

Mujeres migrantes mesoamericanas

"Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades" (fragmentos)

Desde el punto de vista numérico, diferentes estudios señalan una tendencia hacia la feminización de la migración internacional. América Latina no ha sido la excepción. Zlotnik (2003) destaca que ésta fue la primera región en el mundo en alcanzar la paridad en el número de hombres y mujeres migrantes. En 1990, de seis millones de migrantes internacionales, tres millones eran mujeres. Los datos del año 2000 confirman la tendencia.

Una característica de los flujos migratorios de América Central es la presencia de personas indocumentadas que viajan en tránsito hacia el norte, en busca de oportunidades laborales, con los Estados Unidos como destino preferencial. Según la Encuesta a Mujeres en la Migración, realizada por varias organizaciones mexicanas de la sociedad civil,²⁹ las mujeres migrantes centroamericanas indocumentadas que cruzan la frontera sur de México provienen de Nicaragua, Honduras y El Salvador.

En menor proporción participan colombianas y ecuatorianas. Se trata de mujeres en plena edad productiva, la mayoría madres solteras con responsabilidad económica en su hogar de origen, que declaran como motivación para su viaje mejorar su situación y la de sus hijos a través de la búsqueda de trabajo en el país de destino. Viajan apoyadas por redes familiares y de conocidos que les facilitan el desplazamiento, en su país de origen a través del cuidado de sus hijos, en el de acogida, a través de los contactos y apoyo para el despegue...

La migración femenina hacia los Estados Unidos Estudios del CELADE establecen que la migración hacia los Estados Unidos representa tres cuartas partes del total del flujo migratorio de América Latina y el Caribe. A la vez, la presencia latina, estimada en más de 18 millones de inmigrantes más sus descendientes (2004), constituye la primera minoría étnica en ese país. La emigración de los países geográficamente cercanos tiende a concentrarse con fuerza en los Estados Unidos, como el caso de los centroamericanos que representan el 70,6% de los migrantes de la región, destacándose en términos de magnitud México, El Salvador y Guatemala...

Entre los centroamericanos, el grupo predominante, tanto para hombres como para mujeres, es el de 15 a 34 años de edad. Se trata de una población relativamente joven, más del 35% de la cual ingresó al país en los años noventa, seguidos por quienes inmigraron en los años ochenta y los de arriba más reciente...

Reflexión final

Las mujeres migrantes trabajadoras comparten una fuerte vulnerabilidad en el ejercicio de los derechos humanos, en particular respecto a los derechos sociales, económicos y culturales. Para las trabajadoras migrantes del servicio doméstico, esta situación se gesta en las precarias oportunidades de formación y de inserción laboral de su propio entorno, y se perpetúa en la dificultad y riesgos de discriminación que afrontan para insertarse en las comunidades de acogida. Martín (2004) argumenta que estas mujeres son doblemente discriminadas, como trabajadoras y como migrantes. En sus países de origen pueden sufrir discriminación en el acceso a la educación y al empleo, discriminación ocupacional y salarial. Todo esto se combina para que la decisión de migrar no sea necesariamente producto de un acto autónomo, y para que el contexto de la migración se convierta en un escenario de múltiples riesgos.

La migración económica en igualdad de oportunidades sólo es posible para unas pocas, con determinados perfiles de educación y edad. Para las demás sólo quedan alternativas en los mercados laborales precarios.

Se reconoce que el servicio doméstico aparece como una tabla de salvación para comunidades enteras de familias pobres. En esta ocupación, que no requiere comprobar experiencia previa, es relativamente fácil para las mujeres insertarse. Además, para las

migrantes, trabajar puertas adentro significa un ahorro en términos de arriendo y alimentación. No obstante, este trabajo perpetúa la subordinación de la mujer a la responsabilidad doméstica, que en términos de experiencia laboral no es edificante, toda vez que en él no es posible pensar en la capacitación, la movilidad o las demás ventajas de otros trabajos (Lipszyc, 2004).

