácticas sexuales como ámbito de derechos —esto fue impulsado por el alarmante crecimiento de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)—. Pero recién en la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing, en 1995, apareció por primera vez una definición de derechos sexuales que legitimó «la sexualidad» como campo de expresión humana dentro de la esfera pública (Petchesky, 2000, en Amuchástegui y Rivas, 2004).

Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación [...] La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia [...] La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención.<sup>14</sup>

Los derechos sexuales y reproductivos, en tanto derechos humanos, son conquistas sociales, ejes centrales de la ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Pueden definirse

<sup>12</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

<sup>13</sup> En [http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94\\_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html)

<sup>14</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, 1995: 18 y 30.

«en términos de poder y recursos: el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva» (Petchesky y Correa, 1995). Para poder ejercer estos derechos en igualdad de condiciones es fundamental contar con condiciones habilitantes al respecto y debe estar garantizada la libertad individual para la toma de decisiones y tener condiciones de justicia para que estas sean respetadas (Ramos, 2011).

A pesar de esto, no debemos pensar que los derechos sexuales y reproductivos son binomio inseparable. Por el contrario, son dos conjuntos de derechos diferentes vinculados a la sexualidad. Es fundamental no asumirlos como un todo ni creer que el ejercicio de unos implica ineludiblemente el ejercicio de los otros. Los derechos sexuales fueron posteriores a los reproductivos (Ramos, 2011). Posteriormente a que en Viena y en El Cairo se llegara a un consenso acerca de la importancia de garantizar los derechos reproductivos, en Beijing se planteó la necesidad de garantizar también los derechos sexuales.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto a la integridad de la persona, exigen el respeto y consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad compartida de las consecuencias del comportamiento sexual.<sup>15</sup>

Como explica Sonia Correa (2003), desde este marco social, histórico y político los derechos sexuales y reproductivos implican una ampliación conceptual y práctica de los derechos y de la ciudadanía, y uno de los principios éticos que fundamentan los derechos sexuales y reproductivos es el reconocimiento de las mujeres como personas capaces de tomar decisiones. La desarrollada conceptualización sobre construcción de ciudadanías y la importancia de los derechos sexuales y reproductivos en este proceso resultan de fundamental interés en esta investigación. Construir la ciudadanía de las mujeres implica también reconocer sus derechos sexuales y reproductivos y la asistencia en salud que estos requieren, según los distintos contextos socioeconómicos en los que se viva.

Los actuales estados democráticos han alcanzado un gran nivel de igualdad legal, principalmente a través del mecanismo de la ciudadanía; pero, este

<sup>15</sup> En <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

mecanismo no parece suficiente para deshacer algunas desigualdades e injusticias que las mujeres sufren, especialmente en los ámbitos cultural, social y económico (Reverter Bañón, 2008: 33).

Reconocer las desigualdades que atraviesan la efectiva construcción de la ciudadanía es colocar lo personal en el espacio político, es hacer pública y parte del debate la construcción propia de la mujer como sujeto político. Debe tenerse en cuenta entonces esta dimensión de género en la construcción de la ciudadanía y, por tanto, de derechos. Es adecuado entonces también tener presente la noción de *ciudadanía sexual*, en su concepción más amplia, que engloba además la construcción de derechos sexuales y reproductivos. Jeffrey Weeks (1998) plantea un ciudadano sexual que debe enfrentar las complejidades sociales de diferentes maneras según el lugar social en el cual se encuentre. Entonces, lo sexual sería, contradictoriamente, parte de la vida personal pero observado desde una lupa pública.

En esta línea, se recoge el estudio realizado por Ana Bravo (2003), debido a su aplicabilidad al tema que aquí convoca. La autora estudia cómo el género, la etnia-raza y otras variables como la situación económica y legal influyen en el acceso desigual de las mujeres inmigrantes a la salud reproductiva. Este estudio va en consonancia con gran parte de los objetivos de la presente investigación, ya que también Bravo busca indagar en cómo las diferencias culturales pueden no ser comprendidas por los profesionales de la salud, lo que deriva en un peor servicio, en el estudio específico, para la comunidad de Madrid. Así, la autora genera insumos analíticos de gran utilidad para indagar en la posiblemente desigual atención en SSyR en Uruguay.

Es de relevancia entonces indagar en este plano en el cual, en términos de Pierre Bourdieu (2000), el agente de la práctica, el médico o cualquier profesional de la salud, se reproduce culturalmente como un sujeto de su profesión y reitera un *habitus* específico en su modo técnico de actuar que muchas veces causa tensión y produce conflictos por su innovación de esa misma cultura profesional (Schraiber, 2008).

### Prácticas profesionales

Resulta pertinente introducir un elemento más que contribuirá de gran manera al análisis de la política pública que aquí convoca, ya que dará un enfoque más adecuado a nuestra perspectiva analítica de esta: las prácticas profesionales. En este trabajo resulta fundamental la noción de *ciudadanía* aplicada a la SSyR —como se desarrolló anteriormente— y allí la ciudadanía se refiere a la capacidad que tienen las y los sujetos de ejercer los derechos que garantiza la normativa vigente. En el caso de los actores de servicios de salud (área médica, enfermería, trabajo social, entre otros), los derechos y las condiciones laborales constituyen un elemento medular en su práctica (Castro, 2015).

La relevancia de las prácticas profesionales en el análisis de la implementación de una política pública es trabajada por diversos autores. Siguiendo a Lilia Blima Schraiber (2008), para llegar a alcanzar el propósito de una atención integral en salud se deben considerar tres planos articulados de manera necesaria e imprescindible: el de las políticas, el de la planificación/gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales. Si en el plano de las políticas se ubican los consensos doctrinarios y las normas mediante las cuales se accede a determinados derechos en términos de atención a la salud, es en el ámbito de la planificación y la administración que tales normas y consensos se filtrarán a través de las redes o sistemas en que se organiza la distribución de servicios para la población.

Así, como explica Schraiber, si la política de salud reconoce los derechos de las mujeres, es necesario que dentro de la estructuración del conjunto de servicios y en el funcionamiento interno de los establecimientos de salud estos derechos se traduzcan en acciones y flujos asistenciales adecuados, aceptados y valorados. Pero si todos estos esfuerzos y pretensiones quedan fuera del consultorio médico, o del tratamiento de cualquier profesional de la salud, al cerrar la puerta del consultorio, la acción profesional no podrá concretar ningún consenso éticopolítico o ninguna norma práctica de realización de estos derechos (Schraiber, 2008).

En el entendido del rol fundamental que juegan quienes implementan la política en los servicios de salud, volviendo a la idea de ese espacio de interlocución entre los distintos actores de la política y dadas las características de los procesos de formación de políticas públicas en nuestro país, es que emerge el enfoque de redes como una forma óptima de abordar este tema y su etapa en el ciclo de las políticas públicas. El enfoque de redes, que aparece en la década del noventa, parte de la idea de que en los contextos actuales, marcados por una complejidad creciente de los problemas sociales y una incapacidad de los gobiernos para dar respuestas eficaces a los problemas públicos, las formas de gobernar nuestras sociedades han pasado de un modelo con unas responsabilidades gubernamentales claras y muy bien definidas (caracterizadas por dinámicas jerárquicas y de control) a una nueva forma, más difusa, en que han ido desapareciendo progresivamente las fronteras entre el gobierno y otros actores en la elaboración de políticas públicas (Klijn, 1998).

Este enfoque permitirá observar analíticamente a los actores presentes en la política pública, en el entendido de que estos y sus recursos juegan un rol fundamental en todas las etapas del ciclo de la política. A nivel teórico, el interés reciente en el concepto de redes de políticas públicas puede verse como un intento de contextualizar el proceso, no solo por el hecho de que las políticas tienen lugar en escenarios en los que hay muchos/as actores/as y por tanto ambigüedad en cuanto a preferencias, intenciones, información y estrategias, sino también porque sucede en ciertas redes interorganizacionales de naturaleza más duradera. En este sentido, los problemas, los actores y las

percepciones no son elementos «accidentales» en el proceso de las políticas, sino que están conectados con la red interorganizacional en la que esos procesos ocurren (Klijn, 1998).

