

Conductas e intenciones reproductivas de migrantes limítrofes y su percepción sobre la atención en salud sexual en el Área Metropolitana de Buenos Aires. .

Javiera Fanta Garrido.

Cita:

Javiera Fanta Garrido (2015). *Conductas e intenciones reproductivas de migrantes limítrofes y su percepción sobre la atención en salud sexual en el Área Metropolitana de Buenos Aires. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Salta.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiiijornadasaepa/63>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Bo/fro>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población
Salta, 16-18 de septiembre de 2015

Conductas e intenciones reproductivas de migrantes limítrofes y su percepción sobre la atención en salud sexual y reproductiva en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Javiera Fanta Garrido
Doctorado en Demografía, Universidad Nacional de Córdoba
Instituto de Políticas de Migraciones Internacionales y Asilo-IPMA/CONICET
javierafanta@conicet.gov.ar

Resumen

Un ámbito de interés reciente en el campo de los estudios migratorios, es el vinculado al acceso de los migrantes a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la sociedad de destino, particularmente de la población femenina extranjera. En Argentina, el estudio de las condiciones de accesibilidad de grupos específicos a los SSR, ha adquirido especial relevancia luego de la aprobación en 2003 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). De acuerdo a los datos del último censo nacional de población, en Argentina residen cerca de un millón de mujeres nacidas en algún país extranjero; de ellas, al menos el 60% corresponde a migrantes limítrofes, entre quienes más de la mitad se ubica en intervalos de edad fértil. Este trabajo tiene como objetivo analizar y describir las conductas e intenciones reproductivas de migrantes extranjeras residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, a partir de los datos de la Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia (2011). Además, se estudia la percepción de las migrantes sobre el acceso a los servicios de SSR en el período reciente, a partir de ocho entrevistas en profundidad. La población de análisis comprende a mujeres entre 18 y 49 años nacidas en Bolivia, Paraguay y Perú. Los resultados brindan una aproximación a las intenciones de fecundidad, el uso y la preferencia de anticonceptivos y el nivel de planificación familiar de las migrantes limítrofes, junto con una descripción de los riesgos de vulnerabilidad que corre esta población en el ámbito de la SSR.

Palabras clave: Migración limítrofe, Salud Sexual y Reproductiva, Intenciones reproductivas, Planificación familiar, Derechos Sexuales y Reproductivos

1. Introducción

El año 2002, se sanciona en Argentina la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, con miras a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva (SSR). Un año más tarde, a través del decreto reglamentario 1282/03 se pone en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR, 2003). Entre sus objetivos, este programa contempla alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; prevenir embarazos no deseados; y garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable (artículo 2).

El posicionamiento de este tema en la agenda pública ha impulsado la producción de literatura especializada principalmente en dos ámbitos: 1) el de los derechos de las mujeres en materia de SSR y 2) el de los avances y obstáculos en torno a la implementación de esta y otras leyes relacionadas. No obstante, a más de diez años de la aprobación del programa, la documentación acerca del estado de atención a la SSR de grupos específicos es todavía escasa. Tal es el caso de los migrantes internacionales, quienes actualmente representan cerca del 5% de la población total del país. Las mujeres extranjeras, específicamente, conforman un stock de 974.261 personas, según datos del censo 2010; al menos el 60% de ellas nació en algún país limítrofe y aproximadamente el 54% está ubicado en intervalos de edad fértil (15-49 años).

Dentro de la multiplicidad de temas abordados por los estudios migratorios, el de la SSR es todavía un campo poco explorado (Martínez Pizarro y Reboiras Finardi, 2010: 9). En cambio, las conductas y patrones reproductivos de las extranjeras residentes han recibido mayor atención, debido a sus efectos sobre la estructura demográfica, especialmente en países con niveles de envejecimiento avanzado. En concordancia con esto, los censos de población se han convertido en una fuente de uso privilegiado para los estudiosos de los movimientos migratorios, sobre todo en los países de América Latina y el Caribe donde las fuentes disponibles sobre fecundidad y SSR son todavía escasas. Sin embargo, la información proveniente de los censos suele limitarse a aspectos muy gruesos de este fenómeno, sin indagar en cuestiones relativas a la calidad y cobertura de los servicios de SSR en grupos

demográficos particulares (Canales, Martínez Pizarro, Reboiras Finardi y Rivera Polo, 2010: 6). La posibilidad de profundizar sobre las condiciones de acceso y atención a este tipo de servicios a través de fuentes alternativas, permitiría aproximarnos al grado de desprotección y vulnerabilidad que afecta especialmente a las mujeres migrantes (Canales, Martínez Pizarro, Reboiras Finardi y Rivera Polo, 2010: 60).

Este trabajo analiza las conductas e intenciones reproductivas y la percepción sobre los servicios de SSR de migrantes limítrofes residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en el período reciente, a la luz de los objetivos propuestos por el PNSSyPR. La población de análisis comprende a mujeres entre 18 y 49 años nacidas en Bolivia, Paraguay y Perú¹, colectivos migratorios que presentan el mayor dinamismo durante las últimas dos décadas en Argentina. Se presenta un diagnóstico exploratorio sobre (1) las intenciones de fecundidad, (2) el uso y la preferencia de anticonceptivos y (3) el acceso y calidad de la atención en SSR, dentro del área de residencia definida. Los datos fueron derivados de la Encuesta sobre Migración Fecundidad y Familia (EMFF), conducida por la Dirección Nacional de Población en 2011, y complementados por ocho entrevistas en profundidad, realizadas a mujeres migrantes entre los meses de febrero y junio de 2015.

