

# **La migración femenina como aporte al desarrollo socioeconómico: propuesta de inclusión social con enfoque de género.**

Carolina Soto Salazar y Cristian Torres Robles.

Cita:

Carolina Soto Salazar y Cristian Torres Robles (2019). *La migración femenina como aporte al desarrollo socioeconómico: propuesta de inclusión social con enfoque de género. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/UDO>

## **La migración femenina como aporte al desarrollo socioeconómico: propuesta de inclusión social con enfoque de género**

Carolina Soto Salazar<sup>12</sup> - Cristian Torres Robles<sup>13</sup>

**Resumen:** Durante los dos últimos siglos, América Latina ha sido objeto de múltiples crisis económicas, políticas y sociales. Su historia de colonización y conquista ha hecho de éste, un continente 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 ha profundizado la diferenciación de las personas según su nacionalidad u origen étnico.

Latinoamérica se ha formado entre batallas ajenas y propias que han limitado el desarrollo social, económico y político de cada país en magnitudes diferentes. A pesar de ello, las migraciones han 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% (Cabieses, 2017, p.117).

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 los 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.

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

12 Correo electrónico: c.ssalazar@hotmail.com.

13 Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. Correo electrónico: cristian.torres@uv.cl.

procedencia, la etnia y la clase social, define las posibilidades reales de mejorar su calidad de vida. Y esto no sólo para las mujeres migrantes, sino también para las que nacieron en ese territorio. La migración termina por exponer una vez más que la sociedad latinoamericana es desigual y que migrantes y nacionales comparten muchas realidades.

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, además del apego al concepto de familia "tradicional" aunque esta sea la menos frecuente. La poca flexibilidad en los roles que se han establecido como masculinos y femeninos, explica por qué la mujer latinoamericana ha tenido que luchar para 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 labores que se dan fuera de casa.

Es 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 la 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 los 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 a pesar de que generalmente en el país de recepción también se encuentra con un contexto inequitativo. Confluyen así, diversos factores que condicionan que estas mujeres puedan verse envueltas en situaciones 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 se mencionó 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 (Orozco, 2007).

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, frecuentemente, 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 (Orozco, 2007). 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 (Oliver & Torres, 2006).

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 las personas provenientes de Haití. 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. Si bien, Chile cuenta con un fuerte modelo de salud familiar, es un modelo paternalista que incluso en algunos casos puede llegar a imponer la atención en salud sin tomarse el tiempo de educar a los pacientes para que sean ellos quienes participen activamente. Este modelo promueve una relación vertical entre el profesional y el paciente. Desde la formación de los profesionales hasta su ejercicio, se cultiva la idea de que lo biomédico es lo esencial y de que sólo lo que está respaldado por cierta evidencia científica tiene validez. Así, la atención en salud está protocolizada y deja poco espacio para el uso de estrategias alternativas.

Adicionalmente, dentro del modelo de salud familiar, se describe la importancia de que haya un enfoque intercultural, que en términos de aplicación en la práctica es el que puede resultar más difícil dado que necesita adaptaciones como facilitadores interculturales, material disponible en otros idiomas y profesionales de salud capacitados para esto, es decir, que dentro de su ejercicio profesional reconozcan y validen las distintas prácticas en salud de sus pacientes de forma que las decisiones que se tomen sean en conjunto. Para esto, el profesional debe identificar y valorar la influencia que tiene en el paciente su cosmovisión, su forma de afrontar las adversidades, su concepto de salud y enfermedad y además, indagar 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 determina cómo se desenvuelve en este nuevo ambiente en el que ahora busca ayuda.

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.

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 a profundidad las características particulares de su movilización y asentamiento, permitirá no sólo ofrecer una atención verdaderamente inclusiva

si no 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 las garantías para vivir en condiciones óptimas.

Como sociedad es necesario abrir espacios que apoyen todas las iniciativas que buscan reivindicar la labor de las mujeres con el fin de que puedan moverse cómodas, teniendo la seguridad de que sus derechos están garantizados. Desde el ámbito de la salud, se debe proponer un diálogo que permita que las mujeres, y en este caso particular las migrantes, 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. Desde esta perspectiva, una de las estrategias que se propone es el uso de la democracia deliberativa en distintos escenarios dentro de los sistemas de salud, con lineamientos establecidos que propendan por generar una deliberación en igualdad de condiciones entre profesionales y usuarios.

## Referencias bibliográficas

- Cabieses, B., Bernarles, M., McIntyre, A.M. (2017).** *La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.* Santiago, Chile, Universidad del Desarrollo.
- Oliver, D. & Torres-Robles, C. (2012).** *Excluidos y ciudadanos. Las dimensiones del poder en una comunidad transnacional mixteca.* Ciudad de México, México. Colección de Estudios Transnacionales. Universidad Autónoma Metropolitana / Juan Pablos.
- Orozco, A. (2007).** *Cadenas globales de cuidado.* República dominicana: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW).