



Asamblea General

Distr. general
15 de mayo de 2013
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

23º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*

Resumen

En el presente informe, presentado de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, se examinan cuestiones relativas al derecho a la salud de los trabajadores migratorios. Se centra en los trabajadores migratorios poco cualificados y en situación irregular, y aborda la cuestión de la responsabilidad que incumbe a los Estados, así como a los agentes no estatales, de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de los trabajadores migratorios.

El Relator Especial trata también en el informe diversas cuestiones sustantivas conexas, entre ellas la responsabilidad del Estado de origen de facilitar a los trabajadores migratorios acceso a la información y de regular las agencias de contratación; las preocupaciones que generan, en relación con el ejercicio del derecho a la salud, las políticas de inmigración que contemplan, entre otros, reconocimientos médicos obligatorios y la detención y expulsión de trabajadores migratorios en situación irregular o de trabajadores migratorios por su estado de salud; el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud, especialmente de los trabajadores migratorios en situación irregular; los empleos en sectores específicos de la economía que suelen ser rechazados por la población local y que son considerados degradantes; la salud mental de los trabajadores migratorios, así como la cuestión de las trabajadoras migratorias y su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Al final del informe, el Relator Especial formula un conjunto de recomendaciones que tienen por objeto asegurar el respeto, la protección y la realización efectiva del derecho a la salud de todos los trabajadores migratorios.

* Documento presentado con retraso.



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–5	3
II. Marco conceptual	6–18	4
A. Obligaciones de los Estados	11–12	5
B. Participación	13–15	6
C. Rendición de cuentas	16–18	7
III. Cuestiones específicas	19–75	7
A. Obligaciones de los Estados en la etapa previa a la partida	19–27	7
B. Políticas de inmigración	28–37	10
C. Acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud	38–45	13
D. Trabajos peligrosos, degradantes o sucios y salud ocupacional	46–61	16
E. Salud mental	62–69	21
F. Las mujeres y la salud sexual y reproductiva	70–75	23
IV. Conclusión y recomendaciones	76	25

I. Introducción

1. La migración laboral internacional contemporánea se ve impulsada por la globalización y las políticas económicas neoliberales que promueven la desregulación de los mercados de trabajo, lo que incluye el flujo de mano de obra barata y poco cualificada¹. Se calcula que unos 105 millones de personas trabajan actualmente fuera de sus países de origen². Las remesas que envían los trabajadores migratorios, cuya cuantía es superior a la de la asistencia oficial para el desarrollo proporcionada a los países en desarrollo³, contribuye en gran medida al crecimiento de la economía de los hogares y a la mejora de los factores determinantes básicos de la salud, como la vivienda y la educación. El proceso de migración puede tener consecuencias importantes en la salud de los trabajadores migratorios, y si se gestiona mal puede contrarrestar los beneficios económicos y sociales.

2. En el presente informe se aborda la cuestión del ejercicio del derecho a la salud de las personas que emigran de un país (Estado de origen) a otro país (Estado de destino) para conseguir un empleo remunerado y que realizan trabajos de cualificación media o baja en los Estados de destino. El ámbito de estudio se limita a los trabajadores migratorios ya que ciertas cuestiones, como las relativas a las agencias de contratación, los reconocimientos médicos obligatorios y la salud ocupacional, son fuente de graves violaciones del derecho a la salud y, por tanto, requieren una investigación por separado. No obstante, asuntos como el acceso a la atención sanitaria en los Estados de destino afectan de igual modo a otros migrantes, como los refugiados, y el análisis puede hacerse extensivo a todos los grupos de migrantes. Algunas personas emigran a través de vías oficiales, otras lo hacen a través de vías no oficiales, mientras que otras alternan entre ambas. El término "irregular" se utiliza para referirse al trabajador migratorio que vive o trabaja en el Estado de destino sin disponer de permiso, mientras que "regular" se aplica al trabajador migratorio que tiene permiso para vivir y trabajar en el Estado de destino. En el presente informe se presta atención especial al trabajo doméstico y al trabajo en el sector de la construcción, la industria del sexo y la agricultura, como ejemplos de empleos sucios, peligrosos y degradantes que son desempeñados frecuentemente por ese grupo de trabajadores.

3. En general, cuando inician el proceso de migración los trabajadores migratorios disfrutan de una salud relativamente buena⁴. Sin embargo, la complejidad y la diversidad de las circunstancias que jalonan las diversas etapas del ciclo de migración pueden volverlos muy vulnerables a enfermedades físicas y mentales, poniendo en peligro el disfrute de otros derechos⁵. Por ejemplo, los trabajadores migratorios en situación irregular pueden verse expuestos a riesgos extremos para su salud durante el tránsito hasta el Estado de destino debido a las condiciones peligrosas en las que tienen que viajar, muchas veces hacinados o escondidos en buques o camiones⁶. También pueden ser víctimas de violencia física y

¹ Por ejemplo, el Modo 4 previsto en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios tiene por objeto abrir las fronteras a la libre circulación de servicios, pero no se exige a los Estados que garanticen la protección de los trabajadores migratorios. Véase Tomer Broude, "The WTO/GATS Mode 4, International Labour Migration Regimes and Global Justice", Documento de investigación N° 7-07 (mayo de 2007), pág. 28.

² Organización Internacional para las Migraciones (OIM), página sobre migración laboral, puede consultarse en: <http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/what-we-do/labour-migration.html>.

³ Banco Mundial, Migration and Development Brief 19 (2012), pág. 1.

⁴ A/HRC/14/30, párr. 23.

⁵ OIM, Migración y salud para beneficio de todos (2004), documento MC/INF/275.

⁶ OIM, "Migration: A social determinant of the health of migrants", Background paper (2006), pág. 8, puede consultarse en: <http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>.

sexual a lo largo del viaje⁷. La escasa o nula atención sanitaria durante el tránsito puede aumentar la carga de morbilidad, en particular por lo que respecta a las enfermedades no transmisibles sin tratar⁸. El establecimiento de campamentos en los países de tránsito⁹ o los programas de regreso voluntario asistido al país de origen¹⁰ pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad en materia de salud de los trabajadores migratorios en situación irregular.

4. La necesidad económica, la falta de información y los bajos niveles educativos y de formación pueden abocar a los trabajadores migratorios a empleos sucios, peligrosos, degradantes y mal regulados. Además, la falta de garantías eficaces para proteger los derechos de los trabajadores migratorios que realizan ese tipo de trabajos, unido a las prácticas explotadoras de las agencias de colocación, los intermediarios y los empleadores sin escrúpulos, generan unas condiciones de vida y de trabajo que impiden la plena realización del derecho a la salud.

5. Las diferencias culturales y lingüísticas pueden aumentar la vulnerabilidad de los trabajadores migratorios en los Estados de destino, especialmente cuando no existen redes familiares o sociales de apoyo. Los obstáculos en materia legal, informativa y laboral para acceder a establecimientos, bienes y servicios de salud también pueden agudizar la vulnerabilidad. Los migrantes en situación irregular se enfrentan a dificultades aún mayores porque, aún en caso de tener derecho a prestaciones de salud, estar protegidos por leyes de seguridad y salud en el trabajo o tener acceso a mecanismos de reparación, estos derechos son más limitados que los que se aplican a los demás trabajadores, añadiéndose además la constante amenaza que suponen la detención y la expulsión. Las leyes que vinculan el control de la inmigración y los sistemas de salud son particularmente nefastas porque se convierten en un obstáculo directo al acceso a la atención sanitaria y perpetúan la discriminación y el estigma en lugar de promover la inclusión social.

II. Marco conceptual

6. El derecho a la salud está recogido principalmente en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. La Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolla e interpreta el concepto del derecho a la salud. En ella se dispone que los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de todas las personas, incluidos los trabajadores migratorios. Los Estados tienen también la obligación de mejorar los factores determinantes básicos de la salud —requisitos previos para el ejercicio del derecho a la salud— tales como la educación, la alimentación nutritiva, el agua potable, el saneamiento adecuado, y las condiciones de vida y de trabajo seguras y saludables. La migración debe considerarse un determinante básico, ya que la etapa previa a la salida y la de reintegración en los Estados de origen, así como las etapas de llegada, estancia e integración en los Estados de destino determinan el resultado sanitario de los trabajadores migratorios.

⁷ OIM, *Migrants' needs and vulnerabilities in the Limpopo Province, Republic of South Africa*, Report on Phase Two, febrero-marzo de 2009 (2009).

⁸ OMS, *Salud de los migrantes*, (abril de 2008), documento A/61/12, párr. 17, puede consultarse en: http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant_human_rights_032509/nygren_krug_es.pdf.

⁹ OIM, *Migration Health*, Informe de las actividades de la OIM en 2011 (2011).

¹⁰ OIM, *Tanzania's Mixed Migration Unit*, prospecto informativo, puede consultarse en: <http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/Country/docs/IOM-Info-Sheet-MMU-221012-Final.pdf>.

7. En varios instrumentos jurídicos internacionales se reconocen explícitamente los derechos de los trabajadores migratorios. La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de 1990, define detalladamente los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares a lo largo de todo el proceso de migración, ajustando las obligaciones de los Estados en función de cada etapa del proceso en cuestión, incluidas la salida y el regreso a los Estados de origen, el tránsito y el empleo en los Estados de destino.

8. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en varios de sus convenios y recomendaciones impone obligaciones a los Estados¹¹, así como ciertos deberes a las agencias de contratación, pidiéndoles que adopten medidas para prevenir los abusos y la explotación de los trabajadores migratorios¹². Presta especial atención a la salud y la seguridad en el trabajo de los trabajadores migratorios y recomienda la adopción de medidas que promuevan la reunificación de las familias¹³, lo que puede tener un efecto positivo en la salud mental ya que las familias proporcionan apoyo social a los trabajadores migratorios.

9. En su resolución sobre la salud de los migrantes, la Asamblea Mundial de la Salud recomienda que los Estados promuevan políticas de salud que tengan en cuenta a los migrantes, incluida la facilitación de información y la prestación de servicios, y fomenten el acceso en condiciones de igualdad a los recursos de la sanidad pública¹⁴.

10. Habida cuenta de que la no discriminación orienta todos los aspectos de la política del Estado, el marco del derecho a la salud no permite distinción alguna entre los trabajadores migratorios, tanto en situación regular como irregular, y los nacionales del Estado de que se trate. El planteamiento a este respecto es diferente del que se hace en la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, que contempla el acceso de los trabajadores migratorios a los establecimientos, bienes y servicios de salud solamente en caso de urgencia¹⁵. La aplicación del principio de no discriminación exige que tanto los ciudadanos como los no ciudadanos, incluidos los trabajadores migratorios en situación irregular, puedan disfrutar en igualdad de condiciones de los derechos socioeconómicos, como el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud¹⁶.

A. Obligaciones de los Estados

11. Para hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados deben adoptar y aplicar una política nacional de salud basada en datos objetivos que no discrimine a los no nacionales¹⁷ y tenga en cuenta las necesidades de los trabajadores migratorios en situación irregular y

¹¹ Organización Internacional del Trabajo (OIT), Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), 1925 (Nº 19), Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (Nº 97), Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (Nº 118), Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (Nº 143), Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (Nº 189).

¹² OIT, Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (Nº 181).

¹³ OIT, Recomendación sobre los trabajadores migrantes, 1975 (Nº 151), párr. 13.

¹⁴ 61ª Asamblea Mundial de la Salud, resolución sobre la salud de los migrantes (24 de mayo de 2008), documento WHA61.17.

¹⁵ Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, art. 28.

¹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación general Nº 30 (2004) sobre la discriminación contra los no ciudadanos, párrs. 29 y 36.

¹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general Nº 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, párr. 38.

regular en todas las etapas del proceso de migración, incluidas la etapa previa a la partida y la de regreso. Como parte de su obligación de promover el derecho a la salud, los Estados deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud, con inclusión de los planes de seguros médicos existentes, a los trabajadores migratorios en igualdad de condiciones que a los demás nacionales.

12. Todos los Estados que intervienen en el proceso de migración deben cumplir con su obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de todas las personas sujetas a su jurisdicción, incluidos los trabajadores migratorios. Los Estados suelen concertar acuerdos bilaterales y memorandos de entendimiento no vinculantes que regulan los flujos de migración laboral y establecen términos y condiciones que deben ser respetados¹⁸. La estructura normativa establecida en esos acuerdos debe ser aplicable y reflejar los principios del derecho a la salud, en particular la no discriminación, el empoderamiento, la participación, la transparencia y la rendición de cuentas de los agentes estatales y no estatales.

B. Participación

13. La participación de las comunidades afectadas en los procesos de adopción de decisiones es un factor fundamental en el marco del derecho a la salud. Los Estados no deben discriminar por razones de nacionalidad o situación jurídica¹⁹ y han de prestar atención especial a los grupos vulnerables, como los trabajadores migratorios poco cualificados y en situación irregular, para protegerlos de violaciones de sus derechos por terceros, como agencias privadas de contratación, intermediarios y empleadores.

14. Por consiguiente, los Estados deben garantizar la participación de los trabajadores migratorios, incluidos los que están en situación irregular, en la formulación, la aplicación, la vigilancia y el control del cumplimiento de leyes y políticas, así como en la negociación de acuerdos bilaterales. Dado que los sindicatos desempeñan una función primordial en la promoción de los derechos de los trabajadores²⁰, incluida la salud ocupacional²¹, debe alentarse a los trabajadores migratorios en situación regular e irregular a que constituyan sindicatos o se afilien a ellos. Para que la participación sea efectiva, en particular la de los trabajadores en situación irregular, los Estados deben adoptar medidas positivas destinadas a crear un entorno en el que estos grupos puedan participar sin temor a ser sancionados. El acceso a información oportuna y precisa es un requisito previo para la participación efectiva de los migrantes en la adopción de decisiones relativas a la salud.

15. Los Estados, en particular los Estados de destino, deben garantizar la participación de los trabajadores migratorios en los procesos de adopción de decisiones y las estrategias de sensibilización, sobre todo en relación con el acceso a los servicios de salud. Esta participación servirá también para concienciar a las personas que decidan emigrar por razones laborales acerca de los factores de estrés asociados a la migración, las prácticas de contratación ilegales, los derechos de los migrantes en los Estados de origen y de destino y las obligaciones de los empleadores extranjeros²². La participación de la comunidad contribuirá a que los servicios de salud sean cultural y lingüísticamente apropiados para los

¹⁸ OIT, Acuerdo-tipo sobre las migraciones temporales y permanentes de trabajadores, con inclusión de la migración de refugiados y personas desplazadas, Recomendación sobre los trabajadores migrantes (revisada en 1949) (Nº 86), anexo.

¹⁹ CESCR, Observación general Nº 20, párr. 36.

²⁰ CESCR, Observación general Nº 18 (2006) sobre el derecho al trabajo, párr. 54.

²¹ A/HRC/20/15, párr. 35.

²² CARAM Asia, *From Voices to Actions: Empowering Migrant Communities through Participatory Action Research* (2009), pág. 60.

trabajadores migratorios²³. En algunos Estados, las organizaciones de la sociedad civil han logrado que los trabajadores migratorios participen en programas de divulgación y orientación cuyo resultado ha sido la aportación de información cultural y lingüísticamente adecuada a los interesados²⁴, alentando así las iniciativas dirigidas por la comunidad.

C. Rendición de cuentas

16. El derecho a la salud obliga a los Estados a establecer mecanismos eficaces y accesibles para exigir responsabilidades a todos los garantes de derechos. Los no ciudadanos, como los trabajadores migratorios, también tienen derecho a acceder a recursos jurídicos para denunciar las violaciones de que puedan ser objeto²⁵. Aunque los Estados son los principales garantes del derecho a la salud, tienen además la obligación de garantizar que los agentes no estatales, como las agencias de colocación y los empleadores, rindan cuentas por las violaciones del derecho a la salud de los trabajadores migratorios.

17. La rendición de cuentas entraña la existencia de marcos normativos sólidos en todos los sectores laborales, con mecanismos independientes, para hacer efectivos los derechos y velar por que se respeten. El control estricto fomentará la transparencia y prevendrá la explotación, la colusión y los abusos por parte de las agencias de colocación, los empleadores y las autoridades gubernamentales²⁶.

18. Los Estados de origen y de destino también deben garantizar la reparación jurídica por medio de mecanismos de tipo judicial o cuasijudicial para que los trabajadores migratorios puedan hacer valer sus derechos ante los agentes estatales y no estatales. Asimismo, los Estados deben prever una compensación adecuada, mediante indemnización, reparación y garantías de no repetición, en caso de vulneración del derecho a la salud. La compensación o reparación debe incluir además la aplicación de medidas temporales, como puede ser la facilitación de centros de acogida para trabajadores domésticos que hayan sido víctimas de abusos.

III. Cuestiones específicas

A. Obligaciones de los Estados en la etapa previa a la partida

Acceso a la información

19. La plena realización del derecho a la salud depende en gran medida de que el Estado cumpla su obligación de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de información precisa que ayude a tomar decisiones en relación con la emigración. También debe proporcionarse información a los posibles trabajadores migratorios, en particular sobre los derechos que les asisten, porque ello les hace ser más conscientes de los posibles abusos y explotación a que podrían verse expuestos por parte de los distintos agentes que intervienen en el proceso de migración.

²³ OIM, Misión a Tailandia, *Healthy Migrants, Healthy Thailand: A migrant health program model* (2009), pág. 87, puede consultarse en: http://publications.iom.int/bookstore/free/Healthy_Migrants_Healthy_Thailand.pdf.

²⁴ Brahm Press (Raks Thai Foundation), *Migrant's Health and Vulnerability to HIV/AIDS in Thailand* (sin fecha), pág. 28, puede consultarse en: http://ns4439.ukserverhosting.net/dmdocuments/Migrant_health_and_HIV_vulnerability_in_Thailand_phamit.pdf.

²⁵ CERD, Recomendación general N° 30, párr. 18.

²⁶ Migrant Forum in Asia, *Labour Recruitment to the UAE: Gaps between policy and practice in Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, and the Philippines* (2011).

20. En la etapa previa a la partida debe proporcionarse información sobre los costos que conlleva el proceso migratorio, las agencias de colocación y las condiciones de trabajo, así como datos prácticos sobre los Estados de destino, los peligros y beneficios potenciales que entraña la migración a un país determinado, los riesgos asociados a la migración y el empleo y la manera de evitarlos²⁷. Asimismo, debe informarse sobre las políticas de los Estados de destino, por ejemplo las relativas a los reconocimientos médicos obligatorios, el derecho a los servicios de atención sanitaria y la manera de acceder a estos. Los métodos más comunes para difundir esa información son la publicación de avisos y de listas de las agencias, tanto con licencia como inhabilitadas, en páginas web y periódicos²⁸, así como la organización de campañas informativas en los medios de comunicación²⁹.

21. En algunos países se organizan sesiones de orientación cuando falta poco tiempo para la partida con el fin de preparar a los trabajadores migratorios para su estancia en el Estado de destino³⁰ y de impartirles formación para el desempeño de sus actividades laborales³¹. Durante estas sesiones debería proporcionarse a los trabajadores migratorios información fácilmente comprensible sobre sus derechos, información sanitaria, como la prevención del contagio de enfermedades transmisibles como el VIH, e información sobre los servicios de salud existentes en los Estados de destino. Las sesiones de formación previas a la partida son fundamentales para informar a los trabajadores migratorios sobre los derechos que les asisten con respecto al Estado de destino y a los empleadores³². Asimismo, en estas sesiones debería proporcionarse información sobre los mecanismos de recurso disponibles, como la protección consular, en caso de abusos, explotación u otras violaciones de sus derechos³³. Los Estados deben velar por que la información que se difunda en las sesiones previas a la partida, con inclusión de las sesiones organizadas por agencias de colocación, sea exacta y pertinente.

22. Debería alentarse a los trabajadores migratorios que regresan a sus países de origen y a las organizaciones que se ocupan de esos trabajadores a que organicen sesiones informativas y de capacitación para que las personas que van a viajar al extranjero con fines laborales sean conscientes de las situaciones y experiencias a las que podrían enfrentarse en los Estados de destino y de los recursos de los que disponen en caso de ser objeto de abusos y explotación o de necesitar ayuda³⁴. Sin embargo, como las sesiones previas a la partida suelen realizarse poco antes de esta³⁵, los trabajadores migratorios no disponen de tiempo suficiente para procesar la información. Por lo tanto, las sesiones y los cursos de capacitación que se organicen en esta etapa deberán estar diseñados e impartirse de tal modo que los trabajadores migratorios sean capaces de asimilar al máximo la información que reciban. Asimismo, deben organizarse sesiones de orientación posteriores a la llegada para reforzar y contextualizar la información proporcionada en las sesiones previas a la

²⁷ OIT, *Protecting the Rights of Migrant Workers: A Shared Responsibility* (2009), pág. 7.

²⁸ Dirección de Empleo en el Extranjero de Filipinas, Estatuto de las agencias de contratación, puede consultarse en: <http://www.poea.gov.ph/cgi-bin/aglist.asp?mode=all>.

²⁹ Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, *Information Campaigns on Safe Migration and Pre-Departure training* (2008), pág. 22.

³⁰ Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration in Pakistan and the Philippines*, Conferencia de Arusha, *New Frontiers of Social Policy* (12 a 15 de diciembre de 2005).

³¹ A. K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme: Study of Good Practices in Asia, A comparative Study of Bangladesh, the Philippines and Sri Lanka* (s.n., s.d.), pág. 88.

³² OIT, *Multilateral Framework on Labour Migration: Non-binding principles and guidelines for a rights-based approach to labour migration* (2006), directriz 12.

³³ *Ibid.*, directriz 12.8.

³⁴ OIM, *Migrant Resource Centres, An Initial Assessment*, IOM Migration Research Series N° 40, (2010), puede consultarse en: http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS_40.pdf.

³⁵ A. K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme*, pág. 104 (véase la nota 31).

partida a fin de ayudar a los trabajadores migratorios a integrarse en los Estados de destino³⁶.

Reglamentación de las agencias de contratación

23. Los Estados tienen la obligación de proteger el derecho a la salud de las personas contra la injerencia de terceros. Las agencias de contratación, que son en su mayoría empresas privadas, suelen ser el primer punto de contacto en el proceso de migración formal para los trabajadores migratorios poco cualificados, muchos de ellos analfabetos y pobres. Las agencias proporcionan información a los trabajadores migratorios sobre las oportunidades de empleo y las condiciones de vida y de trabajo en los Estados de destino, servicio por el que cobran unos honorarios. También gestionan la documentación necesaria para la migración, por lo que desempeñan un papel fundamental en la orientación de los trabajadores migratorios en etapas importantes del proceso de migración³⁷. La dependencia de las agencias de contratación puede hacer a los trabajadores migratorios vulnerables a la explotación y los abusos, por lo que los Estados de origen deben regular el funcionamiento de estas agencias.

24. Como parte esencial de la protección del derecho a la salud de los trabajadores migratorios, los Estados deben garantizar el control y la rendición de cuentas de las agencias de contratación. Los Estados pueden controlar a las agencias de contratación mediante la legislación, estableciendo requisitos para la obtención de licencias obligatorias, elaborando periódicamente informes y llevando a cabo actividades de vigilancia e inspección independientes³⁸. Las actividades de vigilancia son también necesarias para impedir que agencias de contratación ilegales entren en el mercado y exploten a los trabajadores migratorios³⁹.

25. Para evitar la explotación, los Estados deben garantizar que en los contratos de trabajo por escrito se incluyan cuestiones como los factores determinantes básicos de la salud, entre ellos la salud ocupacional, el acceso a los establecimientos, los bienes y los servicios de salud, y el pago de indemnizaciones por muerte o lesiones a causa de accidentes laborales, así como mecanismos para la solución de conflictos⁴⁰.

26. Algunos Estados prohíben que las agencias contraten a trabajadores en general o a un determinado grupo de trabajadores, como los trabajadores domésticos, para países o empleadores que habitualmente privan a los migrantes de períodos de descanso adecuado, alimentación nutritiva, atención médica y sueño⁴¹. Sin embargo, como esa prohibición puede dar lugar a que los trabajadores migratorios, en su afán por conseguir empleo en el extranjero, recurran a rutas que entrañan mayores riesgos, los Estados de origen deben

³⁶ Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, pág. 107 (véase la nota 30); OIT, *Multilateral Framework on Labour Migration*, directrices 12.1 y 12.2 (véase la nota 32).

³⁷ Dovelyn Rannveig Agunias, *Migration's Middlemen: Regulating Recruitment Agencies in the Philippines – UAE Corridor*, (2010).

³⁸ Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW), Observación general N° 1 (2010) sobre los trabajadores domésticos migratorios, párr. 34; OIT, *Guía para las empresas de empleo privadas: Regulación, monitoreo y ejecución* (2007), pág. 13.

³⁹ Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE), OIT, OIM, *Handbook on Establishing Effective Labour Migration Policies in Countries of Origin and Destination* (2006).

⁴⁰ OIT, *Guía para las agencias de empleo privadas*, págs. 27 y 28 (véase la nota 38); Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, pág. 11 (véase la nota 30).

⁴¹ Comisión de Auditoría de Filipinas, *Sectoral Performance Audit Report on the Overseas Workers' Welfare Program of the Government (CYs 2005 and 2006)* (Quezon City, 2008), págs. 24 y 25, véase www.coa.gov.ph/GWSPA/GWSPA.htm.

garantizar que los acuerdos bilaterales con los Estados de destino establezcan mecanismos de observancia y protección sólidos contra los abusos y la explotación.

27. Los Estados deben garantizar que los trabajadores migratorios tengan acceso a recursos jurídicos, incluida la indemnización, en los casos en que las agencias de contratación hayan contribuido a la violación de sus derechos o no hayan cumplido los requisitos previstos en la ley o la política nacional⁴².

B. Políticas de inmigración

28. Las políticas de inmigración, como las pruebas médicas obligatorias, la detención y la expulsión, especialmente cuando se incluyen en acuerdos bilaterales entre Estados, requieren para su cumplimiento la participación de los Estados de origen y de destino. Esas políticas de inmigración, en particular las que se incorporan en los acuerdos bilaterales, deben ser conformes con la obligación de los Estados (de origen y de destino) de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de los trabajadores migratorios.

Pruebas médicas obligatorias

29. Muchos Estados de destino exigen en el marco de sus políticas de inmigración que los trabajadores migratorios se sometan a pruebas médicas obligatorias para comprobar determinadas condiciones de salud, como el VIH⁴³, la tuberculosis⁴⁴ y el embarazo⁴⁵. Aunque bastantes países han suavizado las restricciones de viaje relacionadas con el VIH, las pruebas obligatorias de detección del VIH para obtener permisos de residencia y de trabajo⁴⁶, especialmente para los trabajadores migratorios poco calificados⁴⁷, se mantienen en más de 40 países. Esta situación persiste a pesar del compromiso de los Estados de promulgar leyes que supriman todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH⁴⁸ y de las recomendaciones de que no se realizaran pruebas obligatorias a los trabajadores migratorios⁴⁹.

30. La justificación de las pruebas obligatorias se basa en la protección y preservación de la salud pública y los recursos en el Estado de destino⁵⁰. Sin embargo, los análisis

⁴² OIT, *Multilateral Framework on Labour Migration*, directriz 10 (véase la nota 32).

⁴³ Oficina Subregional de la OIT para Asia Oriental y Organización Internacional para las Migraciones (OIM), *Mandatory HIV testing for employment of migrant workers in eight countries of South-East Asia: From discrimination to social dialogue*, (2009), puede consultarse en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-13-2.pdf>.

⁴⁴ John Welshman y Alison Bashford, "Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, N° 4 (abril de 2006), págs. 282 a 284.

⁴⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *HIV Vulnerabilities of Migrant Women: from Asia to the Arab States, Shifting from silence, stigma and shame to safe mobility with dignity, equity and justice* (2008), pág. 32.

⁴⁶ ONUSIDA, HIV-related restriction on entry, stay and residence (julio de 2012), puede consultarse en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120724CountryList_TravelRestrictions_July2012.pdf; Jeffrey V. Lazarus y otros, "HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, N° 2 (enero de 2010).

⁴⁷ Joseph J. Amon y Katherine Wiltenburg Todrys, "Fear of Foreigners: HIV-related restrictions on entry, stay, and residence", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 11, N° 8 (diciembre de 2008).

⁴⁸ Resolución 65/277 de la Asamblea General, párr. 79.

⁴⁹ Véase la Recomendación de la OIT sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo, 2010 (N° 200).

⁵⁰ Richard Coker, "Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV", *Asylum and Migration Working Paper I* (Institute for Public Policy Research, 2003).

obligatorios, especialmente para la detección del VIH, no solo son contraproducentes para el enfoque de salud pública, sino que son también una violación del derecho a la salud. Las pruebas médicas obligatorias no tienen en cuenta el período silente necesario para realizar un análisis preciso⁵¹. Además, en los casos en que los resultados negativos del análisis sean incorrectos, los interesados pueden mantener relaciones sexuales de riesgo y exponer a sus parejas sexuales a un riesgo mayor⁵². Los resultados positivos incorrectos pueden dar lugar a traumas mentales entre los trabajadores migratorios, teniendo en cuenta el estigma que puede estar asociado con determinadas condiciones de salud. Además, como su situación de inmigración tanto en los Estados de origen como en los de destino depende de estas pruebas, los trabajadores migratorios pueden tratar de evitarlas, falsificar documentos o incluso poner fin al tratamiento⁵³, dificultando así la resistencia a la enfermedad. El reconocimiento médico obligatorio tampoco es una garantía contra la no transmisión de enfermedades contagiosas una vez que los trabajadores migratorios estén en el Estado de destino.

31. Las pruebas obligatorias también son incompatibles con el derecho a la salud, ya que se realizan sin el consentimiento informado y no respetan los derechos a la autonomía, la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de la información médica⁵⁴. Las limitaciones al derecho a la salud y al consentimiento informado, incluso por razones de salud pública, deberían fundamentarse en pruebas científicas, deben ser la alternativa disponible menos restrictiva y respetar la dignidad, las libertades y los derechos humanos⁵⁵.

32. En algunos casos, aun cuando esté prohibido por las leyes de los Estados de origen, los trabajadores migratorios que van a salir de su país pueden ser sometidos a las pruebas obligatorias porque el Estado de destino puede exigirlos antes de concederles los permisos de trabajo⁵⁶. Las políticas de los Estados de destino que exigen pruebas obligatorias exclusivamente para los trabajadores migratorios que van a entrar en el país pueden ser además discriminatorias si no se exige a otros extranjeros en situación similar, por ejemplo a los turistas o incluso a los diplomáticos⁵⁷, someterse a esas pruebas obligatorias.

33. Además, los resultados de las pruebas se comunican a los empleadores o a las agencias de empleo sin el consentimiento del trabajador migratorio⁵⁸, incumpliendo el requisito de la confidencialidad y en contradicción con las recomendaciones internacionales⁵⁹. Además, los protocolos de asesoramiento anteriores y posteriores a las pruebas pueden no ser observados, aun cuando lo exija la ley⁶⁰. Sin embargo, el enfoque basado en el derecho a la salud requiere que el asesoramiento, las pruebas voluntarias y el

⁵¹ Véase A/64/272.

⁵² Phillip Nieburg y otros, "Moving Beyond the U.S. Government Policy of Inadmissibility of HIV-Infected Noncitizens", A Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS (marzo de 2007), pág. 6.

⁵³ Irving E. Salit y otros, "Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, N° 7 (marzo de 2005), págs. 884 a 888.

⁵⁴ A/64/272.

⁵⁵ *Ibid.*, párrs. 30 y 31.

⁵⁶ OIT y OIM, *Mandatory HIV testing*, pág. 55 (véase la nota 43).

⁵⁷ John Welshman y Alison Bashford, "Tuberculosis, migration, and medical examination", pág. 282 (véase la nota 44); Immigration New Zealand, "General Medical Certificate", puede consultarse en: <http://www.immigration.govt.nz/NR/rdonlyres/DE431E92-0ADE-4B5F-81F9-18DF08E5B2EA/0/INZ1007November2012.pdf>.

⁵⁸ ACHIEVE y CARAM, *Health at Stake: Access to Health of Overseas Filipino Workers*, Informe de 2005 (2006), pág. 16.

⁵⁹ OMS, ONUSIDA, *Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation and Implementation* (2001), documento WHO/CDS/CSR/EDC/2001.16-UNAIDS/01.22E.

⁶⁰ CARAM Asia, *State of Health of Migrants 2007: Mandatory testing* (2007), pág. 41.

tratamiento se aborden como un proceso continuo de atención de salud⁶¹. Los trabajadores migratorios cuyas pruebas para el VIH den resultado positivo pueden permanecer en una situación irregular, haciéndolos más vulnerables a los abusos de los empleadores y reduciendo su posibilidad de acceder a tratamiento médico. En los casos de embarazo, las mujeres pueden recurrir al aborto ilegal en condiciones de riesgo para evitar la expulsión⁶². Además, las pruebas obligatorias estigmatizan a los que son expulsados como consecuencia de que los resultados de los análisis hayan sido positivos.

Detención y expulsión

34. Los Estados de destino aducen con frecuencia motivos de salud pública para detener y expulsar a trabajadores migratorios con determinadas condiciones de salud, como el VIH, la hepatitis C o la hepatitis B⁶³. Al vincular las políticas de inmigración con la condición de salud, se incumplen los requisitos de confidencialidad, asesoramiento y remisión que establece el derecho a la salud.

35. Para que las restricciones puedan calificarse como una excepción de salud pública deben estar previstas por la ley, ser estrictamente necesarias, establecerse por el menor período posible, basarse en pruebas científicas y ser la alternativa disponible menos restrictiva. Como existen alternativas menos restrictivas que la detención⁶⁴, el aislamiento, en lugar de la detención, debe estar previsto por la ley y utilizarse solo cuando sea necesario, como medida de último recurso, especialmente en los casos de enfermedades transmisibles⁶⁵.

36. Los centros de detención están a menudo superpoblados, no cumplen las normas básicas de higiene y no proporcionan alimentos nutritivos y agua suficientes. Han sido descritos como centros de abuso y violencia contra los trabajadores migratorios⁶⁶. Los largos períodos de detención y las malas condiciones de vida en los centros de detención facilitan la transmisión de enfermedades contagiosas y pueden tener un efecto devastador en la salud mental de los trabajadores migratorios⁶⁷. Se ha denunciado que en algunos centros de detención no hay servicios de atención de salud o es difícil acceder a ellos y son de mala calidad, lo que es particularmente preocupante para los trabajadores migratorios detenidos debido a su condición de salud⁶⁸. Los trabajadores migratorios que viven con el VIH se han enfrentado a la estigmatización y el acoso como resultado de la falta de confidencialidad en los centros de detención⁶⁹. Cuando los Estados persisten en la detención

⁶¹ A/64/272, párr. 93.

⁶² Human Rights Watch (HRW), *Singapore - Maid to Order: Ending Abuses against Migrant Domestic Workers in Singapore*, vol. 17, N° 10 (C) (diciembre de 2005), pág. 92.

⁶³ Sevil Sönmez y otros, "Human rights and health disparities for migrant workers in the UAE", *Health and Human Rights*, vol. 13, N° 2 (2011); ONUSIDA, *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (2009), pág. 5.

⁶⁴ A/HRC/13/30, párrs. 52 a 61; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Vélez Loor vs. Panamá*, sentencia de 23 de noviembre de 2010; A/HRC/20/24, pág. 4.

⁶⁵ OMS, "Guidance on human rights and involuntary detention for XDR-TB control" (2007).

⁶⁶ Federación Internacional de los Derechos Humanos y Suara Rakyat Malaysia, "Undocumented migrants and refugees in Malaysia: Raids, Detention and Discrimination, N° 489/2 (marzo de 2008); HRW, *Ukraine - On the Margins: Rights Violations against Migrants and Asylum Seekers at the New Eastern Border of the European Union* (noviembre de 2005).

⁶⁷ A/HRC/14/20/Add.4, párr. 92; Cathy Zimmerman, Ligia Kiss y Mazedda Hossain, "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making", *PLOS Medicine*, vol. 8, N° 5 (mayo de 2011), págs. 1 a 6.

⁶⁸ HRW, *Discrimination, Denial and Deportation, Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*, (junio de 2009).

⁶⁹ HRW, *United States - Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants Detained by the United States* vol. 19, N° 5 (G) (diciembre de 2007).

de inmigrantes, deberían, como mínimo, proporcionar a los detenidos condiciones de vida adecuadas, exámenes médicos consensuados y garantizar que los servicios de salud física y mental confidenciales y de calidad estén disponibles y sean accesibles puntualmente⁷⁰.

37. El miedo a la detención y a la expulsión disuade a los trabajadores migratorios de acceder a la atención de salud⁷¹, lo que puede poner en peligro su salud y la de la población en general, socavando así los motivos de salud pública aducidos para la detención y la expulsión. Además, los empleadores pueden hacer un mal uso de las leyes que prevén la detención y la expulsión para explotar a los trabajadores migratorios⁷². El miedo a la detención y la expulsión hace que los trabajadores migratorios sean más vulnerables y que no puedan disfrutar del derecho a la salud y sus factores determinantes básicos. Para hacer efectivo el derecho a la salud de los trabajadores migratorios, los Estados deberían tratar de elaborar políticas alternativas a la detención más acordes con el derecho a la salud⁷³. Además, si no son remitidos a servicios de asesoramiento y tratamiento, los trabajadores migratorios expulsados también pueden tener dificultades para acceder a establecimientos, bienes y servicios de salud al regresar al Estado de origen.

C. Acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud

Discriminación

38. Garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud de manera no discriminatoria, especialmente para los sectores de la población más vulnerables, como los trabajadores migratorios, es una obligación fundamental en el marco del derecho a la salud. La no discriminación requiere que los trabajadores migratorios en situación regular e irregular gocen en condiciones de igualdad de las libertades y los derechos reconocidos a los nacionales de los Estados. Sin embargo, el acceso a la atención de salud en muchos Estados de destino se rige por políticas restrictivas de inmigración y por la percepción pública de que los trabajadores migratorios "no son merecedores de ello", particularmente los que están en situación irregular⁷⁴. Como consecuencia de la crisis económica mundial y de las medidas de austeridad conexas, los Estados han aprobado leyes que establecen limitaciones a las prestaciones de atención de salud de las que anteriormente disponían los trabajadores migratorios⁷⁵. Esas limitaciones son contrarias a la obligación de los Estados de abstenerse de adoptar medidas regresivas que incidan en la salud.

39. Además, la distribución equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud es necesaria para garantizar que los más vulnerables no soporten una carga desproporcionada por encima de sus posibilidades. Es lamentable que en muchos Estados las leyes discriminatorias socaven en gran medida la atención de salud para los trabajadores

⁷⁰ Resolución 43/173 de la Asamblea General, anexo, principios 24 y 25.

⁷¹ FACHC, *Farmworkers in the Southeast: Alabama, Florida, Georgia, Mississippi* (noviembre de 2011), puede consultarse en: <http://www.fachc.org/pdf/Farmworkers%20in%20the%20Southeast.pdf>.

⁷² HRW, *For a Better Life: Migrant Worker Abuse in Bahrain and the Government Reform Agenda* (octubre de 2012).

⁷³ Lutheran Immigration and Refugee Service, *Unlocking liberty: A way forward for U.S. immigration detention policy* (sin fecha).

⁷⁴ Sarah Willen, "Migration, "illegality" and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness", *Social Science & Medicine*, vol. 74, N° 6 (marzo de 2012) págs. 805 a 811.

⁷⁵ OIM, "Health in the Post-2015 Development Agenda: The importance of migrants' health for sustainable and equitable development", Documento de posición (2012), pág. 4.

migratorios, especialmente los trabajadores migratorios en situación irregular⁷⁶. Aun en los casos en que a los empleadores se les exija por ley proporcionar cobertura de atención médica, esa cobertura puede incluir únicamente los servicios básicos y ser aplicada de forma inadecuada por las autoridades⁷⁷. En consecuencia, los trabajadores migratorios se ven obligados a pagar los gastos de atención de salud, incluida la atención de urgencia, que a veces son desproporcionadamente altos en comparación con sus ingresos⁷⁸.

40. El principio de acceso no discriminatorio se debilita cuando no se permite a los trabajadores migratorios en situación irregular acceder a los servicios de atención de salud no urgentes. En particular, la enfermedad mental rara vez se considera un problema de salud urgente⁷⁹. Estas insuficiencias dan lugar a diferencias inaceptables en la observancia de las garantías mínimas de salud para los trabajadores migratorios en situación irregular⁸⁰. Además, la denegación del acceso a la atención médica hasta que surja una situación de urgencia es incoherente con el derecho a la salud e ilógica⁸¹, ya que impone costes de salud y financieros a más largo plazo para los trabajadores migratorios y la sociedad.

41. Las políticas que vinculan el acceso a los sistemas de salud con el control de la inmigración discriminan a los migrantes en situación irregular. En algunos países se exige a los proveedores de atención de salud, so pena de sanción penal, que informen a las autoridades de inmigración sobre los migrantes en situación irregular⁸², lo que puede dar lugar a la detención y la expulsión. Como consecuencia, en lugar de buscar los canales oficiales de atención⁸³, los trabajadores migratorios en situación irregular recurren a opciones inseguras e ilegales. Esto los hace vulnerables a los abusos y la explotación y los expone a mayores riesgos para la salud.

Barreras administrativas

42. El derecho a la salud obliga a los Estados a proteger a los trabajadores migratorios contra partes no estatales que limiten su acceso a la atención de salud. A los trabajadores migratorios se les niegan a menudo los servicios de salud, en particular los servicios de remisión especializados debido a los ingresos que pueden demostrar, y a veces incluso a causa de una tramitación incompleta de la documentación⁸⁴. Para los trabajadores migratorios en situación irregular las barreras administrativas relacionadas con su incierta

⁷⁶ Plataforma para la Cooperación Internacional para Inmigrantes Indocumentados (PICUM), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (2007), pág. 7.

⁷⁷ CARAM Asia, comunicación presentada al Comité sobre los Trabajadores Migratorios para la elaboración de una observación general sobre los trabajadores domésticos migratorios (28 de agosto de 2002), pág. 5.

⁷⁸ PICUM, *Access to Health Care*, pág. 8 (véase la nota 76).

⁷⁹ *Ibid.*, pág. 9.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Anahi Viladrich, "Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review", *Social Science & Medicine*, vol. 74, N° 6 (marzo de 2012), pág. 824.

⁸² PICUM, *Access to Health Care*, pág. 45 (véase la nota 76).

⁸³ Heide Castañeda, "Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic", *Social Science & Medicine*, vol. 68, N° 8 (2009), pág. 1559; IRIN, "South Africa: Migrants' health care hit by deportations", (Johannesburgo, 20 de diciembre de 2011), puede consultarse en: <http://www.irinnews.org/Report/94511/SOUTH-AFRICA-Migrants-health-care-hit-by-deportations>.

⁸⁴ Richard Mines y otros, *Pathways to Farmworker Health Care*, Case Study N° 1: The East Coachella Valley, A baseline report of the Agricultural Worker Health Initiative (California Institute for Rural Studies, septiembre de 2002), págs. 20 y 21; Médicos del Mundo, European Observatory on Access to Healthcare, *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European Countries 2008 Survey report* (septiembre de 2009), pág. 69.

situación legal suelen ser un impedimento para la atención de la salud⁸⁵. Además, cuestiones como los horarios de oficina limitados o la fijación de límites en el número de las solicitudes tramitadas⁸⁶, también pueden actuar como barreras para el acceso.

Barreras lingüísticas y culturales

43. Un enfoque basado en el derecho a la salud requiere que los Estados difundan entre los trabajadores migratorios, tanto en situación regular como irregular, educación e información culturalmente apropiada relacionada con la salud. Sin embargo, en algunos Estados las medidas de austeridad contra los inmigrantes han reducido las subvenciones para los servicios de interpretación y traducción en los establecimientos de atención de salud⁸⁷. El desconocimiento del idioma local puede situar a los trabajadores migratorios en una situación de desventaja, ya que es posible que no puedan describir adecuadamente los síntomas para que se haga un diagnóstico preciso y se les prescriba un tratamiento de calidad⁸⁸. Además, la incapacidad para comprender la información y la educación relacionadas con la salud puede dar lugar a que los trabajadores migratorios tengan involuntariamente comportamientos arriesgados para la salud. Por lo tanto, los Estados deberían garantizar apoyo presupuestario para proporcionar servicios, intérpretes e información y educación de salud lingüísticamente apropiados.

44. La utilización de los servicios de salud puede estar influenciada por el contexto cultural de los trabajadores migratorios. La incompreensión cultural y la aprensión de procedimientos con los que no están tradicional y culturalmente familiarizados pueden actuar como barreras para el acceso⁸⁹. Por ello, los trabajadores migratorios pueden preferir médicos que practiquen sus medicinas tradicionales indígenas y que comprendan mejor sus enfermedades, frente a los proveedores de atención de salud del Estado de destino, a los que perciben como carentes de sensibilidad cultural para sus problemas de salud y, a veces, racistas y por lo tanto discriminatorios⁹⁰.

Interrupción del tratamiento

45. Garantizar el acceso continuo a los tratamientos y los medicamentos de manera no discriminatoria es fundamental para el marco del derecho a la salud. Los procesos y las presiones migratorios pueden exponer a los trabajadores migratorios a un mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles, en especial el VIH⁹¹. Por lo tanto, es necesario garantizar que el tratamiento continuo esté disponible para este sector de la población a lo largo de todo el proceso. La interrupción del tratamiento, la falta de seguimiento y el fracaso terapéutico son más frecuentes entre los inmigrantes que entre la población asentada⁹². Algunos Estados han adoptado marcos regionales, como el Convenio

⁸⁵ PICUM, *Access to Health Care*, pág. 8 (véase la nota 76).

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ OIM, "Health in the Post-2015 Development Agenda", pág. 4 (véase la nota 75).

⁸⁸ Solidaritas Perempuan, *State of Health of Indonesian Migrant Workers: Access to Health of Indonesian Migrant Workers*, Informe de 2005 (2006).

⁸⁹ European Health Management Association, "Barriers to Healthcare Services for Migrants", Policy Seminar Report (sin fecha), puede consultarse en: <http://www.ehma.org/files/A2%20report-migrants.pdf>.

⁹⁰ *Ibid.*, págs. 24 a 26.

⁹¹ PNUD y Secretaría de la Comunidad del Pacífico, *Migration, Mobility and HIV: A rapid assessment of risks and vulnerabilities in the Pacific*, (abril de 2010), págs. 10 a 12.

⁹² Médicos sin Fronteras, *Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from cross border ARV Programme in Musina, South Africa* (julio de 2012), pág. 6, puede consultarse en: http://www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_ARTformobilepops_ENG_2012.pdf.

Iberoamericano de Seguridad Social⁹³, y los acuerdos bilaterales de seguridad social⁹⁴ para garantizar la "transferibilidad" de la seguridad social, incluidas las prestaciones de atención de salud, de los Estados de origen a los de destino, lo que permite que los trabajadores migratorios tengan esas prestaciones, independientemente de su situación de migración. Se alienta a los Estados a que adopten esos enfoques respecto del acceso al tratamiento para las enfermedades crónicas, como el VIH, para maximizar las tasas de adhesión tanto en los Estados de origen como en los de destino.

D. Trabajos peligrosos, degradantes o sucios y salud ocupacional

46. La salud ocupacional forma parte integrante del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar que las leyes y las políticas de salud ocupacional aborden las vulnerabilidades concretas de los trabajadores migratorios en los sectores peligrosos, degradantes o sucios y de que se apliquen, supervisen y cumplan⁹⁵. La vulnerabilidad de los trabajadores migratorios en los trabajos peligrosos, degradantes o sucios puede ser aún mayor en los casos de los trabajadores migratorios en situación irregular, quienes, debido a su condición jurídica, están en una posición de mayor debilidad para negociar sus derechos con los empleadores⁹⁶. Además, el cumplimiento laxo de las leyes y mecanismos como los sistemas de patrocinio en algunos países fomentan prácticas de explotación⁹⁷. El patrocinio vincula la autorización para trabajar de un migrante con un empleador específico y, en algunos Estados, el patrocinio otorga al empleador la facultad de rechazar la solicitud de un trabajador migratorio de trabajar para otro empleador, solicitud que puede responder a condiciones de trabajo abusivas o inseguras⁹⁸.

Sector de la construcción

47. El trabajo en el sector de la construcción es intrínsecamente peligroso porque se trabaja en andamios y en estructuras inconclusas y se utiliza maquinaria pesada. Se ha determinado que las caídas accidentales son más frecuentes entre los trabajadores migratorios⁹⁹, mientras que las lesiones de la mano por el uso de herramientas eléctricas y las lesiones oculares producidas por los materiales de construcción por trabajar sin protección también son frecuentes¹⁰⁰. En los climas cálidos, la insolación, el agotamiento, la deshidratación y las enfermedades cardíacas relacionadas con el calor son causa de especial preocupación, sobre todo en quienes están obligados a trabajar un número excesivo de horas¹⁰¹. Además, el abuso físico por los empleadores, los alojamientos insalubres y en condiciones de hacinamiento, el impago de los salarios, la confiscación de los pasaportes y

⁹³ El Convenio entró en vigor en 2011, una vez que fue ratificado por siete Estados.

⁹⁴ Robert Holzmann, Johannes Koettl y Taras Chernetsky, "Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices", Social Protection Discussion Paper N° 0519, (mayo de 2005), pág. 4.

⁹⁵ Véase A/HRC/20/15, párr. 5.

⁹⁶ Godfrey Kanyenze, "African migrant labour situation in Southern Africa", documento presentado en la conferencia CIOSL-AFRO sobre la mano de obra migrante, Nairobi, 15 a 17 de marzo de 2004.

⁹⁷ HRW, *Building a Better World Cup: Protecting Migrant Workers in Qatar ahead of FIFA 2022* (2012), pág. 6; Simona M. Gallo Mosala, "The Work Experience of Zimbabwean Migrants in South Africa", Issues Paper N° 33, (Oficina Subregional de la OIT para África Meridional, 2008), pág. 23.

⁹⁸ HRW, *Slow Movement: Protection of Migrants' Rights in 2009* (diciembre de 2009), pág. 8.

⁹⁹ Xiuwen Dong y James W. Platner, "Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 45, N° 1 (enero de 2004), págs. 50 y 51.

¹⁰⁰ Sevil Sönmez y otros, "Human rights and health disparities", pág. 5 (véase la nota 63).

¹⁰¹ *Ibid.*, pág. 4.

la sustitución de contratos aumentan aún más los riesgos para la salud que conlleva el trabajo en el sector de la construcción¹⁰².

48. La provisión de capacitación *in situ* y de equipo de protección es necesaria para el disfrute del derecho a un entorno de trabajo saludable. Los trabajadores migratorios del sector de la construcción a menudo trabajan en las obras de construcción sin la formación adecuada y sin equipo de protección suficiente, por ejemplo arneses de seguridad cuando trabajan en altura¹⁰³. Además, es posible que la instrucción o la formación no se imparta en un lenguaje comprensible para los trabajadores migratorios, lo que puede dar lugar a un número mayor de lesiones y muertes por accidente laboral entre los trabajadores migratorios¹⁰⁴.

49. Los Estados deberían garantizar socorro y recursos a los trabajadores migratorios lesionados como consecuencia de una violación de su derecho a la salud ocupacional¹⁰⁵. Sin embargo, la falta de cobertura en los seguros de salud o en los programas de indemnización de los trabajadores ha afectado a menudo a los trabajadores migratorios, sobre todo a los trabajadores migratorios en situación irregular¹⁰⁶. Además, la preponderancia de los acuerdos de subcontratación en el sector de la construcción niega esa cobertura, que de otra manera estaría disponible¹⁰⁷. Para los trabajadores con lesiones graves, la repatriación obligatoria o voluntaria puede significar acceder a un menor nivel de atención de salud y la imposibilidad de hacer que los responsables rindan cuentas en los Estados de destino.

Trabajo en el sector agrícola

50. El trabajo en el sector agrícola está relacionado con riesgos concretos de salud ocupacional. Por ejemplo, la exposición a los pesticidas y a otros productos químicos agrícolas se ha vinculado con altos niveles de angustia¹⁰⁸, depresión, problemas neurológicos y abortos involuntarios¹⁰⁹. El trabajo manual pesado y repetitivo también supone una gran tensión física que conlleva un riesgo de lesiones osteomusculares. Estos riesgos deben abordarse en el marco legislativo mediante normas y mecanismos de salud y seguridad ocupacional efectivamente exigibles para que se adopten medidas correctoras.

51. Como sucede con otros trabajos peligrosos, degradantes o sucios, los acuerdos informales y la falta de cobertura en las leyes laborales y de salud y seguridad ocupacional

¹⁰² HRW, *Slow Movement*, pág. 8 (véase la nota 98); HRW, *"Are You Happy to Cheat Us?": Exploitation of Migrant Construction Workers in Russia* (2009); HRW, *United Arab Emirates. "The Island of Happiness": Exploitation of Migrant Workers on Saadiyat Island, Abu Dhabi* (2009); A/HRC/14/30, párrs. 44 y 49.

¹⁰³ HRW, *Building a Better World Cup*, págs. 4 y 68 (véase la nota 97); Xiuwen Dong y James W. Platner "Occupational fatalities", pág. 48 (véase la nota 99).

¹⁰⁴ Marc B. Schenker, "A Global Perspective of Migration and Occupational Health", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, N° 4 (abril de 2010), pág. 331; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, "Migration and health in the European Union", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, N° 12 (1998), pág. 939.

¹⁰⁵ A/HRC/20/15, párr. 59.

