

**De pedagogías, políticas y subjetividades:
*recorridos y resistencias***

Emmanuelle "Emma" Lajoie

Estudiante a la maestría

Universidad de Ottawa (75 Laurier Avenue, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 6N5)

Temático número 4: Derechos sexuales y (no) reproductivos. Derecho al aborto.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva; Migrantes bolivianas; Argentina/Córdoba.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en Argentina (Córdoba)

Introducción

Soy Emma, una estudiante de la Universidad de Ottawa, en Canadá. Estoy haciendo una maestría en desarrollo internacional con una especialización en estudios feministas y de género. Mi idioma nativo y académico es el francés, así que me disculpo por los posibles errores lingüísticos durante mi presentación. Hoy, presentaré el comienzo de mi investigación de tesis que es sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes de Córdoba. Siempre estuve interesada sobre el derecho al aborto y derechos sexuales y reproductivos, porque el control de una mujer sobre su cuerpo propio me parece fundamental.

Aunque los estudios revelan que una mejor atención de la salud sexual y reproductiva (la SSR) contribuye a reducir la tasa de mortalidad infantil y materna, la cantidad de embarazos no deseados y la tasa de infección de transmisión sexual (Herrmann, 2015), todavía queda mucho por hacer para mejorar la situación de las mujeres del Sur, y en particular las mujeres de escasos recursos (Truong, Marin, & Quesada-Bondad, 2014).

Elegí concentrar mi investigación sobre Argentina y Córdoba porque estoy familiarizado con la ciudad de Córdoba, y la cultura argentina, más que cualquier otra de Latinoamérica, ya que, hace dos años me quedé tres meses aquí para aprender español. Cuando estuve aquí, aprendí que un insulto muy común en Argentina era "boliviano," lo que me sorprendió mucho y despertó preguntas sobre la situación social de esta población. Rápidamente, visualice varias esferas de la vida de las mujeres bolivianas se ven afectadas por las formas de dominación relacionadas no solo a su raza, sino también a su género, su clase social y su estado legal (Morokvasic, 2012; Roulleau-Berger, 2010).

Mi presentación va a estar dividida en tres partes: la primera será mi revisión bibliográfica, (con una sección sobre la migración femenina en Argentina, una sección sobre la salud de las migrantes y una sección sobre la SSR de las migrantes). La segunda y tercera, más cortas, serán sobre mi metodológica y mis teorías usadas, y sobre mis técnicas de recolección de datos.

La migración de las mujeres: tendencias en Argentina

En la historia de la Argentina, hay dos flujos migratorios mayores que pueden ser observados: el primero es la migración de Europa durante el fin de los años 1800 hasta los años 1930 (Blancpain, 2011). En 1914, la tasa de migrantes europeos representó más de 27% de la población (INDEC y la comunidad educativa, 2010: 2). Aunque que las mujeres no fueran mayoritarias durante esta migración, lo importante es que la migración europea cambió drásticamente la composición étnica de la Argentina (Meter, 2014) y contribuyó mucho a la visión europea de la nación.

La segunda migración importante son de los países limítrofes (entonces Paraguay, Bolivia, Brasil y Chile) y de Perú. Desde el comienzo en 1869, la cantidad de migrantes de estos países se quedaba constante, pero parece que ha aumentado porque su proporción pasó de 2,3% en 1970 a más o menos 60% en 1991 (INDEC y la comunidad educativa, 2010: 3). Cabe señalar que la proporción de mujeres migrantes sudamericanas en Argentina es superior a lo de los hombres (Texidó & Gurrieri, 2012; Lara-Flore, 2012). En Córdoba, la cantidad más importante de migrantes vienen de Perú y de Bolivia, los inmigrantes de otros países limítrofes representan un porcentaje muy bajo (Texidó & Gurrieri, 2012).

