



LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS MIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

CERRANDO LA BRECHA ENTRE SUS
DERECHOS Y LA REALIDAD EN LA UNIÓN
EUROPEA

FEBRERO DE 2016

 **PICUM**

PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON
UNDOCUMENTED MIGRANTS

La Plataforma para la Cooperación Internacional sobre los Migrantes Irregulares (PICUM) es una organización no gubernamental que representa una red de 140 organizaciones que trabajan con migrantes irregulares en 33 países, principalmente en Europa, así como en otras regiones del mundo. Con casi 15 años de evidencias, experiencia y conocimientos específicos sobre los migrantes irregulares, PICUM promueve el reconocimiento y cumplimiento de sus derechos fundamentales proporcionando un vínculo esencial entre sus realidades a nivel local y los debates a nivel político. PICUM ofrece habitualmente recomendaciones y experiencia a los responsables políticos e instituciones de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa y la Unión Europea, y se le ha otorgado el estatus participativo/consultivo tanto en las Naciones Unidas como en el Consejo de Europa.

Elaborado por Alyna C. Smith, oficial de programas y Michele LeVoy, directora.

Un sincero agradecimiento a todos los miembros de PICUM que contribuyeron a este informe así como a Lia Baniotopoulou y a Mareike Müller por su colaboración. También agradecer de manera especial a Katrine Thomasen y a Leah Hoctor del Centro de Derechos Reproductivos, así como a Irene Donadio de la Federación Internacional de Planificación Familiar por sus valiosas aportaciones.

Este informe ha sido posible gracias al generoso apoyo de:



Este informe ha recibido el apoyo económico del Programa de la Unión Europea para el Empleo y la Solidaridad Social "EaSI" (2014-2020). Para más información consulte: <http://ec.europa.eu/social/easi>
La información contenida en esta publicación no necesariamente refleja la posición oficial de la Comisión Europea.



SIGRID RAUSING TRUST

PICUM

La Plataforma para la Cooperación Internacional
sobre los Migrantes Irregulares
Rue du Congrès / Congresstraat 37-41, post box 5
1000 Bruselas
Bélgica
Tel : + 32/2/210 17 80
Fax : + 32/2/210 17 89
info@picum.org
www.picum.org

Foto de portada: ©Joakim Ross: consulta médica en la clínica de salud voluntaria de Rosengrenska en Suecia.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	2
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 Los derechos sexuales y reproductivos	3
1.2 Los DSSR y los migrantes irregulares en la UE.....	3
Salud materna.....	4
Embarazo en la frontera, en tránsito y en los centros de detención	4
Acceso a métodos anticonceptivos y al aborto.....	5
Discriminación y violencia de género.....	6
VIH.....	7
Criminalización del trabajo sexual.....	7
Mutilación genital femenina (MGF).....	8
2. EL CONTEXTO INTERNACIONAL.....	9
2.1 El derecho a la salud en virtud de la legislación internacional de los derechos humanos.....	9
2.2 Los DSSR y la Agenda mundial para el desarrollo	10
2.3 Legislación europea.....	10
3. EL CONTEXTO NACIONAL.....	12
3.1 Los DSSR de los migrantes irregulares en la UE.....	12
Estados miembros de la UE cuyas leyes establecen el derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva para los migrantes irregulares.....	15
Estados miembros de la UE cuyas leyes limitan el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva para los migrantes irregulares	16
3.2 Otras barreras importantes en el acceso	18
Ausencia de una clara separación entre el control migratorio y el acceso a los servicios de salud.....	18
Coste de la atención.....	20
Barreras administrativas.....	21
Barreras culturales y lingüísticas	23
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	24
1. A los responsables políticos a nivel nacional, regional y local.....	25
2. A los profesionales de la salud a nivel nacional, regional y local.....	25
3. A la Unión Europea.....	26

RESUMEN EJECUTIVO

La salud sexual y reproductiva es un componente esencial del desarrollo humano y el bienestar que está presente en todas las fases de la vida. El derecho a la salud sexual y reproductiva, como parte del derecho a la salud, así como los derechos a la privacidad y seguridad de la persona, se encuentra bien establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos que vinculan a todos los Estados miembros de la UE.

En la UE existen diferencias significativas en lo que se refiere a los derechos a la salud sexual y reproductiva (DSSR) de los migrantes irregulares que no concuerdan con los compromisos establecidos por los gobiernos. Esta población se enfrenta a una serie de retos que socavan sus DSSR, incluida una tasa de mortalidad materna e infantil desproporcionadamente alta; un acceso limitado a los métodos anticonceptivos y al aborto y un nivel cada vez mayor de discriminación y violencia de género (especialmente entre las mujeres y los migrantes LGBT así como las trabajadoras sexuales migrantes), particularmente en la frontera, en tránsito y en los centros de detención.

Para los migrantes irregulares, el acceso a los servicios básicos de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, es la excepción y no la regla en la mayoría de los Estados miembros de la UE. Existen derechos limitados para las mujeres embarazadas quienes, en 21 Estados miembros, pueden tener acceso a alguna forma de atención a la maternidad, que varía desde únicamente la atención al parto hasta una gama completa de servicios de salud reproductiva. En el caso del VIH, la prueba gratuita es accesible en 15 Estados miembros de la UE (y el tratamiento en 10). Sin embargo, en la mayoría de los Estados miembros de la UE, los derechos creados para estos grupos específicos no están vinculados al sistema de atención primaria: solo 10 Estados miembros proporcionan algún tipo de acceso a la atención primaria, que constituye la puerta de entrada al sistema de salud pública que garantiza la continuidad y la coordinación de la atención. Esto es fundamental para apoyar los esfuerzos de prevención mediante la difusión de información, y en caso de embarazo, de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. En la UE, los migrantes irregulares se enfrentan a numerosos obstáculos importantes para poder disfrutar de la salud sexual y reproductiva:

- Leyes nacionales que limitan gravemente su derecho a acceder a los servicios de salud, más allá de la atención de emergencia.
- Procedimientos administrativos pesados que se aplican de manera incongruente dificultando el acceso a los servicios a los que tienen derecho.
- Barreras debido a los costes que hacen que los derechos existentes carezcan de sentido.
- La vinculación de la prestación de los servicios de salud a la aplicación de las leyes de migración.
- Barreras culturales y lingüísticas en los sistemas nacionales que no se adaptan a las necesidades de una población diversa.

Para hacer frente a estas barreras, PICUM recomienda a los **responsables políticos** que reformen la legislación y las políticas que niegan o limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por motivos del estatus de residencia, que pongan en práctica la separación entre la prestación de servicios básicos y el control de la migración y que tomen medidas para garantizar el acceso de los migrantes irregulares a apoyo y servicios cuando hayan sido víctimas de violencia sexual o de género.

Por su parte, los **proveedores de servicios** deberán llevar a cabo la formación de los profesionales y administradores de la salud para fomentar un enfoque de la atención sensible a las diferentes culturas, para que sean proactivos en el trabajo con las comunidades de migrantes con el objetivo de mejorar el uso que hacen de los servicios disponibles a través del sistema público, y colaboren con la sociedad civil en la mejora del acceso a la salud para los migrantes irregulares a nivel regional y local, proporcionando servicios directamente y abogando por una reforma sistemática y sostenible de las leyes restrictivas.

Por último, la **Unión Europea** puede promover el diálogo de políticas basadas en evidencias y el intercambio de buenas prácticas, garantizar la coherencia de los objetivos de salud sexual y reproductiva en todas las políticas de la UE relevantes para los migrantes irregulares y proporcionar apoyo económico a las organizaciones de la sociedad civil y los Estados miembros para la prestación de un mayor número de servicios, así como a los investigadores que aporten datos y análisis para abordar las lagunas actuales en relación con los derechos específicos a los servicios de salud sexual y reproductiva en los Estados miembros y el impacto que tiene la restricción del acceso en los individuos, las comunidades y los sistemas sanitarios.

1. EL PROBLEMA

Una mujer que se encontraba en un estado muy avanzado de su embarazo fue informada por su médico de que su bebé estaba mal colocado en el útero y que tendría que someterse a una cesárea para evitar complicaciones. Cuando fue al hospital a hacer el papeleo para la intervención, se le informó de que no podía programarse su cesárea debido a que, al carecer de documentos, solo tenía derecho a la atención de emergencia. Tendría que esperar a estar en trabajo de parto activo para que así la cesárea pasara a ser un tratamiento de emergencia necesario para evitar un daño importante para ella y su bebé. Cuando se molestó por el rechazo, un guardia de seguridad la echó físicamente del hospital.¹

1.1 Los derechos sexuales y reproductivos

La salud sexual y reproductiva es un componente esencial del desarrollo humano y el bienestar que está presente en todas las fases de la vida² y se encuentra inextricablemente vinculado a las nociones de dignidad humana y autonomía.

La salud sexual y reproductiva no se refiere únicamente a la ausencia de una enfermedad: incluye el bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad y la reproducción. Presupone la libertad reproductiva, incluido el acceso a los servicios de información y de salud relativos a la planificación familiar, el embarazo y la fertilidad; experiencias sexuales libres de coerción, discriminación y violencia así como la prevención y tratamiento de la enfermedad o infección.³ El derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho que se aplica a los niños y adultos por igual, independientemente de su identidad o expresión de género u orientación sexual.⁴

Sin embargo, a pesar de la existencia de un amplio consenso internacional sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva de los individuos, parejas, familias y comunidades, y de la fuerza vinculante de los instrumentos internacionales de derechos humanos que garantizan su derecho, en Europa todavía siguen existiendo brechas significativas en el acceso.⁵ Esto es particularmente cierto en el caso de los migrantes irregulares que, en la mayoría de los Estados miembros de la UE, tienen un acceso limitado en el sistema de salud pública a cualquier servicio que no sea de emergencia, incluidos los relacionados con sus derechos a la salud sexual y reproductiva (DSSR).

El objetivo de este informe de políticas es dar visibilidad a la disparidad entre las obligaciones de los Estados miembros de la UE y los compromisos declarados con respecto a los DSSR en el ámbito internacional y las políticas restrictivas que persiguen a nivel nacional en relación a los migrantes irregulares. También tiene como objetivo mostrar el impacto de estas políticas en las vidas de las personas excluidas de los servicios debido a su estatus de residencia, así como ofrecer recomendaciones concretas para mejorar el acceso de esta población a los DSSR.

1.2 Los DSSR y los migrantes irregulares en la UE

Los migrantes irregulares o sin papeles⁶ son aquellas personas que, por diversas razones, no tienen un permiso válido para permanecer en el país en el que viven. La mayoría entran en la UE a través de canales legales - es decir, con un permiso válido para estudiar o trabajar, en busca de la reunificación familiar o de asilo - y luego pierden esa condición, a menudo por la pérdida del empleo, por retrasos administrativos en la tramitación de su solicitud de permiso de residencia, por tener documentos caducados, por haber nacido "irregulares" por ser hijos de padres en situación irregular o por haber huido de empleadores o parejas abusivos de cuyo vínculo dependía su estatus de residencia.⁷

A continuación abordaremos ejemplos de los principales desafíos que experimentan los migrantes irregulares en el contexto de los DSSR.

Salud materna

La reducción de la mortalidad materna e infantil es una prioridad en la agenda⁸ mundial y una prioridad clave para la UE desde el punto de vista del desarrollo.⁹ En su informe sobre la contribución de la UE a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, la Comisión Europea señala: “La UE apoya a los gobiernos de más de 30 países a formular y aplicar políticas y estrategias sanitarias nacionales, y a reforzar sus sistemas sanitarios para mejorar el acceso y la implantación de servicios vitales de salud materna y alcanzar el acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva asequibles y de calidad”.¹⁰

Mientras tanto, persisten importantes desigualdades en el ámbito de la salud materna en Europa. Varios estudios han demostrado que los embarazos complicados y con malos resultados son experimentados de manera desproporcionada por las migrantes en toda Europa, incluyendo el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil y materna,¹¹ y que las migrantes tienen más probabilidades de dar a luz sin asistencia profesional.¹² De las 310 mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad que constituyeron la fuente de información de los datos de Médicos del Mundo /Médecins du Monde en Europa en 2014, el 54,2% no tuvo acceso a la atención prenatal.¹³ A nivel de país, un informe de 2015 encontró que la tasa de mortalidad materna fue significativamente mayor en las madres de origen extranjero - por ejemplo, casi tres veces mayor en las mujeres nacidas en Somalia, y más de diez veces mayor en las migrantes nacidas en el Congo - en comparación con las residentes nacidas en el Reino Unido.¹⁴ Según un informe sobre la mortalidad infantil en el Reino Unido, se conoce que los bebés de ciertas minorías étnicas “se enfrentan a un riesgo cada vez mayor de mortalidad fetal y neonatal.”¹⁵ En Birmingham, donde una proporción considerable de la población es de origen extranjero y la mortalidad infantil es una de las más altas de Inglaterra,¹⁶ el Centro de atención primaria de Birmingham ha trabajado con organizaciones benéficas para proporcionar alojamiento temporal, asesoramiento y acceso a la atención médica para mujeres que no pueden acceder a fondos públicos, incluidas las mujeres en situación irregular.¹⁷

Embarazo en la frontera, en tránsito y en los centros de detención

Las mujeres y adolescentes embarazadas que llegan a las fronteras de la UE se ven gravemente afectadas por la falta de acceso a la atención médica,¹⁸ al igual que los niños (incluidos los recién nacidos y los bebés). En diciembre de 2015 se estimó que una de cada cinco personas llegadas por mar a Europa ese año eran niños.¹⁹ Una declaración escrita por los miembros de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en octubre de 2015 reconocía que dicho grupo se encuentra expuesto a un riesgo mayor de violencia sexual. Teniendo en cuenta que “la falta de acceso de las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas, a los servicios de salud reproductiva representa un desastre importante para la salud”, la declaración pide a los Estados miembros del Consejo de Europa que destinen recursos para este propósito, y que proporcionen una mejor higiene, asistencia médica y protección a estos grupos.²⁰

En el contexto de la detención, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha declarado que “como regla general, no se debe detener a las mujeres embarazadas ni a las madres lactantes, que tienen necesidades especiales.”²¹ Los centros de detención son tanto la causa de una salud física y mental deteriorada,²² como un lugar donde el acceso a la atención médica adecuada es generalmente limitado.²³ El resultado es un doble golpe a la salud de las mujeres embarazadas.

En octubre de 2015, el Ministerio del Interior británico ofreció una disculpa formal y anunció que iba a pagar una indemnización a una solicitante de asilo embarazada que fue detenida estando embarazada de cinco meses y enviada al centro de detención Yarl’s Wood de inmigrantes.²⁴ La mujer había sido arrestada sin previo aviso, estuvo retenida durante diez horas bajo custodia policial, y luego fue trasladada en un trayecto de ocho horas al centro de detención, donde solo recibió en una ocasión la visita de una matrona durante su estancia de un mes.²⁵ El Ministerio del Interior también anunció que revisaría su política de internamiento de mujeres embarazadas, que actualmente permite su detención en circunstancias “excepcionales”. A pesar de estas directrices, una auditoría realizada por la “Inspección de Prisiones de Su Majestad” (Her Majesty’s Inspectorate of Prisons) informó que 99 mujeres embarazadas habían sido detenidas en el centro Yarl’s Wood en 2014.²⁶

ALEMANIA Y REINO UNIDO

Política de Dispersión de mujeres solicitantes de asilo embarazadas

En marzo de 2015, una mujer embarazada de veinte años procedente de Guinea tuvo un aborto natural después de haber sido enviada por las autoridades de Hamburgo en un viaje de doce horas de tren y autobús a un centro de refugiados en otra parte de **Alemania**. Según los informes, la mujer, solicitante de asilo, fue enviada con su marido y su bebé durante su quinto mes de embarazo, poco después de haber pasado dos días en el hospital debido a una hemorragia vaginal donde se le aconsejó reposo debido a que su embarazo era de alto riesgo. El viaje, con cinco transbordos de tren, implicó que tuvieran que correr para coger el siguiente tren, teniendo en cuenta que la mujer llevaba a su hijo de 15 kg y su marido cargaba con sus bolsas. Según su marido, cuando llegaron al centro de refugiados el sábado, su esposa comenzó a llorar: “Me dijo, ‘estoy sangrando de nuevo.’” El centro carecía de atención médica los fines de semana, y se aconsejó a la familia esperar hasta el lunes, a menos que la situación supusiera “una emergencia peligrosa.” La mujer, al no atreverse a pedir una ambulancia, fue trasladada al hospital el lunes, donde tuvo un aborto.²⁷

En el **Reino Unido**, un informe de 2013²⁸ documenta cómo, en virtud de la política de dispersión del Ministerio del Interior, que permite el traslado hasta cuatro semanas antes de la fecha de parto, las solicitantes de asilo cuyas solicitudes hayan sido rechazadas pero que reciben apoyo reglamentario son a menudo trasladadas a ciudades fuera de Londres varias veces durante su embarazo. Los autores entrevistaron a 20 mujeres que habían sido trasladadas y/o reubicadas durante el embarazo, 14 de las cuales durante el último trimestre de su embarazo, y ocho durante el último mes. Estas afirmaron sentirse mal durante el embarazo, y muchas debido a otras enfermedades como el VIH, diabetes, MGF, presión arterial alta, fuertes dolores de cabeza e infecciones frecuentes en las vías urinarias. Más de la mitad de las mujeres entrevistadas tenía enfermedades mentales, como depresión, ansiedad, altos niveles de estrés y recuerdos traumáticos. Dos de ellas habían intentado suicidarse durante su embarazo. El traslado implicaba a menudo ser separadas de sus familias, amigos y del personal de atención que había dado seguimiento a su embarazo.²⁹ Los informes señalan que más de la mitad de las mujeres, antes de ser trasladadas, fueron llevadas a lo que se conoce como “alojamiento inicial”. Allí se enfrentaron a “baños y aseos sucios, comida mala o no comestible, siendo obligadas a esterilizar los biberones en los baños, problemas de seguridad, habitaciones en pisos superiores sin ascensor y durmiendo en las camas superiores de las literas.”³⁰

Acceso a métodos anticonceptivos y al aborto

Para las mujeres en situación administrativa irregular, un embarazo no planeado puede suponer importantes dificultades emocionales y económicas. Debido a su gran representación en empleos de bajos salarios, el embarazo y las responsabilidades del cuidado de los niños podrían significar la reducción de horas o la pérdida del empleo (véase el cuadro 2), en un momento en el que los gastos se incrementan.³¹ Al mismo tiempo, las mujeres y niñas en situación irregular tienen a menudo un acceso más limitado a los métodos anticonceptivos y a la movilidad, por lo que no tienen la opción de viajar fuera de su país de residencia para acceder a estos servicios.³² Por lo tanto, el acceso limitado a los métodos anticonceptivos y al aborto tiene un impacto negativo desproporcionado en las mujeres y niñas en situación irregular.

