

Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos

Luis Mora*

Resumen

El análisis de las tendencias de la migración internacional femenina revela la consolidación de una demanda de mano de obra migrante en el sector de los servicios domésticos y de cuidado de los países desarrollados y de las economías más prósperas del mundo en desarrollo. Este fenómeno se explica, en gran medida, por la creciente “feminización de la responsabilidad y de la obligación” para la superación de la pobreza en los países en desarrollo (Chant, 2006), así como por las necesidades resultantes de las reformas estructurales del estado de bienestar y los profundos cambios sociodemográficos de los países desarrollados. Los patrones de la migración internacional femenina reflejan el progresivo traslado al ámbito mundial de la división sexual del trabajo. En este contexto, la protección de los derechos humanos de las mujeres migrantes, en particular sus derechos reproductivos, se está convirtiendo en una preocupación central de las políticas públicas sobre migración, tanto en los principales países emisores como en los países de destino.

* Asesor Regional en Género y Masculinidades, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Abstract

Globalization, international migration and sexual division of labour. A gender-and reproductive-rights-based perspective

The analysis of female international migration trends reveals the consolidation of a demand for a migrant labour force in the domestic-services and care sector in the developed countries and more prosperous economies of the developing world. This phenomenon stems largely from the growing “feminization of responsibility and obligation” for overcoming poverty in developing countries (Chant, 2006), as well as from the resulting need for structural reform of the welfare State and far-reaching socio-demographic changes in developed countries. Female international migration patterns reflect the progressive transfer of the sexual division of labour to the global sphere. In this context, the protection of the human rights of migrant women, and in particular the reproductive rights of these women, is becoming one of the central focuses of public policies on migration, both in the principal sending countries and in the destination countries.

Résumé

Mondialisation, migrations internationales et division sexuelle du travail. Une perspective fondée sur les genres et les droits reproductifs

L'analyse des tendances de la migration féminine internationale révèle la consolidation d'une demande de main-d'oeuvre migrante dans le secteur des services domestiques et des soins dans les pays développés et dans les économies les plus prospères du monde en développement. Ce phénomène s'explique, en grande partie, par la croissante “féminisation de la responsabilité et de l'obligation” dans le combat contre la pauvreté dans les pays en développement (Chant, 2006), ainsi que par les besoins résultant des réformes structurelles de l'État Providence et des profondes mutations sociodémographiques des pays développés. Des modèles de la migration féminine internationale rendent compte d'une évolution progressive de la division sexuelle du travail à l'échelon mondial. Dans ce contexte, la protection des droits humains des femmes migrantes, en particulier de leur droit à la procréation, devient un souci majeur des politiques publiques en matière de migration, aussi bien dans les principaux pays d'origine que dans les pays d'accueil.

I. Género y migración internacional: algunas evidencias empíricas

El número de migrantes internacionales ha pasado de una cifra estimada de 75 millones de personas en 1960 a 191 millones de personas en 2005 (Naciones Unidas, 2006). Históricamente, la migración de mujeres ha sido un importante componente de la migración internacional. Las estimaciones de la migración internacional por sexo muestran una alta proporción de mujeres y niñas en el volumen global de migrantes a lo largo del tiempo: en 1960, las mujeres constituían cerca del 47% de los migrantes internacionales, y llegaron al 48% en 1990 y a casi el 49,6% en 2005 (Zlotnik 2003; Naciones Unidas, 2006; UNFPA, 2006a). Esta tendencia muestra claramente que durante aproximadamente medio siglo el número de mujeres migrantes ha sido muy similar al de los hombres migrantes. En consecuencia, la extendida tesis de la “feminización” de la migración internacional, que hace referencia al rápido incremento de la proporción de mujeres en el volumen global de migrantes requiere ciertas precisiones, así como un análisis más profundo de aspectos relacionados con la distribución de la migración internacional por sexo, las nuevas tendencias y características de la migración femenina y la “autonomización” de la migración femenina en el contexto de las profundas transformaciones de los sistemas de género (Oso-Casa y otros, 2005; Mora, 2006).

La migración femenina ha sido más significativa en los flujos migratorios de los países desarrollados que en los de las regiones en desarrollo (Zlotnik, 2003 y 2005). En 1960, el 48% de los migrantes internacionales de países desarrollados eran mujeres, mientras que la cifra de mujeres migrantes de países en desarrollo alcanzaba solo el 46%. En el año 2000, la brecha se había profundizado: las mujeres constituían el 51% de la población migrante del mundo desarrollado, mientras que la cifra de mujeres migrantes de los países en desarrollo seguía siendo un 46%, el mismo porcentaje que cuatro décadas antes (Zlotnik, 2003).

Las diferencias entre regiones y países en la distribución de la migración internacional por sexo obedecen a razones complejas. Las condiciones socioeconómicas y políticas constituyen el contexto general en que se producen las decisiones y los procesos migratorios de hombres y mujeres. Sin embargo, las relaciones y la estratificación de género repercuten en las decisiones, las opciones y las experiencias migratorias, tanto en los países emisores como receptores (Naciones Unidas, 2005; UNFPA, 2006a). El estatus de las mujeres en los diferentes contextos socioculturales es un elemento determinante en el análisis de la migración femenina. Las desigualdades de género pueden constituirse en un factor que precipite la migración de las mujeres o, por el contrario, que limite sus posibilidades de movilidad más allá del ámbito familiar y comunitario (Naciones Unidas, 2005; Pessar, 2005; UNFPA, 2006a).

La demanda de mano de obra migrante, vinculada a los cambios en los mercados de trabajo de los países receptores, así como la legislación en materia de políticas migratorias, son aspectos esenciales que se reflejan en el volumen y características de la migración (Pessar, 2005; Naciones Unidas, 2005; UNFPA, 2006a). La demanda de determinadas ocupaciones en las que claramente existe una segregación por sexo en los países receptores repercute en la feminización o masculinización de la migración. Mientras que se observa una mayor proporción de migrantes mujeres de Filipinas en el extranjero (aproximadamente un 60% de los migrantes de ese país según datos de los años noventa), en México se registra un mayor porcentaje de migrantes hombres (69% de los migrantes según el censo realizado en 1995) (Naciones Unidas, 2005). En países receptores, como Italia, se constata una notable segregación por sexo y nacionalidad: el 85% de los migrantes de Cabo Verde son mujeres, mientras que el 96% de los migrantes de Senegal son hombres (Carling, 2005).

II. Nuevas tendencias de la migración femenina internacional

La reunificación familiar sigue siendo uno de los motivos más destacados de la migración femenina dado que las políticas migratorias de muchos países, principalmente de los países desarrollados, favorecen esta vía de admisión de migrantes. Se considera que las mujeres son las que participan más en la reunificación familiar y que esta reunificación a menudo sigue a la migración laboral predominantemente masculina; los estereotipos de género que permean las normas migratorias perpetúan la imagen de la mujer dependiente. No obstante, las limitaciones impuestas a la reunificación familiar impiden que esta se cumpla como un derecho universal. Tras el aumento de las formas de migración temporal, algunos contratos laborales prohíben explícitamente la admisión de otros miembros de la familia.

Las definiciones de familia que se adoptan en las políticas migratorias se traducen en que existan o no posibilidades de reunificación. En Estados Unidos, los padres y hermanos y hermanas de ciudadanos estadounidenses y de residentes permanentes son elegibles en términos de reunificación familiar al igual que sus esposas, hijos e hijas (HRW, 2006b). En cambio, la Directiva 2003/86/EC sobre el derecho a la reunificación familiar en la Unión Europea se refiere únicamente al cónyuge, hijos e hijas menores de edad de la pareja o adoptados y deja a discreción de los Estados miembros la adopción de disposiciones que permitan la reagrupación familiar de otros miembros de la familia. Muchos Estados restringen la admisión a una sola esposa en el caso de los matrimonios polígamos, lo cual afecta no solo a las otras esposas sino también a sus hijos e hijas.

La legislación sobre migración varía en materia de parejas de hecho, así como en el caso de uniones formadas por personas del mismo sexo (Naciones Unidas, 2005; HRW, 2006b). En la actualidad, al menos 19 países ofrecen algún tipo de beneficio migratorio a las parejas del mismo sexo de sus ciudadanos y residentes permanentes (Alemania, Australia, Bélgica, Brasil, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Islandia, Israel, Países Bajos, Noruega, Nueva Zelandia, Portugal, Sudáfrica, Suecia y Suiza) (HRW, 2006b). En cambio, en Estados Unidos, donde el censo de 2000 reveló la existencia de 40.000 parejas lesbianas y homosexuales binacionales, la legislación existente no reconoce este tipo de uniones y, en consecuencia, tampoco el derecho de las parejas lesbianas y homosexuales a la reunificación familiar (HRW, 2006b). Existe actualmente un proyecto de ley para la reunificación familiar de las familias americanas que ofrecería el mismo reconocimiento y trato a las parejas binacionales del mismo sexo que se da a las parejas binacionales heterosexuales.