### **Atención médica profesional y prácticas profesionales en el consultorio**

Los mecanismos de exclusión y segregación observados en esta población migrante, que engloban instrumentos jurídicos, culturales, políticos, etc., y muestran sesgos de género, formas de discriminación directa e indirecta, exclusiones por cuestiones étnico-raciales, de clase social, de religión, entre otros, se relacionan fuertemente con la atención y el acceso que esta población tenga a los diferentes servicios de salud. Se intenta en el presente trabajo mostrar dicho recorrido causal, hasta poder arribar a como se da el acceso a la SSyR integral. Para ello, es necesario detenerse primero a observar cómo este acceso está condicionado por la interseccionalidad de vulneraciones de estas mujeres en nuestro país. Siguiendo a Luis Mora (2003), el acceso de los y las migrantes a los servicios de salud depende directamente de su situación migratoria, del tipo de inserción laboral que tengan y del nivel de atención de salud que requieran.

Como explicaba una de las entrevistadas<sup>16</sup>, por la Ley de Migraciones desde el momento en que la persona ingresa al país tiene cubiertos sus derechos básicos, entre los que se encuentra el acceso a la salud, cuyo prestador por excelencia es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo cual evidencia la responsabilidad del Estado en la implementación de la política pública de atención a estas migrantes.

En esos servicios públicos de salud se observan muchas veces a mujeres, solas o con hijos/as, que se encuentran en una situación de vulneración interseccional que, necesariamente, en palabras de los prestadores de salud, determina una «situación vital estresante». En estas mujeres, al desarraigo de su lugar, su cultura, sus círculos sociales y afectivos se suma al encuentro con un país que, visto de afuera, es mucho más habilitante que dese dentro.

Pero en términos de acceso a la salud, lo que condiciona el acceso a la salud no es el lugar de origen, es la forma en que nosotros las vemos. Y nosotros las vemos, a las afrocaribeñas, a todas iguales: trabajadoras sexuales, pobres...<sup>17</sup>

En la otra orilla, en los mencionados servicios de salud existen dos elementos que dificultan la atención a esta población. Por un lado, el desconocimiento general de la normativa de atención a la población migrante y, por otro, la hostilidad del personal. Respecto al desconocimiento general de la normativa, si bien los servicios de salud están informados y existe una amplia y efectiva

<sup>16</sup> Entrevista a investigadora especializada en migración.

<sup>17</sup> Entrevista a investigadora especializada en migración.

implementación de los servicios de SSyR en líneas generales, el conocimiento en torno a la normativa migratoria es, en el mejor de los casos, difuso.

Creo que tenemos, y me incluyo, un desconocimiento de la normativa. Eso es un debe que tenemos los que estamos en la coordinación, por lo menos desde el lugar que estoy yo en la coordinación. A mi par, a mi nivel, un poco decimos lo mismo, que hay un desconocimiento de la normativa. Obviamente que conocer la normativa no hace que los servicios funcionen, pero partimos de la base de que hay desconocimiento.<sup>18</sup>

Por otra parte, la hostilidad desde los servicios deriva fundamentalmente en cómo la sociedad uruguaya en general trata a sus inmigrantes o a sus ciudadanos/as de origen afro o a aquellos/as con una situación socioeconómica vulnerable, o incluso a las mujeres en general. Estas situaciones se entrecruzan para dar forma a un sujeto (una sujeta) tratado muchas veces de manera no hospitalaria en los centros de salud, donde su situación interseccional, como vimos anteriormente, juega un rol fundamental.

¿Las dominicanas tienen un problema y las afrouruguayas tienen otro? Probablemente tengan muchos problemas parecidos. En términos de cómo los médicos ven sus cuerpos, porque las mujeres afrouruguayas también están mucho más sexualizadas que las mujeres uruguayas no afro.<sup>19</sup>

El otro elemento que dificulta el acceso a los establecimientos y servicios son los diferentes obstáculos institucionales a los que se enfrentan las personas migrantes cuando llegan a ellos. El mencionado desconocimiento de la normativa es un claro obstáculo, ya que alimenta un desconocimiento general sobre sus derechos, de los cuales muchas veces ni ellas mismas están completamente informadas, lo que las excluye sin buscarlo.

Tenemos más incógnitas que certezas. Incógnitas sobre su realidad de salud, sus necesidades (podés tener una realidad de salud, pero sus necesidades y por otro lado el camino...), y de normativas que eventualmente nos puedan ayudar a desarrollar servicios más amigables y pertinentes, ¿no?<sup>20</sup>

Además de ese desconocimiento de la normativa, otro de los elementos que opera muchas veces como mecanismo de exclusión o traba institucional son los requerimientos para quienes acceden a los centros de salud en busca de atención médica. Aquellos que acceden a las

<sup>18</sup> Entrevista a coordinadora de Equipo de SSyR de la Red de Atención Primaria en Salud (RAP) Metropolitana de ASSE.

<sup>19</sup> Entrevista a investigadora especialista en migración.

<sup>20</sup> Entrevista a coordinadora de Equipo de SSyR de la RAP Metropolitana de ASSE

mutualistas son los que tienen situaciones laborales más regularizadas, mientras que en ASSE también hay migrantes de similar situación laborales pero también hay otros cuyos trabajos tienen aún más características de informalización o son migrantes que ni siquiera han regularizado su situación en el país. Las personas en esta situación presentan un desafío extra para los servicios de salud, ya que por un lado aparece la normativa de política pública que habilita a garantizar los derechos a toda persona residente en el territorio y, por otro, aparecen personas cuya situación en el país no está legalizada y a quienes, por los protocolos de acceso a los servicios, se les dificulta brindar atención (salvo en casos de emergencia, que sí están contemplados por la ley).

Hasta por la propia forma de acceso: no, están en Salud Pública porque no trabajan o están en Salud Pública porque tienen trabajos... Y para atenderte en Salud Pública necesitás la cédula. Y la cédula es una cosa que nosotros damos por descontada, pero ellos no.<sup>21</sup>

En el acceso a los servicios de salud juegan un rol fundamental las prácticas profesionales —y los tres planos necesariamente articulados: la política en sí como normativa, la planificación y gestión de los servicios, y las prácticas profesionales, ya mencionadas—. Sin las prácticas profesionales adecuadas, cuando se cierran las puertas de los consultorios, falta el último eslabón que garantice el efectivo acceso a las prestaciones de salud y, por ende, que garantice los derechos de quienes asisten a estos servicios.

Aquí se pone en juego la rápida asociación entre conocimiento médico y poder, en tanto hay esferas que son extra técnico-médicas pero que igual son legitimadas por ese poder, sin tener necesariamente que ver con la esfera del conocimiento. En este sentido, muchas veces los profesionales de la salud confieren significado personal, cubriendo sus decisiones de valoraciones morales y autoridad tecnicocientífica, cuando en la realidad tienen apreciaciones de orden ideológico, político, religioso, económico y social hacia las mujeres y sus problemas de salud (Schreiber, 2008). En el caso de las mujeres migrantes esto se hace todavía más evidente en tanto las apreciaciones de los profesionales están necesariamente cargadas de un juicio moral que se mezcla con el juicio clínico e incide directamente en la toma de decisiones asistenciales de cada profesional.

La importancia de las prácticas profesionales fue un claro emergente durante el trabajo de campo del presente trabajo, ya que quienes trabajan cotidianamente con grandes equipos de salud afirmaron que estas no se actualizaron lo suficiente. La normativa existe, pero no siempre se plasma en las prácticas profesionales concretas dentro de los consultorios. Las entrevistadas contrapusieron estas prácticas «duras», que vienen de la «lógica del rezongo», de «eso acá no se hace», y reproducen nociones paternalistas a una práctica profesional con perspectiva de derechos humanos, en formación constante y que busque e innove caminos técnicos y profesionales que

---

<sup>21</sup> Entrevista a investigadora especialista en migración.

garanticen los derechos en salud sexual y reproductiva a todas las mujeres que asistan a sus establecimientos.

Y bueno, después tenemos las prácticas profesionales puras y duras, ¿no? De territorio para adentro. Ese es otro gran tema. Ahí tenés todas... intersecciones. De poder médico, la heteronormatividad, maternidad infantil (todavía sigue en tensión pero sigue), género... Le temo más al consultorio que a todo lo otro, ¿no? Porque creo que las prácticas profesionales todavía no cambiaron lo suficiente.<sup>22</sup>

El componente cultural que está vinculado a lo anterior —al ejercicio de las prácticas profesionales y a la recepción de esas prácticas por las mujeres— adquiere un valor significativo en tanto estructura la propia concepción de la salud y de las prácticas médicas. Estas mujeres, cuyo origen son países muy diferentes a Uruguay, tienen incorporadas prácticas médicas diferentes, otra calidad de asistencia y otro nivel de intervención del cuerpo. Respecto a la calidad de asistencia, muchas veces en su país de origen el sistema de salud es comparativamente peor que el uruguayo, lo que incide en la percepción que estas personas migrantes tengan sobre el sistema de salud de Uruguay.

