

CUERPOS PARA EL TRABAJO. UNA MIRADA SOBRE LAS FORMAS DE ATENCIÓN DE LOS PADECIMIENTOS DE LAS TRABAJADORAS DOMÉSTICAS MIGRANTES¹

María Offenhenden

mariaoffenhenden@yahoo.com.ar

Universitat Rovira i Virgili

1. Introducción

En las últimas décadas del siglo pasado, la creciente visibilización de los flujos migratorios femeninos permitió cuestionar la tradicional imagen que representaba a las mujeres como sujetos pasivos que migraban dentro de un proyecto familiar en calidad de acompañantes de los trabajadores migrantes, ya sea como esposas, madres o hijas. Fruto de la incorporación de la perspectiva de género en los estudios migratorios en concomitancia con el desarrollo de la perspectiva transnacional, las mujeres emergieron como trabajadoras que lideran el establecimiento de redes y cadenas migratorias, con patrones diferenciados a los de sus homólogos masculinos debido a su asimétrica posición en las esferas productivas y reproductivas, tanto en la sociedad de origen como de destino de los flujos migratorios² (Parella 2002).

A nivel mundial, se ha relevado que las actuales migraciones internacionales femeninas frecuentemente obedecen a una estrategia transnacional de reproducción social del grupo doméstico. Muchas mujeres-madres migran para emplearse en el trabajo doméstico en la sociedad de destino a la vez que practican la maternidad transnacionalmente por medio de las llamadas cadenas mundiales de cuidado y afecto; cadenas que se definen como una “(...) serie

¹ En este escrito nos referiremos al trabajo doméstico y a las trabajadoras domésticas en el sentido amplio del término. Siguiendo a Parreñas (2001), por trabajadoras domésticas entendemos las empleadas pagadas por individuos o familias para realizar tareas de cuidados de ancianos, niños y/o realizar tareas de limpieza en el ámbito privado del hogar.

² El rol complementario y subordinado que tradicionalmente se le ha asignado a las mujeres migrantes pareciera tener raíces más ideológicas que empíricas. Lejos de reflejar la real participación que las mujeres han tenido en los flujos migratorios da cuenta de la marginalidad a la que han estado sujetas en este campo de estudios (y en las ciencias sociales en general), en línea con las representaciones sociales vigentes en relación a los roles femeninos y masculinos. Para una revisión de estas cuestiones, se remite al trabajo de Parella (2002).

de vínculos personales entre gente de todo el mundo, basadas en una labor remunerada o no remunerada de asistencia” (Hochschild 2001:188) y que generalmente están conformadas por mujeres que se relacionan entre sí a través de tareas de asistencia y cuidado de los hijos y/o adultos dependientes de la mujer que está ausente del hogar por motivos laborales.

Asistimos pues, a una progresiva internacionalización y mercantilización del trabajo reproductivo en el seno de lo que Colen (1995) identifica como un proceso de reproducción estratificada. En la sociedad global actual, las fuerzas económicas, políticas y sociales estructuran la reproducción física y social, determinando que la misma se realice diferencialmente en función de desigualdades basadas en jerarquías de clase, raza, etnicidad y género. El trabajo reproductivo es entonces experimentado, valorado y realizado diferencialmente en función de las desigualdades en el acceso a los recursos materiales y sociales en contextos históricos y culturales específicos.

Con la migración, a menudo las mujeres pueden mejorar las condiciones de existencia material para ellas y sus familias e inclusive logran renegociar los roles de género. Pero a la vez, esto puede implicar para muchas de ellas integrarse en nichos laborales precarios sin posibilidades de cambio de estatus social (Pedone 2007), en un contexto en el que no es raro que se vulneren sus derechos. Por ello, consideramos que resulta pertinente ponderar los beneficios que produce la estrategia migratoria femenina junto a la reflexión en torno al bienestar de las mujeres a lo largo de su proceso migratorio, aspecto que no siempre ha sido tenido en cuenta (Orozco 2007) y del aquí que intentaremos ocuparnos.

2. La salud de las trabajadoras domésticas migrantes: una dimensión olvidada

En términos generales, cuando se estudia la salud de las migrantes tiende a prevalecer el interés por su salud sexual y reproductiva, cuestión que no sorprende si se tiene en cuenta que esta dimensión ha sido uno de los aspectos paradigmáticos en el abordaje de la salud de las mujeres (Esteban 2006)³. Pero aunque no sorprenda, resulta al menos paradójico en la medida que se continúa subestimando el rol productivo de muchas migrantes (Tognetti Bordogna, 2009), que es justamente aquel que en buena medida justifica y legitima su presencia en nuestra sociedad. De hecho, para las mujeres extranjeras no comunitarias, el trabajo

³ La otra dimensión, de acuerdo con Mari Luz Esteban, es la salud mental .

doméstico ha sido prácticamente la única opción que han tenido para entrar legalmente o regularizar su residencia en España⁴ (Comas d'Argemir 2009).

La poca atención que se ha prestado al estudio de la salud las trabajadoras domésticas migrantes también podría estar ligada al escaso reconocimiento social del que goza esta actividad laboral. Si bien es una ocupación que reviste especial importancia para la reproducción social, debe enfrentarse a la consideración ampliamente generalizada de no-trabajo: naturalizado en nuestra sociedad como una actividad femenina, se supone que las mujeres por el simple hecho de pertenecer al sexo femenino están capacitadas para llevar adelante las tareas del hogar. A esto, se suma que es una actividad que se realiza en el ámbito privado del hogar, en contraposición al espacio público, que es la esfera en la que en nuestra sociedad se define al trabajo como tal, lo que contribuye ulteriormente a su invisibilización (Comas d'Argemir 1995).

Pero más allá de que se trate de una actividad laboral invisibilizada, la misma no deja de entrañar riesgos específicos para la salud de quien la realiza. Ahonen et. al (2010), a partir de la investigación realizada con 46 trabajadoras domésticas migrantes residentes en España, señalan que esta actividad supone riesgos de tipo ambiental, ergonómicos y psicosociales con sus consecuentes efectos en la salud de las trabajadoras⁵. Los primeros, fundamentalmente debido al uso de productos químicos de limpieza que generan problemas dermatológicos y respiratorios; los segundos, producen dolores musculares debido a jornadas de trabajo extenuantes, la repetición de movimientos, el estatismo postural y los sobreesfuerzos; los últimos, que son los que con mayor riqueza aparecen en las narraciones de las trabajadoras entrevistadas, se relacionan con la alta exigencia emocional del trabajo, la escasa percepción de apoyo, la inseguridad y la monotonía, entre otras cosas, provocando estrés, ansiedad, cansancio y tristeza.