En todo caso, se constata una tendencia a que las mujeres migren cada vez más de manera autónoma en calidad de trabajadoras independientes y como principales proveedoras de sus familias. En general, esta “autonomización” de la migración femenina guarda una estrecha relación con la progresiva consolidación de una demanda globalizada de mano de obra migrante en el sector de los servicios domésticos y de cuidado —denominada en ocasiones “comercio de empleadas domésticas”— en los mercados de trabajo de los países receptores. En los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) la demanda de trabajadoras migrantes para el servicio doméstico ha crecido rápidamente (OCDE, 2003), lo que se asocia a factores como el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo, el envejecimiento de la población y los cambios en las estructuras familiares. De acuerdo con un informe de SOPEMI (OCDE, 2003), más del 10% de los trabajadores extranjeros en el sur de Europa están empleados en servicios domésticos. En 2002, casi un millón de familias italianas contrataba trabajadoras domésticas extranjeras (OCDE, 2003). En Francia y Estados Unidos, cerca de 51.000 y 150.000 extranjeros, respectivamente, proporcionan cuidados a adultos mayores y a niños en los hogares. En las regiones en desarrollo, debido a la prosperidad de algunas de sus economías, como las de Chile y Malasia, se reproduce este mismo fenómeno (OIT, 2004). Por su parte, los países emisores de mano de obra femenina se han adaptado a las necesidades de esta demanda. En Filipinas, el 50% de las trabajadoras que emigraron al extranjero en 1998 se desempeñaban en el sector de los servicios (enfermeras, empleadas domésticas, cuidadoras) y del entretenimiento, mientras que en el período 1999-2000 el porcentaje era casi un 97% (UNIFEM, 2005). Esta misma tendencia se observa en otros países tradicionalmente expulsores de migración femenina.

III. Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo

La demanda creciente de trabajadoras domésticas y cuidadoras, incluidas las proveedoras de atención de la salud, ha provocado un rápido incremento de los flujos migratorios de mujeres procedentes de países en desarrollo (Hondagneu-Sotelo, 2001). Por una parte, el impacto de las crisis económicas de los años noventa y la feminización de la responsabilidad y de la obligación para la superación de la pobreza en los países pobres (Chant, 2006), y, por otra, el desarrollo de economías basadas en servicios en las sociedades posindustriales, junto con el acelerado envejecimiento de la población, constituyen elementos explicativos esenciales de las características de la demanda actual de mano de obra migrante femenina (OCDE, 2003; OIT, 2004). En el mundo, el trabajo doméstico remunerado está siendo asumido por mujeres migrantes que abandonan sus países de origen, sus familias y sus comunidades (Cohen, 1987; Anderson, 2000 y 2001; Hondagneu-Sotelo, 2001). El legado histórico del trabajo doméstico remunerado como una actividad altamente segregada por razones socioeconómicas, de género y raciales se está trasladando de esta manera al ámbito internacional. Algunos autores llaman la atención acerca de la aparición de un nuevo *apartheid* mundial en el que las trabajadoras domésticas migrantes representan el nuevo proletariado en esta etapa del capitalismo globalizado.¹

Ante esta situación, los países desarrollados y las economías más prósperas del mundo en desarrollo recurren a diferentes métodos de “importación” de trabajadoras domésticas. Algunos países disponen de programas gubernamentales altamente regulados. Canadá y Hong Kong (región administrativa especial de China) son casos ilustrativos de este fenómeno. Desde 1981, el Gobierno Federal de Canadá ha reclutado formalmente miles de niñeras y empleadas domésticas, cuya mayoría procede de países en desarrollo, sobre todo del Caribe (en la década de los ochenta) y de Filipinas (a partir de los años noventa). Desde 1973, Hong Kong (RAE de China) también ha reclutado oficialmente empleadas domésticas filipinas de tiempo completo. En Oriente Medio, los países receptores de trabajadoras domésticas asiáticas también tienen políticas migratorias en extremo regularizadas. En España, cerca de la mitad de los migrantes se concentran en trabajos domésticos, sobre todo las mujeres procedentes de América Latina y el Caribe (Pessar, 2005; Calavita, 2006).

¹ Comentario tomado de la presentación realizada por Saskia Sassen durante el panel sobre género y remesas, organizado conjuntamente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), Washington, D.C., mayo de 2004.

En algunos de los países emisores de trabajadoras domésticas se observa que la “exportación” de mano de obra se encuentra altamente institucionalizada, como en el caso de Filipinas, donde el empleo temporal en el extranjero ha sido una parte vital de la economía nacional desde mediados de los años setenta (Lim y Oishi, 1996; Rodríguez, 2005). En otros casos, la situación varía de la existencia de regulaciones débiles, como en el caso de las trabajadoras domésticas mexicanas en Estados Unidos, a la existencia de prohibiciones explícitas para la migración de mujeres trabajadoras no calificadas, como ocurre en Bangladesh y Pakistán (OIT, 2004).

El drástico aumento de la migración internacional en el sector de la salud es parte de un conjunto más amplio de transformaciones asociadas con la globalización económica y los mercados de trabajo, el proceso de envejecimiento en los países desarrollados, las reformas públicas y privadas del sector de la salud y los cambios en los roles de género (OCDE, 2002; OIT, 2004; OMS, 2004 y 2005). En el contexto de la demanda mundial de proveedores de salud, las mujeres se han visto en extremo afectadas, dado que constituyen la mayoría de los trabajadores del sector (OCDE, 2003; OMS, 2004 y 2005; Buchan y Sochalski, 2004; Buchan y otros, 2005; Redfoot y Houser, 2005).

Para atender la falta de recursos humanos en el área de la salud, los países desarrollados han reclutado cada vez más proveedores de servicios de salud, mayoritariamente enfermeras, de los países en desarrollo (OCDE, 2003; OMS, 2005; UNFPA, 2006a). En Nueva Zelanda, más del 50% de las enfermeras registradas han sido formadas en el extranjero, mientras que esta situación alcanza al 25% de los médicos en Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña. En las regiones en desarrollo, como algunos países africanos y del Caribe de habla inglesa, la falta de enfermeras debido a la migración internacional se ha convertido en un problema social y económico de primera magnitud (Thomas-Hope, 2005; UNFPA, 2005; Buchan y otros, 2005; UNFPA, 2006a). En la región de Kerala (India) la migración de los profesionales de la salud a Oriente Medio es una forma de aliviar la grave inseguridad económica y la presión sobre su trabajo que se han visto agravadas por los programas de ajuste estructural (Ramji, 2002).

La demanda de mano de obra migrante en el sector de la salud y el cuidado se relaciona también con el rápido envejecimiento de la población en los países desarrollados. Según algunas proyecciones, hacia el año 2050 la población adulta mayor de Europa occidental y central habrá aumentado un 50%, mientras que la población en edad productiva habrá disminuido casi un 20% (Holzmann y Muenz, 2004). La relación entre envejecimiento e incapacidad ha motivado la realización de proyecciones sobre la demanda de servicios de cuidado de larga duración, el gasto público y la fuerza de trabajo necesaria para prestarlos (Kupiszewski y otros, 2005). La Unión Europea estima que los gastos en cuidados de larga duración para la población adulta mayor se duplicarán como porcentaje del PIB entre los años 2000 y 2050 (Przywara, 2005). Según estimaciones de la OMS, la demanda

de personal de salud seguirá aumentando: hacia 2008, en comparación con 1997, Gran Bretaña requerirá otros 25.000 médicos y 250.000 enfermeras (UNFPA, 2006a). Según proyecciones del Gobierno de Estados Unidos, hacia 2020 será necesario cubrir más de 1.000.000 de puestos de enfermeras (UNFPA, 2006a). En Australia, se prevé una falta de 40.000 enfermeras hacia 2010 y en Canadá de 78.000 enfermeras en 2021 (Van Eych, 2005).

En este contexto, la mayoría de los países desarrollados facilita la admisión de profesionales de la salud y de mano de obra para el cuidado procedente de los países en desarrollo (OIT, 2004). Estudios realizados en cinco países desarrollados (Australia, Estados Unidos, Irlanda, Noruega y Reino Unido) revelaron la importancia porcentual del número de enfermeras de países en desarrollo en los últimos años (Buchan y otros, 2003 y Buchan y Dovlo, 2004). Algunos países de Oriente Medio también han reclutado regularmente enfermeras extranjeras: en 2000, dos tercios del personal de enfermería de Omán estaba constituido por migrantes (Buchan y otros, 2003). En 2003, el 20% de las enfermeras registradas en Singapur eran “no residentes” y otro 10% eran residentes no nacidas en el país, procedentes de China, Filipinas y Malasia (Buchan y otros, 2003). Asimismo, un informe de la OCDE sobre la migración de profesionales de la salud reveló que en el sector privado más competitivo y a menudo menos regulado, el menor costo de la contratación de mano de obra migrante representa un incentivo para los empleadores (OCDE, 2002).

Para los países en desarrollo, el impacto de la migración del personal de la salud depende de aspectos como las características del país (tamaño y nivel de desarrollo), el tipo de sector u ocupación afectados (médicos, enfermeras), el modo de financiamiento de la formación en el área de la salud (pública o privada) y el tipo de migración (permanente, temporal, circular) (OIT, 2004). Existe un número creciente de investigaciones sobre las consecuencias de este fenómeno en el desarrollo de los países emisores, particularmente con relación a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la salud (UNFPA, 2005); en este sentido, diferentes organismos de cooperación internacional han contribuido al desarrollo de modelos de medición de los costos y beneficios de la migración del personal de salud (Schmidt, 2003; Biritwum y Mackintosh, 2003).