En Irlanda, por ejemplo, el aborto es ilegal, excepto cuando la vida de la mujer está en riesgo.³³ Sin embargo, proporcionar a las mujeres información sobre

los servicios de aborto en otros países no es ilegal, aunque el suministro de información sobre el aborto está estrictamente regulado y no se puede impedir a las mujeres que viajen al extranjero para abortar.³⁴ De hecho, se estima que 5.000 mujeres viajan cada año desde Irlanda a un país vecino para abortar.³⁵ En el caso de las mujeres que carecen de documentos para viajar o de permisos de residencia, o cuyos documentos o permisos han caducado, o para las solicitantes de asilo, este proceso es aún más arduo, costoso y lento. Cuando no pueden utilizar estos canales para acceder a los servicios de aborto, tienen que recurrir a opciones inseguras de último recurso, o verse obligadas a ser madres en contra de su voluntad. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el Comité contra la Tortura han expresado su preocupación por el “impacto discriminatorio” de la Ley del aborto de Irlanda en las mujeres que no pueden viajar al extranjero para realizarse abortos y las “graves consecuencias” de la ley sobre las mujeres migrantes.³⁶

DINAMARCA

Vincular la situación migratoria Al embarazo

El régimen de *au pair* consiste en un intercambio cultural que permite a jóvenes vivir con una familia local con el objetivo de ampliar sus horizontes culturales, profesionales y lingüísticos. Como consecuencia, las *au pairs* reciben un permiso temporal de residencia y no un permiso de trabajo.³⁷ De acuerdo con la legislación danesa, solo las personas solteras y sin hijos son aptas para ser *au pairs*.³⁸ Una vez que llegan a Dinamarca, la Agencia danesa de reclutamiento internacional e integración tiene autoridad para retirar o denegar la prórroga del permiso de residencia de una *au pair* si ya no pueden aplicarse los motivos por los que se le concedió.³⁹ Hasta el 2014, la agencia utilizaba su autoridad para retirar la visa a una *au pair* si quedaba embarazada.⁴⁰ Esto tenía como resultado que las *au pairs* embarazadas regresaran a su país de origen o que permanecieran en Dinamarca en situación irregular. Al ser migrantes irregulares no tenían derecho a asistencia sanitaria en Dinamarca. Organizaciones de comunidades de migrantes como Babaylan Dinamarca informaron de que los estigmas y la falta de recursos a los que se enfrentan las *au pair* filipinas cuando regresan a casa embarazadas y solteras dejan a muchas muy pocas opciones y no tienen más remedio que recurrir al aborto. De hecho, el Consejo para el Aborto en Copenhague ha subrayado una tasa desproporcionada de abortos tardíos entre las mujeres migrantes.⁴¹ Los defensores argumentaron que la política danesa constituía una invasión del derecho a la privacidad de las *au pairs* debido a la regulación sobre su derecho a quedar embarazada. Añadieron que la deportación les impedía establecer la paternidad y hacer responsable al padre de los cuidados de su hijo,⁴² así como solicitar reparación en los casos en que el embarazo pudiera haber sido resultado de una conducta delictiva o ilegal.

Esta política pasó a ser ley en mayo de 2015, cuando los legisladores de Dinamarca aprobaron una legislación,⁴³ que entró en vigor en julio de 2015, especificando que el establecimiento de una familia era incompatible con el régimen de *au pair*, y que el hecho de estar casadas o en unión de hecho, o de tener hijos era motivo para retirar la visa de *au pair*. En virtud de la nueva ley, el embarazo en sí no es *per se* motivo de revocación; más bien, lo es el hecho de *tener un hijo*. Bajo la nueva ley, una *au pair* que dé a luz en Dinamarca será deportada dos meses después del parto. La retirada del permiso de *au pair* no es obligatoria. Sin embargo, puede realizarse a discreción de las autoridades, que pueden optar por no hacerlo si la revocación de la situación de la *au pair* creara una dificultad excesiva.

Discriminación y violencia de género

La violencia y la discriminación por motivos de género es un fenómeno generalizado en la UE,⁴⁴ y en el mundo.⁴⁵ Las mujeres y lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, e intersexuales (LGBTI) migrantes en situación irregular se enfrentan a niveles importantes de discriminación y violencia,⁴⁶ vinculados a resultados perjudiciales para la salud.⁴⁷

La mayoría de las mujeres irregulares llegan a Europa con una situación migratoria regular, pero a menudo muy dependiente y pasan a una situación irregular por varias razones.⁴⁸ La falta de un estatus de residencia independiente aumenta la probabilidad de que se enfrenten a la violencia o la explotación por parte de sus parejas o empleadores.⁴⁹ Los migrantes LGBTI y las

trabajadoras sexuales migrantes a menudo se enfrentan a la estigmatización - incluso dentro del sistema sanitario - debido a prácticas o características percibidas como inaceptables.⁵⁰ El riesgo y el impacto de la discriminación y la violencia por motivos de género se agravan debido a la situación irregular (o a la precariedad del estatus de residencia): las víctimas y los testigos son reacios a acudir a las autoridades en busca de ayuda o protección por temor a que su detención sea más probable que el ser apoyados.⁵¹

Abordar esta discriminación forma parte de garantizar los DSSR, como lo es apoyar al sector de la salud en su papel de prevención de la violencia de género, ayudando a identificar el abuso temprano, proporcionando a las víctimas el tratamiento necesario y derivándolos hacia la atención adecuada.⁵²

PRÁCTICA ALENTADORA

Orientación oficial de los Estados Unidos sobre medidas adicionales para proteger a los migrantes transgénero en los centros de detención

El 19 de junio de 2015, el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (ICE, por sus siglas en inglés) emitió un memorando anunciando una nueva política que da prioridad a la seguridad de los detenidos transgénero en las decisiones sobre su colocación, permitiendo que sean llevados a centros de detención que se correspondan con su identidad de género.⁵³ Actualmente no existen registros oficiales sobre el número de detenidos transgénero. No obstante, esto cambiará con el nuevo sistema, que registrará la identidad de género de los detenidos.⁵⁴ Las directrices exigen que se proporcione el acceso de los detenidos transgénero a los servicios de salud mental y a los servicios relacionados con la transgeneridad según las necesidades médicas. En virtud de la nueva política, los detenidos transgénero que ya reciban terapia hormonal podrán seguir accediendo a ella, y los que no la estén recibiendo tendrán derecho a una evaluación médica para determinar si pueden recibirla.⁵⁵

VIH

Junto con la oficina europea de la OMS, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) ha hecho un llamamiento a todos los Estados miembros de la UE para que proporcionen servicios de pruebas, prevención y tratamiento del VIH a los refugiados y los migrantes, independientemente de su estatus migratorio.⁵⁶ La UE ha sido testigo de una reducción dramática del número de migrantes diagnosticados con VIH en Europa. Sin embargo, los migrantes y los refugiados - y en particular los migrantes irregulares - siguen siendo prioritarios en la prevención y el tratamiento del VIH para el ECDC, que ha identificado la exclusión social, la falta de acceso a los servicios de VIH, y el miedo a la estigmatización como factores que aumentan la probabilidad de infección por VIH después de su llegada a Europa.⁵⁷

El Plan de acción de la Comisión Europea sobre el VIH/SIDA para 2014-2016 incluye como indicador el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención a los migrantes irregulares.⁵⁸ Sin embargo, las evidencias sugieren que la prevención y el tratamiento del VIH entre las poblaciones migrantes sigue siendo una prioridad baja para la mayoría de los Estados miembros de la UE.⁵⁹ Por otra parte, algunos Estados miembros (Austria, Hungría, Letonia y Grecia) han adoptado la realización de pruebas del VIH obligatorias para las trabajadoras del sexo migrantes, una práctica discriminatoria que ha sido condenada por reforzar estereotipos sobre la migración y el trabajo sexual, y la noción de la migración como una amenaza para la seguridad de la salud.⁶⁰

Criminalización del trabajo sexual

La criminalización del trabajo sexual y de las actividades conexas agrava los obstáculos a los que se enfrentan los migrantes irregulares en el acceso a los servicios de salud. Se ha descrito a las trabajadoras sexuales como “uno de los grupos más marginados en el mundo que en la mayoría de casos se enfrentan a un riesgo constante de discriminación, violencia y abuso”.⁶¹ Según la OMS, esta marginación “tiene enormes consecuencias” en su salud.⁶² En agosto de 2015, Amnistía Internacional votó a favor de la adopción de una política de protección de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales,⁶³ uniéndose a varias organizaciones internacionales y de derechos humanos (incluida la OMS, ONUSIDA, OIT, Human Rights Watch, Open Society Foundations) que pidieron la despenalización del trabajo sexual y de las actividades relacionadas con esta actividad,⁶⁴ debido al impacto perjudicial sobre sus derechos y salud.⁶⁵

En Finlandia, se criminalizan muchos aspectos de la prostitución, pero la venta de servicios sexuales no es en sí un delito. Sin embargo, de acuerdo con la Ley de extranjería, un nacional extracomunitario puede ser deportado si es sospechoso/a de vender servicios sexuales.⁶⁶ Esta forma de regulación del trabajo sexual tiene efectos similares a la criminalización, fomentando la desconfianza de las autoridades públicas, incluida la policía, aumentando el aislamiento y la vulnerabilidad frente a la violencia, y creando reticencia a acercarse a las autoridades de salud para obtener ayuda. Pro-tukipiste,⁶⁷ una organización que brinda atención sanitaria y servicios sociales de forma gratuita a las trabajadoras sexuales en

Finlandia, también distribuye condones y lubricantes. Sin embargo, su personal afirma que los que utilizan sus servicios a menudo tiran la información sobre sexo seguro y otros signos de que visitaron la organización. El miedo a ser vistas en posesión de artículos que pudieran considerarse pruebas en virtud de esta ley implica que las trabajadoras sexuales sean reacias a llevar condones, incluso si esto supone poner en riesgo su salud.⁶⁸

La tendencia de los responsables políticos de ver la relación entre la migración y el trabajo sexual de manera uniforme desde el enfoque de la trata también puede tener efectos perjudiciales sobre las migrantes irregulares, y en la práctica, a menudo se favorecen las medidas de control de las leyes de migración por encima del bienestar de las trabajadoras del sexo. Como ha señalado un investigador, "la justicia penal y el control de la migración centrados en las iniciativas actuales contra la trata implica que todas las migrantes irregulares que trabajan en la industria mundial del sexo y que se vean atrapadas en las operaciones de lucha contra la trata llevadas a cabo por la policía, tienen muchas probabilidades de ser deportadas salvo que denuncien a sus agentes y/o parejas como explotadores y pongan a sus familias en riesgo de represalias peligrosas en casa".⁶⁹ De la pequeña minoría de las trabajadoras del sexo que declaran haber sido obligadas a vender sexo, uno de los principales factores que aumenta el riesgo de su explotación parece ser su estatus migratorio.⁷⁰

Mutilación genital femenina (MGF)

La mutilación genital femenina (MGF) hace referencia a los procedimientos llevados a cabo cada año en millones de niñas y mujeres jóvenes que comprende la ablación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas.⁷¹ La MGF se reconoce como una violación de los derechos humanos y ha sido objeto de resoluciones de la ONU y de la OMS que exigen su abolición.⁷² Las mujeres y niñas que han sido sometidas a la MGF se enfrentan a una multitud de efectos relacionados con la salud a corto y largo plazo, incluido un dolor intenso, sangrado, infección, infertilidad, complicaciones relacionadas con el parto y la muerte del recién nacido.

Existen pocos datos sobre el número de las mujeres migrantes irregulares afectadas por la MGF, pero se puede deducir que las mujeres y niñas migrantes irregulares en Europa procedentes de las comunidades donde se practica la MGF están en desventaja significativa por la falta de conocimiento entre los profesionales de la salud sobre el procedimiento y su impacto en sus DSSR, y la falta de acceso a los servicios psicosociales y de salud para identificar y ayudar a las mujeres y niñas que han sufrido la MGF o en riesgo de sufrirla.