Otros trabajos, resaltan cómo las precarias condiciones de inserción en la sociedad de destino - la falta de acceso a un trabajo normalizado, la irregularidad jurídico-administrativa, las deficitarias condiciones habitacionales, la soledad y el aislamiento- inciden negativamente en la salud física y mental de las migrantes (Bermúdez 2004; Bover 2006; Jiménez y Redondo 2007; Gentil 2009).

⁴ La otra opción de ingreso legal ha sido la reagrupación familiar pero la condición de reagrupado/a no siempre previó la concesión de una tarjeta de residencia independiente ni el permiso de trabajo. Para las mujeres reagrupadas esto ha implicado la dependencia legal de sus esposos y la imposibilidad de trabajar con un contrato de trabajo, estimulando de esta manera la inactividad del colectivo o su empleo en la economía sumergida. Esta última limitación se superó con la entrada en vigor del RD 557/2011, de 20 de abril, que estableció la concesión automática de la autorización de trabajo a los familiares reagrupados.

⁵ Los riesgos y sus efectos en la salud aparecen diferencialmente según las trabajadoras se ocupen principalmente en tareas de limpieza ó cuidado.

Las citadas investigaciones dan cuenta de los riesgos para la salud que suponen las condiciones de vida y trabajo de muchas migrantes que residen en nuestra sociedad. Pero ¿cómo son vividos estos padecimientos en el contexto migratorio? ¿qué riesgos entrañan los padecimientos vividos para los proyectos migratorios de estas trabajadoras? Estas son las cuestiones sobre las que nos proponemos reflexionar. Para ello, presentamos los resultados preliminares de la investigación doctoral en curso centrada en el caso particular de las trabajadoras domésticas de origen latinoamericano, colectivo que en España y Cataluña presenta altas tasas de feminización y una importante participación en el sector de los servicios, muy especialmente en el trabajo doméstico.

Nuestra intención consiste en articular el análisis de las formas de atención de los padecimientos (Menéndez 2003) con las condiciones específicas en las que se realiza la migración de las mujeres que participaron en la fase exploratoria de nuestra investigación. Revisaremos entonces los proyectos que motivan y orientan su migración así como sus condiciones de inserción/exclusión en las sociedades de origen y destino; dentro de este contexto general enmarcaremos el análisis de las formas de atención de los padecimientos y las repercusiones que los padecimientos vividos pueden tener en sus proyectos migratorios. Por último, incluiremos algunas reflexiones finales.

3. Breve nota metodológica

Se trata de una investigación de corte cualitativo desde la perspectiva antropológica. Aquí presentamos los resultados del trabajo de campo de tipo exploratorio realizado entre 2011 y 2012. La principal estrategia consistió en trabajar con los relatos de vida de siete mujeres latinoamericanas empleadas en el servicio doméstico residentes en las provincias de Barcelona y Tarragona. En las entrevistas se reconstruyeron sus trayectorias vitales y migratorias, prestando especial atención a la experiencia de padecimiento y las formas de atención de la misma durante la migración.

La muestra no pretendió ser representativa de un grupo mayor pero para evitar sesgos de selección se entrevistaron mujeres que pertenecieran a diferentes redes migratorias. El siguiente cuadro ofrece un resumen sus principales características:

Tab.1: Mujeres entrevistadas

| Nombre ⁶ | País de origen | Edad | Nivel Instrucción | Año Migración | Principales padecimientos identificados ⁷ |
|---------------------|----------------|------|---------------------|---------------|--|
| Mirella | Colombia | 61 | Secundario | 2001 | Tiroides; úlcera; anemia; dolores cervicales; artrosis; depresión. |
| Susana | Paraguay | 40 | Secundario | 2003 | Intervención quirúrgica vesícula y quiste ovario; tendinitis; artrosis lumbar. |
| Marlene | Ecuador | 50 | Grado univ. | 2001 | Depresión, estrés. |
| Roxana | Perú | 42 | Secundario | 1996 | Insuficiencia renal. |
| Carmen | Colombia | 47 | Secundario | 2000 | Secuelas accidente laboral: dolores cervicales, migrañas; anemia; depresión. |
| Rosa | Brasil | 36 | Primaria incompleta | 2004 | Accidente laboral: corte en la mano. |
| Mónica | Bolivia | 33 | Grado univ. | 2005 | Depresión; anemia. |

Con respecto a sus grupos domésticos transnacionales, es importante señalar que varían enormemente en su composición y lugar de residencia a lo largo de los años de migración. Por cuestiones de espacio resulta imposible detenernos en este aspecto. Basta señalar que al momento de realizar las entrevistas todas tenían cargas familiares ya sea en origen y/o en España (ascendientes, hijos e inclusive nietos), siendo la mayoría de ellas (5 de 7) las principales responsables de la manutención de sus hogares. Por otro lado, de las siete mujeres, solo dos convivían con sus parejas. En los dos casos, la pareja se había constituido luego de la migración y ellos no eran los padres de sus hijos.

4. Proyecto migratorio y condiciones de inserción/exclusión en las sociedades de origen y destino.

A continuación presentamos algunas de las características salientes relevadas en el trabajo de campo en relación a los proyectos migratorios de las mujeres entrevistadas y sus condiciones de vida en el país de origen y de destino.

En relación a la sociedad de origen, todas provienen de entornos fuertemente empobrecidos producto, sobre todo, de la aplicación en la región latinoamericana de políticas de corte neoliberal en las últimas décadas del siglo pasado. La inestabilidad económica, política y, en algunos contextos nacionales como el colombiano, la generalización de conflictos violentos

⁶ Los nombres de las mujeres han sido cambiados para preservar su anonimato.

⁷ Aquí nos basamos exclusivamente en los padecimientos que las mujeres individuaron en sus narraciones

armados son todos factores que motivaron la migración de las mujeres. A estos se suman otras motivaciones personales y/o familiares, en línea con lo que la bibliografía especializada señala. El anhelo de mejorar la propia situación económica y la de sus familias se entrelaza, según los casos, con exigencias médicas a la que no se encuentra una respuesta en la sociedad de origen, la voluntad de alejarse de situaciones conyugales y/o sociales poco satisfactorias (en algunos casos inclusive marcadas por la violencia) (Guarnizo y Sørensen 2007), el deseo de cambio o la formación de una nueva pareja en la sociedad de destino (Bodoque y Soronellas 2010).

Con respecto a cómo los proyectos migratorios se imbrican con su vida familiar, sobresalen en los relatos de las mujeres algunas similitudes con respecto a la (no) participación de sus (ex) parejas en la vida doméstica. En la mayoría de los casos, ellos no atendían a los compromisos económicos derivados de la paternidad biológica siendo las mujeres-madres las principales responsables del trabajo productivo y reproductivo de sus hogares; tampoco se constituyeron como cuidadores de sus hijos una vez emprendida la migración de la mujer, tarea que generalmente recayó en la parentela femenina de la migrante; finalmente, en los casos en los que el proyecto migratorio incluía la reagrupación de la pareja en un segundo momento, la misma nunca se materializó y el vínculo conyugal se rompió.