Algunos gobiernos ya han empezado a hacerse cargo de este problema. En 2003, el Ministerio de Salud de Sudáfrica aprobó directrices sobre el reclutamiento de profesionales de salud extranjeros, que prohíben la contratación de personal de salud de países en desarrollo, en particular de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (PSI, 2005c). Asimismo, el Departamento de Salud de Gran Bretaña emitió en 2004 un Código de conducta que restringe la contratación de enfermeras procedentes de países en desarrollo, a menos que haya un acuerdo oficial con el país de origen (UNFPA, 2006a). A pesar de ello, las agencias privadas siguen contratando este tipo de personal: entre abril de 2004 y marzo de 2005, 3.301 enfermeras de esos países se registraron profesionalmente en Gran Bretaña

(UNFPA, 2006a). También las asociaciones de enfermeras están desarrollando iniciativas sobre los efectos del éxodo de profesionales: el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, con miembros en 128 países), la Federación Europea de Asociaciones de Enfermeras y la Organización de Enfermeras Caribeñas están exhortando a llevar a cabo una mejor gestión de los recursos humanos del sector de la salud en todo el mundo.

IV. Derechos humanos y salud sexual y reproductiva de los migrantes internacionales

Existe un amplio marco jurídico internacional en materia de derechos humanos de las poblaciones migrantes. Sin embargo, a pesar de los compromisos internacionales asumidos por muchos países receptores de migrantes, persiste una limitada adecuación de las legislaciones nacionales a los estándares internacionales. En la práctica, generalmente prevalece un menor reconocimiento de derechos para los migrantes en comparación con los nacionales y existen importantes brechas entre los derechos de migrantes documentados e indocumentados. Ciertos países reconocen el derecho de los migrantes al acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones que los nacionales, aunque, en general, suelen prevalecer ciertas restricciones. Cuando se trata de migración irregular, las legislaciones de los países receptores suelen limitarse a la atención médica de emergencia. Cabe destacar que, en los últimos años, se observa cierto endurecimiento de la legislación migratoria, particularmente en materia de derecho a la salud. Esta situación da cuenta, en parte, de los procesos de reforma y privatización de los sistemas de salud en los países desarrollados, así como de ciertas tendencias de la migración internacional, principalmente el incremento de la migración laboral temporal y del desplazamiento irregular.

La feminización y autonomización de la migración internacional, unidas a la demanda creciente de mujeres migrantes en el sector de los servicios domésticos y de cuidado, así como en la industria del sexo, constituye un importante reto para la protección de los derechos reproductivos y la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población migrante femenina. Numerosos estudios e investigaciones, tanto en el ámbito internacional como regional, ponen de relieve la vulnerabilidad diferencial de las mujeres en los procesos de reclutamiento, traslado, tránsito por la frontera y permanencia en el país de destino. Las migrantes enfrentan a menudo mayores riesgos de ser víctimas de diferentes tipos de violencia, se ven imposibilitadas de negociar relaciones sexuales seguras, tienen embarazos no deseados, contraen infecciones de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA, o se

ven obligadas a prostituirse como única vía de inserción laboral. A esto se añade que las migrantes suelen integrarse a actividades laborales con menos protección legal o que ni siquiera son reconocidas por la legislación vigente, como ocurre con el trabajo doméstico o de cuidado. A pesar de estas limitaciones, el aumento del número de mujeres migrantes, en su mayoría en edad reproductiva, ha contribuido a que la mejora de la salud reproductiva de las inmigrantes se esté convirtiendo en una prioridad de salud pública en Australia, Canadá y la Unión Europea.

A. Una aproximación a la salud sexual y reproductiva de las migrantes

De acuerdo con Venema y otros (1995), la salud de las y los migrantes se ve condicionada por factores biogenéticos, socioculturales y socioeconómicos. El género juega también un importante papel en los condicionantes socioeconómicos y culturales que inciden en la salud de la población migrante. Los problemas de salud tienden a verse exacerbados por el bajo nivel socioeconómico de los migrantes. A este respecto, la situación legal en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de salud, así como el grado de vulnerabilidad a diferentes formas de abuso y explotación en el lugar de trabajo o en la calle. Los métodos de administración del tratamiento médico o las personas responsables de la asistencia sanitaria se constituyen también en elementos esenciales para la búsqueda de asistencia sanitaria y el cumplimiento del tratamiento recomendado por los profesionales de la salud (Parsons, 1990; Ferguson y Browne, 1994; Bollini y Siem, 1995; Venema y otros, 1995; Carballo y Nerukart, 2001; Mclay y otros, 2003; Carballo y otros, 2004a y 2004b; OIM, 2001; UNFPA, 2006a).

1. Acceso a los servicios de salud

El acceso de las mujeres migrantes a los servicios de salud es uno de los temas que ha recibido más atención en las investigaciones y las intervenciones de política pública. Diferentes estudios en contextos socioculturales y geográficos muy diversos muestran que las poblaciones migrantes y nacionales no poseen similares expectativas y conocimientos sobre su propia salud y sobre el valor de los servicios de salud. La búsqueda de 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 examinadas por un médico varón, los tabúes sobre la desnudez y los órganos sexuales o los problemas de comunicación con los proveedores de salud son factores limitantes en el acceso de las mujeres a los servicios. Así lo muestran numerosas investigaciones realizadas sobre el acceso a los servicios de salud de mujeres migrantes en Estados Unidos, Europa y Asia (Cape, 1994; Rice, 1994; Ferguson y Browne, 1994; Darj y Lindmark, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006; UNFPA, 2006a).

Los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante, al igual que la falta de adscripción a las modalidades públicas o privadas de aseguramiento de la salud. En Estados Unidos, alrededor del 86% por ciento de la población que reside en el país está cubierta por algún tipo de servicio de salud (privado o público). Sin embargo, la población de origen hispano, que constituye uno de los grupos minoritarios más numerosos en Estados Unidos, pues representa alrededor del 12% de la población, registra una menor cobertura de los servicios de salud: un 66% cuenta con algún tipo de cobertura médica pública o privada (CONAPO, 2002). De la población de origen mexicano, más de la mitad, aproximadamente el 55%, no cuenta con cobertura de salud, lo que en números absolutos significa casi 6.000.000 de personas (CONAPO, 2005). Buena parte de los migrantes mexicanos son indocumentados, lo que explica esta situación. La cobertura de salud varía significativamente entre grupos etarios, así como también, aunque en menor medida, entre hombres y mujeres. Las mayores deficiencias se registran en el grupo de 18 a 29 años, con notorias diferencias entre sexos (81% en el caso de las mujeres y 75% en el de los hombres). La población de migrantes mexicanos residente en Estados Unidos clasificada como pobre tiene un porcentaje de cobertura de servicios de salud de solo el 32%, mientras que este valor para la población clasificada como no pobre alcanza el 52% (CONAPO, 2002).

2. Uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos varía mucho según los migrantes. El nivel educativo, la inserción en el mercado de trabajo, el número de hijos, el estado civil, el lugar de residencia o la religión tienen una influencia significativa en el uso de anticonceptivos. 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 suele traducirse en mayores tasas de fecundidad (Makatjane, 1997; Abbasi-Shavazi y MacDonald, 2000; Spycher y Sieber, 2001; Penn y Lambert, 2002; Omondi y Ayiamba, 2003; Mora, 2002; Carballo y otros, 2004a; Sargent, 2005; UNFPA, 2006a). Sin embargo, las brechas en las tasas de fecundidad y el uso de anticonceptivos entre mujeres migrantes y nacionales tienden a reducirse cuanto más tiempo residen las mujeres migrantes en el país de destino.

En Francia, un estudio sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos entre migrantes de Mali reveló que casi el 70% utilizaba métodos contraceptivos modernos, principalmente píldoras anticonceptivas, y que el 60% lo hacía a pesar de la oposición de sus parejas (Sargent, 2005). Este porcentaje resulta sorprendente en comparación con la prevalencia del uso de anticonceptivos en el país de origen, que según la Encuesta Nacional de Salud de 2001 se estimaba en un 6% de las mujeres que estaban unidas. En este sentido, el porcentaje de uso de anticonceptivos de las migrantes de Mali se acercaba mucho más al de las mujeres francesas. Las

migrantes de Etiopía (que partieron con tasas de uso de anticonceptivos muy bajas) y de la ex Unión Soviética (que partieron con tasas de uso de anticonceptivos muy altas) muestran una tendencia semejante de asimilación al comportamiento reproductivo prevaleciente en Israel (país de destino) (Nahmias, 2004).

3. Salud materna y resultados del embarazo

Los indicadores relativos a complicaciones en el embarazo, bajo peso al nacer, incidencia de cesáreas, dificultades perinatales y pobre seguimiento posnatal sugieren que la salud materna de las mujeres migrantes es particularmente pobre (Howell, 1989; Gayral-Taminh y otros, 1999; Ferguson y Browne, 1994; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006). Las dificultades en el embarazo y las enfermedades relacionadas con este entre las mujeres migrantes son un problema en todos los países de la Unión Europea. En Gran Bretaña, los niños de madres asiáticas tienden a tener menos peso al nacer y la mortalidad perinatal y posnatal es más elevada entre migrantes pakistanés y caribeñas que en la población general. En España, los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y las complicaciones en el parto son particularmente comunes entre mujeres migrantes de África subsahariana y de Centroamérica y América del Sur. Las inmigrantes africanas presentan una incidencia de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer que duplica la media española.