La mayoría de las mujeres que deciden migrar son de familias indígenas (Pizarro, 2016) pobres y campesinas, y la decisión de migrar es generalmente parte de una decisión familiar (Martínez-Pizarro & Reboiras-Finardi, 2010). Según Perissinotti y Zenklusen (2013), el estilo de migración de las Bolivianas hacia Argentina varía: algunas migran solas y mandan remesas a su familia en Bolivia, otras migran con su esposo y niños. La presencia de redes familiares y sociales es una de las razones principales facilitando la migración de sus dos grupos, puesto que reduce el costo de movimiento (Carling, 2008; Magliano, 2013; Massey, Durand & Pren, 2014). Las similitudes sociales y culturales de Bolivia y Argentina son otra razón para esta elección (Pizarro, 2016). A pesar de estas semejanzas y de la presencia de redes familiares y sociales, las migrantes bolivianas enfrentan muchos desafíos después de su llegada al país de destino, especialmente con respecto a su estado de salud.

La salud de las mujeres migrantes

Lxs investigadorxs están de acuerdo que la salud de las migrantes declina de manera considerable después la migración al país de acogida (Cognet, Moisy, & Hamel, 2012; Giuntella & Mazzonna, 2014; Gravel, Rhéaume, & Legendre, 2012; Kennedy, McDonald, & Biddle, 2006; Moreno & Klijn, 2011). Las investigaciones explican que los problemas de salud de las migrantes son generalmente vinculados a sus empleos, los que se concentran en cuatro sectores: la prostitución/trabajo del sexo, el trabajo doméstico y del cuidado, la industria del textil y los trabajos informales (Roulleau-Berger, 2012, Dusseault, 2005; Morokvasic, 2012; Magliano, 2009). Sus empleos tienen las características comunes de no tener prestaciones sociales y ser

pocos remunerados, lo que complica la suscripción a una póliza de seguro de vida privada (Dusseault, 2005; Lu et al., 2012). Por tanto, las migrantes no siempre tienen la posibilidad de pagar servicios de salud o medicamentos que necesitan (Bermúdez-Quintana, 2013; Cagnet et al., 2012). Sus empleos también tienen largos turnos de trabajo y/o un horario fragmentado, lo que limita el acceso de las mujeres a los servicios de salud (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015).

La comunidad científica explica la deterioración del estado de salud de las migrantes y su guetización en el seno de unas profesiones por tres factores clave: la discriminación basada sobre el estado legal, el racismo y el sexismo.

En primer lugar, la percepción que lxs migrantes son no ciudadanxs causa un impacto considerable sobre la calidad de los servicios que se les ofrecen (Cagnet et al., 2012; Deeb-Sossa, Olavarrieta, Juárez-Ramírez, García, & Villalobos, 2013; Meghani & Eckenwiler, 2009; Sabarots, 2002). En unos casos, empleadores y profesionales de la salud piensan que las migrantes no deberían tener un derecho a la atención médica (Cagnet et al., 2012; Deeb-Sossa et al., 2013; Meghani & Eckenwiler, 2009). También, algunos estudios muestran que una parte grande de las migrantes ilegales tienen miedo a ser denunciadas a través del sistema de salud (OS et al., 2008; Jelin, Grimson, & Zamberlin, 2006; Pizarro, 2012). Otra barrera para acceder a los servicios de salud es la diferencia lingüística. Varias mujeres no hablan español pero sí un idioma indígena, lo que complica la comunicación con los empleados (Adanu & Johnson, 2009; Almeida et al., 2013; Cha, 2013; Cagnet et al., 2012).

En segundo lugar, el racismo es identificado como un factor que afecta la salud de las migrantes. Aunque unos gobiernos argentinos hayan dicho que la nación Argentina fuera un "crisol de razas" abierto a la diversidad, este discurso oculta las realidades históricas de la discriminación racial del país (Adaszko & Kornblit, 2008). Muchxs historiadorxs revelan que el Estado tiende a presentar la nación argentina como blanca y europea, y excluir los miembros que no son parte de esté categoría (Magliano, 2009; Sutton, 2008). Influenciado por la representación gubernamental, la ideología eugenésica del siglo 19 y de la crisis económica de los años 1990, algunxs argentinxs tienen prejuicios negativos sobre la gente que tiene fenotipos asociados con una pertenencia indígena (Magliano, 2009; Mouratian, 2013). La jerarquía racial presente en la Argentina explica en parte porque las migrantes tienen mayoritariamente empleos más desvalorizados y de menor pago, lo que tiene un efecto directo sobre sus saludes. El racismo también puede crear problemas de salud psicológica para las migrantes (Cerrutti, 2010).