Lo anterior determina proyectos migratorios fuertemente orientados a la manutención de los hijos y de la parentela que queda a cargo de los mismos en la sociedad de origen. Cabe aclarar que para ello, desde el inicio las mujeres formularon sus proyectos en torno a la incorporación en el trabajo doméstico en España⁸. Inclusive, el proyecto migratorio puede adquirir formas más complejas, definiéndose dentro de una estrategia familiar más amplia que supone la migración de buena parte la familia originaria (especialmente madre y/o hermanas).

Pasando a revisar sus condiciones de vida en Cataluña, en primer lugar, aparece como denominador común de todas las historias analizadas un largo período de irregularidad jurídica. Si bien al momento de realizar las entrevistas todas residían regularmente y eran titulares de sus respectivas autorizaciones para trabajar (dos inclusive se habían nacionalizado españolas), al inicio de su estancia en España estuvieron por lo menos tres años “sin papeles”. Es más, la irregularidad en algunos casos aparece como una estrategia dentro de un proyecto migratorio que al principio se formula como provisorio. Con el aplazo del retorno, la

⁸ Solo la trayectoria de Mónica, la única sin hijos, se distancia del patrón que venimos comentando. Inicialmente su migración la motivó el proyecto de construir una nueva pareja en destino. Este proyecto fracasó poco después de su llegada a Barcelona. Sin embargo, esto no implicó el fin del proceso migratorio; el mismo se redefinió sobre la base del plano laboral y se reorientó hacia la familia en la sociedad de origen en función de necesidades económicas que allí emergieron.

regularización de la residencia cobra importancia, especialmente cuando la redefinición del proyecto migratorio prevé la reagrupación de los hijos.

También son comunes las dificultades para conseguir una vivienda digna y estable. Todas las mujeres reportaron vivir en condiciones de hacinamiento en viviendas en pésimo estado de conservación en sus primeros años de migración. Con el tiempo, algunas lograron mejorar esta situación a través del alquiler de una vivienda, especialmente si realizaron la reagrupación familiar. Otras, en cambio, aún no habían conseguido resolver establemente este aspecto si bien llevaban muchos años en Cataluña. Además, en contra tendencia a lo que comúnmente la bibliografía especializada señala, el empleo como interna en el servicio doméstico no siempre resuelve por entero el problema de alojamiento de la migrante. Las trabajadoras igualmente necesitan un lugar para pasar sus días de descanso y esta exigencia la resuelven alquilando una cama, y en el mejor de los casos, una habitación adonde poder ir en sus días libres. Es verdad que con esta modalidad de empleo logran una mayor capacidad de ahorro pero de todas maneras deben dedicar una parte de sus ingresos al pago de su alojamiento, por precario y económico que éste sea.

Por otro lado, las que realizaron la reagrupación familiar de sus hijos, tienen grandes dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. Deben afrontar “la doble carga de trabajo” sin la red de parentela femenina con la que contaban en la sociedad de origen y sin los recursos económicos para poder comprar en el mercado los servicios en los que ellas mismas se emplean. A esto, se suman las dificultades relacionales con sus hijos con quienes vuelven a convivir tras muchos años de separación. Problemáticas que, en algunos casos, pueden determinar el fracaso de la reagrupación con el regreso de sus hijos – o parte de ellos- al país de origen.

Por último, en relación a sus condiciones laborales, pasamos a revisarlas con mayor detenimiento vista la importancia que tienen en nuestro caso de estudio.

4.1. Condiciones laborales de las trabajadoras domésticas.

Tal como hemos comentado, el trabajo doméstico debe enfrentarse a la consideración ampliamente generalizada de no-trabajo. Serán entonces “las dificultades, preexistentes a la inmigración, para el reconocimiento del servicio doméstico como actividad laboral (las que) van a determinar los problemas específicos que tienen las trabajadoras domésticas inmigrantes en este sector” (Martín 2006: 67).

En los relatos de las mujeres emergen durísimas condiciones de trabajo. En este sentido podemos señalar la alta incidencia de irregularidad en la contratación, aún cuando las mujeres ya son titulares de sus respectivas autorizaciones de trabajo. Son comunes largas jornadas laborales en las que a menudo no se respetan ni las horas de descanso ni el horario de salida pactado. También es frecuente el pluriempleo, con el efecto de eliminar los días de descanso pero que contrarresta los bajos salarios percibidos. Por otro lado, el análisis de sus trayectorias laborales evidencia una escasísima movilidad laboral.

Muchas trabajadoras se pagan a sí mismas la Seguridad Social (o sus empleadores la descuentan de sus salarios, lo que en la práctica es lo mismo) para regularizar su residencia en España y/o mantenerla en el tiempo; pero dado que el trabajo doméstico es una actividad regulada por una ley claramente discriminatoria en comparación con otros sectores de actividad económica, son menores los beneficios que las trabajadoras reciben a cambio. No gozan del subsidio de desocupación y, hasta la reciente modificación legal⁹, las bajas por enfermedad recién se hacían vigentes el vigésimo noveno día y no estaba reconocida la categoría de enfermedad profesional. Esto implicaba, aun en el caso de las empleadas regularmente contratadas, que los días no trabajados eran días no cobrados. Además, la alta incidencia de la economía sumergida en el servicio doméstico en conjunción con los pocos años de trabajo en España debido a la migración, dificulta alcanzar el período de cotización exigido para acceder a determinadas prestaciones de la Seguridad Social.

Finalmente, los datos recogidos a lo largo de la investigación indican, que existe un gran desconocimiento por parte de las trabajadoras de los derechos laborales de los que gozan, por mínimos que éstos sean¹⁰.

Entendemos, entonces, que no sólo se trata de que estas trabajadoras tengan derechos laborales básicos sino que también existan medios para que puedan ejercitarlos (Anderson, 2004); pero la perversa vinculación que la Ley de Extranjería establece entre la posibilidad de residir y trabajar legalmente y la presentación de un contrato laboral actúa claramente en contra de este propósito. Difícilmente una empleada del hogar “sin papeles” denunciará condiciones laborales abusivas. Lo mismo podemos decir de las empleadas domésticas regulares, que para renovar sus permisos dependen de la voluntad de sus empleadores de formalizar la relación laboral, poniendo en evidencia la precariedad y temporalidad de los derechos así adquiridos.

⁹ RD 1620/2011, de 14 de noviembre, que derogó al RD 1424/1985, de 1 de agosto.

¹⁰ El trabajo de campo se realizó en contemporáneo al período de transición de la modificación legal antes señalada. Esto ha permitido conocer de primera mano cómo interpretaron los cambios legislativos las trabajadoras y evaluar la aplicación de la reforma en los primeros meses de entrada vigor, el 1º de enero 2012.

Con lo anterior, nuestra intención no es presentar una visión victimizada de la trabajadoras domésticas migrantes sino resaltar cómo el solapamiento de la legislación laboral y de extranjería las penaliza doblemente por ser trabajadoras domésticas y extranjeras, ubicándolas en los últimos peldaños de la escala social.

Llegados a este punto, teniendo en cuenta que el trabajo es la relación social que legitima el proceso migratorio a los ojos de las mujeres y de su entorno, pero que el mismo se realiza en condiciones de gran desprotección para la trabajadora, pasamos a revisar las estrategias que las mujeres despliegan para atender sus padecimientos en el contexto migratorio, los recursos de los que disponen para ello y cómo los padecimientos vividos pueden condicionar sus proyectos migratorios.

5. Formas de atención de los padecimientos: estrategias, recursos e incidencia en el proceso migratorio.

En el desarrollo de este apartado, recuperamos la propuesta de Menéndez (2003) de entender la autoatención como un proceso estructural de la sociedad, constante pero en continua modificación, que remite al nivel microgrupal, especialmente al de los grupos domésticos. Tal como señala el autor, “la autoatención casi siempre es la primera actividad que el microgrupo realiza respecto a los padeceres detectados, y esta actividad no incluye inicialmente ningún curador” (Menéndez 2003: 201). La decisión de consultar o no a un curador profesional (reconocido y aceptado) dependerá entonces de lo que suceda en la autoatención, de la evolución del padecimiento, de los recursos materiales y simbólicos del grupo y de la infraestructura de servicios existentes. La autoatención, por lo tanto no es un acto aislado, sino que debe entenderse como el proceso que articula las distintas formas de atención existentes en función de los saberes y experiencias que los sujetos y grupos manejan.

5.1. Estrategias

De acuerdo con la información recogida en las entrevistas, frente a los padecimientos la estrategia más habitual que ponen en práctica las mujeres es intentar no dejar de trabajar. Todas las mujeres señalan que han ido y/o van a trabajar sintiéndose enfermas. Pueden, por ejemplo, no hacer nada:

Ignorar lo que sentía, ignorar lo que pasaba, yo... seguir trabajando. (Mónica)

También es común el recurso a la automedicación:

Y en mucho tiempo, mucho tiempo, he ido constipada, he ido... me he tomado analgésicos que son lo único que puedes pedir en la farmacia y ya está. (Marlene)

Claro, y es horrible (el dolor de cervicales), es como... me coge aquí como (se toca la nuca como si se la sujetase con un broche)... como que me duele aquí, me duele acá... horrible. Esta semana estuve... tomándome paracetamol, tomándome esas pastillas... para calmar. Pero no fui ni a pedir receta, no me fui ni al médico... (Carmen)

Pero no siempre es posible atender a sus padecimientos de esta manera. Cuando a su juicio el acceso al servicio sanitario resulta impostergable, ya sea por la gravedad del padecimiento o por que el mismo se prolonga en el tiempo, otras son las estrategias que se despliegan para poder seguir trabajando frente a las indicaciones recibidas de los profesionales médicos.

Por ejemplo, es común intentar negociar la baja laboral, generalmente con escasos resultados:

Y de tanto, de mal que me puse que me fui al médico y el médico me dio una incapacidad; entonces luego fui para que me..., pues, como si ya estuviera bien porque yo le dije: ‘Yo no me puedo quedar sin trabajo’. Me dijo: ‘No puedes trabajar así. Si estás..., en esta situación no puedes trabajar’. (Mirella)

Yo ya estaba inclusive para ir al médico y pedirle mi alta porque tenía miedo que me despidan (...) voy al médico a pedirle el alta, el médico me dice “no, no te puedo dar el alta Roxana, tú no puedes volver a trabajar ahora”. Porque llevaba un catéter aquí (en el cuello), llevaba una vía artificial aquí ¿no? para la diálisis porque esto me había ido mal (la diálisis por el brazo) (...) así quería ir yo a trabajar (se ríe) porque tenía miedo que me despidan.” (Roxana)

Y si no, se intenta evitar la baja o acortarla en el tiempo ocultando el malestar:

Sí, tuve 15 días [de baja]..., y de ahí yo fui y me dijo: “Mira, ¿ya estás bien?”, y yo: “Sí, ya estoy bien”, porque yo digo, a ver, lo que tú piensas es que te vas a quedar sin trabajo... ¿sabes? Así, entonces (aunque) te sientas mal... (Carmen)

Un día me cayó una madera, se ve que yo hice con la escoba así para limpiar (imita un movimiento en el aire con la escoba) y me cayó una madera y justo en la mano. Y así, en un momento se me puso así (muy hinchada) (...) y el mismo médico me decía “¿Quieres que te de la baja por un día, dos días? Algo que tú te creas porque esto está muy inflamado”. Yo “no”, le digo “porque esto mañana ya estará otra vez bajo” decía yo. Sí. Y así volvía a trabajar.” (Roxana)

Lo mismo ocurre con respecto a la adherencia a los tratamientos indicados:

(...) porque me quiere mandar a rehabilitación, y que si esto y que si aquello, entonces yo prefiero no ir, para que no me diga... (ríe) entonces, yo les pedí que, a la última traumatóloga le dije, por favor digo, déjame con la medicina (ríe), yo lo único que te pido es que me dejes con una medicina, con un antiinflamatorio, yo sé que es malo tomarlo a diario pero si eso me va ayudando, digo, para seguir trabajando, mientras pueda, déjamelos (ríe)” (Susana)

También, el tiempo de reposo decretado por los médicos suele ser desafiado por las mujeres. Este es, por ejemplo, Rosa con un profundo corte en la palma de la mano fruto de un accidente laboral:

Unos dos meses más o menos porque tardó mucho en curar mi mano..., claro, aquí tardó un montón porque no dejé de trabajar (...), curaba por fuera, curaba por fuera pero por dentro no curaba porque era muy profunda la..., el corte, era muy profundo. Pero, bueno, duró dos meses más o menos..., pero, claro, hasta hoy siento un poco de molestia (...)

Tampoco Susana respetó el período de reposo postoperatorio tras dos intervenciones quirúrgicas:

La primera fue corta porque fue..., la vesícula tardé un par de semanas en salir a trabajar porque salí a trabajar con faja con la herida puesta (ríe) (...), tenía que hacer un mes o inclusive más porque había tenido una herida bastante profunda en esta zona (estómago), y bueno tenía que estar cuidándome bastante, de no hacer esfuerzo. Al principio iba muy enfajada que no se sienta el esfuerzo en la zona y..., no fue mal, eh (risas) (...). Y lo del quiste fue..., más o menos era el mismo tiempo de baja (...). Pero bien que lo llevé bien también. Conforme pude me fajé bien y ¡de nuevo a trabajar! (risas).