2. Migración, Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

2.1. Nociones básicas

En un sentido amplio, la salud reproductiva se refiere a *“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”* (Naciones Unidas, 1995: 37). Inherente a esta definición se encuentra, por una parte, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos –esto es, la salud sexual propiamente tal– y, por otro lado, la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Ibíd.). Los servicios de salud sexual y reproductiva incluyen la atención durante el embarazo y el parto, la respuesta a la emergencia obstétrica, la atención post aborto, la prevención del embarazo no deseado, la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y del cáncer de cuello de útero.

¹ Si bien Perú no comparte frontera con Argentina, la literatura especializada engloba a esta migración en la categoría de migración limítrofe.

Los DSR, en tanto, son menos específicos en su definición, ya que comprenden determinados derechos humanos reconocidos en diversos documentos internacionales, de las Naciones Unidas y en las leyes nacionales sobre derechos humanos.

En general, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son tratados de manera conjunta, pero en sentido estricto abarcan áreas diferentes. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del “*derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva*” (Naciones Unidas, 1995: 37). Este derecho tiene su correlato en otros derechos específicos, los cuales varían de acuerdo a la normativa de cada país. Por ejemplo, la Ley Nacional N° 25.673 que crea el PNSSyPR, identifica en esta órbita el derecho a elegir el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades, criterios y convicciones del usuario y el derecho a recibir de forma gratuita el método anticonceptivo elegido. Asimismo, la ley N° 26.862 de reproducción médicamente asistida, establece que tienen derecho a las prestaciones de fertilización asistida todas las personas mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil. Lo anterior se traduce en que las prestaciones referidas a este ámbito recibirán cobertura integral por parte del sector público de la salud, las obras sociales reguladas y otras entidades de la seguridad social.

Los derechos reproductivos, a diferencia de otros derechos humanos, suelen ser objeto de debate y fuertes tensiones entre organismos nacionales, las instituciones eclesíásticas y la sociedad civil, particularmente en lo que se refiere a los métodos de regulación de la fecundidad. Esto se debe a que existen factores culturales, valores y tradiciones fuertemente arraigadas que definen una determinada manera de concebir la procreación y las funciones reproductivas. Algunas de las posturas enfrentadas más frecuentes se refieren al uso de la píldora anticonceptiva de emergencia y otros métodos contraceptivos, la legalización del aborto (incluso en aquellos casos donde peligra la salud de la madre), la institución social acreedora de la función reproductiva (típicamente, la familia monógama y heterosexual), entre otros.

Por su parte, los derechos sexuales son aquellos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. Una de las principales referencias acerca de los derechos involucrados en la salud sexual propiamente tal proviene

de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), a través de su Declaración N° 13 aprobada por la Asamblea General en 1999. Algunas de las garantías reconocidas en esta Declaración son:

- Derecho a la libertad sexual: establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida.
- El derecho a la educación sexual integral: solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.
- El derecho a la atención de la salud sexual: conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.
- El derecho a la equidad sexual: se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, con independencia del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

2.2. Antecedentes sobre movilidad humana y SSR

En el marco de la SSR, la población migrante constituye un grupo de interés por varios motivos. Primero, si bien las tendencias varían entre las distintas regiones del mundo, se sabe que los procesos de movilidad tienden a aumentar la exposición a tener relaciones sexuales temporales y desprotegidas, derivando en un mayor riesgo para los migrantes de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) (PNUD, 2008: 7). En el ámbito de la salud materna, algunos indicadores como las complicaciones durante el embarazo y el parto, el bajo peso al nacer, los menores porcentajes de asistencia profesional del embarazo y la falta de continuidad en los seguimientos post-natales, sugieren que en la población migrante los cuidados materno-infantiles no cumplen con estándares adecuados (Carballo, 2006: 95). Es posible que estos problemas estén asociados a condiciones de salud preexistentes, pero las circunstancias que prevalecen durante la migración y el reasentamiento también estarían desempeñando efectos adversos. Por otro lado, hay antecedentes que indican que las adolescentes migrantes afectadas por ITS solicitan atención médica sólo cuando padecen de mucho dolor, y asistencia perinatal únicamente en estadios avanzados del embarazo, poniendo en riesgo la salud de la madre y del niño simultáneamente (Haour-Knipe y Grondin, 2003: 2). Adicionalmente, la concurrencia a los servicios de salud (incluyendo los de salud

reproductiva) disminuye en situaciones de irregularidad migratoria y en los primeros años de asentamiento (PNUD, 2008: 12). En relación a esto último, una encuesta sobre salud reproductiva realizada en Costa Rica a población nativa y migrantes nicaragüenses (1999), reveló que un 63% de las extranjeras con un año o menos de residencia en el país se habían realizado alguna vez un PAP, comparado con el 81% de quienes tenían más de cinco años de vivir en Costa Rica (Chen, Rosero, Brens, León, Gonzáliz y Venegas, 2001: 140).

Entre la literatura especializada dedicada a abordar esta temática en Argentina, encontramos un extenso estudio de Cerrutti (2011) sobre la colectividad boliviana residente en el país. El trabajo da cuenta de las principales problemáticas que enfrentan los efectores y el sistema de salud en general ante la demanda de estos inmigrantes, junto con identificar algunas de las vulnerabilidades y obstáculos que enfrentan las mujeres bolivianas en relación a temas de salud sexual y reproductiva (Cerrutti, 2011: 128). En términos generales, la autora demuestra que existe una escasa propensión a conductas preventivas, entre ellas la realización del PAP en tiempo y forma, y que en cuanto a salud materno-infantil, las embarazadas se realizan un número promedio de controles prenatales inferior al de las nativas. En relación al uso de métodos anticonceptivos, los hallazgos de la autora apuntan a que, dentro de los métodos modernos, el preferido por las mujeres es el inyectable, mientras que el más rechazado es el preservativo. Pese a ello, son las parejas quienes tienen la última palabra en la elección del método. Asimismo, la investigación revela que el nivel de fecundidad adolescente de las migrantes bolivianas es marcadamente superior al de las nativas. En efecto, a partir del análisis de los datos del censo 2001, Fanta (2013: 15) advierte que existe una diferencia superior al 200% entre las tasas de fecundidad de mujeres bolivianas y nativas de 15 a 19 años; en el primer caso, la tasa llega a los 68,7 nacimientos por cada mil mujeres, en comparación con 21,7 por mil de las nativas.