¹⁰⁶ HRW, *United Arab Emirates. Building Towers, Cheating Workers: Exploitation of Migrant Construction Workers in the United Arab Emirates*, vol. 18, N° 8 (E) (noviembre de 2006), pág. 49; Lori A. Nessel, "Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants", *Indiana Journal of Global Legal Studies*, vol. 19, N° 1 (2012), pág. 62.

¹⁰⁷ HRW, *"Are You Happy to Cheat Us?"*, pág. 64 (véase la nota 102); Marc B. Schenker, "A Global Perspective", pág. 331 (véase la nota 104).

¹⁰⁸ Jennifer Griffin y Varda Soskolne, "Psychological distress among Thai migrant workers in Israel", *Social Science & Medicine*, vol. 57, N° 5 (septiembre de 2003), pág. 773.

¹⁰⁹ Ann E. Hiott y others, "Migrant Farmworker Stress: Mental Health Implications", *Journal of Rural Health*, vol. 24, N° 1 (2008), págs. 32 a 39.

son comunes, lo que deja poco margen para que los trabajadores agrícolas migratorios negocien las condiciones laborales y de vida necesarias para facilitar el ejercicio de su derecho a la salud¹¹⁰. Las condiciones de vida inadecuadas y antihigiénicas, la inseguridad alimentaria, el pago incompleto de los salarios y el número excesivo de horas de trabajo entre los trabajadores agrícolas migratorios¹¹¹ aumentan el riesgo de contraer enfermedades y de sufrir lesiones relacionadas con el trabajo, al tiempo que reducen su capacidad de acceso a la atención de salud. En algunas regiones se ha registrado una alta vulnerabilidad al VIH entre los trabajadores agrícolas migratorios debido a la falta de acceso a la información y los conocimientos sobre el VIH, la disponibilidad y el uso de preservativos, las pruebas voluntarias y a la atención de salud¹¹².

52. Aun en los casos en que la indemnización y el seguro de salud de los trabajadores estén disponibles, se ha determinado que los trabajadores agrícolas migratorios en situación irregular son menos conscientes de sus derechos¹¹³, y por lo tanto es menos probable que presenten una reclamación y soliciten atención médica. Esto indica que es necesario que tanto los Estados de origen como los de destino proporcionen información accesible y comprensible sobre los derechos a la atención de salud, los seguros y las indemnizaciones disponibles para los trabajadores migratorios agrícolas.

53. Las dificultades que comúnmente encuentran los trabajadores migratorios para acceder a la atención de salud se agravan para los trabajadores agrícolas debido a la alta movilidad que conlleva el trabajo estacional y los entornos rurales o de difícil acceso. La creación de centros de salud comunitarios y para migrantes es un modelo positivo de prestación de atención de salud accesible desde un punto de vista físico y económico para los trabajadores agrícolas migratorios. Los programas y los servicios se adaptan a una población multicultural móvil mediante clínicas ambulantes, trabajadores de salud comunitarios, sistemas de transporte de pacientes, servicios fuera de los horarios habituales y educación para personas con bajos niveles de alfabetización. La participación ha sido fundamental para el éxito de este tipo de centros, que exigen que el 51% de los miembros de la junta de administración sean de la comunidad¹¹⁴.

Trabajo doméstico

54. Las mujeres representan un porcentaje considerable de los 52,6 millones de trabajadores domésticos migratorios que se calcula que hay en todo el mundo¹¹⁵. El trabajo doméstico proporciona independencia económica y social a las mujeres migrantes y supone un 7,5% del empleo remunerado de las mujeres a nivel mundial¹¹⁶. No obstante, está muy infravalorado y confinado a la oculta economía informal del hogar, lo cual agrava las

¹¹⁰ Amnistía Internacional, *Exploited Labour: Migrant Workers in Italy's Agricultural Sector* (2012), pág. 16.

¹¹¹ *Ibid.*; Kristen Borre, Luke Ertle y Mariaelisa Graff, "Working to Eat: Vulnerability, Food Insecurity, and Obesity among Migrant and Seasonal Farmworker Families", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, N° 4 (2010), pág. 444.

¹¹² OIM, *Briefing Note on HIV and Labour Migration in Mozambique*, (sin fecha), pág. 4, puede consultarse en: http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Mozambique.pdf.

¹¹³ Don Villarejo y otros, "The Health of California's Immigrant Hired Farmworkers", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, (2010), pág. 395.

¹¹⁴ Candace Kugel y Edward Zuroweste, "The State of Health Care Services for Mobile Poor Populations: History, Current Status and Future Challenges", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 21, N° 2 (mayo de 2010), págs. 421 a 429.

¹¹⁵ OIT, *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (2013), pág. 39.

¹¹⁶ *Ibid.*, pág. 2.

disparidades entre hombres y mujeres en el acceso a factores determinantes básicos de la salud, como las condiciones de trabajo decente¹¹⁷.

55. La discriminación y los prejuicios por motivos de sexo, etnia y posición socioeconómica se combinan, lo que provoca estrés crónico y convierte a los trabajadores domésticos migratorios en un grupo altamente vulnerable y marginado¹¹⁸. Debido a su vulnerabilidad, aislamiento y dependencia, los trabajadores domésticos migratorios son víctimas de una serie de violaciones¹¹⁹ que niegan su disfrute del derecho a la salud y sus factores determinantes básicos. Esas violaciones incluyen la privación de alimentación y de sueño, la denegación de atención médica, unas condiciones de vida miserables, el impago de los salarios, unos horarios laborales excesivos (lo que incrementa el riesgo de sufrir accidentes), el maltrato psicológico y físico y los abusos sexuales¹²⁰. Entre los trabajadores domésticos migratorios se han documentado asimismo enfermedades cardiovasculares, endocrinas, cutáneas, osteomusculares y psicológicas que, en los peores casos, provocan la muerte, incluidos casos de suicidio¹²¹.

56. Las leyes laborales y las garantías sociales del Estado de destino, incluido el seguro médico, suelen excluir o dar una cobertura insuficiente a los trabajadores domésticos migratorios¹²². Los sistemas de patrocinio, las deudas, las barreras lingüísticas, el temor a ser detenidos, reclusos o expulsados y la falta de un recurso efectivo contra las violaciones de sus derechos confluyen en diverso grado en distintos Estados de destino para facilitar la explotación y el maltrato sistemáticos de los trabajadores domésticos¹²³. La situación de algunos trabajadores domésticos migratorios se ha llegado a describir como "esclavitud de la era moderna"¹²⁴. A fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados están obligados a dar respuesta a la vulnerabilidad concreta de los trabajadores domésticos migratorios en el marco de las leyes de trabajo, de salud y seguridad en el trabajo y de protección social.

57. El Relator Especial expresa satisfacción por la aprobación en 2011 por la OIT del Convenio N° 189 sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos y de la Recomendación N° 201, que detallan los requisitos relativos a la protección contra el acoso y la violencia, a la salud y la seguridad en el trabajo, a los contratos escritos y a la protección en la legislación laboral. Estos instrumentos dan continuidad a la Observación general N° 1 (2010) sobre los trabajadores domésticos migratorios del Comité de Protección de los

¹¹⁷ Observación general N° 1 del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, párrs. 25 y 26.

¹¹⁸ E/CN.4/2004/76, párr. 26; Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration: The Mental Health Nexus: A research on Individual and Structural Determinants of Stress and Mental Health Problems of Filipino Women Migrant Domestic Workers* (Quezon City, ACHIEVE, 2011), pág. 32.

¹¹⁹ Observación general N° 1 del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, párr. 7.

¹²⁰ E/CN.4/2004/76, párrs. 25 a 35; A/HRC/14/30, párr. 30; CARAM Asia, *Reality Check: Rights & Legislation for Migrant Domestic Workers Across Asia* (2011); OIT, "Trabajo decente para los trabajadores domésticos", Informe IV (1) (agosto de 2010); HRW, *Singapore - Maid to Order*, págs. 35 y 36 (véase la nota 62).

¹²¹ Sevil Sönmez y otros, "Human rights and health disparities", pág. 6 (véase la nota 63); ACNUDH, "Saudi Arabia: UN experts outraged at beheading of a Sri Lankan domestic worker", comunicado de prensa (11 de enero de 2013), puede consultarse en: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=12922&LangID=E>.

¹²² OIT, *Domestic workers across the world* (véase la nota 115); Observación general N° 1 del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, párrs. 18 a 24.

¹²³ Observación general N° 1 del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, párr. 7.

¹²⁴ Sevil Sönmez y otros, "Human rights and health disparities", pág. 3 (véase la nota 63); Nisha Varia, "Sweeping Changes? A Review of Recent Reforms on Protections for Migrant Domestic Workers in Asia and the Middle East", *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 23, N° 1 (2011), pág. 272.

Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, en la que se presta especial atención a los aspectos vulnerables de los trabajadores domésticos migratorios a lo largo de las distintas etapas de la migración. La aplicación de estos instrumentos proporcionará una mayor protección a los trabajadores domésticos migratorios en todas las etapas del proceso de migración, y creará un entorno favorable que respete la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud.

Industria del sexo

58. Los Estados tienen la responsabilidad de respetar, proteger y hacer posible el disfrute del derecho a la salud de los trabajadores migratorios de la industria del sexo, independientemente de que hayan sido o no víctimas de la trata de personas. Los trabajadores migratorios de la industria del sexo son un sector de la población muy estigmatizados, puesto que el sexo o el trabajo relacionado con el sexo pueden estar tipificados como delitos en muchos países. Los peligros de salud ocupacional a que hacen frente los profesionales del sexo incluyen un riesgo desproporcionado de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de ser víctimas de actos de violencia y, a menudo, de violación¹²⁵. La criminalización perpetúa la discriminación, el estigma y la violencia contra los trabajadores de la industria del sexo¹²⁶ y constituye un obstáculo para el acceso a los servicios sanitarios, lo que perjudica su estado de salud¹²⁷. Sumada a la xenofobia, la criminalización puede legitimar el acoso, la intimidación y la violencia contra los trabajadores migratorios de la industria del sexo, especialmente por parte de las fuerzas del orden, sin proporcionar un mecanismo de protección o reparación¹²⁸. La naturaleza de esta profesión sirve asimismo para justificar las pruebas obligatorias del VIH y otras enfermedades transmisibles¹²⁹. Además, los traficantes de personas pueden aprovechar la ilegalidad de la industria del sexo y de la migración y ejercer una influencia y un control indebidos sobre esos trabajadores¹³⁰.

59. La posibilidad de ser detenidos, reclusos o expulsados debido a su situación de inmigración disuade además a esas personas de acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud, en particular en el caso de los profesionales del sexo transexuales, que pueden ser objeto de graves actos de discriminación y malos tratos en sus respectivos países de origen¹³¹. En muchos países no se conocen bien las necesidades sanitarias de los trabajadores migratorios de la industria del sexo, lo cual da lugar a políticas que no responden a sus necesidades y que socavan el derecho a la salud. Por ejemplo, el hecho de que estar en posesión de un preservativo pueda considerarse una prueba de que se ha cometido un acto delictivo relacionado con la industria del sexo disuade activamente a los trabajadores migratorios del sexo de llevar preservativos, lo que da lugar a prácticas sexuales de riesgo y a que queden expuestos a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual¹³².