Ni Roxana, en lista de espera para un trasplante de riñón:

Me puse a trabajar (lo dice muy bajo) unas horas de limpieza, es como estoy saliendo (económicamente) (...), en las mañanas voy a limpiar dos horas, tres horas, en una casa, en otra casa, y ahora sí lo tengo más estable, en la tarde pues ya voy a la diálisis (...), ellos (los médicos) no saben que yo estoy trabajando. Así estoy dos horas, una hora, ellos no saben.

Además, es interesante notar la estrategia que surge del relato de dos empleadas domésticas por horas, que para hacer frente a sus padecimientos sin dejar de trabajar subcontratan a otra persona para que las ayude a llevar adelante los trabajos más pesados que ellas no pueden realizar. Así lo explica una de ellas:

(...) porque hay muchas cosas que ya no puedo hacer, ya tiene que hacerlas alguien. Ya llevo alguien para hacerlas por mí. Persianas, cosas así..., no las puedo hacer por el brazo, por la tendinitis (...); si hago un sobreesfuerzo un día, pues al siguiente no puedo trabajar porque no puedo, no me responde (el brazo)... (Susana)

Pero a pesar de las estrategias implementadas, a veces es imposible no faltar al trabajo. Ante esto, distintas son las “soluciones” para conservar el empleo, y dependen en buena medida de la voluntad de el/la empleador/a. Por un lado, a menudo son las mismas trabajadoras las que se preocupan por buscar una sustituta. O puede suceder que el/la empleador/a espere a que la trabajadora se reponga. Pero también, que la trabajadora pierda su empleo. Este es el caso de Mirella, que se encontraba regularmente empleada como interna en casa de una señora anciana cuando un fuerte estado depresivo le impidió seguir trabajando. Fruto de esta situación perdió contemporáneamente el trabajo y la vivienda. En ese momento de altísima vulnerabilidad, sin una red familiar o social en Barcelona, vivió durante un período en la calle.

Pero aunque no se llegue a esta instancia tan drástica, faltar un día al trabajo puede alterar seriamente la relación con la empleadora y llevar a la trabajadora al límite de la renuncia:

Un día me echa en cara (la empleadora) “Ay, tú estás aquí como una reina, no haces nada, solamente somos dos personas, estás ahí, no haces nada, estás tranquila y además tu sueldo lo recibes limpio, no tienes que pagar impuestos, mandas el dinero todo tal cual a tu país, no pagas ningún tipo de impuestos”. Me había puesto enferma y me mandó a mi casa... tenía gripe, o sea, un resfriado muy fuerte, me encontraba mal (...) y a la otra semana me empieza a reclamar, “como tú has faltado un día, si tú faltas un día en una empresa te descuentan.” Lo dijo, o sea, ella me echó en cara que yo había faltado un día (...) Y luego empezó eso con el dinero (...) empezó a decir tonterías. Me dijo todo. Yo, me callé totalmente, (...) y lo único que le dije, “lo único que no quiero es deberle nada”. Porque ella quería que ese día que no pude venir que le pague con otro día. Eso es lo que quería ella (...) ¡Somos personas! Que venga alguien y que te venga a decir esto, somos personas y a mí me afectó. Yo ya me estaba pensando de dejarlo. Porque yo soy así. No puedo... ahora, yo soy persona, yo necesito un trabajo para vivir, yo no puedo soportar que me humillen, no puedo soportar. Y entonces, hablé con mis amigas y me dijeron “Mónica es un buen trabajo, no hay trabajo, estamos mal, tú espérate, déjalo, no hagas caso, deja que pase eso” (...) He estado tres, cuatro días con esto (dándole vueltas) ¿sabes? tres, cuatro días. Bueno, el lunes empecé normal... voy a dejar pasar, me da igual, no pasa nada (...)” (Mónica)

5.2. Recursos para la atención de la salud en el contexto migratorio

Al preguntarles quién cuida de ellas cuando enferman, la respuesta, sobre todo cuando no hay una red familiar en la sociedad de destino, es nadie, que ellas cuidan de sí mismas.

(...) yo, cuando me pongo malita, yo no tengo quien cuide de mí, no. Si como, bueno, y, si no, también. (Mirella)

Yo ya estaba ahí preocupada, estaba asustada porque si voy al hospital, no voy a poder trabajar, no tengo a nadie. ¡Dios mío! ¡Qué va ser de mí! ¡Qué-va-a- ser-de- mí! (Mónica)

No obstante, creemos que esta respuesta merece ser matizada. El sistema de salud público, las organizaciones del tercer sector, el servicio socioasistencial, los empleadores, los amigos y la familia son todos actores que se constituyen como cuidadores, cada uno con sus especificidades y en función de cada caso particular.

En primer lugar, para todas, el servicio sanitario público es un recurso fundamental a la hora de atender sus problemas de salud y, en términos generales, coinciden en valorarlo positivamente¹¹. Solo en un caso hemos registrado una apreciación negativa. Se trata de Marlene, quien a su juicio nunca ha encontrado una respuesta satisfactoria para sobrellevar el estado depresivo y la sensación de estrés que la aquejan, a pesar de haber acudido a numerosas consultas por estas cuestiones.

Por otro lado, emerge la importancia que reviste el trabajo en red del servicio sanitario con otras instituciones, sobre todo en los primeros años de estancia en España, para poder atender problemas no vinculados estrictamente a la salud:

Luego logré hacer los papeles, pues (...) yo ya empecé a enfermar, ya estaba mala, fui al médico (...) estaba ilegal aún, estaba solamente con un visado que ya se me había vencido y todo, entonces, cuando fui al médico me aconsejaron, me dijeron, “mira, tienes que ir a un sitio donde ayudan a hacer los papeles a los inmigrantes para que estés legal, tú estás enferma y necesitarás siempre”. Entonces me fui a unos abogados que había de estos, que ponen para los inmigrantes... (Roxana)

Y a la inversa, también se puede acceder al servicio sanitario a partir del contacto con otras instituciones:

Me empezaron a dar unas picadas al lado izquierdo (del pecho) y yo fui al médico (...), había ido al CITE¹² me dijeron que fuera al puesto de salud..., donde te ayudan a hacer los papeles y todo..., es una cooperación contigo, te orientan si vas a reagrupar. Sí, en el CITE te orientan, hay Cruz Roja, si no tienes dónde empadronarte te ayudan a empadronarte. Y yo no estaba empadronada en ninguna parte, pero entonces me dijeron que yo como ser humano tenía derecho a que se me atendiera. (Mirella)

Las distintas organizaciones del tercer sector (religiosas y laicas) resultan un importante punto de apoyo. Proveen asesoramiento jurídico, orientación para el uso y acceso a distintos servicios asistenciales e inclusive les proporcionan bienes de primera necesidad tales como alimentos, ropa y utensilios domésticos. Los servicios socio-asistenciales públicos, en cambio, no aparecen como un recurso siempre disponible. Solo en el relato de una mujer (ya

¹¹ El trabajo de campo se desarrolló en el marco de una legislación de extranjería que garantizaba a todos los extranjeros empadronados el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

¹² Red CITE, Centros de Información a Trabajadores Extranjeros (CC. OO.).

nacionalizada española) aparecen como un recurso estable al cual acudir en caso de necesidad.