Por último, el estado de salud quebrantado está también construido por el sexismo. En Argentina, el machismo está bien presente y refuerza la división sexual del trabajo. Además, en Argentina (y en Latinoamérica en general) "la mujer" es representada como teniendo una predisposición natural por el trabajo doméstico, mientras que "el hombre" es representado como tener una facilidad por la esfera pública (Molyneux, 2001; Sutton, 2007). Entonces, no es sorprendente que las migrantes son sobre-representadas en los empleos domésticos o trabajos de cuidado (Benería, 2010; Magliano, 2009; Sassen, 2010). Además, lxs investigadorxs señalan que las migrantes son predominantemente responsables de las tareas domésticas de su casa y el cuidado de la salud de sus parientes, lo que disminuye el tiempo disponible para ocuparse de su salud propia (Magliano, 2009).

Lxs autores también señalan como los tres marcos identitarios que son la ciudadanía, la raza y el género, se entrecruzan y actúan simultáneamente sobre la vida de las migrantes (Landry, 2012; Morokvasic, 2010). Sin embargo, algunas investigaciones importantes, como las de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), no tienen en cuenta esta imbricación y asimilan la experiencia de salud de las mujeres migrantes a las de sus homólogos masculinos o las de las mujeres argentinas.

También, en contrario a una idea muy difundida, las migrantes no son pasivas sobre su salud. En realidad, unxs investigadorxs notan que las mujeres usan sus redes familiar y sociales para integrar a la sociedad y obtener información en relación con el acceso de servicios de salud (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015; Massey, Durand & Pren, 2014). Las nuevas llegadas y su parientes también comparten unas responsabilidades familiar, lo que permite a las mujeres ir a los puntos de servicios con más facilidad (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015; Balaam et al., 2013). Este ejemplo desglosa la idea preconcebida de pasividad de las migrantes y demuestra en el contrario la agencia (*agency* en inglés) que ellas emplean durante situaciones problemáticas. No obstante, poco común sobre los estudios sobre las estrategias usadas por las migrantes para acceder a los servicios de salud necesarios. La literatura especializada se concentra más sobre los obstáculos de acceso que sobre las soluciones alternativas usadas por las migrantes.

Además, la mayoría de las investigaciones son sobre la salud de las migrantes de un país del Sur que migran hacia un país del Norte (Almeida, 2014; Bermúdez-Quintana, 2013; Cha, 2013; Cagnet et al., 2012; Eckenwiler, 2014; Gravel et al., 2012). La definición de unx "migrante" tampoco está claro: incluida las personas de origen extranjera que nacieron en Argentina, ¿o solo las recién llegadas? Esta diferencia podría influir sobre las conclusiones de una investigación. Mi tesis tiene el potencial de explorar estas diferentes zonas grises.

La salud sexual y reproductiva de las migrantes

Como el estado de salud general, el estado de SSR de las migrantes es considerada menos buena a las de no-migrantes (Lu et al., 2012). La SSR puede ser definida en cuatro temáticas: el derecho a los servicios de educación y de planificación familiar; el derecho a los servicios de salud para prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual y por sangre (ITSS); el derecho a los servicios de salud durante el embarazo; y el derecho a la contracepción, incluido el derecho al aborto (OMS, 2006). Sin embargo, este ángulo jurídico ofrece una lectura limitada de la situación, ya que la garantía de derechos no significa una garantía de acceso, en particular para las personas vulnerables y discriminadas (OS, FEIM, & OIM, 2008).