En Estados Unidos, las inmigrantes mexicanas presentan las tasas más bajas de realización de exámenes de papanicolau y mamografía (CONAPO, 2005). Entre las inmigrantes recientes, un tercio de mujeres entre 18 y 64 años de edad no se ha realizado el examen de papanicolau cada tres años. Asimismo, casi la mitad de las migrantes mexicanas de 40 años o más no se practicaron una mamografía cada dos años (CONAPO, 2005).

4. Incidencia de abortos

Existen evidencias que revelan que la incidencia de abortos es más elevada entre las mujeres migrantes (Carballo et Nerukart, 2001; OIM, 2001; Eskild y otros, 2002; Medda y otros, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Nahmias, 2004; Carballo, 2006). En Noruega, donde el 15,5% de la población es de origen no occidental, el 25% de las solicitudes de aborto inducido proceden de mujeres migrantes no occidentales (Eskild y otros, 2002). Un estudio realizado en la región de Lazio, Italia, reveló que la probabilidad de que ocurrieran abortos inducidos era tres veces más alta en mujeres extranjeras que en las mujeres italianas (Medda y otros, 2002).

5. Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA

En el contexto de la epidemia de VIH/SIDA, el problema de la vulnerabilidad de la población migrante a las infecciones de transmisión sexual y a la transmisión

del VIH/SIDA ha adquirido gran relevancia (Bronfman y otros, 2001; Del Amo y otros, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006; UNFPA, 2006a). La relación entre vulnerabilidad basada en el género, poblaciones móviles y situación de la población que cruza fronteras se hace particularmente visible cuando se considera el tema del VIH/SIDA. La triple vulnerabilidad de las mujeres a la epidemia (biológica, epidemiológica y social) se acentúa tanto en las mujeres que atraviesan las fronteras como en las parejas de los hombres migrantes temporales o permanentes (Mora, 2002). En los países de destino esta situación de mayor vulnerabilidad puede verse exacerbada por el estatus socioeconómico de las migrantes, ciertas prácticas culturales o un menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Carballo, 2006).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en Francia, un 69% de todos los diagnósticos de VIH/SIDA atribuidos a contactos heterosexuales durante 2003 correspondieron a inmigrantes, de los cuales un 65% eran mujeres. En Costa Rica, una organización de servicios de salud comprobó que un 40% de las mujeres que recibieron tratamiento por infecciones de transmisión sexual eran inmigrantes. En Sri Lanka, el gobierno informó que por cada hombre inmigrante que mostraba una reacción serológica positiva en 2002, había siete mujeres inmigrantes en las mismas condiciones (UNFPA, 2006a). En Gran Bretaña, se constata un aumento del VIH/SIDA entre algunos grupos de inmigrantes, lo que ha llamado la atención sobre la naturaleza compleja de la autonomía sexual en algunos grupos de mujeres africanas y sobre las limitaciones sociales que les rodean en sus comunidades (Carballo, 2006). En Nepal, un estudio realizado sobre prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y factores de riesgo en la población migrante y no migrante reveló la existencia de una mayor variedad de enfermedades sexuales entre la población migrante.

6. Violencia de género

Muchas mujeres migrantes son víctimas de violencia durante el proceso migratorio o en el país de destino. La situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres a algunas formas de violencia es aún más visible en los casos de experiencias migratorias irregulares, con riesgos considerables para su integridad física y su salud. Las migrantes indocumentadas corren un riesgo elevado de sufrir abusos sexuales, como parte del precio que deben pagar por el traslado o bien durante el viaje por parte de las redes de traficantes o el personal de migración y seguridad de los países de tránsito y de llegada (Comisión de Derechos Humanos, 2002).

Una vez en el país de destino, las mujeres migrantes sufren diferentes formas de violencia y de explotación en el hogar, el lugar de trabajo, en las comunidades en que se insertan o en los espacios públicos. Un estudio realizado por la Comisión de Trabajadores Migrantes Filipinos y la organización KALAYAAN reveló que cientos de trabajadoras domésticas de 17 nacionalidades habían sufrido diversas y

graves formas de abuso: el 88% había sido víctima de abuso psicológico, el 81,5% no recibía regularmente sus salarios, al 62,9% se le confiscó su pasaporte, el 31,1% había sufrido abuso físico y un 10,9% informaba acerca de situaciones de ataque sexual o violación. En España, la sección nacional de Amnistía Internacional denunció que las 700.000 mujeres migrantes que se encuentran en el país en situación irregular son las más vulnerables a la violencia de género dado que, al no realizar denuncias por temor a la deportación, no tienen acceso a los centros de acogida para mujeres maltratadas ni cumplen con los requisitos para recibir asistencia económica.

En Asia, algunos de los casos más dramáticos de violencia contra trabajadoras domésticas migrantes de Filipinas e Indonesia han conmocionado a la opinión pública regional, lo que ha provocado cambios en la legislación y en las políticas migratorias de algunos países (HRW, 2004a, 2004b y 2005). Entre 1999 y 2005, en Singapur, al menos 147 migrantes trabajadoras domésticas murieron por accidentes laborales y suicidios (HRW, 2005). Una encuesta realizada por el Comité de Trabajadores Migrantes de la República de Corea reveló que el 12% de las mujeres migrantes entrevistadas había sufrido violencia sexual en el lugar de trabajo, y que muchas de ellas no habían realizado denuncias por miedo a ser despedidas y perder su estatus legal (Amnistía Internacional, 2006a). Este porcentaje se elevaba al 54% en el caso de las mujeres migrantes indocumentadas, quienes en su mayoría recibieron amenazas de deportación por parte de sus supervisores en caso de denuncia.

B. Derecho a la salud de los migrantes internacionales, sobre todo a la salud sexual y reproductiva

1. Derecho a la salud, sobre todo a la salud sexual y reproductiva de los migrantes en la normativa internacional

La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/158, con fecha de 18 de diciembre de 1990 y entró en vigor el 1º de julio de 2003. La Convención cuenta con 25 Estados signatarios y 31 Estados parte (todos ellos emisores de migrantes), pero ninguno de ellos ha adoptado la Declaración en que se acepta la competencia del Comité de protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares para conocer sobre las denuncias a los derechos humanos de la población migrante. Esta Convención no ha sido ratificada por ninguno de los países industrializados. La importancia de la entrada en vigor de este instrumento internacional radica en la posibilidad de lograr la protección de los trabajadores y trabajadoras que migran tanto en forma documentada como indocumentada.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) también ha adoptado ciertas normas laborales internacionales para los trabajadores migrantes que incluyen disposiciones relativas al derecho a la salud: el Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado) N° 97 de 1949 y la Recomendación N° 86, y el Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) N° 143 de 1975 y la Recomendación N° 151. La Convención N° 97 (revisada) incluye disposiciones sobre el acceso a servicios de salud para los migrantes, aunque solo se refiere a los migrantes en situación regular. La Convención N° 143 de 1975 se centra en las medidas para controlar y suprimir el empleo ilegal y los desplazamientos clandestinos, y reconoce el derecho a la salud para los migrantes regulares y sus familias de acuerdo con las normas establecidas por la legislación del país de residencia. Ninguno de estos instrumentos opera sobre la base de la reciprocidad, por lo que el trabajador migrante nacional de un Estado que no hubiera ratificado los convenios puede invocar su aplicación en un Estado ratificante. Asimismo, existe un conjunto de recomendaciones de la OIT sobre seguridad y salud ocupacional que no son jurídicamente vinculantes y que, en consecuencia, no están sujetas a ratificación.

2. Derecho a la salud, sobre todo a la salud sexual y reproductiva de los migrantes en las legislaciones nacionales

El acceso de los migrantes a los servicios de salud depende de su situación migratoria, el tipo de inserción laboral y el nivel de atención de salud que requieran. Los migrantes indocumentados enfrentan dificultades especiales para acceder al aseguramiento de la salud, sea del tipo que sea (directo, indirecto o voluntario), dado que los trámites administrativos requieren generalmente la presentación del permiso de residencia o de trabajo. De hecho, aun en situaciones de migración documentada, el tipo de actividad laboral y de contrato repercute en las posibilidades de acceso a la seguridad social y, en consecuencia, a los servicios públicos de salud. A este respecto, las trabajadoras domésticas y los trabajadores y las trabajadoras que se contratan de acuerdo con el sistema de visas temporales enfrentan notables limitaciones en materia tanto de acceso a la salud como de solicitud de protección legal ante condiciones laborales abusivas (HRW, 2006a). Además, en países como Singapur, Malasia, Arabia Saudita y Estados Unidos, a menudo los empleadores confiscan los pasaportes y permisos de residencia de los trabajadores inmigrantes (HRW, 2006a).