Los datos relevados por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en su estudio *Caracterizaciones de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay: nuevos orígenes latinoamericanos* de 2017 muestran a partir de su información cualitativa que en lo que refiere al acceso a la salud de las personas migrantes existe una buena valoración del sistema en general sin que se encuentren diferencias según nacionalidad o género. En este aspecto hay una clara incidencia de la tenencia de aportes al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que en la mayoría de los casos deriva en atención en mutualistas. La atención en estas mutualistas es valorada como muy buena, aunque también se destacan debilidades como tiempos extensos y costos extra que estas personas migrantes suelen tener dificultades para afrontar.

En lo que refiere a la atención en ASSE, el principal obstáculo identificado refiere a la exigencia de la cédula de identidad vigente, lo que dificulta el registro en Salud Pública. Esto muestra un obstáculo concreto que se transforma en un mecanismo de exclusión. Allí aparecen varios relatos de usuarios que tienen la cédula de identidad vencida y que por ello no han sido atendidos en ASSE. Un detalle emergente de esta investigación son las confusiones que se generan en el traspaso de mutualista a ASSE, y viceversa, que no son aclaradas en los centros de salud.

Considerando estos datos, y todo lo visto anteriormente, cabe preguntarse qué rol juega la comparación con la asistencia en salud en el país de origen con la percepción de la calidad del

<sup>22</sup>

Entrevista a coordinadora de Equipo SSyR de RAP Metropolitana ASSE.

sistema de salud uruguayo. Esta claramente no es una causal lineal ni única, pero sin duda que, con base en los relatos de algunas de las entrevistadas para la presente investigación, se puede plantear cómo el acceso prácticamente universal de todas las prestaciones de salud en nuestro país es una garantía de derechos de salud mucho mayor que la que tenían en su país de origen.

Paralelamente, el ingreso al país de otras realidades culturales trae aparejadas otras concepciones sobre la salud, el cuerpo y los niveles de intervención que son considerados «normales» sobre esos cuerpos. Así, las prácticas médicas uruguayas muchas veces resultan ajenas y se utiliza el SNIS para garantizar otras prestaciones estatales, como la necesidad del carné de salud<sup>23</sup> para acceder a trabajos regularizados. Se hace necesario entonces que las políticas públicas consideren la diversidad cultural a la que se enfrentan a la hora de implementarse.

No, a mí me da la impresión (yo no sé) de que es a demanda. Cuando hay un problema de salud se va al médico, si no, no. Además, porque no hay tiempos... Gente que labura mucho, que no se lleva bien con Estado... Es más bien gente que no va a buscar al Estado a no ser que lo necesite. Asisten al sistema de salud, sí. Asisten porque no tienen más remedio, ¿no? Porque el sistema de salud en Uruguay condiciona muchas cosas. Por ejemplo, el Papanicoloau no te lo dejan al libre albedrío. Es una obligación para poder trabajar. Si no tenés el carné de salud no trabajás.<sup>24</sup>

Esto muchas veces implica niveles de intervención invasivos o innecesarios de un sistema de salud que, a pesar de ser garante real de atención y derechos, aún no logra comprender que la forma en que percibimos nuestros cuerpos y las formas de intervención de estos tienen mucho de cultural. No comprender esto dentro de la actualización profesional y de todo el sistema de salud conlleva imponer sus lógicas sin atender las especificidades de esta población, instaurando una vez más una política de integración de lógica asimilacionista. Así, estas mujeres migrantes muchas veces acceden a una prestación de salud que no contempla sus especificidades y no tiene en cuenta la adaptación que muchas veces se requiere, de parte de usuarios y prestadores para hacer frente a una atención de calidad a la demanda de estos servicios en la población migrante.

El control de la salud... Capaz que en otros países se genera de una forma diferente, y acá en Uruguay... Las mujeres no están acostumbradas a ir a hacerse todo el tiempo controles como acá que estamos mecanizadas, que nuestros cuerpos están sumamente controlados... Eso cuesta, me parece que es una adaptación que se tiene que hacer. Son mujeres que, capaz, nunca se hicieron un PAP.<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Debido a la poca instalación *de hecho* del carné de salud en el sistema de salud uruguayo actual este se percibe como un obstáculo generalizado.

<sup>24</sup> Entrevista a integrante de la dirección de CUDAM.

<sup>25</sup> Entrevista a integrante de la dirección de CUDAM.

No, ahí yo lo que veo es que por la vía de lo laboral se establece cierta cultura de control del cuerpo e incorporando una cultura de cuidado que capaz que no traía del país de origen. En eso sí podría decir que hay una nivelación para arriba en el sentido de que, cada vez más, con el mejoramiento de la normativa del trabajo doméstico las mujeres se empoderan más sobre sus derechos... En eso yo creo que hay un relato positivo: en la posibilidad, no necesariamente en la experiencia. En la posibilidad de que pueden contar con una atención, sí.<sup>26</sup>

Hay cuestiones primordiales como «que te pregunten cómo te sentís» que manifiestan ocurrir en sus países de orígenes y de lo cual en Uruguay perciben la falta, algo que se asociaría a cuestiones de empatía en las prácticas profesionales. Se desprende del trabajo de campo también que estas mujeres tienen otra forma de vinculación con el sistema de salud. Esto debe tomarse en cuenta a la hora de observar el acceso a las prestaciones de salud, ya que es necesario comprender que tienen concepciones diferentes vinculadas a la sexualidad y a la salud, en muchos sentidos.

Se observa claramente cómo la mirada médica excluye toda posibilidad de apropiación real de los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes afrocaribeñas. Si bien esto denota una falla en las prácticas profesionales, también evidencia la falta de un programa de capacitación que transforme estos paradigmas y prejuicios de género respecto a la SSyR estas mujeres, lo cual será considerado, por su evidente relevancia y urgencia, como una recomendación de política pública en el apartado final.

### **Conocimiento, prácticas y uso de métodos anticonceptivos**

Hemos visto hasta aquí cómo la integración social de las migrantes, y específicamente de las mujeres migrantes de los llamados nuevos orígenes latinoamericanos, tiene diferentes mecanismos segregacionistas y de exclusión, y también como esto se refleja en obstáculos en el acceso a los servicios de salud. Resulta pertinente ahora detenernos durante este apartado y el siguiente, en dos especificidades de la SSyR, sobre los cuales, a lo largo del proceso de esta investigación, emergieron pistas acerca de su acceso desigual, atravesado por múltiples variables, entre las mujeres migrantes y las uruguayas: el acceso y uso de métodos anticonceptivos y las barreras existentes a la IVE.

En el marco de la Ley 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva, el Estado se compromete como ente rector y compromete a su vez a los prestadores de salud como proveedores de servicios para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Esto incluye el acceso a una canasta de

---

<sup>26</sup> Entrevista a abogada especialista en migración.

métodos anticonceptivos y de protección amplia y de calidad que permita contemplar las diferentes necesidades sexuales y reproductivas de las personas a lo largo de su vida.

En el entendido de que la sexualidad es una dimensión fundamental de la vida de las personas que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que es atravesada por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, se hace aún más pertinente comprender qué factores inciden a la hora de decidir emplear un Macyp y no otro —o de no usar ninguno— y qué expectativas tienen las personas acerca de su planificación familiar —cuánta distancia hay entre lo ideal y lo real—. Las prácticas y comportamientos en relación con la anticoncepción y la planificación familiar pueden aportarnos pistas interesantes para identificar si alguna de las barreras de acceso a los Macyp o a los servicios de IVE son institucionales o corresponden a otros factores como la religión o la educación. En este sentido, observar el acceso y uso de los Macyp en las mujeres migrantes permitirá indagar acerca de las barreras institucionales generales que se presentan en torno al acceso a los métodos, pero también en esos otros factores —la religión o educación—, los cuales, con fuerte contenido cultural, atraviesan transversalmente las percepciones sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la planificación familiar.