2. EL CONTEXTO INTERNACIONAL

2.1 El derecho a la salud en virtud de la legislación internacional de los derechos humanos

Varios tratados internacionales de derechos humanos protegen el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva e imponen obligaciones a los Estados partes de respetar y garantizar este derecho sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición.⁷³

Estos tratados han sido ratificados por los 28 Estados miembros de la UE y por lo tanto, son vinculantes. Entre otras cosas, los Estados miembros de la UE están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos de los migrantes irregulares a la salud sexual y reproductiva.⁷⁴ Los órganos de supervisión de los tratados han expresado repetidamente su gran preocupación por una serie de barreras tanto a nivel legal como práctico en el acceso a los cuidados, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva que impiden y menoscaban el disfrute del derecho a la salud de los migrantes irregulares. Por ejemplo:

➤ El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** establece el derecho al más alto nivel posible de salud y exige a los estados que garanticen el disfrute de este derecho sin discriminación. El Comité de derechos económicos, sociales y culturales ha afirmado explícitamente que los Estados partes tienen la obligación de garantizar que todas las personas, incluidos los migrantes irregulares, tengan igual acceso a la atención médica preventiva, curativa y paliativa, independientemente de su situación legal y de su documentación.⁷⁵ También ha explicado que el derecho a la salud incluye la salud sexual y reproductiva y el “derecho a controlar su salud y su cuerpo, incluyendo la libertad sexual y genésica”.⁷⁶ Más específicamente, el Comité aclaró que el artículo 12.2 (a) del tratado exige a los estados que mejoren “la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”.⁷⁷ A la luz de estas obligaciones, el Comité ha pedido reiteradamente a los Estados partes que garanticen el acceso de los migrantes irregulares a todos los servicios de salud necesarios.⁷⁸

- Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, que supervisa el cumplimiento de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** ha afirmado que en virtud del artículo 5(e)(iv) de dicho instrumento los Estados partes deben abstenerse de negar o limitar el acceso a los no ciudadanos a los servicios de salud preventiva, curativa y paliativa.⁷⁹ El Comité solicita a los Estados partes que tomen las medidas necesarias a nivel federal, regional y comunitario para garantizar que los migrantes irregulares tengan acceso a los servicios de salud.⁸⁰
- La **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés)**, obliga a los Estados partes a tomar medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el acceso a la atención, los bienes y servicios de salud, incluidos los que se refieren a la planificación familiar (artículo 12) y pide a los estados que garanticen servicios adecuados en relación con el embarazo y la maternidad, incluida la atención durante el periodo previo al parto y posterior al mismo. El artículo 16 de la Convención garantiza el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer reconoció que las mujeres migrantes a menudo carecen de acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva, debido a que no están amparadas por seguros médicos o planes nacionales de salud y porque no tienen acceso a servicios de salud adecuados y asequibles.⁸¹ El Comité pide específicamente a los estados que dispongan de servicios de salud adecuados desde el punto de vista cultural para las mujeres migrantes.⁸²
- La **Convención de los Derechos del Niño (CDN)** protege el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación.⁸³ En virtud de la Convención, los Estados partes deben reducir la mortalidad infantil, facilitar el acceso de los niños y adolescentes a la atención primaria y garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal para las mujeres y adolescentes embarazadas, así como proporcionar orientación y servicios de planificación

familiar.⁸⁴ Además, los estados deben tomar medidas para abolir las prácticas tradicionales nocivas.⁸⁵ El Comité de los Derechos del Niño ha afirmado además que los niños tienen derecho al “acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.”⁸⁶ También ha hecho referencia a la importancia de que los estados reformen la legislación que impide a los niños en situación irregular y a sus familias “acceder efectivamente a los servicios y ayudas tales como los cuidados de salud”, y que presten atención a los efectos específicos relacionados con el género de la “reducción del acceso a los servicios, como los derechos sexuales y reproductivos y la seguridad frente a la violencia”.⁸⁷ Asimismo, ha pedido reiteradamente a los Estados partes que garanticen el acceso en la práctica de los niños en situación irregular a todos los servicios de salud necesarios.⁸⁸

2.2 Los DSSR y la Agenda mundial para el desarrollo

La salud sexual y reproductiva es también un elemento central en la agenda internacional para el desarrollo basado en el reconocimiento de la relación entre la salud y la pobreza. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, herederos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, incluyen varias metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, que comprende, de manera más explícita, el objetivo de “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.” Las metas también incluyen reducir la mortalidad materna e infantil, poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, eliminar prácticas nocivas como la MGF, y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. A diferencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se aplicaban a los países en desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible reflejan una agenda verdaderamente global que se aplica a todos los países, incluidos los de la UE.⁸⁹

2.3 Legislación europea

En virtud de la legislación de los tratados de la UE, la organización de los sistemas sanitarios y la prestación de asistencia sanitaria son dominio exclusivo de los gobiernos nacionales. El papel de la UE es apoyar los esfuerzos de los Estados miembros, facilitar la

coordinación y complementar sus acciones.⁹⁰ En áreas de interés común, como la sanidad pública y la protección de los consumidores, la UE y los Estados miembros comparten competencias.⁹¹ La legislación de la UE también hace que la salud sea una preocupación transversal, de manera que “se garantice un alto nivel de la salud humana en la definición y aplicación de *todas* las políticas y acciones de la Unión” (énfasis añadido).⁹²

La **Carta de los Derechos Fundamentales de la UE** reconoce específicamente el derecho de toda persona a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales (artículo 35). Esta disposición debe relacionarse con el artículo 24, que reitera que los menores tienen derecho a la protección y a los cuidados necesarios y el artículo 21, que prohíbe la discriminación.

El Parlamento Europeo ha aprobado varias resoluciones solicitando explícitamente a los Estados miembros que mejoren la prestación de la asistencia sanitaria para los migrantes irregulares, y que protejan y promuevan la salud de las mujeres embarazadas y niños en situación irregular. Por ejemplo, **la resolución del Parlamento Europeo sobre las mujeres migrantes en situación administrativa irregular en la Unión Europea** del 4 de febrero de 2014⁹³ “destaca que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental e insta, en consecuencia, a los Estados miembros a que disocien las políticas sanitarias de los controles de inmigración y se abstengan, por consiguiente, de imponer a los profesionales de la salud la obligación de informar acerca de los migrantes irregulares.” **La resolución del Parlamento Europeo sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE**, de 8 de marzo de 2011⁹⁴ pide a los Estados miembros “que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes irregulares, tengan derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria” y “que promuevan políticas públicas destinadas a asegurar una condiciones de vida sanas a todos los bebés, niños y adolescentes”.

La comunicación de la Comisión Europea relativa a los sistemas de salud eficaces, accesibles y flexibles del 4 de abril de 2014,⁹⁵ establece acciones que la UE puede adoptar para optimizar el funcionamiento de los sistemas sanitarios de los Estados miembros, por ejemplo, poniendo en común conocimientos y recursos, fomentando el intercambio de buenas prácticas, y facilitando el acceso al asesoramiento de expertos sobre la reforma de los sistemas sanitarios. Incluye mejorar el acceso como una de las tres áreas de mejora a través de la acción de la UE, y señala la obligación de que los estados tengan un sistema sanitario adecuado que no excluya a sectores de la población de los servicios de salud.

PRÁCTICA ALENTADORA

El Convenio de Estambul del Consejo de Europa y la Directiva de la UE relativa a las Víctimas

El *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (el Convenio de Estambul)*,⁹⁶ que entró en vigor el 1 de agosto de 2014, es el primer instrumento completo vinculante que se ocupa de la violencia contra las mujeres y la violencia de género. Los Estados partes⁹⁷ deben adaptar sus leyes nacionales a las disposiciones de la Convención y garantizar que su aplicación se realiza sin discriminación de ningún tipo, en particular con respecto a la orientación sexual, identidad de género o situación migratoria.⁹⁸

El Convenio de Estambul aborda una serie de cuestiones relacionadas con los DSSR. Por ejemplo, la Convención obliga a los Estados partes a incluir delitos específicos para la violencia sexual, la violación, el acoso sexual, el matrimonio forzoso, la mutilación genital femenina (MGF), el aborto y esterilización forzosos, todos reconocidos como formas de violencia. La Convención incluye un capítulo entero dedicado a la prevención de la violencia, en virtud del cual los estados deben implementar medidas para erradicar los estereotipos y prácticas sexistas; y pide a los estados que proporcionen servicios de apoyo, incluyendo la atención sanitaria y servicios sociales para todas las víctimas de la violencia, independientemente de su estatus de residencia. En mayo de 2015, se creó un grupo internacional de expertos independientes, el Comité GREVIO, para supervisar la aplicación de la Convención a nivel nacional.⁹⁹

A nivel de la UE, la *Directiva de la UE por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos (2012/29/UE)*,¹⁰⁰ (**Directiva de la UE relativa a las Víctimas**), fue adoptada en octubre de 2012 y obliga a todos los Estados miembros de la UE, con la excepción de Dinamarca, a garantizar los derechos básicos de las víctimas de delitos, sea cual sea su situación migratoria. La Directiva pone de relieve las necesidades particulares de las víctimas de violencia de género, y señala que las mujeres que son víctimas de este tipo de violencia y sus hijos a menudo necesitan apoyo y protección especiales. En virtud del artículo 9, los servicios especializados que los Estados miembros deben proporcionar incluyen apoyo integrado para víctimas de violencia sexual, de la violencia de género, o de violencia en las relaciones personales, incluidos el apoyo para la superación del trauma y asesoramiento. Las víctimas tienen derecho a los servicios de apoyo independientemente de haber denunciado o no el delito a la policía. Esto es importante debido al escaso número de denuncias entre las migrantes irregulares.¹⁰¹

A nivel del Consejo de Europa, la **Carta Social Europea** (que ha sido ratificada por todos los Estados miembros de la UE) establece el derecho a la asistencia social y médica (artículo 13) y a la protección de la salud (artículo 11). A pesar de que la formulación en la Carta limita su aplicación a los extranjeros con residencia legal, el Comité Europeo de Derechos Sociales ha emitido recomendaciones sobre la prestación de atención sanitaria a los migrantes irregulares (con la excepción de los menores) en sus conclusiones de país, en la ronda de informes de los Estados partes, y más en concreto en sus conclusiones de país para España en enero de 2014.¹⁰² El Comité también halló, en respuesta a la demanda colectiva 14/2003 de la Federación Internacional para los Derechos Humanos (FIDH) contra Francia,¹⁰³ que en el

momento en que la denuncia fue presentada, la ley que establecía el derecho a asistencia médica necesaria para los niños irregulares únicamente tras un cierto período de residencia, constituía una violación de su derecho a la protección social, jurídica y económica sin discriminación. Además, el **Convenio Europeo de Derechos Humanos** contiene varias disposiciones que, dependiendo de las circunstancias, pueden instar a los Estados partes a adoptar medidas que garanticen a los migrantes irregulares el acceso a los cuidados, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el derecho a la vida (artículo 2), el derecho a no ser sometido a tortura y tratos inhumanos o degradantes (artículo 3) y el derecho a la vida privada (artículo 8), entre otros.

3. EL CONTEXTO NACIONAL

En el capítulo II de este informe se describen las normas internacionales y de la UE que definen el derecho a la salud, en general, y a la salud sexual y reproductiva en particular. El capítulo III ilustra cómo es el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la práctica para los migrantes irregulares. El análisis comienza con una visión general de los derechos de los migrantes irregulares a los servicios de salud en toda la UE y a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular, y luego pasa a considerar otros factores que afectan su capacidad de acceso a estos servicios.

El panorama que aparece es complejo: los derechos varían considerablemente entre los Estados miembros de la UE en términos de los servicios específicos ofrecidos, y en general son muy limitados. Allí donde sí existen los derechos, estos no garantizan *per se* el acceso a la atención: la confusión sobre el alcance de los derechos, el coste de la atención, los obstáculos administrativos, la falta de información y las diferencias culturales suponen importantes barreras en el acceso a los servicios. En algunos casos, la falta de derechos es solo la punta del iceberg; las políticas administrativas van más allá de lo que la ley establece formalmente. En toda la UE, los profesionales de la salud voluntarios y los actores de la sociedad civil juegan un papel muy importante cubriendo las necesidades de las personas más vulnerables -los migrantes irregulares, los que carecen de seguro- que quedan al margen del sistema. En medio de esta complejidad, hay dos cosas claras: que la realidad del acceso de los migrantes irregulares a los servicios de salud sexual y reproductiva dista mucho de sus derechos en virtud de lo que establecen los instrumentos internacionales de derechos humanos y que los efectos negativos de su exclusión corren a cargo de las personas, las comunidades y todo el sistema sanitario.

3.1 Los DSSR de los migrantes irregulares en la UE

Para los migrantes irregulares, los derechos a los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen un mosaico en toda la UE que sigue un patrón general de exclusión. El ser titular de un derecho hace referencia al derecho de acuerdo con la legislación nacional de hacer uso de los servicios que ofrece el sistema de salud pública. Los derechos pueden variar de un país a otro, en función de si son las autoridades nacionales o las regionales las responsables de la prestación de la asistencia sanitaria.¹⁰⁴ Este es el caso, por ejemplo, de España, donde el gobierno central, que tiene competencia para establecer las condiciones básicas y la coordinación general de los asuntos relacionados con la salud, emitió un Real Decreto en 2012 limitando los derechos a la atención sanitaria de los migrantes irregulares únicamente a la atención de emergencia, a las mujeres embarazadas y a los niños. Sin embargo, en varias comunidades autónomas, que también tienen cierta jurisdicción en asuntos de atención sanitaria, han ido más allá de los estándares que establece la legislación nacional y han implementado sistemas que conceden un mayor acceso a la atención sanitaria para los migrantes irregulares.¹⁰⁵

Cifras de la ue de los 28

ATENCIÓN DE EMERGENCIA:

> **5 Estados miembros de la UE** limitan el derecho de los migrantes irregulares *únicamente a la atención de emergencia*¹⁰⁶ y en 2 de ellos deben pagar íntegramente el servicio¹⁰⁷

PRUEBA Y TRATAMIENTO DE VIH:

> **16 Estados miembros de la UE** establecen el derecho a la prueba de VIH¹⁰⁸ pero solo 11 permiten el acceso al tratamiento¹⁰⁹



- Migrantes irregulares con derecho a un cierto nivel de atención primaria en virtud de la ley nacional, incluida la atención materna (pero en algunos casos, solo a coste completo)
- Migrantes irregulares sin derecho a la atención materna en virtud de la ley nacional
- Migrantes irregulares con derecho a un cierto nivel de atención materna en virtud de la ley nacional, pero sin ningún derecho a la atención primaria

Adaptación de: Sarah Spencer, Vanessa Hughes, *Outside and In: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe*, COMPAS, julio de 2015.

ATENCIÓN PRIMARIA O SECUNDARIA:

> 10 Estados miembros de la UE establecen el derecho en cierta medida a la atención primaria o secundaria.¹¹⁰ Sin embargo, 4 de ellos requieren el pago del coste íntegro por la atención¹¹¹

ATENCIÓN MATERNA:

> 7 Estados miembros de la UE no contienen disposiciones específicas en sus leyes en relación a la atención materna de las migrantes irregulares¹¹²

> 21 Estados miembros de la UE establecen disposiciones relativas a la atención materna en sus legislaciones. Sin embargo, el alcance de los servicios específicos varía significativamente y en 3 de ellos el derecho a la atención materna se limita al parto¹¹³

En los 28 Estados miembros, los migrantes irregulares tienen derecho a la atención de emergencia. Sin embargo, lo que se entiende por “emergencia” varía y, en algunos casos, puede que incluso se solicite el pago por dicha atención.¹¹⁴ En cinco Estados miembros, los migrantes irregulares tienen derecho *únicamente* a la atención de emergencia.¹¹⁵ En trece, los migrantes irregulares son excluidos de la atención primaria y secundaria, pero tienen derecho a determinadas atenciones especializadas, generalmente a las pruebas de VIH.¹¹⁶

En diez Estados miembros, la ley permite a los migrantes irregulares el acceso *en cierta medida* a los servicios de atención primaria o secundaria, incluyendo (en un grado variable) los servicios de salud sexual y reproductiva.¹¹⁷ Sin embargo, este derecho se ve significativamente limitado en aquellos Estados miembros (República Checa, Alemania, Irlanda y el Reino Unido) donde también existe la obligación de pagar el coste total de la atención recibida.¹¹⁸ En ocho Estados miembros, los niños en situación irregular tienen el mismo derecho a la atención sanitaria que los niños ciudadanos de ese país.¹¹⁹

En la mayoría de los Estados miembros de la UE, el acceso de los migrantes irregulares a la atención de salud sexual y reproductiva, sufre importantes limitaciones. Existe una notable excepción con respecto a las mujeres embarazadas, que tienen derecho a algún tipo de atención relacionada con el embarazo en veintidós Estados miembros. Sin embargo, los servicios específicos que se encuentran bajo el paraguas de “atención a la maternidad” varían enormemente. Así, en algunos estados esta atención se limita únicamente al parto,¹²⁰ mientras que en otros incluye toda la variedad de servicios de la salud reproductiva. Siete estados carecen de disposición específica alguna relativa a la atención a la maternidad.¹²¹ También existen excepciones con respecto a las pruebas de ciertas enfermedades transmisibles, incluido el VIH. Dieciséis Estados miembros permiten el acceso a las pruebas de VIH, diez de los cuales también permiten el acceso al tratamiento.¹²²

Las cifras anteriores ofrecen una idea general de la situación en la UE. Sin embargo, siguen existiendo dudas en cuanto a cómo entender los pormenores de los derechos de los migrantes irregulares a la atención de la salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Esto se debe en parte a la ambigüedad que reflejan las leyes nacionales sobre el alcance de los derechos cubiertos (por ejemplo, si el parto entra dentro o no de los servicios de “emergencia”). De manera más general, existe una falta de información acerca de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva disponibles en virtud de las leyes nacionales para los migrantes irregulares en la UE. La información y las evidencias disponibles - tal vez en consonancia con la práctica de los Estados miembros - tienden a considerar el acceso dentro de un marco

tradicional que se centra en el acceso a la atención relacionada con la maternidad (concretamente, con la atención prenatal y posparto y el aborto), por un lado, y la gestión de las enfermedades infecciosas (incluyendo el VIH), por otro. Sería necesario llevar a cabo una evaluación pormenorizada de la gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva que permitiera una comparación real de los derechos que establecen todos los Estados miembros de la UE.