El/la empleador/a, en casos puntuales, puede ser una fuente de cuidado, proveyendo medios materiales y/o afectos, pero en el seno de relaciones fuertemente asimétricas que generan gran dependencia e inclusive, a veces, rayan la explotación.

Los amigos también se pueden constituir como cuidadores, aunque a menudo son también migrantes y, por ello, son escasos los recursos que pueden proporcionar:

Ahora ya es mi prioridad comer bien, estar bien porque es que no tengo a nadie, como no tengo a nadie, ¿quién va a velar por mí? Yo sé que tengo amigos que me quieren, pero no es igual, no es igual. No puede ser igual porque ellos tienen su vida. Si estuviera mi hermana, sí, si estuviera mi papá, sí [...], pero una amiga, igualmente están mis amigas en la misma situación que yo, ¿qué pueden hacer por mí? (Mónica)

Por último, aquellas que tienen aquí con una red familiar cuentan con su apoyo, sobre todo, como es fácil imaginar, por parte de las mujeres de la familia:

Yo si estoy ingresada y eso, ellos se dedican a mi hijo, mi hermana, mi madre, le dejan la comida, le ayudan un poco y esto..., es una tranquilidad (...), yo siempre estoy apoyada por ellos (...), siempre están pendientes de todo (Roxana)

Pero tal como sucede con los amigos, a menudo son escasos los recursos que pueden brindarles, especialmente los de tipo económico. Por otro lado, es interesante notar que, aunque la familia se encuentre en la sociedad de origen, igualmente puede ser una fuente de cuidado a distancia:

Y así he ido, un poco con dolores de cabeza, dolores de cabeza y el médico: “No, que eso es normal”. Y no me recetaban jamás nada, y yo, bueno. Y claro, yo llamaba a mi madre (...) (Marlene)

5.3. Incidencia en el proyecto migratorio

Algunas investigaciones han mostrado que los inmigrantes priorizan la obtención de dinero sobre la consideración del cuidado de su salud (Bermúdez, 2004; García et al., 2009). La puesta en marcha de las estrategias examinadas al inicio de este apartado pareciera a primera vista confirmar esta afirmación; sin embargo, creemos que su interpretación no puede separarse de la triple condición de mujeres, trabajadoras y migrantes, que actúa de manera entrelazada en su vida cotidiana y que determina su precaria inserción en nuestra sociedad (Parella 2002). Faltar al trabajo significa perder la ganancia de los días no trabajados e inclusive puede llegar a significar la pérdida del empleo, lo cual hace peligrar la propia

manutención y la de la unidad doméstica, ya sea que se encuentre en la sociedad de destino y/o en la de origen.

Además, si los padecimientos han sido graves y prolongados, las trayectorias laborales de las mujeres resultan muy discontinuas, lo que determina una gran inestabilidad económica que repercute negativamente en las condiciones habitacionales:

Yo ahora pago mi habitación y no consiento que nadie se me pase a la habitación..., y a cada uno, a su sitio (...), hacía muchos años que no me sentía bien. Siempre..., no he durado ni 15 días en las casas y andaba con todo en un trastero, pagaba 80 euros de trastero para yo poder sobrevivir en los sitios donde iba (...) en cambio, allí no, allí (...) nadie me molesta, hasta aquí, ya llevo 4 meses y no me molesta nadie. Que lucho por conseguir esos 250 mensuales pero estoy bien. (Mirella)

Ninguna mujer era propietaria de su vivienda en Cataluña (dos lo eran en la sociedad de origen). No creemos que sea correcto relacionar el régimen de tenencia de la propiedad con su situación de salud, pero seguramente este factor puede actuar en contra. De hecho, el pago del alquiler es una de las mayores preocupaciones cuando los problemas de salud imposibilitan trabajar.

El trabajo, además, siempre que se realice en condiciones regulares, es la condición sine qua non para que ellas y sus familias residan legalmente en España. Por eso, en el contexto de una legislación de extranjería de carácter marcadamente laboral, los padecimientos vividos inciden negativamente en su ya precaria situación jurídico-administrativa. Algunas mujeres han tenido serias dificultades para renovar las tarjetas de residencia y trabajo, realizar la reagrupación familiar y/o nacionalizarse españolas. Los siguientes testimonios son elocuentes al respecto:

Me estuve a punto de perder los papeles, pero como he estado en lo del itinerario de búsqueda de empleo, esa justificación me ha servido y el asistir a talleres, que he asistido a talleres y los trabajos [...], estuve haciendo acogidas, estuve yo también en otros sitios recibiendo acogidas. Y entonces me han dado un certificado como que yo estaba llevando un itinerario de búsqueda de empleo y por favor que..., que yo era una persona que tenía integración con la sociedad y todo eso, me han dado un dossier para que lo presentara en el Gobierno Civil. Se exigía al Gobierno que me aceptara y con eso se me renovaron los papeles. ¡Gracias a Dios! (Mirella)

Pero su solicitud de nacionalización fue denegada por no poder demostrar poseer medios de vida suficientes, una consecuencia de su precariedad laboral fruto de su frágil condición de salud.

En el caso de Roxana:

(...) yo de cara cuando sabía que tengo que renovar y eso yo me espabilaba en buscarme un trabajo, sabes, en donde me hagan contrato y me sirva para ir renovando. Eso sí, nunca me he descuidado. Yo ya me lo iba montando todo porque yo sabía que era un requisito, que era importante eso, estar trabajando y tener un contrato, entonces yo intentaba por todos los medios, aunque esté enferma, aunque esté como sea, de ponerme a trabajar y tener un contrato para presentar (...)

Sin embargo, lo anterior no fue suficiente a efectos de la reagrupación familiar de su hijo, quien finalmente entró en España con un visado de turismo.

Otro ejemplo, resulta paradigmático en relación con la concatenación de dificultades jurídico-administrativas que supone no poder trabajar. La operación a vesícula a la que se sometió Susana coincidió con el período de solicitud de reagrupación de sus hijos. No respetó el reposo postoperatorio porque:

(...) no podía no cobrar y yo necesitaba trabajo, necesitaba el dinero (...), tenía el piso alquilado yo. Estaba en el período de solicitud de reagrupación, estaba en ese período, todo, y eso me vino así una cosa muy repentina, así que fue todo en ese lapso de la solicitud de papeles de mis hijos, y todo eso.