En este marco, garantizar el acceso universal a los métodos anticonceptivos y de protección como prestación obligatoria para todo el SNIS ha sido parte de las estrategias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos que viene implementando el Ministerio de Salud Pública (MSP). La canasta está conformada por anticoncepción oral hormonal combinada, monofásica y trifásica, anticonceptivos orales de progestina y de emergencia, condones, dispositivos intrauterinos (DIU), ligadura tubárica y vasectomía. Se destaca un logro fundamental desde 2010, cuando se incluyó el aseguramiento de Macyp en el presupuesto nacional, lo cual garantiza la sustentabilidad de sus compras anuales.

Teniendo en cuenta esto y lo estipulado por la Ley de Migraciones, las mujeres migrantes tienen derecho al pleno acceso a los servicios de SSyR, entre los que se encuentra la asesoría y acceso a métodos anticonceptivos en los servicios de salud. Resulta pertinente, como se ha hecho hasta el momento, observar las especificidades de este acceso, elección y uso de métodos en las mujeres migrantes, ya que, como se mostró anteriormente, estas tienen especificidades que hacen necesario introducir otras variables que interseccionen con la de género para un adecuado análisis. Como ya se dijo, la variable género no puede ser tomada al margen de otras como etnia-raza o clase social, ya que esto modula las diferentes experiencias de las mujeres dentro del sistema de salud y, por tanto, del acceso y utilización de métodos anticonceptivos.

Y en cuanto al sistema de salud, las personas que... Las mujeres migrantes que yo conozco tienen algunas necesidades muy específicas. No siempre hacen uso de los servicios a los que tienen derecho, muchas veces por falta de información. Por ejemplo: en la anticoncepción, es clarísimo. Cuando necesitan el servicio, de alguna manera, llegan al servicio de salud. Pero no

sabían que tenían derecho a anticoncepción, condones o a otro tipo de cosas.<sup>27</sup>

Como explica Mora (2003), el uso de métodos anticonceptivos varía dentro de la población migrante y está influido por la inserción en el mercado de trabajo, el número de hijos/as, el estado civil, el lugar de residencia y la religión, entre otros. Pero, por otra parte, los datos señalan que generalmente las mujeres migrantes muestran tasas de uso de anticonceptivos y de acceso a la planificación familiar más bajas que las de las nacionales, lo que muchas veces suele traducirse en mayores tasas de fecundidad. A pesar de ello, se evidencia también que las tasas de fecundidad y el uso de anticonceptivos entre mujeres migrantes y nacionales tiene a reducirse cuanto más tiempo llevan residiendo en el país las migrantes.<sup>28</sup>

La reproducción, la fecundidad, la maternidad y el uso de métodos anticonceptivos como parte de una planificación familiar integral no son solo fenómenos biológicos, sino también hechos simbólicos donde existen sentidos y significados compartidos que son producidos y reproducidos en un contexto sociocultural y económico dado. La posibilidad de elegir un Macyp de forma informada y adecuada a las necesidades y preferencias de las mujeres tiene mucho que ver con su capacidad de autonomía, en forma bidireccional. En otras palabras, es fundamental para la autonomía de las mujeres poder elegir un Macyp y manejar su planificación familiar, pero también estas capacidades están atravesadas transversalmente por la autonomía que las mujeres tienen *a priori*, una autonomía que se ve diezmada en las situaciones de vulnerabilidad de estas migrantes latinoamericanas.

En muchas personas migrantes, ese método y el vínculo que tienen con los métodos anticonceptivos es otro. No es *esto es una herramienta para mi proyecto de vida, lo elijo y lo dejo cuando yo quiero*, sino que es, como que *alguien tomó la decisión por mí*. Y ese alguien pudo haber sido el Estado, mi padre (la figura paterna es muy clara)... Entonces, ahí la consejería es... Hay que escuchar mucho además de hablar, porque sino estás hablando de cosas que la persona no ve reflejadas en su esquema conceptual de para qué son los métodos anticonceptivos.<sup>29</sup>

Al contrario de lo que muchas veces se cree, y como se mencionaba anteriormente, una investigación realizada en España (Prado, 1997 cit. en Bravo, 2003) muestra que estas diferencias de uso no se deben a un problema de desconocimiento, sino que apuntan hacia factores socioculturales como elementos determinantes a la hora de evaluar el cómo y el porqué de las

<sup>27</sup> Entrevista a integrante del Programa Salud, Mujer y Género de ASSE.

<sup>28</sup> Makatjane, 1997; Abbasi-Shavazi y MacDonald, 2000; Spycher y Sieber, 2001; Penn y Lambert, 2002; Omondi y Ayiemba, 2003; Mora, 2003; Carballo y otros, 2004; Sargent, 2005; UNFPA, 2006a, todos citados en Mora, 2007

<sup>29</sup> Entrevista a integrante del Programa Salud, Mujer y Género de ASSE.

prácticas anticonceptivas de las inmigrantes. Como se desprende también de una de las entrevistas, la incomunicación entre el profesional médico y la paciente se puede deber no solo a una barrera idiomática (barrera que no existe con la mayoría de las migrantes latinoamericanas), sino también por el recurso constante de explicar las dificultades de promoción y aceptación de métodos en términos de irracionalidad o ignorancia, lo cual es fruto en gran parte de la disposición que algunos profesionales tienen sobre algunos colectivos de mujeres migrantes como presas de un sistema patriarcal férreo o como incapacitadas para tomar decisiones autónomas y adecuadas. Esto contribuye no solo a la posibilidad de diagnósticos y a una consejería equivocada, sino que también crea desigualdades en la atención médica y apunta a un creciente racismo (Muynck, 1997 cit. en Bravo, 2003).

En cuanto a lo relacionado con las prácticas profesionales y la promoción y correcta asesoría en los métodos anticonceptivos, explica Bravo (2003) que las sobreinterpretaciones que muchas veces los profesionales de la salud hacen tienden a «encapsular» a las migrantes de los países en desarrollo en categorías pautadas más por los estereotipos que por el conocimiento de los elementos étnicos concretos que pudieran estar obstaculizando la relación entre profesional y paciente. Otro elemento relevante en este sentido es la subvaloración de la variable étnico-racial, es decir que existen situaciones en el consultorio en las que esta pertenencia es relevante y sin embargo el profesional de la salud no logra verla. A su vez, tener en cuenta solamente una perspectiva biológica a la hora de prescribir métodos anticonceptivos conduce a asumir erróneamente que estos pueden tener éxito sin considerar otras variables sociales y culturales.

Se observa en este sentido que al hablar de *fallos* en la anticoncepción se asume que se trata de un fallo del uso de los métodos por la mujer, y muchas veces se las llega a tildar de irresponsables o de ignorantes. La cuestión subyacente a este tipo de problemática es una discordancia entre la manera en que el profesional enfoca la práctica anticonceptiva y la forma específica de enfocarla sobre las mujeres inmigrantes que acceden al servicio. Esto deviene en una falta de sensibilización hacia las diferencias entre las mujeres a la hora de anticipar o afrontar un embarazo no intencional, que no solo responde a carencias informativas sino a muchas otras variables que decantan de su situación interseccional (Méndez, 1987 cit. en Bravo, 2003).

Claro, la eficacia del método está directamente vinculada a la forma en que vos los uses, pero además, la propia idea de anticoncepción es cultural.<sup>30</sup>

Pero por eso, porque yo creo que el uso de pastillas también requiere un conocimiento adicional, otro tipo de capital cultural...<sup>31</sup>

Por ejemplo, ahora cuando tuve a la bebé, la ginecóloga, cuando fui, me recetó un anticonceptivo, me dijo que utilizara ese que era muy bueno, pero como yo me sentía cómoda con este que utilizaba, volví a utilizar este que era el que estaba utilizando. Pero las dominicanas, por lo general, optamos

<sup>30</sup> Entrevista a investigadora especialista en migración.

<sup>31</sup> Entrevista a abogada especialista en migración.

por el inyectable. Me preguntó si me quería amarrar y yo le dije que si ella podía, sí, pero me dijo que antes de venir a hacer la cesárea tenía que llenar un formulario. Y el formulario no lo llené... No sé, sí quería, pero había tantas cosas que llenar.<sup>32</sup>

Así, observamos que las especificidades que rodean a estas mujeres migrantes latinoamericanas tienen gran influencia en la elección de métodos anticonceptivos, en su sostenimiento y en la satisfacción con el método y, por tanto, en su planificación familiar. Las especificidades culturales que aquí juegan un rol primordial también tienen que ver con la oferta de métodos en sus países de origen. El método que parecería ser menos utilizado por las migrantes — a partir de información cualitativa<sup>33</sup>— son las pastillas anticonceptivas. Esto contrasta con los datos sobre uso de anticonceptivos en las mujeres uruguayas, entre quienes el método más usado es el preservativo (42 %), seguido de cerca por las pastillas anticonceptivas (32 %), según los datos de MYSU (2013).