Factores generales de riesgo

De acuerdo con la OMS y la OPS (2003), los efectos sanitarios de la globalización parecen tener una marcada connotación de género, como puede observarse en materia de violencia y salud sexual y reproductiva, infección por el VIH/SIDA y salud ocupacional. Hombres y mujeres migrantes se ven enfrentados a situaciones que menoscaban su salud, pero suelen ser las mujeres las más afectadas y las que tienen menor capacidad de reacción o de autoprotección. La vulnerabilidad es aún mayor si a la condición migratoria y de género se cruzan otras variables como la pobreza, el bajo nivel educativo, la pertenencia étnica, la desnutrición, la falta de oportunidades en su lugar de origen y el desconocimiento de sus derechos e incluso de sus deberes para con el cuidado de su persona, su familia y su comunidad.

Una parte de las mujeres migrantes logra insertarse en sus comunidades de acogida, tener trabajos que dignifiquen su condición de mujeres y desarrollar sus potencialidades. Las sociedades de acogida, en general, están abiertas para la migración de mujeres que con su trabajo, calificado o no, contribuyen al desarrollo del país, ubicándose en sectores que demandan personal tanto por sus altos conocimientos y especialidad como en función de la aceptación de los trabajos que la población nativa rechaza.

No obstante, las trabajadoras migrantes tienden a concentrarse laboralmente en el servicio doméstico, la enfermería, la hostelería y en las manufacturas intensivas, trabajos que son demasiado exigentes físicamente, cuentan con salarios muy bajos y, además, ofrecen perspectivas muy limitadas de movilidad social. Las migrantes trabajadoras que ingresan a estos mercados laborales de manera legal, cuentan con sus respectivos contratos de trabajo, lo que incluye una cobertura de salud bien sea provista por la misma compañía como parte del salario o porque la regulación obliga a la empleada a adquirir por sí misma un seguro de salud.

Los problemas empiezan cuando se constatan evidencias preocupantes. La ONU/SIDA subraya una tendencia creciente a importar trabajadoras migratorias para su explotación comercial o sexual a través de matrimonios arreglados con extranjeros, o haciendo que firmen contratos de empleo que parecen tentadores, pero que rara vez reflejan su situación real. El estrés de la migración, la ruptura con las redes sociales previas, los factores culturales y religiosos, el escaso acceso a los servicios sanitarios y la discriminación en el sistema de salud, son hechos frecuentemente señalados como principales causas de la mayor vulnerabilidad que afrontan las mujeres y los niños inmigrantes (OIM, 2002). La situación empeora por la fuerte relación de subordinación de las trabajadoras migrantes hacia el empleador, típica de los trabajos que realizan o de la condición de migración en que se encuentran. El que se trate particularmente de mujeres jóvenes, pobres, buena parte de ellas madres solteras que dependen económicamente para el sustento de la familia que dejaron atrás, hace que la situación sea aún más tensa.

A esto hay que agregar el shock cultural que necesariamente implica el insertarse en una nueva sociedad, las dificultades para aprender el idioma, la soledad y la historia de marginalidad y pobreza, que hace que frecuentemente no sean conscientes de que tienen derechos que están siendo violados y que generalmente no sepan dónde buscar ayuda (Duckett, 2002; DAW, 2005)...

La precaria salud de las migrantes

Duckett (2002) explica que en relación con los no ciudadanos, la mayoría de los países ha definido sus obligaciones en lo que respecta a la asistencia sanitaria básica y asistencia en situaciones de emergencia, aunque este concepto se interpreta de diferentes maneras en los distintos países. Aun en el caso de los trabajadores migratorios aceptados legalmente, no

suelen existir normativas especiales que garanticen la igualdad real en el acceso a la salud en comparación con los nativos, y esto se constata incluso entre los propios países de América Latina y el Caribe.