Algunos países garantizan el derecho de los inmigrantes, con independencia de su estatus legal, a los servicios de salud de emergencia. En Canadá, el derecho a la atención médica de emergencia es universal y no incluye limitaciones; sin embargo, se pide a los inmigrantes un período determinado de residencia para recibir una cobertura pública de salud más amplia (Conferencia Regional sobre Migración, 2003). En Estados Unidos se dispone de un sistema federal de

financiamiento de la atención de emergencias de salud (Medicaid) para la población de bajos recursos, con independencia de su situación migratoria. Cabe destacar también que los servicios públicos de prevención y tratamiento de enfermedades e infecciones están disponibles para toda la población. Los sistemas de salud de México y de los países centroamericanos tampoco tienen requisitos especiales para el acceso a la atención de emergencia de salud, aunque sí existen diferencias entre hospitales públicos y privados (Conferencia Regional sobre Migración, 2003). En México, la reforma legislativa de 1996 no establece limitaciones al acceso a la atención médica por razones de nacionalidad o estatus migratorio, mientras que en Panamá existe una de las pocas legislaciones que obliga a las clínicas privadas a la atención de emergencia de las personas cuya vida esté en riesgo (Conferencia Regional sobre Migración, 2003).

En España, la legislación garantiza la igualdad de trato entre migrantes y nacionales en materia de prestaciones de seguridad social, incluido el derecho a los servicios y las prestaciones sociales básicos para cualquier extranjero, con independencia de su situación administrativa. Nacionales y extranjeros empadronados en el municipio de su domicilio reciben la misma atención de salud, y se prevé una asistencia de emergencia para los extranjeros que se encuentren en el país y sufran enfermedades graves o accidentes. La ley española contempla situaciones especiales para los menores de 18 años y las mujeres embarazadas (durante el embarazo, el parto y el posparto). En Portugal, en cambio, solo se brinda acceso gratuito a los servicios de salud a los extranjeros documentados (Geronimi, 2004).

En Costa Rica, de acuerdo con el marco político e institucional vigente, la atención de salud está disponible de acuerdo con las necesidades de la población; sin embargo, una proporción de los inmigrantes nicaragüenses trabaja en actividades productivas caracterizadas por la flexibilidad de las relaciones laborales, lo que supone el desconocimiento de algunos derechos, como la cotización a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2003). La morosidad de los empleadores, las deducciones de las cuotas correspondientes de los salarios que no se declaran al Estado y la alta rotación de los trabajadores para no pagar los derechos sociales correspondientes son prácticas que hacen particularmente vulnerables a los inmigrantes. En actividades como el corte de la caña de azúcar o el trabajo doméstico remunerado son frecuentes las irregularidades laborales, sobre todo con relación al incumplimiento del pago de salarios mínimos (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2003).

Una investigación sobre los derechos de los trabajadores migrantes en ocho países sudamericanos reveló un conjunto de datos interesantes en relación con el derecho a la salud y, en consecuencia, con la posibilidad de acceso a estos servicios (Geronimi, 2004):

- En principio, la igualdad de trato de los trabajadores inmigrantes con los nacionales se encuentra garantizada respecto de casi todas las

prestaciones de seguridad social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, aunque en Bolivia, Ecuador y Perú se excluyen las prestaciones de desempleo. Sin embargo, existen diferencias en el alcance del derecho a la seguridad social con respecto a las modalidades de prestación cuando se presentan situaciones de movilidad, entre el país de empleo y el de origen, o entre varios países de empleo. En ese sentido, debe considerarse la diferencia entre el concepto de mantenimiento de los derechos adquiridos, que permite el goce de las prestaciones debidas por un Estado incluso cuando los trabajadores extranjeros dejan de residir en el país de empleo, y el concepto de mantenimiento de los derechos en vías de adquisición, es decir, los derechos que establecen beneficios que requieren un período de calificación.

- En Argentina, Chile o Ecuador los trabajadores inmigrantes conservan los derechos adquiridos a la seguridad social sin perjuicio de si se quedan o no en el país. En cambio, en Bolivia, Colombia o Uruguay solo conservan los derechos adquiridos que se queden en el país. Chile autoriza tanto a nacionales como a extranjeros el goce de ciertas prestaciones (asistencia médica, prestaciones económicas de enfermedad y de vejez), del mismo modo que Ecuador (prestaciones de vejez, accidentes de trabajo, prestaciones familiares, por invalidez y a sobrevivientes). En cambio, el mantenimiento de los derechos en vías de adquisición requiere en general la existencia de acuerdos bilaterales o multilaterales que establezcan su reconocimiento. Perú permite acumular derechos en situaciones en las que el trabajo se lleva a cabo en diferentes países. Argentina, Chile, Colombia o Uruguay también autorizan la acumulación de derechos en los casos en que se hayan suscrito acuerdos bilaterales o multilaterales, así como Ecuador en el marco del instrumento andino de seguridad social.
- Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay brindan acceso gratuito a los servicios de salud pública a todos los trabajadores extranjeros, con independencia de su estatus legal. La legislación colombiana, en cambio, solo reconoce a los extranjeros en situación regular, mientras que la ley boliviana se refiere a los extranjeros con residencia permanente.
- Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay ofrecen protección a todos los trabajadores extranjeros, incluso los irregulares, contra el acoso sexual y étnico. Colombia solo garantiza protección a los inmigrantes documentados.

En otros países, como la República de Corea, se observa que la falta de obligatoriedad legal en materia de aseguramiento médico de los trabajadores inmigrantes tiene un considerable impacto en la salud reproductiva de las

trabajadoras extranjeras (Amnistía Internacional, 2006b). Según un estudio del Comité de Trabajadores Migrantes de la República de Corea, el 66,7% de las trabajadoras inmigrantes que quedaron embarazadas no lo informaron a sus empleadores por temor a ser despedidas o deportadas. El 56% de las trabajadoras embarazadas tuvo complicaciones en el embarazo que resultaron en la pérdida de sus bebés (Amnistía Internacional, 2006b).

Un sector particularmente desprotegido por la legislación laboral de los países receptores de inmigrantes es el del trabajo doméstico y de cuidado remunerado. En la actualidad, solo 19 países cuentan con leyes o reglamentos relativos al trabajo doméstico (UNFPA, 2006a). Las trabajadoras domésticas inmigrantes se ven expuestas, en consecuencia, a una gran vulnerabilidad a la violación tanto de sus derechos laborales como sexuales y reproductivos (Moreno-Fontes, 2006; Amnistía Internacional, 2006a; UNFPA, 2006a). La legislación laboral y en materia de seguridad social de muchos países no reconoce el trabajo doméstico remunerado o proporciona a este colectivo de trabajadoras menor protección que al resto de los trabajadores (Moreno-Fontes, 2006). En procesos migratorios altamente regularizados, como la contratación de empleadas domésticas en países del sudeste asiático y de Oriente Medio, las emigrantes son sometidas a pruebas obligatorias de embarazo antes del desplazamiento y una vez en el lugar de trabajo (HRW, 2006b). En caso de constatarse un embarazo en el país de destino, son obligadas a elegir entre abortar o perder su trabajo. En Singapur, los derechos reconocidos por la legislación laboral se aplican a la mayoría de los trabajadores migrantes calificados y no calificados, pero excluyen a las empleadas domésticas. Estas tienen prohibido el matrimonio con nacionales o residentes permanentes y están obligadas a realizarse exámenes médicos cada seis meses, que incluyen la prueba de embarazo y de VIH/SIDA. Un embarazo puede significar la pérdida del trabajo y la deportación (HRW, 2005).

En Arabia Saudita, los trabajadores domésticos, sean hombres o mujeres, no tienen derecho a la protección de la legislación laboral por considerarse que esa es una actividad que pertenece a la esfera privada. Las empleadas domésticas extranjeras embarazadas como resultado de una violación no tienen derecho al aborto, dado que este supuesto no está reconocido por la ley (HRW, 2004a). En caso de que el embarazo se haya producido por otras razones y la migrante quiera abortar, la legislación exige una justificación médica bien documentada. Teniendo en cuenta los limitados medios económicos de estas mujeres, en su mayoría no casadas o cuyos maridos no viven en el país, tramitar la aprobación oficial para la realización de un aborto resulta una tarea ardua, a la que se añade el miedo a ser arrestadas y perder sus trabajos. Desde 2003, existe una directiva del Ministerio de Salud que prohíbe la admisión en los hospitales de mujeres embarazadas si no están acompañadas de un hombre que reconozca la paternidad, que sea de nacionalidad árabe saudita y que proporcione una copia de su identificación que se adjunta al archivo médico de la

mujer embarazada; el hombre debe además firmar un documento en el que acepta la responsabilidad sobre la madre y el niño (HRW, 2004a).

La vigilancia de las condiciones del lugar de trabajo —un elemento crítico a fin de hacer valer los derechos de las trabajadoras domésticas— sigue siendo limitada en la mayoría de los países, en parte debido a las restricciones que enfrentan los inspectores laborales para ingresar en residencias privadas. Otros componentes necesarios de una estrategia integral son dar a conocer públicamente a las agencias de empleo que violen la ley y a los patronos que maltratan a sus empleados y realizar sondeos a las trabajadoras domésticas migrantes cuando regresan a su lugar de origen. La legislación laboral debe complementarse con legislación penal que permita el enjuiciamiento de quienes cometen infracciones o delitos como el abuso físico, psicológico y sexual, el sometimiento a trabajos forzados, el encierro forzado y la trata de personas (HRW, 2006a).