Sí, habría que ver el acceso a métodos que tenían, que eso no es menor, capaz acceder todos los días a un paquete de pastillas no era tan fácil. Claro, acá están los servicios de salud, las farmacias, o comprás venta libre y tenés una farmacia en cada esquina... O sea, acceder a un paquete de pastillas mensual no es difícil. Claro, el implante vos te lo ponés y estás cinco años que no tenés que ir a ningún lado, no tiene ningún control en particular, solo que no quedés embarazada. Si ellas tenían más dificultades para acceder al servicio de salud... Lo mismo, siguen siendo cosas que pienso, que puede ser que en sus países de origen tenían más dificultad para acceder a métodos y en ese sentido es un método que... resuelve. El DIU también. Son diez años... Para alguien a quien le es dificultoso acceder a métodos, es ideal. Las contraindicaciones se verán en cada caso, pero en el panorama general es un método que sería bueno. Y la verdad es lo que usan.<sup>34</sup>

Cuando yo llegué acá, lo primero, yo me manejo con inyección, de tres meses. En mi país utilizan inyección y todavía se usa. Acá el doctor me dijo que antes se utilizaba, pero ya no porque venían haciendo daño y la sacaron del mercado. Cuando fui, el doctor me sugirió anticonceptivos o una pastilla. Esa nunca la usé. La oral nunca la utilicé.<sup>35</sup>

<sup>32</sup> Entrevista a migrante dominicana.

<sup>33</sup> Queda clara la necesidad de generar datos cuantitativos en este sentido, así como en las cuestiones mencionadas en apartados anteriores.

<sup>34</sup> Entrevista a integrante de Equipo SSyR de RAP Metropolitana ASSE.

<sup>35</sup> Entrevista a migrante afrocaribeña.

Se observa aquí la relevancia de las prácticas culturales en el uso de los métodos anticonceptivos. La oferta de Macyp en nuestro país no suele coincidir con las del país de origen, fundamentalmente por las diferencias poblacionales y las decisiones políticas de las autoridades de salud en torno al tema. Esto repercute en el servicio brindado a las migrantes afrocaribeñas, ya que deben cambiar sus pautas anticonceptivas y adaptarlas a las ofertadas aquí, sin acceder a demasiada información al respecto.

Estos cambios tienen necesariamente un alto impacto en la planificación familiar, en las herramientas de prevención de embarazo no intencional y en un sentido amplio en la sexualidad de forma integral, incluso en la vinculación de la sexualidad con el placer de dichas mujeres, que no solo se encuentran vulneradas debido al desarraigo y a las situaciones de exclusión que viven en nuestro país, sino que muchas veces deben lidiar con un servicio de salud que intenta garantizar su acceso a Macyp, pero que muchas veces termina, desde la postura asimilacionista que vimos anteriormente, sin considerar sus especificidades, generando así una dificultad crucial en su proyecto migratorio.

Las decisiones de las mujeres respecto a la elección, al uso, a la falta de uso o a la discontinuidad de Macyp pueden estar influidas por las percepciones que tengan en cuanto a los riesgos y los beneficios de la anticoncepción, las inquietudes sobre efectos secundarios y el juicio en cuanto a la forma en que ciertos métodos pueden afectar las relaciones con sus parejas. Se desprende de lo anterior la importancia de un marco de comprensión que permita interpretar de forma adecuada las categorías de percepción desde las que las migrantes enfocan el hecho reproductivo, con todas las connotaciones que para ellas tiene. Solo así estará preparada la política pública para ofrecer una atención sanitaria adecuada que contribuya al fomento de la libertad, la autonomía y la capacidad de decisión que les permita efectivamente organizar su vida y tener la planificación familiar que deseen (Bravo, 2003).

Resulta fundamental entonces considerar la oferta, el asesoramiento y los espacios de consultoría de los métodos anticonceptivos como parte de la integración real a un sistema de SSyR que permita ser permeado por la multiculturalidad. A pesar de que se observan los esfuerzos, fundamentalmente del MSP y de ASSE de otorgar una amplia canasta de Macyp que se adapte a las necesidades de todas las mujeres que hagan uso de sus servicios, comprender las particularidades antes mencionadas a la hora de la elección y del uso efectivo del método y es de suma importancia incorporarlas tanto en las prácticas profesionales como en las distintas esferas del sistema de salud donde se busque avanzar en la calidad de la atención en SSyR de las mujeres migrantes. Porque, como bien se sabe desde los distintos ámbitos en que se trabaja en SSyR, los métodos anticonceptivos más eficientes son los que las mujeres eligen informada y autónomamente.

## Consideraciones generales de la atención en salud sexual y reproductiva de las migrantes afrocaribeñas en Uruguay

Resulta pertinente comprender cómo es efectivamente la SSyR a la que acceden estas mujeres migrantes y poder, a partir de allí, arribar a algunas conclusiones acerca de los problemas de política pública que existen en la incorporación efectiva de las mujeres migrantes a los servicios de salud en Uruguay. Debe tenerse en cuenta que, como explica Borges Blázquez (2007), muchos países buscan a través de sus políticas de recepción de migrantes —sobre todo con las leyes de acogida—, ser abiertos y pluralistas, pero esto no implica necesariamente que se desprendan de sus rasgos asimilacionistas. Para ello deben hacer fuerte hincapié en la cohesión social desde una perspectiva intercultural para concebir realmente a la integración de los/as migrantes como un proceso que permee mutuamente a dicha población, pero también al sistema de salud.

Hay que empezar nosotros, desde Uruguay, desde el Estado, desde las organizaciones feministas, a integrar las preocupaciones de esas mujeres. Empezar a generar proyectos, lugares de contención para esas mujeres migrantes que están llegando al país totalmente desprotegidas y sin entender una cantidad de cosas y sin nosotras entender una cantidad de otras. Me parece imprescindible generar un intercambio entre la población que está llegando a nuestro país y nosotras, las mujeres que acompañamos, que estamos metidas en la movida feminista. Poder ver cuáles son las necesidades de esas mujeres y acompañar, realmente.<sup>36</sup>

Esto se apoya en una entrevista a una organización de la sociedad civil, lo cual no es menor, ya que cabe plantearse si este rol no debería estar mayormente garantizado por el Estado (se reconoce que algunos organismos del Estado tienen competencia con población migrante, por ejemplo, el MIDES). Como explica la normativa (el *cruce* emergente de la revisión entre la Ley 18.250 y la Ley 18.426), las mujeres migrantes en nuestro país tienen pleno derecho al ejercicio de su ciudadanía y es obligación del Estado prestarles atención en SSyR adecuada.

Dicho proceso implica necesariamente un verdadero reconocimiento de esta población, en el sentido establecido por Fraser (1997) en su dilema sobre redistribución-reconocimiento. Siguiendo esta perspectiva y todo lo visto hasta el momento, entendemos que estas mujeres padecen tanto la mala distribución socioeconómica como el erróneo reconocimiento cultural. Y, en el entendido de que el reconocimiento y la distribución son bidireccionales y se afectan mutuamente, debemos darle el peso adecuado a ambas, para asumirlas como injusticias primarias y cooriginarias.

<sup>36</sup> Entrevista a integrante de Mujeres en el Horno.

En este sentido, adquiere vital importancia desde los servicios de SSyR una postura de verdadero reconocimiento cultural de estas mujeres. Una atención en SSyR justa y que garante de los derechos establecidos por el Estado uruguayo debe considerar las cuestiones básicas de reconocimiento cultural, donde género, etnia-raza, costumbres anticonceptivas y la forma de vivir la sexualidad tienen mucho que ver.