Tipos de atención sanitaria

La **atención de emergencia** incluye medidas para salvar vidas así como el tratamiento necesario para prevenir daños graves en la salud de una persona.¹²³

La **atención primaria** es el primer nivel de contacto entre el individuo y el sistema sanitario nacional, que aborda la mayoría de los problemas de salud de la comunidad a través de la promoción de la salud y prestando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en el primer contacto y a través de la atención continua, así como la coordinación de la atención, incluso con especialistas cuando sea necesario.¹²⁴

La **atención secundaria** comprende el tratamiento médico proporcionado por los especialistas y, en parte, la atención hospitalaria.¹²⁵

La información existente sobre el derecho a los servicios sexuales y reproductivos permite llegar a algunas conclusiones generales sobre el acceso. En primer lugar, los migrantes irregulares *no* tienen derecho a la atención primaria y secundaria en la gran mayoría de los Estados miembros. Por tanto, es de suponer que en la mayoría de los 21 Estados miembros que proporcionan algún tipo de atención a la maternidad, esta es muy restringida y probablemente se limita a la atención prenatal y posparto. Esto es importante debido a que los médicos de atención primaria son el primer punto de contacto de las personas con el sistema sanitario, y tienen un papel fundamental en la coordinación de acceso a los servicios adicionales que puedan ser necesarios, en la identificación de riesgos y en facilitar la prevención, ofreciendo la continuidad de la atención y el seguimiento permanente, algo especialmente importante en el caso de enfermedades crónicas como el VIH. Una excepción es España, donde las mujeres embarazadas en situación irregular tienen el mismo acceso que los ciudadanos a todos los servicios de salud disponibles, y *no solo a los servicios relacionados con el embarazo*.¹²⁶ Así, aunque se podrían aceptar excepciones que establezcan formas específicas de atención, más allá de la atención de urgencia, que da

“A partir del 1 de febrero de 2016, el arrendamiento de una propiedad privada desde esta fecha en adelante requerirá que los propietarios comprueben el estatus de residencia en el Reino Unido del inquilino. Existen sanciones por alquilar la propiedad a alguien que no tenga *derecho a residir o que carezca de un permiso permanente* para quedarse en el Reino Unido. Estas directrices del Ministerio del Interior sobre el “derecho a alquilar” también obligan al propietario a informar al Ministerio del Interior cuando expire el permiso de residencia del inquilino. La guía utiliza la terminología “migrante ilegal”. Para muchos de los que están en tratamiento de VIH, una vivienda digna es un componente importante para su régimen de tratamiento y de bienestar. La capacidad de cumplir con el tratamiento, tomar decisiones sobre la salud sexual y tener hijos requiere un ambiente familiar estable. Las malas condiciones de vivienda o la falta de vivienda exacerba aún más el problema de salud mental y el derecho a la vida familiar de los migrantes irregulares atrapados en esto - por no hablar de su susceptibilidad a las coinfecciones.”

- *Nyambe Makelabai, European AIDS Treatment Group (EATG) (UK)*

acceso a un número limitado de servicios, tales como el VIH o la atención relacionada con el embarazo, pero que al mismo tiempo excluye el acceso a atención primaria significativa, es discutible que esos pocos servicios sean efectivos a la hora de enfrentarse a la necesidad prevista.

Por otro lado, los derechos a la atención vinculados a la obligación de pagar el coste total de la misma no son verdaderos derechos en la práctica. De los once Estados miembros que proporcionan un cierto grado de atención primaria o secundaria, solo en ocho los derechos tienen sentido, en la medida en que incluyen el acceso de forma gratuita. El tema del coste será discutido en mayor detalle más adelante, junto con otros obstáculos prácticos en el acceso a la atención.

La diversidad y complejidad de las normas que regulan el derecho de los migrantes irregulares al acceso a la asistencia sanitaria en la UE, así como la vaguedad de algunos de los términos que definen sus derechos (por ejemplo, a “la atención que no puede ser aplazada” en Suecia; a “la atención esencial o de urgencia” en Bélgica, a “la atención médica necesaria” en Holanda y a la atención de “emergencia” únicamente en muchos países) ha dado naturalmente lugar a confusión no solo entre los propios migrantes, sino también entre los profesionales de la salud, y contribuye a una aplicación inconsistente de dichas normas y a la negación errónea de atención.¹²⁷

Estados miembros de la UE cuyas leyes establecen el derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva para los migrantes irregulares

Entre los veintinueve Estados miembros que proporcionan algún tipo de atención a la maternidad, Bélgica y Francia forman parte de unos pocos que establecen derechos relativamente extensos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los migrantes irregulares y, de hecho, no se limitan a las mujeres embarazadas.

En **Bélgica**, esta población no tiene derecho a un seguro médico, pero puede acceder a la asistencia sanitaria de forma gratuita a través de la Asistencia Médica de Urgencia (*Aide Médicale Urgente* (AMU) / *Dringende Medische Hulpverlening* (DMH)),¹²⁸ que se administra a través de los centros públicos de acción social (*Centre Public d'Action Sociale* (CPAS) / *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn* (OCMW)). A pesar de su nombre, la AMU/DMH cubre una amplia gama de atención preventiva, primaria y secundaria, incluyendo todos los tratamientos médicos cubiertos por el seguro médico básico del sistema nacional. La AMU/DMH también incluye el acceso a la atención prenatal y posparto, a los servicios ginecológicos y a abortos de hasta las 12 semanas de gestación. Las clínicas gratuitas de atención posparto financiadas por la comunidad están a disposición de todas las mujeres. A partir de 2015, con la AMU/DMH, los gastos de la atención sanitaria son reembolsados directamente por las autoridades federales. El período para el que se concede la AMU/DMH puede variar desde una consulta hasta tres meses de atención continua.¹²⁹

El Gobierno cubre algunos métodos anticonceptivos en el marco de la AMU/DMH - por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) no lo cubre - pero tanto la píldora del día después como los preservativos a menudo son proporcionados de forma gratuita en los centros de planificación familiar en Bruselas y en la parte francófona.

Para acceder a los servicios de AMU/DMH, los migrantes irregulares deben obtener un certificado médico que demuestre su necesidad de obtener los servicios así como que cumplen con los requisitos económicos que establece la ley. Esto último se determina a través de una encuesta social obligatoria realizada por el CPAS/OCMW. Estos requisitos imponen una serie de obstáculos burocráticos en el acceso que serán abordados más adelante.

En **Francia**, la atención sanitaria es administrada casi en su totalidad por el Estado. El seguro médico es obligatorio y la afiliación depende de criterios profesionales o de residencia. El noventa por ciento de la población se beneficia de un seguro de salud público. Los migrantes irregulares no pueden beneficiarse de un seguro médico. Sin embargo, los que lleven más de tres meses residiendo en Francia y cuyo ingreso mensual sea inferior a 720 € tienen derecho a la Ayuda Médica del Estado (*Aide Médicale d'Etat - AME*), que proporciona acceso gratuito a casi todos los servicios de salud disponibles para los nacionales franceses.¹³⁰ La AME cubre la atención relacionada con la salud sexual y reproductiva, tal como el embarazo, el parto, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y el aborto. Esta ayuda es válida por un año a partir del día en que se solicita. Para obtenerla, se deben presentar evidencias de la situación económica, un documento de identificación (traducido al francés), y demostrar la residencia en Francia de al menos tres meses. Los niños pueden acceder a la AME de inmediato, sea cual sea su situación migratoria o la de sus padres.¹³¹

Aquellas personas que no tengan acceso a la atención sanitaria o a la AME tienen derecho a los servicios hospitalarios para asuntos urgentes (incluido el trabajo de parto, el nacimiento y el aborto) y, fuera del ámbito hospitalario, a servicios de salud sexual y reproductiva a través de los centros de *Protection Maternelle Infantile* (PMI), que proporcionan asistencia médica preventiva, social y psicológica a las mujeres embarazadas y a los niños menores de 6 años, incluyendo el seguimiento del embarazo, información, acompañamiento durante el periodo posparto, pruebas y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las consultas son gratuitas y accesibles para los migrantes irregulares así como para los que no estén asegurados. Los centros PMI están en todas las ciudades, y la lista puede encontrarse a través de los ayuntamientos. El *Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic* (CeGIDD) es un centro de salud público que se encuentra en todas las regiones y proporciona servicios de pruebas y prevención gratuitos, incluida la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, información sobre el aborto, tratamiento de ETS, centros de vacunación, y centros médicos para todos, independientemente de su situación administrativa. Los centros de planificación familiar están presentes en Francia con el objetivo de proporcionar información relacionada con la sexualidad, los métodos anticonceptivos, el aborto y el tratamiento de las ETS. Las consultas son gratuitas y accesibles para cualquier persona.

En diciembre de 2015, la Asamblea Nacional francesa aprobó una ley que introducía cambios significativos

en el plan de seguro médico común que podría tener efectos devastadores para los migrantes irregulares. La ley crea un sistema de protección universal de la Salud (*Protection Universelle Maladie/PUM*), efectivo a partir de enero de 2016, que vincula el derecho a la cobertura con el estatus de residencia. En el pasado, las personas que hubiesen realizado una solicitud de permiso de residencia (incluidos los solicitantes de asilo) podían optar a la cobertura y obtenerla, e incluso conservar esa cobertura cuando no cumplieran las condiciones necesarias, incluido el permiso de residencia, durante el período de validez. Bajo el nuevo sistema, los solicitantes no pueden depender únicamente de haber solicitado el permiso de residencia para obtener protección, y los que tienen la protección podrían perderla inmediatamente después en caso de no cumplir los requisitos de residencia. En el momento de la redacción de este informe (enero de 2016), los requisitos específicos de residencia no se habían elaborado. En enero de 2016, aquellos no aptos para la PUM podían aun así optar a la AME. Sin embargo, a principios de 2016, el gobierno francés debatió una ley de migración que modificaría la ley relacionada con la AME, con el objetivo de eliminar la protección existente y sustituirla por la ayuda médica para casos de urgencia.

Estados miembros de la UE cuyas leyes limitan el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva para los migrantes irregulares

Luxemburgo, Chipre y Malta se encuentran entre los siete Estados miembros cuyas leyes no establecen disposiciones específicas a la atención a la maternidad para los migrantes irregulares.

En **Luxemburgo**, la ley no establece ningún derecho específico a la atención sanitaria más allá de los servicios de emergencia para los migrantes irregulares.¹³² Esta exclusión incluye a los niños en situación irregular, a menos que sean menores no acompañados.¹³³ Se espera que los migrantes irregulares paguen por los servicios de emergencia. Sin embargo, pueden solicitar el reembolso del 80% del coste una vez finalizado el tratamiento de un fondo dedicado a cubrir los costes de tratamiento de los pacientes sin seguro, que incluye explícitamente a los migrantes en situación administrativa irregular.¹³⁴

En 2013, el Comité Europeo de Derechos Sociales (Consejo de Europa) emitió unas conclusiones que hallaban que el sistema sanitario de Luxemburgo no se ajustaba, debido a varios aspectos, a la Carta Social Europea. El Comité señaló¹³⁵ específicamente que la legislación y la práctica de Luxemburgo no garantizan el acceso adecuado de los migrantes irregulares a la atención de emergencia, que se limita a dos o tres días y que no existe una legislación específica sobre el acceso de estas personas a la salud.

CHIPRE

El acceso de los migrantes a los servicios de salud durante su estancia en los centros de detención en Chipre

KISA, una organización que defiende los derechos de los migrantes en Chipre, denuncia haber recibido informes de migrantes que han sido sometidos a exámenes médicos involuntarios durante su estancia en el centro. Algunas pruebas se llevan a cabo sin informarles de su derecho a prestar o negar el consentimiento. Según la experiencia de KISA, este es el caso particularmente de las personas que se consideran “en alto riesgo de tener enfermedades infecciosas”, especialmente las trabajadoras del sexo y las personas transgénero. Por otra parte, como regla general, una vez que se conocen los resultados de las pruebas, especialmente en el caso de las ETS, la policía revela los datos de salud del detenido de forma indiscriminada a los Servicios de Bienestar Social, el Registro Civil y el Departamento de Migración y a otras autoridades, así como otras personas (especialmente los miembros de la familia de los detenidos). Además, en algunos casos, lo comunica incluso a los medios de comunicación, sin obtener jamás el consentimiento de la persona interesada. Los que dan positivo en las pruebas de ETS son detenidos de forma aislada y, a menudo sin derecho a visitas o llamadas telefónicas, y sin que se les permita pasar ningún tiempo al aire libre. KISA también se ha ocupado de casos de detenidos a los que se les había negado el tratamiento de las ETS durante la estancia en el centro de detención, así como de detenidos con problemas graves de salud, como la tuberculosis, que han sido deportados sin haber recibido tratamiento.

En **Chipre**, únicamente los chipriotas, los nacionales países de la UE y las víctimas de la trata de personas tienen derecho a la atención médica, con excepciones muy limitadas. En principio, la ley concede el acceso a la atención médica de emergencia para todas las personas por una tarifa plana de 10 €, que no se aplica a los beneficiarios de ayudas sociales. Sin embargo, los pacientes deben pagar por cualquier tratamiento que reciban mientras están hospitalizados, incluyendo el trabajo de parto y el nacimiento. Además de las barreras de los costes, tema que será abordado más adelante, los migrantes irregulares encuentran en la práctica obstáculos para acceder a la atención de emergencia en los hospitales públicos, debido al riesgo de ser denunciados a las autoridades de inmigración, detenidos, llevados a centros de detención y deportados.

En virtud de la ley chipriota, el acceso al tratamiento de enfermedades infecciosas debe ser accesible, en principio, para todo el mundo de forma gratuita. Sin embargo, en la práctica, para los migrantes irregulares este acceso está limitado a ciertas enfermedades, como el VIH, y de manera excepcional e individual. La *prueba* del VIH es gratuita para todo el mundo.

La Ley de extranjería e inmigración establece que los migrantes irregulares sometidos a una decisión de retorno u orden de expulsión tienen derecho a atención médica de emergencia así como al tratamiento necesario

para sus enfermedades. Sin embargo, en la práctica, los centros de salud públicos, incluidos los hospitales, no reconocen ningún derecho más allá de la atención de emergencia. En el caso de los migrantes detenidos, los agentes de policía determinan qué problemas de salud se consideran de menor importancia, si un detenido puede ser trasladado a un hospital para la consulta con un experto y en qué momento.

En **Malta**, los migrantes irregulares no tienen ningún derecho específico a atención sanitaria. Sin embargo, según el Departamento de Salud, los migrantes irregulares y los solicitantes de asilo cuyas solicitudes hayan sido denegadas tienen derecho a “ayudas para la salud básica” que incluyen servicios de salud sexual y reproductiva, de acuerdo a unos requisitos administrativos.¹³⁶ En 2008, la Migrant Health Unit -Unidad de Salud de los Migrantes- (ahora llamada Migrant Health Liaison Office -Oficina de Enlace de Salud para los Migrantes-) se creó para ayudar a estas personas en el acceso a la asistencia sanitaria en Malta.¹³⁷ Un componente central del trabajo de la unidad ha sido la formación de mediadores culturales y profesionales de la salud, para facilitar la integración de los migrantes en el sistema sanitario. Nunca se solicita información sobre la situación migratoria como requisito de acceso asumiendo que, en ausencia de una política explícita, todo el mundo tiene derecho a la atención.

PRÁCTICAS ALENTADORAS

Los profesionales de la salud y las asociaciones médicas como actores fundamentales para lograr el cambio

Los profesionales de la salud representan una importante base política que puede impulsar el cambio a nivel nacional. Así lo demostró un ejemplo de reforma legal progresiva en 2013, cuando **Suecia** modificó sus leyes - que anteriormente obligaban a los migrantes irregulares a pagar el coste total de todos los servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia - para concederles el acceso a la atención “que no puede ser pospuesta” y que incluye los servicios de maternidad, aborto, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y medicamentos de coste reducido. La nueva ley también da competencias a los consejos de condado para que ofrezcan a los migrantes irregulares una cobertura sanitaria más amplia, hasta alcanzar el nivel de servicios recibidos por los ciudadanos suecos, y concede a los niños en situación irregular los mismos derechos de atención que tienen los niños suecos.¹³⁸ Un factor importante detrás de estas reformas fueron los profesionales de la salud, que sumaron sus voces a las de los migrantes y defensores de derechos humanos, y más adelante la sociedad civil en general y las autoridades locales, en la defensa de sus argumentos frente a los responsables políticos para conseguir una atención más inclusiva.

