

La migración femenina como aporte al desarrollo social: una propuesta de investigación.

Female migration as a contribution to social development: a research proposal.

Carolina Soto-Salazar¹
Cristian Torres Robles²
Báltica Cabieses³

RESUMEN

Latinoamérica se está enfrentando actualmente al aumento de sus flujos migratorios. En el caso chileno, la creciente llegada de migrantes internacionales ha planteado diferentes desafíos en todos los campos: salud, justicia, vivienda, convivencia ciudadana. Se ha hecho evidente que migrar es un determinante social de la salud, que además en algunos casos, al intersectarse con el género, la etnia, la procedencia y otros pueden llegar a determinar un estado de vulnerabilidad social. La feminización de la migración con base en la Cadena Global de Cuidados o CGC permite conocer que hay una realidad transnacional que se ha invisibilizado y que impacta directamente en el estado de salud de las mujeres. Así, este grupo poblacional requiere una atención diferenciada que tenga en cuenta todas las variables que influyen en sus dinámicas de vida. Este artículo es una invitación a reconocer el papel de las mujeres en el desarrollo socioeconómico a partir de los cuidados y a reivindicar su labor convirtiéndola en objetivo importante de nuevas políticas públicas en salud dirigidas a promover su crecimiento a nivel personal y profesional, respetando sus derechos humanos y civiles.

Palabras clave: Migración, mujer, feminización, cadena global de cuidados, género.

ABSTRACT

Latin America currently faces an increase in the migratory flux. In the case of Chile, the increasing arrival of international migrants has posed several challenges in all fields: health, justice, house-holding, urban cohabitation. It has become evident that migration is a social determinant of health, and in some cases, when it intersects with gender, ethnicity, origin, and so forth, it can determinate a social vulnerability status. The feminization of migration based on the Global Care Chain reflects that there is a transnational reality that has become visible and that impacts directly in women's health. Thus, this population group requires differentiated attention, taking into account every factor that influences its dynamics of life. This article extends an invitation to recognize the roll of women in the socio-economical development on the basis of care and to assert their labor, turning it into a main target for upcoming health policies addressed to promote their personal and professional growth, respecting their human and civil rights.

Recibido el 30 de mayo de 2018. Aceptado el 28 de junio de 2018

1 Médica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correspondencia a: caritosoto_12@hotmail.com

2 Antropólogo de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco de México. Académico de la Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

3 Enfermera matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile. Académica de la Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las razones que motivan la migración son tan diversas como quienes la protagonizan, aquellos que deciden dejar su país de origen y emprender un camino que inicia desde la toma de la decisión, incluye el tránsito por el paso fronterizo y culmina parcialmente con la instalación en el país de destino. Muchos migrantes se consideran en tránsito aun cuando se establezcan en un lugar, pues el deseo de volver a su país está presente siempre, lo que hace que en cualquier momento decidan regresar y cerrar su ciclo migratorio.

Migrar es un derecho humano y antes de que fuera el centro del debate, ya formaba parte de las prácticas humanas más antiguas. El humano ha migrado desde siempre, antes de que traspasar los límites entre los estados fuera condicionado, juzgado e incluso penalizado. Los primeros humanos cambiaban de lugar de residencia por motivos de caza, refugio, clima o problemas con otros grupos humanos, y para ello utilizaban animales o simplemente hacían el trayecto a pie. Hoy, las razones para tomar una decisión como dejar el país de origen no han cambiado mucho, pero movilizarse sí se ha facilitado como consecuencia de la globalización, que ha acortado las distancias y le ha permitido al migrante informarse sobre las opciones que tiene. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para que el acto de migrar deje de ser un factor de riesgo para la salud del migrante.