Son choques culturales. Porque, obviamente, el tema de la salud sexual y reproductiva se da dependiendo, también, del contexto. Y el contexto cultural que ellas tienen en cuanto a la salud y a pensar la salud sexual y reproductiva, y en cuanto a los derechos de la mujer... Todavía estamos en desfasaje. Entonces, llegan esas mujeres acá, a un lugar, un territorio, donde son diferentes esas prácticas que hay. Cuesta esa adaptación: nosotros a ellas y ellas a nosotros. Entonces, creo que hay un trabajo re importante y re interesante para empezar a construir a partir de ahí.<sup>37</sup>

A todas las mujeres nos cuesta hablar de nuestra sexualidad, no todas las mujeres tenemos la libertad para hablarlo y decirlo. Entonces, imaginate mujeres que están mucho más condicionados por una cantidad de otras cosas. Capaz que nunca ni siquiera lo hablaron con sus amigas más cercanas, primas, tías, hermanas... Entonces, a veces, muchas veces, cuesta hablar sobre las cosas que quiero. Hablar sobre aborto cuesta mucho. Y más para mujeres que lo tienen súper arraigado como algo que está mal, algo negativo, un delito que vos estás cometiendo. Porque en los lugares que ellas están eso es así y hay una creencia muy fuerte en Dios. Es el lugar desde donde ellas han aprendido y se han construido como mujeres. Entonces, venir a uno donde se estén haciendo las cosas, un poco, diferentes, obviamente te trastoca un poco. O decís que acá son todos unos locos o usás el mecanismo que hay. Capaz te adaptás a él o capaz no...<sup>38</sup>

La relevancia de asumir este reconocimiento justo desde las políticas públicas, tiene sentido si entendemos que el ejercicio de la SSyR refleja políticas de salud que hacen referencia directa a los derechos de ciudadanía. Como explica Sonia Correa (2003), los derechos sexuales y reproductivos implican una ampliación conceptual y práctica de los derechos y de la ciudadanía, y que uno de los principios éticos que fundamentan los derechos sexuales y reproductivos es el reconocimiento de las mujeres como personas capaces de tomar decisiones. Así, la salud sexual y reproductiva es indisoluble de la construcción de ciudadanía de las mujeres, y por tanto, indisoluble del acceso a una salud integral. Elemento que está contemplado en la Ley de Migraciones.

No, no. A la salud. Lo que pasa es que la salud, hoy en día, cuando vos hablás de salud tenés integrada la salud sexual y reproductiva. Si bien

<sup>37</sup> Entrevista a integrante de Mujeres en el Horno.

<sup>38</sup> Entrevista a abogada especialista en migración.

nosotros muchas veces la sacamos para darle prioridad, nadie concibe un sistema de salud sin la salud sexual y reproductiva.<sup>39</sup>

Y más concretamente, si vemos el caso de los derechos sociales: en general, los migrantes, no es que exista una política específica de garantizar derechos sociales, sino que en realidad se ha dado que acceden porque tienen la posibilidad, tienen redes, preguntan donde tienen que preguntar, pero no existe una política de acercamiento y de información de esos derechos. En el caso de la salud sexual y reproductiva es claro que las migrantes han sido las grandes ausentes de las discusiones, incluso en el movimiento feminista.<sup>40</sup>

Las personas migrantes entonces no tienen políticas de abordaje específicas donde sean consideradas sus especificidades, menos aún en lo que respecta a SSyR. A pesar de esto, desde la línea de acción pública están disponibles estos servicios médicos, siempre y cuando su residencia en el país este legalizada. Cuando esta población acude a los servicios de salud, como vimos anteriormente, se encuentra con diferentes barreras institucionales que no siempre son visibilizadas y problematizadas, incluso ni por ellas mismas. Esto se suma a que, dadas las características de los servicios de salud de sus lugares de origen, se han acostumbrado a un Estado poco presente y acudir a los servicios de salud es algo que solo ocurre en casos de urgencia u obligación por prestaciones. Ello relativiza en cierta manera la percepción que estas mujeres migrantes tienen sobre el sistema de salud uruguayo y puntualmente sobre la SSyR. Muchas veces consideran innecesarios algunos controles o la información brindada sobre métodos anticonceptivos o acceso al IVE como escasa. La relativización es comparativa, en nuestro país, a pesar de todas las dificultades vistas hasta el momento, las personas migrantes tienen cubierta su atención en salud y todas logran acceder a métodos anticonceptivos y asisten regularmente a consultas.

Habrà muchos aspectos que hacen que la migración sea forzada, pero tiene mucho de autónoma en el sentido de que ellas comandan (por decirlo así) su proyecto migratorio. O sea, vienen para enviar plata a su familia. Muchas de ellas tienen hijos en el país de origen. Entonces, de alguna manera, vos podés ver cierta continuidad en lo que ellas experimentaron, su perspectiva de derechos de salud sexual y reproductiva en el país de origen y cómo lo terminan proyectando acá. O sea, cuáles son los umbrales que puede llegar a tener una dominicana en un hospital público en Uruguay si en Dominicana no tienen gasas ni siquiera para limpiar a los bebés, o toallas... O sea, conviven realidades distintas, pero eso no significa que una migrante,

<sup>39</sup> Entrevista a integrante de dirección de CUDAM.

<sup>40</sup> Entrevista a abogada especialista en migración.

porque en el país del que viene la situación sea mucho peor no tiene por qué aceptar que se den condiciones que igualmente atentan contra...<sup>41</sup>

Es importante puntualizar aquí una vez más la relevancia que tiene la SSyR en la construcción de la autonomía de las mujeres, y en su capacidad de decidir conscientemente si quieren tener hijos/as, cuándo, si no desean hacerlo, qué métodos utilicen para ello, cómo esto afecta sus cuerpos y su sexualidad, y qué decisiones toman en este sentido. Es entonces fundamental entonces hincapié en aquellas poblaciones vulnerables, como la de esta última ola migratoria, fuertemente feminizada y atravesada por múltiples vulnerabilidades que complica su proyecto migratorio, y claramente también su proyecto de vida, donde en el caso de las mujeres la capacidad de decidir sobre su planificación familiar y tener los medios para actuar en consecuencia a lo decidido se hace urgente, ya que, como hemos visto, la garantía de derechos en nuestro país se hace visible en la normativa pero no siempre en la realidad.

Yo creo que hay de todo. Y creo que las políticas referidas a la salud tienen mucho que ver (volvemos a insistir) en la posibilidad de los derechos de ciudadanía.<sup>42</sup>

Entonces creemos que es una de las poblaciones en la que se tiene que hacer real hincapié, en trabajo, toda la promoción de salud sexual y reproductiva en esas mujeres. Porque no es solamente el aborto, son todos los otros procesos que tiene la salud sexual y reproductiva, que, muchas veces no se está contemplando en este tipo de población.<sup>43</sup>

Se debe considerar también la capacidad de agencia de estas mujeres, entendida como su capacidad de empoderamiento. En este sentido, si bien las mujeres migrantes afrocaribeñas parecen habitar en los márgenes simbólicos de nuestro país y su SSyR también se ubica en los márgenes de las líneas de la política pública expuesta a múltiples vulnerabilidades, no encarnan estas vulnerabilidades en su totalidad, sino que logran construir espacios de autonomía en esos márgenes, a través del agenciamiento personal de su SSyR y del apoyo de organizaciones de la sociedad civil. Esto es, por un lado, fundamental desde el punto de vista de la política pública, en tanto se considera a la población objetivo de la política pública como agente activo de estas y se evita el riesgo de rozar la ya mencionada infantilización de estas migrantes. Por otro, coincide con la idea de que el género no es un destino inmutable, sino que existen posibilidades para su construcción y donde la construcción de autonomía en los márgenes parece ser posible. Esa construcción de autonomía en los márgenes mucho tiene que ver con entender a las mujeres como sujetos políticos y con cómo se las caracteriza a la hora de elaborar políticas públicas con perspectiva de género.

<sup>41</sup> Entrevista a integrante de la dirección de CUDAM.

<sup>42</sup> Entrevista a integrante de la dirección de CUDAM.

<sup>43</sup> Entrevista a integrante de Mujeres en el Horno.

Creo que algo que es interesante es que cuando una persona decide migrar tiene que tener cierto capital no solo económico sino social para identificar la posibilidad de movilidad. O sea, cierta consciencia de clase en el sentido de que identifica dónde está y ve en la experiencia de migrar una posibilidad de cambio.<sup>44</sup>

Sobre todo porque, no siempre parece relevante pero, cómo puede cambiar la experiencia vital de la migración una mujer que logra... Las mujeres migrantes, por lo general, alcanzan una autonomía acá que no tenían antes y cómo esa autonomía puede ser una autonomía en el ejercicio de su sexualidad.<sup>45</sup>

Se observan en este apartado las formas en que el sistema de salud no integra adecuadamente a las migrantes y genera deficiencias en su atención en SSyR. Esto se agudiza en tanto no existen líneas de acciones específicas que contemplen la temática, lo cual revela una falta de reconocimiento de estas demandas y de las mujeres migrantes como sujetos plenos de derechos en nuestro país.