3. Migrantes indocumentados y derecho a la salud sexual y reproductiva

Las estimaciones señalan que entre 120.000 y 150.000 migrantes ingresan anualmente de manera irregular a los países de la Unión Europea (OIM, 2005). En los últimos años, el aumento de los migrantes indocumentados y el estatuto de los migrantes irregulares se han convertido en un tema central de política pública y se ha producido una creciente tensión entre las obligaciones contraídas por los países europeos en materia de derecho a la salud de los migrantes indocumentados y los cambios impulsados por las nuevas legislaciones sobre migración (Scott, 2004). En Francia, la gratuidad del acceso a los servicios de salud y a los tratamientos médicos para los migrantes indocumentados que garantizaba la legislación francesa sufrió un importante cambio a partir de la aprobación de la nueva ley en 2002. Los migrantes indocumentados deben pagar parte del tratamiento médico, mientras que los migrantes que no puedan probar haber residido por más de tres meses en el país no tienen derecho a la asistencia pública de salud, salvo en caso de emergencia o amenaza para la vida. Debido a este cambio en la legislación, la Federación Internacional de los Derechos Humanos presentó una queja ante el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa por considerar que contravenía las disposiciones establecidas en los artículos 13 y 17 de la Carta Social Europea revisada. El Comité estableció que toda legislación o práctica que niegue el derecho a asistencia médica a extranjeros en el territorio de cualquiera de los Estados Parte, incluso si se encuentran en él ilegalmente, es contraria a la Carta.²

En Alemania, residir en el país sin un permiso válido o visa es un delito de acuerdo con la Ley de Extranjería (secciones 92, 92a y 92b), que prescribe que todos los migrantes sin visa o permiso válido de residencia pueden ser confinados

² Véase el sitio www.gisti.org/doc/actions/2005/ame/index.html.

o encarcelados por un período de hasta un año (Braun, 2003; Scott, 2004). Esto supone que, en virtud de su situación “ilegal”, los migrantes indocumentados están excluidos del sistema de salud. Esta situación contrasta con otras disposiciones según las cuales, al menos en teoría, los indocumentados pueden obtener asistencia médica y apoyo financiero a través de los Centros de Bienestar Social. Sin embargo, el artículo 76 de la Ley de Extranjería dispone que cualquier miembro de un servicio público que posea información sobre un individuo sin un permiso de residencia válido debe comunicarlo al Ministerio del Interior. En consecuencia, los funcionarios públicos tienen la obligación de denunciar a todos los migrantes indocumentados, ya que de lo contrario pueden ser penalizados (Scott, 2004).

Respecto de la asistencia médica de emergencia y hospitalaria, las unidades de emergencia y los médicos generalistas, en principio, deben proporcionar atención de salud con independencia del seguro de salud o del estatuto de residencia del paciente (Scott, 2004). De hecho, los embarazos de mujeres migrantes indocumentadas se consideran de alto riesgo en razón de la tensión psicológica y física que supone la situación de irregularidad. Según la ley alemana, el permiso de maternidad se extiende entre las seis semanas anteriores al parto y las ocho semanas siguientes, período durante el cual las mujeres indocumentadas pueden legalizar su residencia solicitando una *Duldung*, es decir, una suspensión temporal de deportación para los migrantes que no pueden regresar a sus países de origen por conflictos políticos o por razones de salud. Este permiso debe ser renovado semestralmente e incluye muy pocos derechos, entre ellos el acceso a la atención médica, aunque generalmente solo en casos especiales. Si una migrante no documentada da a luz en su domicilio o en un hospital privado y no solicita la *Duldung*, el niño o niña nace en la ilegalidad dado que es imposible obtener un certificado de nacimiento si la madre no está registrada, lo que puede resultar en la separación de madre e hijo en caso de deportación de la madre, ya que esta no puede probar legalmente su maternidad (Scott, 2004).

En Gran Bretaña, la legislación nacional no se ha ocupado explícitamente del derecho a la salud de los migrantes indocumentados (Scott, 2004). Sin embargo, el financiamiento público de la atención de la salud, la ausencia de controles sistemáticos sobre la situación de residencia de los beneficiarios del sistema de salud y la importancia jurídica del tiempo de residencia o a la intención de residir han sido factores que tradicionalmente han hecho accesible la atención de la salud a los migrantes indocumentados. Esta situación ha cambiado desde abril de 2004 debido a la introducción por parte del Sistema Nacional de Salud de un conjunto de regulaciones que modifican la atención médica para visitantes extranjeros, así como sobre la obligación de solicitar el permiso de residencia en los centros de salud. Posteriormente, el Gobierno de Gran Bretaña presentó varias propuestas relacionadas con la falta de elegibilidad de los visitantes extranjeros para obtener atención primaria de la salud de forma gratuita. En marcado contraste

con las regulaciones del Sistema Nacional de Salud, estas nuevas iniciativas se refieren claramente a los “inmigrantes ilegales” y establecen que los proveedores de servicios de salud tendrán la responsabilidad de denunciar a los migrantes indocumentados (Scott, 2004).

En Suecia, Médicos del Mundo publicó en 2005 una encuesta sobre la exclusión del cuidado de la salud de inmigrantes indocumentados, que revela que el 82% de estos inmigrantes enfrentan barreras directas para el acceso a la salud —el alto costo de las consultas médicas o la falta de atención por carecer de documentación válida— y barreras indirectas, fundamentalmente el temor a utilizar los servicios ante la posibilidad de ser denunciados a las autoridades. Aproximadamente el 65% de las personas entrevistadas había experimentado un deterioro en su salud física y mental desde que vivían en Suecia como indocumentados (Médicos del Mundo-Suecia, 2005).

C. Experiencias de promoción y protección de los derechos humanos de las poblaciones migrantes, sobre todo del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva

La creciente preocupación en algunos países, tanto de origen como de destino, por el aumento de la población migrante y por el efecto de esta migración en diferentes niveles se ha traducido en una serie de iniciativas vinculadas con la promoción y protección de los derechos humanos de los migrantes. A continuación se recogen algunas de las más representativas en materia de derecho a la salud.

1. Mejora de las fuentes de información sobre derechos humanos y salud sexual y reproductiva de los migrantes

- Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración (1999-2000). Costa Rica es uno de los pocos países en desarrollo que ha llevado a cabo una encuesta que recoge información acerca del comportamiento reproductivo y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de la población extranjera residente en el país, principalmente nicaragüense. Esta fue la primera encuesta con representatividad nacional sobre los migrantes nicaragüenses y sirvió de insumo para la adecuación de la Política Nacional de Salud a las necesidades de la población inmigrante.

2. Promoción y protección de los derechos humanos de los y las migrantes internacionales

- Los diferentes estudios realizados por Human Rights Watch sobre los derechos humanos de las trabajadoras domésticas migrantes en Oriente Medio y en países del sudeste asiático han permitido visibilizar

la situación de violación sistemática de los derechos laborales y reproductivos de este colectivo, lo que contribuye a promover diferentes iniciativas que abogan por una mayor protección de sus derechos (HRW, 2004a, 2004b; 2005 y 2006a).

- La Campaña Global sobre Mujeres y Migración Internacional en el Sector Salud es una iniciativa lanzada en 2003 por la organización Public Services International (PSI), una federación mundial que representa a 20.000.000 de trabajadores y trabajadoras del sector público de 140 países, con el objetivo de llevar a cabo actividades de investigación, fortalecimiento de redes y movilización de apoyos políticos relativos al fenómeno de la migración femenina internacional en el sector de la salud, y la protección de los derechos de estas trabajadoras en los países de origen y de destino. En América Latina y el Caribe, Chile, Ecuador, Antillas Neerlandesas y Barbados han participado en estas actividades.
- En 2003, la Conferencia Regional sobre Migración, un foro intergubernamental de diálogo en la región de América del Norte y Centroamérica, realizó un seminario sobre el acceso a la atención de emergencia de salud para migrantes, en particular los que se hallan en situación irregular, que permitió a los Estados miembros revisar la legislación vigente a la luz de los estándares internacionales en materia de derecho a la salud de los migrantes.
- Dinamarca ha desarrollado una campaña pública plurilingüe dirigida a mujeres de los principales grupos de migrantes en el país sobre igualdad de género y mediante la que se les ha informado de sus derechos laborales, reproductivos y su derecho a gozar de una vida libre de violencia doméstica.
- En Singapur, el gobierno ha implementado un servicio gratuito de atención telefónica a las trabajadoras domésticas migrantes mediante el que se brinda información sobre sus derechos laborales y los procedimientos legales vigentes en la materia.
- En 2004, el Grupo de información y acción sobre prioridad para la alimentación (FIAN), sección de Alemania, y la Oficina de Atención Médica para los Refugiados presentaron un informe al Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de las Naciones Unidas sobre la atención de la salud de inmigrantes indocumentados en Alemania. Este primer informe llamó la atención tanto del Comité como de los gobiernos sobre este tema.
- Médicos del Mundo-Francia ha desarrollado una iniciativa de defensa en relación con algunos de los contenidos de las directrices de la

Unión Europea sobre estándares y procedimientos comunes de retorno de nacionales ilegales de terceros países (2005) y ha solicitado que se detenga la deportación de extranjeros gravemente enfermos que no puedan acceder a la atención efectiva de la salud en sus países de origen.

