

(Trans) fronteriza

#25
Noviembre 2024

Género, salud y migración

PARTICIPAN EN ESTE NÚMERO

Martina Cociña-Cholaky
Sofía Margarita Vinasco-Molina
Nancy Armenta-Paulino
Karla Steffany Ruiz Ramírez
María Sandín Vázquez
Dayri Jaruny Flores Ramírez
Melissa Stefania Cruz Puerto
Daniela Poblete Godoy
Eva Romero López

Boletín del
Grupo de Trabajo
**Migraciones y
fronteras sur-sur**



CLACSO



PLATAFORMAS PARA
EL DIÁLOGO SOCIAL

Transfronteriza no. 25 : género, salud y migración / Martina Cociña-Cholaky ... [et al.]; coordinación general de Itzel Eguiluz ; Ana Cristina Sedas ; editado por Amariza Vera Montiel ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2025.

Libro digital, PDF - (Boletines de grupos de trabajo)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-972-2

1. Mujeres. 2. Migración. 3. Desigualdad. I. Cociña-Cholaky, Martina II. Eguiluz, Itzel, coord. III. Sedas, Ana Cristina, coord. IV. Vera Montiel, Amariza, ed.

CDD 301

PLATAFORMAS PARA EL DIÁLOGO SOCIAL



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Boletines de Grupos de Trabajo

Director de la colección - Pablo Vommaro

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Directora Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y Marcela Alemandi - Producción Editorial

Equipo

Natalia Gianatelli - Coordinadora

Cecilia Gofman, Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Sofía Torres,

Teresa Arteaga y Ulises Rubinschik

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina. Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875

<clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

Coordinadores del Grupo de Trabajo

Denise Zenklusen

Departamento de Educación, Cultura y
Conocimiento

Universidad Nacional de Rafaela
Argentina

denisezenklusem@gmail.com

Daisy Margarit

Instituto de Estudios Avanzados
Universidad de Santiago de Chile
Chile

daisy.margarit@usach.cl

Handerson Joseph

Programa de Pós-Graduação em
Sociologia

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

handersonj_82@yahoo.es

Coordinadores #25

Itzel Eguiluz

Ana Cristina Sedas

Comité editorial

Amariza Vera Montiel

Bruno Miranda

Carlos Alberto González Zepeda

Carolina Aguilar Román

Héctor Parra García

Mariela Paula Díaz

Sofía Lifszyc

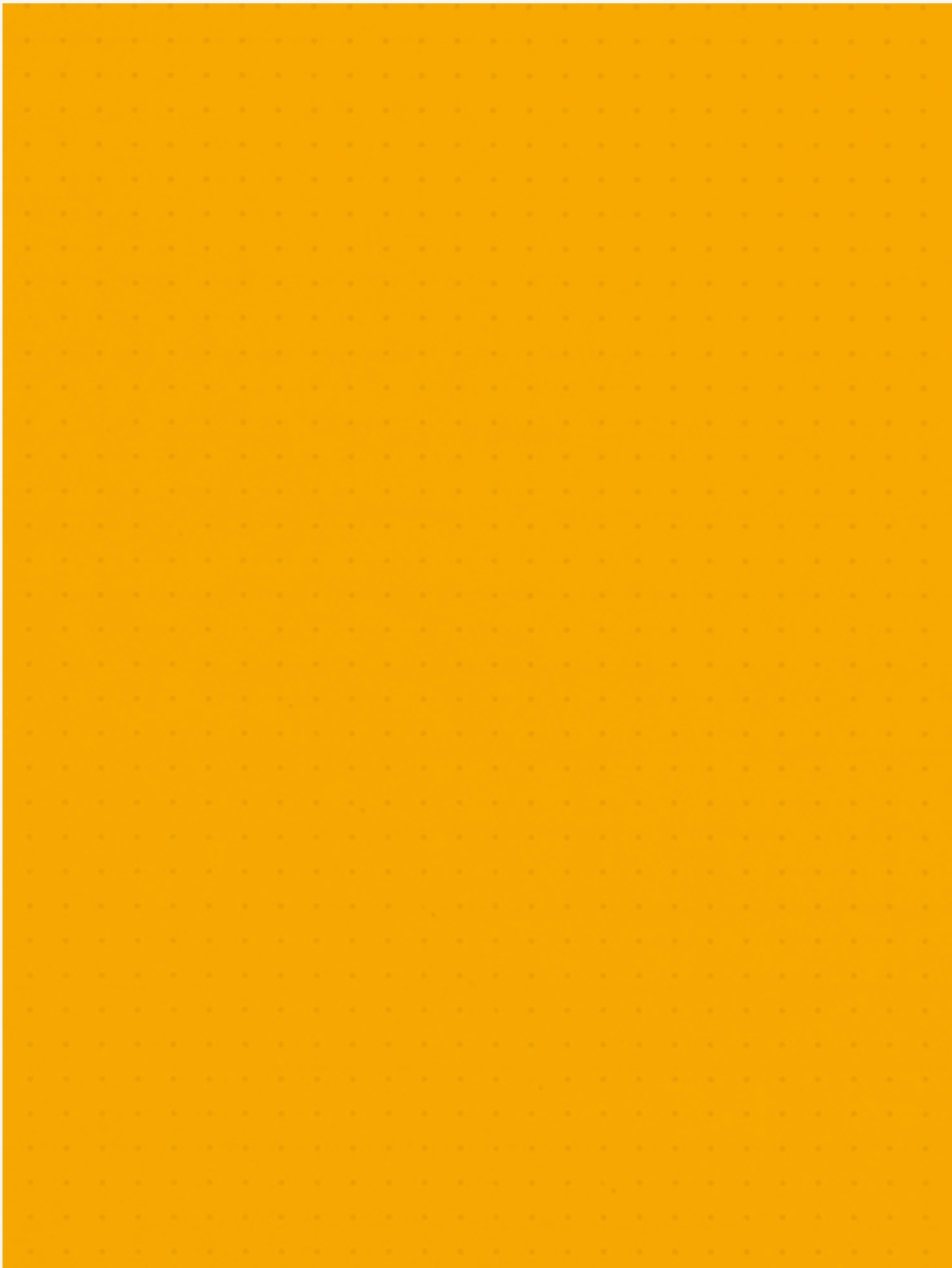
Yolanda Alfaro





Contenido

- 5** **Presentación**
Itzel Eguiluz
Ana Cristina Sedas
 - 9** **Experiencias de mujeres migrantes en el sistema sanitario chileno**
Intersección de género, salud y migración
Martina Cociña-Cholaky
 - 16** **Historias de migración de retorno**
Desafíos sociales, laborales y de salud en mujeres colombianas (2020-2024)
Sofía Margarita Vinasco-Molina
 - 25** **La experiencia en los servicios sanitarios de Madrid**
Las voces de las mujeres migrantes
Nancy Armenta-Paulino
María Sandín Vázquez
 - 30** **Ser mujer, madre y migrante deportada**
Desafíos en el acceso a la salud
Dayri Jaruny Flores Ramírez
 - 35** **La carga invisible**
Género, salud mental y emocional de las mujeres migrantes
Karla Steffany Ruiz Ramírez
 - 43** **Desigualdades en salud de las mujeres migrantes**
Una mirada interseccional a las condiciones sociales y culturales
Melissa Stefania Cruz Puerto
María Sandín Vázquez
 - 48** **Migración, masculinidad y religiosidad de hombres haitianos en el Chile prepandemia**
Daniela Poblete Godoy
 - 54** **Jóvenes mexicanos en Montreal**
Salud mental y estrategias de afrontamiento
Eva Romero López
 - 59** **Política Editorial**
Boletín (Trans)fronteriza
Grupo de Trabajo CLACSO
Migraciones y fronteras Sur-Sur
- 





Presentación

Itzel Eguiluz*

Ana Cristina Sedas**

Migración, género y salud es una intersección que puede ser tan diversa y profunda que requiere mirarse con detalle. Al trabajar en este nodo encontramos un universo de fenómenos en diversas poblaciones que terminan en infinitas temáticas de investigación. Sin embargo, desde la academia, suelen estar centradas en algunos pocos temas.

Esta convocatoria para el número 25 del Boletín (Trans)fronteriza se diseñó como un espacio abierto para que cualquier persona pudiera enviar su texto y de este modo pudiéramos llegar a una mayor diversidad de abordajes, pero debemos decir que no fue así. Si bien, como podrán leer en las siguientes páginas, los textos publicados en este número tienen enfoques novedosos desde diversos lugares en Iberoamérica y se presentan casos de personas migrantes en diversos contextos y realidades, no recibimos más de una publicación que aborde el tema de masculinidades y ninguna sobre diversidad sexual o identidades de género, lo que nos deja ver un vacío en el trabajo que estamos realizando o al menos en el alcance que se ha tenido para esta convocatoria. Esto, claro, nos motiva a seguir con el trabajo enfocado a crear espacios para la diversidad que inicialmente nos planteamos.

- * Doctora Migraciones Internacionales e Integración Social por la Universidad Complutense de Madrid, España. Actualmente es consultora independiente y profesora adjunta de NYU Madrid, España. Contacto: im.eguiluz@gmail.com.
- ** Maestra en Salud Global y Prestación de Servicios por la Universidad de Harvard. Actualmente está afiliada al Center for Humanitarian Health, de la Johns Hopkins University, Estados Unidos. Contacto: ana_sedas@hms.harvard.edu.

Por lo anterior, los textos que presentamos a continuación están centrados en la experiencia de mujeres migrantes. En la lectura podrán encontrar diferentes disciplinas con abordajes y lenguajes que difieren entre sí. Como coordinadoras, no unificarlos fue una manera de proveer a quien se acerque a este número de herramientas académicas para indagar sobre las migraciones de diferentes formas. Así, les invitamos a seguir la discusión sobre los términos con los que hablamos y escribimos, a que nos acerquemos a los colectivos y a pensar cómo los conceptos y las etiquetas pueden transformar las realidades de las, les y los sujetos.

La mayoría de estos documentos son reflexiones que parten de investigaciones cualitativas, tanto de tesis de posgrado como de proyectos de investigación posdoctorales o académicos. La recepción de este tipo de documentos coincide con nuestras redes, con la difusión dada, pero también nos obliga a reflexionar sobre la difusión no académica del trabajo científico, sobre la necesidad que existe, entre quienes trabajamos desde las Ciencias Sociales y de la Salud, de aprender a comunicar y narrar historias más allá de lo científico y con multiplicidad de métodos. Todos los textos aquí presentes son responsabilidad y trabajo de las autoras participantes.

Martina Cociña-Cholaky presenta un texto desde el sur de Chile para reflexionar sobre el sistema de salud chileno y las mujeres migrantes que habitan en la Región de O'Higgins. Nos comparte sobre las redes de apoyo mediante las cuales las mujeres comparten recomendaciones sobre cuidados a la salud. En especial, se enfoca en las mujeres haitianas y en las maternidades negras, así como en la falta de programas interculturales y el racismo.

A continuación, Sofía Vinasco, desde Colombia, aborda la situación del retorno y cómo durante y postpandemia las mujeres se encuentran con diversos retos para poder acceder al sistema de salud y navegarlo. Enfatizamos las dificultades del retorno de mujeres mayores que se encuentran

con un sistema al que no pertenecieron durante años laborales y que no las considera.

En Madrid, España, la atención sanitaria es diferenciada y discriminatoria para las mujeres migrantes, así lo narran Nancy Armenta-Paulino y María Sandín Vázquez. Este sistema que ha sido modificado en años recientes y que según podemos leer en su texto “condiciona la capacidad de las mujeres para participar de forma activa en su atención médica”.

Por otro lado, Karla Steffany Ruiz Ramírez nos comparte a partir de su trabajo desarrollado en México la importancia de poner atención a la salud mental y emocional de las mujeres migrantes que transitan por territorios hostiles donde en algunos casos son presa de diversas formas de violencia. En este texto se retoma la importancia de las políticas públicas en salud mental y la perspectiva de género, sobre todo ante la falta de éstas en los sistemas de salud.