Los profesionales de la salud de otros países también han adoptado una postura a favor de la atención inclusiva. Por ejemplo, en 2009, la Cámara de los diputados de **Italia** aprobó una ley que obligaba a los médicos a denunciar a los migrantes irregulares que acudieran en busca de tratamiento. Los médicos italianos, reconociendo el conflicto entre la obligación propuesta y sus deberes éticos, protestaron por el proyecto de ley, que luego fue rechazado en el Senado.¹³⁹ El Royal College of Midwives (Colegio Real de Matronas) en el **Reino Unido** ha sido claro a la hora de pedir un acceso más equitativo a la atención, y que se ponga fin al internamiento de mujeres migrantes embarazadas.¹⁴⁰ En los **Estados Unidos**, la Asociación Americana de Enfermeras ha adoptado la posición oficial de que todos los que vivan en los Estados Unidos, incluidos los migrantes irregulares, tienen derecho a asistencia sanitaria y se ha comprometido a “educar a las enfermeras en cuanto al amplio alcance de las distintas implicaciones sociales, económicas y políticas de la falta de acceso de los migrantes irregulares a los servicios de salud.¹⁴¹ A nivel regional, el Consejo y Colegio **Europeos** de Obstetras y Ginecólogos han elaborado normas de atención para los servicios de salud de las mujeres en Europa¹⁴² en lo que se refiere a los servicios obstétricos y neonatales así como para los de ginecología, atendiendo a las variaciones y desigualdades en el acceso a la atención e informando de que los migrantes irregulares que buscan asistencia médica no deberían ser detenidos en las instalaciones médicas o junto a ellas.¹⁴³

3.2 Otras barreras importantes en el acceso

Los migrantes irregulares se enfrentan a numerosos obstáculos en el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva resultado de la pobreza y la marginación social. Sin embargo, también se enfrentan a otras barreras específicamente vinculadas a su situación migratoria, así como a su condición de extranjeros, pues a menudo están poco familiarizados con el sistema sanitario, tienen costumbres y experiencias relacionadas con la sexualidad y la salud reproductiva diferentes y hablan idiomas que pueden ser desconocidos para los profesionales de la salud.

Ausencia de una clara separación entre el control migratorio y el acceso a los servicios de salud

En algunos Estados miembros, la legislación nacional establece el derecho de los migrantes irregulares a acceder a los servicios de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esas disposiciones se ven perjudicadas por la mezcla entre las disposiciones del sistema sanitario y el sistema de control migratorio.

Este es el caso de **Alemania**, donde, a pesar de que la Ley de prestaciones para los solicitantes de asilo establece formalmente el acceso gratuito a los medicamentos y a la atención que no sea de emergencia, los migrantes irregulares deben obtener el volante del seguro médico (Krankenschein) de la oficina de bienestar social,¹⁴⁴ que tiene el deber de informar a las autoridades de inmigración en virtud de la Ley sobre residencia.¹⁴⁵ Así, mientras que los migrantes irregulares obtienen, en principio, el mismo derecho a atención que los solicitantes de asilo en virtud de la legislación alemana, en la práctica solo tienen acceso a la atención de emergencia, disponible de forma gratuita. Un permiso de residencia tolerada, o *duldung*, está disponible para las mujeres en situación irregular durante un período limitado cuando se consideran “no aptas para el viaje” (por lo general, seis semanas antes de dar a luz y doce semanas después del parto), durante el cual no tienen que pagar los costes de la atención prenatal y de posparto. Los profesionales de salud voluntarios,¹⁴⁶ las autoridades municipales,¹⁴⁷ y las organizaciones de la sociedad civil¹⁴⁸ se han movilizado a nivel local en muchas partes de Alemania para hacer frente a esta laguna en la prestación de servicios a los migrantes irregulares.

ESTADOS UNIDOS

Mujeres en situación irregular detenidas por las autoridades durante la consulta en el ginecólogo

En septiembre de 2015, una mujer en situación administrativa irregular, Blanca Borrego, fue detenida por los alguaciles del condado, mientras se encontraba en la clínica Northeast Women's Healthcare en Atascocita, Texas, para su examen ginecológico anual. El personal de la clínica llamó a las autoridades y la retuvieron durante varias horas antes de ser dirigida a una sala de examen donde fue detenida y expulsada de la clínica esposada delante de otros pacientes y de sus dos hijas. Cuando el personal de la clínica le pidió su identificación, la Sra. Borrego mostró un permiso de conducir falso. La Sra. Borrego fue acusada de un delito grave de manipulación de un registro gubernamental ya que las autoridades afirmaron que también estaba en posesión de una tarjeta de la Seguridad Social falsa. Permaneció en la cárcel del condado de Harris bajo una fianza de 35.000 dólares durante varios días hasta que su familia reunió el dinero para asegurar su liberación. La Sra. Borrego puede optar al permiso de residencia permanente a través de su hija, que nació en los Estados Unidos y es ciudadana. Sin embargo, si es declarada culpable de un delito grave, estaría inhabilitada para la obtención del permiso y sería probablemente deportada a México.¹⁴⁹

En el **Reino Unido**, la prestación de asistencia sanitaria y las solicitudes de permisos de residencia también están vinculadas entre sí creando de esta forma barreras en el acceso. La atención secundaria de salud, incluida la atención a la maternidad, es gratuita para las personas que residen habitualmente en el Reino Unido o para las que tienen visas de más de seis meses y que han pagado un suplemento de salud. Los tratamientos en caso de accidente y emergencias son gratuitos para todo el mundo, como lo es el tratamiento de enfermedades infecciosas graves, incluido el VIH. Los migrantes irregulares también pueden registrarse con un médico de familia (GP, por sus siglas en inglés) o un centro de salud local y recibir servicios de atención primaria de forma gratuita.¹⁵⁰ La atención a la maternidad (que incluye la atención prenatal, al parto y posparto)¹⁵¹ se considera una atención "inmediatamente necesaria", lo que significa que no se le puede negar a las migrantes en situación irregular ni a las que no tengan derecho a la atención gratuita y que no puedan pagarla. Sin embargo, puede que se les solicite el pago más adelante y que incurran en deudas importantes (la atención prenatal cuesta alrededor de 1.590-5.233 libras, el nacimiento

entre 2.244-3.282 libras y la atención posparto 355,50-1.207,50 libras).¹⁵² Los servicios de planificación familiar son gratuitos para todos. Sin embargo, el coste para realizar un aborto corre a cuenta de la persona.

Estas deudas pueden suponer un obstáculo para obtener o conservar la situación migratoria regular en el Reino Unido. Los administradores de los hospitales del NHS (Servicio Nacional de Salud, por sus siglas en inglés) tienen que informar a las autoridades de inmigración si un paciente incurre en una deuda de 1.000 libras o más, lo que significa que cuando esa persona solicite posteriormente un permiso para volver a entrar o permanecer en el Reino Unido, es probable que su petición sea denegada. La Ley de inmigración de 2014 también impone costes por adelantado para el acceso a los servicios de la NHS que se aplican a los nacionales no europeos que solicitan un visado para entrar en el país, o que solicitan desde el Reino Unido ampliar o regularizar su estancia. La solicitud de las personas con bajos ingresos que busquen regularizar su situación probablemente sea rechazada si no pueden pagar el suplemento. Asimismo, a aquellas personas que tienen

"Durante mi embarazo en Dinamarca, no fui al médico. Tenía miedo porque estaba en el país sin permiso y pensaba que sería deportada a Filipinas. Así que continué mi trabajo como limpiadora. Fui al hospital solo cuando el dolor fue insoportable. Ni siquiera tomé yo la decisión, mi novio y mis amigos me llevaron. Me encontraba en un estado avanzado del trabajo de parto. Había mucha sangre... Me hicieron una cesárea, pero el bebé no sobrevivió. Murió en una incubadora. Pero vi a mi hija, tengo una fotografía de ella. El cura llegó al hospital para bendecir y bautizar a los niños. La llamé Claire. Está enterrada en la zona norte de Copenhague. Me quedé en el hospital dos semanas. Durante ese tiempo, las enfermeras y los médicos me dijeron que debido a que estaba "ilegalmente" en el país, tenían que denunciarme a la policía. Poco tiempo después, la policía vino a verme y me dijeron que tenía que dejar el país. Ellos pagarían mi vuelo. Supliqué a la policía, pero dijeron que no tenían otra opción."

- Mujer de 26 años de edad.

permiso para estar en el país se les negará la solicitud de renovación de su situación en caso de no poder pagar el suplemento, dejándolos en situación irregular.¹⁵³

Las organizaciones del Reino Unido que trabajan con migrantes denuncian que la relación entre la situación migratoria y el costo de la atención ha tenido un efecto negativo a la hora de que los migrantes busquen ayuda

ya que temen las consecuencias de incurrir en deudas insuperables. En un caso que atrajo la atención de los medios de comunicación, una mujer embarazada que llevaba un feto que había muerto en el útero no buscó ayuda médica para extraerlo, algo que habría costado miles de libras, porque temía que su incapacidad para pagar le impidiera obtener la visa que le permitiría quedarse con su cónyuge en el Reino Unido.¹⁵⁴

PRÁCTICA ALENTADORA

Apoyo a mujeres embarazadas sin recursos

El **Bethel Doula Project** es una organización con sede en Birmingham, **Reino Unido**, que proporciona apoyo a las mujeres embarazadas marginadas, incluidas las mujeres en situación irregular. Su trabajo consiste en formar a voluntarias para que se conviertan en doulas que den apoyo a las mujeres embarazadas como labor complementaria de las matronas. Un número significativo de sus voluntarias son a su vez mujeres migrantes, lo que refleja una gran diversidad de idiomas y experiencias. Las mujeres - a menudo sin recursos, solas y sin apoyo - son derivadas a la organización a través del NHS, matronas de la comunidad, trabajadores de asistencia sanitaria o agencias que trabajan con solicitantes de asilo. El objetivo de la organización es garantizar que una doula voluntaria esté disponible para ir al hospital durante el trabajo de parto y el nacimiento así como para acompañar a la mujer durante el proceso de alta y el traslado al alojamiento de acogida. Las mujeres también reciben alrededor de dos semanas de apoyo después del parto. El personal del proyecto ha señalado que las mujeres con las que trabajan tienden a ser percibidas automáticamente como de "alto riesgo" debido a su situación socioeconómica, y rara vez se les da a elegir dónde dar a luz, o la forma de dar a luz. Generalmente, se les ofrece poca información acerca de la atención prenatal y los servicios disponibles. Bethel Doula ayuda a más de 60 mujeres cada año, muchas de las cuales están en situación irregular.

Coste de la atención

Como se señaló anteriormente, los factores del coste son extremadamente importantes en la evaluación de los derechos. En la práctica, cuando el coste para obtener asistencia está fuera de su alcance, ya sea porque la persona tiene que pagar un seguro privado o porque no tiene dinero, cualquier derecho a la atención es un derecho únicamente sobre el papel. Este es el caso, por ejemplo, de la República Checa, Alemania, Irlanda y el Reino Unido (como se señaló anteriormente), así como de Chipre y Polonia, donde se cita el coste de la atención como la principal barrera para el acceso.¹⁵⁵

En **Polonia**, los migrantes irregulares no pueden acceder al seguro médico legal, y solo pueden acceder a la atención - incluida la atención de salud sexual y reproductiva - de forma gratuita a través de los equipos de urgencia estacionados fuera de los hospitales,¹⁵⁸ o para el tratamiento de enfermedades infecciosas que requieren tratamiento obligatorio.¹⁵⁹ Los migrantes irregulares pueden ser obligados a pagar la totalidad del coste del tratamiento proporcionado por los servicios de urgencia en los hospitales, aunque no está claro de qué manera y si esto se realiza en la práctica.¹⁶⁰ Como ha señalado el FRA: "los funcionarios públicos [entrevistados

en Polonia] no pudieron identificar ningún enfoque o programa del gobierno que se ocupe del acceso a la atención sanitaria de los migrantes irregulares. Además, no dieron importancia específica a este problema."¹⁶¹ El FRA también informa de casos en los que el personal sanitario y los actores de la sociedad civil estaban al tanto de migrantes que buscaron atención en hospitales y fueron denunciados a las autoridades.¹⁶²

En **Chipre**, como se señaló anteriormente, en virtud de la normativa que entró en vigor en 2013,¹⁶³ la atención médica de emergencia y los servicios específicos (por ejemplo, para las enfermedades infecciosas) son gratuitos para todos los pacientes, incluidos los migrantes irregulares, aparte de una cuota de inscripción (de 10 €, prevista para todos excepto para los beneficiarios de prestaciones sociales). En cualquier otro caso, el acceso solo se consigue mediante el pago íntegro. De acuerdo a una decisión del Consejo de Ministros,¹⁶⁴ los niños y las mujeres embarazadas en situación irregular (durante la atención prenatal y de posparto) deberían recibir el tratamiento necesario. A pesar de que todavía se espera que paguen por la atención, no pueden ser rechazados debido a la incapacidad de pagar. En caso de que no puedan cubrir los gastos por su cuenta, el hospital puede emitir una factura por los gastos y el paciente puede,

El coste para los sistemas sanitarios de la exclusión de los migrantes irregulares

En septiembre de 2015, la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA, por sus siglas en inglés) publicó un informe sobre el impacto económico en los sistemas de salud de la exclusión de los migrantes irregulares del acceso a la atención que no es de emergencia, tomando como ejemplos la hipertensión y la atención prenatal en Alemania, Grecia y Suecia. La selección de las enfermedades se realizó en función de varios factores, incluyendo *entre otros* su prevalencia entre los migrantes irregulares, el impacto del coste de la enfermedad si no se trata, y la disponibilidad de los datos. En el caso de la atención prenatal, el resultado apuntó a bebés con bajo peso al nacer. Según los resultados del estudio, basados en un modelo económico, Alemania y Grecia, después de dos años, obtendrían un ahorro de hasta un 48 por ciento de los costes del sistema sanitario, y Suecia hasta un 69 por ciento, si la atención normal fuese igualmente accesible para las mujeres en situación administrativa irregular. El estudio no tiene en cuenta otros costes para el sistema de salud, ni para las personas, sus familias o para la sociedad, de los efectos a largo plazo del bajo peso al nacer.¹⁵⁶ Un artículo de investigación revisado por colegas, publicado en julio de 2015, concluye de manera similar que el coste de proporcionar un acceso restringido a la atención sanitaria a los solicitantes de asilo y refugiados en Alemania es más alto que otorgarles el acceso regular.¹⁵⁷

en principio, solicitar que el Ministerio de Salud cancele la deuda. Sin embargo, en la práctica, la decisión del Consejo de Ministros no ha sido publicada oficialmente y los niveles de conocimiento y aplicación siguen siendo bajos.¹⁶⁵ En la práctica, el personal del hospital sigue negando el acceso a la atención sanitaria a las mujeres embarazadas y los niños, a menos que el Ministerio de Salud les haya concedido un permiso individual. En el caso de las mujeres embarazadas, el Ministerio de Salud requiere de un informe médico que confirme el embarazo (incluso cuando sea obvio) para permitir el acceso gratuito a la atención sanitaria. En lo que se refiere a los niños, garantiza el acceso gratuito solo en caso de que tengan una enfermedad de salud crónica o grave.

En **Irlanda**, la Ley sobre la Salud (enmienda)¹⁶⁶ introdujo la "residencia habitual", como requisito previo de acceso a la atención sanitaria.¹⁶⁷ Sin embargo, la atención de emergencia se proporciona de forma gratuita para todos, independientemente del estatus de residencia, además de una cuota de administración de 100 € que se prevé para todos los pacientes si no son derivados por el médico de familia (excepto en circunstancias específicas). Los bebés de hasta 6 semanas que reciben atención de emergencia siempre están exentos de esta cuota.¹⁶⁸

Se espera que todas las personas en Irlanda paguen por los servicios de atención primaria de salud, incluida la atención para los niños a no ser que los ingresos de sus padres estén por debajo de un cierto nivel. Los migrantes irregulares no pueden solicitar la tarjeta médica que da derecho a estos servicios de forma gratuita, lo que significa que deben pagar el coste total de los servicios de atención primaria.¹⁶⁹ En la práctica, el nivel de atención lo deciden los hospitales analizando caso por caso la cuestión del pago.¹⁷⁰ En algunos casos, los migrantes

irregulares pueden acceder a la atención secundaria a un coste reducido o gratis si se considera urgente y necesaria, y si hacerles pagar el coste total pudiera causar una dificultad excesiva.¹⁷¹ Todos los servicios de atención secundaria son gratuitos para los niños.¹⁷²

Barreras administrativas

Incluso en aquellos países que cuentan con derechos bastante inclusivos relativos a la salud sexual y reproductiva, la complejidad e inconsistencia burocrática pueden crear obstáculos importantes en el acceso.