Otro estudio de tipo cualitativo conducido por Wang (2010), analizó la dimensión cultural de las prácticas anticonceptivas de jóvenes paraguayas residentes en el AMBA. La investigación reveló que la migración constituye un hito que facilita el acceso a los métodos anticonceptivos y a las consultas en los servicios de salud para estas mujeres (Wang, 2010: 46). Las migrantes entrevistadas perciben una mayor apertura sobre los temas vinculados a la sexualidad en Argentina, y declaran que al tomar distancia de los códigos restrictivos que rigen sobre el tema en Paraguay –especialmente para la mujer–, es posible concretar estrategias para la regulación de la fecundidad.

De manera más reciente, la Dirección Nacional de Población (2015) publicó un informe con los principales resultados de la Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia (EMFF). Allí se abordan temas como la historia reproductiva, las características del parto y el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos entre las migrantes de origen limítrofe. Dentro de los principales resultados, se observa que las mujeres bolivianas desconocen en mayor medida la efectividad de los MAC en comparación con las mujeres procedentes de Perú y Paraguay. Además, identifican con mayor frecuencia que las mujeres de las otras nacionalidades, a los métodos tradicionales como lo más seguros (Dirección Nacional de Población, 2015: 36). El apartado siguiente, se refiere a las características de esta fuente y analiza otros resultados complementarios vinculados a la SSR de las migrantes limítrofes.

3. La Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia (EMFF)

La implementación de la EMFF se enmarca en un conjunto de acciones orientadas a implementar las disposiciones contenidas en la Ley de Migraciones N° 25.871, normativa que cristaliza un nuevo paradigma en políticas migratorias, basado en un enfoque de derechos humanos (Dirección Nacional de Población, 2011: 14). La encuesta, conducida por la Dirección Nacional de Población en 2011, tiene por objetivo profundizar sobre temas referidos a la SSR y la constitución y trayectoria familiar y reproductiva de las migrantes. La muestra contempló un total de 653 mujeres de origen boliviano, paraguayo y peruano de 18 a 49 años de edad, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y distribuidas por país de procedencia, según el número de migrantes con DNI extranjero en un período determinado. Se trata de una muestra intencional (y por tanto, no probabilística) que incluyó a mujeres concurrentes a la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) por motivos de regularización documentaria (Dirección Nacional de Población, 2013: 11). Considerando este antecedente, se debe advertir que el análisis presentado a continuación no es generalizable a la población femenina migrante de origen limítrofe como conjunto, sino que constituye una aproximación a las conductas reproductivas y otros aspectos vinculados a la familia de este grupo de interés. No obstante, ante la limitación que presentan otras fuentes de datos al no diferenciar el país de nacimiento de las encuestadas², la EMFF resulta ser un instrumento de gran utilidad para comprender las intenciones reproductivas y las conductas

² Esto ocurre, por ejemplo, con la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (2013), la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005) y la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (2011-2012)

de prevención del embarazo de la población femenina extranjera residente en Argentina y particularmente en el AMBA³.

3.1. Uso de métodos anticonceptivos entre las migrantes limítrofes

En relación a las conductas para prevenir el embarazo, la figura 1 ilustra el porcentaje de mujeres por país de nacimiento que utilizó MAC alguna vez, según datos de la EMFF. Los resultados varían de acuerdo al origen de la migración, siendo las paraguayas quienes presentan la mayor proporción de uso (91,3%), seguidas por las migrantes peruanas (85,2%) y, finalmente, las bolivianas (75,3%). Un aspecto que llama la atención es que aproximadamente un cuarto de las migrantes bolivianas sexualmente activas nunca utilizó un método para prevenir el embarazo (23,3%), en comparación a un 7,7 y 11,7% de las nacidas en Paraguay y Perú, respectivamente.

Figura 1. Porcentaje de mujeres migrantes de 18 a 49 años que declaran haber utilizado MAC alguna vez, por país de nacimiento

País de nacimiento	Usó MAC alguna vez (%)			Total (%)	n
	Sí	No, nunca usó	No tuvo relaciones sexuales		
Bolivia	75,3	23,3	1,4	100	215
Paraguay	91,3	7,7	1,0	100	310
Perú	85,2	11,7	3,1	100	128

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

Al analizar el uso actual de MAC (figura 2), se observa que las mujeres paraguayas presentan la mayor prevalencia de uso (66,1%), mientras que las migrantes peruanas y bolivianas registran porcentajes muy por debajo de esta cifra, correspondientes al 50,0 y 47,9%, respectivamente. Debido a las características y al tamaño de la muestra, un análisis diferenciado por origen de la migración acerca de las razones esgrimidas por las encuestadas para no utilizar MAC, resultaría poco informativo para los propósitos de este trabajo. En virtud de esto, la figura 3 ilustra los motivos declarados por el conjunto de las migrantes para la no utilización de MAC al momento de la encuesta. La principal razón que aparece es la ausencia de relaciones sexuales durante el período de relevamiento (45,5%), seguida por la

³ El 99,4% de las encuestadas residía en la Ciudad de Buenos Aires o en algún partido del Gran Buenos Aires al momento de la encuesta.

búsqueda de embarazo (9,3%) y la lactancia (7,9%). Otros motivos que destacan son la menopausia (7,2%) y el embarazo (7,2%). En relación a este último dato (proporción de mujeres que no utilizan MAC por estar actualmente embarazadas), un resultado de 7,2% puede parecer, a primera vista, sobre-estimado. Sin embargo, debemos recordar que las mujeres que conforman la muestra son aquellas que concurrieron a la DNM por trámites de radicación y es posible que el embarazo actúe como aliciente para realizar este trámite.