Así, no es sorprendente que según Lu et al. (2015), las mujeres migrantes tienen necesidades insatisfechas en cada esfera de la SSR: primero, ellas tienen menos conocimientos sobre su salud sexual, prácticas sexuales seguras y los servicios ofrecidos en SSR. Seguramente, esta falta de conocimientos tiene un impacto significativo sobre la tasa elevada de ITSS de las migrantes, una segundo esfera (Jordal, Wijewardena, Öhman, Essén, & Olsson, 2014). Los problemas de anemia después del embarazo así que las malformaciones congénitas también son más frecuentes para las migrantes que las no-migrantes (Almeida et al., 2013). Asimismo, las investigaciones

muestran que las migrantes están más sujetas a tener problemas para encontrar contracepción (Huang et al., 2012). También, ellas tienen una tasa de embarazos no deseados más alta y corren un riesgo más alto de tener complicaciones relacionadas a un aborto inseguro (Dong et al., 2015; Jordal et al., 2014; OIM, 2013; Rogers & Earnest, 2014).

En el contexto argentino, las consecuencias vinculadas a la criminalización del aborto sobre la salud de las mujeres son colosales. El hecho que los abortos clandestinos inseguros sean la causa principal de la tasa de mortalidad materna lo demuestra muy bien (ADC et al. 2012). Excluyendo los dos casos de excepción (cuando la vida de la madre está en peligro, o si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer demente) el Código penal argentino dice que: "el que causare un aborto será reprimido con reclusión o prisión de 1 a 4 años, si obrare con consentimiento de la mujer" (Citado en Carabajal, 2010). No obstante las mujeres de la clase media y alta tienen generalmente acceso a los abortos ilegales y seguros, lejos de las autoridades, en una clínica privada (Carabajal, 2010; Guillaume et Lerner, 2007). Así, las mujeres que son demandadas son habitualmente de la clase popular (Karolinski et al., 2010), lo que significa que las mujeres racializadas y/o migrantes son más afectadas para este problema (ADC et al., 2012; Guillaume et Lerner, 2007). Por tanto, la desigualdad de acceso a los abortos seguros contribuyen a la pauperización de a la injusticia social hacia este grupo.

Metodología y marcos teóricos

Mi investigación usará una metodología feminista, lo que significa que para mí, no solo es un proyecto intelectual, sino también un proyecto político que quiere contribuir al cambio social (Ollivier et Tremblay, 2000). Mi metodología adoptará también los conocimientos situados. Esta metodología cree que el acceso a los conocimientos proviene de un proceso dialogado entre las participantes y la investigadora (Haraway, 2006). La investigadora desarrolla sus conocimientos no porque intenta prevenir el "Otro", sino porque ella se asocia con el otro (Zitouni, 2012). Creo que esta metodología permite obtener los conocimientos de la manera más adecuada.

Mi investigación también se inspirará del muestreo teórico (*grounded theory* en inglés). Uno de los dos fundadores, Barney Glaser, explica que la muestreo teórico es una metodología inductiva, de un desarrollo sistemático de teorías a partir de los datos (Guillemette et Luckerhoff, 2012). Entonces, no hay resultados presupuestos o teoría preconcebida : la visión del investigadorx no está formada sobre la referencia a los trabajos científicos pero sobre una frecuentación asidua al terreno (Guillemette et Luckerhoff, 2012).

Mi trabajo se basará sobre un marco teórico feminista interseccional, más concretamente con los cuatro niveles de análisis de Nira Yuval-Davis (2006). Mi investigación usará también la teoría post-colonial (Kian, 2010; Mohanty, 2009; Spivak, 2009). No tengo suficiente tiempo en esta presentación para elaborar, pero sin dudas pueden preguntarme durante el periodo de preguntas.

Técnicas de recopilación de datos

Usará las técnicas del grupo de enfoque y de la entrevista individual, ya que permiten un acceso privilegiado y directo a las experiencias de las mujeres (Ollivier et Tremblay, 2000). En total,

haré doce entrevistas individuales y semi-estructuradas de aproximadamente una hora. La población objetiva está formada de mujeres de origen boliviano, hablando español y viviendo en la ciudad de Córdoba.