El retorno forzado desde los Estados Unidos a México en contextos fronterizos que presenta Dayri Jaruny Flores Ramírez nos ubica en la realidad de mujeres para quienes la búsqueda de apoyo en el sistema y la falta de recursos para resolverlo por otros medios las deja en una situación de vulnerabilidad y las expone al riesgo de ser deportadas. La crianza, la salud y las maternidades son las intersecciones que encontramos en este texto.

Melissa Stefania Cruz Puerto y María Sandín Vázquez abordan la necesidad de integrar en los servicios de salud pública, las necesidades y realidades de las mujeres en movilidad con discapacidad. Y cómo la falta de servicios adaptados impacta la salud mental de estas mujeres pudiendo agravar sus vulnerabilidades.

Finalmente, presentamos los textos de Daniela Poblete Godoy sobre masculinidades. Daniela se centra en los hombres haitianos que viven en Chile. Su texto se enmarca en una investigación cualitativa realizada antes de la pandemia por COVID-19. En este, discute sobre las condiciones de

riesgo laborales y el acceso a la salud, así como la prevención, centrándose en la religiosidad y cómo se relaciona con las formas de masculinidad.

Y el texto de Eva Romero López, acerca de las experiencias de mujeres y hombres jóvenes, de origen mexicano, viviendo en Montreal, Canadá. El texto, extraído de un estudio etnográfico, explora el vaivén de las expectativas con la realidad de un grupo de jóvenes migrantes. A través de extractos de entrevistas, Eva presenta la complejidad de la migración, la adaptación, el afrontamiento y el impacto en la salud mental, visto a través de los ojos de jóvenes buscando mejores oportunidades y conexión.

Agradecemos a todas las personas que tuvieron interés en participar en este número 25 del Boletín (Trans)fronteriza y continuaremos con el esfuerzo de coordinar otros proyectos sobre el tema.



Experiencias de mujeres migrantes en el sistema sanitario chileno

Intersección de género, salud y migración

Martina Cociña-Cholaky*

Este artículo expone parte de los resultados de una investigación cualitativa, de carácter aproximativo y exploratorio, realizada en 2020 y 2022, en la Región de O'Higgins (centro sur de Chile). Esa indagación, a través de 36 entrevistas en profundidad, efectuadas a personal sanitario, facilitadores interculturales y mujeres migrantes que parieron en el aparato público, tuvo por objetivo reconocer las experiencias de mujeres en desplazamiento, dando cuenta de las estrategias que despliegan. Explorar las maternidades migrantes en un territorio específico es de suma relevancia en tanto no sólo posibilita construir conocimiento situado, sino también permite visibilizar y comprender los desafíos que enfrentan en la prestación de servicios esenciales.

Analizar estas experiencias es clave para entender cómo, en situaciones de vulnerabilidad, las mujeres construyen comunidades de afectos y resistencia. En Chile, en los centros sanitarios, las mujeres migrantes

* Doctora en Derecho y Ciencia Política por la Universidad de Barcelona, España. Actualmente es investigadora posdoctoral del Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad de O'Higgins, Chile. Artículo desarrollado en el marco del FONDECYT Postdoctoral 3230279 El derecho al refugio en Chile. Contacto: martina.cocina@uoh.cl.

desafían y resignifican sus experiencias en un entorno de constantes adversidades marcado por barreras legales, económicas, culturales y sociales, que afectan no sólo a su bienestar, sino también el de su familia. Las experiencias de las mujeres son muy heterogéneas y están determinadas por una diversidad de factores que se imbrican como la nacionalidad, la etnia, la clase socioeconómica y el rango etario.

Cabe destacar que las mujeres migrantes no son sujetos pasivos de discriminación, sino personas que en el cotidiano procuran activamente, a pesar de las restricciones impuestas, mejorar sus condiciones de vida. Bajo este enfoque, quienes se desplazan, desafían las lógicas nacionales de exclusión, afirmando su derecho a una vida plena. En efecto, este texto pone el acento en la capacidad de las mujeres migrantes de hacer frente a contextos hostiles, desarrollando estrategias para sortear la burocracia existente, el desconocimiento de sus derechos por parte del personal de salud, los prejuicios y los malos tratos.

Un análisis en torno a las acciones y maniobras desplegadas lleva a entender un fenómeno migratorio desde las capacidades y recursos con las que cuenta el sujeto para hacer frente a un contexto complejo. En este sentido, a continuación, explicitamos las estrategias desarrolladas por las mujeres migrantes en el sistema público chileno.

a) Generación de comunidades virtuales: el apoyo entre “pares”

Una primera estrategia observada en los relatos de las mujeres entrevistadas son las redes de apoyo que se van generando entre migrantes que están viviendo y/o han vivido experiencias gineco-obstétricas, en especial si se encuentran en estado de gravidez y comparten la misma nacionalidad. Las narrativas dan cuenta de la creación de grupos de madres migrantes en línea (*WhatsApp*) para mantenerse conectadas y en

constante comunicación, lo que fue esencial en tiempos de la pandemia por COVID-19, en que las restricciones de circulación eran numerosas.

Estos grupos se configuran entre migrantes que provienen del mismo colectivo, en tanto, hay una identificación dada por el país de origen. Una muestra de estos lazos sale a flote de una mujer venezolana:

[...] y del resto hay grupos de mamás acá en Rancagua, grupos de *WhatsApp*, por ejemplo, hay uno que se llama 'Apoyando a mamá', creo que se llama, sí, Rancagua. Entonces hay grupos donde nos damos recomendación y todo eso, no es que las conozca, pero siempre nos preguntamos y nos ayudamos entre sí.

De este modo, las migrantes crean un espacio en el que generan una comunidad de pares, para apoyarse, desahogarse y contar con redes en un país (Chile) que visualizan como ajeno. La soledad es un sentimiento que acompaña una mujer haitiana desde su radicación en Chile: “nosotros no tenemos una persona para decirle sabes que dormí mal, triste, solamente con mi marido nomás y con mi hijo hablo y nadie más. Ni el nombre de un vecino uno sabe”. De ahí que planteen como mecanismo el acercarse en determinados barrios en que residan mayor número de población migrante, a fin de tener cerca a personas que puedan ayudarlas.

b) Recomendación de centros de salud: experiencia de buena atención como determinante

También se ha observado como estrategia “recomendar” o “pasar el dato”. Si las mujeres migrantes tuvieron una experiencia positiva en determinada institución asistencial, permanecen inscritas en ese establecimiento y se lo comentan a sus pares. Esto acontece a pesar de que las migrantes se cambien de hogar y de centro de salud. Esta experiencia es transmitida oralmente a otras migrantes, de manera que estén al tanto de aquellos espacios en que se presta buena atención.

c) Mayor confianza en profesionales de su país de origen: atención paralela si hay recursos

Otra estrategia que aparece de forma incipiente refiere a mujeres que buscan ser atendidas por doctores de su misma nacionalidad, lo que se observa principalmente en mujeres venezolanas, quienes recurren a médicos venezolanos por sentirse más seguras:

[...] pero uno busca siempre asesoría, no sé si somos nosotros nada más o son todos, pero por eso nosotros siempre tratamos de asesorarnos con médicos privados, más que todo, venezolanos, como que les tenemos más confianza y sabemos cómo trabajan.

También acuden a clínicas, en caso de que en el aparato público le denieguen o dificulten su atención, como le aconteció a una mujer haitiana, quien manifestó que luego de que le negaran su atención en un centro asistencial público, fue a una clínica a sacar una ecografía y le costó 33 mil pesos (33 USD).

En consecuencia, frente a las ineficiencias del sistema público, la poca confianza con el personal médico y la escasa disponibilidad de horas, quienes pueden costear atenciones en el sector privado, pagan por ellas, aunque ello implique endeudarse o pedir préstamos financieros. Esta estrategia se observa mayoritariamente en las mujeres que cuentan con una buena condición económica o tienen vínculos con familiares que las apoyan económicamente.

d) Lo lingüístico, étnico y racial como clave en la configuración de las mujeres haitianas como alteridad in extremis

Entre las mujeres haitianas emergen estrategias específicas referidas a lo lingüístico, que se vinculan con auxiliarse mutuamente entre quienes comparten el mismo idioma (*creole*), tal como se aprecia a continuación:

En el CESFAM 1 [centro asistencial primario] hay un haitiano que hablando muy bien y entendiendo muy bien [español], trabajando, ejemplo, si un haitiano viene y si el haitiano no entiende español, preguntar al haitiano que [está] trabajando de traductor, entonces explicar el problema al haitiano y el ser traductor (mujer haitiana).

Personal de salud entrevistado relata que la no comprensión del castellano por parte de mujeres haitianas dificulta en grado sumo la atención que brindan, en tanto no logran darse a entender, ello a pesar de los diversos mecanismos que se han establecido para comunicarse. Dentro de las medidas empleadas para interactuar con usuarias haitianas, están las traducciones de documentos oficiales al *creole*, la utilización de celulares para traducir de forma instantánea, la presencia de facilitadores interculturales; y, en algunos casos, personal sanitario que por cuenta propia comenzó a aprender algunas palabras básicas para poder dialogar con las mujeres.

Se observa que en el aparato sanitario público chileno, se racializan comunidades que portan la negritud y la etnicidad, elementos que son leídos socialmente como problemáticos. Esta dinámica afecta en particular a mujeres haitianas, quienes hablan otro idioma, provienen, en su mayoría, de estratos socioeconómicos bajos, no cuentan con formación educacional avanzada y vivencian sus maternidades de distinto modo. Así se entrelazan múltiples elementos que inciden en su exclusión como usuarias legítimas del sistema sanitario público, constituyendo una intersección entre género, salud y migración, en la que los procesos de racialización son claves, en tanto inciden de manera gravitante en el acceso a centros sanitarios, en la atención que reciben y en las experiencias que vivencian las migrantes en desplazamiento. La racialización se observa en particular respecto de mujeres negras, que no comprenden el castellano y cuentan con escasos recursos económicos, esto es, personas a las que además de no contar con la nacionalidad (ser chilena), se les adiciona el género, el color de piel, la barrera lingüística y la clase socioeconómica, una multiplicidad de elementos que se imbrican y configuran el

Otro por excelencia. Este imaginario racializado posibilita que se naturalice la discriminación y los estereotipos sobre estas mujeres, afectando su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Las maternidades migrantes y, en especial, las maternidades negras, tienden a ser objeto de valoraciones morales y sociales que cuestionan su legitimidad, en función de su condición migratoria, origen étnico y posición socioeconómica, lo que se manifiesta particularmente en mujeres haitianas y afrocolombianas, que han vivenciado en centros de salud chilenos, situaciones discriminatorias. Estas se explican por una combinación de factores, tanto burocráticos, como prejuicios raciales y de género y relativos al desconocimiento de derechos y otras formas de ejercer las maternidades.

En efecto, las mujeres migrantes, en su interacción con el sistema sanitario, se enfrentan a la imposición de un modelo hegemónico y uniforme de maternidad, que incide en el constante cuestionamiento que viven por parte de funcionarios. Son constantemente criticadas en su actuar, debiendo ajustarse a un patrón de conducta sustentado en un “deber ser”, estatuido desde el ideario de la madre chilena, esto es, un imaginario falaz y homogéneo que se sustenta en una concepción de mujer abnegada en los cuidados hacia el recién nacido y sumamente afectuosa. Quienes escapan a este canon son vistas desde la incomprensión y catalogadas como malas madres o madres descariñadas. Así su actuar es interpretado desde la falta, desde una supuesta negligencia en el rol que deberían desempeñar.

Maternidades migrantes en resistencia

Las mujeres migrantes desafían las normas hegemónicas, promoviendo modelos de interacción y redes de apoyo que favorecen la agencia individual y colectiva. Es esencial cuestionar el entramado que, en ocasiones, el campo sanitario chileno naturaliza, como el silenciamiento de

los sentires de las mujeres, la biomedicalización de la reproducción y la imposición de un control sobre el cuerpo de determinadas mujeres gestantes y su comportamiento, como si existiera un único modo válido de ejercer las maternidades y los cuidados. Las situaciones de discriminación y exclusión limitan una adecuada atención, impactando en su salud y la de sus hijos e hijas. Las mujeres migrantes han desarrollado diversos mecanismos de resistencia para enfrentar situaciones de discriminación. Nos enseñan a las mujeres en desplazamiento que, frente a las trabas existentes, es posible apostar por la creación de redes de afecto y comunidad.