3. Adecuación del marco legal y de las políticas públicas en materia de derechos humanos y del derecho a la salud sexual y reproductiva de poblaciones migrantes

- El de Hong Kong es un ejemplo positivo de protección laboral de las trabajadoras domésticas extranjeras. De acuerdo con la ley, estas tienen derecho al salario mínimo, un día de descanso por semana, licencia por maternidad y descanso en días feriados oficiales (HRW, 2006a).
- La Dirección para el Empleo en el Exterior de Filipinas ha ampliado también la protección gubernamental para las trabajadoras domésticas filipinas en el extranjero y ha previsto un contrato estándar que garantiza un día de descanso semanal, además de normas que exigen a los patrones pagar la mayor parte de los costos asociados al reclutamiento y la colocación (HRW, 2006a).
- En Malasia y Estados Unidos, las trabajadoras domésticas pueden obtener visas especiales para permanecer en el país a fin de presentar denuncias civiles y penales, pero no existen disposiciones que les faciliten la autorización para trabajar durante este período.
- Las Orientaciones estratégicas de la Confederación Suiza sobre Migración y Salud Pública (2002-2006) constituyen un modelo interesante de elaboración de políticas públicas en el ámbito del derecho a la salud de la población inmigrante mediante la realización de investigaciones en profundidad y de un amplio proceso de consulta. El objetivo es crear un sistema de salud en el que las instituciones estén en situación de prestar atención médica a una población cuya naturaleza y necesidades han cambiado como resultado de la migración.
- El Programa Regional de Empoderamiento de Trabajadoras Migrantes en Asia, desarrollado por varios gobiernos de países emisores y receptores de estas trabajadoras, con apoyo de las Oficinas Regionales del UNIFEM en países árabes y de Asia y el Pacífico, ha contribuido a adecuar las legislaciones y políticas públicas nacionales sobre migración a efectos de ampliar la protección de las trabajadoras domésticas asiáticas en el extranjero, principalmente en Filipinas, Indonesia, Jordania, Nepal y Sri Lanka.

- Desde 2003, la iniciativa europea de Hospitales Amigables para los Migrantes, financiada por la Comisión Europea, la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor (SANCO, por sus siglas en inglés) y hospitales de 12 países de la Unión Europea, apunta a identificar, desarrollar y evaluar modelos efectivos de intervención que permitan fortalecer el papel de los hospitales públicos en la promoción de la salud de las poblaciones migrantes. En 2004, los Ministerios de Salud de los países participantes llegaron a un acuerdo sobre los términos de la Declaración de Ámsterdam sobre Hospitales Amigables para los Migrantes en una Europa Étnica y Culturalmente Diversa.
- En Berlín, la Oficina de Atención Médica para los Refugiados, creada en 1996, es una organización no gubernamental de carácter antirracista que, dos veces por semana, proporciona tratamiento médico gratuito y confidencial a migrantes indocumentados y refugiados. En la actualidad, existen 10 oficinas similares en toda Alemania.
- El proyecto mesoamericano de atención integral a poblaciones móviles: Reduciendo la Vulnerabilidad de las Poblaciones Móviles al VIH/SIDA en Centroamérica, aprobado en 2004 por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, fortalece las acciones preventivas en las zonas fronterizas y brinda tratamiento a la población migrante en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. El período de implementación de esta iniciativa es 2005-2010.
- En 2006, el Gobierno de México anunció la ampliación de la atención médica a todos los migrantes mexicanos y sus familias que viajaran desde los Estados Unidos a través del sistema del “seguro popular”, que, según se prevé, ampliaría la cobertura de salud a 1.000.000 de personas e incluiría la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

4. Redes y organizaciones de defensa de los derechos humanos de los migrantes

- En Hong Kong, las trabajadoras domésticas migrantes crearon en 1998 el Sindicato de trabajadoras domésticas de Asia (ADWU). Esta asociación tiene actualmente casi 2.000 asociadas de Filipinas, India, Indonesia, Malasia, Nepal, Pakistán, Sri Lanka y Tailandia y ofrece servicios de consejería en materia de derechos laborales.
- En Costa Rica, la Asociación de Trabajadoras Domésticas (ASTRADOMES) es tanto una organización no gubernamental como una organización laboral femenina. Establecida en 1991 como un

sindicato, está afiliada a la Confederación Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras del Hogar y consta de aproximadamente 400 miembros, en su mayoría nicaragüenses. ASTRADOMES ofrece una variedad de servicios, principalmente información telefónica para empleadas domésticas, orientación social y legal en caso de dificultades en el lugar de trabajo, refugio temporal y capacitación.

- La Plataforma de Cooperación Internacional para Inmigrantes Indocumentados (PICUM) es una organización no gubernamental conformada por miembros de 14 países europeos y por representantes de organizaciones internacionales que promueve el respeto a los derechos humanos de los trabajadores indocumentados en Europa y se centra en el acceso a los derechos sociales básicos, la regularización de la situación de los migrantes indocumentados y un tratamiento humano durante los procesos de retorno forzoso de migrantes irregulares.

Bibliografía

- Abbasi-Shavazi, M.J. y P. MacDonald (2000), "Fertility and multiculturalism: immigrants fertility in Australia, 1977-1991", *International Migration Review*, vol. 34, N° 1.
- Amnistía Internacional (2006a), *Vivir en las sombras: una introducción a los derechos humanos de las personas migrantes*, Londres.
- (2006b), *Corea del Sur: explotación y abusos contra trabajadores migrantes*, Londres.
- Anderson, B. (2001), "Reproductive labour and migration", documento presentado en la sexta Metropolis Conference, Rotterdam, 26 al 30 de noviembre.
- (2000), *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*, Londres, Zed Books.
- Banco Mundial/OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa: Consultative Meeting on Improving Collaboration Between Health Professionals, Governments and Other Stakeholders in Human Resources in Health*, Addis Abeba.
- Biritwum, R. y M. Mackintosh (2003), "Project proposal: measuring the costs of out-migration of health care personnel", Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Bollini, P. y H. Siem (1995), "No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social Science and Medicine*, vol. 41, N° 6.
- Braun, T. y otros (2003), "Gesundheitsversorgung Illegalisierter Migrantinnen und Migranten: ein Europäischer Vergleich".
- Bronfman, M. y otros (2001), "Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México", *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración*, E. Tuñón Pablos (coord.), México, D.F., El Colegio de México.
- Buchan, J. y otros (2005), *International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications*, Issue Paper, N° 5, Ginebra, The Global Nursing Review Initiative, Consejo Internacional de Enfermeras (ICN).
- Buchan, J. y J. Sochalski (2004), "The migration of nurses: trends and policies", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 2.

- Buchan, J. y D. Dovlo (2004), *International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for the Department for International Development*, Londres, Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID)/Health Systems Resource Centre (HSRC).
- Buchan, J. y otros (2003), *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*, Ginebra, Royal College of Nursing/Consejo Internacional de Enfermeras.
- Buchan, J. (2002), *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*, Edimburgo, Queen Margaret University College.
- Calavita, K. (2006), "Gender, Migration, and Law: Crossing Borders and Bridging Disciplines, Gender and Migration Revisited", *International Migration Review*, edición especial.
- Cape, K. (1994), "Birth in a new country", *Asian Mothers, Australian Birth: Pregnancy, Childbirth and Childbearing. The Asian Experience in an English-Speaking Country*, L.P. Rice (ed.). Melbourne, Ausmed Publications.
- Carballo, M. (2006), "Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women", Selected Papers of the UNFPA-OIM Expert Group Meeting, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- Carballo, M. y otros (2004a), "The Process of Social Insertion of Migrants, Refugees and Asylum Seekers in the Context of Access to and Use of Health and Social Services".
- Carballo, M. y otros (2004b), Migration and Reproductive Health in Western Europe.
- Carballo, M. y A. Nerukart (2001) "Migration, Refugees, and Health Risks, Emerging Infectious Diseases", vol. 7, N° 3, Supplement, junio.
- Carling, J. (2005), "Gender dimensions of international migration", *Global Migration Perspectives*, N° 35.
- Chant, S. (2006), "¿Cómo podemos hacer que la "femimización de la pobreza" resulte más relevante en materia de políticas? ¿Hacia una feminización de la responsabilidad y de la obligación?", *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: una mirada desde el género*, L. Mora y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).
- Cohen, R. (1987), *The New Helots: Migrants in the International Division of Labour*, Londres, Glover.
- Comisión de Derechos Humanos (2002), *Informe de la Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, Sra. Radhika Coomaraswamy: Misión a Colombia (E/CN.4/2002/83/Add.3)*, Nueva York, marzo.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2005), *Migración México-Estados Unidos: temas de salud*, México, D.F.
- (2002), *Cobertura en salud de la población mexicana en Estados Unidos*, México, D.F.
- (2000), *Mujeres migrantes en Estados Unidos*, México, D.F.
- Confederación Regional sobre Migración (2003), "Migrants Access to Emergency Health Care".
- Cortés Castellanos, P. (2005), "Mujeres migrantes de América Latina y Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades", *serie Población y desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.173.
- Darj, E. y G. Lindmark (2002), "Not all women use maternal health services. Language barriers and fear of the examination are common", *Lakartidningen*, vol. 99, N° 1-2.
- Del Amo, J. y otros (2002), "HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain: A comparison with national subjects", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, N° 4.