Para garantizar la presencia de varios tipos de experiencia a mi análisis, separaré las mujeres reclutadas en dos muestras: las que han usado el sistema de salud desde los dos últimos años y las que nunca han usado o desde un largo tiempo. Después de realizar la mitad de mis entrevistas, examinaré si cada muestra está representada; si no es el caso, buscaré mujeres pertenezcan a la muestra faltante. Las mujeres de mi investigación deberán también tener 18 años, ya que para hacer entrevistas con los menores, yo debería hacer uno proceso ético diferente.

El punto de partida para seleccionar participantes será la asociación Unión de colectividades de inmigrantes de Córdoba (UCIC) que ya demostró un interés a facilitar mi investigación. Después, preguntaré a las mujeres que encontraré de ponerme en contacto con mujeres migrantes que no participan en la institución, para captar una diversidad de mujeres.

Bibliografía

- Adanu, R. M. K., & Johnson, T. R. B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 179-181.
<http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>
- Adaszko, D., & Kornblit, A. L. (2008). Xenofobia en adolescentes argentinos: Un estudio sobre la intolerancia y la discriminación en jóvenes escolarizados. *Revista mexicana de sociología*, 70(1), 147-196.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65-94.
- Almeida, L. (2014). Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 719-723.
- Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346-1354. <http://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
- Asociación Civil Observatorio Social (OS), Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), & Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2008). *Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible a <http://www.argentina.iom.int/no/index.php/informacion-e-investigacion/argentina/19-informacion-e-investigacion/argentina/28-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-la-poblacion-migrante-en-la-ciudad-autonoma>
- Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Católicas por el Derecho a Decidir Argentina (CDD, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), ... Desarrollo (INSGENAR). (2012). Los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En *Sesión 14*.
- Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., ... Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919-1930. <http://doi.org/10.1111/jan.12139>
- Benería, L. (2010). « Chapitre 4 / Travail rémunéré, non rémunéré et mondialisation de la reproduction ». Dans *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Sous la direction de J. Falquet. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Bermúdez-Quintana, E. M. (2013). Mirrors, dialogues and reflections on behavior and determinations in intercultural mediation consultation with Latin American immigrant population, from a gender perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 10-33.
- Blancpain, J.-P. (2011). *Les Européens en Argentine □: immigration de masse et destins individuels (1850-1950)*. Paris: Harmattan.
- Carabajal, M. (2010). *El Aborto en Debate □: Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires, Argentina.