CONTEXTO LATINOAMERICANO Y CHILENO

Durante los últimos dos siglos, América Latina ha sido objeto de múltiples crisis económicas y políticas. Su historia de colonización y conquista ha hecho que este continente sea desunido y muchas veces poco solidario, enfrascado en disputas territoriales que han hecho difícil el reconocimiento de los pueblos originarios, el tránsito libre de los mismos y, por supuesto, ha complicado aún más la aceptación de personas de otras nacionalidades. Los latinoamericanos han vivido entre batallas ajenas y propias que han limitado el desarrollo social, económico y político de cada país en magnitudes diferentes. Sin embargo, a pesar de ello, la migración interna ha sido una constante que en los últimos años ha aumentado como consecuencia de eventos con un alto impacto social en países como Haití, Colombia y Venezuela que agudizaron las problemáticas de sus respectivas poblaciones. En el caso de Chile,

el ingreso de migrantes ha aumentado exponencialmente alcanzando el 2,7% en 2014, con una tasa de crecimiento medio anual del 13,2% del 2002 al 2014, contrastada con la de la población general residente en el país de 1,5% (1 Cabieses, 2017). Es a raíz de este fenómeno que la inmigración se ha convertido en tema de tabloides hasta reconocer (aunque de forma incompleta) que debe ser abordado como un tema de salud pública y por tanto, de derechos humanos.

Cada país tiene la potestad de definir quién entra a su territorio, quién permanece y quién no y, para ello, ejerce control sobre sus fronteras. La vía de entrada -terrestre, aérea o marítima- y su notificación ante los entes de control definen el estado migratorio, el cual determinará en adelante las oportunidades de esa persona de acceder a los servicios de salud, vivienda, trabajo digno, entre otros. No obstante, está demostrado que este control no siempre es absoluto y que existen pasos fronterizos alternos por los que ingresan personas que luego son catalogadas como indocumentadas, para luego ser parte del grupo de quienes no son reconocidas por el Estado ni considerados dentro de las políticas públicas. Todo lo anterior reafirma que las restricciones políticas, económicas y sociales que imponen los países no detienen el proceso migratorio de quien ha decidido iniciarlo, pues la autonomía del migrante y la situación que lo impulsa se impone y es esta capacidad de decisión la que no debe ser subestimada ni invisibilizada. Si bien un país no tiene la obligación de recibir a todos los que quieran ingresar, es su deber propender porque incluso quienes infrinjan la ley, gocen de un trato digno y humano durante los procedimientos que deban asumir por su decisión. Más aún si el ingreso fue por un paso habilitado, se debe optimizar su regularización para disminuir la probabilidad de que sean víctimas de violaciones de derechos humanos.

En este contexto, Chile se ha visto enfrentado como Estado a cumplir los acuerdos a los que adhirió para la protección de los trabajadores migrantes, cuando contaba con un porcentaje menor de esta población, y a reorganizarse en el ámbito institucional para recibirlos adecuadamente. Esto ha generado múltiples cambios socioculturales que han desafiado a la población incluso en sus espacios más sencillos. Este choque entre culturas es un desafío que invita a que las diferencias sean un motivo de diálogo enmarcado dentro del respeto por los derechos del otro, que permita generar cambios que aporten

al proceso de inclusión y reconocimiento social de los migrantes.

Al revisar las estadísticas publicadas por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), se encuentra que el 80% de las personas que solicitaron visa por primera vez en Chile durante 2015 y 2016 fueron peruanos, con un 21,2 %, seguidos de colombianos, con un 17,7 %, y haitianos, con un 16 %. Después, aparecen venezolanos, con un 14,7 %, y bolivianos, con un 13,3 %. A partir del 2010 y hasta el 2016 adquieren relevancia los provenientes de países como Venezuela y Haití dejando atrás a Perú y Bolivia. De estos, el 30,6 % de los solicitantes de visa por primera vez son mujeres, porcentaje que aumenta al revisar la solicitud de visa definitiva, en el que alcanzan el 53,3 %. Se evidencia también que el porcentaje por sexo depende del país de origen. Por ejemplo, la migración haitiana es principalmente masculina con un 68,3 % de la población y un restante 31,7 % femenina.