Figura 2. Porcentaje de mujeres migrantes de 18 a 49 años por uso actual de MAC, según país de nacimiento. Año 2011

País de nacimiento	Utiliza MAC actualmente (%)			Total (%)	n
	Sí	No	No contesta		
Bolivia	47,9	51,6	0,5	100	215
Paraguay	66,1	33,5	0,3	100	310
Perú	50,0	50,0	0,0	100	128

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

Figura 3. Motivos declarados por las migrantes de 18 a 49 años para no utilizar MAC (%)

Motivos	%	n
Busca embarazo	9,3	26
Está amamantando	7,9	22
Sin relaciones sexuales	45,5	127
La pareja no acepta	3,2	9
Miedo a los daños	2,2	6
Le hicieron daño	3,6	10
Desconoce los métodos	2,9	8
Razones religiosas	1,4	4
Menopausia	7,2	20
Está embarazada	7,2	20
No tiene pareja	3,2	9
Otras razones	14,7	41

n total: 279

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

La figura 4 muestra el principal MAC utilizado por las migrantes, según país de nacimiento. Es posible observar que el método preferente entre las migrantes bolivianas y paraguayas es el preservativo masculino, con porcentajes de 37,9% y 35,6%, respectivamente. Entre las

mujeres peruanas, la píldora es el método utilizado con mayor frecuencia (26,6%), seguido por el preservativo masculino y el DIU en igual proporción (25,0%, respectivamente). Los datos reflejan también que los métodos tradicionales como el ritmo Billings y el *coito interruptus* o retiro, tienen una cabida importante entre las oriundas de Bolivia; en efecto, más de un cuarto de las encuestadas de este origen señalan utilizar alguno de los dos como principal método contraceptivo (27,2%).

Figura 4. Principal método anticonceptivo utilizado por mujeres migrantes de 18 a 49 años, por grandes grupos de edad (%)

País de nacimiento	Método								Total	n
	Preservativo masculino	Píldora	DIU	Inyectables	Ligadura de trompas	Retiro	Ritmo Billings	Otros		
Bolivia	37,9	8,7	17,5	2,9	5,8	6,8	20,4	0,0	100	103
Paraguay	35,6	32,7	11,2	7,8	6,8	2,9	2,4	0,5	100	205
Perú	25,0	26,6	25,0	4,7	6,3	3,1	7,8	1,6	100	64
Total	34,4	25,0	15,3	5,9	6,5	4,0	8,3	0,5	100	372

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

3.2. Planificación familiar e intenciones reproductivas de las migrantes limítrofes

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos deseados, además de determinar el intervalo entre los nacimientos (OMS, 2015). Mediante los datos de la EMFF es posible evaluar el grado de planificación familiar de las encuestadas, a partir de la comparación entre el número ideal de hijos y la cantidad de hijos nacidos vivos por mujer. La figura 5 ilustra esta comparación para el total de las migrantes encuestadas. En términos generales, los datos muestran que la mitad de las mujeres de origen limítrofe aspiran a tener 2 hijos, modelo que es declarado preferentemente por mujeres que, al momento del relevamiento, aún no habían tenido hijos (61,4%), mientras que un 35% de las encuestadas aspira a tener 3 hijos. Los déficits en la planificación familiar se evidencian, particularmente, entre las mujeres que tuvieron 3 y 4 o más hijos nacidos vivos. En el primer caso, un 30,8% de las migrantes hubiese preferido tener menos de tres hijos⁴, mientras que un 80% de quienes tuvieron 4 o más, hubiese deseado tener una menor cantidad de hijos.

⁴ La pregunta para identificar esto es “¿Cuál cree usted que es el número ideal de hijos que una mujer debería tener?”

Figura 5. Mujeres migrantes de 18 a 49 años por número ideal de hijos, según cantidad de hijos nacidos vivos (HNV) (%)

HNV	Número ideal de hijos				Total	N
	1	2	3	4+		
0	3,0	61,4	28,9	6,6	100	166
1	8,1	51,6	32,9	7,5	100	161
2	2,1	58,2	30,5	9,2	100	141
3	3,3	27,5	52,7	16,5	100	91
4+	0,0	41,1	38,9	20,0	100	90
Total	3,7	50,7	35,0	10,6	100	649

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

El análisis sobre el número ideal de hijos por país de nacimiento (figura 6), refleja que las mujeres peruanas son las que reportan la mayor proporción de preferencia por el modelo de dos hijos (65,4%). Por su parte, el 45,8% de las migrantes paraguayas adhiere a esta cantidad y un 39,7% considera que el número ideal de hijos es tres. Las mujeres bolivianas comparten similares preferencias con las paraguayas: un 49,1% y un 34,9% declaran su preferencia por tener 2 y 3 hijos, respectivamente.

Figura 6. Mujeres migrantes de 18 a 49 años por número ideal de hijos, según país de nacimiento (%)

País de nacimiento	Número ideal de hijos				Total	n
	1	2	3	4+		
Bolivia	4,7	49,1	34,9	11,3	100	212
Paraguay	2,6	45,8	39,7	11,9	100	310
Perú	4,7	65,4	23,6	6,3	100	127
Total	3,7	50,7	35,0	10,6	100	649

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

Con relación a las intenciones reproductivas de las migrantes encuestadas, los datos muestran que, con independencia del país de origen, más de la mitad de las extranjeras residentes desearía tener más hijos de los que actualmente tienen. Al analizar esta información según el número de hijos nacidos vivos por mujer (figura 7), se aprecia que, en los distintos colectivos migratorios, la intención reproductiva descende a medida que aumenta el número de nacimientos efectivos. Nuevamente, se refleja una preferencia por el modelo de dos hijos

entre las mujeres peruanas: un 67,9% de las migrantes de este origen que tuvieron dos hijos nacidos vivos, declara no desear tener más. En cambio, entre las bolivianas con igual cantidad de nacimientos vivos, un 51,1% manifiesta la intención de tener más hijos.

Figura 7. Mujeres migrantes de 18 a 49 años que declaran su deseo de tener más hijos, por país de nacimiento país de nacimiento, según hijos nacidos vivos (HNV) (%)

HNV	Bolivia				Paraguay				Perú			
	Desea más hijos		Total	n	Desea más hijos		Total	n	Desea más hijos		Total	n
	Sí	No			Sí	No			Sí	No		
0	85,2	14,8	100	54	87,5	12,5	100	72	85,4	14,6	100	41
1	73,2	26,8	100	41	77,0	23,0	100	87	72,7	27,3	100	33
2	51,1	48,9	100	47	42,4	57,6	100	66	32,1	67,9	100	28
3	25,0	75,0	100	36	17,5	82,5	100	40	20,0	80,0	100	15
4	2,7	97,3	100	37	20,5	79,5	100	44	18,2	81,8	100	11
Total	51,2	48,8	100	215	56,3	43,7	100	309	57,0	43,0	100	128

Fuente: Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia, 2011

4. Análisis de las entrevistas en profundidad

A continuación, se analizan ocho entrevistas realizadas a mujeres nacidas en Bolivia (3), Paraguay (2) y Perú (3), acerca de su percepción sobre los servicios de SSR en su lugar de residencia habitual. Las participantes de este estudio tenían entre 24 y 43 años al momento de la entrevista, la que fue realizada entre los meses de febrero y junio de 2015. Se incluyó tanto a mujeres con hijos (6) como a mujeres sin hijos (2), de nivel socioeconómico medio-alto (2), medio (4) y bajo (2) y con diferentes niveles educativos (1 con primaria incompleta, 1 con primaria completa, 3 con secundario incompleto, 3 con educación superior completa e incompleta). El número de hijos de las migrantes consideradas en este estudio varía de cero a seis. Los casos analizados comprenden a migrantes recientes –menos de 5 años de residencia habitual en el país– y de larga data –en este caso, hasta 21 años de residencia en Argentina–.

La pauta de entrevista consideró diferentes dimensiones de análisis, entre ellas la trayectoria migratoria, las características del hogar, la trayectoria reproductiva y el proyecto migratorio. El presente trabajo aborda específicamente las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de las entrevistadas, sus experiencias de pre y post parto y trabajo de parto en los centros de salud en Argentina, sus apreciaciones sobre la calidad de la atención en SSR y

otros temas asociados al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) que emergieron a partir del diálogo entablado en las entrevistas.

4.1. Percepción de las migrantes sobre el acceso y la calidad de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el AMBA

Una característica común que se desprende de los relatos de las migrantes entrevistadas, es su valoración positiva acerca del acceso y calidad de los servicios de SSR en Argentina y, particularmente, en el AMBA. En general, esta valoración aparece como contraste a la apreciación que existe sobre este ámbito en el país de origen. Las entrevistadas reconocen como principal factor positivo la gratuidad de la atención en salud y la diversidad de cuidados preventivos que abarca, especialmente con relación al embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido. Los servicios de SSR en los distintos países de origen, en cambio, son percibidos como precarios, de difícil acceso e insuficientes para dar respuestas satisfactorias a las demandas de las usuarias. Elsa (Paraguay, 24 años), por ejemplo, señala:

“Respecto de la sexualidad, yo me enteré acá que el gobierno brinda preservativos, brinda anticoncepción, además de que la salud es gratuita. Si tenés dudas con respecto a una enfermedad de transmisión sexual te lo podés hacer directamente. No hay tabú acá (...) y eso en Paraguay no, en Paraguay no hay”.

En esta misma línea, Antonia (Bolivia, 43 años) afirma:

“Allá no me internaría en un hospital de Bolivia, al menos en la frontera donde estoy [Villazón] porque hay médicos, pero no son muy profesionales. En la ciudad seguramente que sí, pero en los pueblos chiquitos no. No saben, no tienen muchas herramientas (...) Cuando vino este presidente que entró, ya dio para hacer tomografías y esas cosas, pero en mi tiempo no había nada de eso. No sabía lo que era una ecografía, no sabía lo que era un análisis. Acá, en cambio, el acceso es muy bueno”.

Un aspecto que emana de los discursos de las migrantes entrevistadas, es la aparente relación que existe entre el tiempo de residencia en Argentina, por una parte, y el nivel de acceso a los servicios de SSR y la exigibilidad de los DSR que les competen a las mujeres migrantes, por otra. En particular, las migrantes de larga data establecen comparaciones entre sus

experiencias iniciales en los servicios de SSR con sus experiencias más recientes, dando cuenta de una mejor atención y percepción de bienestar en estas últimas respecto de las primeras. Manuela (Bolivia, 39 años, 3 hijos), por ejemplo, migró junto con su esposo desde Potosí a Jujuy a los 19 años de edad para trabajar en la cosecha de la hoja de tabaco, estando en ese momento embarazada de su primera hija. Al cabo de tres meses, tras el término de la temporada, la pareja se trasladó a Mendoza a trabajar en la cosecha de ajo. Manuela rememora la experiencia de su primer embarazo y puerperio como “*algo muy feo*”, dadas las circunstancias que la rodearon:

“No teníamos donde dormir. Mi hija [recién nacida] dormía en una caja de manzana. No tenía conocidos, no tenía familia y solamente cuando teníamos experiencia con el trabajo [cuando podían trabajar], lo que ganaba mi esposo –y yo con la panza grande lo ayudaba– era solamente para comer. Dormíamos en una casa prestada de los patrones y en el suelo, dormíamos en el suelo (...). Me sentí mal [durante el embarazo] porque no tenía orientación; nunca fui a hacerme un control del embarazo de ella [señala a su hija mayor]. No sabía cómo era y antes de que naciera había sufrido bastante los dolores de espalda, dicen que mala alimentación también tenía, no tenía vacunas, nada. Entonces fue una experiencia muy mala (...) Ella nació con bajo peso y yo había dejado de trabajar dos días antes de tenerla.