60. Para garantizar el acceso no discriminatorio a la atención de la salud tanto en la legislación como en la práctica, los Estados deben despenalizar el trabajo sexual

¹²⁵ A/HRC/14/20, párr. 36.

¹²⁶ TAMPEP International Foundation, *Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe* (2009), pág. 10.

¹²⁷ A/HRC/14/20, párr. 36.

¹²⁸ HRW, *Trabajadores sexuales en riesgo: los preservativos como prueba de prostitución en cuatro ciudades de Estados Unidos* (2012).

¹²⁹ *Ibid.*, pág. 47.

¹³⁰ Kamala Kempadoo, "Globalizing Sex Workers' Rights", *Canadian Woman Studies/Les Cahiers de La Femme*, vol. 22, N^{os} 3 y 4 (segundo/tercer trimestre de 2003), pág. 145.

¹³¹ HRW, *Trabajadores sexuales en riesgo*, pág. 22 (véase la nota 128).

¹³² *Ibid.*

consensuado realizado por adultos, así como promulgar y aplicar leyes que amplíen los derechos laborales, la salud y la seguridad en el trabajo y el acceso a una atención sanitaria asequible, centrándose en los trabajadores migratorios de la industria del sexo que se encuentran en situación irregular.

61. Los trabajadores migratorios de la industria del sexo deben participar en la elaboración y la aplicación de leyes y programas sanitarios y en la recopilación de datos desglosados para garantizar que se aborden sus preocupaciones con respecto a la salud¹³³. Las medidas que ofrecen un entorno confidencial propicio para la realización voluntaria de pruebas, los tratamientos, las remisiones y los servicios de orientación; que informan a los profesionales del sexo sobre los derechos de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención de la transmisión del VIH; y que combaten la marginación que sufren los profesionales del sexo son compatibles tanto con las pruebas epidemiológicas como con el marco del derecho a la salud¹³⁴.

E. Salud mental

62. El contenido normativo del derecho a la salud incluye la obligación de facilitar un acceso oportuno, asequible y no discriminatorio a los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, así como información al respecto. El estigma y el desconocimiento generalizados acerca de la discapacidad mental¹³⁵, junto con las restricciones en el acceso de los trabajadores migratorios a los establecimientos, bienes y servicios sanitarios, pueden hacer que a menudo se vea descuidada su salud mental.

63. La migración es una experiencia estresante a causa de los drásticos cambios que vive la persona en su entorno cultural, medioambiental y social. Los efectos que dicha experiencia tiene en la salud mental varían de una persona a otra debido a las diferencias entre las experiencias y características personales de cada una, como la edad, el sexo, el historial médico, los antecedentes culturales y la entidad encargada del proceso de migración¹³⁶.

64. En los Estados de destino, la situación de inmigración, la exclusión social, las condiciones de vida y de trabajo, la comunicación con la familia, la integración y el acceso a los servicios sanitarios son factores que influyen en la salud mental de los trabajadores migratorios¹³⁷. La migración puede también inducir síntomas de depresión en los familiares

¹³³ H. Yang y otros, "Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers", *AIDS Care*, vol. 17, N° 7 (octubre de 2005), págs. 819 a 833; ONUSIDA, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (2009); A/HRC/14/20, párr. 36.

¹³⁴ Agnes Binagwaho y otros, "Developing human rights-based strategies to improve health among female sex workers in Rwanda", *Health and Human Rights*, vol. 12, N° 2 (2010); OIM y ONUSIDA, *Assessment of Mobility and HIV Vulnerability among Myanmar Migrant Sex Workers and Factory Workers in Mae Sot District, Tak Province, Thailand* (2007), págs. 26 y 27.

¹³⁵ E/CN.4/2005/51.

¹³⁶ Nazilla Khanlou, "Migrant mental health in Canada", *Canadian Issues/Thèmes canadiens*, (verano de 2010), págs. 9 a 16; Fang Gong y otros, "A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency", *Social Science & Medicine*, vol. 73, N° 11 (2011), págs. 1.618 a 1.626.

¹³⁷ H. B. M. Murphy, "Migration, culture and mental health", *Psychological Medicine*, vol. 7, N° 4 (1977), págs. 677 a 684; D. Bhugra, "Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, N° 2 (2005), págs. 84 a 93; Lorena de los Ángeles Núñez Carrasco, *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile* (2008), pág. 162.

que permanecen en los Estados de origen¹³⁸. El estigma, la marginación y la discriminación son elementos que están arraigados en la sociedad y que son experimentados con frecuencia por los trabajadores migratorios, en particular por aquellos que se encuentran en situación irregular¹³⁹. Tanto los Estados de origen como los de destino deberían sufragar los costes psicosociales de la migración a que hacen frente los trabajadores migratorios y sus familiares durante todas las etapas del proceso de migración. Asimismo, los Estados deberían invertir también en programas de apoyo social que cuenten con la participación de los trabajadores migratorios para contrarrestar las consecuencias negativas de la exclusión social, la nostalgia y la presión familiar¹⁴⁰.

65. Los trabajadores migratorios que realizan trabajos peligrosos, degradantes o sucios se enfrentan a riesgos laborales que constituyen un factor de estrés adicional, y la exposición de los trabajadores agrícolas a los pesticidas se ha asociado con trastornos como la ansiedad, la depresión, la irritabilidad y los estados de agitación¹⁴¹. Los riesgos laborales de los trabajadores domésticos son el aislamiento y los traumas psicológicos provocados por los malos tratos¹⁴², y el suicidio se ha asociado con las duras condiciones laborales de los migrantes que trabajan en la construcción¹⁴³. La aplicación y el cumplimiento efectivos de las leyes de salud y seguridad en el trabajo pueden contribuir a reducir el riesgo de sufrir enfermedades mentales y lesiones físicas.

66. Debido a la escasa financiación pública de los servicios de salud mental¹⁴⁴, es posible que los síntomas psicológicos no se traten o reciban un tratamiento inadecuado. En lugar de prescribir medicamentos sería más adecuado ofrecer servicios de orientación o de apoyo psicológico¹⁴⁵. Incluso en los casos en que se dispone de servicios de salud mental, se ha registrado un porcentaje significativo de infrautilización y deserción de esos servicios entre los migrantes, incluidos los trabajadores migratorios¹⁴⁶. El miedo constante a la expulsión también puede constituir un factor de estrés¹⁴⁷ y disuadir a los trabajadores de acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud mental, en caso de que estos existan.

67. A fin de prevenir y tratar efectivamente las enfermedades mentales, el derecho a la salud exige que los Estados de destino adopten medidas para detectar y vigilar los factores de estrés y para proporcionar un acceso no discriminatorio a servicios de salud mental y psicosocial asequibles, aceptables y de calidad. Por su parte, los Estados de origen deberían proporcionar servicios de apoyo en las embajadas y los consulados y asegurarse de que los emigrantes en busca de trabajo entiendan el impacto que puede tener la migración en la

¹³⁸ Yao Lu, "Household migration, social support, and psychosocial health: The perspective from migrant sending areas", *Social Science & Medicine*, vol. 74, N° 2 (enero de 2012), pág. 141.

¹³⁹ Ilan Meyer, "Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems", *American Journal of Public Health*, vol. 93, N° 2 (febrero de 2003), págs. 262 a 265.

¹⁴⁰ Laura Simich y otros, "Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions", *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 7, N° 4 (octubre de 2005), pág. 260.

¹⁴¹ J. Mearns, J. Dunn y P. R. Lees-Haley, "Psychological effects of organophosphate pesticides: A review and call for research by psychologists", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 50, N° 2 (marzo de 1994), págs. 286 a 293.

¹⁴² Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration*, pág. 22 (véase la nota 118).

¹⁴³ Sevil Sönmez y otros, "Human rights and health disparities", pág. 5 (véase la nota 63).

¹⁴⁴ E/CN.4/2005/51, párr. 64.

¹⁴⁵ Heide Castañeda, "Illegality as risk factor", pág. 1.559 (véase la nota 83).

¹⁴⁶ Francis Sanchez y Albert Gaw, "Mental Health Care of Filipino Americans", *Psychiatric Services*, vol. 58, N° 6 (junio de 2007), pág. 815.

¹⁴⁷ UC Davis Center for Reducing Health Disparities, *Building Partnerships: Conversations with Latina/o migrant workers about mental health needs and community strengths* (marzo de 2009), pág. 7, puede consultarse en: http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/BP_Migrant_Workers.pdf.

salud mental y de que conozcan la manera de acceder a los servicios de salud mental en los Estados de destino.

68. Las políticas sanitarias específicas para los inmigrantes centradas en la prestación de servicios que tienen en cuenta los factores culturales y lingüísticos han mejorado el acceso de los migrantes a los servicios de salud mental¹⁴⁸. Los trabajadores sanitarios comunitarios con conocimientos culturales y lingüísticos elevados también pueden desempeñar una función importante gracias a su comprensión de los factores determinantes básicos de la salud mental de los trabajadores migratorios, de conformidad con el derecho a la salud¹⁴⁹.

69. En el caso de los trabajadores migratorios que han regresado a su país, la falta de servicios psicosociales puede hacer que se pasen por alto numerosos problemas de salud mental. Si se tiene conocimiento de que los trabajadores migratorios en sectores o países concretos son víctimas de explotación y abusos, los Estados de origen deberían aplicar medidas para dar una respuesta efectiva a sus problemas de salud mental. Dichas políticas deberían ser elaboradas, aplicadas y supervisadas en consulta con los trabajadores migratorios repatriados.

F. Las mujeres y la salud sexual y reproductiva

70. Los Estados deberían realizar un análisis de los problemas de género para detectar y corregir los aspectos vulnerables de la salud de las trabajadoras migratorias derivados de distintos factores biológicos y socioculturales que influyen en su salud. Las mujeres constituyen un porcentaje significativo del conjunto de los trabajadores migratorios pero suelen ser más vulnerables en materia de salud debido a las desigualdades de género¹⁵⁰. La pobreza, las responsabilidades familiares y los obstáculos a la educación y a la información hacen que las mujeres sean más vulnerables antes de su partida, mientras que la violencia ejercida contra las mujeres es un fenómeno generalizado durante el tránsito en algunas regiones¹⁵¹. La explotación y los abusos sistemáticos en las industrias del sector informal en que predominan las mujeres migrantes, como el trabajo doméstico o la industria del sexo, se derivan de la vulnerabilidad de las mujeres durante el proceso de migración y la aumentan.