Aunque el Estado chileno ha formulado normativas y adoptado medidas con el objetivo de proteger los derechos fundamentales de los migrantes, es claro que una gran parte de estos vive en situación de pobreza y algunos, en extrema pobreza. La reciente migración haitiana ha puesto en evidencia que los migrantes internacionales tienden a tener condiciones de vida inadecuadas, en algunos casos precarias. Las incipientes dificultades para ser reconocido como un ciudadano se ven representadas en la imposibilidad de acceder a un trabajo formal, una vivienda digna, atención en salud, escolarización. Todo lo anterior magnifica la problemática y ubica al migrante en un contexto social que lo agrede constantemente.

La evaluación de las condiciones sociodemográficas de los inmigrantes en Chile realizada por Cabieses et al arroja que en promedio es menor la población vulnerable inmigrante comparada con la población general, sin embargo, las comunas de Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Santiago Centro, Recoleta, Independencia, Maipú y Las Condes que concentran una mayor cantidad de inmigrantes y que, además, tienen una mayor proporción de población inmigrante vulnerable. Esto se podría explicar, como lo refiere también esta revisión estadística, con base en la teoría de la causalidad acumulativa que se refiere a que el migrante crea redes sociales antes de emprender su camino con personas que ya se encuentran en el país escogido, razón por la cual tienden a ubicarse en el mismo territorio lo que

facilita en gran medida su incorporación a las dinámicas sociales, pero también genera situaciones que los hacen vulnerables. Lo anterior se ha evidenciado recientemente con las muestras de hacinamiento, arriendo de viviendas con construcciones improvisadas que terminan por crear un entorno desfavorable en términos de salud y convivencia. Cabe destacar que dentro de esta población en riesgo las mujeres y los niños son los que suelen necesitar mayor atención por parte del equipo de salud.

EL PROCESO MIGRATORIO FEMENINO

Basados en lo anterior, aunque los migrantes internacionales comparten muchas variables, no todos se ven enfrentados a las mismas barreras. La evidente feminización de los flujos migratorios ha hecho evidente que el género determina la oportunidad para acceder a los servicios de seguridad social y, además, al intersectarlo con la procedencia, la etnia y la clase social, define las posibilidades reales de mejorar su calidad de vida. Así, las mujeres se encuentran también en el país de recepción en condiciones de desigualdad.

En una sociedad como la latinoamericana, que promueve una estructura familiar heteronormativa en la que el hombre es considerado el jefe de hogar, y que por tanto provee económicamente, y la mujer la encargada de cuidar la casa y los hijos, se ha perpetuado la sexualización de las labores. Es claro, además que este concepto de familia tradicional no es la regla. No es infrecuente encontrar familias sin padre presente o con abuelos que asumen la crianza de los menores. Es el apego a los roles que se han establecido como masculinos y femeninos, la razón por la cual la mujer latinoamericana ha tenido que ganar poco a poco espacios que hasta hace algunas décadas pertenecían únicamente a los hombres, entre ellos, su entrada al mercado económico y el aumento de su participación social. El primero, principalmente a través de la salarización de las labores domésticas y otros oficios como tejer, coser, cocinar que le permitieron convertirse también en proveedora lo que no significó recibir apoyo en lo respectivo a su propio hogar, por lo que su jornada de trabajo es más extensa y sólo recibe remuneración y reconocimiento por aquellas que se dan fuera de casa.

Entonces, queda claro que la mujer cumple un rol esencial en todo lo relacionado con la crianza y los cuidados de los integrantes de la familia.

Así lo han resaltado y valorizado organizaciones como la OMS y la OPS que han liderado múltiples campañas en las que la mujer es protagonista de políticas públicas en salud (promoción de la lactancia materna, acompañamiento materno durante la crianza) e incluso se ha reconocido que el nivel de escolaridad de la mujer influye positivamente en el desarrollo de los integrantes de su familia. Sin embargo, pocas veces es ella la protagonista de políticas públicas pensadas en ámbitos fuera de lo doméstico. De esta manera, se le atribuye a la mujer la responsabilidad de hacer sostenible su entorno, pero no se le reconocen sus derechos ciudadanos por el impacto positivo que genera en el desarrollo socioeconómico.