Por ejemplo, en **Bélgica**, los migrantes irregulares deben demostrar su residencia habitual para acceder a la Asistencia Médica Urgente (AMU/DMH).¹⁷³ Esto puede suponer una dificultad para aquellos que se quedan con amigos o familiares o en un refugio, o para los que no tienen hogar. Además, deben obtener el certificado de un médico para demostrar su necesidad de atención, lo que significa que deben cubrir los costes de la primera consulta. Los complejos procedimientos también dan lugar a retrasos en el tratamiento, particularmente problemáticos en casos de urgencia, así como cuando las mujeres quieren abortar: para cuando hayan obtenido la certificación médica, y la AMU/DMH se haya producido, el plazo de 12 semanas durante el que se puede realizar un aborto legal habrá prescrito. Otro problema se debe a que la investigación de la situación social por parte del centro de bienestar social local (CPAS/OCMW) puede llevar hasta un mes, de acuerdo con lo que establece la ley. Cada CPAS/OCMW tiene discreción para determinar lo que constituye una prueba suficiente de su lugar de residencia,¹⁷⁴ y existe una falta de claridad sobre los criterios utilizados para evaluar la situación de los solicitantes.¹⁷⁵

PRÁCTICAS ALENTADORAS

Iniciativas para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a los migrantes irregulares

Aquarelle asbl¹⁷⁶ es una organización no gubernamental con sede en **Bruselas** vinculada al Hospital Saint-Pierre. Fue creada en 1999 para ofrecer seguimiento y consultas prenatales y de posparto a las mujeres embarazadas sin recursos, como una forma de apoyar a las mujeres y de reducir la mortalidad infantil y materna. Aquarelle ofrece consultas médicas, prenatales y de preparación al parto así como el seguimiento de la madre y el bebé durante un año. También proporciona apoyo adicional a las mujeres y familias que viven en la pobreza extrema, analizando caso por caso. En 2014, los trabajadores sociales de Aquarelle trabajaron con 329 mujeres de 57 nacionalidades, 82% de las cuales eran de países no comunitarios y carecían de documentos. Esta organización no recibe ninguna subvención pública y depende de donaciones privadas.

Médicos del Mundo / Médecins du Monde (MdM) recibió en 2014 a más de 10.861 mujeres y a 700 mujeres embarazadas en el marco de su programa en **Francia**. La precariedad social de estas mujeres tiene consecuencias negativas en el seguimiento de su embarazo: casi el 45% de las mujeres embarazadas atendidas en las clínicas de MdM han tenido retrasos en el seguimiento del embarazo, y solo el 42% han tenido acceso a la atención prenatal. Los voluntarios de estos programas (ginecólogos, matronas, mediadores, etc.) informan a los pacientes sobre dónde pueden acceder a servicios de seguimiento del embarazo, aborto y otros tipos de asistencia que puedan necesitar. Las ponen en contacto con otros socios de salud no gubernamentales o institucionales, proporcionan acompañamiento, ofrecen apoyo en la preparación de los requisitos administrativos para la AME, visitan casas okupa para informar a los residentes sobre los métodos anticonceptivos y acompañan a las mujeres a sus citas en los hospitales.

En **Francia** la forma de aplicar la normativa relativa a los requisitos para obtener la AME varía en cada área administrativa (*département*).¹⁷⁷ Así, cada una puede decidir qué documentos aceptará para demostrar la residencia y la situación económica. El ochenta por ciento de los pacientes que visitan las clínicas de Médecins du Monde en Francia pueden beneficiarse teóricamente de la cobertura sanitaria. Sin embargo, solo el 15 por ciento de ellos tiene algún tipo de cobertura cuando acude por primera vez.¹⁷⁸ Se ofrece muy poca información para promover el acceso a la asistencia sanitaria y el acceso a los derechos. Los obstáculos que mencionan los pacientes en los programas de MdM están relacionados en primer lugar con las dificultades administrativas y la complejidad de los procedimientos (33%) y con la falta de conocimiento de los derechos que les corresponden

(28% de los pacientes).¹⁷⁹ El diecisiete por ciento de los pacientes afirma no poder cumplir con los requisitos de documentación, por ejemplo, poder probar el haber residido en Francia al menos tres meses. Los largos procedimientos tienen un impacto en el seguimiento del embarazo y en situaciones de urgencia como el aborto, que debe realizarse antes de las 14 semanas de gestación. A diferencia de la AMU/DMH en Bélgica, el acceso a la AME no está supeditado a la obtención de un certificado médico ni a una larga investigación invasiva de la situación social. Mientras que la AMU/DMH belga es válida para un máximo de tres meses, en Francia la AME tiene una validez de un año desde el día en que se solicita. No obstante, en la práctica, el período de cobertura es más corto ya que pueden pasar varios meses hasta que la solicitud es procesada.¹⁸⁰

PRÁCTICA ALENTADORA**Las directrices del Reino Unido aclaran el acceso de los migrantes irregulares a los médicos de familia**

En noviembre de 2015, el Reino Unido abordó una barrera importante para los migrantes irregulares que intenten registrarse con un médico de familia: el riesgo de ser rechazados por no poder probar su dirección o identidad.¹⁸¹ De acuerdo con las nuevas directrices, el NHS aclaró que no existe ningún requisito legal que exija a los pacientes demostrar su identidad, dirección, situación migratoria o su número de NHS para registrarse con un médico de familia, y que no se deberá rechazar la inscripción de los pacientes que no puedan aportar estos documentos.¹⁸² A pesar de que uno debe ser “residente habitual” para acceder a la (atención hospitalaria) secundaria, “cualquier persona en Inglaterra puede registrarse y consultar a un médico de familia de forma gratuita.”

Barreras culturales y lingüísticas

Para mejorar el uso de los servicios de salud existentes - especialmente el de las intervenciones relacionadas con la prevención - entre los migrantes irregulares es necesario abordar de manera proactiva el impacto que

las culturas, costumbres e idiomas divergentes así como las lagunas en la información y el conocimiento mutuo, puedan tener en el acceso.

PRÁCTICA ALENTADORA**Trabajar con las comunidades de migrantes para mejorar el acceso a los servicios de prevención**

En la zona noreste de Gotemburgo, la segunda ciudad más grande de **Suecia**, el 50 por ciento de sus 100.000 habitantes son de origen extranjero y se hablan 40 idiomas, siendo los más comunes el árabe, bosnio, croata, serbio, persa, kurdo, somalí y finlandés.¹⁸³ Los profesionales de la salud en Gotemburgo se dieron cuenta de que garantizar el acceso a la atención de manera equitativa significaba tener en cuenta esta diversidad, así como la relativa pobreza y las malas condiciones de salud de su población migrante. Por ejemplo, con el objetivo de aumentar la participación de las mujeres de origen extranjero en la realización de mamografías y pruebas de detección de cáncer de cuello de útero, se inició un proyecto de capacitación de las doulas representativas de sus comunidades que tuvieran vínculos ya establecidos con las mujeres de esas comunidades, para informarles de los servicios disponibles, ofrecerles información y responder a las preguntas de las mujeres sobre su salud así como ayudar en la prestación de servicios - por ejemplo, mediante el uso de una unidad móvil para realizar la prueba de Papanicolaou de forma gratuita en los espacios públicos. El resultado fue un repunte significativo del número de mujeres de estas comunidades que accedieron a los servicios de realización de pruebas.¹⁸⁴

En 2008, se creó en **Malta** la Migrant Health Liaison Office -Oficina de Enlace de Salud para los Migrantes- con el objetivo de ayudar a los migrantes en el acceso a la asistencia sanitaria en Malta.¹⁸⁵ Un pilar básico de su trabajo ha sido la formación de mediadores culturales y profesionales de la salud para facilitar la integración de los migrantes en el sistema de salud. En 2014 y 2015 se llevaron a cabo sesiones de formación de los profesionales de atención sanitaria y social sobre la migración y los problemas asociados a ella. También se realizaron sesiones de MGF con enfermeras y matronas que trabajan en la atención prenatal, atención al parto y posparto. Para el 2015-2016, la Oficina de Enlace de Salud

para los Migrantes planea ofrecer formación sobre el tema de la trata de personas, así como sobre la identificación de las víctimas para los profesionales sanitarios y sociales que puedan encontrarlas en su trabajo diario. En 2015 también se realizaron sesiones con los funcionarios de servicios públicos (es decir, maestros, profesionales de la salud, funcionarios de la oficina de empleo, empleados de la oficina de vivienda y ONG) como parte de un proyecto centrado en la competencia cultural, la comunicación y la prestación de servicios sensibles a la cultura. Actualmente se está ejecutando un programa de educación para la salud con los migrantes en la comunidad, así como en la Escuela islámica en la isla.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Los derechos a la salud sexual y reproductiva gozan de protección en virtud de la legislación internacional de los derechos humanos, y de un considerable consenso político en lo que se refiere a su importancia para la salud y el bienestar humanos, el desarrollo económico y la justicia social. Sin embargo, la situación en los Estados miembros de la UE con respecto a los residentes irregulares está marcada por la exclusión: sorprendentemente, la exclusión se da no solo en la legislación, sino también, en los casos en los que el derecho a la salud existe, la exclusión se basa en barreras significativas en la práctica.

La legislación de veintiún Estados miembros establece en cierto grado el acceso a la atención a la maternidad para las mujeres en situación irregular. Y, en un menor número de estados, dicha atención incluye el acceso a una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, existe una tendencia abrumadora hacia la exclusión de esta población del sistema de salud pública. Los migrantes irregulares, independientemente de su edad, orientación sexual, identidad o expresión de género, dependen en la mayoría de los Estados

miembros de voluntarios y organizaciones de la sociedad civil para cerrar esta brecha en el acceso. Las leyes y políticas que limitan el acceso a los casos que requieren atención urgente no solo violan los derechos básicos de los individuos a la atención médica, sino que también carecen de sentido a nivel económico y son contrarias a las normas de atención médica nacionales e internacionales. Por supuesto, el resultado es que el logro de un acceso más inclusivo promueve los derechos humanos de las personas en situación irregular, mejora los resultados de la salud individual y pública, y ahorra a los sistemas sanitarios costes innecesarios.

A continuación presentamos las recomendaciones de PICUM a los responsables políticos y a los profesionales de la salud con el objetivo de corregir la disparidad entre los compromisos legales de los Estados miembros con respecto a los DSSR y sus leyes y políticas restrictivas relativas a los derechos a la atención de salud sexual y reproductiva de los migrantes irregulares en el contexto nacional.

1. A los responsables políticos a nivel nacional, regional y local

Reformar la legislación y las políticas que niegan o limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por motivos del estatus de residencia, con el objetivo de garantizar que los servicios se proporcionan en función de las necesidades.

- › Modificar o eliminar las disposiciones en la legislación que prohíben o limitan expresamente el acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, por motivos del estatus de residencia. El derecho de acceso a los servicios de salud - incluidas las ayudas económicas - en igualdad de condiciones con los nacionales, sin importar su estatus de residencia, debe establecerse de forma explícita en la legislación y las políticas.
- › Abordar las barreras administrativas en el acceso simplificando y dando a conocer las normas sobre el proceso para acceder a la atención, y eliminando o introduciendo alternativas a los requisitos onerosos e innecesarios que no pueden ser cumplidos por los solicitantes en situación irregular o que limitan indebidamente sus derechos en la práctica.
- › Tomar medidas para garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios esenciales no sean inaccesibles debido a la barrera de los costes.

Establecer una clara separación entre el acceso a los servicios básicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y el control migratorio.

- › Garantizar el respeto a la privacidad y confidencialidad de todos los pacientes, incluidos aquellos en situación irregular, prohibiendo - en la legislación y en la práctica - el intercambio de información personal, incluida la situación migratoria, entre los profesionales e instituciones de la salud y las autoridades de migración. Cualquier obligación que exista sobre los profesionales de la salud de proporcionar información personal a las autoridades de inmigración debe ser eliminada y se debe proporcionar información y formación para garantizar que tanto profesionales como pacientes sean conscientes de sus derechos y responsabilidades. Las detenciones cerca de los lugares en los que se presta atención sanitaria también deben ser prohibidas.

Aplicar medidas que garanticen el acceso de los migrantes irregulares a apoyo y servicios cuando hayan sido víctimas de violencia sexual o de género.

- › De conformidad con el Convenio de Estambul y con la Directiva de la UE relativa a las Víctimas, tomar medidas para garantizar que todas las víctimas de la violencia (incluida la mutilación genital femenina (MGF) y la violencia de género) tengan acceso a apoyo y servicios apropiados, independientemente de su estatus de residencia, orientación o expresión sexual.

2. A los profesionales de la salud a nivel nacional, regional y local

Realizar formaciones para los profesionales y administradores de la salud con el objetivo de aumentar su conocimiento sobre los migrantes irregulares y sobre temas relevantes relacionados con la salud sexual y reproductiva.

- › En colaboración con la sociedad civil, desarrollar módulos de formación para los profesionales de la salud - por ejemplo, médicos, enfermeras y matronas - y los administradores de salud con el objetivo de facilitar el acceso y uso de los servicios, así como la prestación de servicios apropiados y sensibles a la cultura. Además, fomentar una mayor conciencia de la salud sexual y reproductiva de los migrantes irregulares y los riesgos específicos relacionados con la salud y las vulnerabilidades que enfrentan debido a su situación irregular y exclusión social.

Ser proactivos en el trabajo con las comunidades de migrantes para mejorar su uso de los servicios a través del sistema público.

- › Tomar medidas para empoderar a las comunidades de migrantes para que utilicen los servicios de salud disponibles a través de información, asesoramiento y derivaciones, y adaptar de forma proactiva los servicios para responder a las necesidades de las comunidades migrantes de la zona, mediante visitas, para entender sus características, costumbres y necesidades prácticas, incluso utilizando intérpretes y mediadores culturales en caso de ser necesario.

En colaboración con la sociedad civil, tomar medidas para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria para los migrantes irregulares, a nivel regional o local.

- › Trabajar con las autoridades locales y regionales y/o con las organizaciones de la sociedad civil para proporcionar acceso a los servicios que de otro modo no estarían disponibles para los migrantes irregulares a través del sistema público.
- › Abogar por una reforma sistemática y sostenible de las leyes que restringen el acceso de los migrantes irregulares a la atención sanitaria.

3. A la Unión Europea

Promover un diálogo sobre políticas basadas en evidencias y el intercambio de buenas prácticas, y garantizar la coherencia de los objetivos de salud sexual y reproductiva en todas las políticas de la UE relativas a los migrantes irregulares.

- El **Consejo Europeo** debería crear un foro de intercambio de prácticas alentadoras y de diálogo sobre políticas basadas en evidencias sobre el desarrollo de una cobertura universal de salud en diversos sistemas sanitarios, y medidas para garantizar la inclusión de los migrantes irregulares y de otras poblaciones de bajos ingresos o que carezcan de seguro.
- La **Comisión Europea** debería:
 - Garantizar la inclusión de los migrantes irregulares de forma explícita en el trabajo de la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria; abordar sistemáticamente los efectos sobre los objetivos de salud sexual y reproductiva en otros ámbitos políticos de todo el trabajo de la Comisión que afectan a la salud de los migrantes y de los migrantes irregulares en particular (como el empleo, la justicia, y la investigación); y destinar financiación disponible al apoyo de organizaciones no gubernamentales y de los Estados miembros para avanzar en la implementación de la cobertura universal de salud.
 - Financiar estudios de recopilación de datos que lleven a cabo un análisis de los derechos específicos a los servicios de salud sexual y reproductiva de los migrantes irregulares, sobre el impacto de la ausencia de derechos sobre los individuos, las comunidades y los sistemas sanitarios y el impacto relacionado con la salud debido a la limitación de derechos al margen del acceso a la atención primaria de salud.
- El **Parlamento Europeo** debería garantizar la protección y promoción de la salud para todos los habitantes, independientemente de su situación migratoria, a través de acciones legislativas y no legislativas en curso, y los miembros del Parlamento Europeo que votaron por las resoluciones anteriores del Parlamento Europeo deberían seguir de cerca sus recomendaciones para mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la acción a nivel europeo, nacional y local.