## Conclusiones

Luego de un largo y exhaustivo análisis enfocado en varias dimensiones que construyen el acceso a la SSyR de estas migrantes, y desde una perspectiva analítica de género e interseccional, se arriba a algunas conclusiones incipientes que buscan arrojar luz sobre las especificidades a ser contempladas a la hora de crear una verdadera política pública de integración de las personas migrantes — con foco, en este caso, en la SSyR. Las dificultades de relevar el tema a través del campo y desde lo teórico, muestran que, salvo algunos casos, no hay una preocupación latente por el tema. *La necesidad de incorporar una perspectiva de género e interseccional a las políticas públicas enfocadas en la salud no es una prioridad actual del Estado*, mucho menos en lo que refiere a la atención en SSyR a migrantes cuyas necesidades y especificidades de demandas nos arrojan luz sobre el *statu quo* fuertemente arraigado en las prácticas profesionales y en las instituciones públicas en líneas generales.

El crecimiento de los flujos de origen latinoamericano es el motor fundamental de la reversión del saldo migratorio en Uruguay y en varios países de la región. Tanto la integración económica como la confluencia del progresismo en la normativa regional resultan un marco fecundo para estos flujos, donde se destaca la incorporación de República Dominicana, Haití y Venezuela al circuito migratorio del Cono Sur, como orígenes de fuerte crecimiento reciente<sup>46</sup>

<sup>44</sup> Entrevista a abogada especialista en migración.

<sup>45</sup> Entrevista a integrante de Mujeres en el Horno.

<sup>46</sup> Haití no es un origen numéricamente significativo en Uruguay, pero sí en Argentina y Brasil (MIDES, 2017).

(MIDES, 2017). Son estas migrantes, con características particulares de raza-etnia y clase social, quienes se enfrentan en Uruguay a *formas de segregación y discriminación específica* que limitan su proyecto migratorio.

De esta forma, las líneas de política pública —que son las prestaciones que emergen de la normativa en migración y SSyR—muestran que, tanto si hablamos de migración como cuando hablamos de SSyR, existe una suerte de ceguera cultural que se suma a una recurrente ceguera de género de parte de los profesionales o los establecimientos de salud.

La exclusión y segregación a la que son expuestas en múltiples situaciones se traspola a los mecanismos institucionales de segregación, que en todas sus esferas de atención depende de la voluntad del profesional o trabajador de la salud respecto a facilitar el acceso de las personas migrantes y brindar una asistencia sanitaria de calidad que se adecue a sus demandas.

Si las instituciones y las líneas de política pública enfocadas a la salud reconocen los derechos de las mujeres migrantes, es necesario que dentro de la estructuración del conjunto de servicios y en el funcionamiento interno de los establecimientos de salud estos derechos se traduzcan en acciones y flujos asistenciales que sean adecuados, aceptados y valorados. Pero si todos estos esfuerzos y pretensiones se quedan fuera del consultorio médico o del tratamiento de cualquier profesional de la salud al cerrar la puerta del consultorio, la acción profesional no podrá concretar ningún consenso éticopolítico o ninguna norma práctica de realización de estos derechos (Schraiber, 2008).

Esto parece ser una preocupación incipiente en algunas autoridades, fundamentalmente de la Salud Pública, ya que está comenzando a observarse que las prácticas profesionales necesitan ser actualizadas y deben dejarse permear por estas transformaciones culturales que demandan una activa renovación en la atención en SSyR.

El acceso de las migrantes afrocaribeñas a la salud se dificulta debido a trabas institucionales que mucho tienen que ver con la exclusión general de la que son objeto en Uruguay. Trasladar estos mecanismos de exclusión a la atención sanitaria es algo que no puede suceder. El Estado debe hacer foco allí para erradicar estas posibles situaciones, así como también debe enfocarse en las prácticas profesionales que no se adhieran a una perspectiva real de derechos humanos y que reproduzcan estas exclusiones que solo generan rechazo de las y los migrantes a las instituciones estatales y acentúan así sus vulnerabilidades.

La relevancia de la SSyR en una concepción integral de la salud parece ser un tema saldado. La atención de calidad en estos rubros no siempre se hace efectiva en los hechos, ya que para la población en general se ponen en juego cuestiones como educación sexual, prácticas profesionales y uso de las prestaciones de dichos establecimientos. Es esperable que si esto aún genera

dificultades en la población uruguaya en general, se acentúe en una población que se encuentra en la encrucijada de múltiples vulnerabilidades que socavaban sus derechos.

El acceso, uso y sostenimiento constante y efectivo de un Macyp está fuertemente atravesado por variables como clase social y pertenencia cultural. Esta última debe tenerse en cuenta a la hora de asesorar y garantizar consultoría sobre Macyp. Una SSyR y la capacidad de decidir sobre una planificación familiar integral no son solo fenómenos biológicos, sino también hechos simbólicos con sentidos y significados compartidos producidos y reproducidos en un contexto sociocultural y económico dado.

En lo que respecta a los mecanismos de exclusión consecuencia del obstáculo en el acceso a prestaciones de SSyR que han emergido transversalmente a lo largo del trabajo, se observa una mayor discriminación de la asumida en nuestro país. Los obstáculos resultan difusos y son invisibilidades muchas veces como trabas burocráticas o institucionales. Esto deriva en constantes situaciones de exclusión o discriminación, tanto en los servicios de salud como en el resto de las prestaciones estatales. Si bien el acceso existe, en los hechos no se traduce en una verdadera garantía de derechos, sino más bien en apariencias engañosas sobre las garantías que tienen estas mujeres migrantes en nuestro país (como en el caso del acceso a la IVE).

La SSyR es un nodo central en la igualdad de género. Habilita la capacidad de autonomía de proyecto de vida de las mujeres, la libertad de decidir sobre su propio cuerpo de forma informada y consecuente. Esto adquiere relevancia también en el caso de las mujeres migrantes, cuya situación en nuestro país está permeada por múltiples vulnerabilidades y necesitan aún más de esas garantías del Estado para contar con un adecuado acceso a todos los ámbitos de la SSyR, pero ha de ser un acceso que no intente ser asimilacionista de las especificidades culturales y de trayectoria de vida que estas mujeres traen consigo, sino que tenga un trasfondo verdaderamente integracionista y de respeto a la multiculturalidad.

## **Bibliografía y fuentes**

### **Bibliografía**

- Acosta, A. (2015). *Programa de Reasentamiento de Personas Sirias Refugiadas y la violencia de Género las Mujeres. La representación de la otredad.* Ciudad de México: Flacso.
- Aguilar, L. (2007). «Marco para el análisis de las políticas públicas», conferencia pronunciada en el *Encuentro Presencial de la Maestría en Políticas Públicas Comparadas*, enero, Ciudad de México.

- Aguilar Villanueva, L. (2007). «Marco para el análisis de las políticas públicas», conferencia pronunciada en el *I Encuentro Presencial de la Maestría en Políticas Públicas Comparadas*, enero, Ciudad de México.
- Alvarado, M. (2016). «Epistemologías feministas latinoamericanas». *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 1, n.º 3, julio-septiembre, pp. 9-32. Disponible en: <http://revista.religacion.com/article-mariana-alvarado.html> [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2004). «Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales». *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 19, n.º 3, (57), pp. 543-597. Disponible en: <http://www.aleph.org.mx/jspui/bitstream/56789/21783/1/19-057-2004-0543.pdf> [Consultado el 16/10/2018].
- Añón, M. J. (2010). «Integración: una cuestión de derechos». *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, vol. 186, n.º 744, julio-agosto, pp. 625-638. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1214> [Consultado el 16/10/2018].
- Borges Blázquez, L. (2013). *Inmigración y políticas públicas de integración: la evolución de un proceso inacabado*. Valencia: Institut de Drets Humans, Universitat de València.
- Bourdieu, P. ([1983] 2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bravo, A. (2003). «Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid». *Migraciones*, n.º 13, pp. 137-183. Disponible en: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/4318> [Consultado el 16/10/2018].
- Brown, J. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos como bisagra, lo público y lo privado en cuestión*. Buenos Aires: Flacso.
- Caballero, M. y otros (2008). «Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud». *Salud Pública México*, vol. 50, n.º 3, pp. 241-250. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16965> [Consultado el 16/10/2018].
- Castro, R. (2015). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en Salud Reproductiva en México*. Ciudad de México: s/e.
- Consejo Nacional de Género (2018). *Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030*. Montevideo: Inmujeres, MIDES. Disponible en: [http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/93961/1/estrategia-nacional-para-la-igualdad-de-genero\\_web.pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/93961/1/estrategia-nacional-para-la-igualdad-de-genero_web.pdf) [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Cóppola, F. (2013). «Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay». *Revista Médica del Uruguay*, vol. 29, n.º 1. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000100008&script=sci_arttext) [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Correa, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. Montevideo: MYSU.