Manuela relata que, hasta que no entró en vigencia la actual de migraciones, ella y su marido se mantuvieron en situación migratoria irregular y, por esa razón, evitó hacerse controles pre y post natales, así como también controles pediátricos después del nacimiento: “*por miedo a que me expulsaran, porque estaba ilegal*”. La ausencia de políticas y normativas que resguardasen los DSR de las mujeres migrantes en Argentina durante la década de 1990 y primeros años de la del 2000, fue un obstáculo para que Manuela y otras migrantes accedieran a los servicios de SSR relacionados con los cuidados del embarazo y el parto. El cambio de paradigma que ocurrió en este ámbito a partir de la sanción de la Ley de Migraciones (N° 25.871) y la implementación del PNSSRyPR, pudo haber contribuido a revertir esta situación, disminuyendo la brecha de desigualdad que se manifiesta en el acceso a la SSR. En efecto, Manuela narra la experiencia de su último embarazo, ocurrido hace tres años, de la siguiente forma:

“Con ella [señalando a su hija menor] sí me hice todos los controles: la alimentación, el peso, los descansos (...) Me sentí joven de nuevo. Nació en el Ramos Mejía, me hacía los controles en el Ramos Mejía. Pero era esperar cada momento su llegada. No sentía dolores, no sentía nada, solamente quería ver crecer la panza y tenerlo. Y es día a día una experiencia muy linda (...) Yo siempre digo ‘estoy muy agradecida de este país’, muy agradecida. Nunca en mi vida había pensado tener lo que tengo”.

Si bien todas las participantes expresan percepciones positivas y dan cuenta de amplias facilidades para acceder a servicios de SSR de calidad en Argentina y, más específicamente, en el AMBA, lo cierto es que siete de las ocho migrantes entrevistadas afirman haber sufrido alguna experiencia de discriminación en el ámbito de la atención en salud (general y sexual y reproductiva en particular), debido a su condición de migrantes. Para indagar sobre este tema, se preguntó a las participantes si a lo largo de su residencia en Argentina y en el AMBA, experimentaron alguna situación donde hayan percibido un trato diferencial o se hayan sentido discriminadas por el hecho de ser extranjeras. Algunos de los episodios descritos son:

“Me ha pasado. Una vez tuve que llevar a mi hija al médico. El turno lo perdí porque no lo había escuchado, la enfermera lo informó mal y cuando yo fui a reclamar me dijeron ‘tú tienes que ir a reclamar a tu país’. Y a mí siempre mi esposo me decía ‘vos cuando te reclamen algo, decís que estás pagando impuestos, de que eso se paga’, y yo le contesté así. Y me dijo ‘quiero ver tus papeles, tus impuestos’. Así me contestó el médico” (Mónica, peruana, 28 años).

“Cuando me tenía que operar de la sinusitis en el Ramos Mejía. Me dijeron que mi problema no era tan necesario, que si yo tenía algún problema que vaya a mi país a hacerme ver. Lo dejé pasar por alto y me operé en otro hospital con médicos colombianos. No sé si tuvo algo que ver eso, o tal vez por leyes que hay en los hospitales. A veces me pongo a pensar ‘no son problemas de los médicos, son problemas que vienen desde arriba’” (Margarita, boliviana, 32 años).

En ambos casos, la condición de extranjería se presenta como un impedimento para acceder a tratamientos y servicios de salud, agregando una carga de vulnerabilidad a un proceso que es, en esencia, un producto social. Las situaciones descritas reflejan cómo la noción de ciudadanía vinculada al criterio de nacionalidad, limita la universalidad del ejercicio de los DSR. En este sentido, un caso emblemático de vulneración a los DSR de las migrantes, es la experiencia vivida por Carmen (peruana, 34 años) durante su tercer embarazo. Carmen nació

en Lima, fruto de una relación esporádica entre un médico y una empleada doméstica, ambos de origen peruano. Debido a que la familia paterna nunca aceptó la relación, Carmen se crió con su madre, manteniendo un contacto ocasional con el padre. Cuando cumplió 19 años, decidió migrar a Buenos Aires con el propósito de terminar sus estudios secundarios. Desde hacía varios años, su padre –quien había formado una nueva familia– se encontraba viviendo en la localidad de Burzaco (conurbano bonaerense) y ejercía como médico en un hospital público de la zona. Carmen se trasladó directamente desde Lima a la casa de su padre en Burzaco, pero la convivencia con la nueva familia no prosperó y después de dos años decidió mudarse con su primer marido y un primer embarazo en curso. A los 24 años de edad y habiendo formado una nueva pareja, Carmen se encontraba esperando al que sería su tercer hijo. La experiencia de ese embarazo la relata como sigue:

“(…) Amanecí con muchos dolores. Primero pensaban que era apendicitis. Me pusieron todo, me iban a operar y después me hacen otro estudio y me salta el embarazo, ahí en el hospital donde trabajaba mi papá, en Montegrande. Como mi papá nunca aceptó a mi pareja actual, yo decido irme del hospital dándome el alta. Al otro día ya no podía levantarme, estaba torcida, viste esos dolores que te morís. Sí tenía apendicitis, pero con un embarazo, entonces sí no iba [al hospital], prácticamente me moría porque tenía apendicitis con principio de peritonitis. En ese entonces viene mi papá y me hacen una operación donde... tengo una cicatriz y aparte el aborto (...) Cuando a mí me dijeron que estaba embarazada, tenía que esperar a la ecógrafa porque se podía salvar [el bebé], pero mi papá da la orden de que no, que me lo saquen directamente.