Además, para poder afrontar el gasto de la reagrupación familiar —alquiler del piso, billetes de avión, trámites administrativos—, dejó de pagar la cotización a la Seguridad Social, lo que le ocasionó problemas cuando tuvo que renovar su tarjeta de residencia y la de sus hijos ya reagrupados. La deuda con la Seguridad Social (1.600 euros) la saldó pidiendo un préstamo a uno de sus empleadores y así pudo renovar los permisos.

Queda claro que el trabajo constituye el eje vertebrador de la experiencia migratoria de estas mujeres. Good señala, para el caso de las personas afectadas de enfermedad crónica, que el intento de llevar una vida profesional a pesar de la enfermedad puede ser entendido “como un esfuerzo para contrarrestar la destrucción del mundo vital” (2003: 236). Los testimonios revisados nos inducen a pensar que algo similar sucede en el contexto migratorio. En los discursos de las mujeres emerge con fuerza su identidad de trabajadoras. Y no son simplemente trabajadoras, son además “responsables” y “cumplidoras”:

(...) a mí no me gusta dejar mi trabajo. Mira, si tengo que limpiar una casa hoy (y no puedo ir), me sabe malísimo porque no me gusta quedar mal con la gente (...), a mí me gusta cumplir (Rosa).

Y yo pienso que la responsabilidad hay que tenerla siempre, si eres responsable de un trabajo no puedes decir “oye, mañana no voy” (...), tiene que ser porque no has podido en realidad, entonces yo digo “pues no puedo”. Pero que yo me pueda levantar de la cama, ¡olvídense! Que yo..., que yo cojo el camino... (Carmen).

En el marco de proyectos migratorios, que tal como hemos visto, no son nunca definitivos y continuamente se van redefiniendo, los padecimientos vividos, cuando interfieren con su capacidad de trabajo, pueden llevarlas a barajar la posibilidad de poner fin al proceso migratorio. El retorno, muy presente al inicio de la trayectoria migratoria, pierde vigor con el paso de los años para volver a aparecer con los problemas de salud.

En el caso de Susana, aunque su condición de salud no la inhabilita para seguir trabajando, sí le impide cumplir largas jornadas laborales en el servicio doméstico por horas y mantener el mismo nivel de ingresos. Además, la escasa movilidad laboral de esta actividad dificulta encontrar otra ocupación menos demandante físicamente. El retorno, entonces, emerge como una posible solución:

(...) porque he sido muy bruta (...) y nunca me he mirado en ese aspecto, yo siempre he mirado en cuanto al trabajo y no me he mirado mucho. Si hay que hacer se hace, si hay que esforzarse se esfuerza. Si hay que romperse, uno se rompe. Pero que no me he estado mirando yo por mí, entonces claro, estoy ya (...), ahora ya no hago tantas horas como antes, ya no puedo (...), voy (a trabajar) con faja, voy medicada ya y todo eso, entonces ya no puedo trabajar tanto como antes (...), si yo no puedo ganar lo que ganaba antes, tampoco voy a llevar la calidad de vida que llevaba ni tampoco voy a poder darle calidad de vida a mi hija.

En este relato, junto al trabajo, las motivaciones familiares —sobre todo el fracaso de la reagrupación del hijo mayor— son relevantes para justificar la vuelta:

Yo al final, en cuanto pueda, yo me regreso a mi país con mi hija porque al irse mi hijo es también como un desprendimiento..., porque la idea es que estuviesen los dos juntos (...), mi idea nunca fue realmente volver a Paraguay porque por eso yo he hecho las documentaciones legales para traer a mis hijos. ¡Me esperé cinco años para traerlos! Y... ¡Me costó mucho traerlos! Pero al irse mi hijo también fue un, como te expliqué antes, un desprendimiento muy grande para mí, porque yo los quería a los dos juntos y no puede ser, o sea, que no podemos estar uno en una punta y otro en el otro.

También Rosa, frente al fracaso de la reagrupación de sus tres hijos y habiendo realizado los objetivos económicos que motivaron su migración se plantea el retorno. Pero además, es consciente que no podría mantener por muchos años más su actual ritmo de trabajo:

Igual, con 36 años no mucho pero aguantaría, yo que sé, podría aguantar un poco (...) Es que es difícil también, depende cómo va la salud ¿entiendes? el ánimo, la salud y todo eso (...) 5 añitos más podría (...) Es que llega un momento que todo harta de esta vida ¿entiendes? de tanto trabajo y trabajo.

Mirella, también fantaseaba con el retorno. Su estado de salud le ha impedido forjarse una estabilidad económica y actualmente, en conjunción con su edad, este factor limita su posibilidad de emplearse en el servicio doméstico, sin otras alternativas de trabajo formal a la

vista; pero no logra con ver con claridad su futuro, ni en España ni en Colombia, justamente porque no cuenta con una red familiar en ninguna de las dos sociedades:

- “M: ¿Qué esperanzas tengo yo en Colombia? (...).
- ¿Pero tendría un apoyo familiar en Colombia, quizá? ¿Con sus nietos, la familia de sus nietos?
- M: ¡Si soy yo el apoyo para mis nietos! ¡No son ellos el apoyo para mí! Soy yo quien le ha de ayudarles.
- Entonces, su vejez en Colombia no la ve posible.
- M: No, no, no, no creo. En los brazos de quién voy a morir, no lo sé.
- ¿Y aquí cómo la ve?
- M: Tampoco, lo veo muy duro, mi vejez la veo muy dura. En ningún sitio (...) es incierta.”

En cambio, cuando en la sociedad de destino se cuenta con una extensa red familiar, la idea del retorno pareciera desvanecerse:

(...) ahora con la crisis hay mucha gente, familiares que tengo yo, de muchos años que se están volviendo a Perú, pero eso a mí no se me cruza por la cabeza por mi enfermedad. Igual, si yo estaría sana, igual sí, podría pensármelo un poco, oye, mira, yo creo que allí, no sé, me compraría mi casa, me iría mejor allí y ya, mira, también me iría un tiempo porque yo tengo la nacionalidad y si no me va bien, pues vuelvo, no sé qué, pero no, no se me cruza eso ¿Por qué? Porque ya mi hijo también ya, un chaval que ya se ha criado aquí, estudia aquí, ya tiene..., y también mi familia está haciendo la vida aquí. (Roxana)

En síntesis, vemos que la experiencia de padecimiento es vivida en un contexto de fuerte exclusión social, y en algunos casos, acompañada de la falta de vínculos familiares y sociales fuertes en la sociedad de destino. Por ello, si las condiciones de salud dificultan seguir trabajando, el retorno se dibuja como una de las posibles soluciones. Pero esta decisión aparece íntimamente relacionada con motivaciones familiares, tal como las mismas se erigen centrales a la hora de emprender la empresa migratoria.