Se sabe que no todos los países cuentan con coberturas universales de salud para su población. La tendencia regional desde los años ochenta ha sido la introducción de proveedores privados de salud, con una lógica de mercado, junto a un debilitamiento relativo de los servicios públicos en este ámbito. En este esquema, cada cliente compra un “seguro”, a un costo asociado a los riesgos de necesitar atención médica. Así, a las mujeres en edad productiva se les cobra una prima significativamente mayor que la de un hombre a la misma edad. Este sobrecosto puede ser distribuido de un modo más equitativo en la medida en que se compren planes “familiares” o por empresas. Pero, como esta opción no está disponible para la mayoría (especialmente las mujeres solas), muchas optan por la contratación de un seguro parcial, que permite atención de salud básica, pero que no incluye la cobertura de un potencial embarazo.

Si bien las trabajadoras migratorias regulares tienen acceso a un seguro de salud, suele suceder que es demasiado básico, y no cubre por ejemplo el servicio de atención obstétrica, con lo cual estas mujeres, trágicamente, no tienen derecho a embarazarse porque no están en condiciones de asumir los costos asociados. Es decir, sus derechos sexuales y reproductivos están amenazados. La División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas (DAW por su sigla en inglés) reconoce la existencia de otras barreras que afrontan los migrantes, y que se relacionan con el idioma y las diferentes prácticas culturales, que pueden cohibir a una mujer para acceder al servicio de salud, especialmente cuando se trata de una atención ginecológica.

Un factor adicional es la exposición significativa a diferentes enfermedades que sufren las trabajadoras migrantes. Esto en razón no sólo de las características de los trabajos a los que acceden, sino además por otros factores que les afectan directamente. Por ejemplo, las mujeres que ingresan a los sectores de la agroindustria y de manufacturas están expuestas a químicos nocivos para su integridad física; en el sector salud, a contagio con enfermedades de los pacientes y exposición a rayos X. En general, en los diferentes sectores, las mujeres están expuestas a largas y agotadoras jornadas laborales, a realizar trabajos rutinarios o mecánicos, con mínimos espacios de esparcimiento y muchas de ellas además están obligadas a vivir en un sistema de reclutamiento en condiciones habitacionales sumamente precarias. Además, dentro de la población migrante se ha observado la presencia de problemas de obesidad asociados al mayor consumo de alimentos baratos, hipercalóricos pero de bajo contenido nutricional.

Aceptando que el derecho a la salud tiene un carácter fundamental, que implica no sólo una atención oportuna y apropiada sino también el acceso a otros determinantes de la salud como el agua potable, la sanidad básica, la vivienda, la nutrición y la educación, el medio ambiente y una vida sexual reproductiva sana (OIM, 2002), vemos que las mujeres migrantes disfrutan en menor medida de ese derecho. Además, están particularmente expuestas a riesgos que vulneran su integridad física, situación que tiende a ser más crítica entre más precaria es la condición de vida en que se encuentre la persona...

Las migrantes irregulares, las más vulnerables

Se reconoce que existe una relación directa entre pobreza y un deficiente acceso a los servicios de salud, tanto para migrantes como para nativos. Quienes se encuentran socialmente marginados, frecuentemente experimentan un estado de salud bastante más precario que el resto de la población (OIM, 2001), no obstante, para las migrantes irregulares la vulnerabilidad es mayor justamente por encontrarse al margen de la ley. En efecto, las mujeres migrantes que se encuentran en situación irregular se ven expuestas a aceptar condiciones laborales abusivas, sin ninguna capacidad de efectuar reclamos o buscar protección de las autoridades laborales o civiles, por efecto del miedo a perder el trabajo o a la deportación. Por otra parte, las precarias condiciones laborales que afrontan tienen consecuencias sobre el estado de su salud, a la vez que su ingreso a los sistemas de protección social se encuentra muy limitado o derechamente restringido. Las migrantes irregulares, en general, están excluidas del sistema de salud, en el servicio público por su condición de migrante irregular, y en los servicios privados por su nula capacidad de pago.