- Eskild, A. y otros (2002), "Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo", *Tidsskr Nor Laegeforen*, vol. 122, N° 14.
- Ferguson, B. y E. Browne (ed.) (1994), *Health Care and Immigrants: A Guide For Helping Professionals*, Sydney, MacLennan & Petty.
- Gayral-Taminh, M. y otros (1999), "Pregnancy and labor of women born in Maghreb and Black Africa followed to delivery at the Maternal Hospital of Toulouse", *Journal of Gynecological Obstetrics Biological Reproduction*, vol. 28, N° 5.
- Geronimi, E. (2004), "Admisión, contratación y protección de trabajadores migrantes", *Estudios sobre migración internacional*, N° 70, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Holzmann, R. y R. Muenz (2004), *Challenges and Opportunities of International Migration for the EU, Its Member States, Neighboring Countries and Regions: A Policy Note*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2001), *Domestica: Immigrant Workers Caring and Cleaning in the Shadows of Affluence*, The University of California Press.
- Howell, R. (1989), "Filipino and Vietnamese women: a study of intra-partum differences", *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 29, N° 4.
- HRW (Human Rights Watch) (2006a), *Oculto bajo la alfombra. Abusos contra trabajadoras domésticas en todo el mundo*, Londres.
- (2006b), *Discrimination, Denial, and the Fate of Binational Same-Sex Couples under U.S. Law*, Londres.
- (2005), *Maid to Order. Ending Abuse Against Migrant Domestic Workers in Singapore*, Londres.
- (2004a), *Bad Dreams: Exploitation and Abuse of Migrant Workers in Saudi Arabia*, vol. 16, N° 5.
- (2004b), *Help Wanted: Abuses Against Female Migrant Domestic Workers in Indonesia and Malaysia*, vol. 16, N° 9.
- Kupiszewski, M. y otros (2005), "Impact of future demographic trends in Europe", Consejo de Europa.
- Lim, L.L. y N. Oishi (1996), "International labour migration of Asian women: distinctive characteristics and policy concerns", *Asian Women in Migration*, G. Battistella y A. Paganoni (eds.), Scalabrini Migration Center.
- Makatjane, T. (1997), "Contraceptive prevalence in Lesotho: does the sex of the household head matter?", *African Population Studies*, N° 12, vol. 2.
- Martínez Pizarro, J. (2003), "El mapa migratorio de América Latina y el Caribe: las mujeres y el género", *serie Población y desarrollo*, N° 44 (LC/L.1974-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.133.
- Mckay, L. y otros (2003), "Migration and health: a review of the international literature", *Occasional Paper*, N° 12, MRC Social & Public Health Sciences Unit.
- Medda, E. y otros (2002), "Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy", *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, vol. 38, N° 4.
- Médicos del Mundo-Suecia (2005), *Experiences of Gömda in Sweden: Exclusion from Health Care for Immigrants Living Without Legal Status*, Estocolmo.
- Milanovic, B. (2003), "The two faces of globalization: against globalization as we know it", *World Development*, vol. 31, N° 4.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2003), *Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis*, San José.
- Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social de Alemania (2005), "Selected facts

- and figures about long-term care insurance” [en línea] http://www.bmgs.bund.de/downloads/Pflegevers_Tabellen.pdf.
- Mora, L. (2006), “Género, migración y derechos humanos: una aproximación”, ponencia presentada en el primer Encuentro centroamericano de trata de mujeres, San José, Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA)/Organización Internacional para las Migraciones (OIM)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 4 y 5 de diciembre.
- (2005), “Políticas conciliatorias: hacia una nueva agenda de género en América Latina”, ponencia presentada en la Reunión de planificación regional, Antigua y Barbuda, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- (2002), “Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos reproductivos”, documento presentado a la Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas en las Américas, Santiago de Chile, 20 al 22 de noviembre.
- Moreno-Fontes, G. (2006), “Female migrant workers in an era of globalization”, *Selected Papers of UNFPA-IOM Expert Group Meeting*, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- Naciones Unidas (2006), “Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision” [CD-ROM], Nueva York.
- (2005), *World Survey on the Role of Women in Development. Women and International Migration*, Nueva York, División para el Adelanto de la Mujer. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.04.IV.4.
- Nahmias, P. (2004), “Fertility behaviour of recent immigrants in Israel: A comparative analysis of immigrants from Ethiopia and the former Soviet Union”, *Demographic Research*, vol. 10, artículo 4.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2003), *Trends in International Migration-SOPEMI 2003*, París.
- (2002), *International Migration of Physicians and Nurses: Causes, Consequences and Health Policy Implications*, París.
- (2001), *Trends in International Migration*, París.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2005), *World Migration 2005: Costs and Benefits*.
- (2001), “The reproductive health of immigrant women”, *Migration and Health Newsletter*, N° 2.
- Oishi, N. (2002), “Gender and migration: an integrative approach”, *Working Paper*, N° 49, San Diego, Center for Comparative Immigration Studies, University of California.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004), *Towards a Fair Deal for Migrant Workers in the Global Economy*, Ginebra.
- Omondí, C.O. y E.H.O. Ayiamba (2003), “Contraceptive use dynamics among migrant women in Kenya”, *African Population Studies*, vol. 18, N° 2.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), “The Migration of Health Workers: An Overview”, Ginebra, inédito.
- (2004), “Special theme: migration and health workers”, *Bulletin of the the World Health Organization*, vol. 82, N° 8.
- Oso-Casa, L. y otros (2005), “The Feminization of International Migration”, documento presentado al seminario “Migrant Women and the Labour Market: Diversity and Challenges”, Bruselas.
- Parsons, C. (1990), “Cross-cultural issues in health care”, *The Health of Immigrant in Australia: A Social Perspective*, J. Reid y P. Trompf (ed.), Sydney.
- Penn, R. y P. Lambert (2002), “Attitudes towards ideal family size of different ethnic/nationality groups in Great Britain, France and Germany”, *Population Trends*, N° 108.

- Pessar, P. (2005), "Women, gender, and international migration across and beyond the Americas: inequalities and limited empowerment", documento presentado en la reunión de expertos sobre migración internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe, México, D.F.
- Przywara, B. (2005), "Projections of expenditures on health and long-term care at the EU level", documento presentado al taller conjunto OECD/Comisión Europea, Bruselas, 21 y 22 de febrero.
- PSI (Public Services International) (2006), *Migration Facts*.
- (2005a), "Health care brain drain threatens to overwhelm developing world", 28 de septiembre.
- (2005b), "Medical staff exodus closes 1000 hospitals in The Philippines".
- (2005c), "South Africa: ban on recruitment from SADC countries".
- Ramji, V. (2002), "Income security and hidden care issues: female careworkers emigrating from Kerala (India) to the Middle East", *Conference Papers of the Infocus Programme of Socio-Economic Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Redfoot, D.L. y A.N. Houser (2005), *We Shall Travel On: Quality of Care, Economic Development and the International Migration of Long-Term Care Workers*, AARP Public Policy Institute.
- Rice, L.P. (1994) (ed.), *Asian Mothers, Australian Birth: Pregnancy, Childbirth and Childbearing. The Asian Experience in an English-Speaking Country*, Melbourne, Ausmed Publications.
- Rodríguez, R.M. (2005), "Domestic insecurities: female migration from the Philippines, development and national subject-status", *Working Paper*, N° 114, San Diego, Center for Comparative Immigration Studies, University of California.
- Sargent, C. (2005), "Counseling contraception for Malian migrants in Paris. Global, State, and personal politics", *Human Organization*, vol. 64, N° 2.
- Schmidt, C. (2003), *Emigration of Nurses from the Caribbean: Causes and Consequences for the Socio-Economic Welfare of the Country: Trinidad and Tobago, A Case Study (LC/CAR/G.748)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- Scott, P. (2004), "Undocumented migrants in Germany and Britain: the human "rights" and "wrongs" regarding access to health care", *Electronic Journal of Sociology*.
- Spycher, C. y C. Sieber (2001), "Contraception in immigrant women", *Ther Umsch*, vol. 58, N° 9.
- Thomas-Hope, E. (2005), *Current Trends and Issues in Caribbean Migration (LC/CAR/L.61)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2006a), *Estado de la población mundial, 2006. Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional*, Nueva York.
- (2006b), "Female migrants: bridging the gaps throughout the life cycle", *Selected Papers of the UNFPA-IOM Expert Group Meeting*, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- (2005), *International Migration and the Millenium Development Goals, Selected Papers of the UNFPA Expert Group Meeting*, Nueva York.
- UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2005), "Empowering Women Migrant Workers in Asia" [en línea] <http://www.unifem-eseasia.org/projects/migrant/Briefing%20kit%20files.htm>.
- Van Eych, K. (2005), "Who cares? Women's health workers in the global labor market", Londres, Public Services International (PSI).
- Venema, H.P. y otros (1995), "Health of migrants and migrant health policy: the Netherlands as an example", *Social Science and Medicine*, vol. 41, N° 6.

- Zlotnik, H. (2005), "International migrations trends since 1980", documento presentado en la reunión de expertos, Marrakesh, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 11 y 12 de mayo.
- (2004), *International Migration in Africa: An Analysis Based on Estimates of the Migrant Stock*, Migration Information Source, Migration Policy Institute, 1 de septiembre.
- (2003), *The Global Dimensions of Female Migration*, Migration Information Source, Migration Policy Institute.