Aun cuando la mujer hoy tiene mayor participación, su oportunidad de acceder sigue siendo menor, pues se enfrenta a constante discriminación por su género, a la permanente sexualización, la subestimación de sus capacidades cognitivas y la inequidad en el acceso a todos los servicios públicos. Lo anterior limita y dificulta que la mujer pueda desarrollarse profesional y personalmente de forma adecuada e igualitaria. Su papel en el ámbito público sigue siendo invisibilizado y poco valorado. Así, en la mayoría de países latinoamericanos, las mujeres se encuentran en una situación de desigualdad social que traspasa todos los ámbitos de su vida, que disminuye sus posibilidades de tener una calidad de vida ajustada a sus expectativas personales y que, por tanto, ve en la migración una alternativa.

Entonces, una mujer que en su país de origen se enfrenta a inequidades sociales, económicas y políticas, tiene menos posibilidades que un hombre de encontrar en el país de recepción, un contexto acogedor. Confluyen aquí diversos factores que condicionan que estas mujeres puedan verse envueltas en una situación de vulnerabilidad durante todo el proceso migratorio.

Si bien es cierto que inicialmente, muchas mujeres migraron con objetivos de reunificación familiar (eran los hombres los que emigraban, conseguían trabajo y vivienda para después reunir a su esposa e hijos en el nuevo hogar), en la actualidad, la mayoría lo hace de forma independiente ofreciendo servicios relacionados con los cuidados, como lo habíamos mencionado anteriormente, es decir, todo lo relacionado con la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud, la provisión diaria de bienestar físico y emocional a otro (2).

Se forma entonces la denominada “cadena global de cuidados”, en la que la mujer migrante

ofrece sus cuidados a una familia que la contrata a cambio de un salario, en general, bajo condiciones laborales de explotación e informalidad, pero además mantiene intacta su red en su país de origen en la que influye a través de otros medios (contacto telefónico, internet, envío de documentos y remesas) para continuar gestionando y administrando los recursos de su hogar. Ejerce su maternidad a distancia e interviene en las dinámicas de su familia de origen. Esta cadena que se complejiza al evaluar las diferentes relaciones que hacen parte de la misma, crea una realidad transnacional que fomenta la transferencia de trabajo de cuidados de unos a otros. Es posible identificar esas relaciones de poder que se dan entre la población local y los inmigrantes, y además entre los mismos inmigrantes, con ciertos ejes entre los que se destacan el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia (2). Pese a lo anterior, sus actividades laborales no le garantizan el acceso a la seguridad social pues las labores del cuidado no se reconocen dentro del catálogo del trabajo formal y, por tanto, se encuentran fuera del margen de la normativa laboral entre empleado y empleador. En este escenario, el trabajo precario y la explotación laboral se vuelven una constante en el empleo de mujeres migrantes.

Con base en lo anterior, las condiciones en las que la mujer migrante accede al mercado laboral y, además, las que presenta en su vivienda y vida familiar en el país de recepción, tienen como consecuencia efectos deletéreos en su salud. El hecho de que sus ingresos sean bajos, producto de la carencia de regularización de este tipo de mercado (tal como se fiscalizan y controlan las demás actividades productivas), y que el mayor porcentaje de estos esté destinado a remesas, hace que estas mujeres no cuenten económicamente con los recursos para adquirir lo básico, incluyendo, una óptima atención en salud. Puesto que la migración tiene que ver con la búsqueda de bienestar, la salud es el caso extremo que al tocarse con la dimensión laboral produce un sistema de exclusión social transnacional definido por su condición migratoria y por la incapacidad de los gobiernos de los países en los que viven para crear un sistema de derechos y servicios que atiendan a esta condición. Se les otorga a estas mujeres el derecho a trabajar, pero se les niegan los demás derechos que les garanticen el acceso a los servicios de seguridad social. La población migrante es entendida como herramienta para el desarrollo, pero no participa ni es vista como sujeto de éste (3).