Como reconoce la OIM, el estatus de la migración o la movilidad generalmente definen el acceso a la salud. En este sentido, las migrantes irregulares, voluntarias y más aún las víctimas de la trata internacional de personas, son las más marginadas del sistema de salud por razón del muy alto costo asociado, por el miedo a su denuncia ante las autoridades de migración, por desconocimiento o inexistencia de programas especiales para estas poblaciones, por las limitaciones idiomáticas, de cultura, entre otras (OIM, 2002; OIM, 2001). En palabras de la OIM (2002), las justificaciones políticas y económicas basadas en el estatus legal son frecuentemente presentadas como argumentos para la negación de prestaciones de salud...

La situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes

A partir de la CIPD (1994) la comunidad internacional llegó al importante consenso respecto de que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental de las mujeres. Por lo tanto, la Conferencia recomienda reconocer su carácter universal, inalienable e inembargable, e insta a los Estados a encaminar sus esfuerzos para su protección, promoción y defensa, y a la sociedad y los diferentes actores sociales para que participen activa y comprometidamente en este objetivo.

La Conferencia define a la salud sexual y reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Por ello, los derechos reproductivos implican garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia. También confiere a las personas el derecho a una información de calidad y pertinente sobre la salud sexual y reproductiva, y a recibir la asistencia necesaria para proteger su salud y la de su familia. Además, contempla el derecho de las personas a beneficiarse de los progresos científicos en asistencia sanitaria, especialmente en todo lo relacionado con su salud sexual y reproductiva.

Esta declaración es sumamente importante en términos de una reivindicación histórica de las mujeres y del movimiento feminista respecto a vivir en libertad y satisfacción la sexualidad, y el derecho a decidir libre e informadamente sobre las condiciones de su reproducción. La promoción y protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, un gran desafío para la comunidad internacional, es crecientemente asumida como una razón de justicia social que favorece a quienes se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, no sólo frente a este derecho en particular, sino frente a un gran número de derechos que definen la dignidad humana...

Algunos comentarios sobre la fecundidad de las mujeres migrantes

Un estudio realizado por Pellegrino (1996) destaca que los trabajos sobre fecundidad de las mujeres migrantes muestran una tendencia a la asimilación con las pautas de las mujeres de los países de recepción. Según este estudio, en los países europeos los comportamientos reproductivos de las mujeres migrantes se mantienen relacionados con los del país de origen. Por otra parte, se observa un ajuste de la fecundidad de las mujeres migrantes a las mujeres nativas, aunque esta adaptación es mediatizada por un conjunto de variables referidas a diferentes dimensiones del estatus de las mujeres, que determinan procesos más o menos largos: la adaptación completa se presenta en la segunda generación. En este sentido, la autora señala que diferentes estudios en los Estados Unidos coinciden en identificar una disminución de la fecundidad entre diferentes grupos analizados, no obstante, dentro de la comunidad hispana persiste una mayor fecundidad que el promedio nacional. En Canadá se han observado tasas de fecundidad menores en las mujeres inmigrantes durante el período de la inmigración y mayores en el posterior, pero una vez transcurrido un cierto tiempo de duración de la estadía, su fecundidad tiende a niveles menores que las mujeres nativas.

En este mismo sentido, un trabajo del UNFPA (Mora, 2003) admite que la migración tiende a disminuir la fecundidad, pero advierte que los estudios relevantes para las mujeres migrantes en la región no son concluyentes, y que existen además otras variables más determinantes como la edad, la educación y el acceso a medios económicos...

Interesante además es el hecho que destaca el estudio de Anderson (2001), respecto a que un número importante de migrantes internacionales enroladas en el servicio doméstico se ven ante la necesidad de dedicar su vida a cuidar los hijos ajenos, posponiendo o renunciando a la posibilidad de tener los propios e incluso a formar una familia o vivir en pareja.