- Diconca, B. (2012). *Caracterización de las nuevas corrientes migratorias. Informe MIDES*. Montevideo: MIDES.
- Expósito Molina, C. (2012). «¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España». *Investigaciones Feministas*, vol. 3, pp. 203-222. doi: 10.5209/rev\_INFE.2012.v3.41146.
- Franco, J. (2012). «Análisis de factibilidad», en *Diseño de políticas públicas. Una guía práctica para transformar las ideas en proyectos viables*. Ciudad de México: lexe editorial.
- Fraser, N. (1992). «Repensando la esfera pública: una contribución a la crítica de la democracia actualmente existente» en Calhoun, C. *Habermas and the Public Sphere*. Cambridge, Massachusetts y Londres: The MIT Press.
- Fraser, N. (1997). «Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo: una respuesta a Judith Butler». *Social Text*, n.º 52-53, pp. 279-289.
- García Prince, E. (2008). «Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿De qué estamos hablando? Marco conceptual». *América Latina Genera*, proyecto regional de PNUD. San Salvador: PNUD.
- Gil Hernández, F. (2009). «Estado y procesos políticos: sexualidad e interseccionalidad», en *Seminario «Diálogo Latinoamericano sobre Sexualidad y Geopolítica»*, Río de Janeiro, Brasil.
- Guzmán Ordaz, R. (2009). *Hacia un análisis interseccional de los procesos migratorios feminizados y la ciudadanía*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. ([1991] 2010). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Interamericana Editores, 5.ª ed.
- Herrera Mosquera, G. (2012). «Repensar el cuidado a través de la migración internacional: mercado laboral, Estado y familias transnacionales en Ecuador». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 30, n.º 1, pp. 139-159.
- Hobsbawm, E. (1998). *Historia del siglo XX*. Madrid: Grijalbo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad social en Uruguay*, Fascículo 1. Montevideo: Ediciones Trilce-INE.
- Klijn, E. (198). «Policy Networks: An Overview» en Kickert, W. J. M. y Koppenjan, J. F. (eds.) *Managing Complex Networks*. Londres: SAGE.
- Koolhaas, M. y Nathan, M. (2013). *Inmigrantes internacionales y retornados en Uruguay: magnitud, selectividad y reinserción laboral en tiempos de crisis económica internacional*. Montevideo: Programa de Población, Universidad de la República.
- Lamas, M. (1999). «Género: los conflictos y desafíos del nuevo paradigma» en Portugal, A. M. y Torres, C. *El siglo de las mujeres*. Santiago de Chile: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres.
- Lasswell, H. (1996). «La orientación hacia las políticas», en Aguilar, L. F. (ed.), *El estudio de las políticas públicas*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa.

- Leyva Flores, R. y Quintino Pérez, F. (eds.) (2011). *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Ciudad de México: Cuernavaca.
- López, A; Amorín, D.; Benedet, L.; Carril, E.; Celiberti, L.; Güida, C.; Ramos, V. y Vitale, A. (2005). *Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Montevideo: Universidad de la República-UNFPA.
- Lugones, M. (2005). «Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color». *Revista Internacional de Filosofía Política*, n.º 25, pp. 61-76. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0> [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Martínez Pizarro, J. (2007). «Feminización de las migraciones en América Latina: discusiones y significados para políticas», en *Seminario Mujer y Migración*, Región de la Conferencia Regional sobre Migración, San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2012). *Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay. Inmigrantes y retornados: acceso a derechos económicos, sociales y culturales. Informe final. Asesoría Macro en Políticas Sociales*. Montevideo: MIDES. Disponible en: [http://eva.fhuce.edu.uy/pluginfile.php/40696/mod\\_resource/content/0/libromigrantes\\_v\\_ersionweb\\_hb\\_1.pdf](http://eva.fhuce.edu.uy/pluginfile.php/40696/mod_resource/content/0/libromigrantes_v_ersionweb_hb_1.pdf) [Consultado el 16/10/2018].
- (2017). *Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay. Nuevos orígenes latinoamericanos: estudio de caso de las personas peruanas y dominicanas. Informe final*. Montevideo: MIDES. Disponible en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/75559/1/investigacion\\_caracterizacion2017\\_final\\_digital.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/75559/1/investigacion_caracterizacion2017_final_digital.pdf) [Consultado el 16/10/2018].
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2012). *Contribuciones para comprender y medir la pobreza desde la perspectiva de género*. Cuadernos del Sistema de Información de Género, 4. Montevideo: MIDES.
- Mora, L. (2003). «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*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA, Serie Seminarios y Conferencias, 33. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6669> [Consultado el 16/10/2018].
- Ministerio de Salud Pública MSP (2014). *Sistematización de políticas y estrategias del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. Período 2010-2014. Informe técnico, Uruguay*. Montevideo: MSP.
- Mujer y Salud Uruguay (MYSU) (2013). *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Informe 2013*. Montevideo: MYSU.
- Nash Ojanuga, D. y Gilbert, C. (1992). «Women's access to health care in developing countries». *Social Science & Medicine*, vol. 35 (4), pp. 613-617. doi: 10.1016/0277-9536(92)90355-T
- Organización Internacional de las Migraciones (OIM) (2011). *Perfil migratorio de Uruguay*. Montevideo: OIM.
- Parsons, W. ([1997] 2007). *Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Ciudad de México: Flacso.

- Pateman, C. (1995). «Críticas feministas a la dicotomía público-privado», en *Perspectivas feministas en teoría política*. Buenos Aires: Paidós.
- Píriz, G. (2016). *Derechos sexuales y derechos reproductivos: resistencias al condón femenino en Uruguay*. Montevideo: Flacso.
- Prieto, V. y Koolhaas, M. (2014). «Retorno reciente y empleo. Los casos de Ecuador, México y Uruguay», en Gandini, L. y Padrón, M. (coords.) *Población y trabajo en América Latina: abordajes teórico-metodológicos y tendencias empíricas recientes*. Montevideo: s/e.
- Ramos, V. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Montevideo*. Montevideo: Flacso.
- Reverter Bañón, S. (2008). *Sociedad civil, ciudadanía y género*. Castellón: Universidad Jaume I.
- Revuelta Vaquero, B. (2007). «La implementación de las políticas públicas». *Revista Dikaion*, vol. 21, n.º 016, pp 135-156. Disponible en: <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1379> [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Rodríguez Portilla, N. E. y Martínez Rojo, C. (2011). «Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas». *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, n.º 23. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/enfermeria3.pdf> [Consultado el 23 de octubre de 2018].
- Schraiber, L. B. (2008). *Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate*. Ciudad de México: UNAM.
- Scott W., J. (1996). «El género: una categoría útil para el análisis histórico» en Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: PUEG.
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.
- Subirats, J.; Knoepfel, P.; Larrue, C. y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Madrid: Ariel.
- Urrua, E.; Muñoz, A. y Peña, J. (2013) «El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud». *Revista Enfermería Universitaria*.
- Viveros Vigoya, M. (2016). «La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación». *Debate Feminista*, vol. 52, pp. 1-17. doi: 10.1016/j.df.2016.09.005
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Ciudad de México: Paidós-PUEG-UNAM.

## Fuentes

- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2013). *Dossier Espacio Migrantes*. Montevideo: MIDES.
- Ley de Migraciones n.º 18.250, publicada el 17 de enero de 2008, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18250-2008/76> [Consultado el 22 de octubre de 2018].

- 
- Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva n.º 18.426, publicada 10 de diciembre de 2008, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [Consultado el 22 de octubre de 2018].
- Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto n.º 18.987, publicada 30 de octubre de 2012, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012> [Consultado el 22 de octubre de 2018].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> [Consultado el 22 de octubre de 2018].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995). *Resoluciones aprobadas por la Conferencia de Beijing*. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf> [Consultado el 22 de octubre de 2018].