Chile ha hecho esfuerzos para mejorar las condiciones de los migrantes como proveer a todos

los migrantes internacionales el acceso a la salud de forma gratuita si están en estado migratorio regular, lo que ha permitido que puedan consultar a los servicios de urgencias y atención primaria a lo largo del país. Esto ha desafiado completamente a los establecimientos de salud pues los profesionales de este sector se han enfrentado a otros conceptos de salud y enfermedad, a nuevas medidas terapéuticas y a un lenguaje desconocido, como es el caso de los haitianos. Chile, un país que tiene como base de su sistema médico, la prevención y promoción sigue en el proceso de acoger a todos estos nuevos integrantes de la comunidad que aún no ha sido del todo exitoso. La población migrante es la que menos consulta a los servicios asistenciales y todavía no se siente completamente atraída a participar de los eventos comunitarios por diferentes razones que incluyen la desinformación, las barreras idiomáticas y el temor a ser excluidos, entre otras.

En este contexto que busca ofrecer a los migrantes la posibilidad de acceder a los servicios de salud, los profesionales de esta área cumplen un papel esencial en conjunto con todos los demás funcionarios que pertenecen a estas instituciones. Es su deber promover una atención en salud con un enfoque intercultural que reconozca en el paciente la influencia que tiene su origen en su cosmovisión, su forma de afrontar las adversidades, su concepto de salud y enfermedad y que además indague por sus condiciones de vida previas a la migración con el fin de entender sus dinámicas, expectativas y entorno de desarrollo. Al evaluar la salud de un migrante internacional es preciso tener en cuenta que hace parte de una red transnacional que se ha invisibilizado pero que hace parte importante en cómo se desenvuelve en su nuevo ambiente esta persona que acude en busca de ayuda. Así, el interrogatorio en la práctica clínica debe intentar comprender e identificar todos los factores que impactan en la vida de la persona.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta, por todo lo anteriormente explicado, que las mujeres migrantes son uno de los grupos poblacionales con mayores riesgos en salud, es imprescindible formular un modelo que las acoja y satisfaga sus necesidades, sin desconocer su autonomía y su derecho a tener prácticas e ideas diferentes en todo lo relacionado con su estilo de vida. Su íntima relación con los cuidados de su familia y de sí misma hacen que la mujer tenga

creencias en torno al mantenimiento del bienestar distintas a las de los hombres que además se transmiten de generación en generación y tienen un efecto directo en la salud de los suyos. Se debe proponer un diálogo que permita que estas mujeres intervengan en su modelo de atención que promueva su bienestar físico y psicológico sin que sea impositivo y que abra las puertas para que se recabe información al respecto de sus dinámicas sociales y personales que contribuya a la discusión en los espacios de formación profesional, la formulación de políticas públicas y los protocolos de atención.

Las mujeres migrantes requieren de una atención especial por su alta propensión a ser vulneradas dadas las barreras que encuentran al migrar. En principio, pertenecer al género femenino denota un trato inequitativo que se potencia con la migración y que determina en adelante que tengan menos posibilidades de acceder a trabajos formales, recibir una remuneración adecuada, y que, al pertenecer a la cadena de cuidados, su salud mental y física se debilita, pues debe hacerse cargo de la gestión de dos hogares o más. Atender las necesidades de las mujeres, empezando por conocer y comprender en profundidad las características particulares de su movilización y asentamiento, permitirá no sólo ofrecer una atención verdaderamente inclusiva sino también influirá en el desarrollo del núcleo familiar que está a cargo de esa mujer. Es claro que todas las políticas públicas que busquen mejorar la calidad de vida de las mujeres, que tienen en sus manos la responsabilidad (impuesta) de guiar a sus hijos, generará un impacto en cómo la sociedad evoluciona y responde ante las demandas del mundo actual. Es preciso, para la construcción de un entorno equitativo y justo, el reconocimiento de la desigualdad social a la que se enfrentan las mujeres y de la necesidad imperiosa de formular alternativas que permitan que las mujeres migrantes puedan desarrollarse en lo privado y lo público con garantías para vivir en condiciones óptimas.

REFERENCIAS

1. Cabieses, B. et al. La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del desarrollo, 2017.
2. Orozco, A. Cadenas globales de cuidado. República dominicana: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer, 2007