Historias de migración de retorno

Desafíos sociales, laborales y de salud en mujeres colombianas (2020-2024)

Sofía Margarita Vinasco-Molina*

El siguiente trabajo surge de reflexiones desarrolladas durante mi investigación doctoral sobre las experiencias de mujeres colombianas que retornaron a su país después de haber vivido y trabajado en países del Norte global. En este proceso, adopto un enfoque transnacional, considerando las intersecciones entre las políticas migratorias, las dinámicas del trabajo para el sostenimiento de la vida y las vivencias individuales de las mujeres retornadas.

Como retornada, mi propia experiencia no fue fácil y gracias al encuentro con otras mujeres en la iniciativa *Mujer: diáspora y retorno*, en Bogotá y Medellín durante 2018 y 2019 (imagen 1) pude elaborar emocionalmente los malestares y tejer redes para afrontar esta “vuelta a casa” en colectivo. Esta iniciativa ciudadana nació en Londres en 2014 y debido al retorno de algunas de sus participantes, se crea el capítulo para las retornadas, las cuales se juntan para la construcción de memoria, el acompañamiento psicosocial y la incidencia política para la construcción de paz en el país.

* Doctora en Ciencias Humanas y Sociales por la Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Actualmente es Profesora en la Facultad de Psicología por la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Contacto: smvinascom@unal.edu.co.

Imagen 1. Boletín Mujer: diáspora y retorno



Hacia 2020 los desafíos se intensificaron debido a la pandemia, las restricciones para cruzar las fronteras y las reconfiguraciones laborales resaltaron la precariedad que rodeaban a las personas migrantes, al tiempo que ponía de relieve las pocas garantías en términos de protección social en Colombia. Tales circunstancias me llevaron a investigar cómo las mujeres retornadas, cuya principal actividad en el extranjero fue trabajar, vivían esta crisis mundial. Este enfoque no sólo reconoce la dimensión nacional del retorno, sino que también subraya las conexiones más allá de las fronteras que influyen en las experiencias de las migrantes, todo esto con base en, por un lado, los datos publicados por entidades gubernamentales durante los años 2020-2021 y por el otro, el diálogo con mujeres retornadas en ciudades intermedias de Colombia como Cali, Bucaramanga e Ibagué.

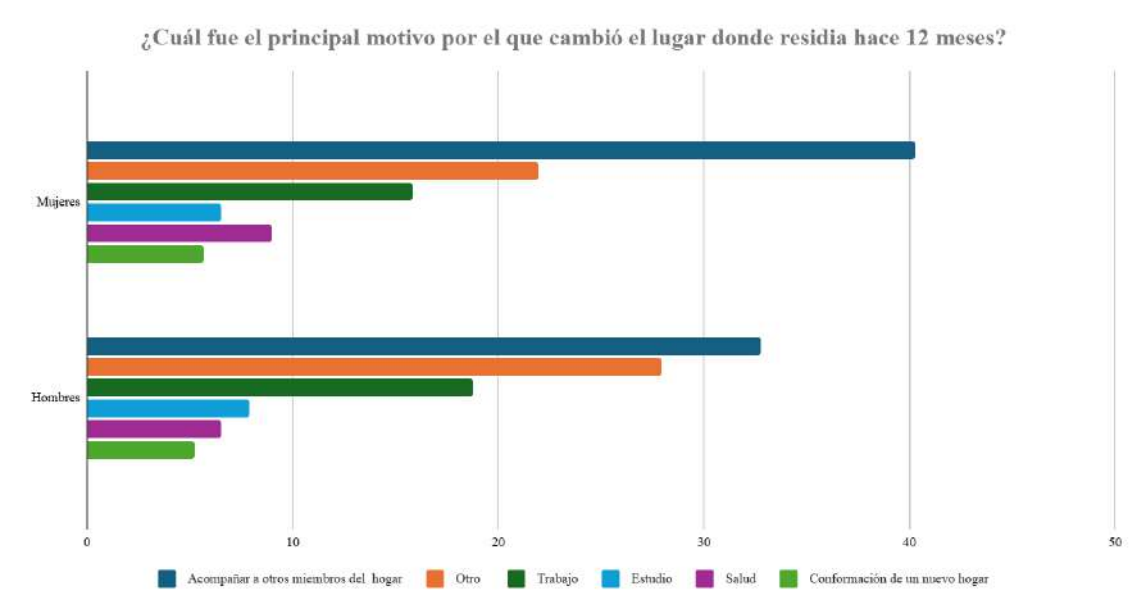
Análisis del panorama oficial de retorno

Para comprender las dinámicas del retorno migratorio de mujeres desde el Norte global hacia Colombia durante 2020-2021, utilicé datos del Módulo de Migración (MMG) y otros componentes de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) asociadas a la protección social, trabajo no remunerado y labores de cuidado, así como información sobre otras fuentes de ingresos en el marco de lo transnacional. El análisis se centró en quienes regresaron de Estados Unidos, España, Francia e Italia, pero reconozco las limitaciones que tiene la batería de preguntas en la encuesta debido a que no contempla países como Canadá o el Reino Unido, relevantes en las trayectorias migratorias transnacionales incluyendo la mía.

Utilicé la clasificación que Carlos Abaunza hace del retorno para el análisis e interpretación de los resultados. Él distingue entre retorno *forzado*, entendido como un viaje a origen en contra de la voluntad del migrante, por lo general, causado por un agente externo quien lo obliga a regresar (p.ej. deportación), y retorno *forzoso* que es el movimiento de un migrante que, queriendo y pudiendo permanecer en destino, decide regresar a origen, motivado por circunstancias de fuerza mayor (p.ej. una pandemia o situaciones familiares).

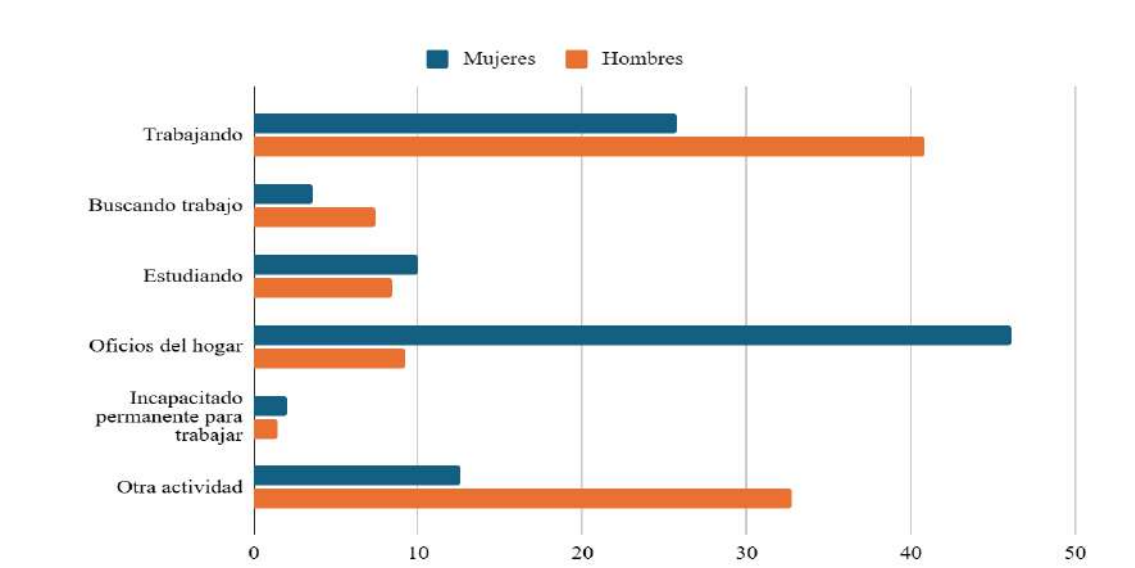
Entonces bajo ese marco, encontré que en respuesta a la pregunta por “el principal motivo para cambiar de lugar de residencia” las mujeres contestaron que su razón principal (44%) fue acompañar a otros miembros del hogar sumado a temas de salud. Por su parte los hombres respondieron en un 33% acompañar a miembros del hogar y razones de trabajo (figura 1). Adicionalmente, algo que llamó mi atención fue la diferencia evidente entre las actividades que las personas retornadas hicieron durante la semana anterior a la encuesta, donde las mujeres reportaron realizar oficios del hogar en una mayor proporción (46%) frente a los hombres retornados (9%) (figura 2).

Figura 1. Motivos de cambio de lugar de residencia en el último año



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GEIH 2020-2021.

Figura 2. Motivo de cambio de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de datos GEIH 2020-2021. N=1281.

En esa misma línea analicé las razones que tuvieron las personas para no buscar empleo o iniciar un negocio en las últimas cuatro semanas, lo cual, en aras del imperativo neoliberal de la responsabilidad individual, muestra cómo se delega a la ciudadanía la responsabilidad de proveerse y garantizarse un trabajo remunerado o una fuente de ingreso, sin el reconocimiento de las condiciones necesarias del Estado.

Así las cosas, las mujeres indicaron que las responsabilidades familiares, los problemas de salud y otros motivos fueron los principales para no buscar empleo. En contraste, los hombres señalaron que sus dos principales razones fueron no encontrar trabajo en la región donde se ubicaban (ilustrado con frases como “pero dónde busco, si aquí no hay lo que yo hago”) y estar estudiando (figura 3).

Figura 3. Motivo de no realizar diligencias

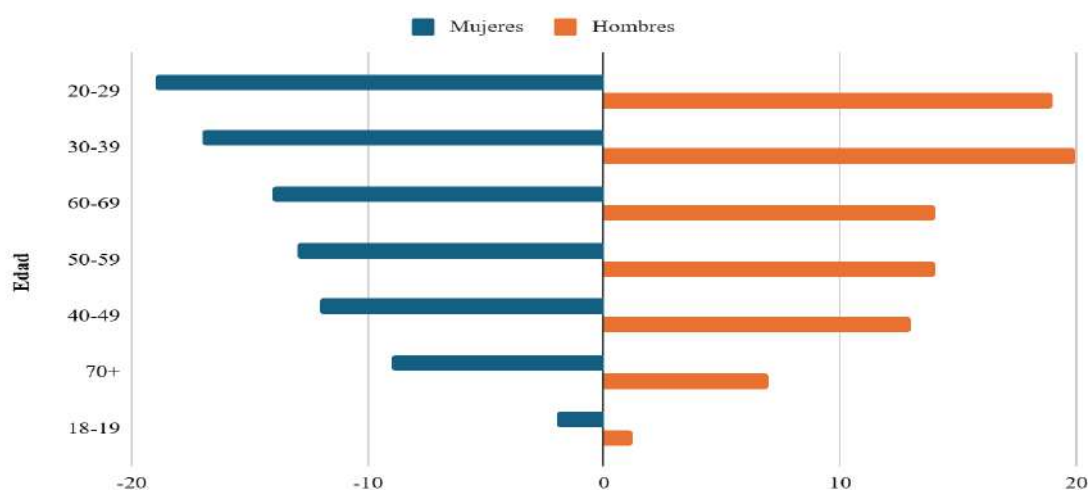
Aunque desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias en las últimas 4 semanas?	Mujer	Hombre
Otro	31	27
No hay trabajo disponible en la ciudad o región / no encuentra	9	22
Está estudiando	4	11
Problemas de salud	11	8
Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta	4	8
Responsabilidades familiares	18	5
Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo	9	5
Usted se considera muy joven o muy viejo	7	5
Ya encontró trabajo	2	5
No tiene recursos para instalar un negocio	4	3
No sabe cómo buscarlo	2	0

Fuente: elaboración propia a partir de datos GEIH 2020-2021.

Otro dato importante para tener en cuenta es el momento de la vida en el cual las personas retornaron porque no es lo mismo regresar en los 30 y 40 años de edad o cuando se tiene 50 años o más. Al respecto la encuesta

indica que son personas en la juventud y adultez quienes en su mayoría reportaron haber retornado, lo que se traduce en personas en edad de trabajar. Investigadores como Carlos Maldonado —*Protección social y migración, (2018)*— han señalado que cuando las personas retornan durante su fase laboral activa, corren el riesgo de tener trayectorias laborales truncadas por la participación intermitente en varios sistemas de protección social, dificultando la consolidación o acumulación de beneficios, en especial, pensionales (figura 4).

Figura 4. Grupos etarios de las personas retornadas según GEIH y MMG 2020-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos GEIH 2020-2021. N=1378. Media edad 41a. hombres; media 43a. mujeres.

El resultado son múltiples desafíos para las personas retornadas debido a que su regreso estuvo mediado por razones de fuerza mayor, y se enfrentan a una desconexión con el sistema de protección social, que da derecho servicios de salud y cotizaciones a pensión. Son personas cuya media de edad es de 42.21 años para el total de la muestra, con una desviación de 20.4 años, una media de 43 años para las mujeres y 41 para los hombres. Debo subrayar que las personas entre 50-59 años y 60-69 años también representan una proporción importante de retorno, y emerge la pregunta por las condiciones de salud y de jubilación en las que llegan.

El diálogo con las retornadas

Con base en el panorama delineado por los datos, me puse a la tarea de conversar con mujeres colombianas retornadas del Norte mayores de 50 años. Teniendo en cuenta que la capital de Colombia no es el territorio principal de origen y destino, elegí las ciudades de Bucaramanga, Cali e Ibagué como territorios para mi trabajo de campo.

Hasta el momento puedo decir que la realidad supera las estadísticas y aunque me encuentro en la fase de análisis de datos y escritura del documento final de tesis doctoral, considero clave dejar aquí algunas pistas que más me han resonado en las tres ciudades que visité.

Por ejemplo, las historias de Blanca (68 años), Lucila (58 años) y Omaira (87 años) llaman la atención porque son mujeres trabajadoras, madres y con experiencias migrantes en España y Estados Unidos principalmente. Ellas viajaron para tener mejores condiciones económicas que les permitiera pagar deudas y ayudar a los suyos, trabajaron en labores esenciales como niñeras, cuidadoras de adultos mayores, aseadoras o ayudantes de cocina; sin embargo, una vez retornaron a Colombia presentaron deterioros en su salud,

Y en cuanto a las secuelas del cáncer, tengo el brazo izquierdo dormido, todavía no lo he despertado [...] mira, lo tengo hinchado, o sea, no puedo hacer trabajos pesados porque se me hincha el brazo, la mano (Lucila, comunicación personal, 2023. Diagnóstico de cáncer de seno).

El dolor de los huesos va hasta las manos, me duele la mano para abrir las cerraduras, cerrarlas, el dolor de los brazos, los hombros, de la espalda, los de las piernas, me duelen mucho las rodillas para caminar ya no puedo caminar normal, las caderas me duelen muchísimo. Todo lo que toma le hace daño a uno, le da acidez [...] no me lo puedo comer, todo me sienta mal, me dio parálisis hace 4 años [...] en la cara, como ve, el hablar pues se me tuerce mucho la boca todavía y hubo terapias, hice todo lo que pude (Blanca, comunicación personal, 2023. Diagnóstico de cáncer de colon).

Estoy muy mala de la vista. Me da mucho dolor, ardor. Dicen dizque me van a operar con la voluntad de Dios [...] me duele la cabeza, la cintura, las manos, la espalda...parándome cada rato... Y este brazo (Omaira, comunicación personal, 2024).

Actualmente no cuentan con una pensión que les permita solventar una manutención con mayor comodidad, lo que obliga a seguir laborando o depender económicamente de sus hijos e hijas.

Reflexiones en construcción

Las mujeres migrantes desempeñan un papel crucial al sostener hogares transnacionales, por ser las principales proveedoras en sus familias, lo que les otorga un papel activo en los proyectos migratorios que se mueven a través de fronteras físicas y sociales.

Un hallazgo clave en mi trabajo es cómo la división sexual del trabajo moldea tanto los motivos del retorno como las actividades económicas que las mujeres desempeñan en Colombia. Las cifras y los testimonios de las participantes indican que, tras el retorno, se presentan condiciones de salud que deterioran su capacidad para trabajar y asumen tareas de cuidado dentro de sus hogares.

Desde una mirada transnacional, es clave analizar cómo estas mujeres mantienen redes y responsabilidades familiares a través de distintos contextos, influyendo en la construcción de hogares y en las dinámicas familiares más allá de las fronteras. Por su parte, la mirada transfronteriza permite explorar cómo el cruce de fronteras y las regulaciones migratorias afectan su acceso a recursos económicos, derechos sociales y procesos de integración cultural en el país de origen.

No obstante, la Política Integral Migratoria colombiana carece de una perspectiva de género que contemple casos como los aquí expuestos. Además, resulta opaca en cuanto a los aportes a la seguridad social en el

extranjero y su convalidación en Colombia. Esta fragmentación de trayectorias laborales impacta especialmente a quienes retornan en etapas avanzadas de su vida laboral, perpetuando desigualdades estructurales que trascienden fronteras.

Por lo tanto, es fundamental reconocer que las labores de trabajo reproductivo no solo constituyen un motivo de retorno, sino que también dificultan la inserción social y laboral de las retornadas. En este sentido, coincido con autoras que han trabajado la teoría de la reproducción social (TRS) en cuanto a la importancia de visibilizar el aporte de las mujeres migrantes a la reproducción de la vida, tanto en sus países de origen como de destino con el fin de mejorar la gestión de fronteras y promover la seguridad humana.



La experiencia en los servicios sanitarios de Madrid

Las voces de las mujeres migrantes

Nancy Armenta-Paulino*

María Sandín Vázquez**

Género, migración y atención sanitaria

El género es un elemento central en la experiencia migratoria, influenciando de forma distinta a hombres y mujeres, moldeando las trayectorias y vivencias en el proceso de migración. Las mujeres migrantes enfrentan más discriminación y vulnerabilidad ya que sufren una doble discriminación, como mujeres y por su origen. Las relaciones de género afectan a todas las relaciones sociales, incluidas las del ámbito sanitario.

Hay diversos factores que limitan el acceso a la atención sanitaria de la población migrante, que incluyen las leyes y políticas del país receptor,

* Doctora en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad de Alcalá, España. Actualmente es Profesora Ayudante Doctora en el Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Universidad de Alcalá. Contacto: nancynayely.amentap@uah.es.

** Doctora en Ciencias Médicas y Sociales por la Universidad de Alcalá, España. Actualmente es Profesora Contratada en el Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Universidad de Alcalá. Contacto: maria.sandin@uah.es.

sus condiciones laborales e ingresos, sus antecedentes socioculturales y experiencias previas de salud, así como la discriminación étnica y racial. Estos elementos forman una compleja red que afecta su integración y bienestar. Estos factores impactan de manera particular a las mujeres, tanto por razones biológicas, durante el embarazo y el parto, como por razones sociales, debido a su rol principal de cuidadoras de la salud familiar, especialmente de sus hijas e hijos. Por ello, las mujeres migrantes tienen una probabilidad considerablemente mayor que los hombres de enfrentar dificultades en su salud mental, sexual y reproductiva, lo que conlleva la necesidad de tener un contacto más frecuente con los servicios de atención médica.

Desde finales de los años 1990, España ha experimentado un aumento de población migrante. Sin embargo, las últimas reformas al Sistema Nacional de Salud han restringido el acceso a los servicios sanitarios para esta población, afectando su derecho a la salud. Aunque España es reconocida por su diversidad multicultural, la influencia de un sector antinmigrante en la sociedad ha llegado incluso a impactar el sistema de salud.

El personal médico y otros trabajadores de los servicios sanitarios forman parte de una sociedad en la que un porcentaje de la población rechaza o no acepta a las personas migrantes, con actitudes racistas y xenófobas. La migración también podría ser percibida por los sanitarios como un problema o amenaza. El personal de los servicios sanitarios podría tener una serie de prejuicios y estereotipos asumidos que podrían reflejarse en una actitud de recelo, o en un excesivo paternalismo hacia migrantes, y esto de nuevo, se ve acentuado en el caso de las mujeres.

Las mujeres migrantes hablan

En un estudio que estamos realizando en la Universidad de Alcalá mediante entrevistas a mujeres migrantes hablantes de español se ha revelado importantes dificultades en el acceso a los servicios sanitarios en la

Comunidad de Madrid. Un ejemplo es el caso de una mujer que, al intentar conseguir una cita telefónica, percibió un trato muy desagradable, influenciado por su acento extranjero: “No precisamente que me gritara, pero sí muy borde, muy borde, muy borde. Se dan cuenta de que no eres española. Me trataron muy mal y yo estaba muy, muy enfadada”. A pesar de que su doctora había indicado que su situación era urgente, la persona que la atendió le dijo que no la podía atender antes y que tenía que esperar. Sin embargo, ella relató que cuando su esposo llamó, le dieron una cita para una fecha cercana. Esta experiencia es un ejemplo que refleja las barreras y el sesgo de género que enfrentan las mujeres migrantes en el sistema de salud.

Respecto a su experiencia en los servicios sanitarios, las mujeres migrantes reportan que, en muchos casos, no se les consulta sobre la aceptación del tratamiento médico a seguir, ni se les pide su consentimiento para explorarlas, especialmente los servicios de cribado de cáncer, en los que es necesario el contacto físico para realizar el examen. Ejemplos de esto incluyen comentarios de mujeres que mencionan no haber recibido una explicación sobre el tratamiento o procedimientos a seguir: “No, no, no [me explicó]. Nada. Me dijo, tómese eso y ya. Y ya vemos cómo va evolucionando”. Sobre la falta de solicitud de permiso antes de ser revisadas, señalan: “No [me pidió permiso], solamente me ha dicho, quítate la parte de arriba que te voy a revisar. Y ya está”. Esto evidentemente está muy distanciado del concepto de trato digno en los servicios sanitarios, lo que genera malestar y frustración.

Una de ellas relató la mala experiencia que tuvo su madre al recibir atención médica:

Cuando mi madre estuvo aquí, tuvo una mala experiencia porque, por ejemplo, en Perú, algo se llamaba de una manera, y aquí de otra. Al confundir el término, hubo un médico que le trató verbalmente bastante mal [...] levantó la voz, con mucho enfado y todo eso.

Este tipo de trato no sólo es desagradable, sino que también contribuye a la desconfianza hacia el sistema de salud.

Otra mujer narró una experiencia incómoda durante una consulta médica, donde se sintió vulnerada al requerirle quitarse parte de la ropa, lo cual no sólo es contrario a sus costumbres, al mostrar desnudez a un hombre, sino que además le parecía innecesario por el tipo de exploración:

El señor era un poco borde, estaba un poco incómoda [...] Para que me escuchen los pulmones, con otras doctoras no me hacía falta descubrirme. Ese día, el doctor me dijo que tenía que quitarme toda la parte de arriba solo para eso. No me cuadró la cosa, la verdad. Me sentí avergonzada. Me arrepentí de ir, salí con un asco que no lo veas; una persona puede hacer una cosa perfectamente y te está pidiendo de más.

Estas situaciones resaltan la necesidad de un trato más respetuoso y sensible hacia las diferencias culturales de las pacientes migrantes, y la necesidad de tratarlas con perspectiva de género.

Para reflexionar

El género influye de manera significativa en la relación médico-paciente, amplificando las asimetrías inherentes al proceso de salud-enfermedad, donde la persona paciente a menudo asume un rol subordinado. Las relaciones de poder asociadas al género refuerzan estas desigualdades, afectando la autonomía de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y cuidado. Esta dinámica condiciona la capacidad de las mujeres, para participar de forma activa en su atención médica, reflejando y perpetuando patrones de desigualdad que limitan el acceso a un trato equitativo y respetuoso.

Además, queremos destacar que la experiencia de las mujeres migrantes debe observarse bajo el lente de la interseccionalidad para comprender cómo se entrelazan las diferentes formas de discriminación que

enfrentan. No sólo se ven afectadas por su condición de género, sino también por su origen étnico, situación socioeconómica y, en algunos casos, religión o idioma. Estas múltiples capas que las conforman no actúan de forma aislada, sino que se refuerzan mutuamente, intensificando las barreras de acceso a servicios de salud de calidad y trato digno.

Como señala la OIM en *Explorando la feminización de la migración con perspectiva de género*, publicado en 2024, estas problemáticas incluyen no sólo el acceso limitado a servicios básicos como atención médica y alimentación, sino también el riesgo constante de violencia de género. En este contexto, es esencial que se desarrollen estrategias y programas específicos que aborden estas necesidades particulares por medio de capacitaciones para el personal sanitario. En un país con una rica historia multicultural como España, y siendo uno de los países con mayor diversidad de origen migrante de Europa, es esencial que el sistema de salud reconozca y aborde estas disparidades para garantizar un trato digno y equitativo, promoviendo así el bienestar integral de todas las personas, independientemente de su origen.



Ser mujer, madre y migrante deportada

Desafíos en el acceso a la salud

Dayri Jaruny Flores Ramírez*

Las mujeres migrantes deportadas enfrentan una serie de desafíos profundamente interrelacionados, en los que su género y condición migratoria se entrelazan de manera compleja. Esta intersección no sólo define su experiencia en los ámbitos social y económico, sino que también impacta directamente en su acceso a derechos fundamentales, como la falta de acceso al derecho a la salud, repercutiendo negativamente en el bienestar físico y emocional de la mujer migrante y de su familia.

Un claro ejemplo de lo anterior se muestra en el caso de Rosa, una mujer mexicana de 51 años que vivió más de dos décadas en Estados Unidos antes de ser deportada a la ciudad de Tijuana, en el estado de Baja California, México. Su historia refleja cómo la intersección entre género, migración y salud se traduce en una serie de barreras que afectan desde su acceso a servicios médicos como mujer migrante en situación irregular, hasta su rol como madre y cuidadora de su hija con discapacidad motora, profundizando aún más las dificultades que ya enfrentaba en su vida cotidiana.

* Maestra en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México. Candidata a Doctora en Ciencia Política por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México. Contacto: dayri.flores@alumnos.cide.edu.

Rosa migró sola a Estados Unidos cuando aún era menor de edad, huyendo de violencia intrafamiliar. Allí, se unió a otro migrante que, lamentablemente, también abusaba físicamente de ella y cuando quedó embarazada, éste la abandonó. Al nacer su hija, tiempo después, Rosa notó que su movilidad no era la adecuada y tras varias evaluaciones médicas le diagnosticaron un trastorno de motricidad, lo que agravó las dificultades a las que ya se enfrentaba al ser mujer, migrante en situación de irregularidad y madre soltera. A lo anterior se sumaba otro desafío, cuidar a su niña con discapacidad motora sin ningún tipo de apoyo familiar ni institucional.

Durante su estancia en dicho país, su condición de migrante irregular generaba una constante incertidumbre y limitaciones para acceder a atención médica y otros servicios básicos. La situación se volvió aún más precaria cuando fue detenida por oficiales del Servicio de Control de Inmigración y Aduanas (ICE, siglas en inglés), lo que abruptamente interrumpió las terapias médicas que su hija finalmente estaba recibiendo. Sin embargo, como no contaba con familiares ni una red de apoyo confiable y como carecía de documentos que permitieran su estancia en territorio estadounidense, se vio obligada a regresar a México con su hija, para evitar que esta última fuera a dar con una familia de acogida al ser deportada su mamá.

La estaba llevando a unas terapias de *speech* a una iglesia más o menos cerca de donde vivíamos [...] y la empecé a llevar tres veces a la semana porque vi que sí le estaban ayudando, pero una señora de ahí me dijo que mi niña por ser ciudadana americana que viera lo del apoyo del gobierno, porque pues es era su derecho [...] entonces investigué por el Internet y vi más o menos lo que necesitaba, pero para esto yo nunca saqué mis papeles el tiempo que estuve allá, pero me dijeron que no importaba que yo no tuviera los papeles porque mi niña es ciudadana y necesitaba de la asistencia médica, total que fui [...] y todo salió bien, logré que la atendieran y le dieran la asistencia, me dijeron que necesitaba tres tipos de terapia: el *speech*, el motor fino y el motor grueso, empezó con las terapias y todo muy bien [...] pero a los dos meses que llegan los de migración a la casa

[...] ahí no sé cómo estuvo, si fue el hospital o la trabajadora social que nos visitaba o no sé, pero pues que llega migración y pues pidiendo los papeles [...] ahí empezó la pesadilla.

Al ser enviada de regreso a México, se encontró en una ciudad desconocida, sin recursos ni apoyo para cubrir las necesidades médicas de su hija, lo que intensificó las consecuencias de su deportación. Esta cadena de eventos pone de relieve la necesidad urgente de abordar las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres deportadas, quienes, además de luchar por su propio bienestar en un entorno hostil, enfrentan el desafío de cuidar y proteger a sus hijos en contextos de exclusión y múltiples formas de violencia. La falta de acceso a servicios básicos y redes de apoyo agravan su vulnerabilidad y evidencian las fallas en los sistemas de protección para mujeres, niñas y niños migrantes.

Uno de los aspectos centrales en la vida de Rosa es el papel de cuidadora que ha asumido con su hija, quien requiere además terapia de habla y tratamiento para mejorar habilidades de motor fino y motor grueso. El rol de madre y cuidadora coloca a Rosa en una posición de responsabilidad emocional y económica que impacta directamente en su salud y estabilidad. En Estados Unidos, donde buscó atención especializada para su hija, logró inicialmente acceder a servicios médicos a través de programas para niñas, niños y adolescentes ciudadanos, pese a no contar con un estatus migratorio regular. Sin embargo, la decisión de recurrir al sistema de salud expuso su situación migratoria, terminando en su deportación inmediata de dicho país.

En México, la estancia de ambas se ve comprometida por la precariedad y la falta de alternativas para el cuidado de la pequeña. Inicialmente, Rosa tenía la intención de permanecer en Tijuana mientras resolvía su caso migratorio y exploraba opciones para regresar a territorio estadounidense. Sin embargo, la ausencia de asistencia especializada para su hija y el elevado costo de vida en la ciudad fronteriza la llevaron a decidir

trasladarse a Querétaro, donde espera encontrar mayor estabilidad y buscar algún tipo de apoyo que le pueda brindar su entorno familiar.

La migración de Rosa había representado para ella una vía de escape de las experiencias de violencia que enfrentó en México, donde no se sintió segura ni apoyada por su familia ni su comunidad. De tal manera que su migración no sólo fue motivada por razones económicas sino también por una necesidad de bienestar emocional y seguridad personal, condiciones que se le había arrebatado al ser víctima de violencia de género en su lugar de origen. Este historial de violencia genera en Rosa una percepción de vulnerabilidad al encontrarse nuevamente en México, ya que la violencia y la inseguridad son factores que persisten en su vida y que, ahora, las enfrentará con la responsabilidad de cuidar a su hija con discapacidad motora.

Cuando estuvo en Tijuana, la opción de buscar atención médica y terapias para su hija se convirtió en un desafío constante en muchos ámbitos, ya que al estar sola y por ende ser la única cuidadora de su hija, encontrar un trabajo o actividad del cual pudiera generar algún tipo de ingreso le era muy difícil, aunado al tiempo que involucra desplazarse entre diferentes dependencias de gobierno y salud para lograr algún tipo de atención médica para su hija, siendo sumamente desgastante para ella.

Además, la precariedad en su situación migratoria en Estados Unidos y su deportación expusieron a Rosa a una serie de abusos e irregularidades legales. Al ser devuelta a México, intentó iniciar un proceso legal para regresar a Estados Unidos a través de un abogado que en lugar de ayudarla se aprovechó de su desconocimiento en materia legal y de su necesidad, para cobrarle lo poco que tenía sin ningún resultado efectivo en su caso. La incertidumbre y la pérdida de recursos económicos en estos trámites fallidos minaron tanto su estabilidad económica como emocional, afectando de nuevo su capacidad de proporcionar un entorno estable para su hija.

Le estuve pagando a un disque abogado, que sólo me pedía y me pedía dinero y cuando yo le preguntaba que cómo iba mi caso, me decía que necesitaba más dinero para no sé qué trámite [...] nomás me sacaba puras cosas de leyes que ni entendía y pues me pedía más dinero y yo le daba toda confiada, esperanzada pues que lo iba a solucionar y así regresarnos [...] y así estuvo más de un mes y nada, puras mentiras. Me quedé sin dinero y sin poder agarrar trabajo por la niña [...] nomás me tronaba los deditos para poder pagar la noche donde dormíamos y no estar en la calle con mi pequeña [...] no sabes la tristeza que me daba de pensar que su mamá no podía ni pagarle un techo a su hija [...] me pegó bien fuerte eso, sentía que no iba a poder, pero pues tenía que poder.

La historia de Rosa evidencia la ausencia de políticas públicas enfocadas a mujeres migrantes deportadas a territorio mexicano, dificultando aún más su acceso a derechos básicos como el derecho a la salud, incrementando con ello su vulnerabilidad. Este caso resalta la urgente necesidad de desarrollar políticas migratorias y de salud con enfoque de género que garanticen el acceso a la atención médica y a su tratamiento, a la par que se reconozca y se aborden los impactos físicos y psicológicos derivados de la deportación.



La carga invisible

Género, salud mental y emocional de las mujeres migrantes

Karla Steffany Ruiz Ramírez*

Este artículo aborda los efectos invisibles que la migración irregular tiene en la salud mental y emocional de las personas migrantes, como el estrés crónico, la ansiedad, la depresión, el trauma y el Síndrome de Ulises, destacando cómo las diferencias de género influyen en la manera en que las personas migrantes enfrentan y experimentan dichos efectos que han sido invisibilizados.

La migración es un fenómeno global que impacta profundamente el bienestar emocional y psicológico de las personas, especialmente en contextos de migración irregular. En estos casos, las personas migrantes enfrentan discriminación, violencia y precariedad. Por ejemplo, pueden ser objeto de tratos injustos u hostiles en espacios públicos, sufrir violencia a manos del crimen organizado, incluso ser víctimas de secuestros y extorsión. Además, la falta de acceso a empleo formal los obliga a insertarse en el sector informal, donde no cuentan con ingresos fijos ni acceso a derechos básicos como la atención médica. Este proceso migratorio

* Maestra en Ciencias Sociales y Humanidades por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa (UAM-C), México. Actualmente Doctoranda en Ciencias Sociales y Humanidades en la UAM-C. Contacto: karla.ruiz@cua.uam.mx.

conlleva una “carga invisible”, es decir, un impacto psicológico que varía según el género.

Si bien, ambos grupos enfrentan desafíos, las mujeres suelen experimentar riesgos adicionales como la violencia de género, la trata de personas y una sobrecarga laboral al asumir los roles de proveedora y de cuidadora durante su trayecto migratorio. Por su parte, los hombres enfrentan la presión social de ser los principales proveedores económicos, lo que se traduce en explotación laboral, además del estigma “de ser fuertes”, pues no pueden expresar su vulnerabilidad emocional. Estas realidades subrayan la necesidad de abordar la salud mental en el contexto migratorio, desde una perspectiva de género que reconozca las desigualdades y las necesidades específicas de apoyo psicológico para hombres y mujeres migrantes.

Las distintas violencias que experimentan las personas migrantes afectan de manera directa su salud mental, y esta situación se complica por la escasez de apoyo en los servicios de salud. Esta falta no sólo evidencia una deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios, sino también un enfoque inadecuado en las políticas públicas en materia de migraciones, al no colocar en primer lugar la salud mental de las personas migrantes. En particular, la migración irregular constituye una situación de desventaja que agrava el sufrimiento emocional y psicológico, a la vez que restringe el acceso a recursos de ayuda.

La perspectiva de género amplifica estos desafíos, dado que las mujeres migrantes se enfrentan a riesgos vinculados con sus roles sociales, como la violencia de género y la carga excesiva de responsabilidades. A pesar de la existencia de algunos programas destinados a migrantes, en ocasiones no se atiende adecuadamente las necesidades específicas de salud mental, en especial de la migración irregular, pues son quienes enfrentan mayores situaciones de violencia, violaciones a sus derechos y acceso restringido a los servicios de salud.

La salud mental en las personas migrantes irregulares

La migración irregular representa un desafío para la salud de quienes tienen que dejar sus hogares y enfrentar condiciones adversas en la búsqueda de una mejor vida. Esta situación no sólo es un desplazamiento físico, sino que también conlleva un proceso emocional desgastante que al final afecta la salud psicológica y emocional. A diferencia de las personas migrantes regulares, que disponen de mecanismos de protección y acceso a los servicios de salud, las personas migrantes irregulares viven con una permanente sensación de inseguridad, miedo y vulnerabilidad.

Esta situación irregular trae consigo varios elementos que intensifican los problemas emocionales y psicológicos como el temor a las instituciones nacionales encargadas de la migración, pues en ocasiones éstas ejercen violencia contra las personas migrantes, como se ha documentado en otros espacios. Por ejemplo, la deportación y la separación familiar, provoca un aumento en el estrés, la ansiedad y otros problemas emocionales y psicológicos. En este sentido, la falta de seguridad que se vive en la migración irregular provoca un elevado grado de estrés crónico, debido a que las personas migrantes se encuentran en un estado constante de alerta, ocasionado por el estatus migratorio de irregular.

Este estrés puede provocar condiciones como la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad generalizada y el cansancio emocional, también conocido como “*burnout*”. Al hablar de los temas de la salud es importante mencionar la conexión con los derechos humanos, pues éstos subrayan la necesidad de asegurar un acceso justo y sin discriminación a los servicios de salud y en específico de la salud mental para las personas migrantes en situación irregular.

Diferencias de género en el impacto de la salud mental en la población migrante

Es sabido que las mujeres y los hombres experimentan retos distintos durante el proceso migratorio, pues las experiencias y los desafíos que enfrentan durante este son marcadas en su mayoría por construcciones sociales y expectativas de género, por ejemplo, los roles en la familia, donde el hombre es el principal proveedor, la asignación de los roles laborales y la vulnerabilidad ante la violencia.

Sin embargo, para las mujeres migrantes el efecto psicológico y emocional está profundamente ligado no sólo a la vulnerabilidad que se vive en el contexto migratorio irregular, sino mayormente al género, pues ellas están expuestas a riesgos adicionales como la violencia de género, la trata de personas y la sobrecarga de los roles asociados al cuidado y al trabajo. Muchas mujeres deben equilibrar las actividades del hogar con las laborales en entornos precarios, lo que provoca altos niveles de estrés crónico, ansiedad y depresión. Además, las mujeres se enfrentan a obstáculos adicionales para acceder a servicios de salud y de salud mental, debido a su situación migratoria, lo que mantiene y provoca una vulnerabilidad psicosocial.

Por otro lado, los hombres migrantes a menudo enfrentan una considerable presión social relacionada con desempeñar el principal sostén económico, lo que los hace vulnerables a la explotación y a la inestabilidad laboral. Esta presión social de ser los “fuertes” genera una situación en la que el malestar emocional y psicológico se reprime, pues aún persiste el estigma de que buscar ayuda psicológica va en contra de los ideales de masculinidad. Estas dinámicas se ven agravadas por la falta de acceso a los servicios de salud, así como por los estereotipos de género, lo que dificulta la expresión de sus emociones.

Como consecuencia muchos de los hombres migrantes sufren de trastornos de ansiedad, depresión y estrés. Esta circunstancia revela que a pesar

de que las mujeres presentan tasas más elevadas de problemas de salud mental, no quiere decir que exista una menor prevalencia de trastornos en los hombres, sino más bien expone las barreras socioculturales que les impide solicitar apoyo psicológico. Además, un aspecto que toma relevancia en los contextos migratorios son las redes de apoyo. Las mujeres tienden a formar redes de apoyo más sólidas entre ellas, lo que les ayuda a enfrentar los desafíos emocionales relacionados con la migración. Estas redes les ofrecen un lugar para compartir vivencias. Mientras que los hombres suelen vivir un mayor aislamiento en sus experiencias migratorias, lo que incrementa su estrés emocional.

De acuerdo con las estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) —*Género y migración* (2020)—, más de 48% de la población migrante en el mundo en 2020 eran mujeres. La migración reconfigura los roles de género pues las mujeres pueden adoptar papeles más activos en cuanto a la situación económica del hogar, mientras que los hombres pueden encontrar desafíos a sus papeles asignados al género. Esta modificación puede causar tensiones emocionales en hombres y mujeres, ya que deben adoptar nuevas dinámicas en el hogar y en la comunidad.

Así mismo, tanto hombres como mujeres enfrentan xenofobia, pérdida de identidad cultural y arrestos migratorios. Sin embargo, las mujeres son más vulnerables, pues llegan a sufrir violencia física, sexual, psicológica, económica e institucional. Estas experiencias tienen múltiples y variados efectos en la salud mental de las mujeres migrantes. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2023 se reportaron 1 299 muertes y desapariciones de personas migrantes en la región de América, de las cuales 183 corresponden a mujeres, 612 a hombres, y 504 no fueron identificados por género. Estos datos subrayan la importancia de diferenciar y comprender las experiencias migratorias desde una perspectiva de género, especialmente al considerar que 523 de estas muertes fueron causadas por algún tipo de violencia.

En síntesis, las diferencias de género en el efecto sobre la salud mental de la población migrante destacan la urgencia de una atención diferenciada y sensible al género en los programas y políticas de salud mental. Identificar estas características no sólo es fundamental para comprender las dinámicas psicosociales que enfrentan las personas migrantes, sino también para elaborar estrategias de intervención que atiendan las necesidades particulares de hombres y mujeres.

La necesidad de Políticas Públicas en salud mental

Es importante señalar que la salud de la población migrante ha sido un tema de interés para las políticas públicas en los años recientes, pues muchas Organizaciones no gubernamentales (ONG), Organizaciones Internacionales y centros comunitarios han creado programas especiales para apoyar la salud de la población migrante. Por ejemplo, en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, en colaboración con la Unión Europea y la Cooperación Española, han puesto en marcha el proyecto PAISS (Fortalecimiento de la capacidad del sector salud y el acceso de los migrantes a los servicios de salud). Esta iniciativa tiene como objetivo asegurar el derecho a la salud tanto de la población migrante como de las comunidades de acogida. En el caso de Argentina, la OIM brinda atención en salud preventiva y tratamientos adecuados para los migrantes, fomentando la armonización y unificación de las normativas y políticas relacionadas con la salud internacional.

En México, el “Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante” tiene como objetivo garantizar atención médica y psicológica integral, basada en los derechos humanos y alineada con los lineamientos internacionales, para asegurar el acceso a servicios de salud en todos los niveles.

Sin embargo, la política migratoria de 2018 y el actual “Plan de la Frontera Sur” no incluyen un plan específico para la salud mental de las personas

migrantes. Estas políticas se centran más en la contención, persecución, criminalización de las personas migrantes en las fronteras que, en su bienestar, lo que ha provocado que numerosos informes de Derechos Humanos denuncien el aumento de detenciones y violaciones de derechos. Un claro ejemplo de estas políticas inadecuadas fue el incendio en la Estancia Provisional de Ciudad Juárez a cargo del Instituto Nacional de Migración (INM) el 28 de marzo de 2023, donde fallecieron al menos 40 migrantes.

En este contexto, Nadia Irina Santillanes Allende, en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), propuso un modelo integral de salud mental y manejo de crisis para mujeres migrantes. Este modelo aborda las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de las mujeres migrantes, reconociendo las vulnerabilidades específicas que enfrentan debido a su condición de desplazamiento.

A nivel internacional, diversas organizaciones han impulsado iniciativas para mejorar la atención en salud física y mental de las personas migrantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud de México, desarrollaron el *Programa de Acción para la Brecha de Salud Mental* (mhGAP), buscan fortalecer la atención primaria en este ámbito. Además, Médicos Sin Fronteras (MSF) ofrece atención integral mediante clínicas móviles, priorizando a grupos vulnerables como menores, mujeres solas y víctimas de violencia. La OPS, en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha capacitado personal de salud para ampliar el acceso a estos servicios. Sin embargo, en México, la participación gubernamental en la promoción de la salud mental de la población migrante sigue siendo limitada.

En conclusión, la salud mental de las personas migrantes es un reto significativo que necesita un enfoque de género desde las políticas gubernamentales. A pesar de las iniciativas y los modelos integrales que existen, México enfrenta limitaciones importantes en su ejecución, pues el

asegurar el acceso a servicios de salud mental inclusivos y eficientes es fundamental para fomentar el bienestar y salvaguardar los derechos de las personas migrantes.



Desigualdades en salud de las mujeres migrantes

Una mirada interseccional a las condiciones sociales y culturales

Melissa Stefania Cruz Puerto*

María Sandín Vázquez**

Las mujeres migrantes enfrentan desafíos particulares en salud que reflejan no sólo su condición de inmigrantes, sino también su posición dentro de una estructura social compleja donde interactúan factores como género, clase y etnia. Estos elementos se combinan para crear desigualdades profundas en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Para comprender mejor esta realidad, es necesario analizar los “gradientes sociales” que estructuran las experiencias de estas mujeres. Estos gradientes no sólo incluyen barreras visibles como la clase o el género, sino también factores menos evidentes, como el estatus migratorio y la falta de redes de apoyo, que se entrelazan y refuerzan, intensificando su vulnerabilidad en los países de destino.

* Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad de Alcalá, España. Contacto: melissa.cruz@edu.uah.es.

** Doctora en Ciencias Médicas y Sociales por la Universidad de Alcalá, España. Profesora Contratada en el Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Universidad de Alcalá. Contacto: maria.sandin@uah.es.

La situación de las mujeres migrantes está estrechamente vinculada con las razones que las motivaron a migrar y con las nuevas condiciones de vida que genera la experiencia migratoria. Aunque muchas migran por razones económicas o para reunirse con una pareja o establecer una familia, reducir la migración femenina a estos motivos limita la comprensión de un fenómeno mucho más complejo. Muchas mujeres huyen de la violencia de género, el abuso, la discriminación y la falta de acceso a justicia en sus países de origen, lo que las obliga a buscar seguridad en el extranjero.

El cambio climático y sus impactos, como la pérdida de medios de subsistencia agrícolas o la destrucción de comunidades por desastres naturales también son factores de desplazamiento. Además, la violencia política, las guerras y los conflictos armados empujan a muchas mujeres a abandonar sus hogares en busca de un entorno más seguro. Estos factores complejizan la experiencia migratoria, ya que las mujeres enfrentan múltiples vulnerabilidades tanto durante el proceso migratorio como en los países de destino, donde no siempre encuentran el apoyo o las condiciones necesarias para reconstruir sus vidas.

Ser mujer y migrante implica una doble barrera para acceder a servicios de salud, tanto para ellas como para sus hijos e hijas. Factores como sistemas burocráticos complejos, la falta de información en su idioma, prejuicios en la atención médica y los altos costos de servicios no subsidiados dificultan este acceso. La discriminación sistémica en los sistemas de salud es el resultado de políticas aparentemente neutrales que tienen efectos adversos desproporcionados en ciertos grupos. Las mujeres migrantes enfrentan mayores obstáculos debido a su género, nacionalidad y estatus migratorio, lo que limita su acceso a recursos médicos y sociales que puedan mejorar su bienestar y el de sus familias.

La discriminación se manifiesta de diversas formas: desde la falta de información en su idioma hasta normativas que excluyen a personas sin un estatus migratorio regular. Los prejuicios y estereotipos culturales de los

profesionales de salud pueden resultar en trato desigual, retrasos en la atención o subestimación de las necesidades médicas de las mujeres migrantes. La ausencia de servicios culturalmente sensibles y de intérpretes adecuados puede llevar a diagnósticos incorrectos o falta de seguimiento en tratamientos esenciales.

Esta realidad afecta tanto la salud física como el bienestar emocional de las mujeres migrantes, quienes enfrentan estrés crónico, temor a la deportación y vergüenza al buscar ayuda. Estas barreras estructurales limitan el acceso a servicios esenciales, como controles prenatales, inmunizaciones o atención infantil. Además, perpetúan un ciclo de exclusión que impacta negativamente en sus familias y comunidades, agravando las desigualdades sociales y económicas.

La situación se hace más evidente en las experiencias relacionadas con el embarazo y el parto, que son momentos críticos para la salud de cualquier mujer, pero se vuelven aún más desafiantes para las mujeres migrantes internacionales. La falta de redes de apoyo familiares o comunitarias, sumada al desconocimiento del idioma y del sistema de salud local, aumenta su vulnerabilidad, generando ansiedad, aislamiento y estrés. Además, la falta de acceso adecuado a servicios básicos y controles prenatales representa un riesgo significativo tanto para la madre como para el bebé, limitando la detección temprana de complicaciones y el acceso a cuidados esenciales.

Muchas mujeres migrantes enfrentan barreras financieras, legales y culturales para acceder a controles prenatales regulares, lo que limita la detección de complicaciones y la orientación médica oportuna. Sin un sistema que facilite su integración, estas mujeres quedan excluidas de programas esenciales como el seguimiento nutricional, la educación prenatal o la planificación del parto. Esto pone en peligro la salud materna e infantil y perpetúa desigualdades en la atención sanitaria y los resultados perinatales.

La ausencia de cobertura sanitaria universal o políticas inclusivas que reconozcan las necesidades específicas de las mujeres migrantes dificulta su acceso a servicios básicos, como vacunación, análisis médicos o información en su idioma nativo, convirtiendo el embarazo y el parto en un desafío social y estructural que refleja inequidades en el acceso a la salud y a los derechos básicos.

En el caso de las mujeres migrantes, la intersección de marcadores las coloca en una posición particularmente vulnerable dentro de los sistemas de salud, donde enfrentan barreras lingüísticas, culturales, económicas y legales. Las mujeres migrantes no sólo enfrentan los desafíos de género en el acceso a servicios médicos, como la falta de atención a sus necesidades reproductivas, sino que también lidian con la exclusión derivada de su estatus legal o la discriminación por su origen étnico y racial.

Adicionalmente, las mujeres migrantes con discapacidad enfrentan una doble carga de vulnerabilidad, ya que las barreras propias de la migración se suman a las limitaciones de accesibilidad en muchos sistemas de salud. Ser mujer, migrante y tener una discapacidad las coloca en una posición de mayor riesgo de exclusión social y sanitaria. Las barreras arquitectónicas expresan la ausencia de políticas de salud de los países de destino que reconozca a la discapacidad como un factor adicional de opresión, invisibilizando las necesidades particulares de estas mujeres y perpetuando su dependencia de familiares o cuidadores.

Algunos hospitales en países con alta población migrante han implementado programas de “mediación cultural”, donde intérpretes especializados no sólo traducen, sino que también actúan como intermediarios para explicar las diferencias culturales en la atención médica. Esto implica no sólo mejorar el acceso a servicios de traducción e intérpretes, sino también capacitar a los profesionales de salud en competencias culturales para abordar la atención de estas mujeres con respeto y sensibilidad. Esta formación debe incluir sensibilización sobre las actitudes de los

profesionales sanitarios, reflexionando sobre sus estereotipos sociales y sesgos de género.

Desarrollar modelos de atención culturalmente adaptados no es sólo una cuestión de justicia social, también representa una inversión en el bienestar colectivo e inclusión en el sistema de salud. Asegurar el acceso equitativo a servicios de salud beneficia no sólo a las mujeres migrantes, sino a la sociedad en su conjunto, promoviendo un entorno donde todas las personas tengan las mismas oportunidades de recibir atención de calidad.



Migración, masculinidad y religiosidad de hombres haitianos en el Chile prepandemia

Daniela Poblete Godoy*

Esta investigación se centró en la vida de hombres migrantes haitianos que llegaron a Chile antes de la nueva ley migratoria en Chile (2021) y con anterioridad a los planes de retorno impulsados por el gobierno de Sebastián Piñera. A través de un trabajo de campo realizado en Santiago y Concepción durante el invierno de 2019, se evidencian los riesgos para el bienestar y la salud, así como el modo y los motivos por los cuales los hombres van agenciando el orden de género forjado en origen.

Explicamos cómo la identidad de género se fundamenta en valores bíblicos que les permite enfrentar la adversidad del proceso migratorio. Además, se explican los motivos por los cuales sus malestares y experiencias de vulneración de derechos no se expresan socialmente, sino que se repliegan al ámbito privado.

La migración haitiana hacia América Latina ha tenido un auge significativo en la última década, especialmente después del terremoto de 2010. Por lo menos desde el siglo XX, la diáspora haitiana ha sido marcada por

* Doctora en Sociología por la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigadora de Fondecyt Postdoctorado ANID en el Instituto de Estudios Internacionales de la Universidad Arturo Prat, Chile. Miembro del Grupo de Trabajo CLACSO Migraciones y Fronteras Sur-Sur. Contacto: dcpobletegodoy@gmail.com.

condiciones políticas y económicas adversas, lo que ha llevado a buscar trabajo y mejores condiciones de vida fuera de Haití. En Chile, la migración haitiana aumentó a partir de 2010, con un auge notable entre 2016 y 2018. Este fenómeno se enmarca en un contexto de desplazamientos forzados y crisis humanitaria a raíz de una nula institucionalidad protectora frente a los desastres naturales y la inestabilidad política.

Por medio de la sentencia 168/13 del Tribunal Constitucional en República Dominicana, el país fronterizo con Haití estableció la desnacionalización de miles de personas de ascendencia haitiana que residían en el país vecino o transitaban circularmente por la frontera. Luego, a partir de 2020, la pandemia por COVID-19 reorientó nuevamente los flujos migratorios, re-migrando a países del norte del continente, como México y Estados Unidos, en busca de mejores oportunidades. Los contextos de migración Sur-Sur y Sur-Norte resaltan la complejidad de la experiencia migratoria y los desafíos que enfrentan las personas de nacionalidad haitiana en permanente búsqueda de estabilidad y bienestar.

Según la estimación disponible al año 2020, la población haitiana representaba 12% de la población extranjera en Chile, siendo en ese entonces la tercera nacionalidad más numerosa después de la venezolana y la peruana. Sin embargo, la última estimación de población disponible (2023) muestra un descenso de 1% de personas haitianas.

Actualmente han pasado del tercer al cuarto lugar de población extranjera en Chile, anteceditos por personas de Colombia, Perú y Venezuela. Como también migrantes de otras nacionalidades, las personas haitianas enfrentaron riesgos extremos, incluyendo la trata de personas en el arribo a Chile y luego, en el camino hacia el Norte, tras promesas de prosperidad rotas. Este texto expone cómo se afectó la salud durante el proyecto migratorio, los factores de riesgo y los factores protectores.

Factores de riesgo psicosocial

Los resultados destacan los desafíos que enfrentan los migrantes haitianos en términos de salud y bienestar. La falta de acceso a servicios de salud, combinada con el estrés asociado a la migración, la discriminación y el racismo, tuvo un impacto negativo en la salud mental y física. Aunque garantizado por decreto, el acceso a la salud primaria no ocurría en la práctica. Entre los efectos se describieron dolores de cabeza, dentales y gastrointestinales, insomnio y otros malestares atribuidos al cambio en los hábitos alimentarios, así como enfermedades respiratorias atribuidas al frío y precariedad de las viviendas.

La desprotección puso a prueba la salud mental. Con frecuencia hablaban de la tristeza, miedo e incertidumbre que vivían en solitario con la oración a Dios o con el soporte emocional de sus parejas, familiares y amistades, a menudo a la distancia. Enfrentaron riesgos significativos, incluyendo la trata de personas, sumado al riesgo por la barrera lingüística, la falta de conocimiento de la legislación e ineficacia de las instituciones.

También fueron recurrentes las experiencias de trabajo precario. Ellos encontraron un mercado laboral que no reconocía sus habilidades y estudios previos. La falta de redes de apoyo las llevaba a aceptar trabajos informales, riesgosos y mal remunerados frente al deseo de cumplir el rol de género como hombres proveedores.

Proyecciones de asentamiento o retorno, resistencia al riesgo

La reunificación o la conformación de una nueva familia en Chile era gravitante para proyectar el asentamiento temporal o, por el contrario, pensar en el retorno o una nueva travesía migratoria. El asentamiento se veía constantemente desafiado por el deseo de estabilidad económica, las proyecciones de emprender un negocio propio o probar suerte en otra

región de Chile, como aquellos entrevistados residentes en Concepción, al sur de Chile.

En ese entonces, la ley de extranjería permitía una regularización administrativa que permitía pasar desde el estatus de “turista” a una “visa sujeta a contrato”. Esta condición era uno de los primeros hitos a lograr en el proyecto migratorio y motivo por el cual se arriesgaban a viajes por territorios desconocidos, en ocasiones como víctimas de trata de personas.

Específicamente aquellos convencidos por algún conocido o desconocido, iniciaban por faenas agrícolas o pesqueras a las regiones del sur de Chile. En el trayecto de movilidad interna encontraban jornadas sin alimentación, insolación en el campo, abandono de los “empleadores” durante las faenas, cotizaciones impagas, insultos y otras situaciones de abuso laboral que arriesgaban con el anhelo del contrato de trabajo que les permitiera regularizar la situación administrativa.

Una mala gestión de las normas de seguridad laboral y la ausencia de redes de apoyo institucional, como facilitadores lingüísticos, aumentaron la vulnerabilidad a accidentes laborales y riesgos de seguridad vial para los hombres ciclistas. Informantes clave señalaron que los hombres sufrían accidentes laborales graves, lo que resalta la impunidad de la responsabilidad empresarial y la precariedad de sus condiciones de trabajo.

La falta de reconocimiento de su identidad jurídica en Chile y su estatus migratorio limitaba el acceso a servicios de salud y protección social para exigir derechos humanos. La gravedad llegó a decesos que quedaron impunes. La prensa y las entrevistas a informantes-clave revelaron muertes de personas haitianas, de las que el Servicio Médico Legal no determinó su identidad para un digno reconocimiento de sus familiares. El medio digital “El Mostrador” (2017) informó como causa de los decesos enfermedades (339), problemas de salud (271) y accidentes de tránsito (260). Informantes clave, por su parte, informaron sobre la carencia extrema de acceso a la vivienda, situación de calle a la intemperie, frente a

lo cual las ONG asistían con donativos y gestión de redes para la vivienda transitoria.

La religión como factor de identidad y protector de la salud mental

Por el contrario, las redes de apoyo en las iglesias propendían a soluciones momentáneas y mejores expectativas. La fe y las redes de apoyo a la distancia son fundamentales en la vida de los hombres haitianos migrantes. La sociabilidad a través de las redes transnacionales proporcionaba un soporte emocional y práctico en su proceso migratorio. La comunicación a distancia con familiares, parejas y amistades en otros países se convertía en un recurso valioso.

Los hombres se definían como jefes de familia y esta identidad se convierte en un eje articulador de su trayectoria vital, así como un mandato aniquilador que causaba frustración y malestares. La presión para cumplir con este rol de proveedor y líder, así como la presión de los prestamistas que financiaron el viaje a Chile, generaba emociones displacentes como tristeza y frustración.

La insatisfacción por no lograr enviar remesas, el no reconocimiento de sus calificaciones académicas y la imposibilidad de mantener a sus familias llevaba a las personas a sentir pérdida de prestigio y vergüenza, afectando su bienestar emocional. Entre los factores precursores de cambio en el orden de género “hombre proveedor-mujer cuidadora”, se encontró que el acceso de las mujeres al mercado de trabajo remunerado generaba tensiones y exigía ajustes sobre sus expectativas de género, un elemento adicional al estrés inicial.

La fe religiosa emerge como un recurso fundamental para enfrentar la tristeza y la frustración. La fe proporcionaba el consuelo y un sentido de propósito en medio de la incertidumbre. La masculinidad hegemónica, definida como una construcción identitaria basada en la fuerza y el poder,

se manifiesta de manera compleja entre los hombres haitianos. Los mandatos de la masculinidad no permiten la socialización de las emociones displacenteras, como la tristeza o la frustración, hacia otros hombres, lo que limitaba las posibilidades de solidaridad entre pares.

De esta manera, la posibilidad de reunificar la familia y recobrar aquel soporte emocional evocado por sus parejas aparecía como clave para las decisiones de la trayectoria migratoria. Si bien aquí presentamos sucintamente algunos resultados, este análisis invita a una reflexión más profunda sobre las dinámicas de género y las políticas migratorias que afectan a la salud de las poblaciones en movilidad global.



Jóvenes mexicanos en Montreal

Salud mental y estrategias de afrontamiento

Eva Romero López*

Despertar en un territorio desconocido, con 20 grados bajo cero, lejos de todo lo que conoces, lejos de tu familia, tus amigos, con un idioma que no es el tuyo. Levantarte cada mañana, poner varias capas de ropa para mitigar el frío del invierno y salir a trabajar. ¡Es muy duro, te deprimes!

—Nacho, comunicación personal.

Durante algún tiempo, las investigaciones en migración se enfocaban en aspectos económicos, invisibilizando las dimensiones sociales, políticas, culturales y psicológicas. Aunado a lo anterior, pocas investigaciones incorporaban la perspectiva de género para comprender los significados que mujeres y hombres asignan a sus experiencias migratorias.

En este espacio, presentamos las narrativas que dan cuenta de algunas de las situaciones que atraviesan este grupo de jóvenes y cómo impactan su salud mental, así como las narrativas sobre las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica para manejar dichas situaciones.

* Maestra en Estudios Socioculturales por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), México. Estudiante del Posgrado en Psicología Social en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAM-I), México. Contacto: htilil17@gmail.com.

“Allá en el Norte”: mexicanos en Canadá

En los últimos años, la migración de personas mexicanas a Canadá ha aumentado. Quebec es una de las provincias con mayor número de personas de México en su territorio. Según datos oficiales, 17 490 solicitaron asilo en Quebec entre enero y septiembre de 2023. En cuanto a la distribución por género, las estadísticas revelan que hay una mayor cantidad de mujeres inmigrantes en comparación con los hombres. La edad varía entre los 18 y 29 años. La mayoría menciona que una de las razones para dejar México fue la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Una serie de factores estructurales permea la migración de jóvenes mexicanos y mexicanas: la precariedad que se vive en el país, la vulnerabilidad, la violencia de género, el alejamiento de las instituciones, la poca o nula oportunidad de acceso a espacios laborales, educativos, de salud y el alejamiento del modelo lineal establecido desde los mundos adultos (estudiar, acceder a un empleo, la formación de una familia, la independencia económica, etcétera) que establecen expectativas y trayectorias que en la actualidad no son accesibles o deseadas por algunos jóvenes.

Salud mental: “no me da pena decirlo, porque se siente feo estar aquí solo”

La salud mental puede ser entendida como el estado de bienestar y equilibrio en el que las personas son conscientes de sus capacidades y de las herramientas de las que disponen para gestionar sus emociones y con ello, enfrentar las tensiones y retos de la vida cotidiana, permitiéndoles establecer interacciones saludables.

No obstante, cuando las personas atraviesan procesos migratorios, la salud mental puede verse gravemente afectada, dado que estos procesos incluyen desafíos psicológicos y sociales significativos que aumentan los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Estos factores influyen en la

capacidad de jóvenes migrantes para integrarse a su nuevo entorno, afectando su bienestar emocional y social.

La llegada de este grupo de jóvenes a Montreal estuvo marcada por expectativas, pero también por nuevas dinámicas socioculturales de las cuales nadie les advirtió. Uno de los principales retos a los que se enfrentan es la barrera lingüística, ya que el francés es el idioma oficial de la provincia de Quebec. Esto y la ausencia de una red de apoyo son fuentes importantes de angustia, ansiedad y estrés. Erick, uno de los colaboradores, comparte su experiencia:

No me da pena decirlo, porque se siente feo estar aquí solo, realmente, los únicos momentos son los que yo paso con mi novia, pues, es que hacemos llamadas, ahorita nos llamamos dos o tres horas, casi todos los días, y así, ¿no?, dependiendo, pero es complicado, y más que nada, ¿no? Es complicado hacer amigos, es muy fácil, pero es por el idioma, porque realmente todos hablan francés, si no hablas francés no puedes hacer amigos, porque no hay que hablar inglés, si hay gente que sí habla inglés, claro, pero francés, francés, francés, francés, y esa es mi ansia de querer aprender francés, porque no puedo ni salir a platicar en una Starbucks, no puedo ir a una chela a platicar con alguien allá porque no sé hablar francés.

La dificultad de integrarse a nuevos círculos sociales y formar amistades, es significada por los jóvenes como una consecuencia de no hablar francés, así como el poco tiempo que tienen para la recreación-ocio debido a las largas jornadas laborales. Algunos jóvenes también mencionan que, al ser mexicanos, hombres y migrantes, sienten que deben lidiar con un estigma social que refuerza la exclusión. Sin embargo, algunos de ellos coinciden que la migración les ha dado la oportunidad de cuestionar y replantear los roles sociales tradicionales vinculados con la expresión emocional y la identidad masculina.

Un escenario particular es el de las mujeres que migran acompañadas de sus parejas, quienes deben enfrentar el reto de continuar la relación en un contexto nuevo, en el que las demandas de adaptación y supervivencia, como encontrar empleo, obtener una vivienda y aprender el idioma,

pueden sobrepasar las dinámicas previas de la relación. Alma, una de las participantes, relata su experiencia:

¡Ay! No hay día que no piense en eso. Es horrible, pero dentro de todo el dolor, porque es algo literal, siento que mi corazón me duele, un dolor ya físico, mental, emocional, me siento agotada. No pensé que fuera a ser así, honestamente. Pensé que era como, ¡ah!, se acabó. No hay matices, me estoy quedando sola en un país extranjero donde ni siquiera domino la lengua, ni me he integrado a la cultura, por la situación que sea, y me voy a quedar sola.

El desarraigo cultural y la barrera del idioma pueden generar un sentimiento de no pertenencia y de incertidumbre que impacta su salud mental.

Estrategias de afrontamiento: “sostente de algo”

Mujeres y hombres recurren a diversas estrategias para afrontar las situaciones de ansiedad y depresión. Dentro de las estrategias a las que recurren podemos encontrar aquellas que propician la creación de redes con personas que comparten actividades e intereses en común: música, pintura, lectura, caminatas, o para crear espacios de divertimento y ocio.

Isabella y Aldo comparten cómo recurrieron a distintas actividades como una forma de lidiar con la soledad y el estrés.

—Isabella: Ajá, sostente de algo, entonces ya me volví deportista, ya practicaba yo más, este, pues el yoga, salía a bailar. Esto de bailar fue también que me ayudó mucho.

—Aldo: Y pues, no te miento, me sentía muy solo, la verdad, en los inicios yo sentía una necesidad por tener a mi banda, por tener a mi *crew* [...] yo me busqué un equipo de *frisbee*, mi amigo colombiano, y yo, hicimos nuestro equipo de puro latino. Y fuimos los mejores [...].

Una parte de las y los colaboradores enuncian el uso recreativo de algunas sustancias y coinciden en que las consumieron como una manera de minimizar los malestares emocionales de las situaciones por las que atravesaban. Reconocen el estigma que representa el consumo de sustancias y el riesgo a su salud física y mental. En palabras de Sara:

Entiendo, y es como que, ¡ay! Es una presión que causa estrés, ansiedad, ya no sabes ni qué hacer. Aquí las drogas son muy accesibles y si no las sabes controlar, sí terminas, pues, en las calles. De repente se te hace fácil, y te lo voy a decir, porque yo también lo hice, o sea, se te hace fácil tomar, este, ciertas drogas, ¿no? ¿Por qué? Porque estás deprimido, ¿por qué? Porque la decisión fue difícil, ¿por qué? Porque quieres un escape, pero de repente, pues, ese escape, es lo peor, ¿no?”

Tanto mujeres y hombres coinciden en recurrir a la creación y búsqueda de nuevas redes de apoyo y sociabilidad como una estrategia de autocuidado. Una de las formas para establecer dichos vínculos es a través de redes sociodigitales en las que se encuentran grupos de personas mexicanas o latinas que comparten los mismos intereses. Incluso en ocasiones es posible encontrar grupos de acompañamiento terapéutico, facilitando el acceso al apoyo emocional y psicológico en un contexto de migración.

Podemos observar cómo la migración no es un proceso lineal, sino un proceso con constantes tensiones. Las barreras lingüísticas, el aislamiento social y la distancia de las redes de apoyo generan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés.

La salud mental, por lo tanto, no puede ser entendida de manera aislada en los procesos migratorios, sino que es necesario analizarla en interacción con las dinámicas de género que influyen en la percepción que los jóvenes tienen de sí mismos y de su capacidad para afrontar los retos de la migración. Por lo tanto, se considera esencial trabajar desde y con las juventudes y sus procesos migratorios para conocer sus necesidades y preocupaciones, favoreciendo la creación de políticas públicas situadas y centradas en las personas.



Política Editorial

Boletín (Trans)fronteriza

Grupo de Trabajo CLACSO Migraciones y fronteras Sur-Sur

(Trans)fronteriza, es una publicación bimestral del Grupo de Trabajo CLACSO *Migraciones y Fronteras Sur-Sur*.

Enfoque

(Trans)fronteriza se propone reunir textos sobre las diversas problemáticas fronterizas contemporáneas, preferencialmente en torno a movilizaciones, identidades, luchas, narrativas y comercios.

Envíos

Son bienvenidos textos sobre la coyuntura actual de las migraciones, movilidades y fronteras en las Américas para la sección artículos de opinión; así como reseñas bibliográficas y de materiales visuales. Las colaboraciones deben ser enviadas por correo electrónico a los coordinadores de cada número o a través del correo: transfronteriza.clacso@gmail.com. Las personas interesadas deberán enviar el texto en formato Word o RTE, y en el caso de incluir gráficas, cuadros y tablas, éstas deberán enviarse en la paquetería en la que fueron creadas.

Instrucciones para los autores

Sólo serán considerados los textos que cumplan las siguientes normas editoriales:

Los Boletines deberán tener una extensión máxima de 12,000 palabras;

Para la sección artículos: ser textos escritos en español y/o portugués. Con una extensión mínima de 1000 palabras y la máxima de 2000 palabras. Tipografía: Times New Roman 12 puntos, interlineado sencillo, papel tamaño carta;

Para la sección reseñas bibliográficas y/o visuales: ser textos en español y/o portugués con una extensión mínima de 500 palabras y máxima de 1000 palabras. Tipografía: Times New Roman 12 puntos, interlineado sencillo, papel tamaño carta;

En ambos casos, incluir en la primera página la siguiente información: título del trabajo en máximo 15 palabras; nombre del autor/a; último grado cursado y la institución que lo otorga, indicar la adscripción institucional actual y el correo electrónico de contacto. Aclarar si es miembro del GT CLACSO Migraciones y fronteras Sur-Sur.

Todos los textos, al ser de carácter divulgativo deberán evitar las notas al pie de página y el uso de referencias bibliográficas. Salvo que sea necesario y sólo en casos específicos que se justifiquen. Ello no significa que el texto no será revisado para evitar prácticas deshonestas e indebidas como el plagio.

Las imágenes utilizadas deben contar con buena resolución/calidad (300 dpi). Las mismas deben estar autorizadas o no contar con restricciones de permisos de uso y publicación.

Se devolverán a las autoras/es aquellos envíos que no cumplan las condiciones estilísticas y bibliográficas establecidas.

Proceso de revisión

El proceso de revisión estará a cargo de lxs coordinadorxs de cada número, así como por lxs integrantes del Comité Editorial.

Para que un texto pueda ser considerado publicable, primero se verificará que cumpla con los requerimientos de forma antes señalados.

Posteriormente, los manuscritos serán revisados por algunos miembros del comité editorial para evaluar su pertinencia.

Finalmente, los resultados de la revisión se comunicarán al autor/a través de correo electrónico.

Convocatoria

Es bimestral y se comunicará la temática a través del Boletín previo a cada número, así como por correo electrónico.

Ponte en contacto con nosotros a través del siguiente email:

transfronteriza.clacso@gmail.com

Las opiniones e ideas expresadas por lxs autores son de su exclusiva responsabilidad. Y no reflejan la postura de lxs editores del Boletín (Trans)fronteriza.

Atentamente
Comité Editorial



Boletín del Grupo de Trabajo
Migraciones y fronteras sur-sur

Número 25 · Noviembre 2024