- 1 Entrevista de PICUM, Bethan Lant, PRAXIS (Reino Unido), 2010.
- 2 Grupo de trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la aplicación del Programa de Acción de la CIPD (1995), Directrices sobre la salud reproductiva.
- 3 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (Cairo, 1994), Programa de acción; International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar) (IPPF) (2015), Barometer 2015: Women's Access to Modern Contraceptive Choice, at 6. Véase también OMS, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
- 4 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), Sexual Health, Human Rights and the Law.
- 5 Véase, e.g., IPPF (2015) *op. cit.* nota 3, que muestra una continua laguna en la investigación y recopilación de datos en Europa sobre los DSSR, incluyendo el acceso a los métodos anticonceptivos, así como la evidencia de que hay ámbitos en los que los países europeos no están a la altura en el apoyo a los DSSR de las mujeres.
- 6 PICUM no utiliza el término "ilegal" para referirse a una persona migrante o a cualquier forma de migración, ya que el término "ilegal": implica criminalidad y una persona nunca puede ser "ilegal" y la migración no es un delito; es discriminatorio: la "ilegalidad" como estatus solo se aplica a los migrantes y se utiliza para negarles sus derechos; tiene un impacto real en las políticas y en la opinión pública: un lenguaje inapropiado provoca que la sociedad acepte que la gente con esa etiqueta deba ser perseguida y castigada. Siguiendo el ejemplo de las Naciones Unidas, las instituciones y agencias de la UE (incluida la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales, el Parlamento y la Comisión) han dado pasos positivos adoptando el uso del término "migrantes irregulares" en todas las comunicaciones oficiales. Véase PICUM, "¿Por qué «irregular» o «sin papeles»?" en www.picum.org.
- 7 No existen cifras fiables sobre el número de migrantes irregulares en la UE debido a la falta de mecanismos sistemáticos de recopilación de datos sobre la migración irregular en la UE. No obstante, estimaciones sobre los datos disponibles indican que entre 1,9 millones y 3,8 millones de migrantes irregulares residían en los 27 Estados miembros de la UE en 2008, lo que representa entre el 0,39% y el 0,77% de la población total en ese momento. Véase A. Triandafyllidou, Informe final del proyecto CLANDESTINO, noviembre de 2009 en p.11-12.
- 8 Véase el apartado II.2, abajo.
- 9 Consejo de Europa (CoE) (2008), Programa de Acción de la UE para los ODM; Conclusiones del Consejo para una agenda post-2015 transformadora (16 de diciembre de 2014).
- 10 Comisión Europea (2015), Contribución de la UE a los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Algunos resultados clave de los programas de la Comisión Europea.
- 11 I. Keynaert et al., "Sexual and Reproductive Health of Migrants: Does the EU Care?" *Health Policy*, 114 (2014) 2150225; Luis Mora, "Gender, Reproductive Rights and International Migration," 23 de octubre de 2006.
- 12 Ibid.
- 13 Chauvin P et al. (mayo de 2015), Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. MdM.
- 14 MBRRACE-UK (diciembre de 2015), Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of Maternal Deaths in the UK 2011-2013 and Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-2013.
- 15 MBRRACE-UK (junio de 2015), Perinatal Mortality Surveillance Report: UK Perinatal Deaths for Births from January to December 2013.
- 16 Birmingham Public Health (2014), Infant Mortality in Birmingham.
- 17 Presentación por Dave Newell, jefe oficial de políticas, West Midlands Strategic Migration Partnership, en el taller de PICUM realizado el 1 de octubre de 2011, "Construyendo estrategias para proteger a los niños que se encuentran en situación migración irregular en el Reino Unido." Véase también University of Birmingham (noviembre de 2010), Delivering in an Age of Super-Diversity: West Midlands Review of Maternity Services for Migrant Women.
- 18 Rose Scammell, "Mediterranean Migrant Crisis: Number of Arrivals in Italy in 2015 Passes 50.000," 7 de junio de 2015, *Guardian*, <http://www.theguardian.com/world/2015/jun/07/mediterranean-migrant-arrivals-italy-passes-50000>; Adam Withnall, "Refugee Baby Born on Beach in Lesbos Moments After Syrian Mother Arrives in Rubber Boat," 14 de octubre de 2015, <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/refugee-baby-born-on-beach-in-lesbos-moments-after-syrian-mother-arrives-in-rubber-boat-a6694041.html>.
- 19 Organización Internacional para las Migraciones (OIM), "Los niños representan el 20% de las llegadas por mar a Europa en 2015: OIM y UNICEF," 1 diciembre de 2015, <https://www.iom.int/es/news/segun-la-oim-y-el-unicef-los-ninos-representan-el-20-de-las-llegadas-por-mar-europa-en-2015>.
- 20 Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa (PACE, por sus siglas en inglés), Europe's Refugee Crisis – Urgent Need to Protect Women and Children, 1 de octubre de 2015.
- 21 ACNUR (2012), Directrices sobre la detención: Directrices sobre los criterios y estándares aplicables a la detención de solicitantes de asilo y las alternativas a la detención.
- 22 T. Filges et al., "The Impact of Detention on the Health of Asylum Seekers: A Systematic Review," septiembre de 2015, *Campbell Collaboration*, <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/253/>.

- 23 S. E. Zimmerman, D. Chatty and M. L. Norredam, "Health Needs and Access to care in Immigration Detention: Perceptions of Former Detainees," *International Journal of Migration Health and Social Care*, 8(4) 2012 180-185. Véase también Boletín de PICUM (septiembre de 2015), "Migrant Women File Complaint over Lack of Medical Care in Family Detention Centres," http://picum.org/en/news/bulletins/48295/#cat_25446; Latika Bourke, "Refugee Raped on Nauru Begs Malcolm Turnbull to Let Her Come to Australia for an Abortion," 7 de octubre de 2015, <http://www.smh.com.au/federal-politics/political-news/refugee-raped-on-nauru-begs-malcolm-turnbull-to-let-her-come-to-australia-for-an-abortion-20151006-gk2o3y.html>.
- 24 Diane Taylor, "Home Office to Compensate Pregnant Asylum Seeker for Unlawful Detention," 6 de octubre de 2015, *The Guardian*, <http://www.theguardian.com/uk-news/2015/oct/06/home-office-to-compensate-pregnant-asylum-seeker-for-unlawful-detention>.
- 25 Ibid.
- 26 Her Majesty's Chief Inspector of Prisons (2015), Report of an Unannounced Inspection of Yarl's Wood Immigration Removal Centre (13 April - 1 May 2015).
- 27 Ned Stafford, "Hamburg's Refugee Policy is Criticised After Pregnant Women Sent on Long Train Trip Miscarries," *BMJ*, 2015;350:h3538.
- 28 Maternity Action, Refugee Council (2013), When Maternity Doesn't Matter: Dispersing Pregnant Women Seeking Asylum.
- 29 Rayah Feldman, *Rapid Response* re Hamburg's Refugee Policy is Criticised After Pregnant Woman Sent on Long Train Trip Miscarries, 7 de julio 2015, disponible en <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h3538/rapid-responses/>.
- 30 Maternity Action (2013), *op cit.* nota 28.
- 31 Carmen Alvarez-Nieto, Guadalupe Pastor-Moreno, Maria Luisa Grande-Gascon y Manuela Linares-Abad, "Sexual and Reproductive Health Beliefs and Practices of Female Immigrants in Spain: A Qualitative Study," *Reproductive Health* (2015) 12:79.
- 32 IPPF (2015) *op. cit.* nota 3; Centro de Derechos Reproductivos (CRR), Instituto nacional de latinas para la salud reproductiva (2013), Nuestro Texas: La Lucha por la Salud Reproductiva de la Mujer en el Valle del Río Grande.
- 33 Protecting Life During Pregnancy Act 2013, <http://www.oireachtas.ie/documents/bills28/acts/2013/a3513.pdf>.
- 34 Regulation of Information (Services outside the State for Termination of Pregnancies) Act of 1995, <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1995/act/5/enacted/en/html>.
- 35 Irish Family Planning Association, <https://www.ifpa.ie/Pregnancy-Counselling/Abortion-Irish-Law>.
- 36 Irish Family Planning Association (March 2015), Submission to the Working Group on the Protection Process.
- 37 Circular RS 2012-015, "Residence Permits for Au Pairs - the Immigration Act Section 26 first paragraph letter a), cf. the Immigration Regulations Section 6-25."
- 38 New to Denmark Official Portal for Foreigners, "Au Pairs," https://www.nyidanmark.dk/en-us/coming_to_dk/au_pairs/au_pairs.htm.
- 39 New to Denmark - The Official Portal for Foreigner, "Termination of Your Residence Permit," https://www.nyidanmark.dk/en-us/coming_to_dk/au_pairs/termination.htm.
- 40 Global Alliance Against Traffic in Women (2013), Au Pair: Challenges to Safe Migration and Decent Work.
- 41 Véase el Boletín de PICUM, 20 de diciembre de 2013, "Denmark: Au Pair Visas Push Pregnant Women into Irregularity", <http://picum.org/en/news/bulletins/42588/>.
- 42 Mkenyaujerumani, 15 de octubre de 2013, "Deportation of Pregnant Au Pairs the Norm in Denmark," <http://mkenyaujerumani.de/2013/10/15/deportation-of-pregnant-au-pairs-the-norm-in-denmark/>.
- 43 Anteproyecto de Ley L185.
- 44 Véase la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) (2013), Encuesta LGBT de la UE; FRA (2015), Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE.
- 45 OMS (2005), Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer.
- 46 *SEE Véase*, e.g., PICUM (2012), Estrategias para combatir la doble violencia contra las mujeres migrantes irregulares; Transgender Europe (2015), For the Record: Documenting Violence against Trans People.
- 47 OMS (2015) *op. cit.* nota 4.
- 48 Véase la nota 7, arriba.
- 49 PICUM (2012) *op. cit.* nota 46.
- 50 OMS (2015) *op. cit.* nota 4.
- 51 Véase PICUM (2015), Guía de la Directiva sobre los derechos de las víctimas de la UE; Promover el acceso de los migrantes en situación irregular a la protección, los servicios y la justicia.
- 52 OMS (2005) *op. cit.* nota 45. Véase también OMS (2014), Preventing and Addressing Intimate Partner Violence against Migrant and Ethnic Minority Women: the Role of the Health Sector.

- 53 ICE, "Further Guidance Regarding the Care of Transgender Detainees," 19 de junio de 2015, <https://www.ice.gov/sites/default/files/documents/Document/2015/TransgenderCareMemorandum.pdf>.
- 54 Adolfo Flores, "Transgender Women Can Now Be Housed in Women's Facilities Under New Immigration Rules," 29 de junio de 2015, *Buzzfeed*, <http://www.buzzfeed.com/adolfoflores/transgender-women-can-now-be-housed-with-women-under-new-imm#.ykmo4QmRg>.
- 55 ICE *op. cit.* nota 53.
- 56 OMS-EURO, "Highest Number of New HIV Cases in Europe Ever," 26 de noviembre de 2015, <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2015/11/highest-number-of-new-hiv-cases-in-europe-ever>.
- 57 ECDC (2009), "Migrant health: Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Migrant Populations in EU/EEA Countries," http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_access_to_treatment.pdf. Véase también J. Deblonde et al., "Restricted Access to Antiretroviral Treatment for Undocumented Migrants: A Bottleneck to Control the HIV Epidemic in the EU/EEA", *BMC Public Health* 2015, 15:1228.
- 58 Plan de acción de la UE sobre el VIH/SIDA para el 2014-2016, http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/ec_hiv_actionplan_2014_en.pdf.
- 59 http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_access_to_treatment.pdf
- 60 Keygnaert (2014) *op. cit.* nota 11, en 221.
- 61 Amnesty International, "El movimiento global aprueba en votación la política para proteger los derechos humanos de los trabajadores y las trabajadoras sexuales," 11 agosto de 2015.
- 62 OMS (2015) *op. cit.* nota 4.
- 63 Amnistía Internacional *op. cit.* nota 61.
- 64 Bajo un modelo seguido en Suecia, Noruega e Islandia, y que se está estudiando en Francia, Irlanda y el Reino Unido, la prostitución no es en sí misma un delito. Sin embargo, la ley se centra en la criminalización de la conducta de los proxenetas y clientes. Este enfoque ha sido condenado por una serie de organizaciones por negar la autonomía de las trabajadoras del sexo, y ha contribuido a su marginación y vulnerabilidad. Elizabeth Nolan Brown, "What the Swedish Model Gets Wrong about Prostitution," 19 de julio de 2014, *Time*.
- 65 Joseph Amon, "Canada's Prostitution Bill a Step in the Wrong Direction," 18 de junio de 2014, <https://www.hrw.org/news/2014/06/18/canadas-prostitution-bill-step-wrong-direction>; véase también <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2015/08/sex-workers-rights-are-human-rights/>.
- 66 Ley de extranjería (301/2004, incluidas las enmiendas hasta 1152/2010), disponible en <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2004/en20040301.pdf>.
- 67 <http://pro-tukipiste.fi/en/home/>
- 68 En septiembre de 2015, Pro-tukipiste se unió a otras veintisiete organizaciones para pedir "el acceso a la atención sanitaria para todo el mundo dentro de las fronteras finlandesas," independientemente del estatus de residencia. Véase la Declaración conjunta, 15 de septiembre 2015, disponible en finlandés: http://pro-tukipiste.fi/en/news/article/oikeus-terveyteen-turvattavajokaiselle-ihmiselle-myoes-paperittomalle/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=393&cHash=c6c39b92ac08c5c038b7c4f94df28960.
- 69 Nick Mai (2012), "Embodied Cosmopolitanisms: The Subjective Mobility of Migrants Working in the Global Sex Industry," *Gender, Place & Culture*, <http://kisa.org.cy/wp-content/uploads/2015/02/Medical-Care-undocumented-children.pdf>. Véase también TAMPEP International Foundation (2015), *TAMPEP on the Situation of National and Migrant Sex Workers in Europe Today*.
- 70 Nick Mai, *Migrant Workers In The Uk Sex Industry: Final Policy-Relevant Report*, Institute for the Study of European Transformations, London Metropolitan University, at 32.
- 71 Véase www.endfgm.eu.
- 72 Nota descriptiva OMS "Mutilación Genital Femenina," <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.
- 73 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1966), el artículo 12 en relación con el artículo 2(1); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), el artículo 12 en relación con el artículo 1; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), el artículo 5(e)(iv) en relación con el artículo 1; la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), el artículo 24 en relación con el artículo 2.
- 74 Véase la Observación General n°14 del CESCR; Recomendación general de la CEDAW
- 75 Observación general n°14 del CESCR; (2000), para. 34. Véase también la Observación general n° 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2009), para. 30, que afirma que los migrantes irregulares tienen derecho a una atención sanitaria asequible.
- 76 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 8.
- 77 Recomendación general n°14 del Comité de DESC http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.

- 78 Véase por ejemplo, CDESC, Observaciones finales: Finlandia (2014), U.N. Doc. E/C.12/FIN/CO/6 (CESCR, 2014), para. : «El Comité recomienda que el Estado parte adopte medidas para velar por que los migrantes en situación irregular, los solicitantes de asilo y los refugiados tengan acceso a todos los servicios de atención sanitaria que necesiten y recuerda al Estado parte que, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto, las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben estar a disposición de todos sin discriminación. El Comité señala a la atención del Estado parte su observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud»; Observaciones finales: Austria, U.N. Doc. E/C.12/AUT/CO/4 (2013): «También le recomienda adoptar nuevas medidas para facilitar el acceso de los extranjeros a servicios de salud adecuados y asequibles, entre otros medios garantizando la disponibilidad de servicios de traducción y de información sobre los servicios de salud y enfrentando los riesgos subyacentes de esas personas en materia de salud.», Observaciones finales: Noruega, U.N. Doc. E/C.12/NOR/CO/5 (2013), para. 21: «El Comité recomienda al Estado parte que tome disposiciones a fin de que los migrantes en situación irregular tengan acceso a todos los servicios de atención médica que necesiten, y recuerda al Estado parte que, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto, las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben estar a disposición de todos sin discriminación. El Comité señala a la atención del Estado parte su observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.» Observaciones finales: Dinamarca, U.N. Doc. E/C.12/DNK/CO/5 (2013), para. 18: «El Comité recomienda que el Estado parte adopte medidas para que todas las personas pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginados, en particular los refugiados acogidos conforme a cuotas, los migrantes reunificados con sus familias y los migrantes indocumentados y sus familiares tengan acceso a la atención de la salud básica. El Comité recomienda que esas medidas incluyan la garantía de que se realizará un reconocimiento médico de esas personas a su llegada al Estado parte y se ofrecerá vacunar a sus hijos. Recomienda también que el Estado parte adopte medidas para que las personas pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginados conozcan mejor el sistema de salud y tengan acceso a la información conexa en idiomas distintos del danés.» Observaciones finales: España, U.N. Doc. E/C.12/ESP/CO/5 (2012), para. 19: «El Comité recomienda al Estado parte asegurar que, de conformidad con la Observación general N.º 14 (2000) del Comité sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto) y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, independientemente de su situación legal.»
- 79 CERD, Recomendación general n° 30 (2004), para. 36.
- 80 CERD, Observaciones finales: Bélgica (2014), U.N. Doc. CERD/C/BEL/CO/16-19, para. 16: «Recordando su Recomendación general N° 30 (2005) sobre la discriminación contra los no ciudadanos, el Comité recomienda que el Estado parte adopte las medidas adecuadas en los planos federal, regional y local para asegurarse de que los migrantes en situación irregular tengan acceso a los servicios de atención de salud sin ser discriminados por su origen nacional.»
- 81 CEDAW, Recomendación general n° 26, U.N. Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R (2008), para. 17-18. Véase también Observaciones finales de la CEDAW: Grecia, U.N. Doc. CEDAW/C/GRC/CO/7 (2013), para. 31: “31. El Comité insta al Estado parte a que: ... (c) Mejore la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y garantice su acceso a los grupos de mujeres desfavorecidos.”
- 82 CEDAW, Recomendación general n° 26, U.N. Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R (2008), para. 26 (i).
- 83 Artículo 24 de la CDN en relación con el artículo 2. Véase también la Observación general n°15 (2013) del Comité sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24, U.N. Doc. CRC/C/GC/15, para. 8.
- 84 Artículo 24 (2)(a), (b), (f) de la CDN
- 85 Artículo 24 (3) de la CDN.
- 86 Id.
- 87 Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2012), Informe del día de discusión general en 2012: Los Derechos Humanos de Todos los Niños, Niñas y Adolescentes en el Contexto de la Migración Internacional.
- 88 Véase por ejemplo, Observaciones finales del CDN: Suiza, U.N. Doc. CRC/C/CHE/CO/2-4 (2015); Observaciones finales: Grecia, U.N. Doc. CRC/C/GRC/CO/2-3 (2012), para. 27(b); Observaciones finales: Suecia, U.N. Doc. CRC/C/SWE/CO/4 (2009), para. 61.
- 89 Objetivos de desarrollo sostenible, <https://sustainabledevelopment.un.org>.
- 90 Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, artículo 6, 2010 O.J. C 83/01.
- 91 Committee of the Regions, Subsidiarity Network, “Subsidiarity”, <https://portal.cor.europa.eu/subsidiarity/policyareas/Pages/PublicHealth.aspx>.
- 92 Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, artículo 168, 2010 O.J. C 83/01.
- 93 Resolución del Parlamento Europeo sobre las migrantes irregulares en la Unión Europea de 4 de febrero 2014 (2013/2115(INI)).
- 94 Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089(INI)): OJ C 199E, 7.7.2012, en 25.
- 95 Comunicación de la Comisión Europea relativa a los sistemas de salud eficaces, accesibles y flexibles, COM (2014) 215 final, Bruselas, 4.4.2014.
- 96 Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, noviembre de 2014, ISBN 978-92-871-7990-6.
- 97 En enero de 2016, 20 estados habían ratificado el Convenio de Estambul, incluyendo 12 Estados miembros de la UE (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Malta, Holanda, Polonia, Portugal, Eslovenia, España y Suecia). Véase la tabla de firmas y ratificaciones, disponible en <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures>.

- 98 La Convención consta de un capítulo entero dedicado a las mujeres migrantes y solicitantes de asilo, y la nota explicativa de la Convención reconoce la especial vulnerabilidad de las mujeres migrantes irregulares frente a la violencia de género. Véase CoE “The Convention in Brief,” <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/the-convention-in-brief>.
- 99 Consejo de Europa, “GREVIO,” <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/grevio>.
- 100 Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y el Consejo del 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo, L 315/57.
- 101 Véase PICUM (2015), Guía de la Directiva sobre los derechos de las víctimas de la UE: Promover el acceso de los migrantes en situación irregular a la protección, los servicios y la justicia.
- 102 “El Comité advirtió que la exclusión de los migrantes irregulares adultos de la asistencia sanitaria (RDL 16/2012 en España) es contrario al artículo 11 de la Carta... El Comité ha sostenido aquí que los Estados Partes de la Carta Social Europea tienen obligaciones positivas en términos de acceso a la salud de los migrantes, cualquiera que sea su situación de residencia. [...] La crisis económica no debe tener como consecuencia la reducción de la protección de los derechos reconocidos por la Carta. Por lo tanto, los gobiernos están obligados a adoptar todas las medidas necesarias para asegurarse de que los derechos de la Carta están efectivamente garantizados en una época en la que más protección necesitan los beneficiarios.” (Comité Europeo de Derechos Sociales, Conclusiones XX-2 (2013) (ESPAÑA), Artículos 3, 11, 12, 13 y 14 de la Carta de 1961 y artículo 4 del Protocolo adicional de 1988, enero de 2014, p.13, http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/SpainXX2_en.pdf).
- 103 Comité Europeo de Derechos Sociales, Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH) contra Francia, Decision on the Merits, Queja No. 14/2003.
- 104 Sarah Spencer, Vanessa Hughes, Outside and In: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe, julio de 2015, en 10.
- 105 PICUM (octubre de 2014), Access to Health care for Undocumented Migrants in Europe: The Key Role of Local and Regional Authorities.
- 106 Bulgaria, Finlandia, Lituania, Luxemburgo y Eslovaquia. Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, cuya lista también incluye Chipre. Sin embargo, Chipre no está incluido aquí debido a que, de acuerdo con la *Revisión del Sistema de Sanidad de los Hospitales Públicos del 1/8/2013*, la atención sanitaria de emergencia y los servicios específicos (tales como para enfermedades infecciosas, incluido el VIH) son gratis para todos los pacientes, incluidos los migrantes irregulares. Además, una circular de 2011 emitida por el Ministerio de Salud regula el acceso de los niños y las mujeres embarazadas en situación irregular (durante el período prenatal y posparto), como se analiza detalladamente más adelante. Véase también PICUM (2015), Protecting Undocumented Children: Promising Policies and Practices from Governments en p. 22-23.
- 107 Bulgaria y Finlandia. PICUM (2015) *op. cit.* nota 97.
- 108 Bélgica, Croacia, Chipre, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Malta, Holanda, Polonia, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido. Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, pero véase la nota 97 sobre la inclusión de Chipre.
- 109 Bélgica, Chipre, Francia, Grecia, Italia, Malta, Holanda, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido. Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, pero véase la nota 97 arriba respecto a Chipre.
- 110 Bélgica, Chipre, República Checa, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal, Suecia y Reino Unido. Véase Spencer *op. cit.* nota 95, pero véase la nota 97 arriba respecto a Chipre.
- 111 República Checa, Alemania, Irlanda y el Reino Unido. Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95.
- 112 Bulgaria, Chipre, Finlandia, Lituania, Luxemburgo, Polonia y Eslovaquia. Spencer *op. cit.* nota 95, en 24.
- 113 Austria, Grecia, Eslovenia. Spencer (2015) *op. cit.* nota 95.
- 114 Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, en 11.
- 115 Bulgaria, Chipre, Finlandia, Lituania, Luxemburgo y Eslovaquia. Spencer *op. cit.* 95, at 11-12.
- 116 Austria, Croacia, Chipre, Dinamarca, Estonia, Grecia, Hungría, Letonia, Malta, Polonia, Rumanía, Eslovenia y España. Spencer *op. cit.* nota 95, at 11.
- 117 Véase nota 101 arriba.
- 118 Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, en 2.
- 119 Estonia, Francia, Grecia, Italia, Portugal, Rumanía, España y Suecia. Véase Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, en 29. Tenga en cuenta que Chipre no está incluido en esta lista, en consonancia con la estrecha definición de lo que constituye un derecho en virtud de la legislación nacional adoptada por los investigadores citados aquí. Por el contrario, en una publicación anterior de PICUM, Chipre aparece en la lista de los Estados miembros que proporcionan el derecho a los servicios de salud de los niños en situación irregular, sobre la base de la Circular [Y.Y. 11.11.09 (4)] emitida por el Ministerio de Salud con fecha 2 de diciembre de 2011 que regula el acceso de los niños y las mujeres embarazadas en situación irregular (durante la atención prenatal y posparto) a la atención sanitaria. Dicha circular, aunque no es vinculante, tiene una base legal en la legislación nacional que ha ratificado la CDN y forma parte de la política oficial. PICUM (2015) *op. cit.* nota 97.
- 120 Austria, Grecia y Eslovenia. Spencer *op. cit.* nota 95, en 24.
- 121 Véase nota 103 arriba

- 122 Véanse las notas 99 y 100, arriba. Cabe señalar que el ECDC -Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades- ha publicado cifras que indican que 15 Estados miembros de la UE proporcionan terapia antirretroviral al migrante irregular, sobre la base de los informes de los estados, en lugar de una evaluación de los derechos de los migrantes irregulares en virtud de la legislación nacional. ECDC (septiembre de 2015), Thematic Report: Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress Report.
- 123 FRA (2011), Migrants in an Irregular Situation: Access to Healthcare in 10 European Union Member States.
- 124 Véase Declaration of Alma-Ata 1978, que ofrece una amplia definición de los servicios de atención primaria que se adaptan aquí; también WHO/EURO "Primary Health Care," <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>.
- 125 FRA (2011) *op. cit.* nota 114.
- 126 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- 127 Matthew Stutz, Arshiya Baig, "International Examples of Undocumented Migration and the Affordable Care Act," *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2014 Aug; 16(4): 765-68.
- 128 Real Decreto del 12 de diciembre de 1996 sobre la "asistencia médica de urgencia".
- 129 MdM (2015), Legal Report: On Access to Healthcare in 12 Countries, en 17.
- 130 Artículo L251-1 del Código de Acción Social y de la Familia.
- 131 PICUM (2015) *op cit.* nota 97 (anexo).
- 132 MdM Legal (2015) *op cit.* nota 122, en 72-78.
- 133 Ibid.
- 134 Commission Nationale d'Éthique, "Les limites de l'accès aux soins au Grand-Duché de Luxembourg", 2007, en 61.
- 135 Comité Europeo de Derechos Sociales, Conclusiones XX-2 - Luxemburgo - Artículo 13-4 (2013), para. 4, "Specific Emergency Assistance to Non-Residence."
- 136 De acuerdo con un documento de política no vinculante del 2005 emitido por el Ministerio de Justicia y Asuntos Humanos y el Ministerio para la solidaridad familiar y social, todos los extranjeros que se encuentren en centros de internamiento tienen "derecho a la atención y servicios médicos del Estado de forma gratuita". Véase HUMA Network (2011), Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Poland, Malta and Romania.
- 137 Gobierno de Malta, Migrant Health Liaison Office (Oficina de Enlace de Salud para los Migrantes), <https://health.gov.mt/en/phc/mhlo/Pages/mhlo.aspx>.
- 138 PICUM (2014), Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe: The Key Role of Local and Regional Authorities, en 18.
- 139 Médecins du Monde (2009), Access to health care for undocumented migrants in 11 EU countries; 26 de febrero de 2009, *The Florentine*, "Care without fear;" 8 de enero de 2009, *Corriere della Sera*, "Niente Cure Mediche ai Clandestini in Friuli" – E I Medici Insorgono."
- 140 Charlie Cooper, "NHS 'Health Tourism' Crackdown Making Destitute Migrant Mothers Pay Thousands for Care," 27 de marzo de 2015, *Independent*.
- 141 American Nurses Association (2010), "Nursing Beyond Borders: Access to Health Care for Documented and Undocumented Immigrants Living in the US," ANA Issue Brief.
- 142 European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014), "Standards of Care for Women's Health in Europe: Gynaecology Services."
- 143 Ibid, en 15.
- 144 FRA (2011) *op. cit.* nota 114, at 19.
- 145 En virtud de la Ley sobre residencia del 30 de julio de 2004, "cualquier institución pública tiene que informar inmediatamente a la Oficina de Extranjeros si tiene conocimiento de la estancia de un extranjero que no posea el permiso de residencia necesario y cuya deportación no haya sido suspendida."
- 146 Véase, e.g., <http://www.medibuero.de/en/>, <http://www.medibuero-hamburg.org/>, <http://www.medibuero-kiel.de/>.
- 147 M Schade, U Heudorf and P Tiarks-Jungk, "The Humanitarian Consultation-hour in Frankfurt am Main: Utilization by Gender, Age, Country of Origin," *Gesundheitswesen*, July 2015 77(7):466-74 (artículo en alemán), resumen en inglés disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26227381>.
- 148 *Arzte Der Welt*, <http://www.aerztederwelt.org/index.php?id=23&type=0>, <http://www.maisha.org/>.
- 149 Véase Alexa Garcia-Ditta, "Daughter: Mom, Arrested at Gynecology Office, 'Doesn't Deserve What's Going On'", 15 de septiembre de 2015, *Texas Observer*; Tom Boggioni, "No Patient Privacy: Texas Health Workers Turn in Undocumented Woman During Gynecology Appointment," 13 de septiembre de 2015, *Raw Story*.
- 150 Reglamento del Servicio Nacional de Salud sobre el cobro a visitantes extranjeros actualizado en el 2013, Directrices para implementar el reglamento sobre el cobro a visitantes extranjeros, Departamento de Sanidad.

- 151 Maternity Action, "Maternity Rights and Benefits: Undocumented Migrants," <http://www.maternityaction.org.uk/wp/advice-2/mums-dads-scenarios/3-women-from-abroad/maternity-rights-and-benefits-undocumented-migrants/>.
- 152 Maternity Action, Hoja informativa, junio de 2015, "Entitlement to Free NHS Maternity Care for Women from Abroad (England only)."
- 153 L. Keith, E. Van Ginneken, "Restricting Access to the NHS for Undocumented Migrants is Bad Policy at High Cost," *BMJ* (16 de junio de 2015).
- 154 John Aston, "Heavily Pregnant Immigrant Carrying Dead Child Wouldn't Seek Help As She Was Afraid She'd Have to Pay NHS under 'Health Tourism' Rules," *Independent*, 20 de marzo de 2015.
- 155 Spencer (2015) *op. cit.* nota 95, en 9.
- 156 FRA (2015), Cost of Exclusion from Healthcare: The Case of Migrants in an Irregular Situation.
- 157 Kayvan Bozorgmehr, Oliver Razum, "Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013.," 22 de julio de 2015.
- 158 FRA (2011) *op. cit.* nota 114.
- 159 Red HUMA (2010), Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU? A Comparative Overview in 16 Countries.
- 160 FRA (2011) *op. cit.* nota 114, en 17.
- 161 *Ibid*, en 22.
- 162 *Ibid*, en 45.
- 163 Revision of Healthcare Scheme in Public Hospitals from 1/8/2013.
- 164 Circular [Y.Y. 11.11.09(4)] emitida por el Ministerio de Sanidad el 2 de diciembre de 2011.
- 165 La organización KISA ha publicado una copia oficial de la circular en <http://kisa.org.cy/wp-content/uploads/2015/02/Medical-Care-undocumented-children.pdf>.
- 166 Ley sobre la salud (Enmienda) de 2005 que modifica la Ley de salud de 1970 (como así lo fueron las de 1991 y 1996).
- 167 Para más información véase http://www.citizensinformation.ie/en/health/entitlement_to_health_services/entitlement_to_public_health_services.html.
- 168 PICUM (2015) *op. cit.* nota 97.
- 169 Una ley adoptada en julio de 2014 concede acceso gratuito a los niños de cinco años o menos al servicio de atención del médico de familia (*Health (General Practitioner Service) Act 2014*). Los niños no pagan las tasas correspondientes a la atención hospitalaria que se solicita a los pacientes adultos a menos que tengan una tarjeta médica, lo que significa todos los servicios de atención secundaria son gratuitas para los niños.
- 170 Spencer *op. cit.* nota 95, at FN25.
- 171 Department of Health Circular -Circular del departamento de salud- 13/92, 7 July 1992.
- 172 PICUM (2015) *op. cit.* nota 97, at 37.
- 173 Véase la exposición sobre el sistema belga en las páginas 20-21,
- 174 FRA (2011) *op. cit.* nota 114.
- 175 MdM Legal (2015) *op. cit.* nota 122, en 17.
- 176 <http://www.aquarelle-bru.be/index.php/fr/>.
- 177 Véase la exposición sobre el sistema francés en la página 21.
- 178 MdM (Francia) (2015), Le Rapport et la Synthèse de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France.
- 179 *Ibid.* en 44.
- 180 MdM Legal (2015) *op. cit.* nota 122, en 44.
- 181 Simon Scott, 17 de noviembre de 2015, "Good News: NHS Publish Clear GP Registration Guidelines," <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/blog/entry/good-news-nhs-publish-clear-gp-registration-guidelines>.
- 182 NHS, 27 de noviembre de 2015, "Patient Registration: Standard Operating Principles for Primary Medical Care (General Practice)," <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/11/pat-reg-sop-pmc-gp.pdf>.
- 183 E. Olsson et al., "Community Collaboration to Increase Foreign-Born Women's Participation in a Cervical Cancer Screening Program in Sweden: A Quality Improvement Project", *Journal for Equity in Health*, 2014, 13:62.
- 184 *Ibid*.
- 185 Gobierno de Malta, Oficina de Enlace para la Salud de los Migrantes, <https://health.gov.mt/en/phc/mhlo/Pages/mhlo.aspx>.



PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON
UNDOCUMENTED MIGRANTS

www.picum.org