Según la OIM (2001), las investigaciones muestran que las mujeres reciben una pobre atención prenatal, y que un gran número de mujeres migrantes tienen a sus hijos sin asistencia médica. Además, es difícil encontrar servicios de salud que atiendan las diferencias culturales o que estén abiertos a un diálogo intercultural con los migrantes para optimizar la prestación. La DAW (2005) señala al respecto que, en general, los servicios de salud no tienen prevista la posibilidad de la interpretación, por lo cual las mujeres enfrentan dificultades para comunicarse y entender por sí mismas o simplemente tienen que recurrir a terceros para que les sirvan de intérpretes, lo que expone su intimidad y su vida privada.

Por otra parte, las evidencias indicarían que las adolescentes inmigrantes buscan apoyo médico en el caso de contagio de ETS sólo cuando el dolor las afecta especialmente, o asistencia perinatal cuando se encuentran en un estado avanzado de gravidez (Haour-Knipe, 2003), lo que sin duda coloca en sumo riesgo la integridad de la salud tanto de la joven como del hijo que espera.

El estudio de la DAW señala que la mortalidad materna parece ser mayor entre las migrantes en comparación con las nativas. Este y otros indicadores de la salud de madres e hijos, son el efecto neto de un número de factores biológicos y sociales que colocan a las mujeres migrantes en un alto riesgo. La pobreza, la exclusión y la marginalidad terminan siendo mucho más determinantes que la misma migración, toda vez que son justamente estas variables las que operan en contra de garantizar la calidad de vida para las más vulnerables del sistema.

Las mujeres migrantes, y particularmente las de América Latina y el Caribe, enfrentan situaciones que atentan contra su derecho a decidir y ejercer libre e informadamente su reproducción. Las mismas condiciones que empujan a la gran mayoría de las mujeres más allá de sus fronteras son las que conspiran contra este derecho. Las mujeres pobres, jóvenes y con menores niveles de escolaridad son quienes, por efecto del propio perfil sociodemográfico que las define, tienen menores grados de libertad frente a su comportamiento reproductivo y a la vez son quienes se encuentran ante mayores riesgos respecto a la integridad de su salud sexual y reproductiva...

Vulnerabilidades de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes

Si bien se reconoce que los migrantes tienen la responsabilidad de proteger su salud, su comportamiento sexual es diferente cuando se encuentran lejos de sus comunidades, debido a la soledad, las presiones sociales u otros factores como la falta de recursos para la sobrevivencia, razones que en muchos casos contribuyen para conducir a las personas a asumir conductas de riesgo de embarazos no deseados o contagio de ETS, incluido el VIH/SIDA (Haour-Knipe, 2003; Phinney, 2002).

La DAW (2005) señala que el Reporte 2004 sobre la Epidemia Global de VIH/SIDA mostró una fuerte correlación entre varios tipos de movilidad y el mayor riesgo de contraer la infección. A su vez, evidenció que si bien existe el riesgo que los migrantes de los países viajen y contribuyan a esparcir el virus, el mayor riesgo está en que estas personas se desplazan de lugares de baja prevalencia a otros donde el virus tiene mayor presencia, y por tanto su vulnerabilidad a adquirir la enfermedad es mucho mayor. En el caso de las personas pobres, especialmente las mujeres y los niños con bajos niveles de educación y con limitado acceso a la información, el riesgo es mucho mayor. En general, se tiene el prejuicio que las mujeres migrantes de los países pobres son potenciales portadoras de todo tipo de ETS, incluido el VIH/SIDA. Poco se dice del riesgo que significan los hombres provenientes de los países industrializados, personas de negocios, profesionales independientes, con conductas altamente promiscuas, demandantes de todo tipo de productos de la industria del sexo, el turismo sexual o directamente involucrados en hechos tan abominables como las prácticas pedófilas. En la demanda de la industria del sexo el riesgo de ser portadores de ETS o VIH/SIDA es mayor, al igual que los silencios.

Las mujeres migrantes también enfrentan situaciones de riesgo que van más allá de su voluntad o de su capacidad de decisión libre e informada. Son vulnerables, por ejemplo, las mujeres que se desplazan en soledad y con escasos recursos, quienes pueden tener muy pocas opciones para sobrevivir, por lo que se ven inducidas a caer en la prostitución o a establecer relaciones de tránsito en búsqueda de protección y compañía. Por ejemplo, Mora (2003) señala que en la frontera sur de México el 70% de las migrantes sufren violencia y el 60% es víctima de algún tipo de acoso sexual durante el proceso migratorio. Las formas de violencia contra las mujeres van desde la coacción hasta la violación sexual.

