

Experiencias en torno a la integración social y de la salud vividas por mujeres inmigrantes brasileñas y africanas en Portugal

Cristianne Maria Famer Rocha
Camilo Darsie
Ana Gama
Sónia Dias

Resumen

Los movimientos migratorios han sido, cada vez más, tema de análisis bajo diferentes perspectivas, en la contemporaneidad. En este artículo se presentan los resultados de una investigación realizada a mujeres brasileñas y africanas, residentes en Portugal, con respecto a su integración en el país y sus condiciones de salud sexual y reproductiva, considerándose el estatuto de migrantes. El objetivo es presentar algunas reflexiones acerca de las condiciones de salud de las poblaciones migrantes, a partir de la perspectiva de las ciencias sociales y, en particular, de las mujeres que fueron sujetos de la investigación realizada. Por lo tanto, se organizaron grupos focales en Portugal, con testimonios relacionados con los temas mencionados. Esos testimonios constituyen parte del cuerpo del texto e indican cuestiones relevantes y preocupantes acerca de la complejidad y los impactos que tienen que ver con los movimientos migratorios.

Palabras clave: migración, migración femenina, salud pública, salud sexual y salud reproductiva.

Abstract

Experiences on the integration of social and health experienced by Brazilian and African immigrants women in Portugal

Migratory movements have been increasingly the subject of analyzes from different perspectives in contemporary times. In this paper, we present the results of a survey

of Brazilian and African women, living in Portugal, concerning their integration in the country and the conditions of their sexual and reproductive health, considering the status of migrants. The aim is to present some reflections on the health conditions of migrants, from the perspective of the social sciences and, in particular, women who were subjects of research. Therefore, focus groups were organized in Portugal with Brazilian and African migrant women and, from these, there were important evidence related to the topics mentioned. These testimonials are part of the body of the text and indicate relevant issues and worrying about the complexity and the impacts that involve migratory movements.

Key words: migration; female migration, public health, sexual health and reproductive health.

Introducción

En los últimos años, las discusiones acerca de los movimientos migratorios se han vuelto cada vez más frecuentes y relevantes. A pesar de que el desplazamiento poblacional no es algo nuevo, este fenómeno ha sido impulsado por un contexto mundial en el cual las distancias, al parecer, se vuelven cada vez menores gracias a los efectos de las innovaciones tecnológicas. La inmigración contribuye de forma determinante al desarrollo económico de los países de acogida y para la diversidad cultural de las sociedades (European Commission, 2003). En este sentido, ha habido un creciente reconocimiento de la necesidad de alcanzar una mejor integración social de las poblaciones inmigrantes en las sociedades; por integración social se entiende la inclusión y aceptación de los inmigrantes en las instituciones, relaciones y posiciones de la sociedad de acogida, en un proceso interactivo y dinámico (Bosswick y Heckmann, 2006). Por otro lado, es reconocido el papel determinante de la salud como un factor clave para la integración social de las poblaciones inmigrantes (Ingleby *et al.*, 2005). Asimismo, al tiempo que el desplazamiento es incentivado y realizado de manera constante, debemos considerar la existencia de desigualdades relacionadas con las oportunidades y las condiciones sociales desencadenadas por la globalización, ya que las facilidades del cruce de fronteras ha ocasionado grandes cambios de comportamiento relacionados con la movilidad espacial, las relaciones sociales y, aún más, la salud pública.

Así las cosas, la necesidad de comprender la complejidad y los impactos que involucran la distribución y la movilidad de la población en regiones se ha vuelto un elemento relevante para las investigaciones realizadas en el ámbito de las ciencias sociales y humanas y de las ciencias de la salud. Es importante subrayar, asimismo, que diversos organismos internacionales

han operado en el sentido de garantizar inversiones en lo que se refiere a la producción intelectual sobre esa temática, así como en lo que respecta al desarrollo de acciones que colaboren para el mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de las poblaciones migrantes.

En esta dirección, aunque se estén llevando a cabo discusiones acerca de estos temas, algunas especificidades parecen requerir mayor atención, entre estas, las que se relacionan con los subgrupos formados por los migrantes. Ejemplos de esto pueden constituirse al ser consideradas las cuestiones de género, aspecto central de este texto, las diferencias étnicas, las diferencias relacionadas con las religiones, con los aspectos culturales, entre otros. Asimismo, como se dijo anteriormente, la aproximación entre el conocimiento producido en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud puede hacer posible importantes discusiones sobre los procesos de migración, en que las especificidades individuales sean tomadas en cuenta.

Así, es pertinente que sea subrayado que los movimientos migratorios no representan, por sí solos, factores de riesgo para la salud. No obstante, las condiciones en que ocurren los cruces de fronteras y las dificultades de acomodo en lugares nuevos pueden aumentar las oportunidades de enfrentamiento de situaciones adversas, entre ellas las que se relacionan con las enfermedades. Además, la escasez de conocimiento en lo que se refiere a los índices de salud de las comunidades migrantes se vuelve una limitación para el desarrollo de políticas y para la implementación de programas de intervención efectivos que sean dirigidos a los migrantes y, más aún, que proporcionen más ganancias en salud. Por lo tanto, el número actual de migrantes, la vulnerabilidad en salud de esas poblaciones y la evidencia de una posible subrepresentación de esos grupos en la utilización de los servicios de salud sugiere que dichos factores (y la falta de información sobre ellos) podrían constituir una situación de riesgo potencial.

Siguiendo esta perspectiva, es interesante citar el Informe *A Passage to Hope. Women and International Migration* (UNFP, 2006), el cual informa que el número de mujeres migrantes ha aumentado de manera significativa, y de manera progresiva, en los últimos años. Tal realidad ocasiona desafíos vinculados a las políticas públicas que tienen que ver con las poblaciones migrantes, toda vez que, de acuerdo con el documento, con frecuencia las migraciones femeninas representan mayores riesgos y vulnerabilidades. Es interesante subrayar que las cuestiones de género, asociadas a otros factores como el tipo de migración, las condiciones a las cuales los migrantes están sometidos en los países de acogida, las políticas y las actitudes de estos países con relación a la equidad y a la igualdad de oportunidades, los tipos de contacto mantenidos con los países de origen y las posibilidades de retorno

y reintegración, determinan los impactos de la migración en las poblaciones (Jolly y Reeves, 2005; IOM, 2004a).

Tomando en cuenta dichas cuestiones, un grupo de investigación, constituido por un investigador y varias investigadoras brasileñas y portuguesas, trabajó de modo a identificar y analizar información relacionada con las experiencias y los sentimientos de mujeres migrantes que viven en Portugal. Cabe mencionar que las mujeres escogidas para participar en las actividades propuestas son originarias de Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa¹ y de Brasil. Este perfil de participantes fue definido a partir de la relevancia que dichas mujeres representan en el contexto de la inmigración en el país en que se desarrolló la investigación, pues según datos del Servicio de Extranjeros y Fronteras de Portugal,² divulgados en 2011, del total de inmigrantes que viven en el país, 49.8% son mujeres, y 29% son originarios de Brasil, 10% de Cabo Verde, 4% de Guinea Bissau, 3% de Angola y 3% de S. Tomé y Príncipe.³

Por lo tanto, en las líneas a continuación se presenta información sobre el fenómeno de la migración poblacional a nivel internacional y también sobre la forma en que esa cuestión se configura cuando se analiza a partir del contexto portugués, y en particular en la perspectiva de estudios acerca de la migración femenina y de la salud. La secuencia en que el texto está compuesto es de una breve explicación acerca de la forma en que fueron desarrolladas las actividades con las participantes de la investigación, seguida de testimonios y comentarios que pueden ayudar al lector en lo que se refiere a la comprensión sobre lo que piensan, lo que dicen y lo que necesitan las migrantes cuando se les pregunta acerca de las dificultades enfrentadas en el país de acogida, relacionado todo con la adaptación a nivel social y económico así como en lo que se refiere a sus condiciones de salud. Para finalizar, se señalan algunas conclusiones que no pretenden cerrar la discusión, sino por el contrario, apuntan hacia la dirección de motivar nuevas reflexiones sobre el tema.

Sobre la migración poblacional a nivel internacional

En el contexto de la globalización, los movimientos migratorios han sido definidos por la heterogeneidad y por la complejidad que los envuelven. Así, representan un desafío para la mayoría de los países. Es posible decir que, en

¹ Para simplificar, en el transcurso de este texto, a las mujeres originarias de los países de PALOP se les comenzó a llamar como “mujeres africanas”.

² Datos disponibles en URL <http://sefstat.sef.pt>, fecha de consulta julio de 2012.

³ Otros países podrían haber sido mencionados, pero dichos ejemplos representan los países de origen más significativos en lo que se refiere a los inmigrantes que viven en Portugal.

la actualidad, varias redefiniciones de los “mapas de migración” son producidos en la medida en que surgen nuevos recorridos con diferentes locales de origen, de tránsito y de destino. Así, diversas organizaciones internacionales como la Organización Internacional para la Migración (OIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han subrayado la importancia de reconocer la migración internacional como un proceso que involucra diversos países, o sea, los de origen, los de tránsito, los de destino y los de retorno.

Mientras tanto, a nivel internacional no existe una definición consensuada sobre el término “migrante”. Este concepto engloba, generalmente, todos los casos en que cualquier persona decide abandonar su país para residir en otro, sin sufrir presión de factores externos (IOM, 2004b). Según la OMS, el concepto de “migrante” se refiere a las personas que abandonaron su país de origen por razones económicas, sociales, ambientales o políticas en el sentido de mejorar sus condiciones de vida (WHO, 2003a). Para las Naciones Unidas, el término “migrante” se refiere a cualquier persona que vive temporal o permanentemente en un país en el cual no nació y en el cual creó relaciones. De cualquier manera, la migración de las poblaciones se ha caracterizado por la combinación de varias determinantes que tienden a estar asociadas a contextos de pobreza, a factores demográficos y a oportunidades de confort y de calidad de vida que la migración puede proporcionar a las poblaciones en los países de acogida (IOM, 2003). En este sentido, la decisión sobre el acto de migrar está influida por la necesidad de respuesta a un conjunto de presiones e incentivos (Jolly y Reeves, 2005).

Atendiendo al contexto de gran diversidad que involucra las formas y los motivos para los desplazamientos poblacionales, se reconoce la necesidad de comprender las condiciones en que el proceso de la migración ocurre, pues dichas condiciones acarrearán diferentes implicaciones para los países de acogida, tránsito y origen, y para las poblaciones migrantes y autóctonas (WHO, 2003b; IOM, 2004a). En los países de origen, por lo general en desarrollo, la emigración de las poblaciones puede traducirse en una pérdida de población activa y calificada. Este fenómeno específico, designado como *brain drain*,⁴ es especialmente relevante en el caso de los profesionales calificados que muchas veces migran motivados por la posibilidad de nuevas oportunidades de desarrollo profesional, de mejores condiciones de trabajo y de mejor calidad de vida (WHO, 2003a). En consecuencia, los profesionales que permanecen en los países de origen pueden verse envueltos en situaciones intolerables de volumen de trabajo, y además estar presionados para adaptarse a funciones diferentes y fuera de sus áreas de intervención específicas. Por otro lado,

⁴ “Fuga de cerebros” puede ser considerada una forma de traducirse a la lengua española.

dada la inversión financiera que los gobiernos hacen en la formación profesional de sus ciudadanos, la emigración de estos profesionales puede constituir una pérdida considerable de recursos económicos y humanos (WHO, 2003a).

En los países de destino, el impacto de la migración puede verificarse en los niveles demográfico, socioeconómico, laboral, legislativo y cultural. En muchos países de acogida, el envejecimiento de la población, la reducida tasa de natalidad y la desproporción entre población activa e inactiva son fenómenos que se están intensificando. En este contexto, la inmigración ha representado una solución para el desafío de la transición demográfica que se observa en estos países (Dias y Gonçalves, 2007; IOM, 2003; 2005). Por otro lado, la inmigración puede constituir un factor preponderante para el desarrollo económico de los países de acogida en la medida en que representa un aumento considerable de mano de obra disponible para diversas actividades y sectores profesionales (IOM, 2003). Sin embargo, en un contexto de competitividad, el aumento del número de trabajadores, muchas veces poco calificados y/o disponibles para diversos tipos de trabajo, tiene repercusiones para el mercado de trabajo, por ejemplo el incentivo al trabajo ilegal que muchas veces se caracteriza por las condiciones precarias o de explotación. Dichas consecuencias son fortalecidas por el desconocimiento de las poblaciones migrantes en lo que se refiere a sus derechos y por la incapacidad de hacer que éstos sean respetados.

De manera adicional, el impacto del fenómeno migratorio depende de las condiciones de acogida y de la capacidad de respuesta de los países de destino. El choque cultural que las poblaciones inmigrantes pueden sufrir por la potencial diferencia entre culturas, hábitos, normas y lengua, constituye una barrera a su integración en las sociedades de acogida. El desarrollo de diferentes procesos, durante la migración, que involucra a las poblaciones inmigrantes y a la sociedad de acogida, como la adaptación, la integración, la asimilación, la separación o la marginalización, acaban por determinar el tipo de relación entre las poblaciones inmigrantes y nacionales (Bourhis *et al.*, 1997). Tales cuestiones pueden, además, agravarse en función de las características específicas de los migrantes cuando se analizan a partir de las diferencias existentes entre subgrupos y/o individuos, por ejemplo las mujeres, como se podrá ver en la próxima sección.

Sobre la migración femenina, el contexto europeo y la situación de Portugal

La migración internacional en las décadas de 1960 y 1970 era considerada un fenómeno predominantemente masculino; sin embargo, adquirió un perfil

femenino en las décadas posteriores. Actualmente, cerca de mitad de la población migrante en el mundo es de sexo femenino (IOM, 2005). Los informes internacionales han subrayado que cada vez más mujeres migran de forma independiente debido a la intensa búsqueda de trabajo femenino y a la creciente aceptación social de su independencia económica y de movilidad (UNFPA/IOM, 2006).

En el contexto europeo, en 2010 la población inmigrante femenina representaba 52.3%⁵ de la población residente en Europa. A pesar del aumento del número de mujeres que migran, existe información limitada sobre las causas de la migración, sobre los procesos y sobre los impactos de este fenómeno. Esta situación refleja la continua invisibilidad que estas cuestiones han tenido a nivel de políticas de acogida y de integración de los inmigrantes (UNFPA/IOM, 2006).

La feminización de la migración surge de manera simultánea a otros procesos que afectan a mujeres, como la feminización de la pobreza y del trabajo (Boyd, 2006). En contextos sociales con niveles extremos de pobreza y reducido acceso a la educación, a la salud, a recursos financieros y a redes de información sobre migración y empleo, las mujeres presentan muchas veces poca autonomía y menor capacidad de decisión sobre la movilidad (Boyd, 2006; UNFPA/IOM, 2006). Las mujeres tienden, por lo tanto, a tener menor acceso a la información acerca de las oportunidades de migración y muchas veces tienen menor preparación para lidiar con las condiciones inherentes al proceso migratorio (Omelandiuk, 2005). Mientras tanto, en sociedades en que el poder de las mujeres para moverse de manera autónoma es limitado, el acto de migrar puede constituir una oportunidad de fortalecimiento de este grupo identitario. Así, la migración femenina puede desencadenar cambios estructurales e institucionales en el sentido de la promoción de la igualdad de género, haciendo que las mujeres obtengan autonomía, independencia económica y libertad (Jolly y Reeves, 2005; UNFPA/IOM, 2006).

Por otro lado, de acuerdo con estudiosos y documentos oficiales que tratan sobre el tema en los países de acogida, las mujeres inmigrantes tienden a enfrentar mayores dificultades de integración con relación a los hombres, principalmente en lo que se refiere al acceso a la educación, al desarrollo de competencias y al mercado de trabajo (UNFPA/IOM, 2006). Eso se traduce en el des-

⁵ La recolección de datos fue realizada después de la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto de Higiene y Medicina Tropical (IHMT) y previo consentimiento libre y esclarecido de las participantes, a las cuales fueron dadas todas las garantías éticas para la ejecución de la investigación, siguiendo todo aquello previsto en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 1997), de acuerdo con lo preconizado en Portugal, país en que fue realizada la investigación.

empeño de actividades profesionales poco calificadas, mal remuneradas, desprovistas de protección social y en sectores no regulados y segregados de la economía (Glover *et al.*, 2001; Omelaniuk, 2005; UNFPA/IOM, 2006).

Las mujeres migrantes se enfrentan, también, muchas veces, a oportunidades de participación limitadas en la vida social, política y cultural de los países de acogimiento. La migración puede, así, exponer a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad resultantes de la precariedad laboral, exclusión social, situación irregular y aislamiento (Purkayastha, 2005). En esta dirección, las mujeres, dependiendo financiera y jurídicamente de sus parejas, por estar ellas sujetas a los estatutos legales y morales de éstos, con frecuencia enfrentan el no reconocimiento de sus derechos fundamentales. En este contexto, pueden estar más expuestas a situaciones de discriminación, de violencia y de explotación sexual de lo que estarían en sus países de origen.

Además, puesto que las mujeres constituyen un importante apoyo físico y emocional para los miembros más jóvenes y más viejos de sus familias, la migración femenina resulta muchas veces en la separación de las familias y en situaciones de abandono, de negligencia o de abuso de los familiares más jóvenes. Dadas las responsabilidades adicionales de las mujeres, ya sea que emigren con sus familias o sin ellas, el estrés adicional puede tener un impacto estructural en sus vidas (UNFPA/IOM, 2006).

Nuevas tendencias del fenómeno migratorio y la diversidad de perfiles de las poblaciones migrantes vuelven pertinente el desarrollo de políticas efectivas de inmigración y de integración, a ser adoptadas a niveles internacional y nacional (IOM, 2005). El reconocimiento de la necesidad de cooperación efectiva entre países puede permitir que entidades gubernamentales y políticos negocien estrategias que garanticen, simultáneamente, un desarrollo sustentado en los países de origen y una respuesta a las necesidades del mercado de trabajo en los países de acogida, utilizando la migración en beneficio mutuo de los países y promoviendo igualmente la integración y los derechos de los migrantes (IOM, 2003).

En esta dirección, se han establecido varias convenciones y tratados en el sentido de promover el desarrollo de aproximaciones transversales a las políticas de migración y de asilo de los Estados miembros de la Unión Europea (UE), como por ejemplo, la Convención de Dublín, los Tratados de Maastricht y Ámsterdam, y los Consejos de Tampere, Laaken, Sevilla y Salónica (IOM, 2003; CCE, 200). Estas medidas han apuntado en la dirección de subrayar la necesidad de nuevas formas de tratamiento dirigido a las poblaciones de inmigrantes y, además, destacan y estimulan la importancia de un posicionamiento político por parte de la UE en lo que se refiere a los beneficios de la diversidad cultural y de las ventajas de las sociedades pluralistas.

El contexto portugués y las políticas de inmigración

En lo referente al contexto portugués, la Ley núm. 23/2007 —reglamentada por el Decreto núm. 84/2007— aprueba el régimen jurídico de entrada, permanencia, salida y alejamiento de extranjeros del territorio nacional (Diario da República, I Série, núm. 127, del 4 de julio de 2007). Se puede considerar como reciente la sistematización y la adopción de políticas de inmigración en Portugal. En 1996 fue creada la función del Alto Comisionado para la Inmigración y Minorías Étnicas —por el Decreto-Ley núm. 3-A/96, del 26 de enero— que operó hasta 2002. En ese año fue creado el Alto Comisionado para la Inmigración y Minorías Étnicas (ACIME), estructura interdepartamental de apoyo y consulta del Gobierno en materia de inmigración y minorías étnicas (Decreto-Ley núm. 251/2002, del 22 de noviembre). El ACIME tiene la misión de promover la integración de los inmigrantes y minorías étnicas en la sociedad portuguesa, asegurar la participación y colaboración de las asociaciones representativas de los inmigrantes, pares sociales e instituciones de solidaridad social en la definición de las políticas de integración social y de combate a la exclusión, así como dar seguimiento a la aplicación de los instrumentos legales de prevención y prohibición de la discriminación en el ejercicio de derechos con base en la nacionalidad u origen étnico (ACIME, 2005).

En 2005, el marco legal del ACIME (mientras tanto con nueva designación de Alto Comisionado para la Inmigración y Diálogo Intercultural, ACIDI) fue ajustado, definido el Alto Comisionado como un servicio de coordinación y de naturaleza interministerial que integra los Centros Nacionales de Apoyo al Inmigrante (CNAI) y una red de Centros Locales de Apoyo al Inmigrante (CLAI), distribuidos por todo el país (Decreto-Ley núm. 27/2005, del 4 de febrero). Esos Centros se constituyen como unidades orgánicas de acogida, información y atención a los ciudadanos inmigrantes. Los CNAI, creados en 2004, se destinan a suministrar un apoyo especializado al ciudadano inmigrante, tratando de aminorar ciertas dificultades y obstáculos que los inmigrantes todavía sienten en el acceso a los diferentes servicios de la sociedad. Actualmente existen dos CNAI, uno en Lisboa y otro en Porto, y una extensión del CNAI en Faro (Algarve), compuestos por diversos gabinetes e instituciones. Están presentes instituciones como el Servicio de Extranjeros y Fronteras, la Seguridad Social, la Autoridad para las Condiciones de Trabajo, el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Educación. Otros servicios fueron creados, como apoyo jurídico, apoyo al reagrupamiento familiar, apoyo social y apoyo al empleo. Todos estos servicios colaboran mutuamente, compartiendo un mismo espacio físico.

En 2007, en un esfuerzo por desarrollar e implementar medidas que promuevan la integración de las poblaciones inmigrantes, fue creado el Plan para la Integración de los Inmigrantes (PII). Este Plan tuvo como presupuesto la responsabilidad del Estado por la integración de los ciudadanos inmigrantes, con particular énfasis en el esfuerzo de la cohesión social y una mejor integración y gestión de la diversidad cultural. Este Plan, elaborado a través de un trabajo conjunto de todos los ministerios y en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil, buscó una mayor integración de los inmigrantes en las áreas de trabajo, habitación, salud y educación, subrayando la necesidad de considerar las cuestiones del racismo y discriminación, igualdad de género y ciudadanía, teniendo como objetivo “un salto cualitativo y eficaz en las políticas de acogida e integración de los inmigrantes (Diário da República, I Série, núm. 85, Resolução do Conselho de Ministros núm. 63-A/2007, del 3 de mayo). Este Plan estuvo en vigor hasta 2009. Dada la exitosa experiencia y de forma a asegurar el pleno respeto por los derechos de los inmigrantes, promover la cohesión social y la igualdad de oportunidades y favorecer la integración de los inmigrantes en la sociedad portuguesa, así como el diálogo intercultural, se dio seguimiento a esta orientación política adoptándose un nuevo Plan para la Integración de los Inmigrantes (2010-2013) que, siendo un programa de acción del Gobierno, no deja de reconocer el papel fundamental de todos los socios públicos y privados, particularmente de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de inmigrantes en su ejecución (Diário da República, 1ª Série, núm. 182, Resolución del Consejo de Ministros núm. 74/2010, del 17 de septiembre).⁶

Teniendo en cuenta dichas orientaciones y comentarios, es importante subrayar que la salud se configura como un importante punto de reflexión y de preocupación cuando se piensa en estrategias que tengan que ver con la calidad de vida de las poblaciones migrantes y, por eso, sobre este asunto se tratará en la próxima sección.

Interfaz entre salud y migración

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad (WHO, 1948). Al contrario del modelo biomédico que concebía una perspectiva reductora del concepto de salud, la visión holística y sistémica defiende que un conjunto complejo de dimensiones (fisi-

⁶ Disponible en URL <http://goo.gl/ZqTnCF>, fecha de consulta julio de 2012.

co somática, afectiva y emocional, cognitiva, de comportamiento, sociocultural y ecológica) e influye en el estado de salud de los individuos (Last y Wallace, 1992). Considerando la salud como un derecho humano fundamental, la OMS señala como condiciones y recursos fundamentales la alimentación, la habitación, la educación, los medios económicos adecuados, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad (OMS, 1986).

De acuerdo con la OMS, actuar sobre las determinantes sociales de salud representa la forma más eficaz de mejorar la salud de las poblaciones y de reducir las injusticias sociales, en los presupuestos de justicia social y respeto a los derechos humanos (CSDH, 2007). Las determinantes sociales de salud incluyen factores estructurales de nivel social, como las instituciones políticas y la estructura económica, que se reflejan en la estratificación social, en los mecanismos de redistribución de recursos, en la educación, en las condiciones básicas de vida y trabajo, en la existencia de redes de apoyo social y en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud (Janssens, Bosmans y Temmerman, 2005; Reijneveld, 1998). Los determinantes de salud abarcan además factores macrosociales, como las normas sociales, patrones culturales y cuestiones de género que orientan el comportamiento y las actitudes frente a la salud/dolencia y a las prácticas de salud (CSDH, 2005). Al mismo tiempo, la predisposición genética y biológica, así como los comportamientos individuales y estilos de vida, determinan el estado de salud de los individuos (CSDH, 2005; WHO, 2003a). Así, el estado de salud es resultado de redes complejas de múltiples determinantes que reflejan la relación entre el individuo/población y su medio.

De acuerdo con las Naciones Unidas (UN), se reconoce cada vez más que la movilidad de las poblaciones puede tener implicaciones directas e indirectas en la salud (UN, 2005). De manera simultánea, el estado de salud de las poblaciones inmigrantes, condicionado por la interdependencia de las diversas determinantes de salud, tiene impacto en el proceso de integración de estas poblaciones en la sociedad de acogida (UN, 2003). En este contexto, la migración internacional actualmente se considera un desafío para la salud pública y para los sistemas de salud de muchos países (Dias y Gonçalves, 2007).

La actual realidad de la migración internacional, la heterogeneidad de las poblaciones migrantes, la complejidad de las determinantes en salud y la falta de datos consistentes acerca de estas cuestiones, hace que sea todavía incipiente la investigación en las áreas de migración y de salud. A pesar de la escasez de datos, existe información dispersa que se considera en el sentido de que algunos grupos de migrantes son particularmente vulnerables a problemas de salud. El creciente aumento de la inmigración femenina ha acen-

tuado la preocupación en lo relacionado con las cuestiones de salud sexual y reproductiva en esta población. La diferencia de los papeles sociales de género, asociada a variables socioeconómicas y culturales, se refleja muchas veces en una exposición desigual de las mujeres a los riesgos para la salud, cuando se compara con la de los hombres (WHO, 2002). Datos de organizaciones internacionales y de estudios epidemiológicos han señalado una mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes (Rademakers, Mouthaan y De Neef, 2005; UNAIDS, 2006). Varios estudios han indicado que ser inmigrante y/o pertenecer a una minoría étnica tiende a estar asociado con una mayor frecuencia de factores de riesgo de infección perinatal, mayor mortalidad perinatal e infantil, mayor mortalidad materna, mayor número de partos prematuros y menor peso al nacer (Bragg, 2008; Cuadrado *et al.*, 2004; De la Torre *et al.*, 2006; Essen *et al.*, 2000; Ibáñez *et al.*, 2006; Zeitlin *et al.*, 2004). Algunos datos disponibles indican también que las poblaciones que migran están en mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, VIH/sida y hepatitis (Coker, 2003; Fennelly, 2004; Saracino *et al.*, 2005).

Hay estudios que indican que algunas poblaciones inmigrantes están en mayor riesgo que las poblaciones autóctonas de contraer enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (McKay, Maicntyre y Ellaway, 2003; Mehler *et al.*, 2001; Rubia, Marcos y Muennig, 2002).

En lo relativo a las enfermedades crónicas, algunas poblaciones inmigrantes tienden a presentar mayores tasas de prevalencia de diabetes y mayor tasa de mortalidad asociada al cáncer en comparación con las poblaciones autóctonas (Des Meules *et al.*, 2005; Hyman, 2007; Ng *et al.*, 2005). Los estudios sugieren además, que las poblaciones inmigrantes se encuentran en mayor riesgo de llegar a sufrir enfermedades mentales por ejemplo, depresión, esquizofrenia y estrés post traumático, como resultado de diversos factores de estrés presentes a lo largo del proceso migratorio (Carta *et al.*, 2005; Fox *et al.*, 2001; Pumariega, Rothe y Pumariega, 2005).

Al compararse la realidad de la población portuguesa con la realidad de los inmigrantes a residir en Portugal, en lo referente a las enfermedades mencionadas arriba, y al ser pocos los estudios desarrollados vemos que los datos disponibles tienden a replicar las tendencias Europeas: en general, las poblaciones inmigrantes presentan peores indicadores de salud. Los estudios indican, principalmente, que existe mayor incidencia de enfermedades contagiosas en la población inmigrante (Carballo, 2009). También en lo que se refiere a la salud materna e infantil, los datos de un estudio desarrollado con 1964 recién nacidos y sus respectivas familias demostró que existen entre las poblaciones inmigrantes en comparación con la población portuguesa, una

mayor tasa de mortalidad perinatal (13.1% en los hijos de inmigrantes y 7.1% en los hijos de portugueses), un mayor riesgo de partos prematuros (10% en los hijos de inmigrantes contra 7.9% en los hijos de portugueses) y mayor morbilidad materna principalmente por infecciones (30.6% en las madres inmigrantes contra 26.1 en las madres portuguesas) (Machado *et al.*, 2006).

En esta dirección, tomando en cuenta todas las cuestiones que involucran la migración, más específicamente aquellas que actúan en el ámbito de los contextos femeninos, serán presentadas —después de una breve explicación acerca de la manera en que se realizó la investigación— las conversaciones de las inmigrantes brasileñas y de las africanas residentes en Portugal. En los testimonios que vienen a continuación será posible conocer sus principales necesidades de integración y de salud, y sus sentimientos en relación con la condiciones en que viven en Portugal.

Creación y construcción del escenario de investigación

Los testimonios que serán presentados y discutidos más adelante fueron producidos a partir de la interacción entre las investigadoras y las mujeres inmigrantes que aceptaron participar en los grupos focales.⁷

Con el objetivo de encontrar a las posibles mujeres investigadas, el estudio fue presentado a varias organizaciones no gubernamentales, asociaciones, instituciones particulares de solidaridad social y centros sociales que desarrollan trabajo con comunidades inmigrantes en Portugal. A estas entidades se les solicitó la colaboración para que indicaran participantes potenciales en el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión de la muestra: ser mujer inmigrante (proveniente de Brasil y de PALOPS, y cuyos padres no hubieran nacido en Portugal); con edad comprendida entre los 18 y los 45 años; residente en Portugal hace más de 2 años; con disponibilidad y voluntad de participar en la investigación (véase nota al pie 5). A continuación, el equipo contactó con las mujeres inmigrantes indicadas y presentó de forma clara los objetivos del estudio, confirmó los criterios para inclusión de las mismas e

⁷ Grupo focal es una técnica de investigación que permite la obtención de información de naturaleza cualitativa, a partir de la realización de sesiones de discusión con grupos de participantes que posean características comunes. La técnica de grupo focal permite la identificación y la encuesta de opiniones que reflejan características del grupo en un periodo relativamente corto (Morgan, 2001). El principal objetivo del grupo focal es explorar experiencias personales, creencias, actitudes y sentimientos subyacentes a un determinado tema. Esta técnica es considerada bastante útil para comprender conceptos, patrones de vocabulario y pensamiento de una determinada población insertada en un contexto social (Goldman y Schmalz, 2001).

informó sobre las cuestiones logísticas subyacentes a la realización de los grupos (local, horario, etcétera).

En los contactos telefónicos, además, se solicitó a estas participantes que indicaran otras mujeres inmigrantes que correspondieran a los criterios de inclusión para participar en el estudio. De forma que se asegurara la asistencia de un número mínimo de participantes, que permitiera la realización de los grupos focales, fueron convocadas entre 15 y 20 participantes para cada grupo focal.

Se realizaron seis grupos focales (tres con inmigrantes africanas y tres con inmigrantes brasileñas) con una muestra intencional de 35 mujeres inmigrantes. Los seis grupos realizados fueron constituidos de acuerdo con el origen de las participantes, brasileño o africano, para que posteriormente pudieran ser indicadas las diferencias entre las mujeres de diferentes orígenes. Al mismo tiempo, se trató de constituir grupos que fueran suficientemente heterogéneos en relación con otras características sociodemográficas, principalmente diferentes franjas de edad, profesión, número de hijos (y sin hijos), experiencias migratorias diversificadas, entre otros aspectos diferenciadores.

Para la recolección de los datos se utilizó una guía semiestructurada, para la conducción de las discusiones, y un cuestionario individual. La guía estaba formada por cuestiones relacionadas con los temas: 1) proceso de migración, en el cual fueron discutidas cuestiones relacionadas con las experiencias y con la caracterización de los procesos migratorios y con las facilidades y dificultades encontradas en el país de acogida vividas por esas mujeres; 2) utilización y acceso a los servicios de salud, que trató sobre los patrones de utilización de los servicios de salud, de la percepción sobre los servicios de salud, de las barreras en el acceso y utilización de los servicios de salud y; 3) salud sexual y reproductiva que consideró los conocimientos, actitudes y prácticas, las dificultades en las diversas áreas de la salud sexual y reproductiva, las consecuencias de esas dificultades y las estrategias para rebasar las dificultades. El cuestionario individual fue utilizado para la caracterización de la muestra e incluye cuestiones sociodemográficas (edad, país de origen, nacionalidad, situación legal, escolaridad, situación profesional, tiempo de permanencia en Portugal).

Cada sesión fue registrada en audio, después del consentimiento previo de las participantes, de forma a maximizar la obtención de datos. Al final de cada sesión fueron registradas las observaciones consideradas relevantes acerca de la dinámica y las interacciones ocurridas entre las participantes. Posteriormente, se procedió a la transcripción integral de las discusiones de los grupos. El análisis de los resultados obtenidos siguió el procedimiento del análisis de contenido utilizado en la metodología cualitativa (Morgan,

2001), de tal forma que las opiniones sobre varios temas fueron analizadas tomando en cuenta los consensos generados en los grupos y las contribuciones individuales. Las diferentes respuestas fueron agrupadas en categorías discursivas de acuerdo con la regularidad con que determinados elementos aparecieron y se repitieron en las discusiones.

Finalmente, se compararon las discusiones dentro de cada grupo y posteriormente las discusiones en conjunto total. Con el fin de hacer patentes las diferencias entre los grupos de inmigrantes africanas y brasileñas.

Caracterización de las participantes

De las 35 mujeres participantes, 15 son brasileñas y 20 son africanas. De estas últimas, nueve provienen de Cabo Verde, seis de Angola, cuatro de São Tomé y Príncipe y una de Guiné. Las edades de las participantes se encuentran comprendidas entre los 21 y 45 años. El promedio de edades de las participantes brasileñas es de 30.9 años, mientras que el promedio de edad de las participantes africanas es de 38.5 años. En relación con la distribución de la muestra por franja de edad se puede constatar que la mayoría de las participantes africanas se encuentra entre los 40 y los 45 años, y que la mayoría de las mujeres brasileñas se encuentra entre los 21 y los 29 años (Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución de la muestra por grupo de edades

<i>Grupo por edades</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
21-29	2	8	10
30-39	8	4	12
40-45	10	3	13
Total	20	15	35

En lo que se refiere al nivel de escolaridad, todas las participantes brasileñas refirieron tener un nivel de escolaridad igual o superior al secundario,⁸

⁸ Nota de traducción: la enseñanza que se conoce en Portugal como secundaria (en portugués: “ensino secundário”) corresponde al nivel pre universitario.

mientras que las participantes africanas reportaron tener niveles de escolaridad más bajos (Cuadro 2).

Cuadro 2

Distribución de la muestra por nivel de escolaridad

<i>Escolaridad</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
No estudió	1	—	1
Primaria	7	—	7
2° ciclo	8	—	8
3° ciclo	3	—	3
Secundario	1	12	13
Curso técnico	—	1	1
Licenciatura	—	2	2
Total	20	15	35

En relación con la nacionalidad, tan sólo tres mujeres africanas y una brasileña refirieron tener nacionalidad portuguesa. De las que no tienen la nacionalidad portuguesa, la mayoría refirió encontrarse en situación regular. De las 15 mujeres brasileñas, cinco informaron encontrarse en situación irregular o en proceso de regularización, mientras que de las 20 mujeres africanas, tan sólo cuatro reportaron la misma situación (Cuadro 3).

Cuadro 3

Distribución de la muestra por el estatuto legal

<i>Estatuto legal</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
Nacionalidad portuguesa	3	1	4
Situación regular	13	9	22
Situación irregular	3	2	5
En proceso de regularización	1	3	4
Total	20	15	35

Con relación al tiempo de permanencia en Portugal, este varía entre los 2 y 20 años. Considerando el origen de las participantes se constata que todas las mujeres brasileñas residen en el país hace menos de 10 años (la mayor parte de éstas, entre los 2 y los 5 años), mientras que la mayor parte de las participantes africanas vive en Portugal hace más de 15 años (Cuadro 4).

Cuadro 4

Distribución de la muestra por el tiempo de permanencia en Portugal

<i>Tiempo de permanencia</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
2-5 años	1	11	12
6-10 años	7	4	11
11-15 años	3	—	3
> 15 años	9	—	9
Total	20	15	35

En relación con la situación profesional en Portugal, la mayoría de las participantes refirió encontrarse empleada. La actividad más frecuentemente referida fue la de empleada doméstica en casas particulares (Cuadro 5).

Cuadro 5

Distribución de la muestra por actividad profesional

<i>Actividad profesional</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
Administrativa	—	1	1
Animadora social	1	—	1
Jefe de mesa	—	1	1
Cocinera/ayudante de cocina	2	—	2
Mesera	—	3	3
Empleada de comedor	1	—	1
Empleada doméstica	14	9	23
Operadora de caja	—	1	1
Desempleada	2	—	2
Total	20	15	35

En el grupo total de las participantes, la mayoría vive con los hijos o con el compañero y los hijos. Se puede verificar que las africanas refieren con más frecuencia vivir solamente con los hijos o con el compañero y los hijos, mientras que las brasileñas refieren vivir con los padres y hermanos (Cuadro 6).

Cuadro 6

Distribución de la muestra por el tipo de residentes con que vive

<i>Residentes con quien vive</i>	<i>Africanas</i>	<i>Brasileñas</i>	<i>Total</i>
Sólo con hijos	8	2	10
Compañero e hijos	7	3	10
Padres y hermanos	2	4	6
Sola	2	1	3
Marido, hijos y otros	1	2	3
Marido/compañero/novio	—	2	2
Otros	—	1	1
Total	20	15	35

Después de haber sido presentadas algunas cuestiones relacionadas con el desarrollo del trabajo y con el perfil de las participantes, en la próxima sección se presentarán los testimonios de las participantes que indican sus experiencias de migración, las cuales indican algunas dificultades en el país de acogida y situaciones de prejuicios.

“Nosotros venimos para acá para tener una vida mejor”: testimonios sobre experiencias de migración, de dificultades y de prejuicios

Durante las discusiones producidas en los grupos focales, el motivo al que con más frecuencia se refirieron las participantes para emigrar a Portugal fue la búsqueda de mejores condiciones de vida: “Nosotros venimos para acá para tener una vida mejor y nosotros sabemos que la vida no es fácil, ni para ustedes portugueses, ni para nosotros” (participante africana). Por otro lado, las participantes brasileñas señalaron la búsqueda de nuevas experiencias de vida como razón para sus migraciones: “Yo no vine a causa del dinero, yo vine a

causa de la experiencia de vida para desarrollarme como ser humano. Allá en Brasil, yo estudiaba en la facultad, era profesora, entonces no necesitaba esto”.

En relación con el proceso de migración para Portugal, las participantes africanas y brasileñas relataron experiencias bastante diferenciadas. En general, las africanas describieron que la mayoría emigra en el ámbito del reagrupamiento familiar (para estar junto a los maridos/compañeros o a los padres/parientes cercanos): “el marido viene para orientar la vida acá, conseguir hacer una vida primero”; “hay unos maridos que vienen primero, después vienen las mujeres [...]. Hay otros que vienen con las amantes y dicen a las mujeres que mandan por ellas, pero nunca jamás mandan por ellas”. Mientras tanto, algunas participantes refirieron que actualmente las mujeres africanas también migran solas, aunque sea menos frecuente. En opinión de estas participantes, el hecho de emigrar acompañadas o solas y de tener o no alguien conocido en el país de acogida es un aspecto determinante en la experiencia migratoria y en el proceso de adaptación:

Yo tengo una amiga que vino sola con la hija. Y gracias a Dios logró llegar, pues venir sola con hijos es siempre difícil: con la habitación, con el trabajo, sin nadie con quien dejar a los hijos, es muy complicado... (participante africana)

Cuando vine para acá quien apoyaba a mi hija era la hermana más grande [...]. Pasé muchas dificultades. (participante africana)

Las inmigrantes brasileñas, a diferencia de las africanas, refirieron que tienden a migrar solas. Algunas de estas mujeres relataron que tan sólo después de su llegada sus parientes fueron o van a Portugal: “Yo vine para acá con veintitrés años. [...] trabajé mucho, comía poco, me alimentaba con dificultad, pero después yo traje a mi mamá”. Para algunas participantes brasileñas, otra de las razones para migrar a Portugal es el hecho de haber tenido algún trato con algún portugués: “Mi marido es portugués, fue a vivir a Brasil, después me embarqué y él decidió que yo viniera para acá. Que yo tuviera una forma de vida mejor, para que tuviéramos a nuestro hijo”.

Otro punto relevante, que puede notarse en las declaraciones, habla de las dificultades sentidas en la llegada y en la adaptación al país de acogida, en especial dificultades socioeconómicas y familiares (condiciones de vida, trabajo, hijos, entre otras), y vivencias de actitudes discriminatorias. De forma general, las participantes describieron las experiencias de llegada y de adaptación al país de acogida como difíciles. En varios relatos se subrayaron las posibles implicaciones de estas experiencias para el estado de salud:

Sufrí, comí el pan que el diablo amasó, aquí yo sola, pero trabajé, trabajaba todos los días de las once y media de la mañana a las dos de la madrugada. Todos los días directo, para juntar dinero, yo llegaba a atender doscientas o trescientas personas por día [...]. Trabajé mucho, comía poco, me alimentaba con dificultad. (participante brasileña)

Es difícil la adaptación, especialmente nosotros que vinimos de Angola, muy difícil de verdad, yo la pasé muy mal, y hasta me enfermé, “estuve ocho meses internada, con infección en los pulmones [...] Me mojaba en la lluvia al trabajar en el frío fue muy difícil”. (participante africana)

Venir para acá a pasar las dificultades que pasamos y tener que ir a vivir a una choza, yo digo, no me morí, porque creo que tengo una salud de hierro, es verdad, porque ya me estaba muriendo [...] fue un disgusto haber venido. (participante africana)

Después vine para acá y vine a encontrar otro tipo de guerra, más dificultades. (participante africana)

Las inmigrantes brasileñas también hicieron referencia a la ruptura de relaciones sociales, al aislamiento y a la subyacente fragilidad psicológica como parte de las dificultades enfrentadas en el país de acogida:

A mí me gustaría tener una amiga portuguesa [...] porque siento mucho la falta aquí de la amistad pues tenía muchas amistades en Brasil. (participante brasileña)

Yo creo que a veces nosotras nos sentimos carentes de afecto, porque nosotros no tenemos personas atentas, cariñosas, como nosotros que somos simpáticos. (participante brasileña)

Hubo un año en que una amiga me invitó a pasar la Navidad con ella, a mí me pareció muy bien, porque yo estaba sola y una familia portuguesa llamarla a una para pasar la Navidad con ellos, es un poco raro, ¿no es cierto? (participante brasileña)

Yo tuve una depresión postparto [...] fue mi cambio para acá a Portugal, aunque no ha sido lo mejor, yo allá vivía y tenía una familia muy grande, tenía muchas hermanas, si yo tuviera a mi familia aquí ya me hubiera familiarizado un poco más, pero creo que no era aquello que yo pensaba. (participante brasileña)

En el tenor de lo que indican los testimonios que aquí se muestran, es posible afirmar que la ruptura de las relaciones sociales, subyacentes al pro-

ceso migratorio, puede muchas veces conducir a una fragilidad psicológica y tener implicaciones en la salud mental de los inmigrantes. Los resultados del presente estudio corroboran las investigaciones que indican que los efectos de la migración en la salud mental de los inmigrantes están relacionados con la ruptura en las relaciones sociales, afectivas y simbólicas, la acumulación de referencias culturales, a veces contradictorias, y la aparición de sentimientos de aislamiento y soledad (Lechner, 2007).

De acuerdo con algunos estudios, los sentimientos de soledad se vuelven más intensos cuando los individuos migran solos, enfrentando sin ningún apoyo social todo el proceso de integración al nuevo país. Por otro lado, estos sentimientos negativos o depresivos se vuelven más intensos cuando surgen acontecimientos de vida complejos, tales como situaciones de enfermedad grave, desempleo o embarazo (Callister y Birkhead, 2002). Las mujeres migrantes que dejan a sus hijos en el país de origen presentan además un riesgo mayor de depresión que aquellas que emigran con los hijos, como algunos autores señalan (Carballo, Grocutt y Hadzihasanovic, 1996).

Asimismo, frente a las elevadas exigencias económicas ocasionadas por la exclusiva responsabilidad de los hijos, las participantes subrayaron las dificultades que sienten para dirigir la vida familiar y la necesidad de trabajar muchas horas. En varios grupos focales, sobre todo de africanas, se relatan diversas experiencias relacionadas con esas dificultades:

[Mayor dificultad] es cuidar de mis hijos. Son cuatro y estoy sola [...] Un día, ella [una hija] se perdió en el camino, fue a parar a la comisaría, ella dijo que yo tenía que cuidar a los niños y yo dije que tenía que trabajar para sustentarlos [...] Y ahora yo estoy en casa y tengo ayuda de la seguridad social, si no fuera eso, no sé. (participante africana)

En mi vida, yo sufrí mucho acá en Portugal, porque es muy diferente de mi tierra [...] los hombres acá no son iguales como los de São Tomé. [...] en São Tomé, los hombres trabajaban, la mujer trabaja y se ayudan unos a otros. [...] Aquí es diferente, las mujeres son las que trabajan, son las que tienen dinero para dar a los hombres. (participante africana)

Yo llegué a pasar la noche planchando. No dormía, me levantaba a las tres de la mañana, para entrar al trabajo a las seis horas de la mañana [...]. Yo tenía una vida complicada de verdad, porque no tenía un hombre para traer dinero a casa, estaba yo sola [...] Yo tenía tres niñas pequeñas que cuidar. Hubo días que los tenía que dejar encerrados con llave en casa para ir a trabajar, porque ya no tenía más dinero para pagar a la nana. [...] No fue fácil. Si fuera en Cabo Verde, tendría a mi madre, mis hermanos, mi abuela, pero aquí en esta tierra, no hay quien me ayude. (participante africana)

Trabajaba catorce horas seguidas en el empleo [...] tenía que levantarme a las cuatro y tal de la mañana para llevar a mi hija con la nana para ir a trabajar, porque yo tenía hijos en Cabo Verde para criar. (participante africana)

Uno queda muy ausente. Yo creo que los gastos que se tienen con un hijo aquí son muy grandes, porque cuando se es emigrante uno no tiene familiares, de personas para ayudar. (participante brasileña)

De hecho, el reconocimiento de que el contexto de pobreza, de exclusión social y de falta de oportunidades aumenta los riesgos y las susceptibilidades frente a la salud ha motivado el desarrollo de políticas de inclusión y de lucha contra la pobreza. En este sentido, en el ámbito de la promoción del derecho a la protección social se ha asistido a la implementación de un conjunto de políticas e intervenciones de acción social en el sentido de proteger a las familias o personas en situación de carencia y en contextos de encargo familiar, maternidad, enfermedad, desempleo, entre otros (ACIDI, 2008).

Mientras tanto, en el transcurrir de los testimonios, las participantes refirieron que la condición de inmigrante no les permite “tener la posibilidad” de estar enfermo: “el medico dijo así ‘mire si no se está sintiendo bien tiene que meter día económico para faltar al empleo, y ¿qué voy a comer con mi hijo dentro de casa?’” (participante africana); “Inmigrante queda muy barato para el Estado, inmigrante nunca está enfermo. Nosotros raramente nos enfermamos” (participante brasileña).

Algunas inmigrantes revelan el deseo de tener hijos (o más hijos). Asimismo, el hecho de vivir en Portugal (y no en su país de origen) dificulta la concretización de ese deseo:

Para mí era más fácil allá. Porque el marido trabajaba, aquí y yo sola tengo que comprar la comida, limpiar la casa, no tenía más nada que hacer, pero aquí tengo que trabajar. (participante africana)

Acaba por privar a los hijos de la convivencia de la cual nosotros estamos acostumbrados, porque nacemos en familia, tenemos a los tíos, los abuelos. Allá en nuestro país, generalmente nosotras logramos vivir junto de la familia y la familia ayuda a criar a los hijos [...] cuando uno llega a tener hijos aquí pasamos por dificultades. [...] yo creo que mucha gente hasta piensa, y va y regresa, en la cuestión de tener hijos también por eso, pasamos dificultades y por no conseguir asociar ese acontecimiento en familia. (participante brasileña)

Aun cuando uno quiere, aquí no se puede. Porque uno tiene que pagarle a la nana, casi todo el salario que uno gana [...] Si ya los tiene uno, pues tiene uno que

aguantarse. Pero para mí esos cuatro ya son suficiente, me alcanza y sobra. (participante africana)

Para las participantes africanas, el embarazo y la toma de decisión de tener hijos se asocia mucho con las dificultades encontradas en el país de acogida:

Yo soy madre soltera, por eso no quiero tener más hijos. Porque yo aquí pensaba que encontraba ayuda para organizar la vida de mis hijos, [pero fue al contrario] y todavía tuve otro hijo más. Tenía tres, pensaba que era suficiente y vino este hijo. Y yo no quería. (participante africana)

El embarazo indeseado es una preocupación muy grande, porque hoy en día para sustentar a tantos hijos, es un caso serio. (participante africana)

A lo largo de las discusiones de los grupos focales, las experiencias de llegada y de adaptación al país de acogida fueron, en la mayoría de las veces, descritas como difíciles. Se sabe, conforme se comentó al principio de este texto, que las condiciones en que la migración ocurre, potencializan factores de vulnerabilidad en salud de las poblaciones migrantes. Con frecuencia, este proceso se asocia a la exposición de diversos factores de riesgo, como enfrentarse a un contexto completamente nuevo a nivel estructural, social y cultural, la ruptura de las relaciones sociales, la ausencia de apoyo social, las condiciones socioeconómicas en que viven muchas inmigrantes (Ormond, 2004; Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007).

Otra dificultad relatada por la mayoría de las participantes en la investigación tiene que ver con las actitudes discriminatorias de las que son víctimas. Las mujeres refieren episodios de discriminación de orden racial. De acuerdo con otros estudios (Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007), las poblaciones migrantes tienden a ser blanco de actitudes discriminatorias en los países de acogida, lo que condiciona su adaptación e integración social. Los factores asociados a la discriminación y los estereotipos pueden influir en la condición laboral de las mujeres migrantes en la medida en que determinan las oportunidades y actividades profesionales que desempeñan (Wall, Nunes y Matias, 2005). En la investigación realizada, las participantes refieren sentimientos que tienen a causa de actos discriminatorios sufridos: “Yo sufrí por el color y también cuando busqué trabajo” (participante brasileña); “Yo estaba trabajando en un lugar donde nunca pensé que hubiera tanta discriminación [...] en aquel día, cuando salí del trabajo [...], comencé a llorar, fui a arreglar las cubetas y regresé enferma” (participante africana).

Los resultados apuntan además hacia una incrementada vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes de origen brasileño asociada a actitudes discri-

minatorias y estereotipos de orden sexual, tal como otros autores lo sugieren (Piscitelli, 2008; Santos, 2004; Machado, 2007). Esta situación puede afligir a las mujeres brasileñas por la frecuente asociación con la prostitución, con consecuencias a un nivel laboral, social y relacional (Padilla, 2007). Ejemplos de eso pueden verse en las declaraciones abajo:

Son ellos los que tienen el prejuicio. Ellos piensan que venimos para acá a prostituirnos. (participante brasileña)

Yo conozco a una señora que decía que quien roba marido son las brasileñas, quien se prostituye son las brasileñas, brasileña es de todo. (participante brasileña)

Fui a hacer unos exámenes [...] y escuché a una de ellas diciendo: “esa allí ya agarró [a] otro portugués más”. Son cosas que nos lastiman [...]. (participante brasileña)

Yo tengo amigos portugueses [...], ellos tenían una visión de que nosotros éramos liberales, que uno es moderna, que uno es medio abierta [...] Uno quiere conversar y convivir, es natural eso de nosotras. Pero ellos, tal vez, no conversan tanto, pero tal vez hacen cosas peores. (participante brasileña)

Según lo que ha sido señalado hasta el momento, es posible afirmar que aunque las políticas internacionales, así como los acuerdos entre países, operen en el sentido de reflejar diversos problemas relacionados con los migrantes, todavía existen muchas dificultades que producen efectos dañinos a esas poblaciones. Más allá de las cuestiones ligadas con la legalidad e ilegalidad, los principales obstáculos para el alcance de condiciones de vida y de salud aceptables son producidos por cuestiones de orden social que emergen en los países de acogimiento.

Consideraciones finales

La discusión presentada, teniendo como base los datos producidos durante los encuentros con las mujeres participantes en la investigación realizada, sugiere que las mujeres inmigrantes no pueden ser consideradas como un grupo homogéneo en lo que se refiere a sus experiencias de migración y salud.

En ese sentido, cabe decir que el aislamiento social de las poblaciones inmigrantes, muchas veces es reflejo de las zonas geográficas de residencia y de estigmatización y discriminación en cuanto a su condición de inmigrante y origen étnico, y condicionan sus formas de integración en sociedades de

acogida. Dicho aislamiento mantiene a las poblaciones segregadas en grupos, hecho que puede contribuir a la manutención o al agravamiento de las desigualdades sociales y de los factores de riesgo relacionados con las condiciones de vida y de salud.

Las políticas de inmigración, por lo tanto, deberán promover la inclusión social, reducir las actitudes discriminatorias y contribuir a la reducción de los factores asociados con la vulnerabilidad de las poblaciones de inmigrantes frente a la salud. Al pretender reducir las iniquidades en salud y los factores y condiciones de riesgo, es necesario intervenir sobremedida en las determinantes sociales, para la descripción de condiciones de acogida más positivas.

La literatura científica sugiere que es necesario combinar intervenciones por parte de diversos sectores, las cuales incluyan el aumento de las redes de apoyo de estas comunidades, y que permitan una mayor sustentabilidad de manera a obtener ganancias reales en lo que se refiere a las condiciones sociales y de salud en las comunidades migrantes. De forma prioritaria, en ambientes de mayor vulnerabilidad, sería necesario desarrollar estrategias a nivel macrosocial que identifiquen los recursos de cada comunidad, que reconozcan debilidades y necesidades y que reorganicen las redes sociales que permitan desarrollar un sistema de apoyo más comprensivo.

Se vuelve evidente la necesidad de adoptar un modelo social de salud positiva, centrado en las necesidades de los individuos y de la población, y adaptándolo a sus especificidades. Esto implica una apertura a la comunidad, permitiendo su desarrollo en lo que se refiere al proceso de salud-enfermedad. Las comunidades con las cuales se pretende intervenir deberán ser reconocidas como elementos colaboradores fundamentales durante todo el proceso de planeación, desarrollo e implementación de intervenciones. En este sentido, es necesario que se desarrolle un modelo que permita y promueva el desarrollo, la participación y el fortalecimiento de los inmigrantes y sus comunidades para que así puedan contribuir con alternativas para la promoción de la salud y la calidad de vida en esta área.

Las cuestiones presentadas en este texto deberán interpretarse tomando en cuenta las limitaciones subyacentes al estudio realizado. Las principales limitaciones pueden señalarse como originadas de la propia metodología cualitativa, pues la dinámica utilizada (grupos focales), por ejemplo, puede inhibir la revelación individual de opiniones y experiencias que no son consistentes con las de la mayoría, y aumentar la probabilidad de que algunas respuestas de las mujeres puedan estar sesgadas debido a la presión para adecuarse a las normas sociales del grupo o para presentarse de una forma que sea socialmente deseable. A pesar de la limitación ejemplificada, la técnica de los grupos focales conducida de forma a hacer con que las mujeres fueran

las principales participantes, reveló ser un espacio de discusión y reflexión de temas de interés colectivo.

Al cerrar este texto, se reitera la pertinencia de promover mecanismos de monitoreo y de evaluación de las políticas públicas y de los programas en el área de la salud que incluyan la perspectiva de las comunidades inmigrantes y que, de esa manera, puedan actuar en la transformación de las dificultades encontradas por diversos grupos de personas.

Traducción del portugués de Fátima Andreu

Recibido: septiembre de 2012

Revisado: julio de 2013

Correspondencia: CMFR, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Rua Irmão José Otão, 170/Apto. 905/CEP. 90035-060/Porto Alegre/Rio Grande do Sul/Brasil/correo electrónico: cristianne.rocha@terra.com.br; CD, Rua Cabral, 1317/Apto. 904/CEP: 90440-090/Porto Alegre/Rio Grande do Sul/Brasil/correo electrónico: camilodarsie@me.com; AG, Instituto de Higiene y Medicina Tropical & CMDT/Universidade Nova de Lisboa/Rua da Junqueira Nº 100/1349-008/Lisboa/Portugal/correo electrónico: anafgama@gmail.com; SD, Instituto de Higiene y Medicina Tropical & CMDT/Universidade Nova de Lisboa/Rua da Junqueira Nº 100/1349-008/Lisboa/Portugal/correo electrónico: smfdias@yahoo.com

Bibliografía

- ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural) (2008), *Imigração em Portugal. Informação útil*, Lisboa, ACIDI.
- ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas) (2005), *Acolher e integrar: 3 anos ao serviço dos imigrantes e minorias étnicas*, Relatório de Actividades do ACIME (2002/2005), Lisboa, ACIME.
- Bosswick, W. y F. Heckmann (2006), *Integration of Migrants: Contribution of Local and Regional Authorities*, Dublín, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Bourhis, R., L. C. Moise, S. Perreault y S. Senecal (1997), "Towards an Interactive Acculturation Model: a Social Psychological Approach", *International Journal of Psychology*, vol. 32, núm. 6, pp. 369-386.
- Boyd, M. (2006), "Push Factors Resulting in the Decision for Women to Migrate", en UNFPA/IOM, *Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle*, Nueva York, UNFPA/IOM.

- Bragg, R. (2008), "Maternal Deaths and Vulnerable Migrants", *Lancet*, vol. 371, núm. 9616, pp. 879-881.
- Callister, L. y A. Birkhead (2002), "Acculturation and Perinatal Outcomes in Mexican Immigrant Childbearing Women: an Integrative Review", *Journal Perinatal Neonatal Nurse*, vol. 16, núm. 3, pp. 22-38.
- Carballo, M. (2009), *Communicable Diseases*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Carballo, M., M. Grocutt y A. Hadzihasanovic (1996), "Women and Migration: a Public Health Issue", *World Health Statistics Quarterly*, vol. 49, núm. 2, pp. 158-164.
- Carta, M. G., M. Bernal, M. C. Hardoy y J. M. Haro-Abad (2005), "Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and Mental Health in Europe (the State of the Mental Health in Europe Working Group: Appendix 1)", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, núm. 31, pp. 1-13.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health) (2007), *Achieving Health Equity: from Root Causes to Fair Outcomes. Interim Statement*, Génova, CSDH.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health) (2005), *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*, Génova, WHO.
- Cuadrado, S., N. Muñoz, A. Robledo, Y. Sánchez, C. R. Pallás y J. de la Cruz (2004), "Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos", *Anales de Pediatría*, vol. 60, núm. 1, pp. 3-8.
- De la Torre, J., C. Coll, M. Coloma, J. I. Martín, E. Padron y N. L. González (2006), "Antenatal Care in Immigrants", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 29, núm. 1, pp. 49-62.
- DesMeules, M., J. Gold, S. McDermott, Z. Cao, J. Payne, B. Lafrance, B. Vissandjée, E. Kliewer y Y. Mao (2005), "Disparities in Mortality Patterns among Canadian Immigrants and Refugees, 1980-1998: Results of a National Cohort Study", *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 7, núm. 4, pp. 221-232.
- Dias, S., M. Matos y A. Gonçalves (2007), "AIDS-Related Stigma and Attitudes towards AIDS-Infected People among Adolescents", *AIDS Care*, vol. 18, núm. 3, pp. 208-214.
- Essén, B., B. S. Hanson, P. O. Ostergren, P. G. Lindquist y S. Gudmundsson (2000), "Increased Perinatal Mortality among Sub-Saharan Immigrants in a City-Population in Sweden", *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 79, núm. 9, pp. 737-743.
- European Commission (2003), *Migration and Social Integration of Migrants: Valori-sation of Research on Migration and Immigration Funded under 4th and 5th Eu-ropean Framework Programmes of Research*, Bruselas, European Commission.
- Fennelly, K. (2004), *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*, Malmo, Malmo University.
- Fox, P. G., K. R. Burns, J. M. Popovich y M. M. Ilg (2001), "Depression among Im-migrant Mexican Women and Southeast Asian Refugee Women in the U.S.", *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, vol. 7, núm. 1, pp. 778-792.

- Glover, S. *et al.* (2001), *Migration: an Economic and Social Analysis*, Londres, RDS.
- Goldman, K. y K. Schmalz (2001), "Focus on Focus Groups!", *Health Promotion Practice*, vol. 2, núm. 1, pp. 14-19.
- Hyman, I. (2007), "Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada", *CERIS Working Paper*, núm. 55, s/n.
- Ibáñez, I., M. A. López, J. Lozano y A. Mur (2006), "Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes", *Anales de Pediatría*, vol. 64, núm. 6, pp. 550-556.
- Ingleby, D., M. Chimienti, P. Hatziprokopiou y C. Freitas (2005), *The Role of Health in Integration*, Lisboa, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (International Organization for Migration) (2005), *World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration*, Ginebra, IOM.
- IOM (International Organization for Migration) (2004a), "Migration Health Report", en URL <http://www.iom.int>, fecha de consulta marzo de 2012.
- IOM (International Organization for Migration) (2004b), *Glossary on Migration*, Ginebra, IOM.
- IOM (International Organization for Migration) (2003), *World Migration 2003: Managing Migration. Challenges and Responses for People on the Move*, Ginebra, IOM.
- Janssens, K., M. Bosmans y M. Temmerman (2005), *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe*, Gante, ICRH.
- Jolly, S. y H. Reeves (2005), *Gender and Migration: Overview Report*, Brighton, Bridge-Institute of Development Studies.
- Last, J. y R. Wallace (1992), *Public Health and Preventive Medicine (13th Edition)*, Norwalk, Appleton and Lange.
- Lechner, E. (2007), "Imigração e saúde mental", *Migrações*, núm. 1, pp. 79-101.
- Machado, I. (2007), "Reflexões sobre as identidades brasileiras em Portugal", en J. M. Malheiros (ed.), *Imigração brasileira em Portugal*, Lisboa, ACIDI, pp. 171-190.
- Machado, M. C., P. Santana, M. H. Carreiro, H. Nogueira, M. R. Barroso y A. Dias (2006), *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*, Lisboa, Laboratórios Bial.
- McKay, L., S. Macintyre y A. Ellaway (2003), "Migration and Health: a Review of the International Literature", Glasgow, Social and Public Health Sciences Unit-Medical Research Council.
- Mehler, P. S., J. Y. Scott, I. Pines, N. Gifford, S. Biggerstaff y W. R. Hiatt (2001), "Russian Immigrant Cardiovascular Risk Assessment", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 12, núm. 2, pp. 224-235.
- Morgan, D. (2001), "Focus Group Interviewing", en J. F. Gubrium y J. A. Holstein (eds.), *Handbook of Interview Research: Context and Method*, Thousand Oaks, Sage.
- Ng, E., J.-M. Berthelot, F. Gendron y R. Wilkins (2005), "Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey", Ottawa, Statistics Canada, en URL <http://www.statcan.ca>, fecha de consulta abril de 2011.
- Omelaniuk, I. (2005), "Gender, Poverty Reduction and Migration", Washington, The World Bank.

- OMS (Organização Mundial de Saúde) (1986), *Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa*, Brasília, Ministério da Saúde.
- Ormond, M. (2004), "Barriers to Immigrant Health Care in Portugal, Presentation at the 1st IMISCOE Workshop of Cluster B5 on Social Integration and Mobility", Lisboa, Housing, Education and Health, 16 y 17 de julio.
- Padilla, B. (2007), "A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise", en J. M. Malheiros (ed.), *Imigração brasileira em Portugal*, Lisboa, ACIDI, pp. 113-134.
- Piscitelli, A. (2008), "Looking for New Worlds: Brazilian Women as International Migrants", *Signs*, vol. 33, núm. 4, pp. 784-793.
- Pumariega, A., E. Rothe y J. Pumariega (2005), "Mental Health of Immigrants and Refugees", *Community Mental Health Journal*, vol. 41, núm. 5, pp. 581-597.
- Purkayastha, B. (2005), "Skilled Migration and Cumulative Disadvantage: the Case of Highly Qualified Asian Indian Immigrant Women in the US", *Geoforum*, núm. 36, pp. 181-196.
- Rademakers, J., I. Mouthaan y M. de Neef (2005), "Diversity in Sexual Health: Problems and Dilemmas", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 10, núm. 4, pp. 207-211.
- Reijneveld, S. (1998), "Reported Health, Lifestyles and Use of Health Care of First Generation Immigrants in the Netherlands: Do Socioeconomic Factors Explain their Adverse Position?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, núm. 5, pp. 298-304.
- Rubia, M., I. Marcos y P. A. Muennig (2002), "Increased Risk of Heart Disease and Stroke among Foreign-Born Females Residing in the United States", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 22, núm. 1, pp. 30-35.
- Santos, C. (2004), "Mulheres imigrantes na imprensa portuguesa: resenha da análise do ano de 2003", en SOS Racismo (ed.), *Imigração e etnicidade: vivências e trajetórias de mulheres em Portugal*, Lisboa, SOS Racismo, pp. 51-62.
- Saracino, A., I. El-Hamad, R. Prato, D. C. Cibelli, A. Tartaglia, E. Palumbo, M. C. Pezzoli, G. Angarano y G. Scotto (2005), "Access to HAART in HIV-Infected Immigrants: a Retrospective Multicenter Italian Study", *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 19, núm. 9, pp. 599-606.
- Scheppers, E., E. Dongen, J. Dekker, J. Geertzen y J. Dekker (2006), "Potential Barriers to the Use of Health Services among Ethnic Minorities: a Review", *Family Practice*, vol. 23, núm. 3, pp. 325-348.
- Stampino, V. (2007), "Improving Access to Multilingual Health Information for Newcomers to Canada", *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, núm. 28, pp. 15-18.
- UN (United Nations) (2005), *Trends in Total Migrant Stock: the 2005 Revision*, Ginebra, UN.
- UN (United Nations) (2003), *Report on the World Social Situation 2003. Social Vulnerability: Sources and Challenges*, Nueva York, UN.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2006), *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*, Ginebra, UNAIDS.

- UNFPA (United Nations Population Fund) (2006), *A Passage to Hope: Women and International Migration*, Nueva York, UNFPA.
- UNFPA/IOM (2006), "Female Migrants: Bridging the Gaps throughout the Life Cycle", Nueva York, UNFPA/IOM.
- Wall, K., C. Nunes y A. Matias (2005), *Immigrant Women in Portugal: Migration Trajectories, Main Problems and Policies*, Lisboa, ICS.
- WHO (World Health Organization) (2003a), *International Migration, Health and Human Rights*, Ginebra, Health & Human Rights Publication Series.
- WHO (World Health Organization) (2003b), *Gender and HIV/AIDS*, Ginebra, Health & Human Rights Publication Series.
- WHO (World Health Organization) (2002), *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Ginebra, WHO.
- WHO (World Health Organization) (1948), *Constitution of the World Health Organization*, Ginebra, WHO.
- World Medical Association (1997), "Declaration of Helsinki: Recommendation Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Humans Subjects", *JAMA*, núm. 277, pp. 925-926.
- Zeitlin, J., M. Bucourt, L. Rivera, B. Topuz y E. Papiernik (2004), "Preterm Birth and Maternal Country of Birth in a French District with a Multiethnic Population", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 111, núm. 8, pp. 849-855.

Acerca de los autores

Cristianne Maria Famer Rocha es doctora y maestra en educación (PPGEDU/UFRGS). Profesora adjunta de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, donde trabaja en el Programa de Posgrado en Salud Colectiva (PPGCOL/UFRGS) y en el Curso de Análisis de Políticas y Sistemas de Salud/Bachillerato en Salud Colectiva. De entre sus principales publicaciones se destacan, en coautoría con R. D. Gomez-Arias y G. J. Padron, "International Public Health: between Old and New Paradigms", *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, vol. 30, 2011, pp. 99-100; así como *Análisis del discurso social sobre la migración del personal de salud*, Granada, Entorno Gráfico, 2010.

Camilo Darsie es doctor en educación (PPGEDU/UFRGS y PPGEDU/ULBRA), profesor adjunto del Departamento de História e Geografia de la Universidade de Santa Cruz do Sul. De entre sus publicaciones podemos mencionar, junto con S. Ferraz, "Deaf Youth and Cultural Negotiation in Porto Alegre, Brazil", *Environment and Urbanization*, vol. 23, 2011, pp. 195-202; así como "Microterritorializações urbanas: questões contemporâneas sobre os sujeitos fumantes e o espaço público", *Terr@ Plural*, vol. 6, 2012, pp. 313-326.

Ana Gama es doctoranda en salud internacional (IHMT/UNL) y maestra en psicología comunitaria (ISPA). Ha trabajado como investigadora en proyectos nacionales e internacionales en el área de salud de inmigrantes, salud sexual y reproductiva, acceso y utilización de servicios de salud y VIH/sida en poblaciones vulnerables. De entre sus publicaciones se pueden destacar, en coautoría con S. Dias, M. Cortes y B. de Sousa, "Healthcare-Seeking Patterns among Immigrants in Portugal", *Health and Social Care in the Community*, vol. 19, núm. 5, 2011, pp. 514-521; y con S. Dias y R. Horta, "Avaliação dos cuidados de saúde: percepções de mulheres imigrantes em Portugal", *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, núm. 1, puppl. 1, 2010, pp. 39-47.

Sónia Dias es doctora en salud internacional (IHMT). Es directora y profesora de la Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística (IHMT/UNL). Sus intereses de investigación incluyen salud de migrantes, promoción/educación para la salud, y salud sexual y reproductiva. De sus publicaciones destacamos, con A. Gama y M. O. Martins, "Migration and Health: What Are the Challenges to Improving Health Outcomes of Immigrant Populations?", en N. Gotsiridze-Columbus (ed.), *Migration: Practices, Challenges and Impact*, Hauppauge, Nueva York, Nova Science Publishers, 2013, pp. 137-154; así como, con A. Gama y M. O. Martins, "Health Status and Preventive Behaviors of Immigrants by Bender and Origin: a Portuguese Cross-Sectional Study", *Nursing & Health Sciences*, vol. 15, núm. 3, 2013, pp. 309-317.