- Carling, J. (2008). The human dynamics of migrant transnationalism. *Ethnic and Racial Studies*, 31(8), 1452–1477. <http://doi.org/10.1080/01419870701719097>
- Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina* (Centro de Estudios de Población; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Buenos Aires.
- Cha, C. (2013). Health Concept and Health Promotion Process Among Korean Migrant Women. *Health Care for Women International*, 34(8), 628–650. <http://doi.org/10.1080/07399332.2012.736567>
- Cognet, M., Moisy, M., & Hamel, C. (2012). Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, (2), 11-34.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). (2014). *Derechos Sexuales y Reproductivos A 20 años de la conferencia de El Cairo*. Lima, Perú. Disponible a http://www.cladem.org/pdf/CLADEM_BalanceCairo+20.pdf
- Deeb-Sossa, N., Olavarrieta, C. D., Juarez-Ramirez, C., Garcia, S. G., & Villalobos, A. (2013). Experiences of undocumented Mexican migrant women when accessing sexual and reproductive health services in California, USA: a case study. *Cadernos de Saude Publica*, 29(5), 981-991.
- Dong, Y., Zhang, H., Wang, Y., Tao, H., Xu, S., Xia, J., ... Operario, D. (2015). Multiple Abortions and Sexually Transmitted Infections Among Young Migrant Women Working in Entertainment Venues in China. *Women & Health*, 55(5), 580-594. <http://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/03630242.2015.1022811>
- Dusseault, A.-M. (2005). « Le travail domestique et le travail du sexe dans les migrations internationales ». Dans *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations*. Sous la direction de C. Verschuur & F. Reysoo. Paris: Harmattan.
- Eckenwiler, L. (2014). Care worker migration, global health equity, and ethical place-making. *Women's Studies International Forum*, 47, 213–222. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.04.003>
- Giuntella, O., & Mazzonna, F. (2014). Do Immigrants Bring Good Health? *IDEAS Working Paper Series from RePEc*.
- Gravel, S., Rhéaume, J., & Legendre, G. (2012). Les inégalités sociales de santé des travailleurs immigrés au Québec victimes de lésions professionnelles. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 57-80. <http://doi.org/10.4000/remi.5876>
- Guillaume, A., & Lerner, S. (2007). L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe. *Centre Population et Développement (Ceped)*, 1(55). Consulté à l'adresse <http://www.ceped.org/fr/publications-ressources/editions-du-ceped-1988-2012/la-chronique/article/l-avortement-en-amerique-latine-et>
- Guillemette, F., et Luckerhoff, J. (2012). Méthodologie générale de la théorisation enracinée: un projet épistémologique. Dans *Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages* (p. 304). Sous la direction de Guillemette et Luckerhoff. Québec: Presses de l'Université du Québec. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/Doc?id=10677613>
- Herrmann, M. (2015). Desarrollo sostenible, demografía y salud sexual y reproductiva: los vínculos que los unen y sus implicancias políticas. *Reproductive Health Matters (en español)*, 1(8), 30-46.

- Huang, Y.-M., Merkatz, R., Kang, J.-Z., Roberts, K., Hu, X.-Y., Di Donato, F., ... Cheng, L.-N. (2012). Postpartum unintended pregnancy and contraception practice among rural-to-urban migrant women in Shanghai. *Contraception*, 86(6), 731–738. <http://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.007>
- INDEC y la comunidad educativa. (2010). *Migraciones*. INDEC. Disponible a <http://www.indec.gov.ar/comunidadeducativa/migraciones.pdf>
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). "Los pacientes extranjeros en la mira". En *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Editado por Grimson, E. Jelin, N. Zamberlin, L. Mombello, M. Cerrutti, S. Caggiano, & L. Abel. Instituto de Desarrollo Economico y Social (IDES). Buenos Aires (Argentina).
- Jordal, M., Wijewardena, K., Öhman, A., Essén, B., & Olsson, P. (2014). Negotiating Respectability: Migrant Women Workers' Perceptions of Relationships and Sexuality in Free Trade Zones in Sri Lanka. *Health Care for Women International*, 35(6), 658–676. <http://doi.org/10.1080/07399332.2013.862799>
- Karolinski, A., Mazzoni, A., Belizán, J., Althabe, F., Bergel, E., & Buekens, P. (2010). Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(2), 175-180.
- Kennedy, S., McDonald, J., & Biddle, N. (2006). The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. *IDEAS Working Paper Series from RePEc*.
- Kian, A. (2010). Introduction □: genre et perspectives post/dé-coloniales. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (17), 7-17.
- Landry, V. (2012). Mujer, migración intrarregional e invisibilidad. *Women, intraregional migration and invisibility*, (16), 99-117.
- Lu, C., Xu, L., Wu, J., Wang, Z., Decat, P., Zhang, W.-H., ... Temmerman, M. (2012). Sexual and reproductive health status and related knowledge among female migrant workers in Guangzhou, China: a cross-sectional survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(1), 60- 65. <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.10.001>
- Massey, D. S., Durand, J., & Pren, K. A. (2014). Explaining Undocumented Migration to the U.S. *International Migration Review*, 48(4), 1028–1061. <http://doi.org/10.1111/imre.12151>
- Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 17(2), 349- 367. <http://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1590/S0104-026X2009000200004>
- Magliano, M. J. (2013). Los significados de vivir múltiples presencias: Mujeres bolivianas en Argentina. *Migraciones Internacionales*, 7(1), 165- 195.
- Martínez-Pizarro, J., & Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de población*, 16(64), 09- 29.
- Mayo, Y., & Resnick, R. (1996). The impact of machismo on Hispanic women. *Affilia*, 11(3), 257.
- Meghani, Z., & Eckenwiler, L. A. (2009). Care for the Caregivers?: Transnational Justice and Undocumented Non-Citizen Care Workers. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1), 77–101.