(E): ¿En qué se basó tu papá para tomar esa decisión? ¿El embarazo atentaba contra tu salud, tu seguridad; era peligroso?

(Carmen): No, era una decisión que él no quería que yo tenga (...). Fue traumático, porque cuando yo me levanto me encuentro con sondas abajo. Si es una operación de peritonitis tiene que tener un drenaje y unas sondas al costado, pero yo tenía sondas abajo y un respirador, drenaje acá [señala su vientre] y me salía leche. Para que ya tuviera leche, habría estado de cuatro [meses de embarazo], porque si no, no te sale. Él [padre] lo niega, dice que no, pero cuando yo vuelvo a ir tenía todos los estudios que me decían que yo estaba embarazada. El análisis de sangre no se equivoca, pero todo [los resultados de los exámenes] se perdió en el trayecto. Viste que llegás de urgencia, que te piden esto y... se perdió todo”.

A partir de la experiencia narrada por Carmen sobre su tercer embarazo, se desprende que el personal de salud a cargo vulneró su derecho a tomar decisiones libres e informadas acerca de

su propio cuerpo, al no consultar a la paciente sobre la decisión de inducir el aborto y actuar en contra de su deseo de mantener el embarazo. Asimismo, se violó el derecho a la información al no hacer entrega a la usuaria, de los resultados que confirmaban su embarazo. El hecho de que haya sido el padre de Carmen el principal involucrado en este suceso, no debe llevarnos a trasladar el enfoque del análisis hacia un problema de “conflicto familiar”. Con independencia del vínculo existente entre el médico y la usuaria, la situación relatada por Carmen se desarrolló en el marco de una institución pública de salud que, como tal, se rige por la normativa nacional vigente en esta materia. En efecto, el código penal establece que, en los casos de aborto no punible –suponiendo que efectivamente éste se tratase de un embarazo que ponía un peligro a la salud o la vida de la paciente–, siempre se requiere el consentimiento de la mujer para llevarlo a cabo.

4.2. Migración y aborto: algunos indicios para la comprensión de este fenómeno oculto

Un tema que no se puede dejar de mencionar, es el fenómeno del aborto entre las mujeres migrantes. De las ocho mujeres entrevistadas, dos declararon haber practicado abortos inducidos. Una de ellas es Elsa (Paraguay, 24 años), quien migró desde Asunción hacia la Ciudad de Buenos Aires hace tres años por motivos de estudio, apoyada económicamente por sus padres. Durante su primer año de residencia en Argentina, con 21 años de edad, quedó embarazada y buscó realizarse un aborto:

“Fui a dos lugares. Averigüé un lugar que estaba en José C. Paz que me dio muy mala espina. Era un lugar como en un mini departamento, súper oscuro. Me acuerdo que no permitían a los acompañantes hombres. Yo había ido con mi novio en ese momento y él tuvo que esperar afuera. Entré yo sola y cuando llegué, subo unas escaleras y era un cuarto lleno de chicas de más o menos mi edad, quizás menos, con las madres o adultas acompañando. Me recibe una secretaria y me hace pasar a una pieza. Detrás de la pieza estaba el médico con un tapabocas para que no le vieran la cara (...) Al lugar le faltaba higiene y el hecho de que él se mostrara todo cubierto, me dio muy mala espina (...) En este lugar era por raspaje y tenía miedo de que me rasparan el útero. Me dio mucho miedo”.

Elsa terminó por practicarse un aborto en otro lugar, a través del método de succión. Sufrió una fuerte hemorragia los días posteriores de la cirugía y debió ser intervenida nuevamente.

El médico que la atendió (el mismo que había practicado el aborto) le indicó, luego de realizar una ecografía, que habían quedado restos de tejido fetal en la matriz del útero, por lo que debería realizar una nueva succión, pero esta vez sin anestesia. Elsa accedió a esta intervención y no volvió a presentar complicaciones.

En Argentina, el aborto constituye un delito, con ciertas excepciones definidas en el artículo 86 del Código Penal. Debido a que se trata de una acción punible, su práctica suele realizarse en condiciones que conllevan peligros para la salud de la mujer, muchas veces en ausencia de personal idóneo y a través de métodos inseguros. Asimismo, al tratarse de un fenómeno clandestino, la práctica del aborto no entra en la órbita de la reglamentación y supervisión de los agentes del Estado. En este contexto, las migrantes que llevan adelante a un aborto podrían estar expuestas a una doble carga de vulnerabilidad, dadas las características asociadas al aborto clandestino y la condición propia de extranjería.

5. Comentarios finales

Si bien hoy en día la migración hacia Argentina no posee el carácter masivo de los flujos que llegaron al país durante la primera mitad del siglo XX, el interés por su estudio obedece al objetivo de profundizar la aplicación de medidas tendientes a garantizar la igualdad de derechos en la población. En el caso de esta investigación, se trata de un intento por identificar algunas de las características que determinan un mayor grado de vulnerabilidad en las mujeres migrantes, en relación al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Teniendo en cuenta este propósito, el trabajo realizado buscó dar algunas luces en esta materia a través del contraste entre las conductas e intenciones reproductivas de las migrantes residentes en el AMBA y el análisis de sus experiencias y percepciones acerca de los servicios de SSR.