71. La violencia doméstica y sexual, la falta de reparación por las violaciones de los derechos y una remuneración inferior a la de sus homólogos masculinos son un reflejo de la discriminación por motivos de sexo y agravan los efectos negativos en el ámbito de la atención de la salud y en el acceso a la atención sanitaria a que hacen frente por lo general los trabajadores migratorios¹⁵². Además, los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres y la falta de acceso a servicios sanitarios, a información y a medios de reparación afectan a la capacidad de negociación de las mujeres, en especial de las profesionales del sexo, con respecto a las prácticas sexuales seguras, lo que las hace más vulnerables al

¹⁴⁸ Todd P. Gilmer y otros, "Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons with Severe Mental Illness and Limited English Proficiency", *Psychiatric Services*, vol. 58, N° 12 (diciembre de 2007), pág. 1.561.

¹⁴⁹ Leda Pérez y Jacqueline Martínez, "Community Health Workers: Social Justice and Policy Advocates for Community Health and Well-Being", *American Journal of Public Health*, vol. 98, N° 1 (enero de 2008), págs. 11 a 14.

¹⁵⁰ Recomendación general N° 26 (2008) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer relativa a las trabajadoras migratorias, párr. 5; Gloria Moreno Fontes Chammartin, "Female migrant workers' situation in the labour market" (OIT, 2006), puede consultarse en: http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/unfpa_newyork_report_2006.pdf.

¹⁵¹ OIM, *Migration and Health in SADC: A review of the literature* (2010), pág. 19.

¹⁵² Recomendación general N° 26 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 2.

VIH¹⁵³. Por consiguiente, los Estados de origen y de destino deberían dar respuesta a la vulnerabilidad acumulada de las trabajadoras migratorias, en particular las que se encuentran en situación irregular, elaborando y aplicando políticas y estrategias sanitarias participativas y con base empírica.

72. El derecho a la salud obliga a los Estados a garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, especialmente a los grupos vulnerables como las trabajadoras migratorias. Los servicios, la información y la educación en materia de salud deberían adaptarse a las necesidades específicas de las mujeres —como las necesidades de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto legal en condiciones seguras— y prestar atención a los aspectos particularmente vulnerables de los trabajadores migratorios poco cualificados, independientemente de su situación de inmigración.

73. Algunos Estados expulsan a las trabajadoras migratorias cuando descubren que están embarazadas tras la realización de pruebas médicas obligatorias¹⁵⁴. Las mujeres afectadas también pueden estar expuestas a una mayor vulnerabilidad tanto en los Estados de origen como en los de destino a causa del estigma que en muchas sociedades se asocia con el embarazo fuera del matrimonio¹⁵⁵. En algunos Estados de origen se ha denunciado la práctica de administrar inyecciones anticonceptivas obligatorias durante el período anterior a la partida¹⁵⁶. Esas prácticas vulneran los derechos a la intimidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la dignidad y la no discriminación y obstaculizan la solicitud de asistencia a la policía o a los sistemas de salud¹⁵⁷.

74. Las mayores tasas de aborto entre las trabajadoras migratorias se ha asociado a su escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos y los servicios de planificación familiar, así como a las barreras socioeconómicas que obstaculizan el acceso a ellos¹⁵⁸. En los países que permiten el aborto pero prohíben la estancia de las trabajadoras migratorias que se queden embarazadas el resultado es un acceso desigual a los servicios legales de salud reproductiva por temor a perder el empleo o ser expulsadas, lo que conlleva el riesgo de tratamientos tardíos y abortos peligrosos¹⁵⁹. En los países en que el aborto está tipificado como delito, el recurso al aborto en condiciones peligrosas también está motivado por la amenaza de un proceso penal¹⁶⁰.

75. En el caso de las mujeres que llevan a término el embarazo en los Estados de destino, las dificultades para acceder a los servicios y a la información de salud obstétrica,

¹⁵³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Estado de la población mundial 2006, Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional* (2006), págs. 38 y 39; Kenda Crozier, Pleumjit Chotiga y Michael Pfeil, "Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South-East Asia", *Midwifery* (2012), pág. 1, puede consultarse en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.013>.

¹⁵⁴ HRW, *Singapore - Maid to Order*, pág. 90 (véase la nota 62).

¹⁵⁵ *Ibid.*, pág. 93; A/64/272, párr. 75.

¹⁵⁶ HRW, *Sri Lanka/Middle East - Exported and Exposed: Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates*, vol. 19, N° 16 (C) (noviembre de 2007), pág. 38.

¹⁵⁷ A/66/254; Recomendación general N° 26 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 18.

¹⁵⁸ UNFPA, *Estado de la población mundial 2006*, pág. 37 (véase la nota 153).

¹⁵⁹ HRW, *Singapore - Maid to Order*, págs. 90 y 91 (véase la nota 62).

¹⁶⁰ OIM, *HIV and Bangladeshi Women Migrant Workers: An assessment of vulnerabilities and gaps in services* (2012), pág. 39.

prenatal, posnatal y materna¹⁶¹ pueden dar lugar a unos resultados sanitarios adversos tanto para la mujer como para el niño, como nacimientos prematuros, insuficiencia ponderal al nacer, malformaciones congénitas y mortalidad perinatal, materna y de lactantes¹⁶². En cambio, se ha constatado que las políticas que promueven la integración social de la comunidad de migrantes reducen los resultados desfavorables relacionados con el embarazo de las mujeres migrantes¹⁶³. La ampliación de la licencia de maternidad a 14 semanas, como exige el Convenio sobre la protección de la maternidad¹⁶⁴, facilitaría el acceso a los servicios y la atención de la salud relacionados con el embarazo y contribuiría a armonizarlos con el derecho a la salud.

IV. Conclusión y recomendaciones

76. **El enfoque del derecho a la salud respecto de los trabajadores migratorios subsana las lagunas existentes en los marcos vigentes que protegen a los trabajadores migratorios y a sus familiares y refuerza las protecciones que en ellos se incluyen. Proporciona a los trabajadores migratorios las salvaguardias necesarias reconociendo que tanto ellos como los nacionales de un Estado concreto tienen los mismos derechos y estos no deben ser restringidos. El Relator Especial recomienda a los Estados de origen y de destino que adopten las siguientes medidas para hacer efectivo el derecho a la salud de los trabajadores migratorios:**

a) **Instituir, para los trabajadores migratorios en situación regular e irregular, políticas sanitarias nacionales con base empírica y enfoque de género que se basen en el marco del derecho a la salud, en particular en la no discriminación y la igualdad. Esas políticas deberían ampliar los derechos y las prerrogativas, incluidos los factores determinantes básicos de la salud, y los mecanismos de reparación en caso de que se vulneren los derechos de los trabajadores migratorios.**

b) **Establecer vías de empleo mediante acuerdos bilaterales de obligado cumplimiento, de conformidad con el derecho a la salud, que definan claramente los derechos de los trabajadores migratorios, las obligaciones de las agencias de contratación, los empleadores y los Estados, así como los recursos, incluida la indemnización por violaciones de los derechos, con arreglo al derecho a la salud.**

c) **Fomentar la recopilación de datos desglosados por edad y sexo de todos los trabajadores migratorios para evaluar su nivel de conocimiento en materia de salud, sus necesidades sanitarias y las lesiones y muertes relacionadas con el trabajo, incluidos los suicidios, y elaborar en consecuencia políticas que tengan en cuenta a los trabajadores migratorios. Esa información deberá estar protegida por medidas adecuadas de protección de datos a fin de garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos.**

¹⁶¹ Gail Webber y otros, "Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study", *Globalization and Health*, vol. 8, N° 21 (julio de 2012).

¹⁶² Paola Bollini y otros, "Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature", *Social Science & Medicine*, vol. 68, N° 3 (2009), pág. 456; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, "Migration and health in the European Union", pág. 938 (véase la nota 104).

¹⁶³ Paola Bollini y otros, "Pregnancy outcome of migrant women", pág. 456 (véase la nota 163).

¹⁶⁴ OIT, Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (N° 183), art. 4.

d) Facilitar a los posibles trabajadores migratorios información sobre sus derechos, en particular del derecho a la salud, así como sobre las agencias de contratación, los empleadores y los Estados, los medios de reparación y la protección contra los abusos.

e) Regular las agencias de contratación mediante leyes que desincentiven la contratación ilegal y prever mecanismos rigurosos de vigilancia y rendición de cuentas.

f) Proteger a los trabajadores migratorios contra los abusos de las agencias de contratación y los empleadores garantizando que los contratos laborales se ajusten al derecho a la salud y sean de obligado cumplimiento.

g) Suprimir las políticas de inmigración discriminatorias que exijan pruebas obligatorias para detectar condiciones de salud, como el VIH o el embarazo, que no se basen en pruebas científicas claramente establecidas y que vulneren el derecho a la salud.

h) Disociar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud de la situación jurídica de los trabajadores migratorios y garantizar que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios de prevención, tratamiento y emergencia estén disponibles y sean accesibles para todos los trabajadores migratorios, incluidos los que se encuentran en situación irregular, de manera no discriminatoria. Los Estados deberían procurar evitar la interrupción de los tratamientos de los trabajadores migratorios y eliminar los obstáculos al acceso a la atención sanitaria, por ejemplo los lingüísticos, culturales, administrativos y laborales.

i) Garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud mental, incluidos los grupos de apoyo social y los programas de reunificación familiar, a todos los trabajadores migratorios, incluidos los repatriados y los que se encuentran en situación irregular.

j) Ampliar las leyes laborales, las leyes de salud y seguridad en el trabajo, los regímenes de seguridad social y otro tipo de protecciones vigentes en el país a todas las categorías de trabajadores migratorios, incluidos los trabajadores domésticos, los profesionales del sexo y los trabajadores migratorios en situación irregular.

k) Garantizar la protección de los trabajadores migratorios, en especial los que trabajan en sectores peligrosos, contra los abusos y la explotación de los empleadores proporcionando mecanismos accesibles de reparación e indemnizaciones en casos de violaciones de los derechos.

l) Poner fin a la detención y a la expulsión de trabajadores migratorios por su condición de salud y garantizar la prestación de atención y tratamiento a dichos trabajadores migratorios desde el primer momento. Los Estados deberían, como mínimo, garantizar que los trabajadores migratorios no sean expulsados sin remisión a tratamientos o a Estados en los que el tratamiento necesario no esté disponible o no sea accesible.

m) Poner fin a la detención y a la expulsión de trabajadores migratorios en situación irregular y, en su lugar, regularizar su situación atendiendo a criterios objetivos, a fin de protegerlos contra la explotación y garantizarles el pleno disfrute del derecho a la salud.

n) Alentar el establecimiento de asociaciones y sindicatos de trabajadores migratorios para garantizar la representación y participación efectivas de dichos trabajadores, incluidos los que han vuelto a su país y los que se encuentran en situación irregular, en la elaboración, la aplicación, el seguimiento y el cumplimiento de las leyes y las políticas, entre otros medios mediante programas de divulgación y orientación, reuniones informativas previas a la partida y grupos de apoyo social.