- Meter, A. (2014). *Argentina in the Era of Mass Immigration*. Extracted from <http://www.oxfordbibliographies.com/display/id/obo-9780199766581-0163>
- Molyneux, M. (2001). *Women's movements in international perspective: Latin America and beyond*. New York: Palgrave.
- Moreno, M. B., & Klijn, T. P. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587–591. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300025>
- Morokvasic, M. (2010). « Chapitre 6 □: Le genre est le coeur de la migration ». Dans *Le sexe de la mondialisation □: genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Sous la direction de J. Falquet. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Morokvasic, M. (2012). « Préface ». Dans *Le genre au coeur des migrations*. Sous la direction de C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali. Paris: Pétra.
- Mouratian, P. (2013). *Mapa Nacional de la Discriminación 2013* (Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI); Ministerio de Justicia y Derechos Humanos). Buenos Aires, Argentina.
- Ollivier, M., et Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Harmattan.
- Organisation internationale pour les migrations (OIM). (2013). *International migration, health and human rights*. Genève, Suisse: Organisation internationale pour les migration (OIM).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Defining sexual health □: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Pizarro, C. A. (2016). Introduction. In C. A. Pizarro (Ed.), *Bolivian Labor Immigrants' Experiences in Argentina* (Lexington Books). Lanham, Maryland.
- Pizarro, C. A. (2012). El racismo en los discursos de los patrones argentinos sobre inmigrantes laborales bolivianos. Estudio de caso en un lugar de trabajo en Córdoba, Argentina. *Convergencia*, 19(60), 255–285.
- Rogers, C., & Earnest, J. (2014). A Cross-Generational Study of Contraception and Reproductive Health Among Sudanese and Eritrean Women in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 35(3), 334–356. <http://doi.org/10.1080/07399332.2013.857322>
- Rouleau-Berger, L. (2010). *Migrer au féminin*. Paris: Presses universitaires de France.
- Rouleau-Berger, L. (2012). « Circulations féminine, marchés du travail multiscalaires et inégalités multisituées ». Dans *Le genre au coeur des migrations*. Sous la direction de C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali. Paris: Pétra.
- Sabarots, H. (2002). La construcción de estereotipos en base a inmigrantes « legales » e « ilegales » en Argentina. *Intersecciones en antropología*, (3), 97- 109.
- Sassen, S. (2010). « Chapitre 1 / Mondialisation et géographie globale du travail ». Dans *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Sous la direction de J. Falquet. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Sutton, B. (2007). Poner el Cuerpo: Women's Embodiment and Political Resistance in Argentina. *Latin American Politics and Society*, 49(3), 129–163.
- Sutton, B. (2008). Contesting Racism: Democratic Citizenship, Human Rights, and Antiracist Politics in Argentina. *Latin American Perspectives*, 35(6), 106-121.
- Texidó, E., & Gurrieri, J. (2012). *Panorama Migratorio de América del Sur □: 2012*. Buenos Aires, Argentina: Organización Internacional para las Migraciones. Disponible a https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/pbn/docs/Panorama_Migratorio_de_America_del_Sur_2012.pdf

- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193- 209.
- Zitouni, B. (2012). « 'With who eyes blood were my eyescrafted?' (D. Haraway) Les savoirs situés comme la proposition d'une autre objectivité ». Dans *Penser avec Donna Haraway*. Sous la direction de E. Dorlin & E. Rodriguez. Paris: Presses universitaires de France.