Como punto de partida, se debe señalar que los distintos aspectos estudiados arrojaron diferencias en virtud del país de origen de la migración, probablemente atribuibles a patrones culturales característicos del país de origen de las migrantes. Así, por ejemplo, las mujeres bolivianas expresan su preferencia por modelos familiares más numerosos (esto es, con mayor número de hijos) en comparación con las oriundas de Paraguay y Perú. Estas últimas, específicamente, aspiran a modelos más reducidos, preferentemente de dos hijos, tendencia que –aunque en menor medida– también es compartida por las mujeres paraguayas. Desde una perspectiva global, podría decirse que estos resultados están en acuerdo con los

respectivos niveles de fecundidad de los países de procedencia⁵. Asimismo, estos hallazgos coinciden con una mayor frecuencia de uso de métodos anticonceptivos modernos entre las migrantes de Perú y Paraguay, y una mayor cabida de los métodos tradicionales entre las bolivianas como medidas para la prevención del embarazo.

Por otro lado, a la luz de los objetivos plantados por el PNSSyPR respecto del acceso y calidad de la atención en SSR para la población en condiciones de igualdad, este estudio permitió revelar que las migrantes, usuarias del sistema de salud, ven satisfechas gran parte de sus demandas en este ámbito, particularmente en lo que se refiere a los cuidados durante el embarazo y el parto. Es de común acuerdo entre las entrevistadas, que el sistema de salud en Argentina es capaz de dar respuestas efectivas a las necesidades que se manifiestan en el campo de la SSR. Sin embargo, al preguntarnos sobre la base de qué elementos se sustenta esta percepción, la respuesta resulta ser menos alentadora. A través de los discursos de las participantes, se desprende que tales apreciaciones surgen, en gran medida, de contraponer la propia experiencia en los servicios de SSR entre Argentina y el país de origen. En efecto, las migrantes entrevistadas plantean en sus narraciones diversas situaciones en las que se vulneran derechos básicos como el acceso a la información y la capacidad de decidir sobre el propio cuerpo. En la mayoría de estos casos, la condición de extranjería es aducida como factor limitante para el ejercicio pleno de los DSR de las migrantes, lo que agrega una carga adicional de vulnerabilidad a este grupo. Asimismo, aparecen otros factores que estarían mediando el nivel de acceso y la calidad de los servicios de SSR recibidos; entre ellos, el tiempo de residencia en el país, la condición migratoria y, eventualmente, la edad de las migrantes.

Finalmente, si bien desde un principio no se contempló como tema de estudio, la práctica del aborto surge entre los temas concernientes a la SSR de las migrantes. Investigaciones ulteriores deberán explorar en qué medida esta práctica prevalece entre las migrantes y cuáles son las vulneraciones a las que está expuesta la población femenina extranjera, adicionalmente a las que ya enfrentan las mujeres en general, al no tener otra alternativa que la de realizar abortos de manera clandestina.

⁵ De acuerdo a las estimaciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), el promedio de hijos por mujer en Bolivia durante el quinquenio 2010-15 es de 3,1; mientras que en Perú, la Tasa Global de Fecundidad estimada para el mismo período es de 2,4 hijos por mujer y de 2,5 en Paraguay (CEADE, 2013).

Referencias

CANALES, Alejandro I., Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo (2010), “Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas”, Serie Población y Desarrollo, núm. 95, CEPAL–UNFPA, Santiago de Chile, octubre.

CARBALLO, Manuel (2006), “Female Migrants, Reproductive Health, HIV/AIDS and the Rights of Women”, En *Female Migrants: Bridging the gaps throughout the life cycle Selected Papers of the UNFPA-IOM Expert Group Meeting*, New York, mayo.

CERRUTTI, Marcela (2011), *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires, UNFPA – CENEP.

CHEN, Mario, Luis Rosero, Gilbert Brenes, Miriam León, María Isabel González y Juan Carlos Vanegas (2001), *Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*, San José, Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) - Universidad de Costa Rica.

DIRECCIÓN NACIONAL DE POBLACIÓN (2011), “Encuesta sobre Migración, Fecundidad y Familia (EMFF 2011)”, Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, núm. 5, Ciudad de Buenos Aires, diciembre.

DIRECCIÓN NACIONAL DE POBLACIÓN (2013), “Migración y salud: salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, núm. 8, Ciudad de Buenos Aires, octubre.

FANTA, Javiera (2013) “Desigualdades reproductivas: La fecundidad de las mujeres migrantes y nativas en el Gran Buenos Aires (2001)”, trabajo presentado en X Jornadas de Sociología de la UBA, 1-6 de julio.

HAOUR-KNIPE, Mary y Danielle Grondin (2003), “Sexual health of mobile and migrant populations”, *Sexual Health Exchanges*, núm. 2, Royal Tropical Institute, Amsterdam.

MARTINEZ PIZARRO, Jorge y Leandro Reboiras Finardi (2010), “Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras”, *Papeles de población*, vol.16, núm. 64, pp. 9-29, abril-junio

NACIONES UNIDAS (1995) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, Nueva York, Naciones Unidas.

OMS (2015), “Planificación familiar”, Nota descriptiva N°351, mayo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

PNUD (2008) *HIV vulnerabilities faced by women migrants: from Asia to the Arab States*. Colombo, PNUD.

WANG, L (2010), “Ideas y prácticas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes migrantes paraguayas que se trasladan a la Argentina”, *Ea Buenos Aires*, vol. 2, núm. 2, diciembre.

Documentos oficiales

Declaración del 13° Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, Argentina, sancionada el 23 de mayo de 2003

Ley Nacional N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, Argentina, sancionada el 5 de junio de 2013.