6. Reflexiones finales

Son tradicionalmente las mujeres, en su rol de esposas/madres, las que dentro del grupo familiar se ocupan de las tareas de reproductivas. Esto implica, entre otras cosas, ocuparse del cuidado de la salud de los componentes de la unidad doméstica, diagnosticando sus padecimientos, implementando los primeros tratamientos y decidiendo la demanda de atención, que puede incluir consultar con otras personas del entorno social inmediato y/o recurrir a curadores (Menéndez 2003). Aquí hemos intentado analizar estas cuestiones situando a las mujeres al centro de los cuidados y considerando los recursos de los que disponen para

la atención de sus padecimientos en su condición de trabajadoras migrantes; sin por ello desconocer su trabajo como cuidadoras en el seno de relaciones remuneradas y no remuneradas que se configuran en el marco de una progresiva internacionalización y mercantilización de las tareas reproductivas.

Una mirada atenta a las relaciones dentro de las cuales se materializa su proceso migratorio permite entrever cómo el mismo se configura en términos de las desigualdades existentes en la sociedad global actual, que no sólo son de clase sino que también son de género y etnia; desigualdades, que además, no sólo se estructuran entre el centro y la periferia del mundo sino que también dentro de los estados centrales.

Entendemos que las prácticas que las mujeres despliegan para atender sus problemas de salud en el contexto migratorio aparecen, más que como una solución, como una expresión de la criticidad de sus condiciones de vida y trabajo. Constituyen un intento para contener los riesgos que los padecimientos vividos suponen para el frágil equilibrio construido por las migrantes. A esto se suma que la atención de sus padecimientos se desarrolla en un contexto en el que las redes familiares y sociales pueden ser débiles y en el que las respuestas desde las instituciones públicas resultan claramente insuficientes.

La imposibilidad de trabajar, en primer lugar, pone en peligro la propia manutención y la de sus unidades domésticas, ya sea que éstas últimas se encuentren en la sociedad de destino o en la de origen. Además, si los padecimientos se prolongan en el tiempo, las trayectorias laborales son muy inestables, lo que generan una gran inseguridad económica y consecuentemente, también de tipo habitacional.

Por otro lado, cuando no es posible trabajar, pueden tener dificultades a la hora de renovar sus tarjetas de residencia y las de sus familias, realizar la reagrupación familiar y/u obtener la nacionalidad española.

Pero no se trata sólo de cuestiones económicas y jurídicas. Creemos que las prácticas desplegadas por las mujeres también se relacionan con el peso que reviste su identidad de trabajadoras. Con los padecimientos vividos, el trabajo, eje vertebrador de su proceso migratorio, corre el peligro de desaparecer. Si sus condiciones de salud les impiden continuar trabajando en el servicio doméstico, ante la sensación de no poder realizar otro tipo de actividad en este contexto, la idea del retorno vuelve a reaparecer con fuerza. Pero es interesante notar que la decisión del retorno aparece íntimamente relacionada a motivaciones familiares, tal y como éstas son centrales a la hora de emprender la empresa migratoria. Dependerá entonces de cómo sus grupos domésticos se hayan modificado en su estructura,

forma y funciones a lo largo de los años, que se delinee o no el retorno a la sociedad de origen como una opción posible.

7. Bibliografía

Ahonene, et al (2010) “Invisible work, unseen hazards: the health of immigrant household service in Spain”. *Am J Ind Med*, 53(4), p. 405-16.

Anderson, B (2004) “Just another job? The commodification of domestic labour. En: Ehrenrich B. y Hochschild, A. (eds.) *Global woman. Nannies, maids, and sex workers in the new economy*. New York, First Holt Paperbacks Editions, pp. 104-114.

Bermúdez, E.M. (2004) “Imágenes de la salud y enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España”. *Gerencia y Políticas de Salud*, Pontificia Universidad Javeriana, Vol. 3, Núm. 7, pp. 78-100.

Bodoque, Y. y Soronellas, M. (2010) “Parejas en el espacio transnacional. Los proyectos de mujeres que emigran por motivos conyugales”. *Migraciones Internacionales*, Vol. 5, Núm. 3, pp. 143-174.

Bover, A. (2006) “Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras: globalización, promoción y acceso a la salud”. *Nure Investigaciones*, Núm. 21.

Comas d’Argemir, D. (1995) *Trabajo, género y cultura*. Barcelona, Icaria.

Comas d’Argemir, D. (2009) “Trabajo, economía sumergida y género. La atención a la dependencia” En: Tellez, A. y Martínez, J.E. (Eds.): *Economía informal y perspectiva de género en contextos de trabajo*. Barcelona, Icaria, Pág. 169-196.

Colen, S. (1995) “Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York.” En: Ginsburg, D. y Rapp, R.(ed.): *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. Berkley, University of California Press, pp. 78-102.

Eeteban, M.L. (2006) “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Vol. 2, Núm. 1, pp. 9-20.

García, A.M. et al. (2009) “Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave”. *Gaceta Sanitaria*, Núm. 23, Vol. 2, pp. 91-99

Gentil, I. (2009) “Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia”. *Index de enfermería*, Vol.18, Núm. 4, pp. 229-233.

- Good, B. J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Bellaterra.
- Guarnizo, L. E. y Sorensen, N. N. (2007) “La vida de la familia transnacional a través del Atlántico. La experiencia de la población colombiana y dominicana migrante en Europa”. *Puntos de Vista*. Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la ciudad de Madrid. Núm. 9, año 3, pp. 7-28.
- Hochschild, A (2001) “Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional” En: Giddens, A. y Hutton, W. (Eds.) *La vida en el capitalismo global*. Barcelona, Tusquets, pp.187-208 .
- Jiménez, B. C. y Redondo, A. (2007) “Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud”. *Anales de geografía*, Vol. 27, Núm. 2, pp. 59-76.
- Martín, E. (2006) “Mercado de trabajo, género e inmigración”. En: Harresiak Apurtuz (coord.): *Mujeres migrantes: viajeras incansables. Monográfico sobre género e inmigración*. Bilbao, pp. 55-74.
- Menéndez, E. (2003) “Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 8, Núm. 1, pp. 185-207.
- Orozco, A. (2007) “Vínculos, migración y desarrollo.” *Género, remesas y desarrollo*. Documento de trabajo Núm. 3. Santo Domingo, UN-Instraw.
- Parella, S. (2002) *La internalización de la reproducción. La inserción laboral de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad*. Tesis doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Sociología.
- Parreñas, R. (2001) *Servants of globalization*. California, Stanford University Press.
- Pedone, C. (2007) “Familias transnacionales ecuatorianas: estrategias productivas y reproductivas. En: Bretón, V., García, F., Jové, A., Vilalta, M.J. (2007), *Ciudadanía y Exclusión: Ecuador y España frente al espejo*. Madrid, Catarata, pp. 251-278.
- Tognetti Bordogna, M., (2012) *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*. Milano, Franco Angeli.