Otro grupo de interés es el de las mujeres migrantes dependientes, quienes en general disponen de un acceso limitado a los programas de empleo o a los beneficios sociales, debido justamente a su condición de "persona a cargo". Su lugar de residencia depende de su relación con un ciudadano o con un primer migrante, y también son particularmente vulnerables en términos de salud reproductiva, sobre todo cuando el acceso a la atención sanitaria está vinculado a su situación jurídica. Si esa relación cambia, pueden ser objeto de deportación o perder sus derechos (dependiendo de la legislación de cada país), teniendo muy estrechos márgenes de negociación para solicitar un tipo de visa diferente que le permita permanecer en el país y potenciar su autonomía económica (Ndiaye, 2004).

Amnistía Internacional (2005) expresa su preocupación por la situación de las empleadas domésticas, quienes corren el riesgo de sufrir abusos sexuales por parte de sus empleadores, familiares y amigos del empleador. Esta situación es bien conocida en América Latina, pero el riesgo de las mujeres que viajan al extranjero para trabajar en el servicio doméstico es aún mayor. Aquellas que han entrado en un país sin documentación, o que ésta les ha sido retirada por sus empleadores, en muchos casos no pueden buscar resarcimiento legal por los abusos que han sufrido. Las empleadas domésticas suelen enfrentar restricciones legales si desean cambiar de trabajo, y experimentar dificultades con el idioma y miedo a la deportación si protestan por el maltrato. Los empleadores pueden servirse de este miedo para silenciar a la mujer.

Otro grupo específico de migrantes que afronta riesgo inminente es el de las víctimas de la trata mundial de mujeres, sindicada y en gran escala. En razón a la precariedad de su situación económica, estas mujeres pueden verse forzadas a comerciar con sexo, lo que incluye a menudo tener relaciones sexuales no protegidas (Duckett, 2002). Además, frecuentemente ocurre que se ven ante la obligación de dar atención sexual como parte del costo de su traslado más allá de la frontera, muchas veces incluso sin la posibilidad de negociar el uso de condón o de algún anticonceptivo, con lo cual no sólo se ven expuestas al contagio de ETS, incluyendo el VIH/SIDA, sino a embarazos no deseados y sin el apoyo de una pareja, ni menos de instituciones oficiales, organismos de seguridad y servicios consulares. En tal escenario, la acción de protección de la sociedad civil y las iglesias resulta crucial, como se ha documentado en muchas fronteras de los países de la región, en especial en América Central.

Sin duda, un grupo de suma vulnerabilidad es el de las personas víctimas de trata. En el caso de las mujeres, afrontan tres momentos en los cuales son claramente violentados sus derechos a la salud física, sexual, reproductiva y mental. Un primer momento se ubica en los países de origen. Dado que las víctimas son sobre todo personas que provienen de comunidades pobres, y que ellas mismas afrontan situaciones de dura pobreza, su acceso a los servicios de salud es escaso o inexistente. Esto, combinado con la falta de educación y las pautas de conducta en sus relaciones cotidianas con sus respectivas familias y comunidades, constituyen factores de riesgo, especialmente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva. El segundo momento es el de los desplazamientos propiamente dichos, por las características de inseguridad con que ocurren (ahogos, sofocamientos, quemaduras, hipotermia, deshidratación al interior de vehículos que no son para transporte humano). Las mujeres además afrontan riesgos de violación o abuso de parte de los tratantes, y se ven expuestas a violencia física en caso de rehusarse. El tercer momento se presenta en el lugar de acogida, donde las víctimas de trata nuevamente están sujetas a varios tipos de riesgos. Es frecuente que, para las víctimas de trata con fines de explotación sexual, la violación sexual por parte de sus captores sea el mecanismo de inducción y coacción. En todos estos casos es inminente el riesgo de contagio de ETS, incluido el VIH/SIDA, además de los embarazos no deseados e incluso los abortos forzados y bajo condiciones de insalubridad

(OIM, 2000; Phinney, 2002; Mora, 2003; Chiarotti, 2003; Martínez, 2003a; Haour-Knipe, 2003; DAW, 2005; Martin, 2004).

Las mujeres migrantes y el "sex sector"

Hay contrapuntos frente a la participación de las mujeres en la industria del sexo, que se verifican desde su propia experiencia. Agustín (2000), a partir de un trabajo de investigación con mujeres migrantes dedicadas a la industria del sexo, señala que las mujeres estudiadas reconocen la existencia de ventajas importantes en este trabajo (que no se reduce a la prostitución), tales como la flexibilidad laboral que se ajusta con las posibilidades de cada prestadora del servicio, el acceso diario a dinero para suplir las necesidades del día a día y la posibilidad de elegir el lugar de trabajo, por ejemplo. Para las migrantes una ventaja adicional es la posibilidad de viajar y conocer lugares a los que en otras circunstancias difícilmente accederían, como Europa. Además, el fenotipo de extranjero puede significar una ventaja, sino para recibir mejor recompensa económica, si para tener una mejor clientela.

No obstante, las desventajas también se hacen sentir. Para la autora, la más importante es la clandestinidad, pues, por una parte, se margina de la protección laboral, esto es, no existen contratos, prestaciones sociales ni regulaciones que protegen los derechos de los trabajadores en otros oficios. Por otra, el apoyo policial también es muy limitado, incluso ante casos de denuncia de violación, abuso físico o sexual. Además, una de las grandes desventajas del trabajo de estas mujeres es su estigmatización como portadoras de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, en circunstancias en que justamente por su condición de trabajadoras del sexo, la mayoría tiene experiencia en el manejo de los riesgos laborales que afrontan.

De todos modos, es indudable que la participación en la industria del sexo entraña el riesgo de contraer el VIH/SIDA, que puede acentuarse o agravarse en función del número de clientes y el uso de preservativos. Para las mujeres más jóvenes, más pobres, más inexpertas o aquellas que han entrado a esta industria víctimas de la trata, el riesgo es aún mayor, dado que no siempre son concientes de los riesgos que afrontan ni de los derechos que las protegen, porque muchas veces tienen un acceso limitado o nulo a los condones, y porque la situación de precariedad y desprotección en que se encuentran menoscaba su poder para negociar el uso del preservativo. Los estudios indican que las mujeres enroladas en esta industria, especialmente en el caso de las víctimas de trata, que presionan por el uso del condón o que rechazan algún cliente por sentir temor a las prácticas que les solicita, son castigadas físicamente por sus captores o dueños de los burdeles como un medio de control para la sumisión.

Si bien el VIH/SIDA significa uno de los principales riesgos que afrontan las mujeres migrantes enroladas en la industria del sexo, existen todas las demás enfermedades de transmisión sexual que suponen serias posibilidades de sufrir complicaciones. Según Phinney (2002), las ETS bacterianas no tratadas, como la gonorrea, pueden provocar una afección pélvica inflamatoria (API) si la bacteria invade órganos reproductivos internos. Una API puede carecer de síntomas o estar acompañada por síntomas leves no específicos, lo cual torna difícil el diagnóstico aunque la mujer concurra a un profesional de la salud. La falta de tratamiento adecuado de una API puede provocar daños graves y permanentes, por ejemplo dolor crónico en la pelvis, embarazos ectópicos y esterilidad. El riesgo de esas complicaciones crece con la multiplicación de episodios API. Las víctimas de trata también pueden verse en mayor riesgo de cáncer cervical, porque se encuentran expuestas al virus de papiloma humano. Estas situaciones son prácticamente desconocidas y las evidencias son escasas, pero manifiestan una exposición crítica de las migrantes a riesgos contra su salud.

Cada vez es mayor el reconocimiento de que las mujeres están siendo afectadas crecientemente por el VIH/SIDA, siendo mayor la vulnerabilidad cuanto mayor es la pobreza y más escasos los márgenes de poder asociados. Las mujeres tienen vulnerabilidades propias de su género frente al VIH/SIDA, por las características biológicas que las determinan, pero también por los condicionamientos socioculturales que restringen su desarrollo y empoderamiento como sujeto de derecho. La dificultad de muchas mujeres para acceder a empleos de calidad, ingresos, educación, información o atención adecuada en salud, se combinan para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible su situación y para negociar derechos. Es preciso reconocer que un gran número de mujeres de América Latina

y el Caribe se encuentran en esa situación, especialmente aquellas migrantes hacia los Estados Unidos, Japón y Europa....

Algunos comentarios finales

Las mujeres migrantes de América Latina y el Caribe son vulnerables a violaciones múltiples e interrelacionadas de sus derechos humanos. Este es el caso del derecho a ejercer plena y satisfactoriamente la salud sexual y reproductiva, el cual está muy determinado por otras variables que condicionan o limitan su posibilidad de vivir la sexualidad con satisfacción y de decidir libre e informadamente sobre todos los aspectos referidos a la reproducción.

Las mujeres migrantes son vulnerables a la violación del derecho a la salud sexual y reproductiva de múltiples formas. Entre más derechos humanos se encuentren vulnerados, la violencia sexual o reproductiva aparece con más fuerza. Este es el caso de las mujeres jóvenes, pobres y sin educación, quienes además de afrontar una gran vulnerabilidad, tienen pocas posibilidades de reclamar por sus derechos ante el Estado, las autoridades e incluso la comunidad en general. Además, persisten prácticas socioculturales que limitan el desarrollo de la sexualidad de las mujeres en las comunidades de origen, y que incluso legitiman la violencia sexual con connotaciones de género. Para las mujeres migrantes la situación es aún más compleja. Por ejemplo, en la OIM y en la Relatoría Especial para los Derechos de los Migrantes se tienen noticias que incluso las autoridades migratorias de los países violan los derechos sexuales de las mujeres. Esta es una situación particularmente sensible en los pasos fronterizos de América Central y la frontera sur de México, donde las migrantes irregulares son en extremo vulnerables.

La salida entonces es integral, no se puede mirar a la salud como una variable independiente, menos en el caso de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, el reporte 2004 de la DAW (2005) señala que, dada la complejidad de la naturaleza de la relación entre migración, género, equidad y la infección del VIH/SIDA, los esfuerzos dirigidos a combatir este flagelo tienen que tener un carácter multifacético, contemplando no sólo sus implicaciones sobre la salud de las personas afectadas, sino también los factores socioeconómicos que aumentan la vulnerabilidad. Resulta fundamental que las políticas migratorias incluyan, amplia y coordinadamente, las propuestas de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en las que se insta a los gobiernos a adoptar todas las medidas necesarias para habilitar a la mujer y reforzar su independencia económica, así como para proteger y promover su pleno disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a fin de que puedan protegerse de la infección con el VIH/SIDA. Se les solicita también intensificar las iniciativas que puedan consolidar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de infección con el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de salud, en particular de los servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva en la que se tenga en cuenta los aspectos culturales y de género. Hace un llamamiento para que los gobiernos intensifiquen sus esfuerzos por eliminar todas las formas de discriminación de la mujer y la niña en relación con el VIH/SIDA, incluso luchando contra los estereotipos, la estigmatización, las actitudes discriminatorias y las desigualdades de género, y alienten la participación activa de los hombres y los jóvenes en este proceso.

Dentro de las políticas migratorias es fundamental atender a las especificidades de género de las poblaciones migrantes y garantizar mecanismos para la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de las miles de mujeres que permanentemente se aventuran más allá de sus propias fronteras en búsqueda de un mayor bienestar para sí y para sus familias.

<http://www.redmesoamericana.net/?q=node/56>